

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

*«Допущено до захисту
магістерської роботи»*

Завідувач кафедри громадського здоров'я,
та управління охороною здоров'я
_____ д.мед.н., проф. В.А.Огнев

**ОПТИМІЗАЦІЯ МЕХАНІЗМІВ
ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РЕІМБУРСАЦІЇ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

Здобувач вищої освіти групи ПУА - 21

Л.В.Молодан

Науковий керівник

д.мед.н., проф.

В.А. Огнев

Рецензент

д.мед.н.проф.

О.А.Короп

Харків 2023

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	11
1.1. Поняття «реімбурсація» та складові системи реімбурсації вартості лікарських засобів.....	11
1.2. Наукове узагальнення імплементації систем реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги в сучасних умовах.....	22
1.3. Основні засади фармацевтичного забезпечення пільгових груп та категорій населення за кордоном у порівнянні з Україною.....	28
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	37
2.1. Аналіз ефективності механізмів реімбурсації в західноєвропейських країнах ЄС.....	37
2.2. Досвід та проблеми впровадження механізмів реімбурсації в США та східноєвропейських країнах	42
2.3. Аналіз поточного забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій громадян в Україні та реалізації пілотних проектів з відшкодування вартості лікарських засобів на визначені нозології.....	49
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	69
3.1. Оцінка ефективності урядової програми «Доступні ліки» та проблемні питання її реалізації.....	69
3.2. Удосконалення програми «Доступні ліки» шляхом розширення кількості нозологій та міжнародних непатентованих назв лікарських засобів.....	75

3.3. Удосконалення системи реімбрасії лікарських засобів шляхом врегулювання ціноутворення та відшкодування вартості лікарських засобів.....	81
3.4. Запровадження ведення Реєстру електронного рецепту.....	87
ВИСНОВКИ.....	93
ДОДАТКИ.....	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТС – Анатомо – терапевтично - хімічна

ВВР – Відомості Верховної Ради України

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

DDD (defined daily dose — встановлені добові дози)

ЄС – Європейський Союз

КМУ – Кабінет Міністрів України

ЛЗ – Лікарський засіб

ЛПЗ – Лікувально – профілактичний заклад

МНН – Міжнародна непатентована назва

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НПА - Нормативно – правові акти

ОЛЗ – Основні лікарські засоби

ОМС - Обов'язкове медичне страхування

ПДВ – Податок на додану вартість

ПОКП – Полтавське обласне комунальне підприємство

США – Сполучені Штати Америки

ФД – Фармацевтична допомога

ВСТУП

Актуальність теми. Гарний стан здоров'я населення України є важливим показником, гарантією добробуту її громадян. Процес лікарського забезпечення населення є необхідним, тому важливо впроваджувати ефективну систему державного управління.

Основний принцип фармацевтичної допомоги полягає у забезпеченні фізичної й економічної доступності лікарських засобів для всіх верств населення. Вказаний принцип задекларований у статті 49 Конституції України, якою, зокрема, визначено: «держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування».

Для населення доступність ліків визначається країною, де воно приживає з урахуванням національних особливостей державної політики в області фармації, відмінностей в організації систем медичного страхування, механізмів компенсації вартості лікарських засобів, цінової і податкової політики. За оцінками ВООЗ, у третини населення планети немає гарантованого доступу до основних лікарських засобів. Встановлено, що в країнах з низьким рівнем доходів уряд витрачає на придбання лікарських засобів близько 25% коштів, що виділяються на потреби охорони здоров'я, в країнах з високим рівнем доходів - 10%, при цьому велика частка вартості покривається страховкою, в Україні ж – пацієнти вимушені самостійно сплачувати понад 80% вартості ліків. Значна частка лікарських засобів є економічно недоступна для більшості населення.

Наразі для України характерний значний дефіцит фінансування фармацевтичної допомоги. Одним із основних шляхів покращання фармацевтичного забезпечення населення є створення та впровадження ефективного механізму компенсації вартості лікарських засобів.

У цілому питання державного регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, зокрема запровадження системи реімбурсації вартості лікарських засобів, досліджувалося такими вченими-правознавцями, як Л. Дешко, В. Пашков, А. Полтавцева. Фахівцями у сфері державного управління цей напрям вивчався Д. Карамішевим, А. Беліченком, Н. Солоненком.

Фахівцями галузі охорони здоров'я Д. Волоха, Б. Громовика, О. Гудзенка, Д. Дмитрієвського, В. Загорій, А. Котвіцької, З. Мнушко, А. Немченко, Г. Панфілової, О. Посилкіної, В. Толочка, А.Чумак. Зарубіжні дослідники С. Воглера, Дж. Ровіра.

Напрацьовані ними теоретичні положення щодо функціонування механізмів реімбурсації можуть бути використанні для з'ясування сутності організаційно – правового забезпечення формування та реалізації рішень у сфері відшкодування вартості лікарських засобів. Науковцями наведено основні особливості методології запровадження систем реімбурсації ліків, надання фармацевтичної допомоги, обґрунтовано необхідність використання комплексного наукового підходу до процесу формування системи реімбурсації. Крім того, охарактеризовано дослідження у сфері відшкодування вартості та регулювання обігу лікарських засобів у системі реімбурсації в європейських країнах.

Аналізуючи відповідні наукові напрацювання у сфері реімбурсації лікарських засобів, слід відзначити недостатність уваги до формування механізмів відшкодування лікарських засобів, що в свою чергу зумовлює актуальність даної магістерської роботи на практичному рівні. Дана проблематика потребує подальшого аналізу та вивчення для забезпечення оптимальних шляхів розвитку.

Метою магістерської роботи є дослідження та узагальнення досвіду функціонування систем реімбурсації вартості лікарських засобів, визначення принципів їх побудови, окреслення основних напрямків удосконалення механізмів державного регулювання системи реімбурсації в Україні.

Було визначено такі *завдання* дослідження:

- розкрити поняття «реімбурсація» вартості лікарських засобів, визначити складові частини системи реімбурсації, методологічні та організаційні відмінності і критерії класифікації систем реімбурсації;
- методологічно обґрунтувати сучасні підходи для організації систем реімбурсації вартості лікарських засобів у міжнародній та вітчизняній практиці;

- проаналізувати ефективність механізмів реімбурсації в західноєвропейських країнах ЄС;
- провести дослідження досвіду та проблем впровадження механізмів реімбурсації в США та східноєвропейських країнах;
- охарактеризувати поточне забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій громадян в Україні та хід реалізації пілотних проектів з відшкодування вартості лікарських засобів на визначені нозології;
- розробити пропозиції щодо шляхів удосконалення механізмів державного регулювання у сфері реімбурсації лікарських засобів в Україні у рамках урядової програми «Доступні ліки»;
- обґрунтувати необхідність впровадження Реєстру електронного рецепту як засобу вдосконалення обміну інформацією між лікарем та аптечним закладом у рамках програми «Доступні ліки».

Об'єкт дослідження – процес реімбурсації вартості лікарських засобів у світовій практиці та Україні.

Предмет дослідження – механізми державного регулювання системи реімбурсації лікарських засобів в Україні.

Методи дослідження.

При проведенні дослідження використані такі методи:

- історичний, логічний та системно-аналітичний;
- метод структурно-логічного моделювання;
- метод порівняльного аналізу;
- економіко-математичні та статистичні методи (методи кореляційно-регресійного та кластерного аналізу);
- методи описового та абстрактного моделювання й узагальнення;
- прогностичний метод;
- графічний метод;
- проблемно-орієнтовний;
- діагностичний;
- програмно-цільовий.

У першому розділі розкрито поняття «реімбурсація» та розглянуто теоретичні засади системи реімбурсації вартості лікарських засобів і визначено її складові, узагальнено практику функціонування систем відшкодування вартості лікарських засобів. Наведено сучасні засади імплементації систем реімбурсації вартості лікарських засобів та фармацевтичної допомоги. Висвітлено принципи фармацевтичного забезпечення пільгових груп та категорій населення за кордоном у порівнянні з Україною.

У другому розділі проаналізовано ефективність функціонування механізмів реімбурсації в західноєвропейських країнах ЄС. Досліджено досвід та проблеми впровадження механізмів реімбурсації в США та східноєвропейських країнах. Розкрито стан поточного забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій громадян в Україні та реалізації пілотних проектів з відшкодування вартості лікарських засобів на визначені нозології.

У третьому розділі розроблено шляхи щодо удосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів у рамках урядової програми «Доступні ліки», а саме: підвищення мотивації аптечних закладів долучатися до програми «Доступні ліки» встановленням граничної роздрібною націнки з 15 до 25%, запровадженням фіксованої націнки або оплати за фармацевтичну послугу; розширення кількості нозологій та міжнародних непатентованих назв лікарських засобів; удосконалення системи відшкодування вартості лікарських засобів; запровадження ведення Реєстру електронного рецепту.

Практичне значення одержаних результатів полягає у використанні методичних рекомендацій органами виконавчої влади щодо впровадження Реєстру електронного рецепту з метою збору статистичних даних щодо кількості виписаних та відпущених рецептів, щомісячного аналізу використаних коштів, відпущених лікарських засобів у розрізі за міжнародною непатентованою назвою, торгівельними назвами, дозуванням і нозологіями. Також актуальними є пропозиції щодо удосконалення програми реімбурсації шляхом встановлення граничної роздрібною націнки з 15 до 25%,

запровадження фіксованої націнки або оплати за фармацевтичну послугу; розширення кількості нозологій та міжнародних непатентованих назв лікарських засобів; удосконалення системи відшкодування вартості лікарських засобів.

Апробація результатів роботи. Теоретичні положення, принципові ідеї та висновки дослідження були представлені до обговорення на засіданні кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (протокол № 20, від 1 листопада 2022 року)

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

1.1. Поняття «реімбурсація» та складові системи реімбурсації вартості лікарських засобів

Основний принцип фармацевтичної допомоги полягає у забезпеченні фізичної й економічної доступності лікарських засобів для всіх верств населення. Указаний принцип задекларований у статті 49 Конституції України, якою, зокрема, визначено: *«держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування»*.

За оцінками ВООЗ, у третини населення планети немає гарантованого доступу до основних лікарських засобів. Встановлено, що в країнах з низьким рівнем доходів уряд витрачає на придбання лікарських засобів близько 25% коштів, що виділяються на потреби охорони здоров'я, в країнах з високим рівнем доходів - 10%, при цьому велика частка вартості покривається страховкою, в Україні ж – пацієнти вимушені самостійно сплачувати понад 80% вартості ліків. Значна частка лікарських засобів не тільки економічно недоступна для більшості населення, й також є важким тягарем для державного бюджету.

Світовий досвід доводить, *«що економічна доступність лікарських засобів визначається ефективними механізмами реімбурсації – компенсації вартості лікарських засобів. У країнах ЄС рівень відшкодування вартості ліків для населення складе 70-90 %, а в Україні – лише 15-20 %»* [42].

Механізм реімбурсації відображає «систему операцій та заходів, пов'язаних з відшкодуванням коштів за придбані лікарські засоби, починаючи з процедури включення лікарського засобу до позитивного переліку й

закінчуючи отриманням компенсації споживачем або суб'єктом господарювання (аптечним закладом)» [5].

Наразі в Україні здійснюється розробка ефективних механізмів компенсації витрат на лікарські засоби, з метою дозволити аптечним закладам повною мірою виконувати свою соціальну функцію, а державі, у свою чергу, виступати гарантом якісної, ефективної, доступної лікарської і фармацевтичної допомоги для своїх громадян.

Ринок лікарських засобів динамічно розвивається, тому в різних країнах відмічається значне зростання цін на ліки. В країнах Західної Європи ціни на медикаменти регулюються урядовими організаціями. Однак підходи до цієї проблеми різні. Одним із способів вирішення цієї проблеми є сумісна оплата пацієнтом і громадськими фондами лікарських засобів. Така форма взаємодії є вигідною як для кожного окремого громадянина, так і для держави. Для пацієнтів стають доступнішими вискоелективні ліки, а у держави певною мірою зменшуються витрати на пільгове лікарське забезпечення і з'являється економічна можливість забезпечити доступ кожного пацієнта, незалежно від рівня прибутку, до медикаментів.

А. Немченко дає таке визначення поняття «*реімбурсації*»: це система відшкодувань коштів, витрачених населенням на амбулаторне споживання медикаментів, вона є невід'ємною часткою соціального забезпечення й охорони здоров'я» [40].

В системі реімбурсації (загальноприйнята назва в міжнародній практиці охорони здоров'я) *суб'єктом* є уповноважені органи, які проводять компенсації з джерел фінансування, *об'єкт* – це визначені категорії захворювань та хворих, а також *механізм* відшкодування вартості фармацевтичної допомоги та лікарських засобів.

Функціонування «недержавної (приватної) системи реімбурсації та забезпечення доступності для населення лікарськими засобами, як зазначає Л. Дешко, діє в умовах зростання цінової конкуренції, супроводжується наявністю на ринку аналогічних лікарських засобів, контролем оптових і роздрібних цін, а

також припускає використання в якості джерел фінансування суспільні внески, внески недержавних фондів тощо» [40].

Виділяють два механізми надання компенсації коштів *в умовах амбулаторного* споживання препаратів.

Перший механізм «реімбурсації діє для застрахованих осіб зводиться до того, що застрахований пацієнт надає страховій компанії рахунок про оплату отриманих ним медичних послуг, на підставі цього отримує відшкодування. У цьому випадку немає безпосереднього зв'язку між страховим фондом та медичними й аптечними закладами» [38].

Другий механізм реімбурсації діє для аптек та медичних закладів, він полягає в тому, що компенсаційні кошти від страхової компанії на підставі домовленості надходять безпосередньо на рахунок медичного чи аптечного закладу [38].

Кінцева мета здійснюваних заходів полягає у створенні стабільних джерел фінансування та зменшенні витрат на лікарські препарати, що досягається завдяки відбору ефективних препаратів, вартість яких відшкодовується.

На основі вивчення систем реімбурсації вартості лікарських засобів 17 країн визначено основні *критерії класифікації систем реімбурсації вартості лікарських засобів*:

- категорія пацієнтів та перелік захворювань, у разі лікування яких надається компенсація вартості лікарських засобів;
- вид фармацевтичної допомоги населенню (стаціонарна, амбулаторна);
- цінова характеристика лікарського засобу;
- фармакотерапевтична ефективність.

За вищезазначеними критеріями досліджені країн розділено на три групи:

- *1 група* – «старі» країни ЄС, враховуючи курс України на євроінтеграцію (Франція, Італія, Іспанія, Данія, Бельгія, Австрія, Німеччина, Португалія, Швеція);

- *2 група* – основна частина «нових» країн, тобто ті країни, які вступили до ЄС в період 2004-2007 рр. (Угорщина, Литва, Словаччина, Чехія, Польща);

- *3 група* – розвинені країни інших континентів, що мають раціональну організацію охорони здоров'я та медичного страхування (Норвегія, Ісландія).

Системи реімбурсації вартості лікарських засобів, що існують у міжнародній практиці, мають істотні відмінності у наданні компенсації, в першу чергу, у виборі критеріїв адресатів та рівнів відшкодування [30].

Проведений аналіз систем реімбурсації вартості лікарських засобів, що функціонують у вищезазначених країнах дозволив визначити критерії класифікації цих систем, до яких саме належать:

- *категорія пацієнтів та перелік захворювань, у разі лікування яких надається компенсація вартості лікарських засобів* (максимальний рівень компенсації вартості ліків отримують соціально незахищенні версти населення – діти до 18 років, інваліди, пенсіонери та інші, а також люди, які страждають на важкі або хронічні захворювання);

- *вид фармацевтичної допомоги населенню;*

- *цінова характеристика лікарського засобу;*

- *фармако-терапевтична ефективність лікарського засобу.*

Використання тієї або іншої системи реімбурсації залежить від особливостей організації охорони здоров'я в певній країні.

З метою змістовного аналізу принципових ознак систем реімбурсації, що існують у світі було визначено базові країни до кожного критерію класифікації (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Характеристика систем реімбурсації лікарських засобів
у міжнародній практиці

Критерії класифікації	Типові умови надання компенсації	Країни (групи)	Базові країни
1. Категорія пацієнтів та перелік	Максимальний рівень компенсації вартості ліків отримують соціально	Португалія, Ісландія,	Ісландія

захворювань, у разі лікування яких надається компенсація вартості ЛЗ	незахищені версти населення (діти, інваліди, пенсіонери та інші), а також люди, які страждають на важкі або хронічні захворювання (цукровий діабет, астма, епілепсія тощо)	Польща, Угорщина, Норвегія, Іспанія, Швеція, Данія, Німеччина, Чехія	
2. Вид фармацевтичної допомоги населенню	Вартість ліків, які приймаються амбулаторно, практично не компенсуються; ЛЗ, виписані сімейним лікарем, компенсуються частково, повна компенсація надається хворим, які лікуються в умовах стаціонару	Словаччина, Угорщина, Швеція, Данія, Німеччина, Чехія	Угорщина
3. Цінова характеристика ЛЗ	Обсяги компенсації залежать від рівня цін та загальної вартості препаратів, що споживаються за певний період, як правило, він складає один рік	Австрія, Італія, Швеція, Данія, Німеччина, Литва, Чехія	Австрія
4. Фармако-терапевтична ефективність ЛЗ	Компенсація вартості ЛЗ не залежить від категорії пацієнтів, а базується виключно на фармакотерапевтичних характеристиках препаратів, які повинні мати високу фармакологічну ефективність або цінову перевагу	Франція, Бельгія, Португалія, Ісландія, Італія, Німеччина, Угорщина	Франція

Базовою країною для характеристики критерію - *категорія пацієнтів та перелік захворювань, у разі лікування яких надається компенсація вартості лікарських засобів* була обрана Ісландія. Жителі цієї країни споживають значно менше ліків, ніж в інших скандинавських країнах. Недивлячись на низький загальний рівень споживання медикаментів, витрати на них у перерахунку на одну людину на рік в Ісландії вищі, ніж в інших скандинавських країнах. Основними причинами є, по – перше, висока націнка на препарати через невеликий ринок і слабку конкуренцію, по – друге, серед лікарів склалася тенденція прописувати нові дорогі ліки. Сьогодні в країні здійснюються спроби сприяти раціональному підходу при призначенні ліків, що підтримуються й самими лікарями. З 1995 року у країні було введено систему рекомендованих цін, яка діє і у теперішній час.

Лікарські засоби, що підлягають компенсації, поділяють на 4 категорії: 1 категорія – лікарські засоби необхідні при лікуванні важких і хронічних захворювань, таких, наприклад, як цукровий діабет, онкологічні захворювання – 100%; 2 категорія – препарати високої терапевтичної ефективності для лікування таких хронічних захворювань, як гіпертензія, астма, псоріаз, депресія – високий рівень компенсації; 3 категорія – препарати з нижчим терапевтичним ефектом для лікування артритів, гормональні препарати – часткова компенсація; 4 категорія - препарати для короткочасного лікування гострих форм захворювань – антибіотики, транквілізатори і анальгетики – не підлягають компенсації. Доплата пацієнта за препарати 2 і 3 категорії включають фіксовану націнку. Частина вартості, що вноситься пацієнтом, досить висока. Слід зауважити, що соціально незахищені версти населення – пенсіонери та інваліди платять менше, частка оплати для цих категорій населення – 50 % [49].

Для другого критерію - *вид фармацевтичної допомоги населенню (стаціонарна, амбулаторна)* базовою країною обрано Угорщина. Фармацевтичні витрати займають значну частку витрат на охорону здоров'я. Система реімбурсації ліків постійно переглядається. Одним із заходів було введення фіксованого розміру компенсації, при якому пацієнти сплачують різницю між ціною препарату і фіксованою сумою компенсації, а отже, мають стимул купувати дешевші лікарські препарати. У країні МОЗ визначає правила призначення препаратів і розмірів компенсації, на яку пацієнт має право. У разі амбулаторного лікування пацієнту практично не компенсується вартість використаних лікарських засобів, невелика частка компенсації вартості ліків передбачена у випадку, якщо вони виписані сімейним лікарем. Взагалі рівень компенсації вартості може складати 0%, 50%, 70%, 90% або 100% від договірної ціни або встановлюється фіксований рівень. Компенсація 90% та 100 % передбачена у випадку призначення препарату фахівцем за наявності особливих медичних показань, як наприклад, інсулінів для хворих на діабет. В Угорщині пацієнти сплачують за ліки тільки у разі амбулаторного лікування.

Препарати, що застосовуються в умовах стаціонару, традиційно підлягають повній компенсації і повністю оплачуються лікувальним закладом .

Австрія була обрана базовою країною класифікації у відповідності для третього критерію – *цінова характеристика лікарського засобу*. Федерація соціального страхування ухвалює рішення про компенсацію вартості зареєстрованих препаратів, яке узгоджується незалежною медичною комісією, представниками фармацевтичної промисловості, асоціації лікарів і фармацевтів на підставі результатів досліджень щодо призначення і використання ліків. З 1994 року усі лікарські засоби розподіляються по чотирьох категоріях, для яких існують різні правила регулювання цін і компенсації. Всі нові препарати (червона категорія) підлягають процедурі затвердження лікарями і страховими компаніями, через деякий час їх застосування вони класифікуються як препарати, що надають значний терапевтичний ефект; (жовта категорія) – препарати, які можуть призначатися вільно; (зелена категорія) – препарати, що не підлягають компенсації, (не мають категорії). Ціни на лікарські препарати встановлюються відповідно до середньоевропейських – червона категорія, піддаються ціновій градації – жовта категорія, а також відсотковій знижці – зелена категорія [30].

Для четвертого критерію – *фармацевтична характеристика лікарського засобу* базовою країною серед країн, які мають таку класифікаційну ознаку, обрано Францію. На ринку Франції представлено близько 8250 найменувань лікарських засобів. Більше половини з них включено у список тих, на які встановлюється державна компенсація (4500 препаратів). Такого роду лікарські препарати складають 91,5 % від їх загального обігу. Для того, щоб забезпечити компенсацію вартості лікарських засобів за рахунок фондів медичного страхування, препарат повинен бути включений до списку, затвердженого наказом МОЗ за рекомендацією комісії контролю за ліками. Занесення препарату до даного списку здійснюється за умови, якщо препарат ефективніший у порівнянні з іншими препаратами даної групи лікарських засобів та підлягає повній компенсації. Препарати, що застосовуються у

фармакотерапії не особливо тяжких захворювань, отримують 35 % компенсації вартості, а інші підлягають 65 % компенсації. Препарат може бути включений у список препаратів, що підлягають реімбурсації після процедури розгляду спеціально уповноваженою комісією, а також за умов відповідності п'яти критеріям, а саме: ефективність препарату і його побічні ефекти; значущість у процесі лікування порівняно з іншими препаратами; ступінь тяжкості захворювання, у фармакотерапії якого застосовується препарат; терапевтичний, симптоматичний або профілактичний ефект препарату; цінність препарату відносно зміцнення здоров'я нації. Після проходження процедури розгляду препарат отримує статус «особливо цінного» (А), «середнього» (В) або «низького» (С) рівня значущості. Заносяться препарати у список терміном на 5 років, після закінчення якого потребують повторного розгляду. По закінченню терміну спеціальна комісія має повноваження розглядати та оцінювати всі лікарські препарати відповідно до нових критеріїв. Деякі препарати взагалі видаляються із списку, на окремі розповсюджується зниження рівня компенсації, наприклад, з 65% до 35% [49].

Як показує досвід організації систем реімбурсації вартості лікарських засобів, перевагу має та система, яка дозволяє підвищити доступність ліків для найбільш незахищених верств населення, особливо для країн, які мають дефіцит ресурсів охорони здоров'я. Для країн з високим рівнем соціального – економічного розвитку більш характерно, коли розмір компенсаційних виплат визначають фармацевтичні характеристики лікарських засобів, що забезпечує рівний доступ до ліків усіх громадян та стимулює розвиток ринку ефективних та якісних лікарських засобів. Враховуючи те, що характеристики препаратів, зокрема фармакотерапевтичний ефект та ціна визначають рівень компенсації у більшості із зазначених країн, ефективність фармацевтичної допомоги залежить безпосередньо від вибору лікарських засобів, які включені у систему реімбурсації (компенсації) вартості.

