

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

Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

*«Допущено до захисту  
магістерської роботи»*

В.о. завідувачки кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я  
\_\_\_\_\_ к.мед.н, доц. К. Г. Помогайбо

**МЕДИЧНЕ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ,  
ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

**Кваліфікаційна робота  
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти**

Освітньо-професійна програма «Громадське здоров'я»

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 229 «Громадське здоров'я»

Кваліфікація: Магістр громадського здоров'я

Виконала:

Здобувач вищої освіти групи № 4-24-099  
за спеціальністю «Громадське здоров'я»

О. В. Купіна

Науковий керівник:  
к.мед.н., проф.

К. М. Сокол

Рецензент  
д.мед.н., проф.

**І.П. Прізвище**

## ЗМІСТ

	<i>Стор.</i>
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-НАУКОВІ ЗАСАДИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ, ПОШИРЕНOSTІ Й ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В УК- РАЇНІ.....	10
1.1. Обґрунтування медико-соціального значення гіпертонічної хвороби.....	10
1.2. Дослідження сучасних тенденції захворюваності та пошире- ності гіпертонічної хвороби серед населення України.....	14
1.3. Сучасні підходи до надання медичної допомоги при гіперто- нічній хворобі. Стандарти та протоколи фармакотерапії.....	23
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ.....	34
2.1. Аналіз нормативно-правової та законодавчої бази щодо забез- печення лікарськими засобами населення, хворих на гіпертонічну хворобу.....	34
2.2. Аналіз системи медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу.....	42
2.3. Реалізація урядової програми реімбурсації «Доступні ліки» та її роль у забезпеченні доступності населення, хворих на гіперто- нічну хворобу, антигіпертензивними лікарськими засобами.....	59
2.4. Маркетингові та фармакоеконімічні дослідження і вивчення еконімічної доступності лікарських засобів, призначених для лі- кування гіпертонічної хвороби.....	71
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	81

РОЗДІЛ 3. ОБҐРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ.....	82
3.1. Оптимізація маршрутизації пацієнтів з артеріальною гіпертензією на рівні первинної медичної допомоги.....	82
3.2. Практичні рекомендації щодо удосконалення медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу....	90
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	93
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	100

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ССЗ	– серцево-судинні захворювання.
ГХ	– гіпертонічна хвороба.
ЛЗ	– лікарські засоби.
АГЛЗ	– антигіпертензивні лікарські засоби.
АТ	– артеріальний тиск.
АГ	– артеріальна гіпертензія.
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ДАТ	– діастолічний артеріальний тиск.
САТ	– систолічний артеріальний тиск
ЦД	– цукровий діабет.
ЗОЗ	– заклади охорони здоров'я
УКПМД	– уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги.
ІХС	– ішемічна хвороба серця.
БРА	– блокатор рецепторів ангіотензину.
БКК	– блокатори кальцієвих каналів
тз/тзп	– тіазидний/тіазидоподібний діуретик.
діуретик	
іАПФ	– інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту.
БАБ	– бета-адреноблокатори.
ПМГ	– програма медичних гарантій
НСЗУ	– Національна служба здоров'я України
КМУ	– Кабінет міністрів України.
ЄС	– Європейський Союз
МНН	– міжнародна непатентована назва лікарського засобу
ПМД	– первинна медична допомога

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Стратегічно значимим завданням соціальної політики країни є забезпечення якісної медичної та фармацевтичної допомоги усім верствам населення.

В умовах сьогодення однією з найпоширеніших неінфекційних патологій у світі, враховуючи Україну, та провідним фактором ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, що зумовлюють високу смертність та інвалідність населення, є гіпертонічна хвороба (ГХ). За даними ВООЗ, артеріальна гіпертензія (АГ) охоплює близько третини дорослого населення планети, при цьому значна частка пацієнтів не знає про свій діагноз або не отримує належної фармакотерапії.

В Україні проблема ГХ має особливе медико-соціальне значення, оскільки належить до провідних причин втрати працездатності, зниження якості життя та передчасної смертності. Незважаючи на наявність національних програм і впровадження урядової ініціативи «Доступні ліки», рівень контрольованості артеріального тиску серед пацієнтів залишається недостатнім. Складність ситуації зумовлюють обмежена економічна доступність сучасних антигіпертензивних лікарських засобів і недостатній рівень прихильності пацієнтів до лікування.

Враховуючи епідеміологічну ситуацію в Україні, де поширеність гіпертонічної хвороби залишається високою, особливу актуальність набувають питання удосконалення організаційних механізмів медичного та фармацевтичного забезпечення населення країни, хворих на цю патологію. Це відповідає сучасним стратегіям громадського здоров'я, спрямованим на зниження тягаря неінфекційних захворювань та підвищення ефективності вітчизняної системи охорони здоров'я.

Проблемам діагностики, лікування, профілактики, клінічного перебігу гіпертонічної хвороби (артеріальної гіпертензії) за умови різних супутніх патологій в окремі періоди були присвячені дослідження науковців у медицині: Герасимчук У.В., Долженко М.М., Живилю І.О., Кадикової О.І., Ляховецької А.В., Максим Х.Я., Марущак М.І., Немцової В.Д., Нетяжка В.З., Оленич Л.В., Радченко О.М., Сіренка Ю.М., Черкун М.П. та ін.

Питання удосконалення, оптимізації та підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення населення в Україні, хворих на окремі захворювання, перебували у полі зору провідних вітчизняних науковців у фармації: Бушуєвої І.В., Громовика Б.П., Гудзенка О.П., Євтушенко О.М., Малого В.В., Мнушко З.М., Немченко А.С., Панфілової Г.Л., Посилкіної О.В., Слободянюка М.М., Унгурян Л.М. та ін. Незважаючи на значну кількість ґрунтовних досліджень, розробки за визначеними напрямками кваліфікаційної роботи не здійснювалися або мали фрагментарний характер.

Вищевикладене зумовило актуальність теми кваліфікаційної роботи, визначило її мету, завдання і практичну доцільність.

*Мета дослідження* – проаналізувати особливості медичного і фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу в умовах сучасної системи громадського здоров'я, виявити основні проблеми в доступності медичної та фармацевтичної допомоги, а також розробити практичні рекомендації щодо удосконалення системи медичного та фармацевтичного забезпечення даної категорії пацієнтів.

Для досягнення поставленої мети були вирішенні такі *завдання дослідження*:

- проаналізувати джерела наукової літератури про теоретико-наукові засади захворюваності, поширеності й лікування гіпертонічної хвороби в Україні;
- обґрунтувати медико-соціального значення ГХ з позиції громадського здоров'я;
- дослідити тенденції захворюваності та поширеності ГХ серед населення України з урахуванням вікових, гендерних, регіональних особливостей;
- проаналізувати міжнародні та вітчизняні стандарти і протоколи надання медичної допомоги хворим на ГХ;
- провести аналіз нормативно-правової та законодавчої бази щодо забезпечення ЛЗ населення, хворих на ГХ та визначити основні тенденції державної політики щодо підтримки пацієнтів, хворих на ГХ;

- визначити перешкоди у забезпеченні антигіпертензивними ЛЗ хворих на гіпертонічну хворобу в Україні;
- проаналізувати основні організаційні та інформаційно-профілактичні заходи системи медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, в рамках реалізації окремих державних програм та проєктів в Україні;
- обґрунтувати значення е-рецептів як складової системи фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ;
- опрацювати доцільність системи фармаконагляду для підвищення безпеки та ефективності лікування хворих на ГХ у системі фармацевтичного забезпечення населення;
- опрацювати загальні принципи реалізації урядової програми «Доступні ліки» та її роль у забезпеченні населення, хворих на ГХ, АГЛЗ;
- провести аналіз фізичної доступності АГЛЗ за програмою реімбурсації для населення, хворих на ГХ, за окремими показниками;
- провести оцінку ефективності державної програми реімбурсації «Доступні ліки»;
- провести маркетингові та фармакоеконімічні дослідження і вивчення економічної доступності ЛЗ для лікування ГХ;
- провести порівняльний аналіз організаційних моделей ведення пацієнтів з АГ на рівні первинної медичної допомоги, виявити їх переваги та недоліки;
- запропонувати практичні рекомендації щодо оптимізації ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД в Україні;
- розробити клінічний маршрут пацієнта з АГ на рівні первинної медичної допомоги;
- обґрунтувати практичні рекомендації щодо напрямів удосконалення системи медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу в Україні.

*Об'єктом дослідження* була організація системи медичного та фармацевтичного забезпечення населення України, хворого на гіпертонічну хворобу.

*Предметом дослідження* була сукупність теоретичних, організаційних, соціально-економічних, інформаційно-профілактичних та практичних аспектів удосконалення медичного і фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу в Україні на засадах громадського здоров'я.

*Методи дослідження.* У кваліфікаційній роботі для реалізації поставлених завдань були використанні такі методи: документальний, системний та логічний методи (узагальнення джерел наукової літератури); контент-аналіз (вивчення публікацій вітчизняних та зарубіжних авторів, аналітичних та звітних матеріалів); моніторинг статей в періодичних виданнях; порівняння (розрахунок орієнтовної вартості лікування пацієнтів з АГ залежно від схеми фармакотерапії та участі у програмі реімбурсації «Доступні ліки»); методи маркетингового та фармакоеконічного дослідження; графічний метод (наочна презентація результатів дослідження); економіко-математичні методи (розраховували рівень погашення е-рецептів, коефіцієнт ліквідності ціни, коефіцієнт адекватності платоспроможності, відсоток участі АГЛЗ в програмі «Доступні ліки»); метод спостереження; узагальнення результатів дослідження (формування висновків і пропозицій).

*Практичне значення отриманих результатів* полягає в тому, що основні засади, підходи, висновки та рекомендації можуть бути використані вітчизняними закладами охорони здоров'я, аптечними закладами та фармацевтичними підприємствами для удосконалення й оптимізації медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на гіпертонічну хворобу. Це сприятиме підвищенню тривалості та якості життя населення країни, мінімізації госпіталізації та інвалідизації, зменшенню навантаження на систему охорони здоров'я.

Результати проведених досліджень упроваджені у практичну діяльність закладу охорони здоров'я – .....

*Апробація результатів кваліфікаційної роботи.* Основні положення кваліфікаційної роботи були викладені та обговорені на VIII науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (м. Харків, 30 жовтня 2025 р.).

*Публікації.* За темою кваліфікаційної роботи опубліковано 1 тези доповіді:

1. Sokol K.M., Kupina O.V., Olkhovska A.B. Organizational aspects of accessibility Of medical and pharmaceutical care For hypertensive disease in Ukraine. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матер. VIII наук.-практ. конф. з міжнар.уч., м Харків, 30 жовтня 2025 р., Харків: Харківський національний медичний університет, 2025. С. XX-XX.

*Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.* Кваліфікаційна робота має традиційну структуру і складається із вступу, трьох розділів, загальних висновків; списку використаних джерел; викладена на 114 сторінках друкованого тексту і включає 14 таблиць, 26 рисунків, 130 джерел літератури.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-НАУКОВІ ЗАСАДИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ, ПОШИРЕНOSTІ Й ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В УКРАЇНІ

#### 1.1. Обґрунтування медико-соціального значення гіпертонічної хвороби

В умовах сьогодення одне із провідних місць в економічно розвинених країнах світу обіймають серцево-судинні захворювання (ССЗ), які залишаються провідною глобальною проблемою громадського здоров'я. Значну позицію серед ССЗ посідає гіпертонічна хвороба (ГХ). Це захворювання може призводити до серйозних серцево-судинних ускладнень, і є однією з основних причин смертності населення всього світу, у т.ч. й населення України. Зокрема, 64% випадків смертей в Україні припадає на серцево-судинні захворювання [3,6]. Окрім людських страждань, ССЗ мають серйозні економічні наслідки для країни. Економічні витрати на лікування ССЗ навантажують економіку України.

Тягар ССЗ захворювань продовжує зростати протягом десятиліть майже у всіх країнах із середнім і низьким рівнем доходу. Викликає тривогу і той факт, що стандартизований за віком показник ССЗ почав рости в деяких країнах із високим рівнем доходу, де раніше він знижувався. В Україні ССЗ є головною причиною смертності населення. За цим показником наша країна лишається одним зі світових лідерів (рис.1.1).

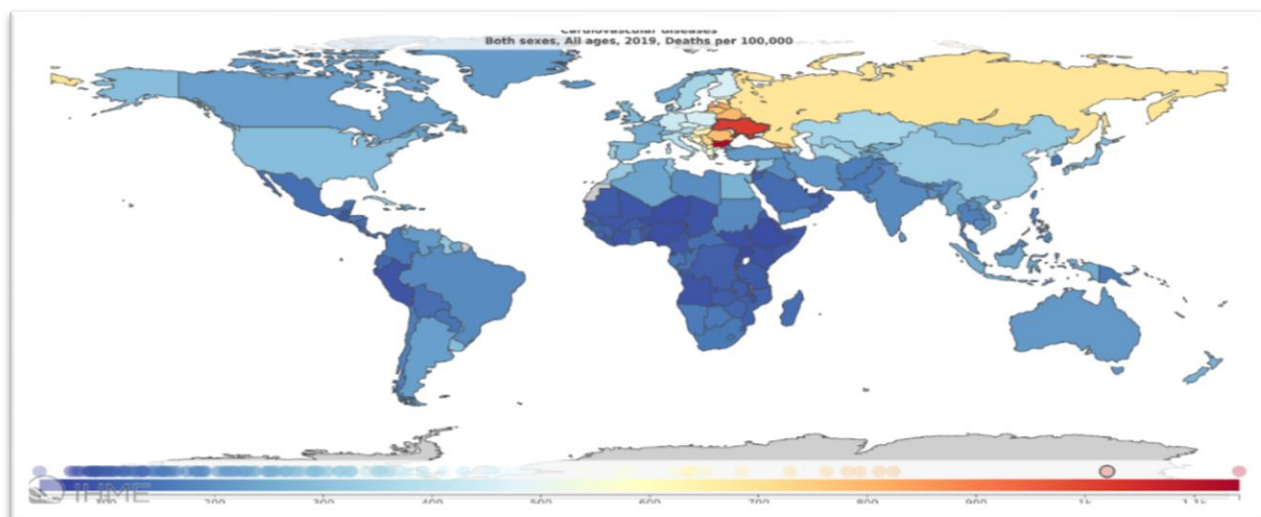


Рис.1.1. Поширеність серцево-судинних захворювань у світі та Україні.

Як свідчать дані рис.1.2. українці втрачають помітно більше років здорового життя через ССЗ, аніж сусідні країни та США [7].

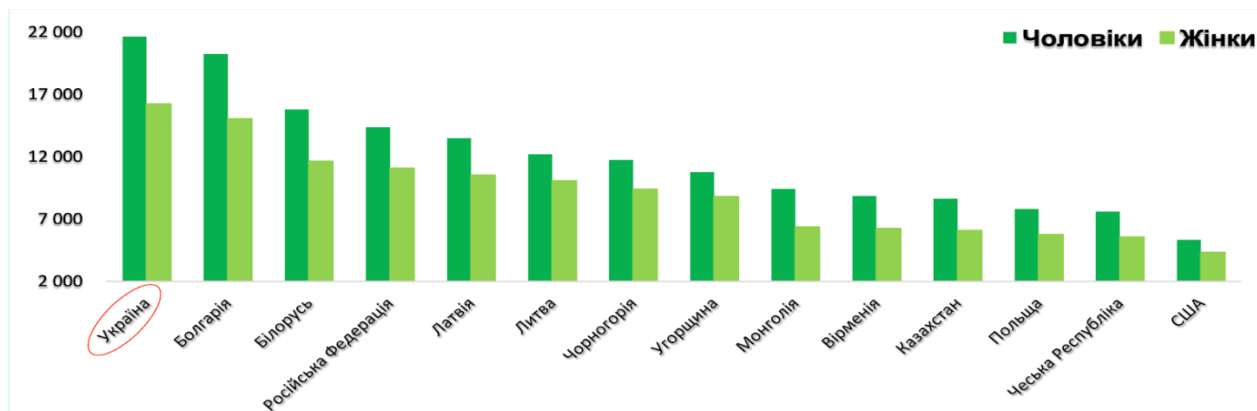


Рис.1.2. Роки життя, втрачені через передчасну смерть від серцево-судинних захворювань (на 100 тис. населення залежно від географічного розташування; обидві статі; усі вікові групи.)

ВООЗ зазначає, що в Україні вірогідність смерті у віці від 30 до 70 років від неінфекційних захворювань ССЗ обіймає першу позицію, потім йдуть рак, діабет, хронічні респіраторні захворювання.

Зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань, у т.ч. ССЗ, на третину до 2030 р. є одним із стратегічних завдань «Цілей сталого розвитку» («Sustainable Development Goals», ціль 3.4) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [8].

Однією з найбільш поширених і соціально значущих патологій сучасності, що належить до групи ССЗ, є гіпертонічна хвороба.

Гіпертонічна хвороба (*грец. hyper – підвищення + topos – напруження; син.: есенціальна артеріальна гіпертензія, первинна артеріальна гіпертензія*) – розповсюджена хвороба невстановленої етіології, основними проявами якої є підвищений артеріальний тиск (АТ), часто у поєднанні з регіональними розладами судинного тону за відсутності причинного зв'язку хвороби з первинним органічним ушкодженням будь-яких органів або систем. Характеризується стадійністю в розвитку симптомів. Більш ніж у 90% випадків ГХ буває первинною (есенціальною). У 5–10% випадків ГХ має встановлену причину (симптоматична ГХ) [2].

ГХ характеризується стійким підвищенням АТ, що зумовлює структурно-функціональні зміни в серцево-судинній системі та призводить до ураження органів-мішеней. ГХ вважається не лише клінічною проблемою, а й серйозним викликом для системи охорони здоров'я, оскільки її поширеність невпинно зростає в усьому світі, включно з Україною.

В умовах повномасштабної війни в Україні населення країни постійно знаходиться у стресових умовах. Спостерігається постійний страх за своє життя і життя близьких. Регулярний стрес провокує ризик підвищення АТ [9].

Відповідно до рекомендацій об'єднаного комітету експертів ВООЗ і Міжнародного товариства з вивчення артеріальної гіпертензії, показники нормального АТ підрозділяють на такі категорії: оптимальний АТ (систоличний АТ <120 мм рт. ст, діастолічний АТ <80 мм рт. ст), нормальний (систоличний АТ <130 мм рт. ст., діастолічний АТ <85 мм рт. ст), високий нормальний АТ (систоличний АТ — 130–139 мм рт. ст., діастолічний АТ — 85–89 мм рт. ст.). Під ГХ слід розуміти підвищення систолічного АТ >140 мм рт. ст. або діастолічного >90 мм рт. ст.

Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія – АГ) є найпоширенішим неінфекційним захворюванням на глобальному рівні та в Україні зокрема. За даними ВООЗ, що ґрунтуються на результатах масштабного епідеміологічного дослідження STEPS (2019), в Україні стандартизований за віком показник поширеності АГ серед дорослих віком 30–79 років становить 43%, з розподілом по статі 45% і 42% відповідно у чоловіків і жінок. В абсолютних цифрах це становить близько 13,2 млн дорослих з АГ у зазначеному віковому діапазоні. Практично половина пацієнтів з АГ (49%) отримують антигіпертензивну терапію, але лише 14% мають контрольований АТ < 140/90 мм рт.ст. Вкрай низький показник ефективності контролю АТ у популяції є ключовим чинником серцево-судинної смерті, за яким Україна віднесена до категорії країн з дуже високим серцево-судинним ризиком. У 2019 році кількість смертей від серцево-судинних причин сягнула 383 000, і 53% з них були віднесені на рахунок АГ [1].