На рис. 1.1 наведено узагальнення систем реімбурсації лікарських засобів та фармацевтичної допомоги населенню.



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

Аналізуючи досвід економічно розвинених країн можна виділити три принципових механізми відшкодування вартості лікарських засобів пацієнтом (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Механізми відшкодування вартості лікарських засобів пацієнтом

№	Механізм оплати	Коротка регламентація	Країна
1	Фіксований	утримання фіксованої суми, що складає лише частину реальної вартості ЛЗ	Австрія, Німеччина, Великобританія
2	Диференційований	оплата певного відсотка від вартості ЛЗ	Франція, Данія, Бельгія
3	Фіксований + диференційований	сплата пацієнтом фіксованої суми і (додатково) певного відсотка вартості ЛЗ (цей механізм включає в себе два попередніх)	Фінляндія, Італія

1.2. Наукове узагальнення імплементації систем реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги в сучасних умовах

На сьогодні більше 27 країн Європи використовує диференційований підхід до реімбурсації витрат на фармацевтичну допомогу амбулаторним і стаціонарним хворим.

Європейські системи реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги, у разі амбулаторного лікування, ґрунтуються на основі *наступних чинників* (рис. 1.2):

- критерії надання компенсації вартості фармацевтичної допомоги;
- обсяги компенсації вартості фармацевтичної допомоги;
- практика застосування регулюючих переліків фармацевтичної допомоги;
- методи визначення вартості компенсації фармацевтичної допомоги.



Рис. 1.2. Національні чинники систем реімбурмації вартості амбулаторної фармацевтичної допомоги в європейських країнах

Необхідно зазначити, що найбільш поширене застосування сьогодні має критерій *«характеристики лікарських засобів»*, який використовується у 18 країнах Європи (Бельгія, Греція, Чехія, Італія, Фінляндія, Польща, Нідерланди, Великобританія) і поєднує фармакотерапевтичні, фармакоеконімічні, цінові характеристики лікарського препарату, а також показники його споживання на вітчизняному ринку зазначених країн. Оцінку лікарського засобу за зазначеними параметрами проводять уповноважені експертні органи, за рішенням яких препарат включають до системи реімбурсації й визначають обсяг відшкодування [21, 30, 84].

Критерій *«соціально-професійний статус (розмір доходу хворого)»* є основним у системі реімбурсації на Кіпрі, Мальті та в Туреччині. До категорій населення, що мають право на найвищий рівень компенсації вартості лікарських засобів в цих країнах належать пенсіонери, непрацевдатні громадяни та громадяни з низьким рівнем доходів, а також працівники правоохоронних органів, військовослужбовці та держслужбовці [34, 86].

У Данії та Швеції рішення стосовно рівня відшкодування лікарських засобів населенню приймається на основі *«вартості спожитих ліків за визначений термін часу, який, як правило, складає календарний рік»*. У Данії обсяги компенсації коливаються у межах від 0 %, якщо сума спожитих ліків менше 64 € до 85 %, якщо вказана сума перевищує 366 €. У Швеції такі коливання відбуваються у межах від 0 % (вартість спожитих лікарських засобів менше ніж 94 €) до 100 %, у разі суми споживання більше ніж 463€. Необхідно зазначити, що станом на 2014 року показники середньодушового споживання лікарських засобів у Данії та Швеції знаходились на рівні 350–420 міжн. доларів. Таким чином, критерій *«вартість спожитих ліків»* дозволяє адресно визначати найбільш нужденних пацієнтів, разом з тим здійснювати стимулювання процесу споживання ліків» [90].

Отримані дані показують, «що 24 з 27 країн застосовують *«Позитивні переліки»* лікарських засобів, які визначають обсяг компенсацій витрат населенню на лікарські засоби в аспекті відбору ліків, при чому три із зазначених країн мають окремі *«Позитивні переліки»* для лікування визначених нозологій та для лікування соціально-професійних груп населення. До таких країн належать Бельгія, Литва, Словенія. У Великобританії та Данії, навпаки, застосовують один чи декілька *«Негативних переліків»* лікарських засобів, до яких відносять лікарські препарати, що не мають доведених доказів безпечності, якості та ефективності, або їх неефективність є доведеною. Лікарські засоби, які входять до *«Негативного переліку»* не рекомендовано для використання у системі обов'язкового медичного страхування, або до включення у програми фінансування фармацевтичної допомоги за рахунок бюджету» [23, 35, 87].

В окремих країнах, наприклад в Угорщині, застосовується як *«Позитивний»* так і *«Негативний»* переліки лікарських засобів. У Греції та Фінляндії затверджені відповідні нормативно-правові акти з впровадження *«Негативних переліків»* лікарських засобів, але на практиці ця норма ще не застосована [34].

Необхідно зазначити, що спостерігається тенденція до скорочення *«Позитивних переліків»* з тенденцією до більш суттєвого скорочення складу переліків для надання фармацевтичної допомоги соціально-вразливим верствам населення. Вказаний факт відповідає рекомендаціям фахівців ВООЗ, які зазначають, що реімбурсація вартості повинна відбуватись для основних лікарських засобів, тобто для ліків, що застосовують для лікування найбільш розповсюджених в країні захворювань. Відповідно найвищі ставки відшкодування (90-100 %) мають лікарські засоби для лікування важких та соціально небезпечних захворювань, таких як онкологічні захворювання, бронхіальна астма, шизофренія, але, звертає увагу той факт, що перелік зазначених захворювань у всіх країнах, що проаналізовано, вкрай обмежений і середній відсоток компенсації складає 60-70 % з тенденцією до зниження [35].

На сьогодні «переважна більшість країн Європи (18 з 27 країн аналізу) застосовують в якості методу визначення вартості реімбурсації систему референтних цін, ще три країни використовують споріднені методи. Дискусійним з позиції медико-соціальної ефективності залишається питання визначення референтних кластерів (референтних груп). Так більшість країн, які взято до аналізу, застосовує в якості референтних кластерів 5 рівень АТС-класифікації. Окремі країни, такі як Угорщина, Польща, Нідерланди, Словаччина, комбінацію з 3, 4 та 5 рівнів АТС- класифікації» [77, 88].

На відміну від системи реімбурсації у разі лікування амбулаторних хворих, фармацевтична допомога в умовах стаціонару відшкодовується європейським пацієнтам у повному обсязі. «Як правило, кожен лікувальний заклад стаціонарного типу має свій власний стаціонарний формуляр лікарських засобів, а лікарські призначення та відшкодування вартості спожитих ліків відбуваються у межах його складу як регулюючого переліку. У більшості випадків в якості методу визначення вартості реімбурсації застосовують тендерне ціноутворення, й ставка реімбурсації складає 100 %. Винятковою є датська система реімбурсації у разі лікування стаціонарних хворих, яка не передбачає застосування жодного з регулюючих переліків лікарських засобів, й ставка відшкодування залежить від важкості захворювання» [18, 89].

Аналіз механізмів компенсації та регулювання обігу лікарських засобів у системі реімбурсації в країнах-членах ЄС, наведено в табл. 1.3.

В країнах ЄС, як правило, «діє принцип солідарності: здорові сплачують основну частку витрат за ліки для хворих. При цьому у більшості країн хворі спочатку купують потрібні їм ліки за готівку і лише потім їх витрати відшкодовуються» [15].

Таблиця 1.3

Аналіз механізмів компенсації та регулювання обігу лікарських засобів у системі реімбурсації в європейських країнах

Стратегія	Австрія	Бельгія	Данія	Франція	Німеччина	Фінляндія	Греція	Ірландія	Іспанія	Люксембург	Нідерланди	Португалія	Швеція	Великобританія
Позитивний список	*	*	*	*		*	*		*		*	*	*	
Негативний список					*			*	*	*				*
Контроль промоцій				*										*
Встановлення бюджету лікарів					*				*					*
Аналіз терапевтичної ефективності				*										
Фармакоеконімічна оцінка		*	*	*										
Обмеження фармацевтичних витрат									*					
Розвиток ринку генериків			*	*	*			*			*			*
Контроль прибутку														*
Контроль цін	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Встановлення середньої ціни											*			
Моніторинг внутрішніх цін		*					*	*	*	*	*	*		
Референтні ціни			*		*				*		*		*	
Заморожування цін		*						*	*		*			
Зменшення цін		*			*						*			*

Досвід різних країн свідчить, що у більшості випадків основні витрати на лікарські засоби підлягають компенсації [25].

Встановлення «ціни та обсягу компенсації передбачає наступні складові: отримання дозволу на торгівлю препаратом, відповідність критеріям ефективності, безпеки і якості, переговори із закладами, що здійснюють виплату компенсацій та ін.» [20].

Отже, рішення про обсяги компенсаційних виплат та ціни мають вплив на доступність лікарських засобів і фармацевтичної допомоги для пацієнтів, яке її потребує.

1.3. Основні засади фармацевтичного забезпечення пільгових груп та категорій населення за кордоном у порівнянні з Україною

Показник фінансування медичної допомоги населенню є важливим економічним показником, що показує рівень соціально-економічного розвитку держави, та відображається в відсотковому відношенні до валового внутрішнього продукту країни.

Є дві групи країн за даним показником. В першій витрати на охорону здоров'я складають більше 10% від ВВП (Великобританія, Франція, Німеччина, Данія, Бельгія, Голландія, Норвегія).

В другій – витрати державного бюджету на охорону здоров'я менше 8,5%, входять країни Східної Європи, такі як Угорщина, Польща, Чехія, Словаччина (рис. 1.3).

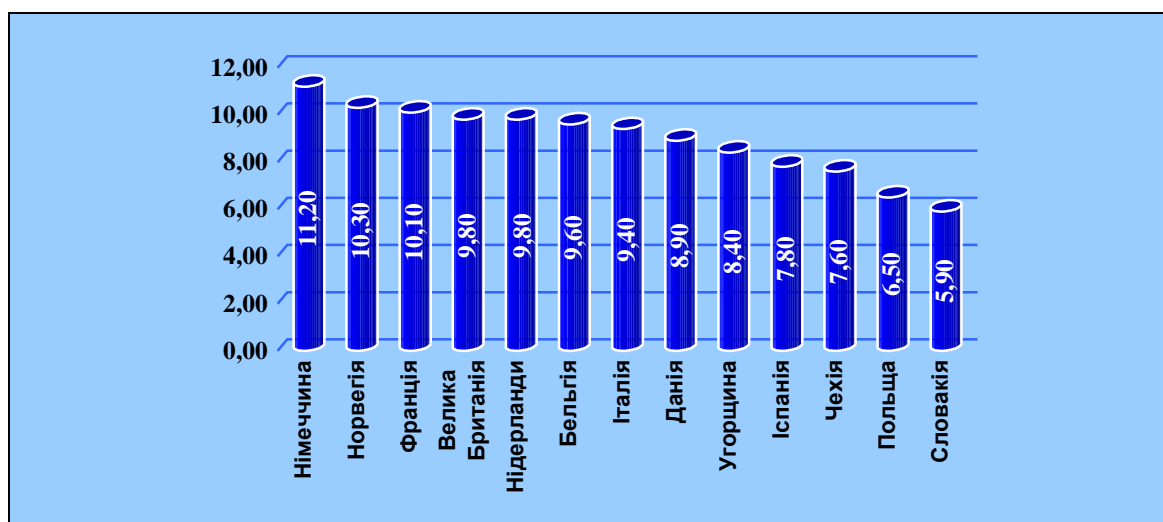


Рис. 1.3. Фінансування медичної допомоги населенню у відсотковому відношенні до валового внутрішнього продукту країни

Рівень фінансування охорони здоров'я і фармацевтичної допомоги є важливою складовою, яка визначає багато в чому доступність ліків населенню [17].

В середньому рівень фінансування охорони здоров'я в Україні ледве досягає 3,5% валового внутрішнього продукту. Згідно оцінкам ВООЗ, при

витратах на систему охорони здоров'я менше 5% від валового внутрішнього продукту, вона не здатна якісно виконувати свої функції.

На сьогодні показником, що дозволяє оцінити доступність фармацевтичної допомоги в різних країнах є показник споживання ліків на душу населення, який не залежить напряду від рівня цін, а в першу чергу визначається ефективністю системи компенсації.

Було проаналізовано показники споживання ліків на душу населення в деяких країнах світу в порівнянні з Україною. Так, лідируюче місце по загальному рівню споживання лікарських засобів займають *Італія, Франція, Німеччина, Великобританія*.

Друге місце по рівню споживання *посідають Швейцарія, Голландія, Данія, Швеція, Чехія, Словаччина*.

Угорщина, Польща, Естонія та Україна знаходяться на останньому місці. Україна значно відстає за даним показником від розвинених країн Європи, проте як в Італії – 500 доларів, що є більше в 10 разів (рис. 1.4). Це пояснюється, в першу чергу: недостатнім фінансуванням, відсутністю системи обов'язкового медичного страхування, недосконалістю системи компенсації вартості і механізмів регулювання цін на ліки [20].

В умовах реформування системи охорони здоров'я та фармацевтичної галузі Україні необхідні дієві механізми використання бюджетних коштів, регулювання безоплатного та пільгового забезпечення населення лікарськими засобами.

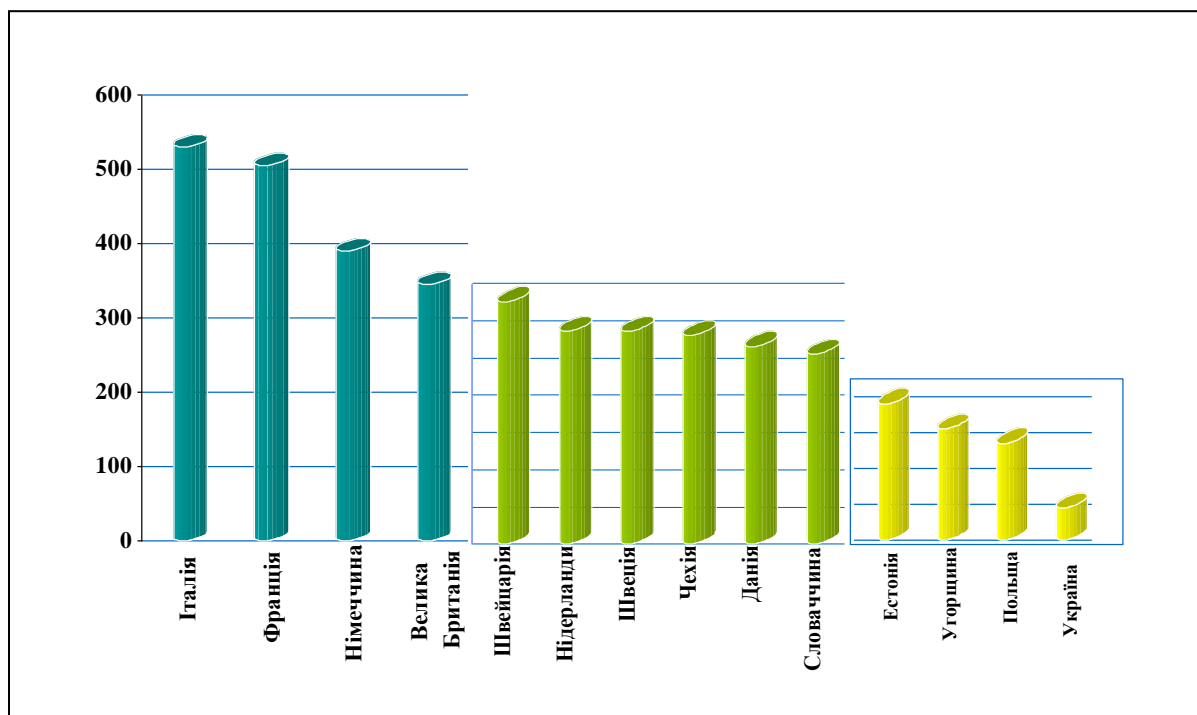


Рис. 1.4. Загальний рівень споживання лікарських засобів

На сьогодні в Україні в амбулаторних умовах передбачена система компенсації вартості лікарських засобів у залежності від захворювання, його тяжкості, та в залежності від категорії пацієнта. Компенсація складає 100% та 50% вартості лікарських засобів. Категорії осіб, що мають право на компенсацію, а також перелік захворювань, лікарські засоби для лікування яких відпускаються з аптечних закладів безоплатно, або на пільгових умовах, затверджені постановою КМУ від 17.08.1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» [57].

Категорії населення, у разі лікування яких лікарські засоби відпускаються на пільгових умовах, а саме: компенсація 50 % вартості ліків:

- діти віком від трьох до шести років;

- почесні донори України відповідно до Закону України “Про донорство крові та її компонентів” і громадяни України, нагороджені нагрудним знаком “Почесний донор СРСР”;
- реабілітовані особи, які стали інвалідами внаслідок репресій або є пенсіонерами;
- депортовані особи, які досягли пенсійного віку або є інвалідами;
- інваліди I і II груп.

Таблиця 1.5

Перелік захворювань, у разі лікування яких лікарські засоби відпускаються безоплатно, або на пільгових умовах

Онкологічні захворювання	Гематологічні захворювання
Ревматизм	Діабет (цукровий і нецукровий)
Ревматоїдний артрит	Туберкульоз
Лепра	Сифіліс
Системні, хронічні, тяжкі захворювання шкіри	Системний гострий вовчак
Пухирчатка	Аддісонова хвороба
Стан після операції протезування клапанів серця	Психічні захворювання (інвалідам I та II груп, а також хворим, які працюють в лікувально-виробничих майстернях психоневрологічних і психіатричних закладів)
Шизофренія та епілепсія	Фенілкетонурія
Гепатоцеребральна дистрофія	Гостра переміжна порфірія
Мозочкова атаксія Марі	Хвороба Паркінсона
Міопатія	Інфаркт міокарду (перші шість місяців)
Хвороба Бехтерева	Бронхіальна астма
Стан після пересадки органів і тканин	Гіпофізарний нанізм
Дизентерія	Тяжкі форми бруцельозу
Міостенія	Муковісцидоз

Таким чином, Україні присутні як загальноєвропейські принципи реімбурсації, так і ряд істотних відмінностей.

Схожі позиції: реімбурсація базується на принципі надання фармацевтичної допомоги хворим на соціально небезпечні та важкі захворювання, а також незахищеним верствам населення.

Основні відмінності: істотний дефіцит бюджетного фінансування на медичну та фармацевтичну допомогу; відсутність системи обов'язкового медичного страхування; частково застосовується державне регулювання цін на лікарські засоби, що підлягають компенсації; ціни на препарати, які «не компенсуються» підлягають державному регулюванню; «Бюджетний перелік» складено без обов'язкової фармакоеконімічної оцінки.

Порівняльна характеристика сучасних систем реімбурсації в Україні і в країнах Європи, та їх відповідність до вимог ВООЗ наведено у табл. 1.6.

Таблиця 1.6

Відповідність методологічних принципів реімбурсації
в Україні і Європі до вимог ВООЗ

Методологічні принципи реімбурсації	Рекомендації ВООЗ	Загальноєвропейська практика	Сучасний стан в Україні
Джерела фінансування	Ресурси ОМС	Окремі країни (Чехія, Словенія, Франція, Німеччина та ін.)	Не відповідає
Умови надання компенсації	Для ОЛЗ	Більшість країн (Франція, Швейцарія, Великобританія, Чехія та ін.)	Відповідає частково
Ціноутворення на ЛЗ	Державне регулювання для ОЛЗ, вартість яких компенсується	Більшість країн (Італія, Франція, Швеція, Данія, Швейцарія та ін.)	Не відповідає
Принципи включення до позитивних переліків	Фармакоеконімічна оцінка	Окремі країни (Бельгія, Данія, Норвегія, Швеція, Естонія, Польща та ін.)	Не відповідає

Таким чином, для європейських країн є характерним функціонування систем реімбурсації в яких державне регулювання системи цін на лікарські

засоби, є важливою складовою забезпечення доступності фармацевтичної допомоги та раціональному використанню бюджетних та страхових коштів. В Україні на сьогодні також використовується компенсація (відшкодування) вартості фармацевтичної допомоги окремим категоріям населення, але не існує єдиної системи реімбурсації та ціноутворення, яка базується на принципах, що рекомендовані ВООЗ та опрацьовані в країнах Європи.

Часто через обмеженість бюджетних асигнувань ці соціальні гарантії не виконуються і як наслідок, в одній державі населення одержує інколи різний обсяг лікарської допомоги.

Зростання цін на більшість лікарських препаратів зробило їх майже недоступними для населення з невисоким рівнем доходів. Якщо взяти до уваги, що отримання необхідних медикаментів часто є питанням життя, то важливість і актуальність вирішення проблеми очевидна. У зв'язку з цим необхідно упорядкувати порядок відпуску ліків по пільговим і безоплатним рецептам відповідним категоріям населення, як на державному, так і на регіональному рівнях.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

2.1. Аналіз ефективності механізмів реімбурсації в західноєвропейських країнах ЕС

Вивчення та аналіз досвіду країн, які мають найбільш соціально – ефективні механізми реімбурсації є досить корисним з точки зору вибору найбільш оптимального механізму для України.

У *Німеччині* показник витрат на охорону здоров'я в світі є високим. В системі охорони здоров'я країни з 1983 року діє модель соціального медичного страхування. «В основу системи реімбурсації в Німеччині покладено принципи врахування загально визнаного рівня досягнень у медицині та принцип гуманізму. Це постає з § 70 Соціального кодексу Німеччини, який закріплює, що застрахованим особам гарантується надання медичних послуг, які є пропорційними їх потребам та відповідають загально визнаному рівню досягнень у медицині. Ідеться про те, що надання медичних послуг має ґрунтуватися на дотриманні вимог фахово обумовленої якості, економічної виправданості та враховувати нові досягнення медичної науки. Законодавством передбачено низку обмежень щодо відшкодування вартості препаратів. Ідеться про принцип економічної виправданості надання медичних послуг. Сутність

його полягає в тому, що надання медичних послуг має бути достатнім, доцільним і не повинне перетинати межу необхідного» [81].

Отже, пацієнту забезпечується не оптимальне, а лише достатнє лікування. Провідну роль у функціонуванні механізму реімбурсації в Німеччині відіграють два органи – Спільна федеральна комісія та Інститут якості й економічності в системі охорони здоров'я. Спільна федеральна комісія – найвищий орган самоврядування лікарів. Її діяльність перебуває під наглядом МОЗ Німеччини, проте вона не підпорядкована йому. Суб'єктний склад комісії налічує 13 членів, зокрема, голову та двох нейтральних членів, а також представників Федеральних об'єднань касових стоматологів, касових лікарів, Німецького товариства лікарень та Головної спілки державних лікарняних кас. Усі вони наділені правом голосу. Дорадчий голос належить представникам самоврядних організацій, які представляють інтереси пацієнтів. Організаційною формою діяльності є щомісячні засідання. Прийняті рішення оформлюються у формі директив, що постає з § 92 Соціального кодексу Німеччини.

Основна функція «Спільної федеральної комісії – конкретизація законодавчих меж щодо відшкодування вартості медичних послуг та створення переліку лікарських засобів. У 2004 році Комісією було створено Інститут якості та економічності в системі охорони здоров'я, який є незалежною науково-дослідною установою. За дорученням комісії або МОЗ він здійснює порівняльне дослідження лікарських засобів, які вперше призначаються пацієнтам з уже існуючими на ринку препаратами в аспекті їх терапевтичної користі та її співвідношення до вартості. Протягом останніх років його діяльність активніше спрямовується на оцінку інноваційних лікарських засобів. Висновки Інституту надсилаються до Спільної федеральної комісії та враховуються під час прийняття нею рішення щодо включення препаратів до позитивного списку» [14].