Виявлення випадків серцево-судинних захворювань в Україні у 2022 р. сягнула до 523 млн., а рівень смертності людей від ССЗ неухильно збільшувалася з

кожним роком: з 12,1 млн. в 1990 р. до 18,6 млн. у 2022 р. [5]. За даними статистики в м. Харкові за 6 міс. 2024 року зареєстровано 141 584 випадків ГХ, з них вперше – 8 818 (за аналогічний період 2023 р. 150 345 випадків, з них вперше – 10 023) [4].

В Україні ГХ посідає одне з провідних місць у структурі захворюваності та смертності населення. Частота незапланованих госпіталізацій від ГХ наразі збільшується, що формує значний тягар не тільки для пацієнтів, а й для вітчизняної системи охорони здоров'я в цілому.

Медичне значення ГХ полягає у високому рівні ускладнень, які суттєво впливають на тривалість та якість життя пацієнтів. Згідно даних ВООЗ, підвищений АТ є ключовим фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця, інсульту, інфаркту міокарда, хронічної серцевої та ниркової недостатності. Це найчастіші наслідки неконтрольованої артеріальної гіпертензії, що обумовлюють зростання показників інвалідизації пацієнтів. ГХ має переважно хронічний перебіг, потребує тривалого медикаментозного лікування та регулярного медичного моніторингу. Окрім клінічних аспектів, актуальність ГХ визначається її впливом й на громадське здоров'я.

Соціальне значення ГХ зумовлене масштабним впливом на демографічні, економічні та суспільні показники. Поширеність ГХ серед осіб працездатного віку призводить до зниження продуктивності праці, збільшення рівня тимчасової та стійкої втрати працездатності, зростання витрат на медичне обслуговування та соціальну підтримку, що створює значне навантаження на систему охорони здоров'я України.

Наслідки ГХ можна спостерігати поза медичної сфери, формуючи навантаження для соціальних інститутів. Набуття інвалідності особами внаслідок інсультів, інфаркту міокарда, хронічної серцевої недостатності та ін. ССЗ вимагає додаткових витрат на соціальну допомогу та догляд за пацієнтами. Водночас передчасна смертність у працездатному віці негативно позначається на демографічних характеристиках, поглиблюючи тенденцію до старіння населення.

Особливої актуальності набуває той факт, що досить часто спостерігається безсимптомний перебіг ГХ. Через це значна частина хворих не здогадується про свій діагноз, і це, в свою чергу, ускладнює своєчасну ранню діагностику, лікування та профілактику ускладнень, сприяє пізньому зверненню за медичною допомогою та зростанню потреби в інтенсивному лікуванні. Унаслідок цього збільшується тягар на державний бюджет, і охорону здоров'я як структурної складової системи громадського здоров'я.

Соціальна значущість проблеми полягає також у необхідності підвищення рівня обізнаності населення країни щодо факторів ризику та методів профілактики ГХ. Освітні кампанії, зміна стилю життя, контроль харчових звичок, боротьба зі шкідливими звичками є ефективними стратегіями зменшення рівня поширеності захворювання. Акцент на первинній профілактиці дозволяє знизити ризики ускладнень, зменшити економічні та соціальні витрати, пов'язані з ГХ.

Отже, ГХ є не лише медичною патологією, яка потребує своєчасної профілактики, ранньої діагностики, розробки ефективних підходів та методів лікування, контролю артеріального тиску на постійній основі. ГХ також є проблемою у сфері громадського здоров'я. ГХ впливає на рівень смертності, інвалідності, працездатності та загальної якості життя населення країни. Це визначає необхідність комплексного підходу до зниження рівня захворюваності на ГХ, що передбачає надання якісної медичної допомоги хворим та соціально орієнтовані заходи в межах пріоритетних завдань стратегії громадського здоров'я.

Зниження тягаря ГХ в Україні є неможливим без створення сучасної системи моніторингу та оцінки епідеміологічної ситуації щодо даної патології

## **1.2. Дослідження сучасних тенденції захворюваності та поширеності гіпертонічної хвороби серед населення України**

Гіпертонічна хвороба – одне із провідних неінфекційних захворювань сучасного життя, одне з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи та ос-

новним фактором ризику розвитку інсульту, інфаркту міокарда, серцевої та ниркової недостатності. За даними ВООЗ, більше 1,5 млрд. осіб у світі хворіють на гіпертонію, проте майже 45 % хворих не знають, що у них підвищений АТ. Тобто значна частина пацієнтів залишається не діагностованою або не досягає належного контролю захворювання. В Україні зареєстровано понад 13 млн. осіб, хворих на артеріальну гіпертензію, з яких систематично отримують лікування лише 14 %, приймають лікарські засоби (ЛЗ) періодично – 35 %. Щорічно цю хворобу виявляють у 1 млн. українців [10,13].

В Україні ГХ посідає одне з перших місць у структурі серцево-судинної патології та визначає високий рівень передчасної смертності працездатного населення. Масштабність поширення АГ, її економічні наслідки та вплив на якість і тривалість життя населення зумовлюють виняткову актуальність проблеми для системи громадського здоров'я, вимагаючи комплексних профілактичних та лікувальних заходів на національному рівні.

Близько 90-95% випадків АГ відносяться до категорії есенціальної (первинної) гіпертонії, або ГХ, яка характеризується появою високого тиску без очевидних медичних причин. Решта 5-10% випадків мають назву «вторинна, симптоматична гіпертонія» і спричинені хворобами інших органів та систем (нирок, артерій, серця або ендокринної системи). Всього існує понад 50 захворювань та клінічних станів, що можуть призвести до розвитку вторинної АГ.

Враховуючи загрозливі наслідки впливу АГ на структуру і функціонування головного мозку, дуже важливо щоб симптоми цих порушень не залишились не поміченими лікарем. Адже АГ гіпертонія призводить до когнітивних порушень і судинної деменції. Деменція являє собою значну медико-соціальну проблему. У всьому світі налічується біля 47,5 млн. пацієнтів з такою патологією, кожного року діагностується 7,7 млн. нових випадків. До 2030 р. кількість таких хворих може збільшитись удвічі, а у 2050 р. таких хворих буде нараховуватися 135,5 млн., що обумовлено збільшенням тривалості життя людей і кількістю хворих з неконтрольованою АГ [10].

Щоб акцентувати увагу громадськості до проблеми тягаря АГ ВООЗ було підготовлено Глобальний звіт про гіпертонію («Global report on hypertension: the race against a silent killer, 2023»). У звіті наведено тривожну статистику, яка підкреслює далекосяжні наслідки неконтрольованої гіпертензії – від інфарктів, інсультів та передчасної смерті до значних економічних втрат. «Гіпертензивний профіль» України, який демонструє рівень поширеності гіпертензії серед дорослого населення України віком 30–79 років [13], наведено на рис. 1.3. За останні роки спостерігається зростання кількості пацієнтів молодшого віку з ознаками підвищеного АТ.

У ХХІ сторіччі ССЗ продовжують бути провідною причиною смерті в Україні, обумовлюючи більше половини (66,2% у 2020 р.) випадків смерті серед всього населення країни. У структурі смертності від ССЗ окреме місце посідає й ГХ. Рівень смертності від ССЗ та ГХ серед міського, сільського та всього населення України [6] наведено в табл.1.1.

Таблиця 1.1

**Смертність від серцево-судинних захворювань та гіпертонічної хвороби серед міського, сільського та всього населення України**

Причина смерті	2010 рік	2015 рік	2020 рік	АПр2020/2010	ТПр2020/2010 (у%)
<i>Усе населення країни (рівні на 100 000 всього населення)</i>					
Усі серцево-судинні захворювання	1015,9	1038,8	1056,6	40,7	4,0
Гіпертонічна хвороба (усі форми)	1,4	1,3	1,0	-0,4	-28,6
<i>Міське населення (рівні на 100 000 міського населення)</i>					
Усі серцево-судинні захворювання	894,4	921,7	952,4	58,0	6,5
Гіпертонічна хвороба (усі форми)	1,5	1,3	1	-0,5	-33,3
<i>Сільське населення (рівні на 100 000 міського населення)</i>					
Усі серцево-судинні захворювання	1277,6	1268,8	1256,6	-21,0	-1,6
Гіпертонічна хвороба (усі форми)	1,3	1,4	0,9	-0,4	-30,8

Як свідчать дані табл.1.1., протягом 2010-2020 рр. збільшився рівень смертності населення країни від ССЗ на 4%. У сільського населення спостерігається вищий рівень смертності від ССЗ, ніж у міської частини населення країни. Така ситуацію обумовлена консолідацією окремих медико-соціальних, економічних та поведінкових чинників.

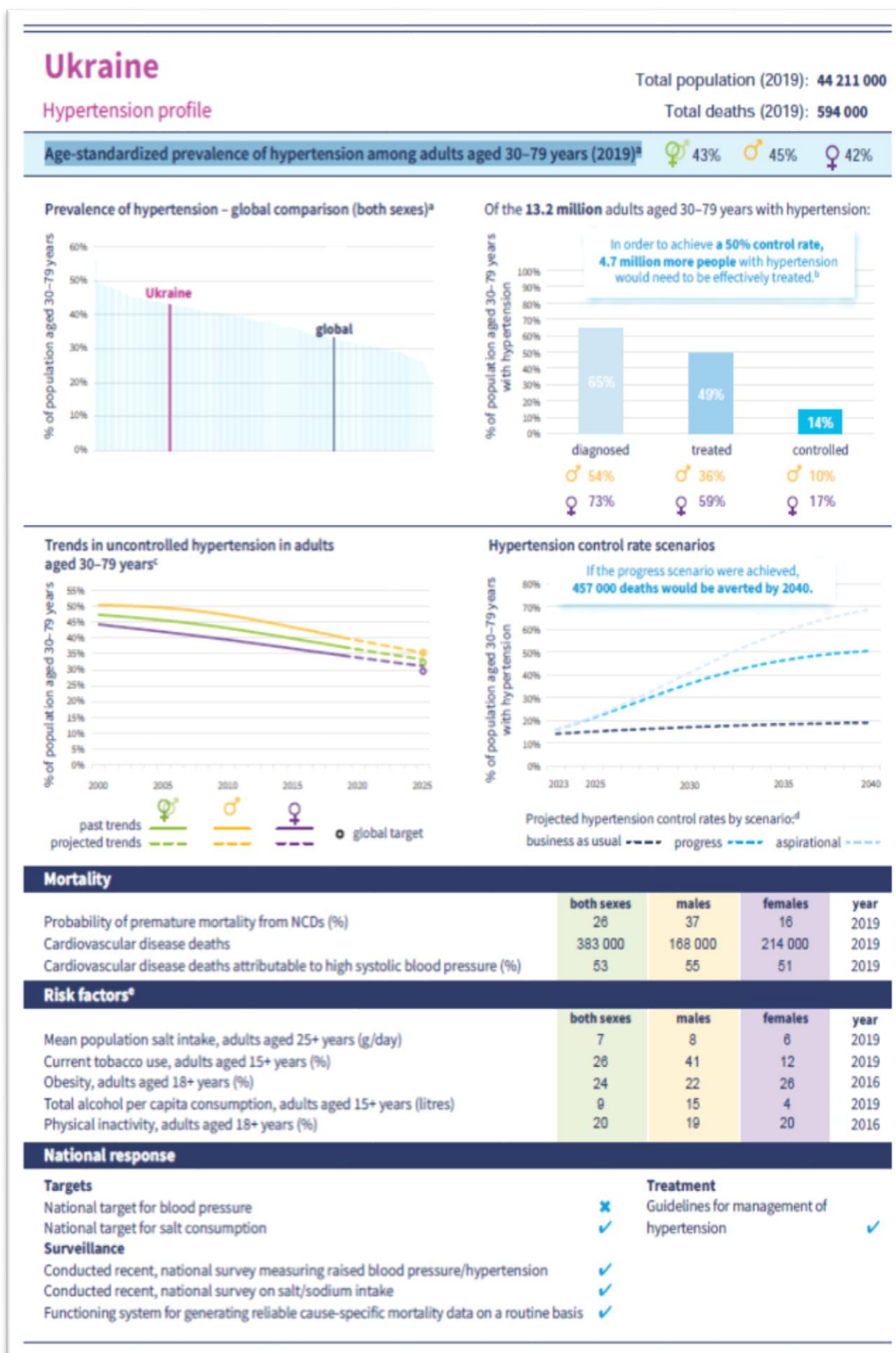


Рис.1.3. «Гіпертензивний профіль» України за даними Глобального звіту ВООЗ.

Насамперед у сільській місцевості спостерігається обмежений доступ до спеціалізованої медичної допомоги, сучасної діагностики та кардіологічного лікування, що ускладнює своєчасне виявлення та контроль факторів ризику. До того ж профілактичні огляди та скринінгові програми проводяться рідше, а звернення до лікаря часто відбувається на пізніх стадіях захворювання [15,17,18].

Значну роль відіграють соціально-економічні умови: нижчі доходи населення, дефіцит ресурсів для придбання ЛЗ та дотримання здорового способу життя, а також фізично виснажлива праця без належних умов для відновлення [15,18,19].

У сільській місцевості частіше зустрічаються поведінкові фактори ризику – тютюнокуріння, зловживання алкоголем, надлишкове споживання солі та насичених жирів при обмежених можливостях для організованої фізичної активності. Це додатково підвищує ризик ССЗ й смертності. Сукупність зазначених факторів зумовлює вищий ризик несвоєчасної діагностики, недостатній контроль захворювань і, як наслідок, підвищену смертність від серцево-судинних патологій серед сільських мешканців [14,16,20].

Нижчий рівень обізнаності щодо профілактики та лікування ССЗ, нераціональний прийом антигіпертинзивних ЛЗ у поєднанні з психосоціальними факторами, зокрема соціальною ізоляцією та хронічним стресом, поглиблює проблему. Це також погіршує дотримання лікування і доступ до медико-фармацевтичної допомоги, що в підсумку формує вищий рівень смертності від ССЗ у сільських мешканців [15,17,20].

За останні 10 років поширеність ГХ підвищилася у 2 рази, а захворюваність – у 2,5 рази, що є наслідком активної роботи з виявлення АГ в межах Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. На сьогодні показники по Україні наближаються до європейських і відповідають даним контрольованих епідеміологічних досліджень. Серед осіб, у яких вперше виявили ГХ, 78,8% становлять особи працездатного віку. Майже в усіх регіонах країни за цей же період як наслідок раннього виявлення патології та адекватного лікування знизився показник первинної інвалідності з 1,7 до 0,9 на 10 тис. населення [14].

За даними епідеміологічних досліджень в Україні стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції становить 29,6% як у чоловіків, так і у жінок. У сільській популяції поширеність АГ вища – 36,3%, у т.ч. серед чоловіків – 37,9%, серед жінок – 35,1%. При аналізі структури АГ за рівнем АТ у 50% хворих виявлено АГ 1-го ступеня, у кожного третього – АГ 2-го ступеня, у кожного п'ятого – АГ 3-го ступеня. Аналіз структури АГ за рівнем систолічного та діастолічного АТ (САТ та ДАТ) свідчить, що, як в сільській, так і в міській популяціях найбільш поширеною формою є змішана АГ, яку реєструють у 2/3 осіб з підвищеним АТ, найменш поширеною – ізольована діастолічна АГ (12% серед міського і 8% серед сільського населення). В сільській популяції поширеність ізольованої систолічної АГ в 3,6 рази вища, ніж ізольованої діастолічної АГ і на 34% перевищує поширеність ізольованої систолічної АГ у міській популяції [23].

За даними епідеміологічних досліджень, частота АГ у жінок репродуктивного віку становить 8,2%, в період менопаузи – 52,2%. Дослідження Multinational MONItoring of trends and determinants in CARdiovascular disease (MONICA) показало, що в європейських країнах частота АГ у жінок віком від 35 до 64 років зростає з 13,1 до 36,2%. Аналіз результатів Фремінгемського дослідження за участю 1148 жінок і 894 чоловіків свідчить, що підвищення САТ на 20 мм рт. ст. та пульсового тиску на 16 мм рт. ст. – предиктор розвитку застійної серцевої недостатності. Багато дослідників вказують на певні клінічні особливості перебігу серцевої патології в жінок, які пов'язані з дією статевих гормонів. Пригнічення функції яєчників індукує атерогенний ліпідний профіль у жінок в постменопаузі, а також негативно впливає на метаболізм глюкози. Цукровий діабет (ЦД), зростання частки інфарктів, інсультів та переміжної кульгавості більш характерні для жінок. Неприятливим є вплив менопаузи на фібринолітичні фактори [11,12,25].

Поширеність захворюваності усіма формами ГХ серед населення України в контексті адміністративно-територіального устрою країни до повномасштабного російського вторгнення наведено на рис. 1.4 та рис.1.5. Найвищий рівень поширеності ГХ первинної захворюваності на гіпертонічну хворобу характерний для

населення двох областей України: Миколаївської та Дніпропетровської (рис.1.4). Найвищі показники розповсюдження загальної захворюваності на ГХ властивими є для населення чотирьох областей, серед яких: Дніпропетровська, Хмельницька, Полтавська та Миколаївська (рис.1.5) [22,24].

Статистичні дані свідчать про тенденцію до зростання поширеності цієї нозології в Україні. Так, загальноукраїнські показники поширеності прогнозовано зростуть з 29500,8 на 100 тис. нас. у 2014 р. до 48981,7 на 100 тис. нас. у 2025 р. (+66,0%). У Південному районі показник зміниться з 33923,9 на 100 тис. нас. до 51686,5 на 100 тис. нас. (+52,4%), у Західному – з 31957,7 на 100 тис. нас. до 49226,4 на 100 тис. нас. (+54,0%), у Центральному – з 34419,6 на 100 тис. нас. до 51828,7 на 100 тис. нас. (+50,6%), у Південно-Східному районі – з 32117,8 на 100 тис. нас. до 49908,8 на 100 тис. нас. (+55,4%), у Північно-Східному – з 31454,4 на 100 тис. нас. до 47219,9 на 100 тис. нас. (+50,1%) (рис. 1.6) [21].

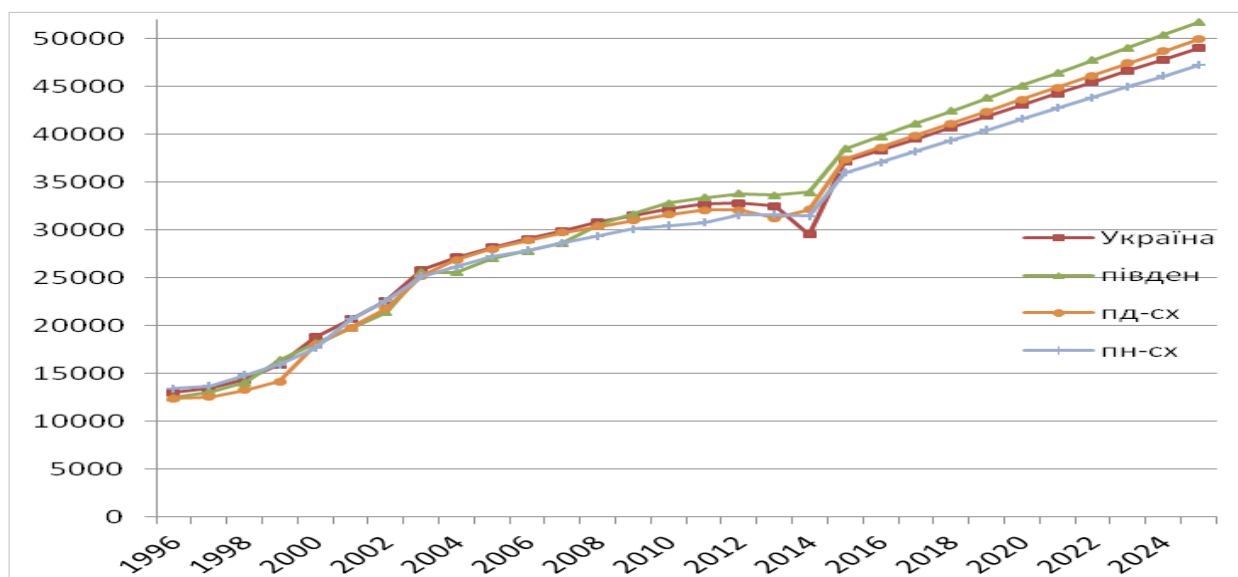
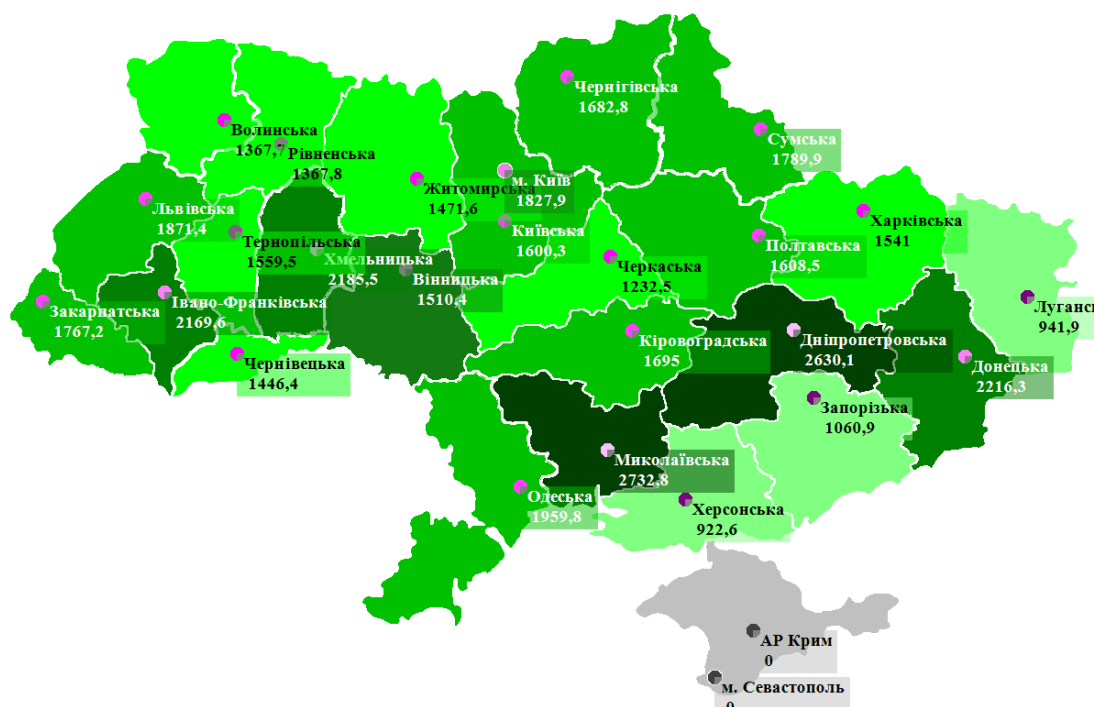


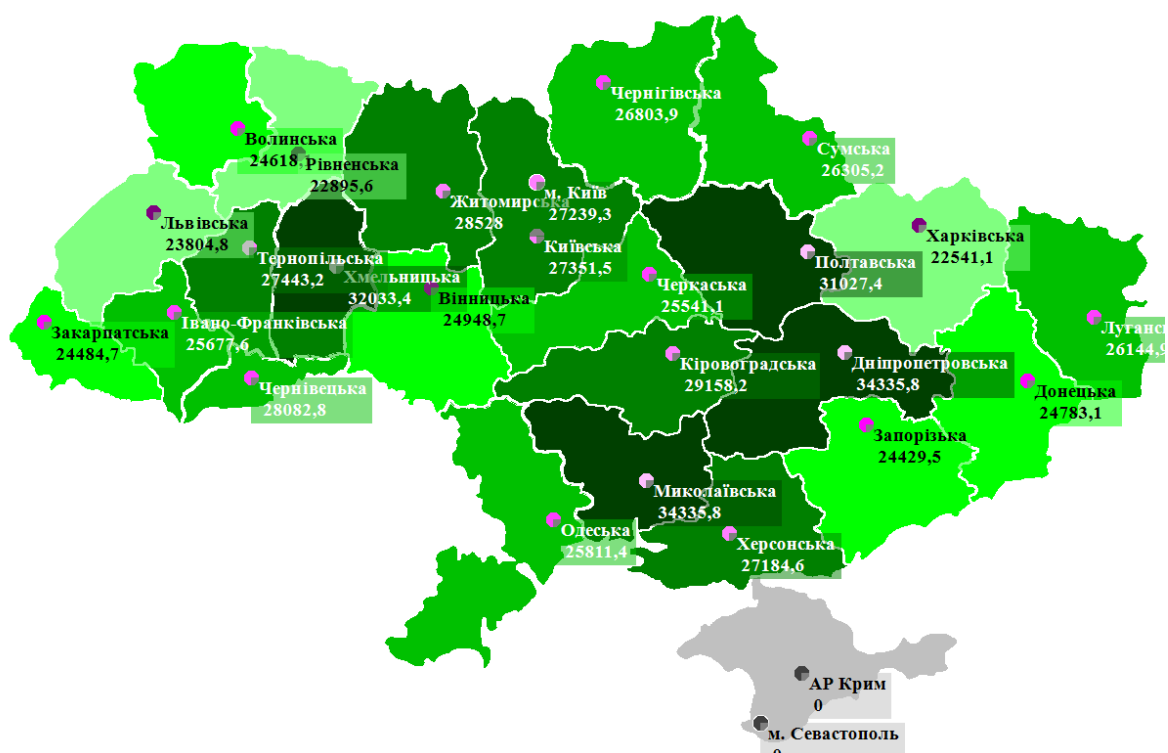
Рис.1.6. Поширеність загальної захворюваності на ГХ в Україні та прогноз на 2025 р. (на 100 тис. населення)

Подібна тенденція спостерігається і при прогнозуванні первинної захворюваності на ГХ. Так, загальноукраїнські показники зростуть із 47219,9 на 100 тис. нас. у 2014 р. до 3231,7 на 100 тис. нас. у 2025 р. (+56,7%). Рівень первинної захворюваності прогнозовано найбільше зросте у Південно-Східному – з 2217,8 на 100 тис. нас. до 3390,8 на 100 тис. нас. (+52,9%) та Південному – з 2674,5 на



Межі показника поширеності	Критерій
2600 – 2999	уже високий
2100 – 2599	високий
1600 – 2099	середній
1200 – 1599	низький
800 – 1199	уже низький
0	даних немає

Рис.1.4. Показники рівнів поширеності (на 100 тисяч мешканців) первинної захворюваності на ГХ серед населення адміністративних територій України.



Межі показника поширеності	Критерій
30000 – 49999	дуже високий
27000 – 29999	високий
25000 – 26999	середній
24000 – 24999	низький
22000 – 23999	дуже низький
0	даних немає

Рис.1.5. Показники рівнів поширеності (на 100 тисяч мешканців) загальної захворюваності на ГХ серед населення адміністративних територій України.

100 тис. нас. до 3787,7 на 100 тис. нас. (+41,6%) районах. Найменше відбудеться зростання первинної захворюваності у Північно-Східному районі з 1976,2 на 100 тис. нас. До 2492,7 на 100 тис. нас. (+26,1%) (рис. 1.7) [21].

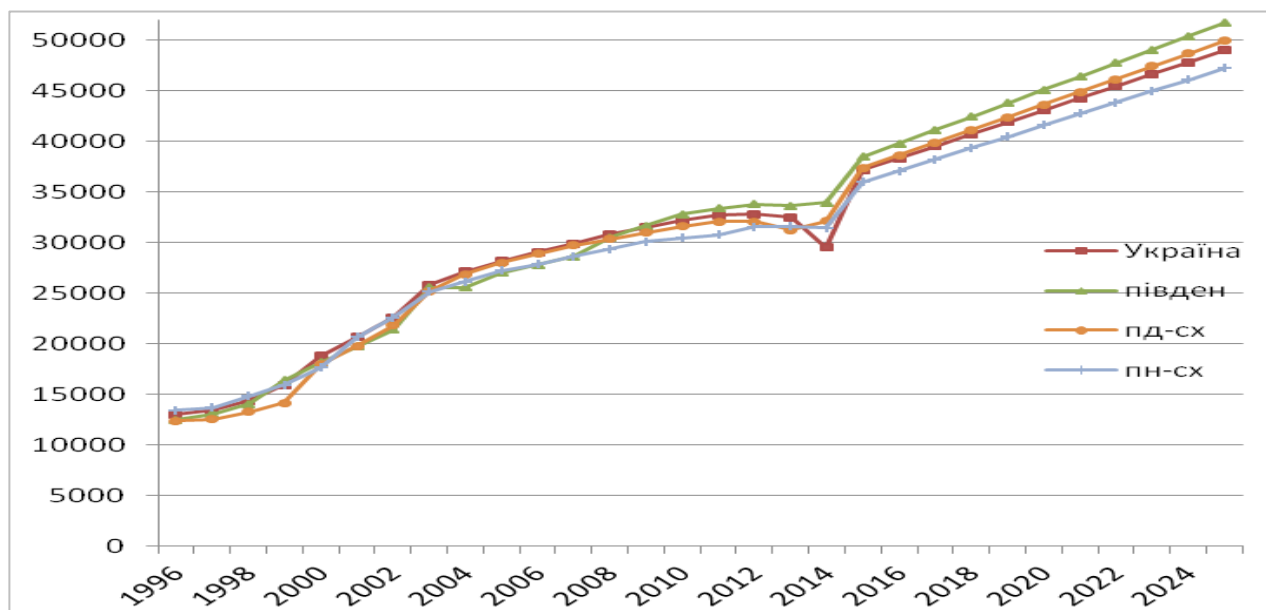


Рис.1.7. Поширеність первинної захворюваності на ГХ в Україні та прогноз на 2025 р. (на 100 тис. населення)

У Харківській області показник поширеності ГХ у 2020 р. становив 20493 випадки на кожні 100 тис. усього населення, (у 2019 р. – 22003 випадків). У закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) області у 2020 р. на диспансерному обліку перебувало 467344 хворих на ГХ (у 2019 р. – 503409) [10].

Актуальність проблеми ГХ для системи громадського здоров'я, враховуючи масштабності поширення АГ, негативного впливу захворюваності на якість і тривалість життя населення країни, економічного тягаря на вітчизняну галузь охорони здоров'я, спонукало уряд країни до започаткування комплексних профілактичних та лікувальних заходів на національному рівні. Однією із складових державної підтримки населення, хворих на ГХ, є урядова програма «Доступні ліки», обґрунтування її реалізації та ролі у забезпеченні пацієнтів антигіпертензивними ЛЗ нами розглянуто у розділі 2 кваліфікаційної роботи.

Таким чином, збереження і поліпшення рівня здоров'я населення України є медико-соціальною проблемою, яка потребує оптимального вирішення у системі громадського здоров'я.

### 1.3. Сучасні підходи до надання медичної допомоги при гіпертонічній хворобі. Стандарти та протоколи фармакотерапії

Захворювання серцево-судинної системи є найбільш поширеною патологією в усіх економічно розвинених країнах світу. Майже 4% населення планети, а в старших вікових групах – до 20%, страждають на ССЗ, які призводять до частоті тимчасової втрати працездатності, інвалідності та високої смертності. Упровадження заходів первинної і вторинної профілактики основних ССЗ, у тому числі шляхом проведення раціональної фармакотерапії, дозволяє вирішити одну з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності: підвищити тривалість і якість життя населення в Україні [26].

Однією з провідних патологій у структурі захворюваності та поширеності на ССЗ є гіпертонічна хвороба.

За останніми даними, більше ніж третина людей у європейському регіоні ВООЗ у віці 30-79 років страждають на ГХ. Артеріальна гіпертензія є основним фактором ризику ССЗ, що може призводити до тяжких ускладнень, зокрема – до інфаркту та інсульту [28,29].

Артеріальна гіпертензія (АГ) – це стан, при якому рівень САТ досягає 140 мм рт. ст. і вище і/або ДАТ – 90 мм рт. ст. і вище, що підтверджено при повторних вимірюваннях АТ не менше двох–трьох разів у різні дні протягом чотирьох тижнів. Європейське визначення і класифікація рівнів АТ наведено у табл. 1.2.

*Таблиця 1.2*

#### Визначення і класифікація рівнів артеріального тиску (ВООЗ; Європейське товариство кардіологів)

Категорія АТ	САТ (мм рт. ст.)	ДАТ (мм рт. ст.)
<b>Нормальний рівень артеріального тиску</b>		
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130–139	85–89
<b>Артеріальна гіпертензія</b>		
1-го ступеня («м'яка», легка)	140–159	90–99
2-го ступеня («помірна»)	160–179	100–109
3-го ступеня («важка»)	≥ 180	≥ 110
Ізольована систолічна	≥ 140	≤ 90

АТ – величина змінна, на яку впливають як внутрішні, так і зовнішні фактори. Регуляцію АТ забезпечують центральна нервова система, симпатичний і парасимпатичний відділи вегетативної нервової системи, ендокринна система, рецептори, розташовані в дузі аорти, і рецептори каротидного синусу [26,33].

Залежно від причини, що викликала підвищення АТ, АГ поділяють на симптоматичну (вторинну) АГ та гіпертонічну хворобу (есенціальну АГ). Гіпертонічна хвороба (есенціальна АГ) – захворювання серцево-судинної системи, що розвивається внаслідок первинної дисфункції вищих судинорегулюючих центрів з подальшим виникненням порушень у системі нейрогуморальних та ниркових механізмів, що характеризується підвищенням АТ, вторинними функціональними та органічними змінами органів мішеней (нирок, серця, головного мозку, сітківки).

Основними факторами ризику виникнення ГХ є: вік (загалом рівень діастолічного АТ підвищується до 55–60 років, а потім змінюється мало; систолічний АТ поступово збільшується протягом всього життя); стать (рівень АТ і поширеність систолічної АГ вища у чоловіків молодого і середнього віку, пізніше ця закономірність змінюється на зворотну); обтяжена спадковість; надмірна маса тіла; аліментарні фактори: вживання кухонної солі понад фізіологічну норму (3,5 г), низький вміст у їжі деяких мікроелементів ( $K^+$ ,  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$ ), зловживання кавою, алкоголем; тютюнопаління; психосоціальні фактори; гіподинамія [26].

Контроль АТ при гіпертонічній хворобі є ключовим фактором зниження ризику розвитку інфаркту міокарда, інсульту та інших ускладнень, що обумовлюють високі показники смертності від ССЗ. Своєчасне виявлення та ефективне лікування підвищеного АТ значно знижує тягар ССЗ у населення.

Різні форми ССЗ, з одного боку, і розмаїття ЛЗ, що застосовуються для їх лікування, з іншого, диктують необхідність детального з'ясування причин розвитку, симптомів та характеру перебігу цих захворювань, що становить основу для раціонального вибору ЛЗ та оптимізації терапії в цілому [26].

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики захворювань з урахуванням вимог

доказової медицини, у т.ч. ГХ. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань [27].

Для ефективного лікування людей з ГХ, що «молодшає» як у світі, так і в Україні та зазвичай не має попереджувальних ознак або симптомів, у 2024 р. МОЗ України спільно із професійною групою експертів та за підтримки бюро ВООЗ розробило уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» [29,31].

УКПМД «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Артеріальна гіпертензія», заснованої на доказах. Основною метою УКПМД є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з АГ. Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у Настанові з менеджменту артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії 2023 р. [30,32,33].

Гармонізовані з міжнародною нормативно-правовою базою стандарти та протоколи щодо надання медичної допомоги при ГХ забезпечують єдність підходів до визначення комплексу заходів з раннього та своєчасного виявлення, діагностики та терапії даної патології, що сприяє підвищенню ефективності лікування та зниженню ризику ускладнень. Їх застосування дозволяє оптимізувати використання ресурсів системи охорони здоров'я та покращити якість життя пацієнтів.

В умовах реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я сьогодні у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) пацієнтам з підвищеним АТ надають первинну медичну допомогу, яка спрямована на:

- запобігання розвитку АГ – робота з пацієнтом з дотримання засад здорового способу життя та корекції інших факторів ризику;
- діагностики АГ та обстеження, спрямовані на виявлення асимптомного та/або клінічно маніфестованого ураження органів-мішеней, яке зумовлене

гіпертензією;

- стратифікації загального серцево-судинного ризику, яка визначає стратегію лікування супутніх факторів ризику у пацієнтів з АГ;
- обрання стратегії медикаментозне лікування АГ і супутніх факторів ризику з урахуванням наявності ускладнень, супутніх захворювань та загального ризику ССЗ;
- спостереження пацієнтів.

Пацієнтів з підозрою на вторинну АГ рекомендовано направлення до спеціалізованих ЗОЗ. Раннє виявлення вторинну АГ є надзвичайно важливим з точки зору зворотності процесу; для пацієнтів з резистентною АГ з метою всебічного обстеження та вибору тактики лікування; у яких не вдається досягти контролю АТ та клінічного покращення; пацієнтам з ускладненою АГ та коморбідними станами.

Показанням до екстреної госпіталізації у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, є ускладнений гіпертензивний криз. Крім того, госпіталізація показана пацієнтам з гіпертензивним неускладненим кризом, якщо стан пацієнта не вдається стабілізувати амбулаторно, і є підозра на розвиток ускладнень [32].

АГ є найвпливовішим фактором ризику розвитку атеросклеротичних ССЗ і смерті від них. Вчасна діагностика та ефективне лікування з досягненням та утриманням АТ в межах цільового діапазону здатні значно зменшити ризик розвитку мозкового інсульту, інфаркту міокарда та серцево-судинної смерті. Ефективний контроль АТ зменшує ризик розвитку фібриляції передсердь, серцевої недостатності та хронічної хвороби нирок.

Згідно УКПМД «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» первинна медична допомога передбачає 4 етапи (рис.1.8).

Заходи з первинної профілактики АГ передбачають загальну профілактику ССЗ і полягають у виявленні та корекції доведених факторів ризику, які є спільними для ССЗ і АГ: куріння, надмірна маса тіла/ожиріння, порушення толерантності до вуглеводів/цукровий діабет, гіперхолестеринемія, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем, а також надмірне вживання солі, стрес та тривога пов'язані зі зростанням ризику АГ.



Рис. 1.8. Етапи первинної медичної допомоги при ГХ

Корекція факторів ризику здійснюється шляхом модифікації способу життя та призначення фармакотерапії за наявності показань.

Одним із головних факторів ризику розвитку ССЗ, у т.ч. ГХ та причиною кожної п'ятої смерті у світі є нездоровий раціон. Продукти з високим вмістом солі та цукру, трансжири, недостатнє вживання овочів і фруктів та, як наслідок, зайва вага – усе це призводить до розвитку ССЗ: артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, інфаркту та інсульту.

Згідно рекомендацій ВООЗ для зниження ризику розвитку ГХ у щоденному раціоні повинно бути 400 г овочів та фруктів, не більше 1 ч. л. солі, до 10 ч. л. добової дози доданого цукру (цукерки, шоколад, випічка, мед, солодкі напої; їх доцільно замінити на фрукти та ягоди), більше клітковини (цільнозернові каші, бобові, горіхи – знижують рівень холестерину в крові), джерела омега-3 жирних кислот, які корисно впливають на стан серцево-судинної системи. Рекомендовано уникати вживання прихованої солі (у складі ковбас, соусів, консервів). Збалансоване харчування сприятиме підтримці здорової ваги та допомагатиме налагодити роботу серця [34,36].