Наступним аспектом, «що вартий уваги, є процедура включення лікарського засобу до позитивного списку. У Німеччині вона відбувається з урахуванням критерію «терапевтичної користі» препарату. Відмінність даного

критерію від критерію ефективності лікарського засобу, що покладений в основу його реєстрації на фармацевтичному ринку, прослідковується в низці виключень та обмежень щодо відшкодування вартості вже допущених на ринок лікарських засобів. Зокрема, вони стосуються безрецептурних лікарських засобів, що продаються через аптеки, препаратів, які перебувають у вільному обігу, рецептурних лікарських засобів, призначених для легких захворювань тощо. Береться до уваги й фармакоекономічний критерій, адже відшкодуванню не підлягають препарати, визнані економічно невиправданими. До них відносять ті, терапевтична користь від яких не була достатньою мірою доведена» [27].

Фармацевтичний «ринок *Великобританії* один з найконсервативніших в Європі. У Великобританії існує Національна служба охорони здоров'я, яка як державний інститут фінансується виключно за рахунок суспільних внесків, тобто медичне страхування і медичне обслуговування здійснюється за участю Національної служби охорони здоров'я. У Великобританії компенсація автоматично розповсюджується на значну частку лікарських засобів винятком є ті препарати, які потрапили до «негативного списку». На доступність лікарських засобів у Великобританії, на відміну від Німеччини, значно впливають фармакоекономічні оцінки Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги» [46].

Рівень «цін і обсяг компенсації в *Італії* визначається як на державному так і на регіональному рівнях. Особливості «виходу» на ринок, рівень цін і компенсаційних виплат визначаються Італійським агентством з лікарських засобів. В країні існує два класи компенсації: клас А – компенсація 100% - включає препарати для лікування важких хронічних захворювань, які повинні покращувати якість життя, підвищувати середню тривалість життя і збільшувати частку сприятливих результатів лікування, клас Н – що є підкласом класу А, припускає також компенсацію 100% і включає препарати для застосування в умовах стаціонару, клас С – компенсація 0% - включає всі інші лікарські засоби та безрецептурні препарати» [43].

У «Данії» ціни на лікарські засоби, що підлягають реімбурсації формуються на базі внутрішніх цін або середньоєвропейських, якщо вони нижчі. Заяви про реімбурсацію спрямовують до Датського агентства з ліків, де вони оцінюються Комісією з реімбурсації. В країні передбачена процедура визначення компенсаційної знижки для пацієнта, який не користується послугами обов'язкового медичного страхування. Взагалі в Данії існує три категорії реімбурсації: 100 % - в цю категорію включений тільки інсулін; 74,7 % - лікарські засоби для лікування серйозних захворювань; 49,8 % - лікарські засоби для лікування менш тяжких захворювань» [39].

У «Фінляндії» ціноутворення на лікарські засоби, що не підлягають реімбурсації вільне, на інші – встановлюється прийнятна оптова ціна, після чого їх вартість реімбурсується згідно з його категорією 50%, 75% або 100%. Категорія визначається уповноваженою Радою (Council State). Ліки для тяжких хронічних захворювань підлягають реімбурсації як спеціальна реімбурсаційна категорія. Рівень цін на лікарські засоби у Греції найнижчий в Європі, тоді як рівень споживання – досить високий. Контроль цін здійснюється у відношенні як рецептурних, так і ОТС-препаратів. Контроль за цінами на лікарські засоби здійснює Дирекція з контролю за цінами на лікарські засоби шляхом визначення максимальної роздрібною ціни на всі лікарські засоби з урахуванням оптової ціни. З 1998 року уряд запровадив «позитивний перелік», лікарські препарати якого підлягають реімбурсації страховим фондом і який переглядається кожні два роки. Лікарські препарати, що входять до цього переліку одержують однаковий рівень реімбурсації у всіх страхових фондах. Страхові компанії покривають близько 75 % витрат на лікарські засоби для пацієнтів, з окремим визначенням - для пенсіонерів, дітей, хронічно хворих пацієнтів (діабет, онкологічні хворі), передбачена 100% компенсація. Інші хронічні хворі, такі як хворі на паркінсонізм, платять 10% від вартості прописаних лікарських засобів» [41].

Узагальнені схеми оплати ліків пацієнтами в деяких європейських країнах представлено в табл. 2.1 [38].

Таблиця 2.1

Схеми оплати ліків пацієнтами в західноєвропейських країнах

Країна	Схема оплати
Німеччина	Пацієнт оплачує будь-які ліки за єдиною ціною залежно від розміру упаковки, близько 4 – 9 євро.
Франція	Пацієнт оплачує граничний відсоток вартості ліків залежно від захворювання: 0%, 35%, 65%.
Фінляндія	Єдина ціна на будь-які ліки за рецептом. Компенсація надається у розмірі 50% ціни, що перевищує 3 євро, у разі тривалого лікування або хронічного захворювання, компенсація складає 75% або 100% до ціни, що не перевищує 6 євро.
Італія	Перша упаковка коштує 1,5 євро, далі, незалежно від кількості упаковок, загальна сума не перевищує 3 євро. Компенсація визначається залежно від захворювання в розмірі від 0%, 50% і 100%.
Швеція	Диференційована ставка компенсації із встановленою межею – максимальна сума, яку пацієнт заплатить за ліки, не перевищує 2 євро.
Великобританія	Єдина ціна за будь-яку упаковку ліків встановлена у розмірі 14 євро.

2.2. Досвід та проблеми впровадження механізмів реімбурсації в США та східноєвропейських країнах

На відміну «від Європи, де ціни на більшість лікарських засобів, що відпускаються за рецептом, контролюються за допомогою договору (домовленості, узгодженості) між платниками – страховими компаніями і виробником, в приватному секторі в США немає механізму прямого контролю рівня цін на лікарські засоби на федеральному рівні. У приватному секторі ціни узгоджуються між постачальником і дистриб'ютором на основі вільної ринкової конкуренції. Відсутність державного контролю цін в США дає можливість фармацевтичним компаніям встановлювати вищі ціни, ніж в інших країнах. Оптові фірми суттєво впливають на рівень цін, оскільки мають нагоду виключити із переліку ті лікарські засоби, які мають стабільно фіксовані ціни.

Ці переліки є «позитивними переліками» лікарських засобів, що беруть участь у медичній страховій програмі. Ринкова конкуренція в США настільки розвинена, що більшість управлінських рішень про включення до переліків лікарських засобів приймається після обговорення з декількома конкуруючими виробниками лікарських препаратів, тому, вільна ринкова конкуренція, тиск на попит, та їх комбінація взагалі і регулює ціни на ринку США» [43].

У *східноєвропейських країнах* система реімбурсації має узагальнений вигляд. У галузі охорони здоров'я переважає державна форма власності, тоді як у фармацевтичній галузі більшість підприємств – приватні. У страховому законодавстві наголошується домінування централізованого підходу і домінування права на реімбурсацію для пацієнтів певних соціальних груп [46].

До 90-х рр. «у більшості східноєвропейських країн почалися економічні реформи та приватизація. У фармацевтичній галузі *Чехії, Румунії, Польщі* та інших східноєвропейських країнах реформи призвели до збільшення кількості приватних виробників, оптових складів і аптек. Така структура фармацевтичної галузі є достатньо конкурентоспроможною, і повинна збільшити виробництво лікарських засобів, відповідно до зниження рівня цін на них, і, як наслідок, до підвищення доступності лікарських засобів та якості фармацевтичних послуг в цілому. В інших країнах ринкові реформи державного сектора, у поєднанні з глибокою економічною кризою, призвели до обмеження фінансових ресурсів на соціальні заходи. Витрати на медичні послуги варіюють між 2 % і 3 % від валового внутрішнього прибутку країни (відповідно до рекомендацій ВООЗ державні витрати на охорону здоров'я повинні складати не менше 5% від валового внутрішнього прибутку країни), що недостатньо в умовах переважно бюджетного фінансування охорони здоров'я» [53].

В *«Словацькій республіці* були створені сприятливі передумови для побудови системи референтного ціноутворення на фармацевтичному ринку. Перш за все, варто відзначити досить дієву політику держави в сфері страхування, за результатами впровадження якої, на даний час, в країні діє система обов'язкового медичного страхування (з додатковими можливостями),

яка дала можливість забезпечувати населення якісними послугами страховиків та сформувала підґрунтя для впровадження референтного ціноутворення на ліки. Функціонують 3 страхові компанії, які діють у формі акціонерних товариств (2/3 населення користуються послугами державної страхової компанії та 1/3 – послугами приватних страхових компаній). Діє орган контролю в сфері медичного страхування, встановлені показники діяльності страховиків. Також встановлені вимоги щодо технічного оснащення страхових компаній та вимоги щодо кадрового підбору працівників страхових компаній. Мережа страхових компаній територіально побудована, виходячи із принципу – один офіс страхової компанії на встановлену мінімальну кількість населення. Формула визначення ризику передбачає оцінку статі, віку, роду діяльності тощо» [79].

Сама ж політика референтного ціноутворення в Словацькій республіці передбачає такі заходи:

1) підготовка фармако-економічного подання. Обов'язковою складовою подання про реімбурсацію, починаючи з 2006 року, є фармако-економічний аналіз (обґрунтування), який має бути складений з урахуванням затверджених рекомендацій МОЗ.

2) розподіл витрат. Всі витрати поділяються на:

а) *прямі* – включають витрати на охорону здоров'я та витрати, не пов'язані із охороною здоров'я (наприклад, зарплати працівникам);

б) *непрямі*.

Кожен вид з цих витрат розбивається по групах: *витрати страхової компанії та затверджені соціальні витрати*.

3) визначення наявності підстав для встановлення пільг;

4) здійснення детального аналізу поданого фармако-економічного обґрунтування;

5) затвердження фармако-економічного обґрунтування, яке містить прозорий опис моделі ціноутворення (затрати, результати, методи), враховує наукові розробки галузі та детальний аналіз нових параметрів [79].

На підставі «аналізу системи референтного ціноутворення в Словацькій республіці, в цілому, можна відзначити, що моделі референтного ціноутворення визначаються з урахуванням зовнішніх чинників (ціноутворення на ліки, що здійснюється виробниками із урахуванням досвіду окремих країн ЄС) та внутрішніх чинників (ціноутворення та реімбурсація засновані на генеричній та терапевтичній еквівалентності), врахування торгівельного ризику та податку на додану вартість при визначенні ціни на лікарський засіб» [84].

Також можна визначити ряд умов, які створюють певні перешкоди на шляху ефективного провадження політики референтного ціноутворення на ліки в даній країні, зокрема:

- регулятори (державні органи) та платники (страхові компанії) все ще не усвідомлюють реальну вартість технологій охорони здоров'я та порядку ціноутворення, заснованого на вартісних показниках;
- недостатня розвиненість системи референтного ціноутворення;
- обмежені можливості страхових компаній;
- недостатність політичної підтримки;
- державне регулювання ринку лікарських засобів та впроваджена система референтного ціноутворення виходять з того, що виробники лікарських засобів сприймаються як такі, що прагнуть отримати надприбутки.

Виділяють «слабкі сторони політики референтного ціноутворення в Словацькій республіці. Зокрема, таке референтне ціноутворення спрямоване переважно на підтримку програм боротьби з онкологічними захворюваннями (за останні 10 років витрати на придбання ліків, призначених для лікування онкологічних захворювань, збільшилися в 20 разів). Також, важливим моментом є те, що немедичні витрати, а також, недоведені на основі первинних документів витрати та такі, що не включені до переліку витрат, які підлягають відшкодуванню, реімбурсації не підлягають. Реімбурсації також не підлягають витрати на медичні послуги, лікарняні витрати, витрати на проведення діагностичних процедур, КТ, МРТ тощо» [39].

У «Болгарії» керівну роль у реалізації державної політики у сфері обігу лікарських препаратів відіграє Болгарське виконавче агентство лікарських засобів – орган контролю якості та безпеки лікарських засобів. Агентство перебуває в підпорядкуванні МОЗ. Його очолює виконавчий директор, який призначається Радою Міністрів за поданням міністра строком на 5 років. У структурі агентства виокремлено два підрозділи та контрольну-аналітичну лабораторію, яка входить до переліку офіційних лабораторій з контролю за лікарськими засобами на території країн-членів ЄС. Загальний відділ агентства надає адміністративні послуги для бізнесу, контролює питання медичного страхування та управління якості у сфері фармації, спеціалізований – видає дозволи на виробництво лікарських засобів, їх імпорт та продаж, проводить експертизу для допуску ліків на ринок та сертифікацію, реєструє аптечні заклади, веде реєстр клінічних випробувань, здійснює контроль за виробництвом та рекламою лікарських засобів, їх оптовою та роздрібною торгівлею. Крім цього, агентство займається збором, обробкою та узагальненням інформації про побічні реакції на лікарські засоби, наслідки взаємодії препаратів, виконує функцію національного координатора з питань ефективності й безпеки лікарських засобів, для чого здійснює наукову, консультативну та видавничу діяльність у сфері фармації» [54].

Для включення лікарського засобу до одного з переліків вони мають відповідати таким критеріям: повинні бути зареєстровані й мати дозвіл на маркування; мають бути призначені для терапії в амбулаторних умовах, перелік яких визначається Національним страховим фондом; міжнародні непатентовані назви лікарських засобів мають бути включені до позитивних списків у референтних країнах.

Включення лікарського засобу до позитивного переліку відбувається членами Комісії за результатами розгляду експертних висновків протягом 30 днів та оформлюється рішенням, яке оприлюднюється й набуває офіційного статусу [54].

2.3. Аналіз поточного забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій громадян в Україні та реалізації пілотних проектів з відшкодування вартості лікарських засобів на визначені нозології

Наразі створено законодавчу базу, яка регулює соціальний захист і забезпечення пільгових категорій громадян. Вона складається зі статті 49 Конституції України, статей 54, 56 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», постанов КМУ від 17.08.1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», від 02.07.2014 року № 240 «Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби», від 25.03.2009 року № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення», від 17.10.2008 року № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і медичні вироби», наказу МОЗ України від 19.07.2005 року № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог – замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог замовлень» та інших актів.

Важливим «складником державної політики у сфері лікарського забезпечення є фінансування лікарських засобів. Згідно зі ст. 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України, обласних, районних та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Витрати, пов'язані з відпуском лікарських засобів безоплатно і на пільгових умовах, провадяться за рахунок загальних асигнувань, що передбачаються відповідними бюджетами на охорону здоров'я, а також коштів Фонду для

здійснення заходів щодо ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи та соціального захисту населення» [78].

В амбулаторних умовах компенсація вартості лікарських засобів здійснюється в залежності від захворювання, його тяжкості, та в залежності від категорії пацієнта. Категорії осіб, що мають право на компенсацію, а також перелік захворювань, лікарські засоби для лікування яких відпускаються з аптечних закладів безоплатно, або на пільгових умовах, затверджені постановою КМУ від 17.08.1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань».

Компенсації підлягають лікарські засоби, що зареєстровані в Україні та включені до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я затверджених МОЗ України, без прив'язки до Національного переліку.

До 01.01.2018 року компенсації в даному випадку підлягали тільки лікарські засоби, що були визначені постановою КМУ від 25.03.2009 року № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробництва медичного призначення».

Відпуску з аптечних закладів за пільговими рецептами підлягають лікарські засоби, що мають зареєстровану оптово – відпускну ціну в Реєстрі ведення якого визначено наказом МОЗ України від 18.08.2014 року № 574 «Про затвердження Положення про реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби і виробництва медичного призначення, порядок внесення до нього змін та форм декларації зміни оптово-відпускної ціни на лікарський засіб та виробництва медичного призначення».

В Україні за останні роки було кілька спроб реформувати систему забезпечення ліками шляхом впровадження пілотних проектів реімбурсації на визначені нозології.

В 2009 році МОЗ України «було створено Національну систему відшкодування витрат на медикаментозне забезпечення хворих діабетом.

Планувалося, що хворі отримуватимуть інсулін в аптеках безкоштовно. Однак одразу виникли труднощі, зумовлені відсутністю реєстрації цін на медичні препарати та реєстру хворих на цукровий діабет. Для розв'язання цієї проблеми, Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів МОЗ України в липні 2009 року розробила проект постанови КМУ «Про затвердження порядку відшкодування аптечним установам коштів за лікарські засоби (інсулін та його аналоги)», а також положення про державний реєстр хворих на цукровий діабет і зараєстровані ціни на інсулін. Відповідно до даного проекту вартість інсуліну повинна була відшкодовуватись аптекам за встановленими в державному реєстрі цінами з державного й місцевого бюджетів на підставі рецепта, залишеного одержувачем препарату. Проектом було передбачено, що розпорядником коштів є головні управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, які уповноважені укладати договори з аптеками. Але Кабінетом Міністрів України не було прийнято рішення щодо запуску пілотного проекту по запровадженню державного регулювання цін на препарати інсуліну за допомогою відшкодування їхньої вартості» [22].

До помилкових рішень можна віднести прийняття наказу МОЗ України від 09.04.2014 року № 257 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 01.06.2012 року № 419». Згідно з цими змінами, при формуванні реєстру оптово-відпускних цін, перестали враховувати 7 % ставки податку на додану вартість на лікарські засоби та девальвацію гривні. Таким чином, проект фактично перестав виконувати соціальну функцію із забезпечення економічної доступності лікарських засобів для населення. В результаті спостерігалось зниження споживання антигіпертензивних лікарських засобів, включених до Пілотного проекту, та підвищення їх вартості [55].

Загалом проект себе виправдав. Адже основна його мета була частково досягнута - смертність від цих форм гіпертонічної хвороби в Україні у 2013 році в порівнянні з 2012 роком серед міського населення знизилася на 18,75%, серед сільського - на 20% відповідно, кількість випадків інсультів (усіх форми) в 2014 році зменшилася в порівнянні з 2012 роком на 18,1%, при цьому кількість

викликів швидкої медичної допомоги з приводу гіпертонічних кризів у 2014 році в порівнянні з 2012 роком зменшилася на 11,4%. Проте варто наголосити, що проект потребував значних доробок. Про це свідчить багато недоліків проекту. Значний негативний вплив на реалізацію проекту також надало те, що на початку 2014 року реалізація Пілотного проекту фактично була зупинена і поновилася тільки після прийняття постанови КМУ від 12.02.2014 року № 42 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України». Аптечні заклади в грудні 2013 року - січні 2014 року не отримали відшкодувань вартості відповідних лікарських засобів. У зв'язку з цим кількість аптек, що приймали участь у Пілотному проекті скоротилась більше ніж на 30 %. Якщо в 2013 році в проекті було задіяно більш ніж 12 тис. аптек, то в 2014 році - менше 8 тис.

Під час розширеної колегії МОЗ України, «яка відбулася 17.10.2014 року провідні кардіологи країни дійшли висновку, що Пілотний проект варто призупинити. Було наголошено на необхідності змінювати структуру та методологію реімбурсації. Підсумовуючи вище сказане, можна зробити висновок, що Пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою беззаперечно став значним кроком у формуванні системи реімбурсації в Україні, незважаючи на всі його недоліки» [55].

Наступним кроком «у формуванні системи реімбурсації в Україні було прийняття постанови КМУ від 14.08.2013 року № 732 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну», якою було передбачено запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну шляхом встановлення граничних рівнів оптово-відпускних цін на них з використанням механізму визначення порівняльних (референтних) цін» [8].

Адже забезпечення населення лікарським засобом, як інсулін, для хворих на цукровий діабет типу I та II (інсулінозалежні та інсулінонезалежні) здійснювалося за рахунок централізованих закупівель та розповсюджувалося через лікувально-профілактичні заклади. Закупівля інсуліну для лікування

хворих на цукровий діабет здійснюється за рахунок асигнувань, передбачених для МОЗ у Державному бюджеті України.

Проаналізувавши централізовану систему забезпечення препаратами інсуліну через МОЗ України до комунальних лікувально-профілактичних закладів, фахівці МОЗ України та Уряду виявили ряд проблем:

- відмічалось нераціональне використання бюджетних коштів;
- одні і ті ж самі препарати закупаються різними регіонами за різними цінами;
- ігнорування територіальними органами охорони здоров'я рекомендацій МОЗ щодо призначення препаратів інсуліну;
- відсутність дієвого контролю за ефективністю лікування хворих на інсулінозалежний цукровий діабет.

Дані проблеми виникали, у зв'язку з відсутністю чіткої системи постачання інсуліну, яка б забезпечувала постійну наявність необхідного спектра препаратів, хворі безпідставно переводилися з одного виду інсуліну на інший, а це значно погіршувало їх стан здоров'я або призводило до перебоїв у забезпеченні хворих на цукровий діабет необхідними препаратами інсуліну [8].

Законом України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» (зі змінами) передбачена була медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на функціонування закладів охорони здоров'я.

З метою зняття соціальної напруги, МОЗ України було розроблено та Урядом прийнято постанову КМУ від 05.03.2014 року № 73 «Питання реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну», якою передбачено була підготовка проекту рішення Уряду щодо запровадження з 1 січня 2015 року відшкодування вартості препаратів інсуліну.

Необхідно зазначити, що хворим на цукровий діабет, лікар мав би право виписувати препарат інсуліну на 3-місячний курс лікування.

При впровадженні системи відшкодування препаратів інсуліну через аптечну мережу необхідно було здійснити ряд підготовчих організаційно-

правових заходів щодо проведення роз'яснювальної роботи серед медичних та фармацевтичних працівників стосовно порядку відпуску препаратів інсуліну в аптечних закладах особам, хворим на цукровий діабет. Структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської держадміністрацій необхідно було визначити та заключити договори з аптечними закладами, які будуть здійснювати відпуск препаратів інсуліну; закріпити, в межах територіально-адміністративної одиниці, хворих до аптечних закладів. У зв'язку з цим Урядом було прийнято ряд постанов КМУ від 26.06.2015 року № 443 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 05.03.2014 року № 73», якою відтермінувався термін запровадження Пілотного проекту до 01.01.2016 року та постановою КМУ від 23.12.2015 року № 1144 р «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 05.03.2014 року № 73» від термінував початок дії даного Проекту з 01.04.2016 року [8].

Оскільки впровадження даного Пілотного проекту вимагало послідовного здійснення певних організаційно-технічних кроків, а саме: створення єдиного реєстру пацієнтів, які потребують препаратів інсуліну; розробки порядку розрахунку цін відшкодування (референтних цін), здійснення їх розрахунку та оприлюднення для громадського обговорення; розробки порядку відшкодування вартості препаратів інсуліну. Наказом МОЗ України від 23.12.2015 року № 890 «Про затвердження Положення про реєстр пацієнтів, що потребують інсулінотерапії» було затверджено Положення про реєстр пацієнтів, що потребують інсулінотерапії, який мав вестися з метою забезпечення єдиного обліку пацієнтів, які хворіють на цукровий діабет та потребують інсулінотерапії; здійснення достовірного обліку препаратів інсуліну, вартість яких підлягає державному відшкодуванню; збору та аналізу достовірної статистичної інформації щодо пацієнтів та їхнього забезпечення препаратами інсуліну.

За наявності в Україні єдиного реєстру інсулінозалежних, будь-якому пацієнтові в аптеці по пред'явленню рецепту безкоштовно повинні видати

необхідний препарат. В рамках цієї програми пацієнти мали отримувати інсуліни не у лікарів, а в аптеках, котрі, як мінімум, можуть забезпечити необхідні умови зберігання і не брати участь у закупівлях.

Відшкодування вартості препаратів інсуліну мало здійснюватися на рівні затвердженої МОЗ референтної ціни (ціни відшкодування) на лікарський засіб.

Постановою КМУ від 23.03.2016 року № 239 «Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну» визначено категорії хворих на діабет, які отримують безоплатно інсулін або сплачують різницю між референтною ціною повного відшкодування та референтною ціною часткового відшкодування на певний вид і форму випуску препаратів інсуліну.

Пілотний проєкт в Україні так до цього часу і не вступив в силу, у зв'язку з не розв'язанням певних організаційно - технічних питань.

В Полтавському регіоні одному з небагатьох в Україні, вже використовується досвід впровадження відшкодування інсулінів, а саме: діє порядок відшкодування вартості відпущених аптеками лікарських засобів за рецептами лікарів.

У межах «Комплексної програми «Цукровий діабет», схваленої Указом Президента України від 21.05.1999 року № 545/99, замість централізованої системи забезпечення препаратами інсуліну безпосередньо лікувально - профілактичних закладів, при їх безпосередній закупівлі МОЗ України, здійснювалося забезпечення хворих за рахунок цільових видатків обласного бюджету через аптечну мережу. У зв'язку з цим Полтавською обласною радою прийнято рішення від 25.03.2008 р. «Про затвердження Порядку забезпечення препаратами інсуліну за рахунок цільових видатків обласного бюджету на забезпечення централізованих заходів з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет у 2008 році» [76].

При цьому угода про відшкодування витрат укладалася між відповідною аптечною мережею ПOKП «Полтавафарм» та Полтавською обласною клінічною лікарнею ім. М.В. Скліфосовського.

На аптечну мережу покладалися такі зобов'язання:

- наявність медичних препаратів за попередньо договірними цінами;
- відпуск препаратів за рецептами лікарів - ендокринологів відповідно до наказу МОЗ України від 19.07.2005 року № 360;
- відпуск препаратів здійснюється згідно з реєстром хворих, що підлягає щомісячному коригуванню та узгодженню.

Згідно з цими умовами видано відповідні накази по управлінню охорони здоров'я щодо відпуску медичних препаратів за рахунок цільових видатків обласного бюджету, в межах помісячного плану асигнувань, затверджених у відповідному кошторисі.

Пацієнт, який перебуває на амбулаторному лікуванні, звертається за рецептом до лікаря – ендокринолога, за місцем проживання. Останній прописує призначення ліків у медичній карті хворого та видає йому рецепт, за яким хворий в аптеці ПОКП «Полтавафарм» (закріпленого за цим закладом) безоплатно отримує препарати інсуліну (рис. 2.1).

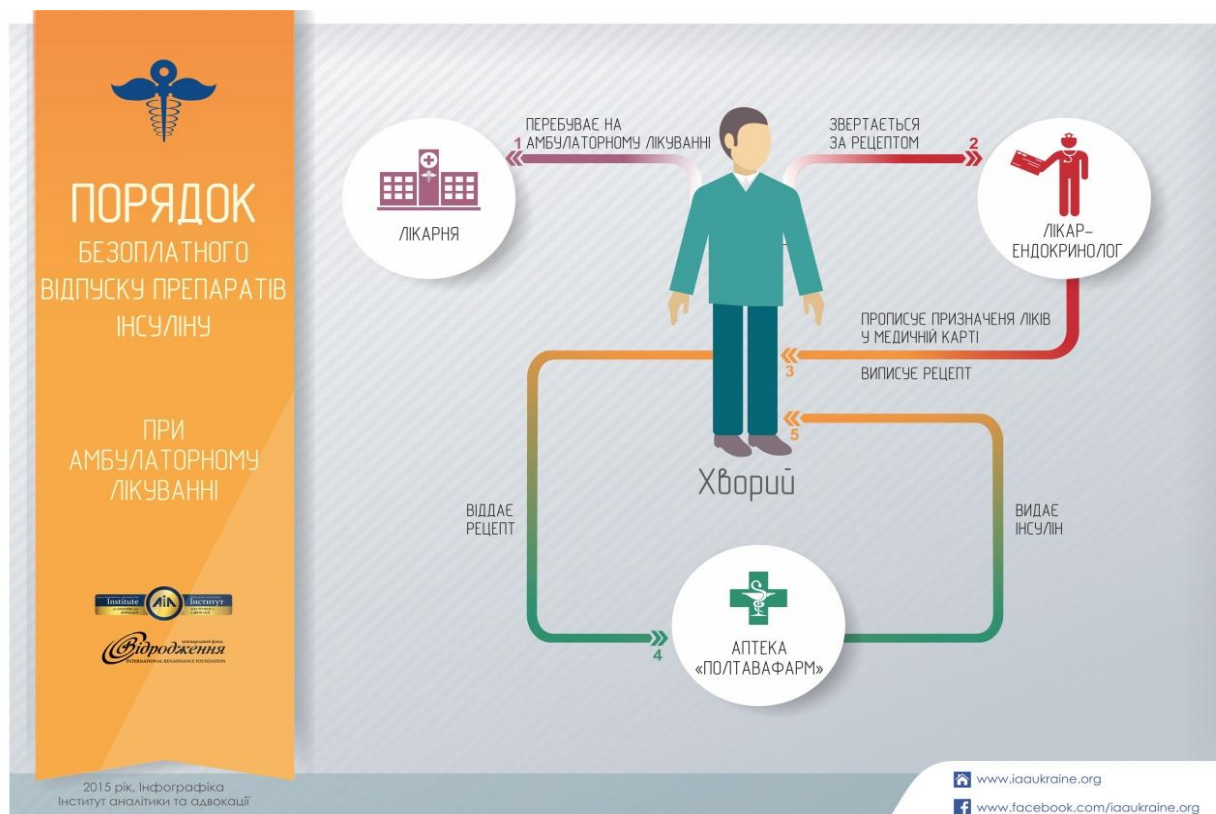


Рис. 2.1. Порядок безоплатного відпуску препаратів інсуліну при амбулаторному лікуванні [76]

Наступним кроком Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського укладає договір із ПОКП «Полтавафарм», а останнє, у свою чергу, укладає договори з виробниками та постачальниками препаратів. Після всієї цієї процедури хворий отримує інсулін в аптеках ПОКП «Полтавафарм» (рис. 2.2).

01.04.2017 року розпочала свою роботу урядова програма «Доступні ліки» відповідно до постанов КМУ від 09.11.2016 року № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» (із змінами) та від 09.11.2016 року № 863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів», яка передбачає здешевлення ліків шляхом повного або часткового відшкодування вартості ліків для лікування серцево-судинних захворювань (65% від загальної смертності в Україні), цукрового діабету II типу (хворіють 1 млн. українців) та бронхіальної астми (суттєво впливає на якість життя понад 210 тис. пацієнтів

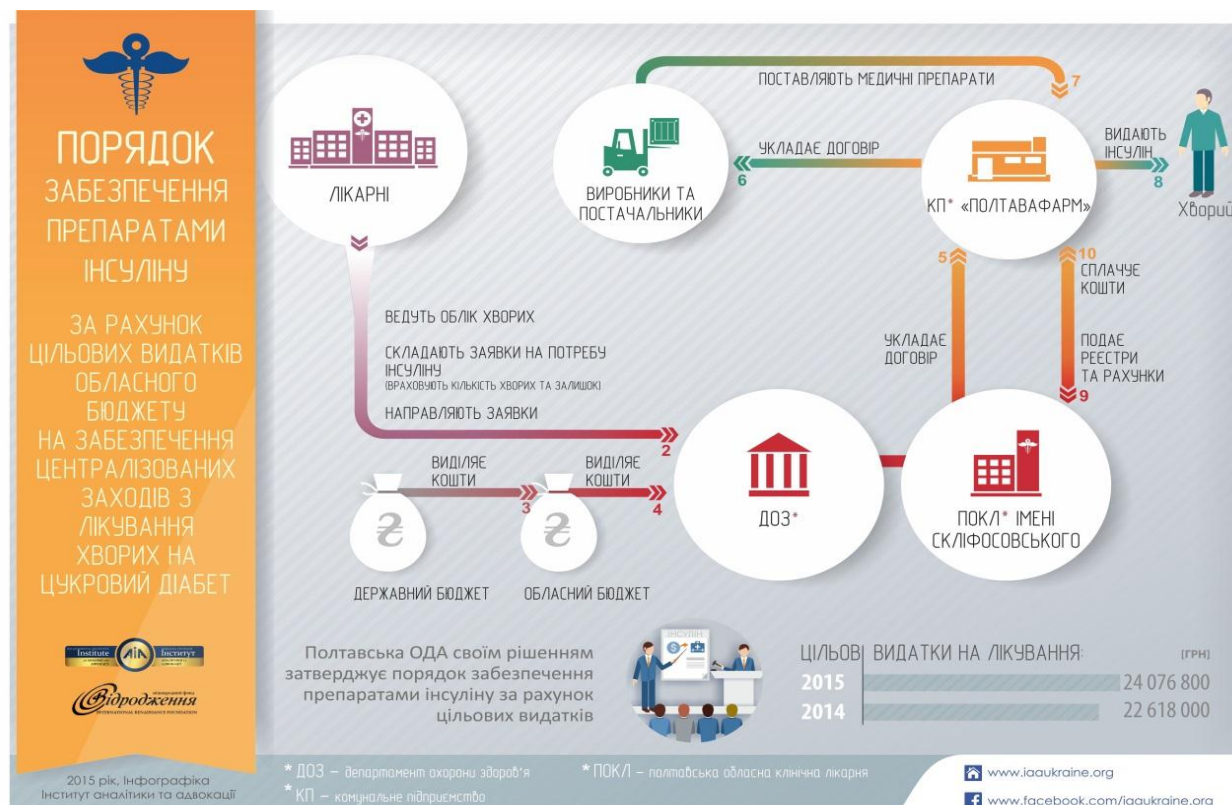


Рис. 2.2. Порядок забезпечення препаратами інсуліну за рахунок витратків

обласного бюджету на забезпечення централізованих заходів з лікування хворих на цукровий діабет [76]

працевдатного віку), що включені до Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню з боку держави.

Метою програми «Доступні ліки» є забезпечити кожного громадянина України необхідними лікарськими засобами, які покращать якість їхнього життя і запобіжать виникненню ускладнень та передчасної смертності.

На «повне або часткове відшкодування вартості лікарських засобів під час амбулаторного лікування осіб, що страждають на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму, можуть розраховувати суб'єкти господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, незалежно від форми власності та підпорядкування, аптечні заклади яких розташовані в межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці» [59, 60].

Наказом МОЗ України від 03.04.2017 року № 360 «Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню», було включено 157 найменувань лікарських засобів по торговим назвам. Надалі наказом МОЗ України від 26.07.2017 року № 856 «Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 26 липня 2017 року» (із внесеними змінами наказами МОЗ від 28.07.2017 № 875 та від 04.09.2017 № 1046) затверджено Реєстр, який містить 198 найменувань лікарських засобів.

22 січня 2018 року наказом № 111 «Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 22 січня 2018 року» МОЗ України затвердило оновлений Реєстр лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню, що містить 239 позицій лікарських засобів для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми, що на 41 більше порівняно з попереднім.

З метою більш повного забезпечення населення лікарськими засобами, що задіяні в урядовій програмі «Доступні ліки» постановою КМУ від 27 грудня 2017 року № 1080 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України» розширено перелік міжнародних непатентованих назв двома діючими речовинами — лозартан та глібенкламід для лікування відповідно серцево-судинних захворювань та цукрового діабету II типу.

Отже, Реєстр на сьогодні має 34 лікарські засоби вартість, яких підлягає відшкодуванню повністю, що на 1 менше порівняно з попереднім Реєстром та збільшено кількість лікарських засобів, за які пацієнт матиме доплатити різницю, а це спиятиме посиленому невдоволенню населення. Адже при проведенні роз'яснювальної роботи населення розраховує, що отримуватиме ліки безкоштовно і це посилюватиме напругу.

МОЗ України врахувало дану обставину та надає заявникам можливість протягом 5 робочих днів з дати оприлюднення Реєстру на офіційному веб-сайті МОЗ України подати повторно документи для зміни оптово-відпускної ціни, в разі якщо вартість добової дози лікарського засобу у Реєстрі не більше ніж на 5% перевищує таку вартість добової дози лікарського засобу (з однаковою міжнародною непатентованою назвою та формою випуску), що відшкодовується в Реєстрі.

В документах зазначається змінена оптово – відпускна ціна за упаковку лікарського засобу, що в Реєстрі відшкодовується повністю. Тобто заявникам надано можливість знизити ціну на свої препарати, щоб їх вартість відшкодовувалася повністю. МОЗ України за результатами розгляду отриманих документів протягом 5 робочих днів приймає рішення про внесення змін до Реєстру, що затверджується наказом. Таким чином, кількість ліків, вартість яких підлягає відшкодуванню повністю, у Реєстрі може бути розширена.

Протягом дії програми однією із проблем була відсутність в аптечній мережі лікарських засобів, які в повному обсязі відшкодовуються за рахунок державних коштів, тобто без доплати пацієнтом, у зв'язку з вищим їх попитом.

Це пов'язано з тим, що при внесені лікарських засобів до Реєстру не була врахована виробнича потужність виробників та дистриб'юторів.

Відповідний порядок відшкодування вартості лікарських засобів та визначення розміру відшкодування вартості лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню, затверджено постановою КМУ від 17.03.2017 року № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів».

Суб'єкт господарювання складає звіт про відпущені лікарські засоби, який подає двічі на місяць, а саме: 15-го числа поточного місяця (або першого робочого дня після 15-го числа, якщо 15 число припадає на вихідний) та першого робочого дня наступного місяця, а в грудні — додатково до 24-го числа звітного місяця.

Отже, постановою КМУ від 09.11.2016 року № 863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів» та наказом МОЗ України від 22.01.2018 року № 111 «Про затвердження реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 22 січня 2018 року» визначено лікарські засоби під час амбулаторного лікування осіб із серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом II типу, бронхіальною астмою, але при цьому програма не враховує ані структуру споживання лікарських засобів, що застосовуються для лікування згаданих захворювань, ані стандарти лікування.

Механізм реімбурсації дає можливість дослідити маршрут пацієнта та грошей на первинній ланці, оскільки мова йде про амбулаторне лікування. Тому необхідно сконцентрувати увагу та ресурси на найбільш поширені захворювання і забезпечити ефективний контроль за витратами, призначеннями лікарів, а також сприяти підвищенню якості фармацевтичних послуг.

Якість фармацевтичних послуг забезпечується через належну аптечну практику. Саме цей інструмент покликаний сприяти раціональному застосуванню лікарських засобів, для його втілення необхідно запровадити добровільну акредитацію аптечних закладів, яка мотивуватиме їх ставати закладами охорони здоров'я, як цього вимагає закон.

Механізм реімбурсації, який сьогодні застосовується у програмі «Доступні ліки», а раніше у Пілотному проекті щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, слід розглядати як важливу складову реформи охорони здоров'я, зокрема її первинної ланки. З огляду на це стає зрозумілою важлива роль аптечного закладу у процесі амбулаторного лікування українців. Запорукою успішного втілення реімбурсації є зацікавленість аптечних закладів брати участь у реалізації цього механізму. Це означає, що відпуск лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, не має бути збитковим.

Крім того, в умовах обмежених ресурсів системи охорони здоров'я необхідно забезпечити їх ефективне використання. Тому перелік ліків, які підлягають відшкодуванню, має враховувати поширеність захворювань, стандарти лікування та структуру споживання лікарських засобів.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

3.1. Оцінка ефективності урядової програми «Доступні ліки» та проблемні питання її реалізації

З 01 квітня 2017 року розпочала діяти урядова програма «Доступні ліки», запровадження даної системи реімбурсації стимулювало збільшення обсягів споживання препаратів для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми, вартість яких відшкодовується державою, про це свідчать проведений нами аналіз (рис. 3.1).

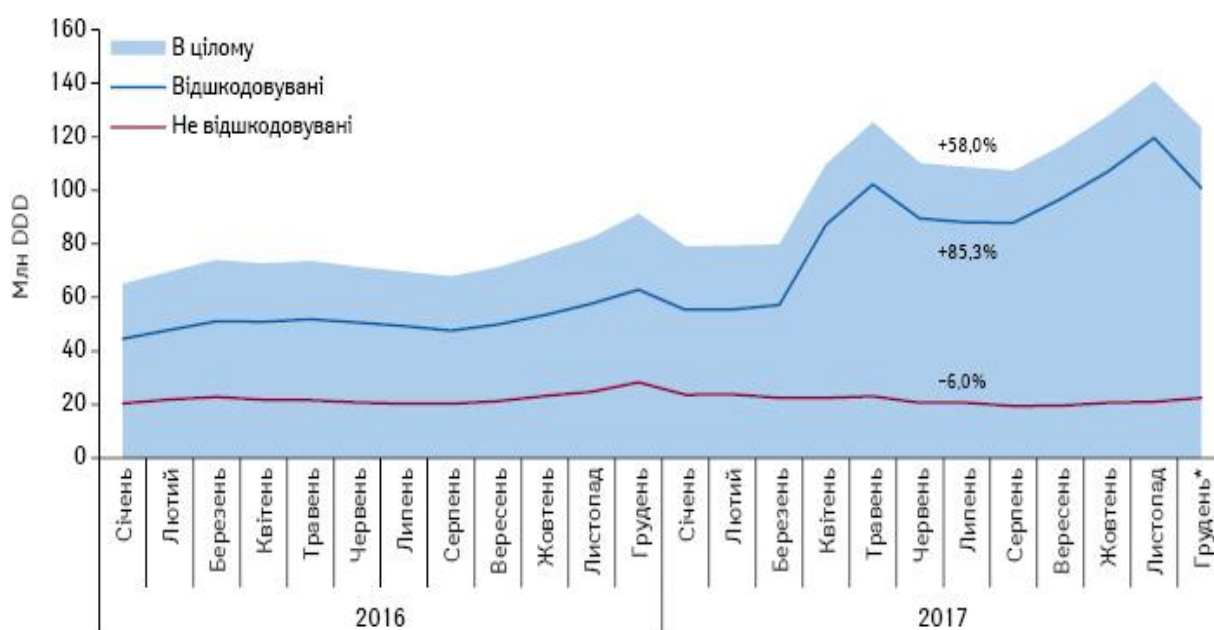


Рис. 3.1. Динаміка аптечних продажів лікарських засобів, включених до переліку МНН, у натуральному вираженні (DDD) у розрізі препаратів, вартість яких відшкодовується та не відшкодовується державою, за період з січня 2016 року по грудень 2017 року

Загалом, за період квітень–грудень 2017 року кількість споживаних встановлених добових доз препаратів, внесених до переліку міжнародних непатентованих назв, затвердженого постановою КМУ від 09.11.2016 року № 863, збільшилася на 58% порівняно з аналогічним періодом минулого року. При цьому для лікарських засобів, які внесені до Реєстру та вартість яких відшкодовується державою, цей показник становить більше 85%, тоді як для препаратів, вартість яких не відшкодовується, він, навпаки, знизився на 6%.

У грошовому вираженні темпи зростання споживання препаратів, внесених до переліку міжнародних непатентованих назв, становлять 27% порівняно з аналогічним періодом минулого року. Для препаратів, які внесені до Реєстру та вартість яких відшкодовується державою, цей показник підвищився на 66%, а для препаратів, вартість яких не відшкодовується, знизився майже на 3% (рис. 3.2).

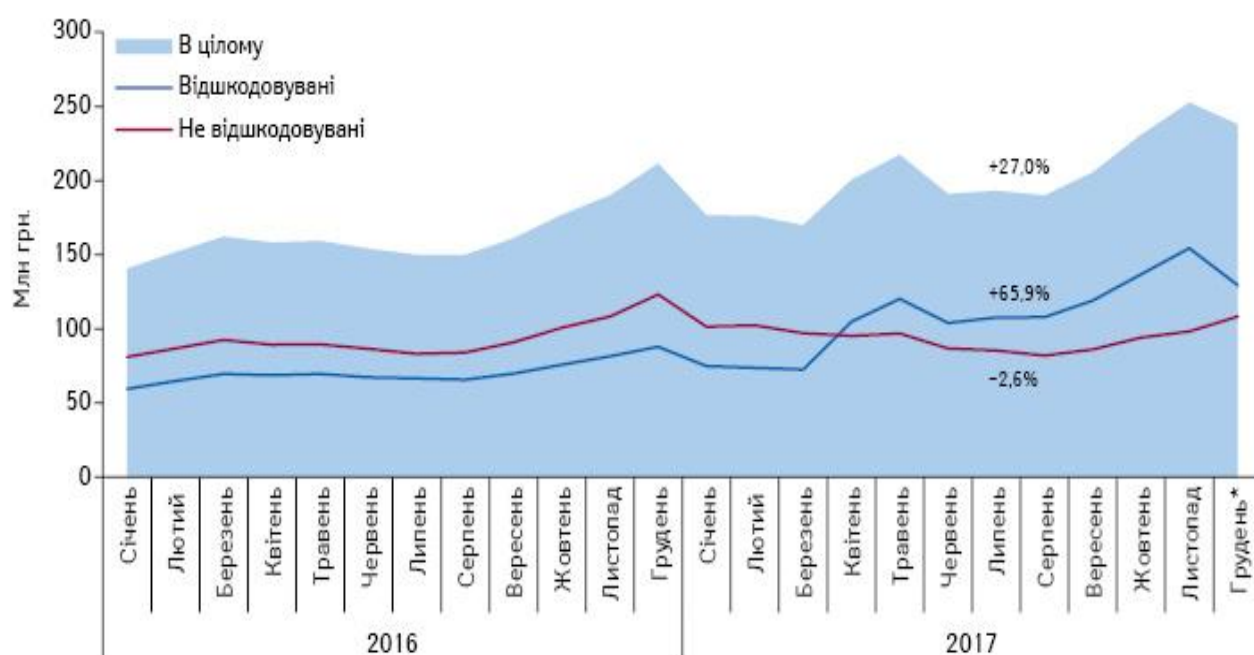


Рис. 3.2. Динаміка аптечних продажів лікарських засобів, включених до переліку МНН, у грошовому вираженні у розрізі препаратів, вартість яких відшкодовується та не відшкодовується державою, за період з січня 2016 року по грудень 2017 року

Як свідчить динаміка споживання, загалом темпи збільшення споживання в натуральному вираженні випереджають такі в грошовому. Це обумовлено перерозподілом споживання в бік лікарських засобів.

За період квітень–грудень 2017 року середньозважена вартість 1 встановленої добової дози препаратів, вартість яких відшкодовується, знизилася на 10,5% порівняно з аналогічним періодом минулого року. А для препаратів, які не підпадають під відшкодування, цей показник підвищився на 3,5% (рис. 3.3).

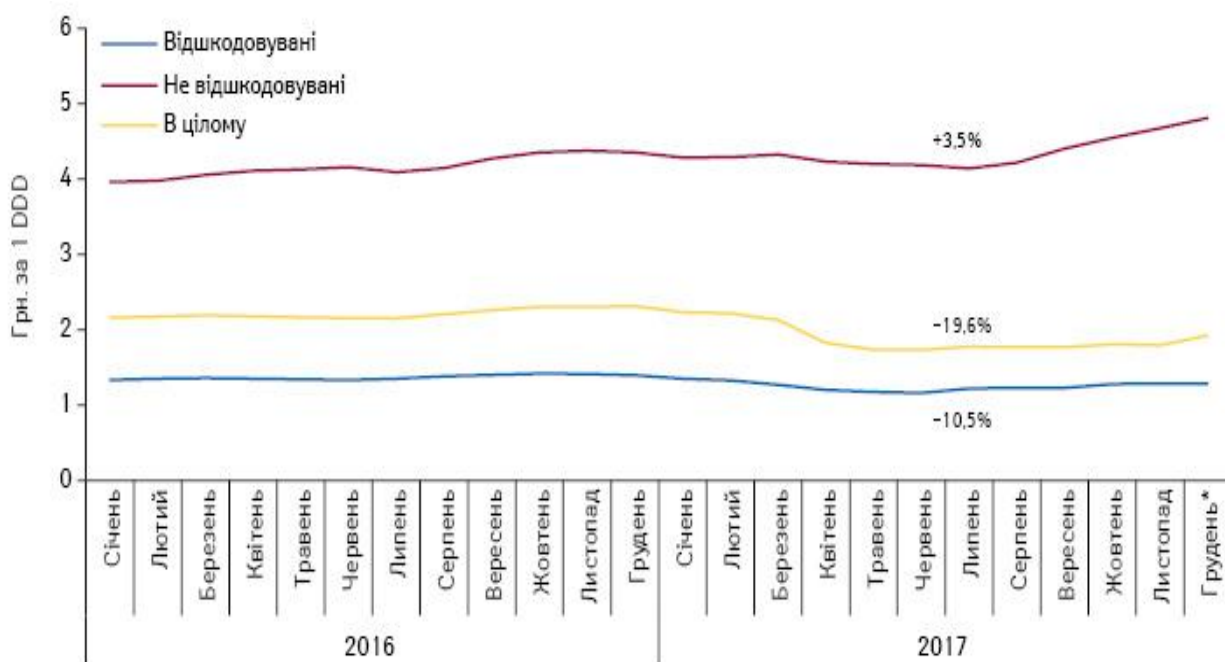


Рис. 3.3. Динаміка середньозваженої роздрібної вартості 1 DDD лікарських засобів, включених до переліку МНН, у розрізі препаратів, вартість яких відшкодовується та не відшкодовується державою, за період з січня 2016 року по грудень 2017 року

Серед препаратів, вартість яких відшкодовується державою в рамках даної програми, за період квітень–грудень 2017 року відзначається зростання споживання препаратів для всіх нозологій. У натуральному вираженні споживання лікарських засобів для терапії серцево-судинних захворювань збільшилося порівняно з аналогічним періодом 2016 року більше ніж на 90%. Споживання ліків для терапії цукрового діабету II типу за той же період зросло на 76,5%, а препаратів для лікування бронхіальної астми — на 28% (рис. 3.4).