Малорухливий спосіб життя часто призводить до ожиріння, а це додаткове навантаження на серцево-судинну систему. ВООЗ рекомендує приділяти фізичній активності щонайменше 30 хв на день – це один із способів зберегти здоров'я серця. Регулярна фізична активність допомагає знизити АТ та контролювати

вагу, а також зміцнює скелетно-м'язові тканини, розвиває координацію, знижує рівень стресу й підвищує загальний тонус організму. Окрім поведінкових факторів ризику, на розвиток ССЗ, у т.ч. ГХ також впливають біологічні показники – артеріальний тиск, холестерин та індекс маси тіла [34].

На рис. 1.9 наведено стандартизований алгоритм немедикаментозного та медикаментозного лікування АГ, рекомендований ВООЗ [37].

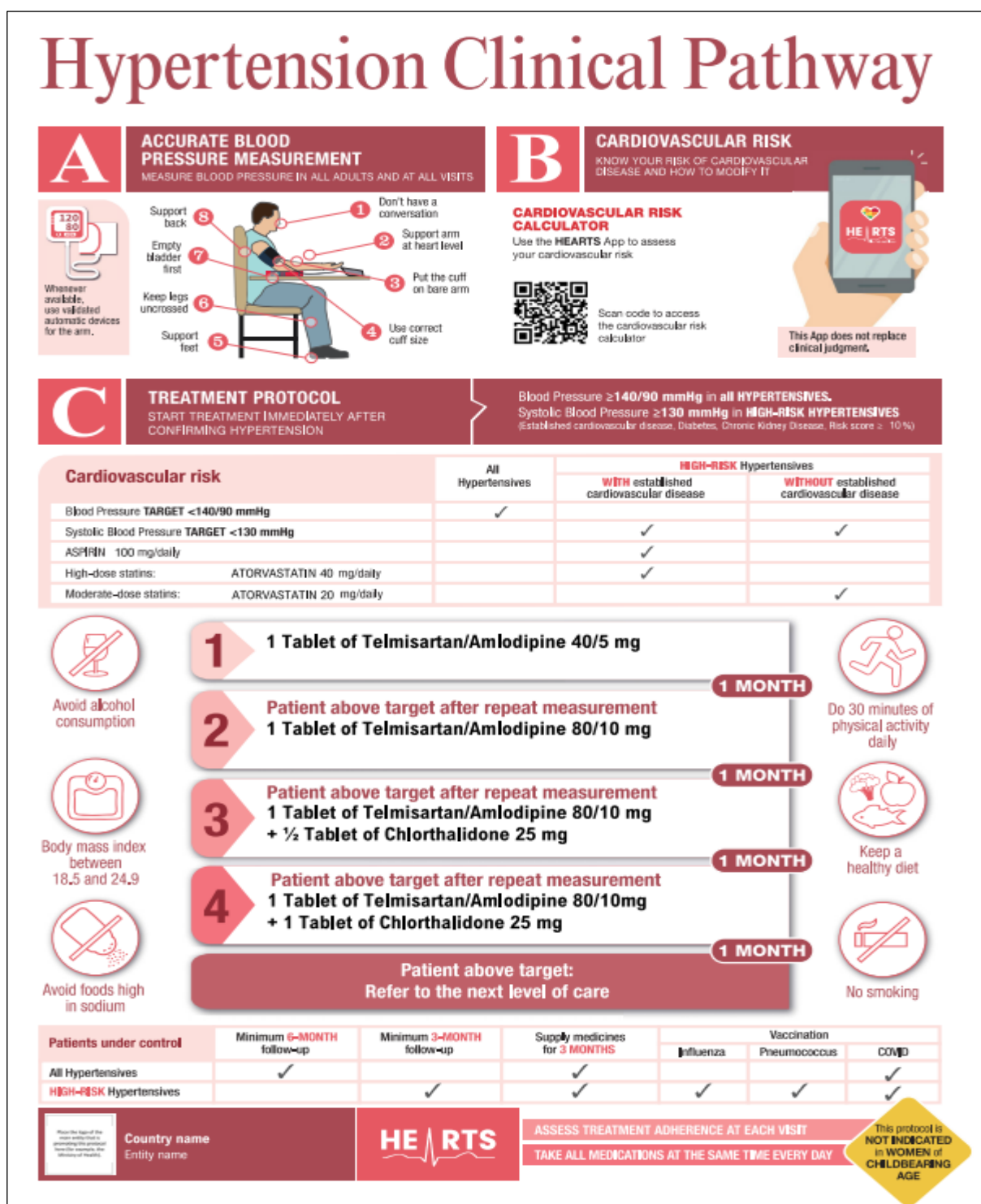


Рис.1.9. Стандартизований алгоритм лікування АГ, рекомендований ВООЗ.

У рамках системи громадського здоров'я затребуваними та доцільним є проведення освітніх та профілактичних заходів серед населення щодо дотримання здорового способу життя та попередження факторів ризику ГХ.

Діагностичні заходи первинної медичної допомоги при ГХ спрямовані на виявлення підвищеного АТ, ідентифікацію можливих причин високого АТ (діагностику вторинної АГ), виявлення факторів ризику, ураження органів-мішеней, супутніх захворювань з негативним впливом на перебіг АГ, ускладнень АГ і передбачають клінічний огляд пацієнта, застосування лабораторних та інструментальних методів дослідження. Визначення ступеня і стадії АГ, стратифікація загального серцевосудинного ризику проводиться з метою вибору оптимальної тактики лікування АГ та попередження розвитку ускладнень.

Наступний етап первинної медичної допомоги при ГХ – це лікування пацієнта з АГ. Цей етап передбачає навчання пацієнта, застосування немедикаментозних та медикаментозних методів з метою досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево судинних ускладнень за рахунок досягнення та підтримання цільового рівня АТ, модифікації факторів ризику, ефективного лікування супутніх клінічних станів. Алгоритм початку медикаментозної терапії АГ представлено на рис 1.10.

Лікування АГ із використанням медикаментозних методів здійснюється із застосуванням антигіпертензивних препаратів I ряду (тз/тзп діуретики, іАПФ, БРА, БКК, ББ) як в монотерапії, так і в комбінаціях відповідно до алгоритму, наведеному на рис. 1.12.

Своєчасне призначення комплексної немедикаментозної і медикаментозної терапії пацієнтам з АГ знижує темпи прогресування захворювання, ризик розвитку ускладнень і смертність. Досягнення цільового АТ доведено знижує ризик розвитку серцево судинних та ниркових ускладнень АГ.

Подальше спостереження проводиться пацієнтам з ускладненим перебігом АГ для забезпечення профілактики ускладнень.

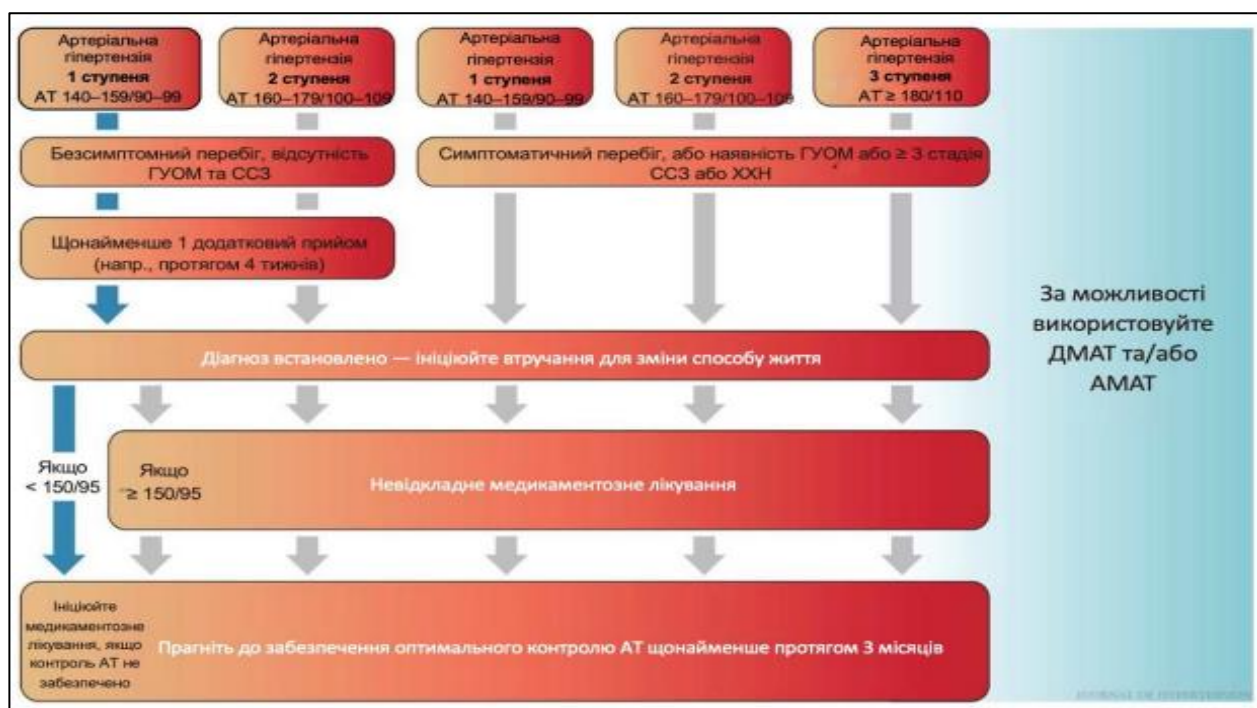


Рис. 1.10. Ініціація медикаментозного лікування АГ залежно від рівня АТ [32].

Згідно УКПМД «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» спеціалізована медична допомога передбачає 3 етапи (рис.1.11).



Рис. 1.11. Етапи спеціалізованої медичної допомоги при ГХ

У ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, діагностичні заходи проводяться з метою визначення: можливих причин підвищення АТ (у т.ч. вторинної гіпертензії); стратифікації ризику серцево судинних ускладнень та смерті (оцінка ступеня АГ, виявлення факторів ризику, виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ІХС, цукровий діабет, серцева недостатність, хронічна хвороба нирок), виявлення ураження органів-мішеней, виявлення серцево судинних та інших ускладнень АГ).

Заходи з діагностики пацієнтам, госпіталізованим за екстреними (невідкладними) показаннями, проводяться одночасно із заходами інтенсивної терапії.

Своєчасне призначення комплексної немедикаментозної і медикаментозної терапії пацієнтам з АГ знижує темпи прогресування захворювання, ризик розвитку ускладнень і смертність. Досягнення цільового АТ доведено знижує ризик розвитку серцево судинних та ниркових ускладнень АГ.

Для більшості пацієнтів рекомендовано починати лікування з подвійної комбінації у складі іАПФ/БРА + БКК або тз/тзп діуретик. Якщо цільовий АТ не досягнуто при застосуванні подвійної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах відповідних компонентів, призначити потрібну комбінацію у складі іАПФ/БРА + БКК або + тз/тзп діуретик відповідно до алгоритму, наведеному на рис. 1.12.

Основні класи антигіпертензивних ЛЗ, що застосовують для лікування АГ, наведені в табл.1.3.

*Таблиця 1.3*

**Основні класи антигіпертензивних ЛЗ, що застосовують для лікування АГ**

<b>Лікарські засоби першої лінії</b>	<b>Лікарські засоби другої лінії</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ);</li> <li>• блокатори рецепторів ангіотензину-II (БРА);</li> <li>• тіазидні та тіазидоподібні діуретики;</li> <li>• блокатори кальцієвих каналів (БКК);</li> <li>• блокатори бета-адренорецепторів (БАБ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• петльові діуретики;</li> <li>• антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМР);</li> <li>• блокатори альфа-адренорецепторів (БАР);</li> <li>• препарати центральної дії, вазодилататори.</li> </ul>

Препарати другої лінії переважно використовуються у пацієнтів з резистентною АГ в якості 4-го і більше компонентів терапії для зниження АТ, а також мають показання до застосування у деяких особливих ситуаціях (наприклад, для лікування АГ у вагітних використовується метилдопа, у пацієнтів з тяжкою хронічною хворобою нирок – петльові діуретики тощо) [32,33].

Сьогодні перспективними напрямками є персоналізована фармакотерапія та застосування нових ЛЗ із комбінованим механізмом дії, яка застосовується й для надання медичної допомоги хворим на ГХ.

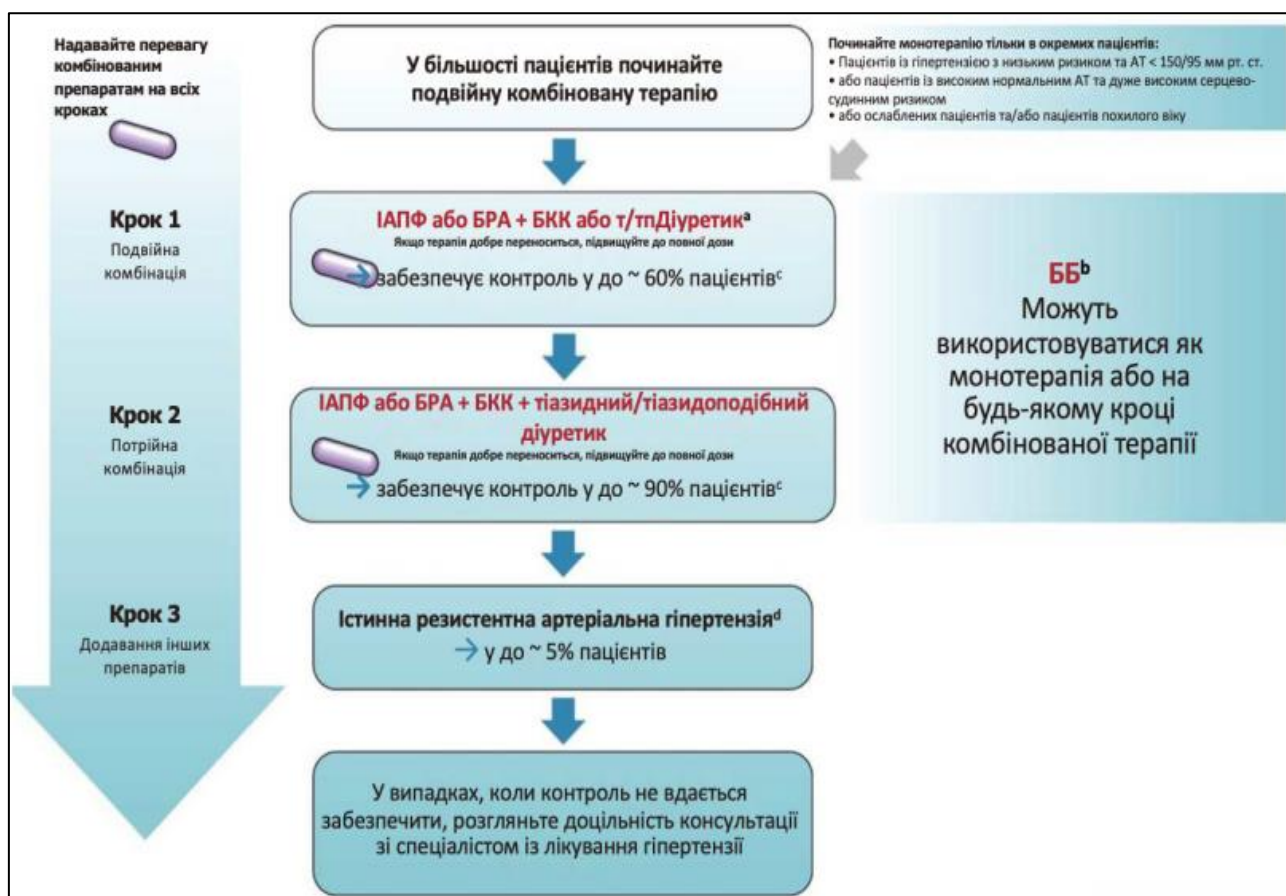


Рис. 1.12. Алгоритм вибору стратегії медикаментозного лікування АГ [32].

Отже, проведений контент-аналіз джерел літератури дозволив визначити сучасні підходи до надання медичної допомоги при ГХ в Україні, які ґрунтуються на стандартах та протоколах фармакотерапії даної патології. Надання медичної допомоги хворим на ГХ базуються на рекомендаціях ВООЗ (WHO, 2021), що підтримують вибір між моно-, дуальною або комбінованою терапією в одному препараті, а також визначають цільові рівні АТ та частоту спостереження [36,37],

Європейське товариство кардіологів (ESC, 2024) і Європейське товариство гіпертензії (ESH, 2023) представили оновлені класифікацію АТ та стратегій лікування: ESC окреслили спрощену класифікацію та нижчий терапевтичний поріг, а ESH підкреслили персоналізований підхід до цілей залежно від віку та супутніх захворювань [38,39,40].

Американська асоціація кардіологів (AHA/ACC) у 2025 році оновила рекомендації, пропонуючи застосування калькулятора ризику PREVENT™, раннє медикаментозне втручання, поєднану терапію в одній таблетці для стадії 2 АГ та

акцент на здоровому способі життя для профілактики, включно з контролем над споживанням солі, алкоголю, домашнім моніторингом і особливим підходом до груп із підвищеним ризиком (вагітні, із хворобою нирок, когнітивними проблемами) [41,42,43].

В Україні підходи до надання медичної допомоги при ГХ адаптовані у національних клінічних протоколах, що враховують міжнародні настанови, але водночас відображають особливості національної системи охорони здоров'я та доступності ЛЗ, забезпечуючи уніфікований підхід до діагностики, лікування і профілактики ГХ. Так, сьогодні в Україні впроваджено у медичну практику Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)», затверджений наказом МОЗ України від 12.09 2024 р. № 1581. УКПМД відповідає принципам доказової медицини, інтегрує міжнародні настанови (зокрема ESH 2023) та включає класифікацію, скринінг, стратегії діагностики, лікування, профілактики та маршрути пацієнта від первинної до вторинної ланки допомоги [31,32,44].

Таким чином, дотримання УКПМД при наданні медичної допомоги хворим на ГХ є ключовим елементом системи громадського здоров'я, оскільки забезпечує стандартизований підхід до діагностики та лікування пацієнтів відповідно до принципів доказової медицини. Виконання медичними працівниками положень УКПМД сприятиме зниженню ризику серцево-судинних ускладнень і смертності, підвищенню ефективності фармакотерапії та прихильності пацієнтів до лікування, що в свою чергу підвищить якість життя хворих на ГХ. Водночас впровадження УКПМД сприятиме зменшенню економічного і ресурсного навантаження на систему охорони здоров'я країни, оптимізації використання ресурсів і дозволить досягти стратегічно важливих показників громадського здоров'я на національному рівні.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАКТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

#### **2.1. Аналіз нормативно-правової та законодавчої бази щодо забезпечення лікарськими засобами населення, хворих на гіпертонічну хворобу**

Згідно ст. 49 Конституції України кожен громадянин має право на охорону здоров'я [45]. Держава створює умови для ефективної та доступної для усіх верст населення медичної та фармацевтичної допомоги.

Підґрунтям ефективного забезпечення лікарськими засобами населення, хворих на ГХ, є нормативно-правове та законодавче регулювання, яке визначає доступність фармакотерапії, якість надання медичної та фармацевтичної допомоги, рівень контролю АТ для пацієнтів.

Нами було проаналізовано чинну нормативно-правову та законодавчу базу, яка встановлює правові засади забезпечення ЛЗ хворих на гіпертонічну хворобу (табл.2.1). Це дозволило визначити основні тенденції державної політики щодо підтримки пацієнтів, хворих на ГХ.

Провідною законодавчою базою у питаннях забезпечення населення лікарськими засобами є Закони України «Про систему громадського здоров'я», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про лікарські засоби», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Постанови КМУ «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення», «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів». Ці документи встановлюють правові засади забезпечення доступності та якості ЛЗ, у т.ч. антигіпертензивних ЛЗ, що застосовуються при ГХ.

Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 р. № 2573-IX визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я

Таблиця 2.1

**Нормативно-правова та законодавча база щодо забезпечення лікарськими засобами населення, хворих на гіпертонічну хворобу**

Назва документа	Дата введення в дію	Основні положення	Кількість редакцій
<i>Закони України</i>			
Про систему громадського здоров'я	06.09.2022	Визначає систему громадського здоров'я як інструмент забезпечення рівного доступу населення до ЛЗ.	6
Основи законодавства України про охорону здоров'я	19.11.1992	Визначає правові засади охорони здоров'я, права пацієнтів, обов'язки держави у сфері забезпечення ЛЗ.	88
Про лікарські засоби	04.04.1996	Регламентує порядок розробки, реєстрації, виробництва, обігу та якості ЛЗ	48
Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення	19.10.2017	Закріплює принцип безоплатного доступу до гарантованого пакету медичних послуг і ЛЗ.	23
<i>Постанови КМУ</i>			
Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення	25.03.2009	Встановлює механізми формування та декларування граничних оптово-відпускних цін, що забезпечує контроль за ціноутворенням та підвищує доступність основних ЛЗ для населення.	25
Про державне регулювання цін на лікарські засоби	09.11.2016	Визначає перелік референтних країн для встановлення цін на ЛЗ, що входять до урядової програми «Доступні ціни»	14
Деякі питання реімбурсації лікарських засобів	27.02.2019	Визначає засади здійснення з 01.04.2019 р. відшкодування вартості ЛЗ, відпущених за електронними рецептами.	3
<i>Накази МОЗ України</i>			
Про затвердження Порядку визначення обсягів потреби в закупівлі лікарських засобів закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів	11.07.2017	Регламентує порядок визначення обсягів потреби в закупівлі ЛЗ, що фінансуються з державного та місцевих бюджетів.	1
Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 26 лютого 2025 року	13.03.2025	Визначає переліків ЛЗ, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення	

населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя [52]. Цей Закон визначає правові засади забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення (ст.44), у т.ч. забезпечення хворих на ГХ антигіпертензивними ЛЗ.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [46].

Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР регулює правовідносини, пов'язані із створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією ЛЗ [47].

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та ЛЗ належної якості, реімбурсації ЛЗ за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [48].

Постановою КМУ «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» від 25.03.2009 р. № 333 затверджено Національний перелік основних ЛЗ, Порядок формування цін на ЛЗ щодо яких запроваджено державне регулювання [50]. Ця Постанова КМУ є ключовим інструментом у реалізації програм реімбурсації ЛЗ, зокрема урядової програми «Доступні ліки». Національний перелік основних лікарських засобів це гарантія безоплатного базового лікування громадянам країни, який містить й антигіпертензивні ЛЗ, що застосовуються хворими на ГХ.

Постановою КМУ «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» від 09.11.2016 р. № 862 запроваджено державне регулювання цін на ЛЗ, які закуповуються та/або вартість яких відшкодовується за бюджетні кошти, шляхом

встановлення МОЗ України граничних оптово-відпускних цін [53].

Постанова КМУ «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів» від 27.02.2019 р. № 135 визначає засади здійснення відшкодування вартості ЛЗ, відпущених за рецептами. До 31.03. 2019 р. (включно) здійснювалося відшкодування вартості ЛЗ, відпущених за рецептами, виписаними на паперових рецептурних бланках, за рахунок субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості ЛЗ для лікування окремих захворювань, передбаченої Законом України «Про Державний бюджет України на 2019 рік». З 01.04. 2019 р. реімбурсація ЛЗ здійснюється виключно за електронними рецептами, виписаними через електронну систему охорони здоров'я, відповідно до Порядку реімбурсації ЛЗ, затвердженого постановою КМУ від 17.03.2017 р. № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів» з урахуванням змін [54].

Правові засади забезпечення ЛЗ населення країни, у т.ч. хворих на гіпертонічну хворобу, також визначалися Постановою КМУ «Про забезпечення доступності лікарських засобів» від 17.03.2017 № 152, яка визначала, що державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році реалізуються Національною службою здоров'я для відшкодування вартості ЛЗ згідно з Порядком реімбурсації лікарських засобів [49] та Постановою КМУ «Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань» від 10.03.2017 № 181. Ці Порядок та умови визначали механізм надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості ЛЗ для лікування окремих захворювань [57]. Проте 28.07.2021 р. дані Постанови КМУ втратили чинність.

Наказом МОЗ України від 11.07.2017 № 782 затверджено Порядок визначення обсягів потреби в закупівлі ЛЗ закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів [56].

Наказом МОЗ України від 13.03.2025 № 440 затверджено Перелік ЛЗ, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 26.02.2025 р. [55]

У 2012 р. наказом МОЗ України 29.05.2012 № 394 було затверджено Порядок розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін на ЛЗ для лікування осіб з ГХ та порівняльних (референтних цін) на такі засоби [58], який 23.09.2020 р. втратив чинність.

Також у 2012 р. наказом МОЗ України від 28.04.2012 № 321 було затверджено План заходів Міністерства охорони здоров'я України, спрямованих на запровадження державного регулювання цін на ЛЗ для лікування осіб з ГХ [59],

На підставі аналізу нормативно-правової та законодавчої бази України щодо забезпечення ЛЗ населення, хворих на ГХ, нами було визначено основні напрями формування державних гарантії для пацієнтів з даним ССЗ та тенденції зміни підходів до надання медичної та фармацевтичної допомоги. Як свідчать отримані результати, становлення вітчизняної системи фармацевтичного забезпечення ЛЗ населення, у т.ч. хворих на ГХ, розпочалося після проголошення незалежності України та протягом останніх років поступово набуває гармонізації з вимогами ЄС та міжнародними системами.

Серед основних напрямів формування державної підтримки хворих на ГХ в Україні є: формування державної політики у сфері фармацевтичного забезпечення ЛЗ; затвердження Національного переліку основних ЛЗ, порядку закупівлі ЛЗ за бюджетні кошти; впровадження урядової програми реімбурсації ЛЗ «Доступні ліки» для ССЗ; пільговий відпуск ЛЗ окремих категорій пацієнтів; впровадження часткового відшкодування вартості ЛЗ для лікування хворих на ГХ та ін.

Для цілісного сприйняття нами також були опрацьовані документи щодо надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ГБ.

У 2012 р. наказом МОЗ України від 24.05.2012 № 384 було затверджено та впроваджено медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії. Цим же наказом було затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» [60].

У 2024 р. з метою забезпечення прийняття клінічних рішень на засадах доказової медицини, підвищення ефективності і безпеки лікування хворих, змен-

шення ризику необґрунтованого призначення АГЛЗ мультидисциплінарною робочою групою фахівців під патронатом МОЗ України була розроблена клінічна настанова КН 2024-1581 «Артеріальна гіпертензія», заснована на науково обґрунтованих доказах. Дана клінічна настанова є адаптацією для системи охорони здоров'я України настанови «ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH)» 2023. Дана клінічна настанова містить інформацію стосовно обґрунтування лікувальних, профілактичних та організаційних заходів, що спрямовані на запобігання поліпрагмазії та допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань. Перегляд клінічної настанови заплановано на 2029 р. [33].

Також у 2024 р. з урахуванням сучасних вимог доказової медицини було розроблено новий уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія), який розглядає принципи діагностики, лікування та профілактики ГХ (АГ) в Україні з позиції послідовності надання видів медичної допомоги. Основною метою УКПМД є створення єдиної комплексної та ефективною системи надання медичної допомоги пацієнтам з АГ. Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у Настанові з менеджменту АГ Європейського товариства гіпертензії (ESH) 2023 року [1]. Медична допомога при ГХ в Україні регламентується національними настановами та клінічними протоколами, які базуються на міжнародних рекомендаціях, і в той же час враховують специфіку національної системи охорони здоров'я та рівень доступності ЛЗ, що забезпечує єдиний підхід до діагностики, лікування й профілактики цього захворювання та забезпечення населення, хворих на ГХ, антигіпертензивними ЛЗ.

Проведений аналіз свідчить, що питанням забезпечення ЛЗ населення, хворих на ГХ, в країні приділяється значна увага. Проте наразі ще залишаються

окремі проблеми та прогалини у правовому регулюванні, серед яких недостатня гармонізація з міжнародними підходами, фінансові та організаційні перешкоди у забезпеченні ЛЗ.

Так, наприклад, вже опубліковано звіт Спільного комітету Американського коледжу кардіологів/Американської асоціації серця з клінічних практичних рекомендацій Керівні принципи АНА/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM щодо профілактики, виявлення, оцінки та лікування високого кров'яного тиску у дорослих-2025 [41], Рекомендації ESC щодо лікування підвищеного артеріального тиску та гіпертензії-2024, які розроблені робочою групою з питань лікування підвищеного артеріального тиску та гіпертензії Європейського товариства кардіологів (ESC) та схвалені Європейським товариством ендокринологів (ESE) та Європейською організацією з питань інсульту (ESO) [38], які можуть стати підґрунтям для оновлення УКПМД «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія).

Фінансовими перешкодами у забезпеченні ЛЗ, хворих на ГХ, є обмеженість державного фінансування програм відшкодування вартості ліків. Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки» покриває лише базові ЛЗ. У зв'язку з цим, хворі на ГХ повинні витратити значну частка власних коштів на купівлю ліків, особливо сучасних антигіпертензивних ЛЗ. Окрім того, існує нерівномірний доступ населення до безоплатних ЛЗ між регіонами країни, сільською та міською місцевістю. Серед організаційних перешкод – недостатня кількість аптек-учасниць державних програм реімбурсації для ССЗ, у т.ч. ГХ у сільській місцевості; бюрократичні труднощі з випискою електронних рецептів і відшкодуванням вартості ЛЗ; імпортозалежність ЛЗ; відсутність системного моніторингу ефективності лікарського забезпечення та належного контролю за дотриманням стандартів фармакотерапії, недостатня узгодженість між українським законодавством і європейськими практиками та ін. (табл. 2.2).

З метою подолання фінансових, організаційних, технічних перешкод у забезпеченні антигіпертензивними ЛЗ хворих на ГХ в Україні, на нашу думку доцільно:

- диверсифікувати державне фінансування – збільшити обсяги бюджетних

Таблиця 2.2

**Перешкоди у забезпеченні антигіпертензивними лікарськими засобами  
хворих на гіпертонічну хворобу в Україні**

<b>Перешкоди</b>	<b>Характеристика</b>	<b>Наслідки для пацієнтів</b>
Обмежене фінансування державних програм реімбурсації ЛЗ	Урядова програма «Доступні ліки» покриває лише базові антигіпертензивні ЛЗ.	Пацієнти змушені купувати сучасніші чи комбіновані ЛЗ за власні кошти.
Висока частка власних витрат на купівлю ЛЗ	До 50% витрат на лікування хронічних хвороб фінансуються самими пацієнтами.	Зниження прихильності пацієнтів до фармакотерапії, високий ризик ускладнень і госпіталізацій.
Нерівномірна доступність до безоплатних ЛЗ	Недостатня кількість аптек-учасниць у сільській місцевості	Пацієнти з віддалених регіонів мають обмежений доступ до безоплатних АГЛЗ ЛЗ.
Імпортозалежність антигіпертензивних ЛЗ	Під час війни значна частка вітчизняних антигіпертензивних ЛЗ були недоступні для пацієнтів.	Пацієнти змушені були купувати ЛЗ самостійно. Наявність імпортозалежних ЛЗ впливала на доступність.
Бюрократичні труднощі	Проблеми з електронними рецептами,	Втрата часу, ускладнений доступ до ЛЗ, зниження рівня задоволеності системою.
Технічні труднощі	Технічні збої в електронній системі охорони здоров'я – eHealth, низька комп'ютерна грамотність медичних та фармацевтичних працівників.	Втрата часу, ускладнений доступ до АГЛЗ.
Відсутність системного моніторингу ефективності лікарського забезпечення	Недостатній контроль за дотриманням стандартів фармакотерапії.	Неефективне використання ресурсів, збереження високого рівня ускладнень ГХ.
Недостатня узгодженість між українським законодавством і європейськими практиками	Відставання темпів гармонізації національної нормативної бази з директивами ЄС та рекомендаціями ВООЗ.	Призводить до затримки впровадження сучасних стандартів лікування, обмежує можливість швидкого включення нових ефективних АГЛЗ у державні програми реімбурсації. Це сприяє зниженню прихильності пацієнтів до фармакотерапії, високому ризик ускладнень і госпіталізацій.

коштів на урядову програму реімбурсації ЛЗ «Доступні ліки», включити сучасні комбіновані антигіпертензивні ЛЗ до переліку відшкодування;

- зменшити фінансове навантаження на пацієнтів – запровадити механізми часткового або повного відшкодування вартості ліків для соціально вразливих верств населення, хворих на ГХ, стимулювати виробництва препаратів-генериків вітчизняними фармацевтичними виробниками;

- забезпечити кращу доступність до безоплатних ЛЗ в окремих регіонах – розширити мережі аптек-учасниць державних програм реімбурсації ЛЗ у сільській місцевості, використовувати мобільні аптечні пункти у віддалених та прифронтових громадах;

- оптимізувати організаційні процеси – спростити процедуру виписки та погашення електронних рецептів, забезпечити стабільну роботу електронної системи охорони здоров'я – eHealth; забезпечити високий рівень цифрової компетентності працівників галузі охорони здоров'я;

- проводити моніторинг і контроль на засадах системного підходу – впровадити механізми оцінки ефективності лікарського забезпечення, контролювати дотримання стандартів фармакотерапії лікарями первинної ланки.

Таким чином, нормативно-правова та законодавча база України формує фундамент для забезпечення доступності населення, хворих на ГХ, до необхідних ЛЗ, проте потребує подальшого вдосконалення та гармонізації з міжнародними нормами. Окрім того, посилення державних гарантій для пацієнтів, у т.ч. хворих на ГХ, можуть значно підвищити ефективність системи громадського здоров'я.

## **2.2. Аналіз системи медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу**

Протягом останніх років система охорони здоров'я України пройшла значний процес трансформації, важливим етапом якого стало встановлення державних гарантій медичного обслуговування населення [64], що передбачає підвищення ефективності функціонування системи медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ.

Медичне забезпечення населення, хворих на ГХ, передбачає організаційні, клінічні та інформаційно-профілактичні заходи, які спрямовані на раннє виявлення, лікування, профілактику ускладнень АГ.

Складові медичного забезпечення населення, хворих на ГХ, наведені на рис. 2.1.

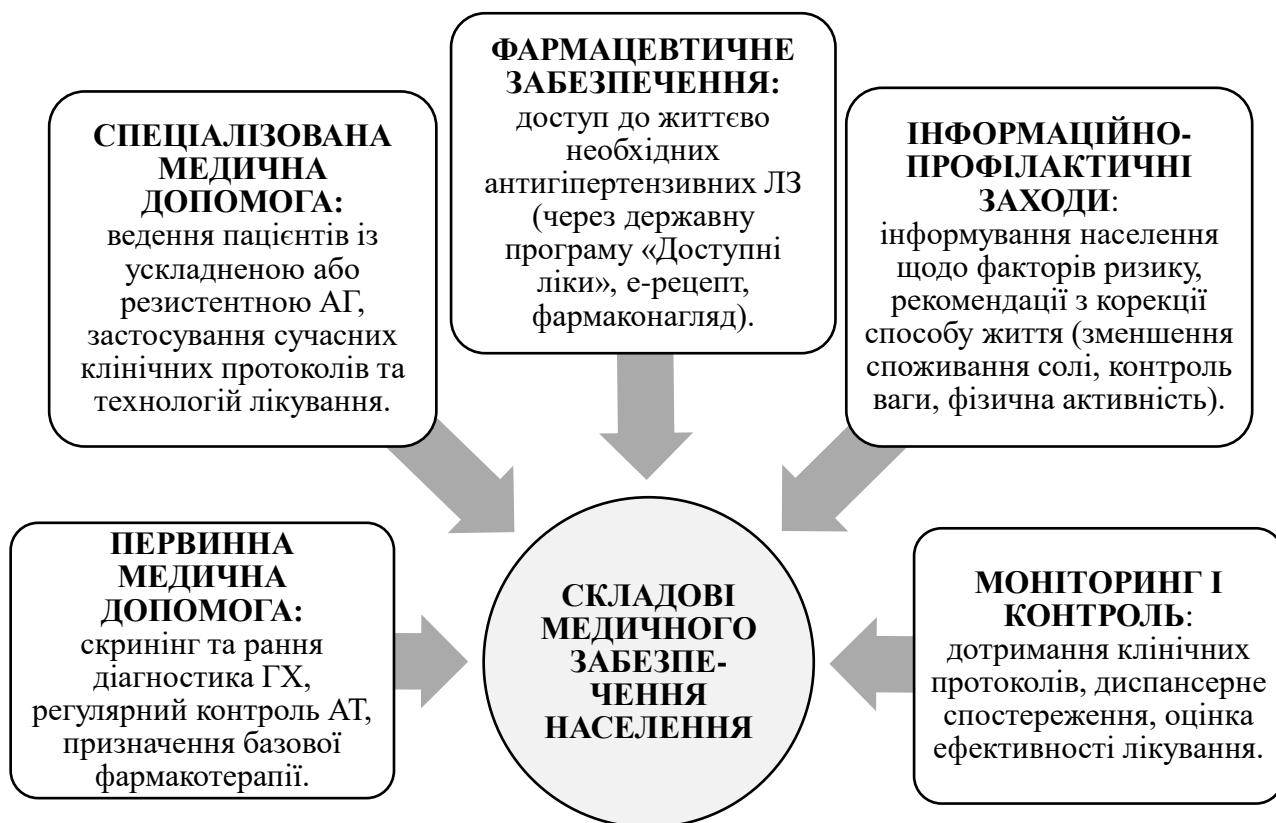


Рис. 2.1. Складові медичного забезпечення населення, хворих на гіпертонічну хворобу

Медичне забезпечення населення, хворих на ГХ, це комплексна система, яка поєднує лікувально-діагностичні, фармацевтичні та профілактичні заходи для зменшення рівня захворюваності, інвалідизації та смертності від серцево-судинних ускладнень.

Нами були проаналізовані основні організаційні та інформаційно-профілактичні заходи медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, в рамках реалізації окремих державних програм та проектів в Україні. Узагальнення отриманих результатів наведено в табл.2.3.

Таблиця 2.3.