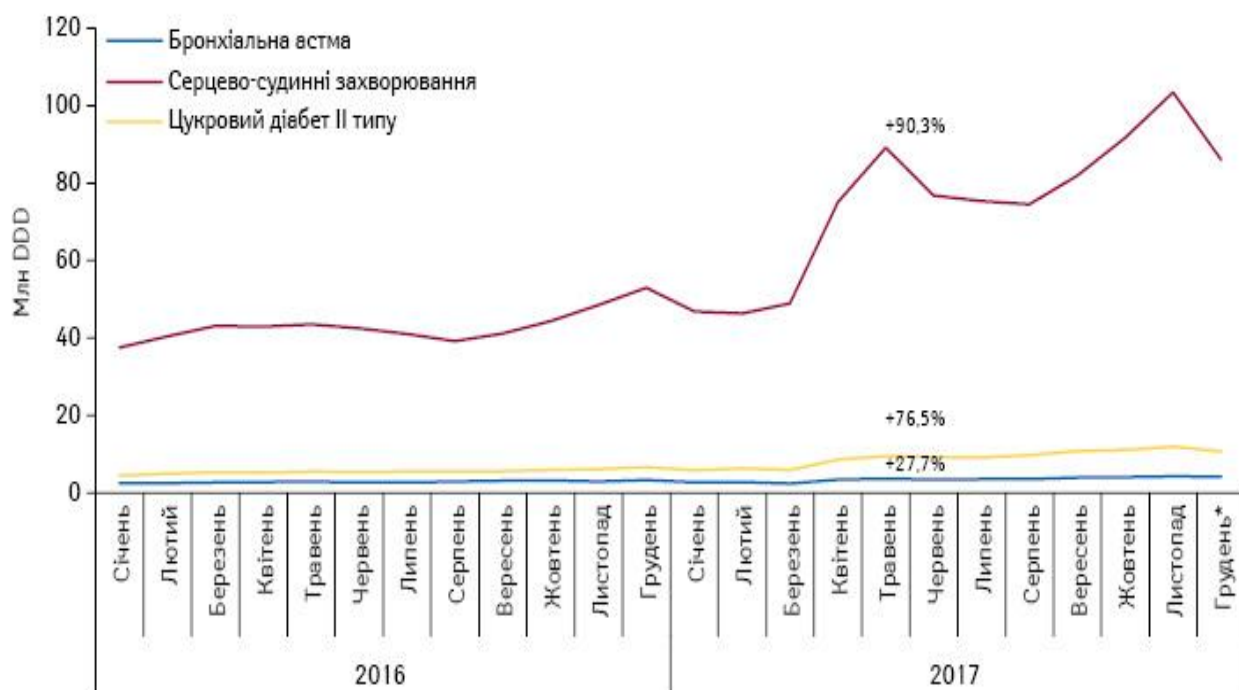


Рис. 3.4. Динаміка аптечних продажів лікарських засобів, вартість яких відшкодовується державою, у натуральному вираженні (DDD) у розрізі нозологій за період з січня 2016 року по грудень 2017 року

Темпи зростання споживання серцево-судинних препаратів, вартість яких відшкодовується державою, у грошовому вираженні становлять більше 75% порівняно з аналогічним періодом минулого року, препаратів для терапії цукрового діабету II типу — 49%, а для препаратів для лікування бронхіальної астми — майже 66% (рис. 3.5).

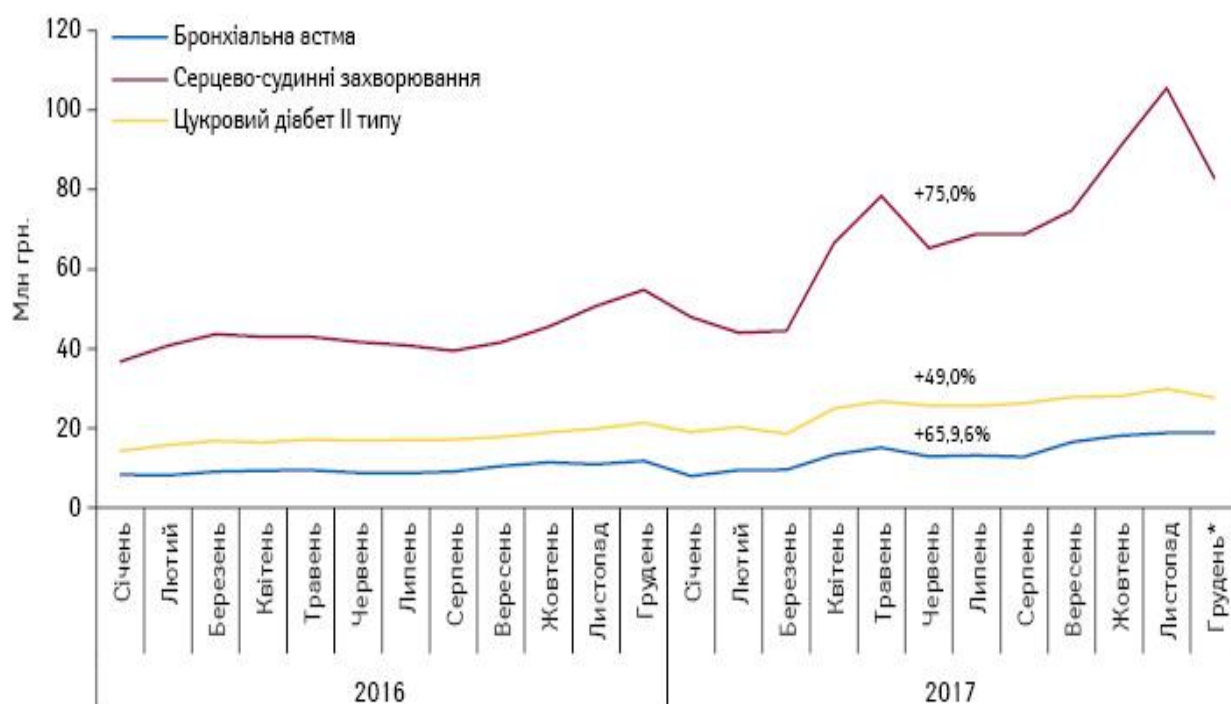


Рис. 3.5. Динаміка аптечних продажів лікарських засобів, вартість яких відшкодовується державою, у грошовому вираженні у розрізі нозологій за період з січня 2016 року по грудень 2017 року

Для препаратів, вартість яких відшкодовується державою, зниження середньозваженої вартості 1 встановленої добової дози зафіксовано щодо препаратів для лікування серцево-судинних захворювань та цукрового діабету II типу.

Стосовно охоплення населення програмою «Доступні ліки» слід зауважити, що за період квітень–серпень 2017 року, кількість призначень препаратів, включених до системи реімбурсації, загалом збільшилася на 22% порівняно з аналогічним періодом попереднього року (рис. 3.7).

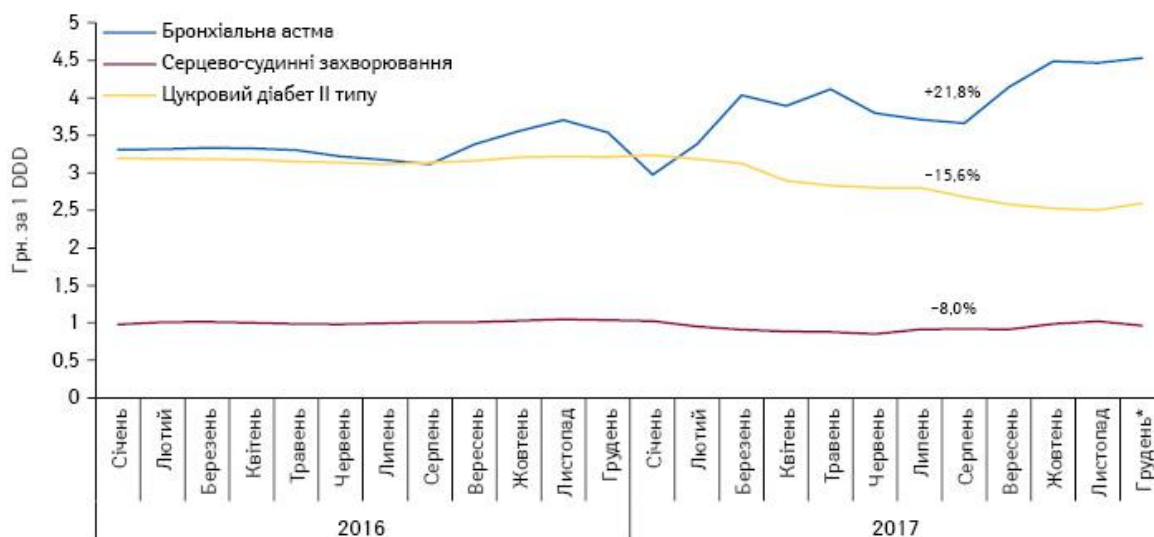


Рис. 3.6. Динаміка середньозваженої роздрібної вартості 1 DDD лікарських засобів, вартість яких відшкодовується державою, у розрізі нозологій за період з січня 2016 року по грудень 2017 року

Як свідчить аналіз, реалізація програми «Доступні ліки» стимулювала збільшення споживання препаратів, вартість яких повністю або частково відшкодовується державою. При цьому також фіксується зниження їх середньозваженої вартості.

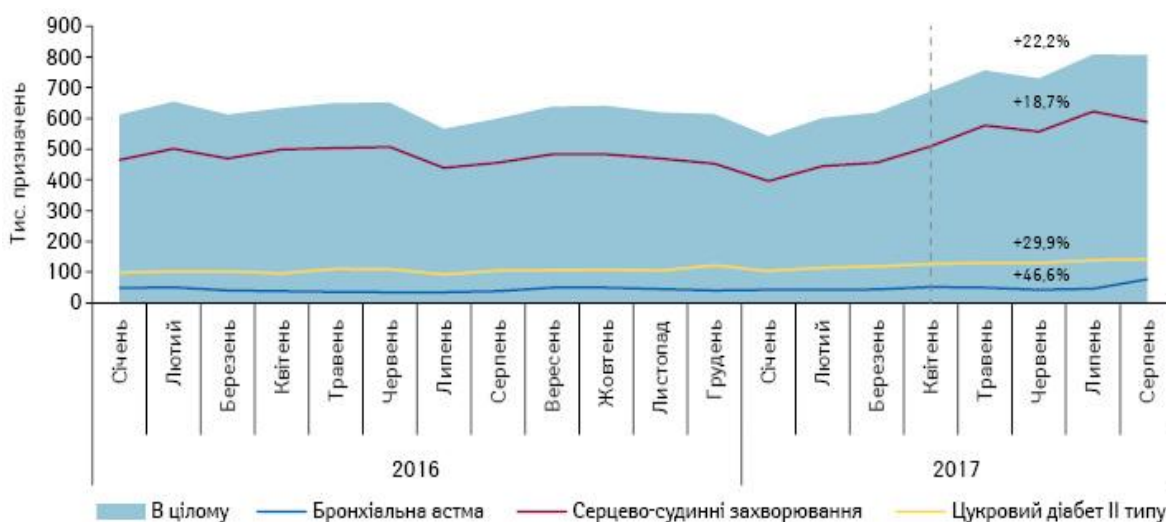


Рис. 3.7. Динаміка призначень лікарями препаратів, включених до системи реімбурсації, у розрізі нозологій за період з січня 2016 року по серпень 2017 року

При реалізації урядової програми «Доступні ліки» виникає ряд проблем, які потребують вирішення, а саме:

- даною програмою не охоплено всі життєвонеобхідні нозології;
- відсутність лікарських засобів за міжнародними непатентованими назвами та комбінованих препаратів, які входять до стандартів лікування в рамках вже включених до програми нозологій;
- відсутність мотиваційних важелів для аптечних закладів з метою залучення їх до програми «Доступні ліки»;
- недосконалість системи ціноутворення та відшкодування вартості лікарських засобів;
- відсутність належного ведення статистичних даних щодо використаних коштів та кількості виписаних рецептів і пацієнтів, які отримали ліки в рамках даної програми.

3.2. Удосконалення програми «Доступні ліки» шляхом розширення кількості нозологій та міжнародних непатентованих назв лікарських засобів

На сьогодні програма «Доступні ліки» передбачає повне або часткове відшкодування вартості ліків для лікування бронхіальної астми, серцево-судинних захворювань та цукрового діабету II типу.

З метою розширення програми «Доступні ліки» іншими нозологіями проведено аналіз поширеності хвороб серед населення України за провідними класами хвороб та причинами смертності населення України за даними ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» за 2016 рік (табл. 3.1, табл. 3.2).

Як свідчать дані, показник поширеності захворювань системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини серед населення становить більше 5%. А найбільш поширеними серед українців є *серцево-судинні захворювання*.

Безумовно, програму реімбурсації необхідно розширювати, проте спершу слід задовольнити в повному обсязі потреби пацієнтів з хворобами, які лідирують у структурі захворюваності та є основною причиною смерті, у препаратах для лікування нозологій, які вже включені до даної програми.

На сьогодні програма «Доступні ліки» налічує 23 міжнародні непатентовані назви лікарських засобів, з яких 17 міжнародних непатентованих назв — для лікування серцево-судинних захворювань, 3 міжнародні непатентовані назви — для лікування цукрового діабету та 3 міжнародних непатентованих назв — для лікування бронхіальної астми. Далеко не всі препарати, передбачені протоколами лікування, включені в систему реімбурсації. Наприклад, перелік ліків для надання первинної допомоги при артеріальній гіпертензії налічує близько 80 міжнародних непатентованих назв лікарських засобів та фіксованих комбінацій.

Отже, чи є доцільним розширення системи реімбурсації за рахунок нозологій, в той час коли не задоволено потреби пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями та цукровим діабетом. Для таких хворих необхідно забезпечити економічну доступність усіх препаратів, які рекомендовані протоколами лікування. Тобто дозволити включення до Програми лікарських засобів, які зареєстровані в Україні та включені до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Уряд вже ухвалив зміни до постанови КМУ від 17.08.1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», які дозволять аптечним закладам безоплатно і на пільгових умовах відпускати лікарські засоби, які зареєстровані в Україні та включені до галузевих стандартів, тобто без прив'язки до Національного переліку. Аналогічні зміни необхідно прийняти і для програми «Доступні ліки», зокрема, мова йде про скасування вимоги щодо включення в систему реімбурсації лише препаратів з Національного переліку. При

включенні лікарських засобів до програми «Доступні ліки» МОЗ України має орієнтуватися на протоколи лікування та призначення лікарів.

Проаналізувавши структуру призначень лікарів для лікування захворювань, які вже включені до програми «Доступні ліки» у контексті протоколів лікування можна визначити, які лікарські засоби є ефективними.

Серед серцево-судинних захворювань проведено аналіз призначення препаратів для лікування артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця та серцевої недостатності (рис. 3.8), а також тих, які призначаються лікарями для пацієнтів цукровим діабетом II типу (рис. 3.9) та бронхіальною астмою (рис. 3.10).

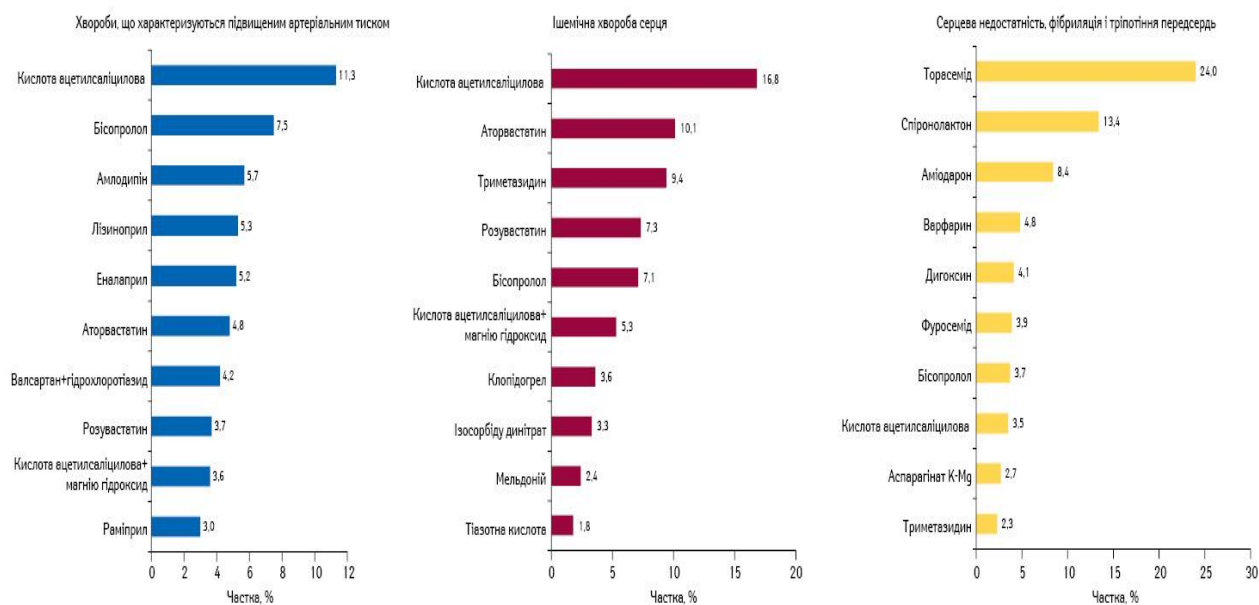


Рис. 3.8. Рейтинги препаратів за кількістю призначень для лікування серцево – судинних захворювань за даними за 2015 рік – III квартал 2017 року

Комплексний аналіз протоколів лікування та призначень лікарів свідчить, що до програми реімбурсації варто включити наступні препарати:

- для лікування серцево-судинних захворювань: лізіноприл, аторвастатин, триметазидин, розувастатин, торасемід, варфарин. Також до протоколів

лікування включено багато комбінованих препаратів, які можуть бути включені до програми реімбурсації;

- для лікування цукрового діабету II типу: комбіновані препарати, зокрема метформін + глімепірид, глібенкламід + метформін, метформін + ситагліптин;

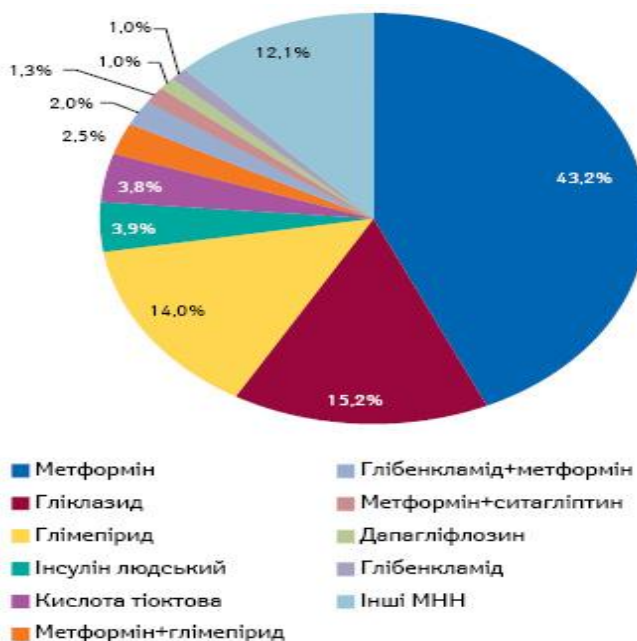


Рис. 3.9. Структура призначень МНН лікарських засобів при цукровому діабеті II типу за даними за 2015 рік – III квартал 2017 року



Рис. 3.10. Структура призначень МНН лікарських засобів при бронхіальній астмі) за даними за 2015 рік – III квартал 2017 року

- для лікування бронхіальної астми: сальметерол+флутиказон, будесонід+формотерол, які є препаратами, що призначаються лікарями найчастіше і показані для регулярного лікування бронхіальної астми. Також варто звернути увагу на лікарські засоби для додаткового лікування (монтелукаст) та препарати для профілактики та зменшення вираженості симптомів (іпратропію бромід+фенотерол, формотерол).

Однак для того, щоб включити комбіновані препарати, необхідно переглянути порядок розрахунку граничних оптово-відпускних цін на лікарські засоби на основі референтних цін. Зокрема, додатково передбачити розрахунок граничних цін на одну лікарську форму для комбінованих препаратів, взявши за приклад досвід реалізації пілотного проекту з артеріальної гіпертензії.

3.3. Удосконалення системи реімбурсації лікарських засобів шляхом врегулювання ціноутворення та відшкодування вартості лікарських засобів

Одним з проблемних питань є залучення аптек до участі в програмі «Доступні ліки». На сьогодні на офіційному сайті МОЗ України зазначається, що кількість аптек — учасниць програми становить близько 6200. Однак фактично перелік аптек, який зазначено на сайті МОЗ по регіонах, налічує близько 5300 торгових точок.

Відповідно до постанови КМУ від 17.10.2008 року № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і медичні вироби» роздрібна націнка на препарати, які включені до системи реімбурсації, становить 15%. Проте для інших препаратів, включених до Національного переліку, вона визначена на рівні 25%. Відповідно, маржинальність препаратів, включених до програми «Доступні ліки», значно нижча. При цьому зона відповідальності за реалізацію програми покладена на аптеку, яка приймає в ній участь. Виробники, які беруть участь у програмі, не відчують додаткового навантаження, оскільки нормативно-правовими актами не передбачено забезпечення ними обсягів поставок. Дистриб'ютори також здійснюють лише логістичні послуги, маючи при цьому націнку в розмірі 10%.

Фактично аптеки, учасники програми «Доступні ліки» кредитують відпуск безкоштовних лікарських засобів, отримуючи кошти від держави через певний, доволі тривалий період. За умови розширення обсягів формату програми реімбурсації через збільшення нозологій чи кількості лікарських засобів навантаження на кожну залучену до проекту аптеку зростатиме. У зв'язку із цим аптеки зовсім не мотивовані брати участь у програмі.

З метою підвищення мотивації аптекних закладів долучатися до програми «Доступні ліки» проведено аналіз звітів щодо реалізації препаратів задіяних у даній програмі суб'єктами господарювання, що приймають участь в ній за період квітень – вересень 2017 року.

За результатами аналізу запропоновано удосконалення ціноутворення шляхом запровадження декількох варіантів торгівельних націнок, дані їх економічних обрахунків наведено в додатку А.

Одним із шляхів удосконалення є підвищення граничної роздрібною націнки з 15 до 25%.

Наразі крім підвищення рівня націнки до 25%, можна розглянути можливість для запровадження фіксованої націнки або оплати за фармацевтичну послугу.

Щодо удосконалення системи відшкодування вартості можна запропонувати декілька варіантів.

Один із шляхів створення конкуренції в сегменті безкоштовних ліків є запровадження медіанного підходу. Тобто в сегменті лікарських засобів, вартість яких не перевищує граничний рівень, розрахований на основі референтного ціноутворення, необхідно здійснити розподіл за медіанним принципом залежно від вартості добової дози на дві групи. При цьому препарати *I групи* відшкодувати на 100%, а *II групи* — частково. Розмір часткового відшкодування визначатиметься за принципом, який використовувався під час Пілотного проекту з відшкодування вартості антигіпертензивних препаратів. Тобто розмір часткового відшкодування (референтна ціна) 1 упаковки дорівнюватиме (3.1):

$$Ц_{реф} = ГрРВуп \times ГВДДм / ГВДД, \quad (3.1)$$

де $Ц_{реф}$ — рівень часткового відшкодування;

$ГрРВуп$ — гранична роздрібна вартість упаковки препарату, який підпадає під часткове відшкодування вартості (розрахована на основі задекларованої виробником оптово-відпускної ціни з урахуванням оптової та роздрібною націнок та податок на додану вартість);

$ГВДДм$ — гранична роздрібна вартість добової дози споживання, яка дорівнює медіанній вартості добової дози споживання лікарського засобу, що

визначається у діапазоні препаратів, вартість яких є нижчою за граничний рівень, розрахований на основі референтного ціноутворення;

ГВДД — гранична роздрібна вартість встановленої добової дози споживання препарату (розрахована на основі задекларованої виробником оптово-відпускної ціни).

3.4. Запровадження ведення Реєстру електронного рецепту

Серед пріоритетних завдань МОЗ є впровадження електронної охорони здоров'я. У другій половині цього року вже запланована видача електронних рецептів за програмою реімбурсації вартості лікарських засобів. На наш погляд це не менш важлива тема щодо сприяння розвитку аптечної мережі в напрямку сучасних комп'ютерних та інформаційних технологій, що надасть можливість для інтегрування в єдину медичну електронну систему.

Умови функціонування закладів охорони здоров'я в тому числі і аптечної мережі стрімко змінюються, робота інтенсифікується, тому необхідно усвідомити і як найшвидше сприяти наближенню доступності, розширенню спектру надання послуг населенню і невідкладно рухатися у напрямку впровадження сучасних технологій відповідно до вимог сьогодення.

Програма “Доступні ліки” насправді працює не для статистики, а для здоров'я людей. Метою програми є забезпечити кожного громадянина України життєвонеобхідними лікарськими засобами.

Сьогодні існує проблема з обліком статистичних даних, оскільки МОЗ України фактично самоусунулося від контролю за ходом реалізації програми реімбурсації та не збирає дані щодо кількості рецептів на лікарські засоби, що включені до програми відшкодування; кількості пацієнтів, які отримали терапію; помісячного використання регіонами коштів. Такими даними в деякій мірі володіють місцеві відділення Державного казначейства, куди двічі на місяць подають звіти суб'єкти господарювання, що здійснюють відпуск ліків у рамках програми «Доступні ліки». Однак вони не в змозі об'єктивно оцінювати

дані щодо кількості рецептів та пацієнтів, які отримали ліки в рамках програми; не можуть контролювати дотримання лікарями стандартів лікування; здійснювати контроль за освоєнням коштів та своєчасно здійснювати перерозподіл коштів, виділених на реалізацію даної програми.

З метою вирішення даної проблеми на регіональному рівні пропонується запровадити ведення єдиної електронної системи обміну інформацією, а саме: електронного рецепту, який виписуватиметься уповноваженою на це в інформаційній системі суб'єкта господарювання. Електронний рецепт створюватиметься та передаватиметься через електронні засоби відповідно до Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг».

Одночасно, ведення електронного рецепту дасть змогу усунення необхідності ручного виписування рецептів лікарем, зменшення кількості помилок при його виписуванні, економії робочого часу.

З метою впорядкування ведення реєстру лікарів необхідно провести їх «кодіфікацію», а саме: присвоїти ідентифікаційні номери.

Для введення електронного рецепта необхідно запровадити Реєстр електронного рецепту, який функціонуватиме на віртуальному центральному сервері та міститиме інформація про:

- лікувально – профілактичні заклади, що задіяні в цій програмі;
- лікарів, які мають право виписувати репепти в межах даної програми;
- шаблони рецептів з лікарськими засобами, що задіяні в програмі «Доступні ліки»;
- суми коштів, що закріплені за суб'єктами господарювання задіяними в програмі «Доступні ліки» по кожному розпоряднику бюджетних коштів.

Дане програмне забезпечення замкне весь ланцюг відпуску, оплати та обліку лікарських засобів у системі реімбурсації.

Даний Реєстр електронного рецепту надасть змогу в режимі он-лайн лікарям контролювати наявність лікарських засобів в аптечних закладах, що закріплені за їх лікувально – профілактичними закладами і при виписуванні

рецепту враховувати наявність ліків з метою безперебійного забезпечення пацієнта або здійснення своєчасної заміни для запобігання переривання курсу лікування.

Для цього лікар у Реєстрі електронного рецепта має оформити електронний рецепт за ф-1 згідно наказу МОЗ України від 19.07.2005 року № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків», який потім потраплятиме в загальну базу Реєстру, доступ до якого обмежений і захищений. Пацієнт в свою чергу звернувся до аптечного закладу, що закріплений за даним лікувально – профілактичним закладом та отримати лікарський засіб вказуючи номер рецепта, який отримав від лікаря при виписуванні йому електронного рецепта. Спеціаліст аптечного закладу після введення даного номеру перевіряє виписаний рецепт, якщо не має ніяких зауважень видає лікарський засіб та в Реєстрі електронного рецепту закриває даний рецепт за допомогою цифрового електронного підпису провізора/фармацевта шляхом введення номеру рецепта.

Ведення даного Реєстру електронного рецепта з використанням електронного цифрового підпису дасть можливість з економити використання паперових бланків та бюджетних коштів на їх виготовлення.

Даний облік рецептів також дасть змогу в режимі он-лайн отримувати інформацію про кількість виписаних рецептів; кількість пацієнтів, що скористалися даною програмою «Доступні ліки» з одночасним врахуванням нозологій; статистику споживання лікарських засобів за торгівельними назвами та міжнародними непатентованими назвами; здійснювати контроль дотриманням стандартів лікування лікарями.

Для запровадження Реєстру електронного рецепту необхідно, щоб кожне робоче місце лікаря і працівника аптечного закладу, було забезпечено сучасною

комп'ютерною технікою з метою оперативного та своєчасного опрацювання інформації.

За допомогою ведення Реєстру електронного рецепту розпорядники коштів матимуть змогу в режимі он-лайн контролювати використання коштів суб'єктами господарювання, що задіяні в програмі «Доступні ліки».

Так як, при заключенні договору визначається сума відшкодування закріплена за суб'єктом господарювання, потім кожний розпорядник її вводить до Реєстру, що дасть змогу при відпуску лікарських засобів контролювати їх залишки. При закінченні коштів за закріпленим суб'єктом господарювання у Реєстрі електронного рецепту здійснюватиметься блокування видачі лікарських засобів. Дана функція допоможе уникнути випадків, коли здійснюється відпуск ліків і в подальшому розпорядник бюджетних коштів не зможе їх компенсувати, що призводить до заборгованості.

Використовуючи дані щодо кількості спожитих лікарських засобів у рамках даної програми можна проаналізувати ефективність лікарських засобів у лікуванні даних нозологій, кількість відпущених ліків та заздалегідь обговорити з виробниками об'єми виробництва на наступні періоди дії програми, з метою уникнення дефектури в майбутньому.

Реєстр електронного рецепту надасть можливість розпорядникам бюджетних коштів у режимі он-лайн за потреби формувати звіти про відпущені лікарські засоби по кожному суб'єкту господарювання, що задіяні в програмі «Доступні ліки» у розрізі по всіх аптечних закладах в електронному вигляді відповідно до вимог Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг» та надавати їх на оплату до Державної казначейської служби України в найкоротші терміни з метою оперативної оплати відпущених лікарських засобів та зменшення кількості днів на які надаються ліки «в кредитування».

Отже, з метою повного та об'єктивного збору і ведення статистичних даних у рамках даної програми пропонується за допомогою сучасних інформаційних технологій налагодити процес обліку, звіту й фінансування.

Для вирішення цієї проблеми необхідно створити в Україні централізований орган - платника (національний страховик), який централізовано збиратиме та аналізуватиме статистичні дані щодо кількості виписаних рецептів на лікарські засоби, включені до програми відшкодування та відповідно, кількості пацієнтів, які отримали терапію; здійснюватиме оплату, тобто виступатиме платником.

ВИСНОВКИ

1. За результатами аналізу чинних нормативно – правових актів з питань регламентації систем реімбурсації європейських країн визначено національні чинники систем компенсації вартості фармацевтичної допомоги амбулаторним хворим, до яких віднесено: критерії надання компенсації вартості, обсяги компенсації вартості, практику застосування регулюючих переліків, методи визначення вартості компенсації та розкрито зміст і аспекти їх застосування.

2. Проаналізовано стан фармацевтичного забезпечення пільгових груп та категорій населення за кордоном в порівнянні з Україною та встановлено, що рівень фінансування охорони здоров'я і фармацевтичної допомоги є важливою складовою, яка визначає багато в чому доступність ліків населенню. В середньому рівень фінансування охорони здоров'я в Україні ледве досягає 3,5% валового внутрішнього продукту. Згідно оцінкам ВООЗ, при витратах на систему охорони здоров'я менше 5% від валового внутрішнього продукту, вона не здатна якісно виконувати свої функції.

3. Встановлено показник за допомогою, якого можна оцінити доступність фармацевтичної допомоги в різних країнах – це є показник споживання ліків на душу населення, який не залежить напряду від рівня цін, а в першу чергу визначається ефективністю системи компенсації. Розглядаючи даний показник можна зробити висновок про ефективність існуючих в міжнародній практиці систем реімбурсації лікарських засобів.

4. Проаналізувавши показники споживання ліків на душу населення в деяких країнах світу в порівнянні з Україною, лідируюче місце по загальному рівню споживання лікарських засобів займають Італія, Франція, Німеччина, Великобританія. Друге місце по рівню споживання посідають Швейцарія, Голландія, Данія, Швеція, Чехія, Словаччина. Останню позицію займають Угорщина, Польща, Естонія та Україна. Україна вдесятеро відстає за даним показником від розвинених країн Європи.

5. Наразі в Україні в амбулаторних умовах передбачена система компенсації вартості лікарських засобів у залежності від захворювання, його тяжкості, та в залежності від категорії пацієнта. Компенсація складає 100% та 50% вартості лікарських засобів. Категорії осіб, що мають право на компенсацію, а також перелік захворювань, лікарські засоби для лікування яких відпускаються з аптечних закладів безоплатно або на пільгових умовах, затверджені постановою КМУ від 17.08.1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань». Компенсації підлягають лікарські засоби, які зареєстровані в Україні та включені до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

6. Останнім із запроваджених проектів реімбурсації є урядова програма «Доступні ліки», яка розпочала свою роботу з 01.04.2017 року та передбачає здешевлення ліків шляхом повного або часткового відшкодування вартості ліків для лікування серцево-судинних захворювань (65% від загальної смертності в Україні), цукрового діабету II типу (хворіють 1 млн. українців) та бронхіальної астми (суттєво впливає на якість життя понад 210 тис. пацієнтів працездатного віку).

7. З метою підвищення мотивації аптечних закладів долучатися до програми «Доступні ліки» було запропоновано наступні шляхи її удосконалення: підвищення граничної роздрібною націнки; запровадження фіксованої націнки або оплати за фармацевтичну послугу.

8. З метою охоплення пацієнтів з хворобами, які лідирують у структурі захворюваності та є основною причиною смерті, програму «Доступні ліки» необхідно розширювати, проте спершу необхідно задовольнити в повному обсязі потреби у препаратах для лікування нозологій, які вже включені доданої програми. Потрібно забезпечити економічну доступність усіх препаратів, які рекомендовані протоколами лікування, тобто дозволити включення до програми лікарських засобів, які зареєстровані в Україні та включені до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, що є необхідною умовою раціоналізації видатків державних коштів.

9. З метою вирішення проблем з обліком статистичних даних, здійсненням контролю за ходом реалізації програми реімбурсації та помісячного використання регіонами коштів; збором даних щодо кількості рецептів на лікарські засоби, що включені до програми відшкодування та кількості пацієнтів, які отримали терапію запропоновано запровадити на регіональному рівні ведення Реєстру електронного рецепту, який дасть змогу усунення вищезазначених проблем.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Обрахунок пропонованих торговельних націнок для підвищення мотивації аптечних закладів до участі в програмі «Доступні ліки»

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
МНН	Торгова назва ЛЗ	Форма випуску	№	Назва виробника	Оптову – відпускна ціна за упаковку грн	Закупівельна ціна аптеки, опг-від + 10%+ПДВ грн	Роздрібна ціна за упаковку, по ресестру грн	Фіксована націнка, ціна роздрібна = оптову-відпускна + 5,33, грн	Націнка в % при включенні 5,33 грн	Реалізація упаковок за 8 міс.	Роздрібна ціна при націнці 25%	Дохід аптек при цінах ресестру з 15% націнкою	Дохід аптек при цінах з націнкою 5,33 грн	Дохід аптек при цінах з націнкою 25%	
Серцево- судинні захворювання															
1	АМІОДАРОН	АРИТМІЛ	табл. 200 мг	20	Борщаговский ХФЗ ПАТ	21,34	25,12	28,88	30,82	23%	314235	31,40	1 183 903,23	1 605 739,05	1 973 172,05
2		АМІОДАРОН	табл. 0,2 г	30	Лексім-Харків ЗАТ	32	37,66	43,31	43,37	15%	50140	47,08	283 268,70	256 213,37	472 114,50
3		КАРДІОДАРОН-ЗДОРОВ'Я	табл. 200 мг	30	Здоров'я ТОВ	37,65	44,31	50,96	50,02	13%	15978	55,39	106 209,01	81 648,75	177 015,02
4		МІОРИТМІЛ®-ДАРНИЦА	табл. 200 мг	30	Дарниця ПАТ	39	45,90	52,79	51,61	12%	27192	57,38	187 227,98	138 950,25	312 046,63
5		АМІДАРОН	табл. 200 мг	30	Київський вітамінний завод ВАТ	39,1	46,02	52,92	51,72	12%	79279	57,53	547 269,23	405 114,18	912 115,38
6		АМІОКОРДИН®	табл. 200 мг	30	KRKA d.d. Novo Mesto	59,99	70,61	81,2	76,31	8%	6047	88,26	64 043,94	30 899,57	106 739,91
7		РОТАРИТМІЛ	табл. 200 мг	30	Rivopharm	62	72,97	83,92	78,68	8%	33663	91,22	368 480,53	172 018,85	614 134,22
8		АМІОКОРДИН®	табл. 200 мг	60	KRKA d.d. Novo Mesto	119,98	141,22	162,4	146,92	4%	8691	176,52	184 099,59	44 411,67	306 832,65
1	АМЛОДИПІН	АМЛОДИПІН	табл. 5 мг	30	Технолог ПАТ	6,6	7,77	8,93	13,47	73%	16707	9,71	19 467,36	85 372,16	32 445,60
2		АМЛОДИПІН-ФІТОФАРМ	табл. 5 мг	20	Фітофарм ПАТ	8,22	9,67	11,13	15,38	59%	7997	12,09	11 605,99	40 866,14	19 343,32
3		АМЛОДИПІН-ФАРМАК	табл. 5 мг	20	Фармак ПАТ	8,56	10,08	11,59	15,78	57%	262569	12,59	396 811,47	1 341 725,35	661 352,44
4		АМЛОПРИЛ®-ДАРНИЦА	табл. 5 мг	20	Дарниця ПАТ	9,2	10,83	12,45	16,53	53%	13912	13,54	22 596,77	71 090,52	37 661,28
5		АМЛОДИПІН-АСТРАФАРМ	табл. 5 мг	20	Астрафарм ТОВ	9,44	11,11	12,78	16,81	51%	10771	13,89	17 951,82	55 041,42	29 919,69
6		АМЛОДИПІН-КВ	табл. 5 мг	30	Київський вітамінний завод ВАТ	9,75	11,48	13,2	17,18	50%	315668	14,34	543 378,70	1 613 062,42	905 631,17
7		АМЛОДИПІН-ФАРМАК	табл. 10 мг	20	Фармак ПАТ	9,93	11,69	13,44	17,39	49%	442120	14,61	775 099,59	2 259 235,16	1 291 832,66
8		АМЛОПРИЛ®-ДАРНИЦА	табл. 10 мг	20	Дарниця ПАТ	10,5	12,36	14,21	18,06	46%	19197	15,45	35 587,32	98 097,77	59 312,20
9		АМЛОДИПІН-АСТРАФАРМ	табл. 10 мг	20	Астрафарм ТОВ	11,2	13,18	15,16	18,89	43%	19106	16,48	37 780,19	97 633,59	62 966,98
10		АМЛОДИПІН-АСТРАФАРМ	табл. 5 мг	30	Астрафарм ТОВ	12,64	14,88	17,11	20,58	38%	221682	18,60	494 704,77	1 132 797,29	824 507,95

Продовження додатку А

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
11		АМЛОДИПІН-ФІТОФАРМ	табл. 5 мг	30	Фітофарм ПАТ	12,75	15,01	17,26	20,71	38%	1189	18,76	2 676,45	6 075,78	4 460,75	
12		АЛАДІН®	табл. 5 мг	30	Фармак ПАТ	13	15,30	17,6	21,00	37%	27258	19,13	62 561,17	139 288,31	104 268,61	
13		АМЛОДИПІН	табл. 10 мг	30	Технолог ПАТ	13,2	15,54	17,87	21,24	37%	68403	19,42	159 410,89	349 540,28	265 684,81	
14		АЛАДІН®	табл. 5 мг	50	Фармак ПАТ	14	16,48	18,95	22,18	35%	41667	20,60	102 987,84	212 917,37	171 646,40	
15		АМЛОДИПІН-КВ	табл. 10 мг	30	Київський вітамінний завод ВАТ	15	17,66	20,3	23,36	32%	491299	22,07	1 301 083,14	2 510 538,97	2 168 471,90	
16		АЛАДІН®	табл. 10 мг	30	Фармак ПАТ	15	17,66	20,3	23,36	32%	50698	22,07	134 262,12	259 068,98	223 770,19	
17		АМЛОДИПІН	табл. 5 мг	30	Київський вітамінний завод ВАТ	16,44	19,35	22,25	25,05	29%	189315	24,19	549 483,57	967 399,98	915 805,94	
18		АМЛОДИПІН-АСТРАФАРМ	табл. 10 мг	30	Астрафарм ТОВ	16,96	19,96	22,96	25,67	29%	447249	24,95	1 339 191,80	2 285 441,51	2 231 986,33	
19		АМЛОНГ	табл. 5 мг	30	Micro Labs	18,5	21,77	25,04	27,48	26%	1772	27,22	5 789,26	9 057,43	9 648,77	
20		АЛАДІН®	табл. 10 мг	50	Фармак ПАТ	22	25,89	29,78	31,60	22%	87323	32,37	339 172,16	446 221,71	565 286,93	
21		СЕМЛОПІН®	табл. 5 мг	28	Кусум Фарм ТОВ	22,4	26,36	30,32	32,07	22%	215557	32,96	852 467,60	1 101 496,29	1 420 779,33	
22		АМЛОДИПІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 5 мг	30	Здоров'я ТОВ	25	29,43	33,84	35,13	19%	23190	36,78	102 354,38	118 500,34	170 590,63	
23		ЕМЛОДІН®	табл. 5 мг	30	Egis	25,56	30,08	34,6	35,79	19%	2883	37,61	13 010,60	14 732,94	21 684,33	
24		АМЛОНГ	табл. 10 мг	30	Micro Labs	35	41,20	47,37	46,90	14%	1085	51,49	6 701,45	5 541,84	11 169,08	
25		АМЛОДИПІН-ЗДОРОВ'Я	табл. 10 мг	30	Здоров'я ТОВ	38,4	45,20	51,98	50,90	13%	43225	56,50	293 046,61	220 881,15	488 411,01	
26		АМЛОДИПІН САНДОЗ®	табл. 10 мг	30	Lek	50,41	59,33	68,23	65,04	10%	6588	74,17	58 631,41	33 664,09	97 719,02	
27		ЕМЛОДІН®	табл. 10 мг	30	Egis	51,12	60,17	69,19	65,87	9%	1645	75,21	14 849,76	8 407,79	24 749,60	
1		АТЕНОЛОЛ	АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ	табл. 50 мг	20	Астрафарм ТОВ	7,44	8,76	10,07	14,46	65%	50740	10,95	66 648,35	259 280,38	111 080,58
2			АТЕНОЛОЛ	табл. 0,05 г	20	Монфарм АТ	8,4	9,89	11,37	15,59	58%	28212	12,36	41 839,43	144 164,95	69 732,39
3			АТЕНОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я	табл. 50 мг	20	Здоров'я ТОВ	9,25	10,89	12,52	16,59	52%	149534	13,61	244 202,65	764 120,43	407 004,41
4			АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ	табл. 100 мг	20	Астрафарм ТОВ	10,96	12,90	14,83	18,60	44%	71590	16,12	138 525,34	365 823,72	230 875,57
1		ВЕРАПАМІЛ	ВЕРАПАМІЛА ГІДРОХЛОРИД	табл. 40 мг	20	ДЗ ГНЦІС ТОВ	9,24	10,88	12,51	16,58	52%	32607	13,59	53 191,80	166 619,54	88 653,01
2			ВЕРАПАМІЛ-ДАРНИЦА	табл. п/о 40 мг	20	Дарниця ПАТ	9,59	11,29	12,98	16,99	51%	34689	14,11	58 731,68	177 258,46	97 886,13
3			ВЕРАПАМІЛ-ДАРНИЦА	табл. п/о 80 мг	50	Дарниця ПАТ	23,46	27,61	31,75	33,32	21%	58234	34,52	241 197,18	297 575,65	401 995,30
4			ВЕРАПАМІЛА ГІДРОХЛОРИД	табл. п/плен. обол. 80 мг	50	Борщагівський ХФЗ ПАТ	23,46	27,61	31,75	33,32	21%	24329	34,52	100 768,86	124 323,01	167 948,10
1	ГІДРОХЛОРОТІАЗИД	ГІДРОХЛОРОТІАЗИД	табл. 25 мг	20	Борщагівський ХФЗ ПАТ	12	14,12	16,24	19,83	40%	271910	17,66	576 069,36	1 389 462,10	960 115,59	
2		ГІПОТІАЗИД	табл. 25 мг	20	Chinoïn	40	47,08	54,14	52,78	12%	34640	58,85	244 626,99	177 009,90	407 711,64	
1	СПИРОНОЛАКТОН	ВЕРОШПІРОН	табл. 25 мг	20	Gedeon Richter	27	31,78	36,55	37,48	18%	453368	39,72	2 161 138,63	2 316 711,96	3 601 897,71	
2		СПИРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦА	табл. 25 мг	30	Дарниця ПАТ	39,56	46,56	53,55	52,27	12%	500828	58,20	3 497 943,14	2 559 231,90	5 829 905,24	
3		СПИРОНОЛАКТОН САНДОЗ®	табл. 50 мг	30	Salutas Pharma	51,18	60,24	69,27	65,94	9%	104785	75,30	946 818,01	535 450,59	1 578 030,01	