**Державні програми та проєкти щодо організаційних заходів  
медичного та фармацевтичного забезпечення  
населення, хворих на гіпертонічну хворобу в Україні**

<b>Назва програми/ проєкту</b>	<b>Організаційні заходи</b>	<b>Очікуваний результат</b>
Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Цифровізація процесів у сфері охорони здоров'я.</li> <li>✓ Розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth) для контролю лікарських призначень і відпуску антигіпертензивних ЛЗ.</li> <li>✓ Інтеграція програм лікування та профілактики хронічних неінфекційних захворювань, у т.ч. ССЗ, включаючи ГХ.</li> <li>✓ Посилення ролі первинної медичної допомоги населенню, хворих на ГХ, у контролі АТ та забезпеченні ЛЗ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Покращення доступу населення, хворих на ГХ до медичних та фармацевтичних послуг.</li> <li>✓ Обґрунтоване планування потреби в антигіпертензивних ЛЗ.</li> <li>✓ Створення умов для раціонального розподілу ресурсів.</li> <li>✓ Підвищення ефективності контролю АТ.</li> </ul>
Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Профілактика, раннє виявлення та лікування ССЗ у т.ч. ГХ.</li> <li>✓ Забезпечення доступності антигіпертензивних ЛЗ.</li> <li>✓ Оптимізація маршрутів хворих на ГХ (лікар-фармацевт).</li> <li>✓ Розширення ролі фармацевта при профілактиці ГХ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Підвищення якості лікування хворих на ГХ;</li> <li>✓ Покращення координації між фахівцями медичної та фармацевтичної ланками.</li> <li>✓ Забезпечення фармацевтами належного відпуску антигіпертензивних ЛЗ в аптеках.</li> </ul>
Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки»	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Впровадження електронного рецепту(е-рецепт).</li> <li>✓ Укладання договорів аптечних закладів з НСЗУ.</li> <li>✓ Диверсифікація Національного переліку ЛЗ для ССХ, у т.ч.ГХ на регулярній основі.</li> <li>✓ Моніторинг відпуску антигіпертензивних ЛЗ та фінансового забезпечення.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Підвищення доступності до базових антигіпертензивних ЛЗ.</li> <li>✓ Зменшення фінансового навантаження на хворих ГХ.</li> <li>✓ Підвищення прихильності пацієнтів до фармакотерапії.</li> </ul>
Проєкт «Е-рецепт»	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Інтеграція е-рецепта в eHealth.</li> <li>✓ Навчання лікарів первинної ланки та фармацевтів роботі з е-рецептами.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Покращення доступності антигіпертензивних ЛЗ для пацієнтів у рамках програм реімбурсації «Доступні ліки».</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Забезпечення технічної інфраструктури в аптеках (підключення до eHealth, програмне забезпечення).</li> <li>✓ Уніфікація протоколів виписування антигіпертензивних ЛЗ відповідно до державних стандартів.</li> <li>✓ Контроль правильності виписування та відпуску антигіпертензивних ЛЗ через централізовані електронні реєстри.</li> <li>✓ Інформаційна кампанія серед пацієнтів щодо порядку отримання антигіпертензивних ЛЗ за е-рецептом.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Зменшення фінансового навантаження на хворих завдяки прозорому механізму відшкодування вартості ЛЗ.</li> <li>✓ Підвищення прихильності пацієнтів до лікування завдяки зручності та зменшенню випадків втрати або підробки паперових рецептів.</li> <li>✓ Зниження ризику ускладнень гіпертонії за рахунок безперервності фармакотерапії та контролю регулярності призначень ЛЗ.</li> <li>✓ Ефективний моніторинг призначень і споживання антигіпертензивних ЛЗ на державному рівні.</li> <li>✓ Підвищення взаємодії між лікарями та фармацевтами, що сприятиме комплексному підходу до лікування ГХ.</li> </ul>
Система фармаконагляду	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Залучення лікарів та фармацевтів до збору інформації про побічні реакції антигіпертензивних ЛЗ.</li> <li>✓ Використання eHealth, е-рецепт для фіксації даних.</li> <li>✓ Передача інформації до ДЕЦ МОЗ України</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Зменшення кількості ускладнень від фармакотерапії.</li> <li>✓ Виключення неефективних або небезпечних ЛЗ із програм реімбурсації.</li> <li>✓ Підвищення якості життя пацієнтів із ГХ.</li> </ul>
Всеукраїнський проєкт «Зупинити епідемію серцево-судинних катастроф»	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Створення єдиної бази пацієнтів із ССЗ, враховуючи хворих на ГБ;</li> <li>✓ Формування регіональних кардіологічних центрів.</li> <li>✓ Аналіз ефективності медикаментозного лікування хворих на ГХ.</li> <li>✓ Аналіз доступності ЛЗ для лікування ГХ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Підвищення доступності усіх верств населення до спеціалізованої медичної допомоги;</li> <li>✓ Поліпшення кількісних і якісних показників у ранній діагностиці та лікуванні ССЗ;</li> <li>✓ Зниження рівня інвалідизації та смертності від ССЗ, у т.ч. ГХ.</li> <li>✓ Оптимізація організації фармацевтичного забезпечення хворих на ГХ антигіпертензивними ЛЗ.</li> </ul>
Національна програма по зменшенню споживання солі	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Активізація роботи лікарів стосовно рекомендацій щодо застосування замінників солі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Попередження розвитку ГХ у населення України.</li> <li>✓ Зменшення потреби у медикаментозній терапії хворих на ГХ.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Організація соціальної реклами щодо коригування споживання натрію (солі) і калію з продуктами харчування.</li> <li>✓ Організація зменшення вмісту солі у продуктах харчування.</li> <li>✓ Інтеграція інформаційно-профілактичних заходів лікарів і фармацевтів;</li> <li>✓ Залучення фармацевтів до інформаційно-консультативних кампаній.</li> <li>✓ Організація системи маркування продукції зі зменшеним вмістом натрію та збагаченої калієм, що випускається харчовою індустрією.</li> <li>✓ Організація системи моніторингу за якістю продуктів харчування зі зменшеним вмістом натрію.</li> <li>✓ Організація оцінки економічного ефекту від реалізації заходів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Забезпечення доступності заміників солі, збагачених калієм.</li> <li>✓ Забезпечення доступності населення країни до продуктів харчування зі зменшеним вмістом солі.</li> </ul>
--	--	---

Значимим показником сучасного соціально-економічного стану країни є здоров'я населення. У 2021 р. в Україні середня очікувана тривалість життя при народженні становила 74,36 року для жінок і 65,16 року для чоловіків, що є одним із найнижчих показників серед європейських країн. Разом із сусідніми країнами Україна входить до числа країн із старіючим населенням та високими показниками смертності. За даними Індексу людського капіталу 2020, Україна посідає 53 позицію з 174 країн світу.

З метою розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я шляхом підвищення її стійкості, готовності реагування на виклики та загрози за принципом «Єдине здоров'я», розширення доступу населення до якісної медичної та фармацевтичної допомоги на безоплатній основі, забезпечення доступності населення до ЛЗ для покращення рівня та якості життя населення, забезпечення фінансового захисту пацієнта, зокрема недопущення його катастрофічних витрат у разі

захворювання, а також формування у суспільстві ціннісного ставлення до власного здоров'я, в Україні в 2025 р. було розроблено та впроваджено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, яка була схвалена розпорядженням КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р [64].

Стратегія розроблена з урахуванням сучасного стану охорони здоров'я, спрямована на вдосконалення державної політики у сфері здоров'я населення України, а також на здійснення всіх належних та доступних заходів для розв'язання проблем, забезпечення доступу населення до якісних послуг та розвиток системи охорони здоров'я та орієнтується на провідні національні документи та міжнародний досвід, включаючи стратегічні документи ВООЗ, ЄС, а також кращі практики країн ЄС, Великобританії, США та інших країн і враховує єдиний євроінтеграційний вектор розвитку країни [64].

Організаційними заходами медичного забезпечення населення, хворих на ГХ, в рамках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року передбачено розвиток eHealth для контролю лікарських призначень антигіпертензивних ЛЗ; подальшу активізацію цифровізації процесів у сфері охорони здоров'я; посилення ролі первинної медичної допомоги населенню, хворих на ГХ; інтеграцію програм боротьби з неінфекційними захворюваннями, у т.ч. ССЗ, серед яких ГХ.

В умовах сьогодення основним викликом для здоров'я населення України є неінфекційні хвороби. За офіційними даними 9 із 10 основних причин передчасної смерті та 84% усіх річних смертей є наслідком тягаря неінфекційних хвороб. Найбільшою часткою смертності, спричиненої неінфекційними хворобами, є ССЗ, включаючи ГХ [64]. У зв'язку з цим, у 2018 р. в Україні був затверджений розпорядженням КМУ від 26.07.2018 р. № 530-р «Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» [65]. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань розглядає ССЗ, одним із пріоритетних факторів ризику смертності та інвалідизації населення й інтегрує фармацевтичне забезпечення населення, хворих на ГХ, у загальну систему боротьби з неінфекційними захворюваннями.

Впровадження та реалізація Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку дозволить Україні до 2030 р. на третину зменшити передчасну смертність від неінфекційних захворювань [71], серед яких ССЗ, включаючи ГХ, посідають одну із провідних позицій.

Організаційними заходами медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, в рамках Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, є профілактика, раннє виявлення та лікування ССЗ; забезпечення доступності життєво необхідних АГЛЗ; оптимізація маршруту пацієнтів, хворих на ГХ (сімейний лікар – лікар-кардіолог – фармацевт); підвищення ролі фармацевтів у консультуванні населення, хворих на ГХ, щодо інформаційно-профілактичних заходів.

Окреслене завдання щодо профілактики, раннього виявлення та лікування ГХ передбачає такі заходи: забезпечення виявлення факторів ризику ГХ на рівні первинної медичної допомоги; забезпечення проведення моніторингу наявності та динаміки факторів ризику ГХ на всіх рівнях надання медичної допомоги; забезпечення розроблення, впровадження та вдосконалення медичних стандартів щодо виявлення, моніторингу лікування та динаміки перебігу ГХ і їх факторів ризику відповідно до затвердженого УКПМД та засад доказової медицини; проведення на рівні первинної медичної допомоги необхідних клінічних обстежень (збір сімейного анамнезу щодо ГХ, наявність факторів ризику (паління, зловживання алкоголем, нездорове харчування, низька фізична активність, вплив несприятливих факторів навколишнього природного середовища тощо), вимірювання АТ, лабораторне обстеження (визначення рівня холестерину) для виявлення та проведення оцінки індивідуального ризику розвитку ГХ за європейською шкалою для розрахунку ризику смерті від ССЗ (SCORE); забезпечення інформування пацієнта щодо наявності в нього факторів ризику ГХ і можливості їх корекції на всіх рівнях надання медичної допомоги, а також щодо необхідності проходження регулярних медичних оглядів; забезпечення впровадження в клінічну практику стандартів надання медичної допомоги пацієнтам, які мають фак-

тори ризику виникнення ГХ [71].

Важливою умовою підвищення ефективності медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, є оптимізація маршруту пацієнтів з даною патологією. Так, на рівні первинної медичної допомоги сімейний лікар здійснює раннє виявлення АГ, призначає базове лікування згідно з УКПМД «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)» та формує електронний рецепт для отримання ЛЗ за урядовою програмою реімбурсації «Доступні ліки». У разі складного перебігу або резистентності до терапії хворий на ГХ спрямовується до лікаря-кардіолога чи іншого спеціаліста, який уточнює діагноз, коригує схему лікування та визначає потребу в додаткових обстеженнях. Водночас фармацевт забезпечує належний відпуск АГЛЗ в аптеці, інформує пацієнта про правила їхнього прийому, можливі побічні ефекти й важливість прихильності до фармако-терапії. Такий інтегрований маршрут дозволяє уникнути дублювання медичних послуг, підвищує доступність лікування та сприяє профілактиці ускладнень завдяки чіткому взаємозв'язку між лікарем первинної ланки, спеціалістом і фармацевтом.

У резолюції ВООЗ «Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030» [72,73] окреслено переорієнтацію ролі фармацевта у системі медичного та фармацевтичного забезпечення населення ЛЗ. Фармацевт окрім відпуску ЛЗ за рецептом лікаря та рекомендації безрецептурних ЛЗ забезпечує інформативну складову щодо ефективності та безпечності ЛЗ, профілактичних заходів виявлення ГХ. Розширення Ролей Належної аптечної практики та їх функціональне наповнення відбулося за рахунок інтеграції фармацевтів у первинну медико-санітарну допомогу, а також участі у складі мультидисциплінарних команд при профілактиці ССЗ на вторинному та третинному рівнях медичної допомоги [74].

Отже, значення Національного плану заходів із боротьби з неінфекційними захворюваннями до 2030 року полягає у тому, що план розглядає ССЗ, включаючи ГХ, як пріоритетний фактор ризику смертності та інвалідизації населення України, інтегрує роль фармацевтів у загальну систему боротьби з неінфекцій-

ними захворюваннями в контексті інформаційно-профілактичних заходів.

Значимою складовою вітчизняної системи охорони здоров'я є фармацевтична галузь, стратегічним завданням якої є виробництво і своєчасне забезпечення населення ефективними, безпечними, якісними та доступними за ціною ЛЗ.

Система фармацевтичного забезпечення населення у сучасному визначенні постає як інтеграційна структура, що об'єднує процеси виробництва, обігу лікарських засобів, а також реалізації фармацевтичної допомоги, фармацевтичної послуги та забезпечення ЛЗ населення відповідно до вимог чинної нормативно-правової та законодавчої бази в Україні та міжнародних норм [63].

Фармацевтичне забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу – це комплекс організаційно-правових, медико-фармацевтичних і соціально-економічних заходів, спрямованих на забезпечення лікувального процесу шляхом раціонального вибору асортименту ЛЗ, його використання, відповідного забезпечення контролю якості та належних умов їх зберігання, підвищення ефективності фармако-терапії при мінімізації економічних затрат, оптимізації надання професійної інформації для медичних працівників та пацієнтів [61,62].

Фармацевтичне забезпечення хворих на ГХ має важливе значення для запобігання розвитку ССЗ та патологічних їх ускладнень, серед яких інфаркт міокарда, інсульт, хронічна серцева недостатність та ін. Своєчасний і безперервний доступ населення України, хворих на ГХ, до ефективних антигіпертензивних ЛЗ дозволяє контролювати рівень АТ, що є основною передумовою зниження ризику ураження органів-мішеней.

Одним із стратегічних векторів у системі фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ в Україні, є реімбурсація.

Реімбурсація – це повне або часткове відшкодування аптечним закладам вартості лікарських засобів або медичних виробів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів програми державних гарантій медичного обслуговування населення (ПМГ) [70].

Серед основних державних програм, яка спрямована на зменшення фінансового тягаря на пацієнтів, хворих на ГХ; зниження ризику розвитку ускладнень

від ССЗ; підвищення доступності до ЛЗ є урядова програма реімбурсації «Доступні ліки», яка була запроваджена в Україні з 2017 р.

Програма «Доступні ліки» гарантує хворим на ГХ отримання базових АГЛЗ на безоплатній основі або з частковим відшкодуванням їх вартості. Також ця програма слугує підвищенню прихильності пацієнтів до лікування, що сприятиме покращенню якості життя хворих на ГХ. З 01.04.2019 р. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) адмініструє програму реімбурсації «Доступні ліки» і напряду відшкодовує аптекам вартість відпущених пацієнтам ЛЗ за рецептом. Загалом за весь період дії програми «Доступні ліки» отримали щонайменше 5,5 млн пацієнтів [66].

Принципи реалізації урядової програми «Доступні ліки» та її роль у забезпеченні хворих на ГХ АГЛЗ нами розглянуто у наступному параграфі кваліфікаційної роботи.

Забезпечення доступу населення, хворих на ГХ до якісних і безпечних АГЛЗ з доведеною ефективністю передбачає оперативна ціль 2 Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року.

Метою Стратегії є створення системи охорони здоров'я України, за ефективного функціонування якої кожна людина матиме повноту можливостей подбати про своє здоров'я, підтримувати, зберігати його та отримувати найвищий доступний рівень медичної допомоги [64].

Організаційними заходами фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, в рамках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року передбачено розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth) для відпуску ліків, у т.ч. АГЛЗ; подальшу активізацію цифровізації процесів у сфері охорони здоров'я; інтеграцію ролі фармацевта у програму боротьби з неінфекційними захворюваннями, у т.ч. ССЗ, включаючи ГХ.

Окремим важливим напрямом Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року є процес цифровізації [64].

Сьогодні в Україні цифровізація у системі фармацевтичного забезпечення населення, у т.ч. хворих на ГХ, передбачає впровадження проекту «Цифрова трансформація забезпечення якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів

(е-Ліки)». Проєкт е-Ліки передбачає запровадження системи управління запасами ЛЗ, розвиток застосування електронних рецептів та включає окремі підпроєкти, серед яких: е-Stock – впровадження електронної системи планування, розподілу, постачання, обліку та моніторингу залишків ЛЗ у ЗОЗ; е-Рецепт – впровадження обліку виписки та погашення електронних рецептів на усі рецептурні ліки [75,76], Процес цифровізації у вітчизняній системі охорони здоров'я забезпечує покращення медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ГХ.

Окремою складовою системи фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, є електронний рецепт (е-рецепт), який виступають значимим інструментом підвищення доступності та ефективності фармакотерапії і прихильності пацієнтів до лікування.

Електронний рецепт – електронний медичний документ, що формується в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) на підставі внесених медичних записів про стан здоров'я пацієнта та містить призначення лікаря пацієнтові на певний ЛЗ [78,79],

В Україні е-рецепт було запроваджено з 01.04.2019 р. у рамках відпуску ЛЗ за урядовою програмою реімбурсації «Доступні ліки». За період функціонування проєкту «Е-рецепт» було виписано більш як 80 млн. рецептів на ЛЗ.

Пацієнти з ССЗ, включаючи ГХ, мають можливість отримати ЛЗ за електронним рецептом на безоплатній основі або з частковою доплатою у будь-якій аптеці, яка має договір з НСЗУ. Виписати е-рецепт на «доступні ліки» може лікар первинної медичної допомоги (сімейний лікар, терапевт чи педіатр) або лікар-спеціаліст [77,78,82]. У межах державної програми існує гаряча лінія НСЗУ за номером 1677, за яким хворі на ГХ можуть дізнатися адресу найближчого аптечного закладу, який працює з ЛЗ за програмою «Доступні ліки». Також пацієнти, хворі на ГХ, можуть знайти аптеку, яка відпускає антигіпертензивні ЛЗ в межах програми реімбурсації, скориставшись спеціальним дашбордом (рис. 2.2).

Як свідчать дані НСЗУ, станом на 12.09.2025 р. в Україні налічується 781 аптечний заклад із договором за програмою реімбурсації та 8685 місць відпуску комбінованого ЛЗ, що містить амлодипін і телмісартан за е-рецептами [80].

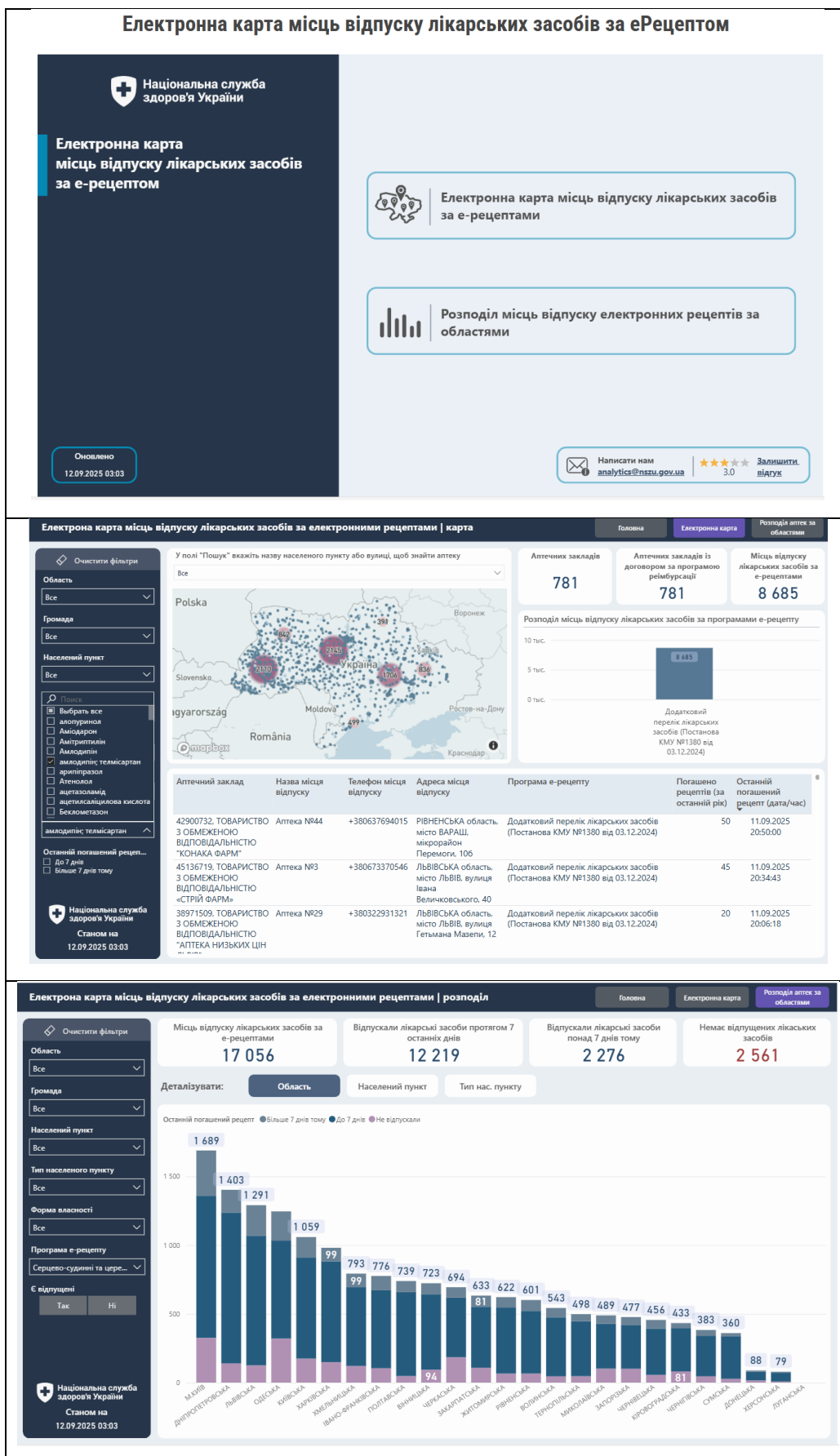


Рис. 2.2. Електронна карта місць відпуску лікарських засобів за е-рецептом на прикладі комбінованого ЛЗ – амлодипін; телмісартан [80].