Продовження додатку А

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
4		СПИРОНОЛАКТОН САНДОЗ®	табл. 100 мг	30	Salutas Pharma	77,76	91,52	105,25	97,23	6%	23776	114,40	326 410,10	121 495,59	544 016,83
1	ФУРОСЕМІД	ФУРОСЕМІД	табл. 40 мг	50	Борщагівський ХФЗ ПАТ	6	7,06	8,12	12,77	81%	268791	8,83	284 730,53	1 373 523,08	474 550,88
2		ФУРОСЕМІД	табл. 40 мг	50	ДЗ ГНЦІС ТОВ	6,33	7,45	8,57	13,15	77%	59096	9,31	66 043,30	301 980,03	110 072,16
3		ФУРОСЕМІД- ДАРНИЦА	табл. 40 мг	50	Дарниця ПАТ	7,19	8,46	9,73	14,17	67%	454467	10,58	576 897,28	2 322 323,83	961 495,46
4		ФУРОСЕМІД	табл. 0,04 г	50	Київмедпрепарат ПАТ	9,51	11,19	12,87	16,90	51%	247401	13,99	415 383,95	1 264 219,16	692 306,58
1	ДИГОКСИН	ДИГОКСИН	табл. 0,25 мг	40	Борщагівський ХФЗ ВАТ	5,64	6,64	7,63	12,34	86%	249568	8,30	248 504,94	1 275 290,41	414 174,89
2		ДИГОКСИН- ЗДОРОВ'Я	табл. 0,25 мг	50	Здоров'я ТОВ	7,26	8,55	9,83	14,25	67%	233776	10,68	299 643,48	1 194 596,90	499 405,79
1	ЕНАЛАПРИЛ	ЕНАЛАПРИЛ	табл. 10 мг	20	Лубнифарм ПАТ	4,8	5,65	6,5	11,35	101%	47044	7,06	39 867,09	240 395,60	66 445,16
2		ЕНАЛАПРИЛ	табл. 0,01 г	20	Лекхим-Харків ЗАТ	5,4	6,36	7,31	12,06	90%	93103	7,94	88 761,16	475 753,95	147 935,27
3		ЕНАЛАПРИЛ- ДАРНИЦА	табл. 10 мг	20	Дарниця ПАТ	5,5	6,47	7,44	12,18	88%	638962	8,09	620 447,61	3 265 093,37	1 034 079,35
4		ЕНАЛАПРИЛ- ЗДОРОВ'Я	табл. 5 мг	20	Здоров'я ТОВ	5,84	6,87	7,9	12,58	83%	485746	8,59	500 829,78	2 482 164,02	834 716,30
5		ЕНАЛАПРИЛ- АСТРАФАРМ	табл. 10 мг	20	Астрафарм ТОВ	6,24	7,34	8,45	13,05	78%	344265	9,18	379 267,31	1 759 195,06	632 112,18
6		ЕНАЛАПРИЛ	табл. 0,01 г	20	Червона зірка ПАТ	7,5	8,83	10,15	14,53	65%	48233	11,03	63 866,63	246 471,06	106 444,39
7		ЕНАЛАПРИЛ- ЗДОРОВ'Я	табл. 10 мг	20	Здоров'я ТОВ	7,64	8,99	10,34	14,70	63%	2060603	11,24	2 779 427,40	10 529 679,56	4 632 379,01
8		ЕНАЛАПРИЛ- ЗДОРОВ'Я	табл. 5 мг	30	Здоров'я ТОВ	8	9,42	10,83	15,12	61%	80190	11,77	113 259,90	409 769,24	188 766,50
9		ЕНАЛАПРИЛ	табл. 10 мг	20	Київмедпрепарат ПАТ	8,22	9,67	11,13	15,38	59%	286550	12,09	415 853,18	1 464 270,75	693 088,63
10		ЕНАЛАПРИЛ- АСТРАФАРМ	табл. 20 мг	20	Астрафарм ТОВ	9,2	10,83	12,45	16,53	53%	591440	13,54	960 652,38	3 022 258,56	1 601 087,31
11		ЕНАЛАПРИЛ- ЗДОРОВ'Я	табл. 20 мг	20	Здоров'я ТОВ	10,21	12,02	13,82	17,72	47%	1125317	15,02	2 028 469,51	5 750 371,74	3 380 782,52
12		ЕНАЛОЗИД® МОНО	табл. 10 мг	20	Фармак ПАТ	10,5	12,36	14,21	18,06	46%	122794	15,45	227 631,88	627 475,77	379 386,46
13		ЕНАЛАПРИЛ	табл. 20 мг	20	Київмедпрепарат ВАТ	10,89	12,82	14,74	18,52	44%	166626	16,02	320 360,33	851 459,57	533 933,88
1	КАРВЕДІЛОЛ	ТАЛЛІТОН®	табл. 6,25 мг	28	Egis	22,68	26,69	30,7	32,40	21%	2427	33,37	9 718,40	12 402,37	16 197,33
2		КАРВЕДІЛОЛ-КВ	табл. 12,5 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	29,9	35,19	40,47	40,90	16%	120693	43,99	637 120,71	616 742,27	1 061 867,86
3		ТАЛЛІТОН®	табл. 12,5 мг	28	Egis	40,86	48,09	55,31	53,80	12%	3991	60,12	28 787,66	20 392,06	47 979,43
4		КАРВЕДІЛОЛ-КВ	табл. 25 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	41	48,26	55,5	53,96	12%	114262	60,32	827 093,96	583 880,77	1 378 489,94
5		КАРВЕДІЛОЛ АУРОБІНДО	табл. п/плен. обол. 12,5 мг	30	Aurobindo Pharma	47	55,32	63,62	61,02	10%	5	69,15	45,41	27,96	75,68
6		ТАЛЛІТОН®	табл. 25 мг	28	Egis	54,36	63,98	73,58	69,68	9%	3142	79,98	30 153,78	16 055,19	50 256,30
7		КОРВАЗАН®	табл. п/о 25 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	81,18	95,55	109,88	101,25	6%	195801	119,44	2 806 286,32	1 000 543,81	4 677 143,87
1	КЛОПИДОГ- РЕЛ	АТЕРОКАРД	табл. п/плен. обол. 75 мг	10	Київмедпрепарат ВАТ	23	27,07	31,13	32,77	21%	86716	33,84	352 124,67	443 120,45	586 874,44

Продовження додатку А

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2		КЛОПИДОГРЕЛЬ	табл. п/о 75 мг	10	ДЗ ГНЦІС ТОВ	29,25	34,43	39,59	40,13	17%	34150	43,03	176 352,35	174 505,27	293 920,58
3		ФЛАМОГРЕЛЬ 75	табл. п/плен. обол. 75 мг	30	Flamingo	47,78	56,24	64,67	61,94	10%	11854	70,30	99 992,45	60 572,33	166 654,09
4		АТРОГРЕЛ	табл. п/плен. обол. 75 мг	30	Борщаговский ХФЗ ПАТ	49,99	58,84	67,66	64,54	10%	94655	73,55	835 401,15	483 687,77	1 392 335,25
5		ПЛАТОГРИЛ®	табл. п/о 75 мг	28	Кусум Фарм ТОВ	53,9	63,44	72,96	69,14	9%	62452	79,30	594 298,93	319 131,27	990 498,22
6		КЛОПИДОГРЕЛ-ТЕВА	табл. п/плен. обол. 75 мг	30	Teva	61,32	72,17	83	77,88	8%	102366	90,22	1 108 217,32	523 089,46	1 847 028,87
7		ЛОПИРЕЛ	табл. п/плен. обол. 75 мг	30	Actavis	61,32	72,17	83	77,88	8%	39973	90,22	432 750,25	204 262,37	721 250,42
8		НУГРЕЛ	табл. п/о 75 мг	30	Micro Labs	64	75,33	86,63	81,03	8%	3422	94,16	38 666,54	17 486,73	64 444,23
9		ТРОМБОНЕТ®	табл. п/о 0,075г	30	Фармак ПАТ	71	83,57	96,1	89,27	7%	147111	104,46	1 844 038,08	751 734,90	3 073 396,79
10		ОНЕКЛАПЗ	табл. п/плен. обол. 75 мг	30	Aurobindo Pharma	85	100,05	115,05	105,75	6%	154	125,06	2 317,29	789,07	3 862,15
11		КЛОПИДОГРЕЛЬ-ЗЕНТИВА	табл. п/плен. обол. 75 мг	30	Sanofi Winthrop Industrie	87,9	103,46	118,98	109,16	6%	64072	129,32	994 317,07	327 407,93	1 657 195,11
12		КЛОПИДОГРЕЛЬ-ФАРМЕКС	табл. п/о 75 мг	30	Фармекс Груп ТОВ	87,9	103,46	118,98	109,16	6%	2559	129,32	39 713,84	13 076,94	66 189,73
13		КЛОПИДОГРЕЛЬ	табл. п/о 75 мг	30	ДЗ ГНЦІС ТОВ	87,9	103,46	118,98	109,16	6%	6987	129,32	108 429,83	35 703,69	180 716,38
14		АТЕРОКАРД	табл. п/плен. обол. 75 мг	40	Київмедпрепарат ВАТ	89,2	104,99	120,74	110,69	5%	81314	131,24	1 280 552,92	415 514,19	2 134 254,87
15		ТРОМБОНЕТ®	табл. п/о 0,075 г.	60	Фармак ПАТ	95	111,82	128,59	117,52	5%	107629	139,77	1 805 185,72	549 985,78	3 008 642,86
16		ПЛАТОГРИЛ®	табл. п/о 75 мг	84	Кусум Фарм ТОВ	140	164,78	189,5	170,48	3%	7394	205,98	182 753,55	37 782,52	304 589,25
17		ФЛАМОГРЕЛЬ 75	табл. п/плен. обол. 75 мг	100	Flamingo	159,25	187,44	215,55	193,14	3%	389	234,30	10 937,86	1 987,95	18 229,77
18		КЛОПИДОГРЕЛ-ТЕВА	табл. п/плен. обол. 75 мг	90	Teva	169,18	199,12	228,99	204,83	3%	58801	248,91	1 756 314,43	300 473,67	2 927 190,72
19		ЛОПИРЕЛ	табл. п/плен. обол. 75 мг	90	Actavis	169,18	199,12	228,99	204,83	3%	15402	248,91	460 046,45	78 705,64	766 744,08
20		КЛОПИДОГРЕЛЬ-ЗЕНТИВА	табл. п/плен. обол. 75 мг	90	Sanofi Winthrop Industrie	244,73	288,05	331,25	293,75	2%	11287	360,06	487 680,57	57 676,83	812 800,95
1	МЕТОПРОЛОЛ	МЕТОПРОЛОЛ	табл. 50 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	9,31	10,96	12,6	16,66	52%	203547	13,70	334 566,46	1 040 125,87	557 610,77
2		МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТ	табл. 0,05 гр	20	Фармак ПАТ	9,5	11,18	12,86	16,88	51%	64658	13,98	108 446,76	330 404,65	180 744,60
3		МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТ	табл. 0,1 г	20	Фармак ПАТ	14,5	17,07	19,63	22,77	33%	50144	21,33	128 367,54	256 236,15	213 945,90
4		МЕТОПРОЛОЛ	табл. 100 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	16,34	19,23	22,12	24,94	30%	134879	24,04	389 102,32	689 231,22	648 503,86
5		ЕГЛЮК®	табл. 25 мг	60	Egis	21,6	25,42	29,24	31,13	22%	44403	31,78	169 328,24	226 897,03	282 213,73
6		ЕГЛЮК®	табл. 50 мг	60	Egis	43,02	50,63	58,23	56,34	11%	34108	63,29	259 059,53	174 293,97	431 765,89
7		ЕГЛЮК®	табл. 100 мг	30	Egis	43,02	50,63	58,23	56,34	11%	3634	63,29	27 601,19	18 569,95	46 001,99
8		МЕТОПРОЛОЛ ЗЕНТИВА	табл. 50 мг	50	Saneca Pharmaceuticals	44,94	52,89	60,83	58,60	11%	79	66,12	622,86	401,16	1 038,11
9		МЕТОПРОЛОЛ ЗЕНТИВА	табл. 100 мг	50	Saneca Pharmaceuticals	61,43	72,30	83,15	78,01	8%	107	90,38	1 159,38	546,26	1 932,29
10		ЕГЛЮК®	табл. 100 мг	60	Egis	76,14	89,62	103,06	95,32	6%	7865	112,02	105 719,63	40 187,96	176 199,38

Продовження додатку А

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	МЕТОПРОЛОЛ	МЕТОПРОЛОЛ	табл. 50 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	9,31	10,96	12,6	16,66	52%	203547	13,70	334 566,46	1 040 125,87	557 610,77
2		МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТ	табл. 0,05 г	20	Фармак ПАТ	9,5	11,18	12,86	16,88	51%	64658	13,98	108 446,76	330 404,65	180 744,60
3		МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТ	табл. 0,1 г	20	Фармак ПАТ	14,5	17,07	19,63	22,77	33%	50144	21,33	128 367,54	256 236,15	213 945,90
4		МЕТОПРОЛОЛ	табл. 100 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	16,34	19,23	22,12	24,94	30%	134879	24,04	389 102,32	689 231,22	648 503,86
5		ЕГЛОК®	табл. 25 мг	60	Egis	21,6	25,42	29,24	31,13	22%	44403	31,78	169 328,24	226 897,03	282 213,73
6		ЕГЛОК®	табл. 50 мг	60	Egis	43,02	50,63	58,23	56,34	11%	34108	63,29	259 059,53	174 293,97	431 765,89
7		ЕГЛОК®	табл. 100 мг	30	Egis	43,02	50,63	58,23	56,34	11%	3634	63,29	27 601,19	18 569,95	46 001,99
8		МЕТОПРОЛОЛ ЗЕНТИВА	табл. 50 мг	50	Saneca Pharmaceuticals	44,94	52,89	60,83	58,60	11%	79	66,12	622,86	401,16	1 038,11
9		МЕТОПРОЛОЛ ЗЕНТИВА	табл. 100 мг	50	Saneca Pharmaceuticals	61,43	72,30	83,15	78,01	8%	107	90,38	1 159,38	546,26	1 932,29
10		ЕГЛОК®	табл. 100 мг	60	Egis	76,14	89,62	103,06	95,32	6%	7865	112,02	105 719,63	40 187,96	176 199,38
1	СИМВА-СТАТІН	ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я	табл. п/плен. обол. 10 мг	30	Здоров'я ТОВ	32,04	37,71	43,37	43,41	15%	3590	47,14	20 307,19	18 344,70	33 845,32
2		ВАЗИЛП®	табл. п/плен. обол. 20 мг	28	KRKA d.d. Novo Mesto	55,54	65,37	75,18	71,07	9%	154134	81,71	1 511 375,97	787 625,59	2 518 959,95
3		ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я	табл. п/плен. обол. 20 мг	30	Здоров'я ТОВ	60,1	70,74	81,35	76,44	8%	5123	88,42	54 359,10	26 178,88	90 598,50
4		ВАЗИЛП®	табл. п/плен. обол. 40 мг	28	KRKA d.d. Novo Mesto	110,18	129,68	149,13	135,38	4%	51994	162,10	1 011 403,24	265 689,72	1 685 672,07
5		ВАЗИЛП®	табл. п/плен. обол. 20 мг	84	KRKA d.d. Novo Mesto	168,09	197,84	227,52	203,55	3%	4868	247,30	144 461,62	24 875,04	240 769,36
1	НІТРОГЛІЦЕРИН	НІТРОГЛІЦЕРИН	табл. сублінгвал. 0,5 мг	40	Мікрохім ТОВ	6,4	7,53	8,66	13,24	76%	490505	9,42	554 231,01	2 506 478,76	923 718,36
2		НІТРОГЛІЦЕРИН	табл. сублінгвал. 0,0005 г	40	Технолог ПАТ	6,7	7,89	9,07	13,59	72%	193490	9,86	228 876,25	988 733,15	381 460,41
3		НІТРОГЛІЦЕРИН-ЗДОРОВ'Я	табл. сублінгвал. 0,5 мг	40	Здоров'я ТОВ	8,92	10,50	12,07	16,20	54%	124575	13,12	196 183,87	636 577,99	326 973,11
1	ІЗОСОРБІДА ДІНІТРАТ	ІЗО-МІК® 5 мг	табл. сублінгвал. 5 мг	50	Мікрохім ТОВ	12,2	14,36	16,51	20,06	40%	43446	17,95	93 579,70	222 011,25	155 966,16
1	БІСОПРОЛОЛ	БПРОЛОЛ	табл. 5 мг	30	Борщаговский ХФЗ ПАТ	9,75	11,48	13,2	17,18	50%	95733	14,34	164 791,68	489 197,08	274 652,81
2		БІСОПРОЛ	табл. 5 мг	20	Фармак ПАТ	10	11,77	13,54	17,47	48%	326598	14,71	576 608,49	1 668 914,97	961 014,15
3		БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ	табл. 5 мг	20	Астрафарм ТОВ	11,04	12,99	14,94	18,70	44%	201401	16,24	392 553,84	1 029 161,04	654 256,40
4		БІСОПРОЛОЛ-КВ	табл. 5 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	11,4	13,42	15,43	19,12	43%	645481	16,77	1 299 140,12	3 298 407,59	2 165 233,53
5		БПРОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я	табл. п/плен. обол. 2,5 мг	30	Здоров'я ТОВ	13,63	16,04	18,45	21,75	36%	288	20,05	692,83	1 471,25	1 154,72
6		БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ	табл. 5 мг	30	Астрафарм ТОВ	14	16,48	18,95	22,18	35%	77557	20,60	191 697,29	396 315,56	319 495,49
7		БПРОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я	табл. п/плен. обол. 5 мг	30	Здоров'я ТОВ	14,41	16,96	19,5	22,66	34%	2123	21,20	5 402,28	10 850,91	9 003,80
8		БІСОПРОЛ	табл. 5 мг	50	Фармак ПАТ	16,25	19,13	22	24,83	30%	239458	23,91	686 991,36	1 223 632,75	1 144 985,61
9		БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ	табл. 10 мг	20	Астрафарм ТОВ	16,8	19,77	22,74	25,48	29%	22037	24,72	65 362,00	112 608,00	108 936,67
10		БІСОПРОЛ	табл. 10 мг	20	Фармак ПАТ	19	22,36	25,72	28,07	26%	165665	27,95	555 716,34	846 550,25	926 193,90

Продовження додатку А

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
11		БІПРОЛОЛ	табл. 10 мг	30	Борщаговский ХФЗ ПАТ	19,5	22,95	26,39	28,65	25%	81008	28,69	278 888,90	413 951,82	464 814,83	
12		БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®	табл. п/плен. обол. 5 мг	30	Salutas Pharma	19,78	23,28	26,77	28,98	24%	79319	29,10	276 993,41	405 318,41	461 655,69	
13		БІСОПРОЛОЛ-КВ	табл. 10 мг	30	Київмедпрепарат ВАТ	20,4	24,01	27,61	29,71	24%	467546	30,01	1 683 923,84	2 389 161,22	2 806 539,74	
14		БІСОПРОЛОЛ-ТЕВА	табл. 5 мг	30	Merckle	23,7	27,89	32,08	33,60	20%	102421	34,87	428 554,62	523 372,64	714 257,70	
15		БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ	табл. 10 мг	30	Астрафарм ТОВ	24,72	29,10	33,46	34,80	20%	208865	36,37	911 554,44	1 067 302,00	1 519 257,40	
16		БІСОПРОЛОЛ КРКА	табл. п/плен. обол. 5 мг	30	KRKA d.d. Novo Mesto	26,73	31,46	36,18	37,16	18%	13424	39,33	63 352,07	68 598,56	105 586,78	
17		КОРОНАЛ® 5	табл. п/плен. обол. 5 мг	30	Saneca Pharmaceuticals	27	31,78	36,55	37,48	18%	77253	39,72	368 254,55	394 764,00	613 757,59	
18		БІПРОЛОЛ-ЗДОРОВ'Я	табл. п/плен. обол. 10 мг	30	Здоров'я ТОВ	27,25	32,07	36,88	37,78	18%	2375	40,09	11 428,37	12 138,66	19 047,28	
19		БІСОПРОЛОЛ-ТЕВА	табл. 10 мг	30	Merckle	30,9	36,37	41,82	42,07	16%	54982	45,46	299 948,52	280 958,01	499 914,20	
20		БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®	табл. п/плен. обол. 10 мг	30	Salutas Pharma	32,14	37,83	43,5	43,53	15%	32699	47,29	185 546,63	167 093,82	309 244,39	
21		БІСОПРОЛ	табл. 10 мг	50	Фармак ПАТ	32,5	38,25	43,99	43,96	15%	143627	47,82	824 114,35	733 934,49	1 373 523,92	
22		БІСОПРОЛОЛ-ТЕВА	табл. 5 мг	50	Merckle	39,5	46,49	53,47	52,19	12%	43469	58,11	303 138,78	222 125,07	505 231,30	
23		ДОРЕЗ®	табл. п/плен. обол. 10 мг	30	Alkaloid	44,42	52,28	60,12	57,99	11%	7	65,35	53,22	34,68	88,70	
24		КОРОНАЛ® 10	табл. п/плен. обол. 10 мг	30	Saneca Pharmaceuticals	47,81	56,27	64,71	61,98	10%	46253	70,34	390 418,88	236 355,25	650 698,13	
25		КОРОНАЛ® 5	табл. п/плен. обол. 5 мг	60	Saneca Pharmaceuticals	50,68	59,65	68,6	65,35	10%	26910	74,56	240 778,86	137 510,20	401 298,10	
26		БІСОПРОЛОЛ-ТЕВА	табл. 10 мг	50	Merckle	51,5	60,62	69,71	66,32	9%	19764	75,77	179 704,60	100 996,22	299 507,66	
27		БІСОПРОЛОЛ КРКА	табл. п/плен. обол. 10 мг	30	KRKA d.d. Novo Mesto	54,05	63,62	73,16	69,32	9%	578	79,52	5 512,63	2 952,00	9 187,71	
28		БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®	табл. п/плен. обол. 5 мг	90	Lek	57,83	68,07	78,28	73,77	8%	939	85,08	9 589,47	4 799,49	15 982,46	
29		БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®	табл. п/плен. обол. 5 мг	90	Salutas Pharma	57,83	68,07	78,28	73,77	8%	19916	85,08	203 341,64	101 771,53	338 902,73	
30		КОРОНАЛ® 10	табл. п/плен. обол. 10 мг	60	Saneca Pharmaceuticals	77,81	91,58	105,32	97,29	6%	8765	114,48	120 403,31	44 787,44	200 672,19	
31		БІСОПРОЛОЛ КРКА	табл. п/плен. обол. 5 мг	90	KRKA d.d. Novo Mesto	81,08	95,43	109,75	101,13	6%	12258	119,29	175 475,87	62 640,73	292 459,78	
32		БІСОПРОЛОЛ САНДОЗ®	табл. п/плен. обол. 10 мг	90	Salutas Pharma	96,43	113,50	130,52	119,20	5%	7731	141,87	131 621,00	39 506,29	219 368,33	
33		БІСОПРОЛОЛ КРКА	табл. п/плен. обол. 10 мг	90	KRKA d.d. Novo Mesto (161,85	190,50	219,07	196,20	3%	3312	238,12	94 628,43	16 922,41	157 714,05	
Цукровий діабет II типу																
1		ГЛІКЛАЗИД	ГЛІКЛАЗИД-ЗДОРОВ'Я	табл. 80 мг	30	Здоров'я ТОВ	33,7	39,66	45,61	45,37	14%	530	49,58	3 151,48	2 706,68	5 252,46
2			ДІАГЛІЗИД® MR	табл. с мод/в. 60 мг	30	Фармак ПАТ	38	44,73	51,43	50,43	13%	65843	55,91	441 733,99	336 457,64	736 223,31
3			ДІАГЛІЗИД® MR	табл. с мод/в. 60 мг	60	Фармак ПАТ	62	72,97	83,92	78,68	8%	102729	91,22	1 124 485,74	524 946,98	1 874 142,90
4			ДІАГЛІЗИД® MR	табл. с мод/в. 60 мг	30	Фармак ПАТ	65	76,51	87,98	82,21	7%	174718	95,63	2 005 014,82	892 806,63	3 341 691,36