За результатами контент-аналізу [79,81,82] значення е-рецептів у системі фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, наведено на рис. 2.3.

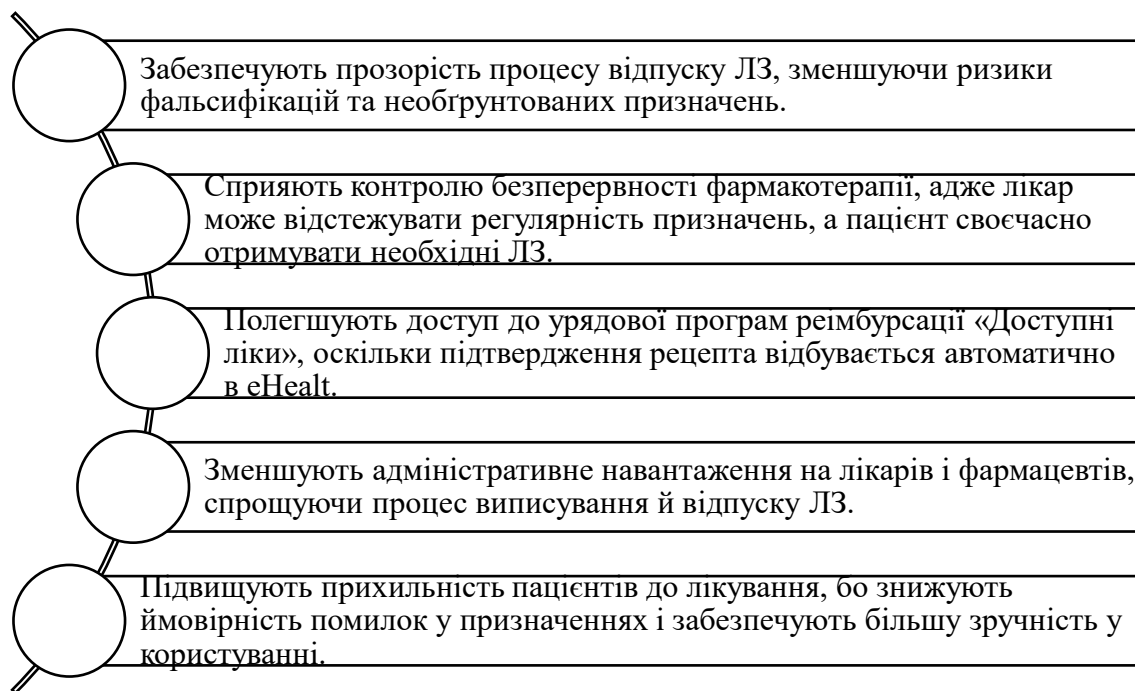


Рис. 2.3. Значення е-рецептів у системі фармацевтичного забезпечення населення, хворих на гіпертонічну хворобу

Із запровадженням е-рецепта посилюється відповідальне вживання рецептурних ЛЗ. Це дозволить мінімізувати прояви самолікування та недоцільного вживання рецептурних ЛЗ [78],

За даними ВООЗ смертність від неправильного та неконтрольованого споживання ЛЗ обіймає п'яте місце серед причин летальних випадків. Результати соціологічних досліджень свідчать, що самолікуванням в Україні займаються майже 69% хворих, не звертаючись за допомогою до лікарів. Це призводить до збільшення кількості випадків ускладнень хвороби, особливо у пацієнтів із хронічними захворюваннями, включаючи ГХ. У свою чергу, це впливає на високі показники інвалідності та скорочення тривалості життя, яка в Україні щонайменше на 10 років нижча, ніж у країнах ЄС [83,84,85,97].

За результатами дослідження [86] основними причинами, що спонукають хворих вдаватися до самолікування – це брак часу відвідати лікаря, що пов'язано з великим навантаженням на роботі (56%), окремі респонденти ставляться з

недовірою до призначення лікарів (37%) і мають, на їх думку, достатньо власних знань про принципи лікування своїх захворювань та механізми дії ліків (29%) (рис.2.3).

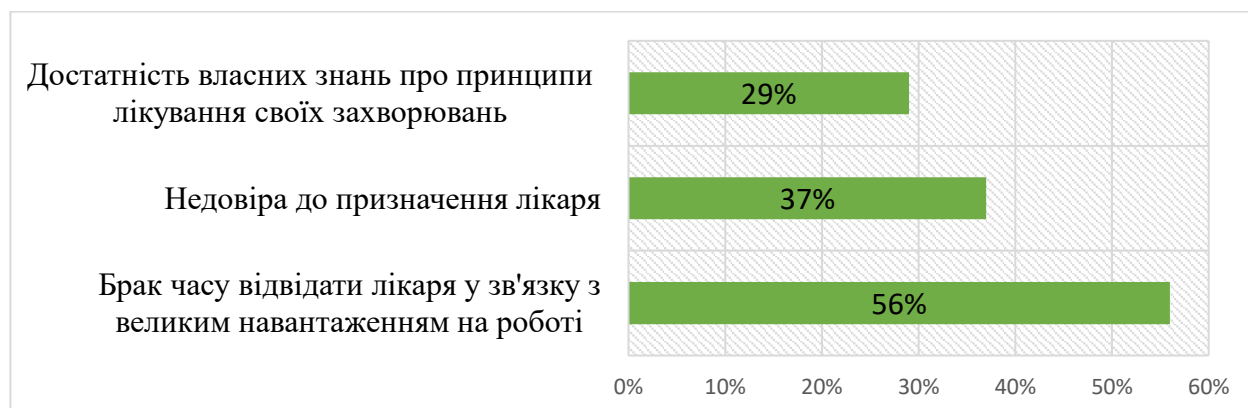


Рис. 2.3. Причини, що спонукали респондентів до самолікування [86].

Самолікування хворих на ГХ становить серйозну проблему для системи громадського здоров'я, оскільки воно призводить до зростання ризику ускладнень, підвищення рівня госпіталізацій та зниження ефективності державних програм профілактики й лікування. У випадку ГХ неконтрольоване застосування антигіпертензивних ЛЗ без належного медичного нагляду зумовлює нестабільність перебігу захворювання та збільшує ймовірність розвитку серцево-судинних патологій та смертності пацієнтів. Також самолікування хворих на ГХ формує додаткове економічне навантаження на систему охорони здоров'я через витрати на лікування ускладнень, знижує рівень довіри населення до призначень лікарів. Отже, самолікування є суттєвим негативним фактором, що впливає на якість та результативність заходів громадського здоров'я.

Запровадження е-рецепта дозволяє визначити дані щодо обсягів вживання ліків, включаючи АГЛЗ, що у подальшому забезпечить обґрунтоване визначення прогнозованих обсягів потреби в ЛЗ і побудувати систему клінічного моніторингу. Це дозволяє досліджувати ефективність ЛЗ та відслідковувати їх клінічну ефективність. Також, е-рецепт має ряд переваг над паперовим бланком як для пацієнтів, так і для лікарів: пацієнту не потрібно вчитуватися в почерк лікаря в пошуці потрібних ЛЗ, вся інформація про рецепт буде доступна в інформаційній довідці; функціонал е-рецепта спрощує процес виписування рецептів для

медичних працівників; мінімізуються помилки в бланках; заощаджує час для ефективної взаємодії лікаря та пацієнта [78,81],

Отже, проєкт «Е-рецепт» у системі фармацевтичного забезпечення хворих на ГБ є значимим інструментом підвищення доступності та ефективності фармакотерапії. Впровадження е-рецептів забезпечує прозорість відпуску антигіпертензивних ЛЗ, спрощує участь в урядовій програмі реімбурсації «Доступні ліки» та зменшує ризик необґрунтованих лікарських призначень. Також е-рецепти сприяють підвищенню прихильності пацієнтів до лікування, оскільки дозволяють уникнути помилок у виписуванні, полегшують контроль за безперервністю терапії та інтегрують процес взаємодії між лікарем і фармацевтом у єдиній системі eHealth.

Важливого значення для підвищення безпеки та ефективності лікування хворих на ГХ у системі фармацевтичного забезпечення населення набуває фармаконагляд.

Фармаконагляд – процес, пов'язаний із виявленням, збором, оцінкою, вивченням та запобіганням виникненню побічних реакцій, несприятливих подій після будь-яких питань, пов'язаних з безпекою та ефективністю застосування ЛЗ [88],

Система фармаконагляду забезпечує контроль побічних ефектів від застосування ліків. Для АГЛЗ фармаконагляд дозволяє вчасно виявляти небажані ефекти (наприклад, електролітні порушення при прийомі діуретиків, кашель при використанні інгібіторів АПФ тощо). До збору інформації про побічні реакції застосування АГЛЗ долучаються лікарі та фармацевти, які передають інформацію до Державного експертного центру МОЗ України, що відповідає за систему фармаконагляду. Також на сайті ДЕЦ МОЗ України фахівці охорони здоров'я завжди можуть ознайомитися з актуальною інформацією щодо безпеки ЛЗ, що у подальшому сприятиме ефективній та раціональній фармакотерапії хворих на ГХ.

Зокрема, у розділі «Актуальна інформація з безпеки лікарських засобів» 11.06.2025 р. була розміщена інформація про необхідність ретельного контролю АТ під час фармакотерапії окремим ЛЗ [89].

Маючи інформацію про побічні реакції застосування АГЛЗ, лікарі матимуть

можливість більш обґрунтовано підходити до фармакотерапії хворих на ГХ, що сприятиме зменшенню кількості ускладнень ССЗ та підвищенню якості життя пацієнтів. Окрім того, впровадження системи фармаконагляду може бути підґрунтям раціоналізації фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, тобто обґрунтовано підходити до виключення неефективних або небезпечних АГЛЗ із державних програм реімбурсації.

Значне місце у системі медико-фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, посідають й інформаційно-профілактичні заходи.

Наприклад, у 2019 р. ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН» та Асоціація серцево-судинних хірургів України за сприяння МОЗ України та НАМН України були ініціаторами та організаторами Всеукраїнського проекту «Зупинити епідемію серцево-судинних катастроф» [90]. Цей проєкт передбачає консолідацію лікувальних, організаційних та фармацевтичних заходів, спрямованих на зниження рівня смертності від серцево-судинних ускладнень, включаючи ГХ, шляхом створення єдиної бази даних пацієнтів та розбудови мережі регіональних кардіологічних центрів. Одним із компонентів Всеукраїнського проекту «Зупинити епідемію серцево-судинних катастроф» є оцінка доступності фармакотерапії та покращення організації фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ССЗ, включаючи ГХ.

Значимим інформаційно-профілактичним заходом у системі медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, є національна програма по зменшенню споживання солі.

Надмірне споживання солі, на думку фахівців, серйозний фактор ризику для здоров'я, який прямо пов'язаний з підвищеним АТ, розвитком ССЗ, хронічною хворобою нирок, які посідають провідні місця у структурі захворюваності та смертності в Україні. Саме тому питання зниження споживання солі потребує особливої уваги та є одним із пріоритетів у профілактиці неінфекційних хвороб.

Рекомендована ВООЗ норма споживання солі 5 г на день для дорослих. В Україні ж середнє споживання солі у 2,5 рази перевищує цю рекомендацію і складає 12,6 грама на день, за даними загальнонаціонального дослідження для вивчення

поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань STEPS (2019). Зменшення споживання солі допомогло б запобігти поширенню ССЗ включаючи ГХ [91,93].

Організаційні заходи щодо реалізації національної програми по зменшенню споживання солі передбачають активізацію роботи лікарів у напрямку профілактики та немедикаментозного лікування ГХ стосовно рекомендацій щодо застосування заміників солі, збагачених калієм та продуктів зі зменшеним вмістом солі; організацію соціальної реклами щодо методів профілактики та немедикаментозного лікування ГХ шляхом коригування споживання натрію (солі) і калію з продуктами харчування; організацію зменшення вмісту солі у продуктах харчування, що виробляються харчовою індустрією, та організацію широкомасштабного виробництва продуктів харчування з використанням солезамінників, збагачених калієм; інтеграцію інформаційно-профілактичних заходів лікарів і фармацевтів; залучення фармацевтів до інформаційно-консультативних кампаній [92,94].

Програма по зменшенню споживання солі має профілактичний характер і спрямована на зниження рівня споживання солі населенням України як провідного фактору ризику розвитку АГ. Участь фармацевтів у поширенні інформаційних матеріалів дозволяє інтегрувати фармацевтичне забезпечення у профілактичні заходи.

На основі аналізу національної системи медичного та фармацевтичного забезпечення пацієнтів із ГХ у сфері організаційних та інформаційно-профілактичних заходів нами сформульовано узагальнені рекомендації щодо шляхів її вдосконалення з урахуванням принципів громадського здоров'я, які викладені у наступному розділі кваліфікаційної роботи.

Таким чином, організаційні та інформаційно-профілактичні заходи медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, які запроваджені в Україні, будуть сприяти зниженню рівня захворюваності та серцево-судинних ускладнень (інсульту, інфаркту), підвищенню прихильності пацієнтів до лікування, оптимізації витрат системи охорони здоров'я через попередження госпіталізацій та поліпшенню якості життя пацієнтів і підвищенню середньої тривалості життя населення країни.

### 2.3. Реалізація урядової програми реімбурсації «Доступні ліки» та її роль у забезпеченні доступності населення, хворих на гіпертонічну хворобу, антигіпертензивними лікарськими засобами

Для зменшення фінансового навантаження на пацієнтів та збільшення доступності ліків урядом України було впроваджено програму реімбурсації «Доступні ліки», яка реалізується з квітня 2017 р. Завдяки програмі реімбурсації населення країни з хронічними захворюваннями мають можливість отримувати необхідні ЛЗ безоплатно або з частковою доплатою.

Метою запровадження програми «Доступні ліки» було забезпечити пацієнтам поліпшення доступу до 23 лікарських засобів для амбулаторного лікування хронічних неінфекційних захворювань.

Адміністратором урядової програми реімбурсації «Доступні ліки» є НСЗУ (з 01.04.2019 р.), яка напряму відшкодовує аптекам вартість відпущених пацієнтам ЛЗ за рецептом [77,98].

Програма «Доступні ліки» починалася з трьох напрямів: серцево-судинні захворювання, діабет II типу, бронхіальна астма, проте постійно розширюється і станом на 2025 р. включає ЛЗ для більш 10 напрямів, які наведено в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

#### Напрями реалізації урядової програми «Доступні ліки»

Напрями реалізації програми (станом на липень 2025 р.)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання;</li> <li>• профілактика інсультів та інфарктів;</li> <li>• нецукровий діабет;</li> <li>• цукровий діабет I типу (інсулін) та діабет II типу;</li> <li>• хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів;</li> <li>• розлади психіки та поведінки;</li> <li>• епілепсія;</li> <li>• хвороба Паркінсона;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• хвороби ендокринної системи;</li> <li>• біль та надання паліативної допомоги;</li> <li>• метаболічні, аутоімунні та запальні захворювання;</li> <li>• глаукома*;</li> <li>• лікування мігрені;</li> <li>• особам у посттрансплантаційному періоді;</li> <li>• лікування захворювань у дітей*.</li> </ul>

\* Примітка: Реімбурсація ЛЗ за цими напрямками запроваджена з липня 2025 року.

Механізм відшкодування вартості (реімбурсації) поширюється на різноманітні категорії ЛЗ для лікування хвороби, які найбільше впливають на показники смертності населення України або суттєво знижують якість життя пацієнта та ефективно лікуються на амбулаторному рівні. Держава компенсує вартість ліків за найнижчою ціною, поданою виробником для участі в реімбурсації «Доступні ліки». Пацієнт отримує ЛЗ безкоштовно, або за доплату, якщо ціна перевищує граничну оптово-відпускну. Ціни визначає МОЗ України, порівнюючи їх з аналогами у п'яти сусідніх країнах: Польщі, Словаччині, Угорщині, Чехії, Латвії [66,77,101,109].

Перелік лікарських засобів, які підлягають реімбурсації за державною програмою постійно оновлюється та доповнюється. Кількість препаратів продовжувала збільшуватися навіть під час повномасштабного вторгнення. Так, у 2025 р. Перелік ЛЗ, які підлягали реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 26.02.2025 р., було затверджено наказом МОЗ України від 13.03.2025 р. № 440 та набув чинності з 31.03.2025 р. Перелік ЛЗ містить: лікарські засоби – 502 позиції, що на 30 позицій більше, ніж у попередньому Переліку ліків; інсуліни – 61 позиція, що на 2 позиції менше, ніж у попередньому Переліку ліків; комбіновані препарати – 11 позицій, що на 2 позиції більше, ніж у попередньому Переліку ліків [99]. Наказом МОЗ України від 10.09.2025 р. № 1409 було затверджено новий Перелік ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державною програмою, станом на 28.08.2025 р., і набув чинності з 30.09.2025 р. Тому наказ МОЗ України від 13.03.2025 р. № 440 втратив чинність.

До розширеної програми на 2025 р. увійшло понад 52 нові торгові назви ЛЗ, зокрема 23 – комбінованих препарати для лікування ССЗ, включаючи ГХ [77,100,102].

Реімбурсація комбінованих ЛЗ для лікування ССЗ стала важливим кроком у 2025 р. Попередні переліки ЛЗ, що підлягають реімбурсації, включали лише одноконтентні препарати, проте зараз пацієнти з АГ зможуть отримувати комбіновані ліки, що містять кілька активних речовин. Такі ЛЗ не лише ефективніше контролюють АТ, знижуючи ризик інсультів і серцево-судинних ускладнень, а й

забезпечують зручність прийому, що сприяє кращому дотриманню лікування [109].

Кількість пацієнтів, що скористалися державною програмою реімбурсації «Доступні ліки» [110], наведено на рис. 2.4.