Продовження додатку А

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
5		ДИАГЛИЗИД®	табл. 80 мг	60	Фармак ПАТ	65	76,51	87,98	82,21	7%	84019	95,63	964 184,34	429 338,56	1 606 973,89
6		ДИАБЕТОН® MR 60 мг	табл. с мод/в. 60 мг	30	Servier Industrie	89,89	105,80	121,67	111,50	5%	735790	132,25	11 677 050,39	3 759 888,38	19 461 750,65
1	МЕТОФОРМІН	МЕГЛИФОРТ 500	табл. п/плен. обол. 500 мг	30	Indoco Remedis	15	17,66	20,3	23,36	32%	2912	22,07	7 712,67	14 882,18	12 854,45
2		ДИАФОРМІН®	табл. 500 мг	30	Фармак ПАТ	18	21,19	24,36	26,89	27%	190882	26,48	606 604,03	975 407,22	1 011 006,72
3		МЕТАМІН®	табл. п/о 500 мг	30	Кусум Фарм ТОВ	18	21,19	24,36	26,89	27%	66158	26,48	210 244,63	338 069,19	350 407,72
4		МЕТОФОРМІН-ТЕВА	табл. 500 мг	30	Teva Operations Poland	19,2	22,60	25,99	28,30	25%	95711	28,25	324 437,24	489 083,09	540 728,73
5		МЕТОФОРМІН-АСТРАФАРМ	табл. п/плен. обол. 500 мг	30	Астрафарм ТОВ	19,36	22,79	26,2	28,49	25%	96	28,48	329,64	492,82	549,40
6		МЕГЛИФОРТ 850	табл. п/плен. обол. 850 мг	30	Indoco Remedis	22	25,89	29,78	31,60	22%	2543	32,37	9 878,40	12 996,22	16 464,00
7		ДИАФОРМІН®	табл. 850 мг	30	Фармак ПАТ	24	28,25	32,49	33,95	20%	260765	35,31	1 104 911,84	1 332 507,20	1 841 519,74
8		МЕТАМІН®	табл. п/о 850 мг	30	Кусум Фарм ТОВ	24	28,25	32,49	33,95	20%	47592	35,31	201 656,33	243 194,53	336 093,88
9		МЕТОФОРМІН-ТЕВА	табл. 850 мг	30	Teva Operations Poland	24,3	28,60	32,89	34,30	20%	24332	35,75	104 389,85	124 338,37	173 983,08
10		ДИАФОРМІН®	табл. 500 мг	60	Фармак ПАТ	25	29,43	33,84	35,13	19%	153279	36,78	676 535,52	783 256,08	1 127 559,20
11		МЕГЛИФОРТ 1000	табл. п/плен. обол. 1000 мг	30	Indoco Remedis	28	32,96	37,9	38,66	17%	6572	41,20	32 486,57	33 581,42	54 144,28
12		МЕТАМІН®	табл. п/о 1000 мг	30	Кусум Фарм ТОВ	35	41,20	47,37	46,90	14%	139666	51,49	863 033,46	713 695,19	1 438 389,10
13		МЕТОФОРМІН-АСТРАФАРМ	табл. п/плен. обол. 500 мг	60	Астрафарм ТОВ	35,2	41,43	47,64	47,13	14%	137	51,79	851,94	700,51	1 419,89
14		МЕФАРМІЛ	табл. п/плен. обол. 500 мг	60	Київмедпрепарат ВАТ	39,09	46,01	52,91	51,71	12%	143	57,51	984,87	729,24	1 641,46
15		ДИАФОРМІН®	табл. 850 мг	60	Фармак ПАТ	42,5	50,02	57,53	55,73	11%	203017	62,53	1 523 310,22	1 037 415,19	2 538 850,37
16		МЕТАМІН®	табл. п/о 500 мг	100	Кусум Фарм ТОВ	43,3	50,96	58,61	56,67	11%	16767	63,71	128 175,17	85 677,98	213 625,29
17		МЕФАРМІЛ	табл. п/плен. обол. 850 мг	60	Київмедпрепарат ВАТ	43,68	51,41	59,12	57,11	11%	319	64,26	2 458,30	1 628,94	4 097,16
18		МЕФАРМІЛ	табл. п/плен. обол. 1000 мг	60	Київмедпрепарат ВАТ	51,39	60,49	69,56	66,19	9%	1087	75,61	9 861,68	5 554,25	16 436,13
19		МЕТАМІН®	табл. п/о 850 мг	100	Кусум Фарм ТОВ	73,3	86,27	99,22	91,98	7%	21271	107,84	275 275,32	108 696,73	458 792,20
20		ДИАФОРМІН®	табл. п/плен. обол. 1000 мг	60	Фармак ПАТ	77,15	90,81	104,43	96,51	6%	159320	113,51	2 170 071,24	814 125,28	3 616 785,41
21		МЕТАМІН®	табл. п/о 1000 мг	90	Кусум Фарм ТОВ	92	108,28	124,53	113,99	5%	79980	135,36	1 299 075,60	408 695,42	2 165 125,99
Бронхіальна астма															
1	БЕКЛО-МЕТАЗОН	БЕКЛОФОРТ™ ЕВОХАЛЕР™	аер. д/інг. дозир. 250 мкг/доза балон 200 доз	1	Glaxo Wellcome Production	118,04	138,93	159,77	144,64	4%	10391	173,67	216 551,11	53 098,76	360 918,51
2		БЕКЛАЗОН-ЕКО	аер. д/інг 100 мкг/доза балончик 200 доз, інг. устр.	1	Teva Czech Industries	180	211,86	243,64	217,56	3%	23088	264,83	733 718,94	117 980,55	1 222 864,90

Продовження додатку А

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	БУДЕСОНІД	БУДЕСОНІД-ІНТЕЛІ	Інгаляція під тиском, сусп. 200 мкг/доза балон алном. 10 мл, 200 доз	1	Lab. Aldo-Union	255	300,14	345,16	305,84	2%	14456	375,17	650 802,06	73 868,95	1 084 670,10
2		ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР	пор. д/інг. дозир. 100 мкг/доза інгалятор 200 доз	1	AstraZeneca	225,97	265,97	305,86	271,67	2%	57	332,46	2 270,24	290,79	3 783,73
3		ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР	пор. д/інг. дозир. 200 мкг/доза інгалятор 100 доз	1	AstraZeneca	225,97	265,97	305,86	271,67	2%	69	332,46	2 760,47	353,58	4 600,78
4		БУДЕСОНІД ІЗІХЕЙЛЕР	пор. д/інг. 200 мкг/доза інгалятор 200 доз	1	Orion	447,54	526,75	605,77	532,46	1%	2523	658,44	199 318,25	12 890,46	332 197,09
5		ПУЛЬМІКОРТ	сусп.. 0,5 мг/мл конт. 2 мл	20	AstraZeneca	630,16	741,70	852,95	747,40	1%	24554	927,12	2 731 761,42	125 471,51	4 552 935,69
1	САЛЬБУТА-МОЛ	САЛЬБУТАМОЛ-ІНТЕЛІ	аер. д/інг. дозир. 100 мкг/доза фл. 10 мл, 200 доз	1	Lab. Aldo-Union	56,3	66,27	76,2	71,97	9%	121254	82,83	1 205 238,90	619 609,29	2 008 731,49
2		САЛЬБУТАМОЛ	аер. д/інг. дозир. 100 мкг/доза балон, 200 доз	1	Glaxo Wellcome Production	57,62	67,82	77,99	73,52	8%	801246	84,77	8 150 921,04	4 094 365,51	13 584 868,39
					Дохід аптек за 8 місяців від наведених Лікарських Засобів у грн. - базовий								102 820 655,18	116 846 566,18	171 367 758,63
					Зростання доходу аптек від наведених ЛЗ у грн. до базового								14 025 911,00	68 547 103,45	
					Зростання доходу аптек від наведених ЛЗ у % до базового								14%	67%	

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ворон Р.М. Реімбурсація як засіб господарсько – правового регулювання ціноутворення фармацевтичної продукції / Р. М. Ворон // Питання господарського права. – 2010. - № 5. – С. 105-109.
2. Дешко Л.М. Державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.04 «Господарське право; господарсько-процесуальне право» / Л.М. Дешко.– Д., 2010. – 23 с.
3. Дешко Л. Державне регулювання системи цін на лікарські засоби в Україні / Л. Дешко // Підприємництво, господарство і право. – 2007. – № 10. – С. 109–112.
4. Дешко Л. Державне регулювання цін на лікарські засоби в Україні: історико – правовий аналіз / Л. Дешко // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : мат. І Всеукр. наук. – практ. конф. (Львів, 19-20 квітня 2007 р.). – Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2007. – С. 120-126.
5. Дешко Л.М. Державне регулювання ціноутворення на лікарські засоби в країнах Європейського співтовариства та інших країнах / Л. М. Дешко // Підприємництво, господарство і право. – 2007. – № 12. – С. 88–91.
6. Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 23.03.2016 р. № 239. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.
7. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 р. № 333. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.
8. Інформаційно-аналітична довідка щодо впровадження системи відшкодування вартості препаратів інсуліну [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/docfiles/col_mats2.pdf.
9. Конституція України // ВВР. - 1996 р. – № 30. – С. 141.

10. Концепція реформування системи забезпечення населення України лікарськими засобами та виробами медичного призначення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.aprad.org.ua/article/13.html>.

11. Корнацький В.М. Проблеми медикаментозного забезпечення населення України в сучасних умовах / В. М. Корнацький, О. П. Вікторов // Фармацевтичний журнал – № 3. – 2001. – С. 11–14.

12. Коротко О.Ш. Фармацевтична галузь України сьогодні / О.Ш. Коротко // Провізор.- 2001. – № 1. – С. 3-7.

13. Косяченко К.Л. Наукове узагальнення підходів до формування системи цін на лікарські засоби та реімбурсації їх вартості в ЄС / К. Л. Косяченко, А. С. Немченко // Фармаком. – 2010. № 1. – С. 118-122.

14. Котвіцька А.А. Аналіз законодавчих та нормативно-правових засад надання фармацевтичної допомоги пільговим категоріям населення в Україні / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарєва // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації – 2014. – № 6 (38).– С. 75-81.

15. Котвіцька А.А. Аналіз систем реімбурсації в міжнародній та вітчизняній практиці: матеріали Всеукр. фармац. конф. «Аптека – 2007» (м. Яремча, 6 – 9 листоп. 2007 р.). – С. 45–47.

16. Котвицкая А.А. Анализ современных тенденций фармацевтического обеспечения льготных категорий населения в странах СНГ / А. А. Котвицкая, Е. С. Коробова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация. – 2013. – № 11 (154). – Вып. 22/2. – С. 18-25.

17. Котвіцька А.А. Дослідження стану надання фармацевтичної допомоги пільговому дитячому контингенту населення на регіональному рівні / А. А. Котвіцька, Є. С. Коробова, І. В. Кубарєва // Фармацевтичний часопис. – 2013. – № 2. – С. 116-121.

18. Котвіцька А.А. Дослідження стану фінансування фармацевтичного забезпечення дитячого контингенту населення віком до трьох років на

територіальному рівні / А. А. Котвіцька, Є. С. Коробова // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2013. – № 2 (12). – С. 107-110.

19. Котвицкая А.А. Исследование фармацевтического обеспечения населения в Украине и странах Европейского союза / А. А. Котвицкая, В. П. Ходаковская, А. А. Суриков // Modern problems and prospects of Clinical Medicine, Healthcare and Pharmacy development [Monograph]. – Opole: Publishing House WSZiA. – 2014. – С. 154-162.

20. Котвицкая А.А. Международный опыт и роль больничных касс в системе здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения / А. А. Котвицкая, В. П. Ходаковская, А. А. Суриков // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация. – 2013. – № 11 (154). – Вып. 22/2. – С. 10-17.

21. Котвіцька А.А. Методологічні підходи до визначення складових формування систем реімбурсації вартості лікарських засобів та фармацевтичної допомоги за умов медичного страхування / А. А. Котвіцька, А. С. Немченко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 1 (3). – С. 64-69.

22. Котвіцька А.А. Методологія соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення: автореф. дис. ... д-ра фармацевт. наук : спец. 15.00.01 «Технологія ліків та організація фармацевтичної справи» / А. А. Котвіцька. – Х., 2008. – 45 с.

23. Котвіцька А.А. Методологічні підходи до визначення складових формування систем реімбурсації вартості лікарських засобів та фармацевтичної допомоги за умов запровадження в Україні медичного страхування / А. А. Котвіцька, А. С. Немченко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 1 (3). – С. 64-70.

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

25. Котвіцька А.А. Наукове узагальнення міжнародного досвіду організації механізмів реімбурсації витрат на лікарські засоби // Вісник фармації. – 2006. - № 3 (47). – С.50–55.

26. Котвіцька А.А. Наукове узагальнення сучасних засад імплементації систем реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги в Європейських країнах / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарєва // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації – 2015. – № 6 (44).– С. 85-89.

27. Лисак В.П. Правове регулювання відшкодування витрат при медикаментозному забезпеченні на регіональному рівні [Електронний ресурс] / В. П. Лисак, В. М. Пашков. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads>.

28. Матеріали науково – практичної конференції «Теоретико – правові засади формування сучасного медичного права в Україні». [Текст] : Збірник матеріалів V Всеукраїнської наук. – практ. конф., 24 листоп. 2016 р. / Нац. юрид. універ. ім. Я. Мудрого ; [ред. кол. : Гетьман А.П., Лисак В. П., Прядко В. Г., та ін.]. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2016. – 390 с.

29. Немченко А.С. Дослідження проблеми створення організаційно – правового механізму забезпечення населення лікарськими засобами, обґрунтування системних підходів / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Фармаком. – 2007. – № 1. – С. 97-102.

30. Немченко А.С. Дослідження систем реімбурсації (компенсації) вартості лікарських засобів в міжнародній практиці / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Вісник фармації. – 2007. – № 4 (52). – С. 46-49.

31. Немченко А.С. Дослідження сучасних підходів до організації систем компенсації лікарських засобів в міжнародній та вітчизняній практиці / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька: тези доп. II Міжнар. наук.–практ. конф. «Синтез фізіологічно активних речовин» (м. Харків, 12 – 13 жовт. 2006 р.). – Х.: Вид-во НФаУ, 2006. – С. 251–253.

32. Немченко А.С. Концепція пріоритетного розвитку соціально – ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення та

впровадження національних стандартів належних практик GDP та GPP / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал. – 2006. – № 4. – С. 3–9.

33. Немченко А.С. Методологія визначення соціальних та регуляторних чинників регулювання фармацевтичної діяльності, їх співвідношення та взаємодії / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Фармацевтичний часопис. – 2007. – № 3. – С. 20-23.

34. Немченко А.С. Методологічне обґрунтування соціально-економічних переліків лікарських засобів та виробів медичного призначення : метод. реком. / А. С. Немченко, І. В. Кубарева. – Харків. – 2008. – 28 с.

35. Немченко А.С. Методологічне обґрунтування сучасних принципів ціноутворення та реімбурсації на лікарські засоби / А. С. Немченко, І. В. Кубарева, А. А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал. – 2007. – № 3. – С. 3-9.

36. Немченко А.С. Методологічні підходи щодо удосконалення лікарського забезпечення пільгових груп та категорій населення в Україні / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Фармаком. – 2006. – № 4. – С. 9-12.

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

38. Немченко А.С. Обґрунтування механізмів реімбурсації (компенсації) витрат на лікарські засоби в Україні: метод. рек. / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька. – Х., 2007. – 25 с.

39. Немченко А.С. Організація фармацевтичної допомоги населенню в умовах медичного страхування: монографія / А. С. Немченко, А. Л. Панфилова, О. А. Немченко. – Х.: «Авіста – ВЛТ», 2009. – 228 с.

40. Немченко А.С. Реімбурсація. [Електронний ресурс] / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Фармацевтична енциклопедія. – Режим доступу: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua>.

41. Немченко А.С. Формування систем реімбурсації вартості лікарських засобів та фармацевтичної допомоги за умов впровадження медичного

страхування / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька: матеріали наук.–практ. конф. «Формування Національної лікарської (фармацевтичної) політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики» (м. Харків, 14 – 15 бер. 2008 р.) / МОЗ України, МОН України, НФаУ. – Х., 2008. – С. 109–115.

42. Нетяженко В.З. Пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою [Електронний ресурс] / В. З. Нетяженко, А. В. Ляхоцька // Практикуючий лікар. – 2013. – № 3. – С. 85–87. – Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/j-pdf>.

43. Ознайомлення з досвідом країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_rsvviewbook_uk.pdf.

44. Організаційно – правові засади медичної та фармацевтичної діяльності: навч. – метод. матер. / [Ю. О. Худяк, В. М. Пашков, В. С. Близнюк та ін.]. – Полтава : Дивосвіт, 2016. – 408 с.

45. Організація фармацевтичного забезпечення населення: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька та ін. – Х.: Авіста – ВЛТ, 2007. – 487 с.

46. Пашков В.М. Особливості цінової політики держави щодо продукції фармацевтичного виробництва / В. М. Пашков // Вісник академії правових наук України. – 2012. - № 3 (70). – С. 146-158.

47. Пашков В.М. Правове регулювання обіг у лікарських засобів / В. М. Пашков. – К.: МОРІОН, 2004. – 160 с.

48. Пашков В. Правовий господарський порядок і урядова фармацевтична політика, її наслідки та уроки // Вісник Академії правових наук України. – 2009. – № 2. – С. 84–95.

49. Петрова Г. Лекарственная употреба и фармакоэкономика / Г. Петрова. – София : Инфоформа ЕООД, 2004. – 85 с.

50. Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби [Електронний ресурс]: Постанова КМУ від 02.07.2014 р. № 240. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.

51. Питання реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну [Електронний ресурс]: Постанова КМУ від 05.03.2014 р. № 73. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.

52. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003-2004 роки / За заг. ред. М. Поліщука; Центр мед. статистики МОЗ України. – К., 2005. – 326 с.

53. Полтавцева А.С. Реімбурсація в системі державного регулюючого впливу на фармацевтичному ринку: постановка питання / А. С. Полтавцева // Право і суспільство. – 2014. – № 3. – С. 218-224.

54. Полтавцева А.С. Функціонування системи реімбурсації: Європейський досвід для України [Електронний ресурс] / А.С. Полтавцева // Актуальні питання держави і права. – 2014. – С. 226 – 232. - Режим доступу: <http://www.apdp.in.ua/v71/33.pdf>.

55. Пришко І.М. Аналіз результатів пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою [Електронний ресурс] / І. М. Пришко, Ю.В. Байгуш // Режим доступу: <http://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/9801/1/26-34.pdf>.

56. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1080. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show>.

57. Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show>.

58. Про державне регулювання цін на лікарські засоби [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 р. № 862. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show>.

59. Про забезпечення доступності лікарських засобів [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2017 р. № 152. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

60. Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 року № 863. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

61. Про затвердження Положення про реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення, порядок внесення до нього змін та форм декларації зміни оптово-відпускної ціни на лікарський засіб та виріб медичного призначення [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.08.2014 року № 574. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.

62. Про затвердження Положення про реєстр пацієнтів, що потребують інсулінотерапії [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.12.2015 року № 890. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.

63. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 22.07.2015 р. № 622. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show>.

64. Про затвердження Порядку розрахунку граничних оптово-відпускних цін на лікарські засоби на основі референтних цін [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2016 р. № 1423. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.

65. Про затвердження Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою [Електронний

ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.09.2012 року № 907. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show>.

66. Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог – замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог замовлень [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2005 року №360. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.

67. Про затвердження Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 26 липня 2017 року (із внесеними змінами наказами МОЗ від 28.07.2017 № 875 та від 04.09.2017 № 1046) [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.2017 року № 856. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.

68. Про затвердження реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 22 січня 2018 року [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.01.2018 № 111.– Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>.

69. Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і медичні вироби [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.10.2008 року № 955. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

70. Про здійснення державних закупівель [Електронний ресурс] : Закон України від 15.09.2015 р. № 679 - VIII. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

71. Про лікарські засоби [Електронний ресурс] : Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР. - Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

72. Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 року № 340. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

73. Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 14.08.2013 року № 732. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

74. Про референтне ціноутворення на лікарські засоби та вироби медичного призначення, що закуповуються за кошти державного та місцевих бюджетів [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.07.2014 року № 240. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

75. Про ціни та ціноутворення [Електронний ресурс] : Закон України від 21.06.2012 р. № 5007-VI. - Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show>.

76. Процедура забезпечення хворих на цукровий діабет інсуліном на Полтавщині : [публікація]/Трибуна. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://tribuna.pl.ua/news/yak-na-poltavshhini-hvori-na-tsukrovij-diabet-insulin-otrimuyut>.

77. Система референтних цін на основні лікарські засоби в Україні: порядок формування та оцінка її ефективності / А. С. Немченко, І. В. Кубарєва, А. В. Беліченко, К. Л. Косяченко. // Запорозький медичний журнал. – 2009. – № 2. – С. 87-92.

78. Солдатенко О. Реімбурсація як один із видів фінансування видатків на охорону здоров'я [Електронний ресурс] / О. Солдатенко. – Режим доступу: <http://www.viche.info/journal/1963>.

79. Черненко В.Г. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я / В. Г.Черненко, В. М. Рудій – К., 2002. – 112 с.

80. Фазлеева В. Пілотний проект з артеріальної гіпертензії – це «репетиція» майбутнього лікування інших хронічних недуг людства [Електронний ресурс]/ В. Фазлеева // МП. – 2013. – № 6. – Режим доступу: http://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2013-07-24/pilot_proect.pdf.

81. Юнко М. Реімбурсація лікарських засобів за законодавством Німеччини [Електронний ресурс]/ М. Юнко // Еженедельник «Аптека». – 2010. – № 26. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/44004>.

82. Cedelrof C., G. Tomson: Private pharmacies and the health sector reform in developing countries – professional and commercial highlights // *J. Social Adm. Pharm.* – 2004. - № 12 (3). – P. 101 – 111.

83. Cohen J. Role of budget impact in drug reimbursement decisions./ J. Cohen, E. Stolk, M. Niezen // *J Health Polit Policy Law.* – 2008.— № 33 (2) – P. 225-247.

84. Differences in external price referencing in Europe-A descriptive overview / C. Leopold, S. Vogler, Mantel-Teeuwisse A. K. [et al.] // *Health Policy.* — 2012. — Vol. 104 (1). — P. 50-60.

85. Garfield S. Advancing Access to Personalized Medicine: A Comparative Assessment of European Reimbursement Systems / S. Garfield // *Personalized Medicine Coalition.* – 2001. – 36 p.

86. Gemmill M C. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries / M. C. Gemmill // *CMAJ.* - 2008.

87. Improving the managed entry of new medicines: sharing experiences across Europe / B. Godman, K. Paterson, R. E. Malmström, [et all.] // *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* — 2012. — N 12 (4). — P. 439-441.

88. Impact of External Price Referencing on Medicine Prices—A Price Comparison Among 14 European Countries / C. Leopold, A. K. Mantel-Teeuwisse, L. Seyfang, S. Vogler [et al.] // *Southern Med Review.* — 2012. — N 5 (1).

89. Mitchell J. Barnett, PharmD, MS; Analysis of Pharmacist-Provided Medication Therapy Management (MTM) Services in Community Pharmacies Over 7 Years // *Manag Care Pharm.* — 2009. — N 15 (1). — P. 18-31.

90. Pricing and Reimbursement in the Recession: Future Performance and Drivers // *Pharma Pricing and Reimbursement.* — 2009. — Vol 14, N 5. — P. 132-133.

91. Simone Sandier, Valerie Paris, Dominique Polton. Health Care Systems in Transitions. WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – p. 156.

92. Statistics 2005: The pharmaceutical Industry in Germany; Facts and Figures. Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA). P. 3 – 36.

93. Von der Schulenberg G., A. Uber: Current Issues in German Healthcare // Pharmacoeconomics. – 2003. - № 11. – P. 517 – 518

94. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.- 2006.- 209 P.

95. Zweifel P., L. Crivelli: Price regulation of drug: Lessons from Germany // J. of Regulatory Economics. – 2004. – P. 257 – 273.