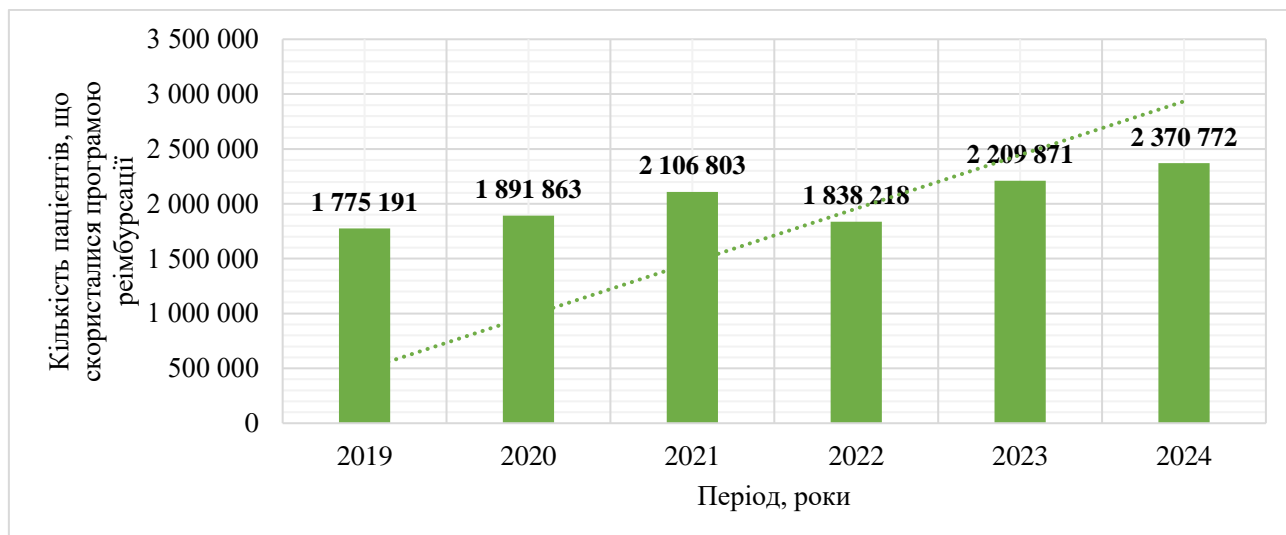


Рис. 2.4. Динаміка кількості пацієнтів урядової програми «Доступні ліки»

Як свідчать отримані результати, кількість пацієнтів, що залучаються до реалізації урядової програми «Доступні ліки», щороку зростає. Всього у 2024 р. 2,37 млн. пацієнтів скористалися програмою реімбурсації.

Ключову роль у реалізації урядової програми «Доступні ліки» та забезпеченні населення, хворих на ГХ, антигіпертензивними ЛЗ відіграє НСЗУ, яка виконує функцію замовника та організатора системи реімбурсації ЛЗ. НСЗУ укладає договори з аптечними закладами; формує та оновлює реєстр реімбурсації ЛЗ, в який включаються антигіпертензивні препарати; здійснює відшкодування вартості відпущених АГЛЗ; забезпечує контроль за ефективністю використання бюджетних коштів на погашення рецептів [103, 101, 102].

Безпосередніми виконавцями урядової програми «Доступні ліки» є аптечні заклади, які забезпечують доступність АГЛЗ для пацієнтів, у т.ч. в сільських та віддалених регіонах країни; реалізують ЛЗ за е-рецептами, що сприяє підвищенню прозорості та контролю за використанням бюджетних коштів; інформують пацієнтів про наявність ЛЗ, що входять до програми реімбурсації; отримують відшкодування від НСЗУ за відпущені антигіпертензивні ЛЗ та беруть

участь у підвищенні прозорості фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ [104, 101, 102].

У межах програми реімбурсації «Доступні ліки» пацієнти, хворі на ГХ, забезпечуються базовими АГЛЗ, які рекомендовані міжнародними протоколами лікування АГ. Це забезпечує населенню країни, хворих на ГХ, доступність до ефективних та недорогих ЛЗ. Реалізація урядової програм зменшує фінансове навантаження на пацієнтів, хворих ГХ, та підвищує їх прихильність до лікування.

Право на отримання медичної допомоги на засадах справедливості і в необхідному обсязі – одне з основних прав людини, а ЛЗ є невід’ємною частиною сучасної системи охорони здоров’я. Тому доступність ліків є однією з найважливіших складових фундаментального права людини. Уряди країн активно декларують необхідність докладання усіх можливих зусиль до того, щоб поліпшити доступність ЛЗ для тих, кому вони необхідні.

Важливим соціально-економічним показником розвитку системи охорони здоров’я є фізична та соціально-економічна доступність ЛЗ. Фізична складова визначає пропозицію для населення якісних ліків у необхідних кількості й асортименті. Соціально-економічна складова визначається купівельною спроможністю пацієнта й ефективним використанням наявних фінансових ресурсів держави [107].

Доступність медикаментозної терапії для населення, хворих на ГХ, передбачає фізичну та економічну доступність ЛЗ та забезпечується наявністю фізичної присутності АГЛЗ в Переліках ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державними програмами та купівельною спроможністю пацієнтів.

Урядова програма «Доступні ліки», яка була запроваджена в Україні в 2017 р., протягом наступних років постійно диверсифікувалася і до Переліку ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державною програмою, долучалися нові препарати, включаючи АГЛЗ. На підставі інформації та публікацій, що розміщені на офіційних сайтах МОЗ України (<https://moz.gov.ua>), НСЗУ (<https://nszu.gov.ua>), ДЕЦ МОЗ України (<https://www.dec.gov.ua/>), Центру громадського здоров’я МОЗ України (<https://phc.org.ua/>), Урядового порталу (<https://www.kmu.gov.ua/>), ВР Укра-

їни: законодавство України (<https://zakon.rada.gov.ua>) та ін. нами проаналізована динаміка фізичної доступності АГЛЗ для населення України, хворих на ГХ, за програмою «Доступні ліки». Отримані результати наведені на рис. 2.5.

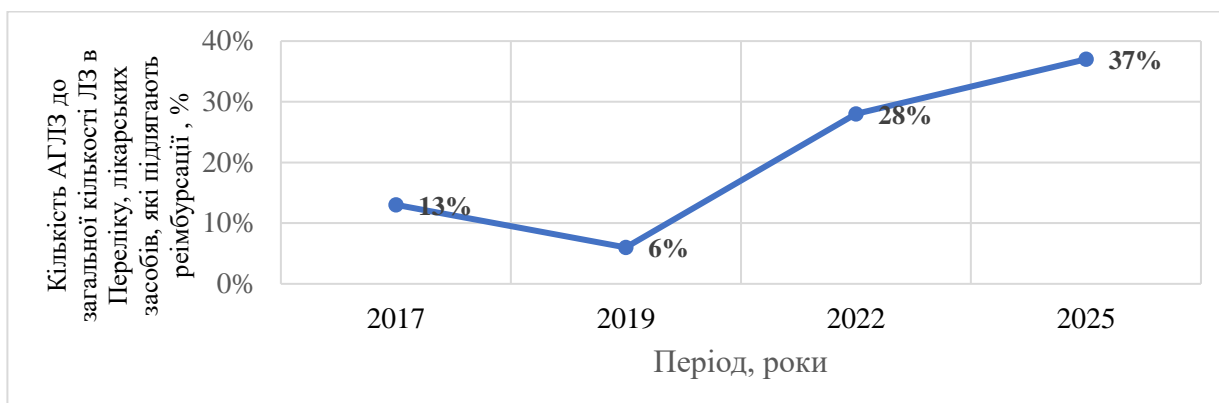


Рис.2.5. Динаміка фізичної доступності АГЛЗ для населення України, хворих на ГХ, згідно урядової програми «Доступні ліки»

Як свідчать отримані результати, урядова програма «Доступні ліки», яка реалізується в Україні з 2017 р., поступово розширювала перелік ЛЗ, які підлягають реімбурсації, включаючи АГЛЗ. Так, у 2017 р. програма включала 13% АГЛЗ за торговельними назвами, асортимент яких в основному складався із діуретиків та інгібіторів АПФ; у 2019 р. асортимент ЛЗ став більш широким та глибоким і Перелік ЛЗ містив близько 400 позицій препаратів, з яких 25 позицій (6%) обіймали АГЛЗ (з  $\beta$ -блокаторами та блокаторами кальцієвих каналів). У 2022 р. до Переліку ЛЗ в межах програми «Доступні ліки» було додано нові фіксовані комбінації засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему (RAAS) + діуретик/блокатор кальцію, що збільшило частку антигіпертензивних позицій до 28%, а частку монопрепаратів і комбінацій серед усіх ССЗ до 15 %. У 2025 р. до Переліку ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державною програмою, було долучено 23 торгові назви комбінованих препаратів для лікування ССЗ, у т.ч. ГХ, які містять у складі 2 або більше активних речовин та дозволяють краще контролювати АТ, серцевий ритм, а також запобігати ризику розвитку ССЗ. Комплексна дія сприяє зниженню ризику інфарктів, інсультів та інших серцево-судинних ускладнень. У програму увійшли 3 комбінації міжнародних непатентованих назв препаратів:

- Лізиноприл + Гідрохлортіазид (Lisinopril + Hydrochlorothiazide);

- Телмісартан + Амлодипін (Telmisartan + Amlodipine);
- Телмісартан + Гідрохлортіазид (Telmisartan + Hydrochlorothiazide) [105].

Частка АГЛЗ за торговельними назвами у переліку ЛЗ станом на липень 2025 р. складала 37% від усіх позицій ЛЗ [108,30,98,105].

Отже, динаміка розвитку урядової програми «Доступні ліки» демонструє поступове підвищення рівня фізичної доступності АГЛЗ для населення, хворих на ГХ, розширення асортименту препаратів, збільшення фіксованих комбінацій, що відповідає міжнародним рекомендаціям з ведення АГ, зокрема Європейського товариства з гіпертензії (ESH), Європейського товариства кардіологів (ESC), Американського товариства гіпертензії (ASH), Міжнародного товариства з гіпертензії (ISH) та ін. і сприяє поліпшенню контролю АТ серед населення країни.

У межах програми «Доступні ліки» НСЗУ фінансує відпуск АГЛЗ через аптечні заклади, які уклали відповідні договори, а пацієнт отримує препарат на безкоштовній основі або з частковою доплатою в залежності від категорії реімбурсації. Наприклад, ЛЗ Амлодипін (Amlodipine) українського виробника ТОВ «ФК «Здоров'я» пацієнт може отримати в аптеці безкоштовно за е-рецептом, а за ЛЗ угорського виробника АТ «Фармацевтичний завод «Тева» пацієнту необхідно буде доплати суму у розмірі 22,63 грн. за споживчу упаковку (станом на 01.07.2025 р.)

Нами також було встановлено, що для підвищення фізичної доступності ЛЗ для населення України, хворих на ГХ, у межах програми реімбурсації, запроваджена послуга «Укрпошта. Аптека». З цією метою було укладено договір між НСЗУ та Укрпоштою, згідно якого населення України, у т.ч. що хворіє на ГХ, може скористатися даною послугою «Укрпошта. Аптека», включаючи прифронтові території, де доступ до ліків ускладнений. Терміни доставки – до 3-х днів між обласними центрами (без урахування дня відправлення) [106].

На наступному етапі роботи нами було проаналізовано результати реалізації програми «Доступні ліки». З цією метою за офіційними даними НСЗУ [80] проаналізували окремі кількісні показники: кількість місць відпуску ЛЗ за е-рецептами в розрізі географічного критерію сегментування фармацевтичного ринку та

кількість погашених е-рецептів за останній рік на прикладі ССХ, включаючи ГХ. З метою забезпечення фізичної доступності населення, хворих на ГБ, в Україні на момент нашого дослідження було 9 102 місця відпуску АГЛЗ за е-рецептами в межах державної програм реімбурсації (рис. 2.6).

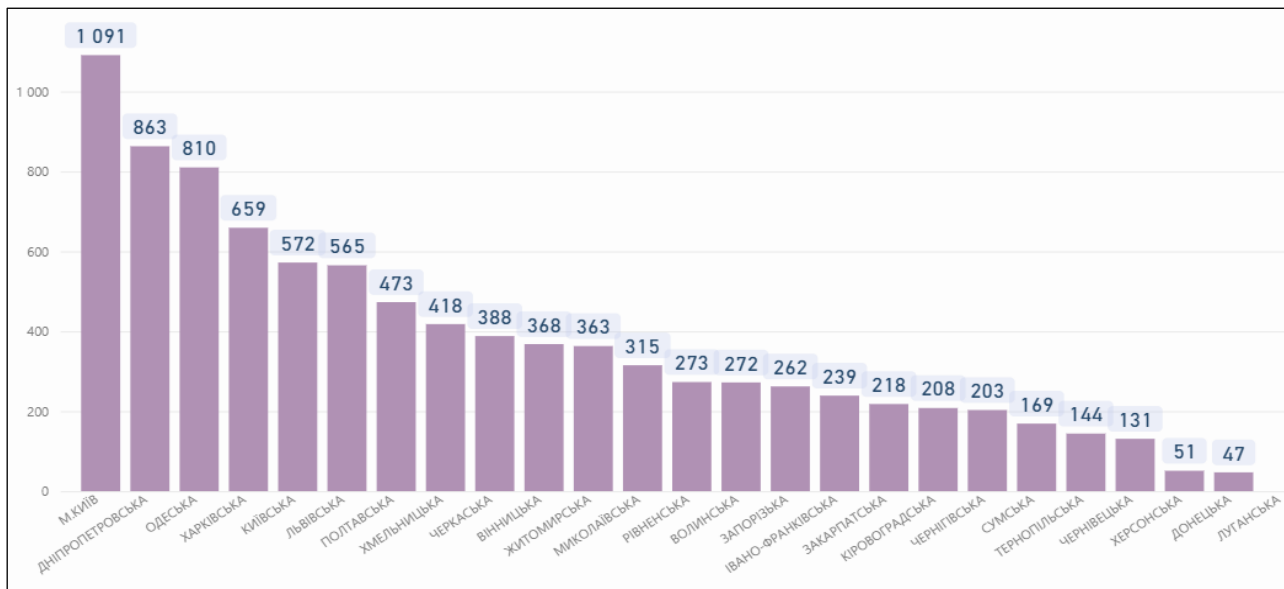


Рис. 2.6. Сегментування аптечних закладів, які відпускали АГЛЗ за програмою реімбурсації, за географічним критерієм згідно даних НСЗУ [80].

Як свідчить аналіз, спостерігаються регіональна відмінності у фізичній доступності АГЛЗ для населення країни, хворих на ГХ. У межах областей України найбільша кількість аптечних закладів, що реалізують урядову програму реімбурсації в розрізі АГЛЗ, спостерігалася в Дніпропетровській (863 місця), Одеській (810 місць) та Харківській (659 місць) областях. Найменша кількість аптечних закладів, які реалізували програму реімбурсації, в Херсонській (51 місце), Донецькій (47 місць) та Луганській (0 місць) областях. Низький рівень фізичної доступності АГЛЗ в цих областях пов'язаний з окупацією значної частини населених пунктів у зв'язку з воєнною агресією РФ. Незначна кількість місць відпуску АГЛЗ в межах програми реімбурсації спостерігалася в Чернівецькій (131 місце) та Тернопільській (144 місця) областях.

Найбільша кількість аптечних закладів, що реалізують урядову програму реімбурсації в розрізі АГЛЗ, знаходяться в таких містах: Київ (1091 місце відпуску АГЛЗ), Одеса (465 місць) та Харків (456 місць), Дніпро (372 місця) (рис.2.7).

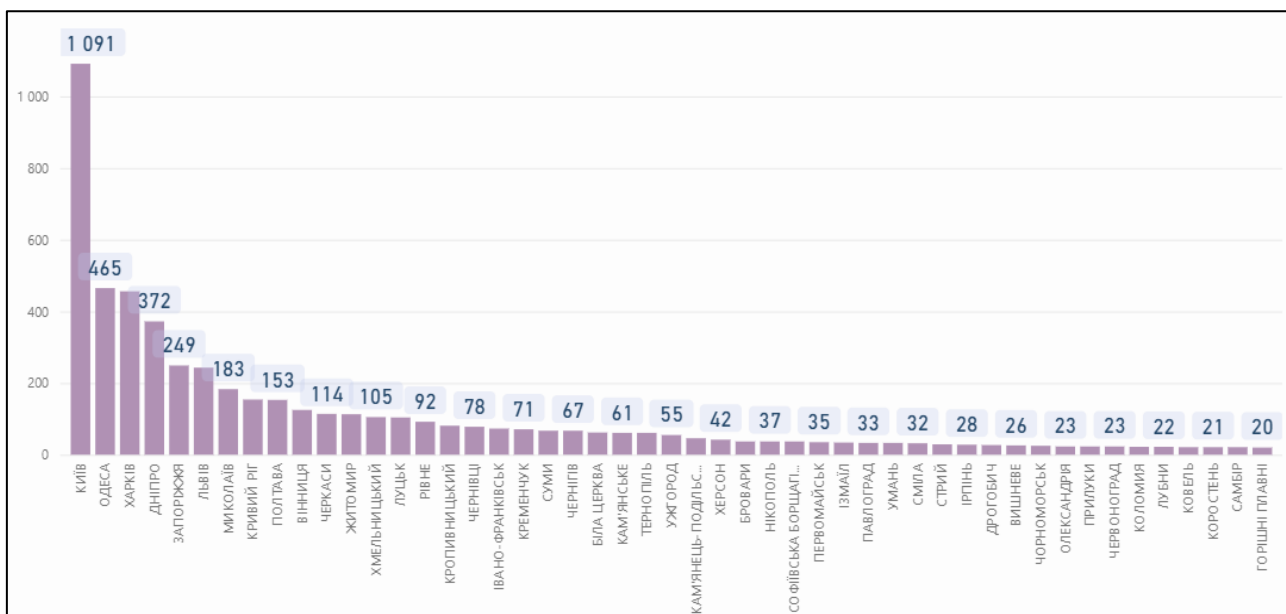


Рис. 2.7. Сегментування аптечних закладів, які відпускали АГЛЗ за програмою реімбурсації, за населеними пунктами згідно даних НСЗУ [80].

Лева частина – 80,4 % аптечних закладів (7320 аптек), що реалізують урядову програму реімбурсації, знаходиться у міській місцевості. У сільській місцевості забезпечують фізичну доступність АГЛЗ для населення, хворих на ГХ, тільки 19,6 % аптечних закладів, із яких 1440 знаходяться у селах і 342 в селищах міського типу (рис.2.8).

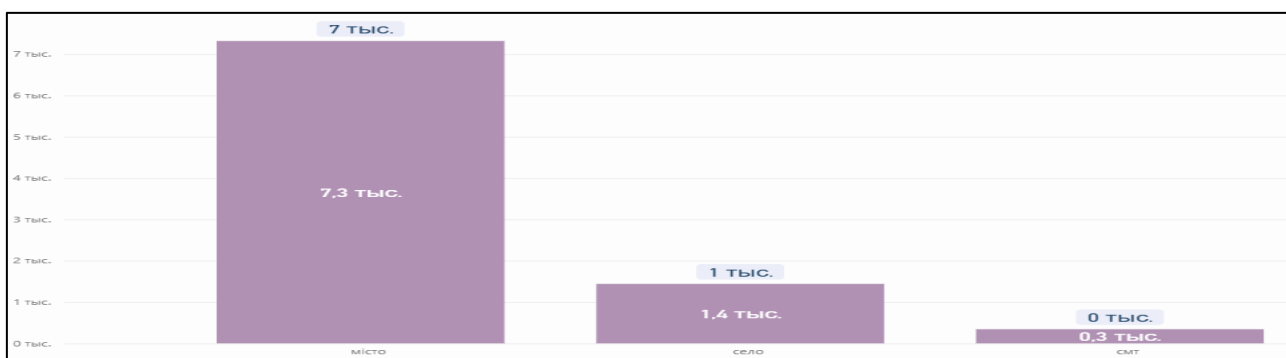


Рис. 2.8. Сегментування аптечних закладів, які відпускали АГЛЗ за програмою реімбурсації, за типом населених пунктів згідно даних НСЗУ [80].

За результатами аналізу можна стверджувати, що у сільського населення, хворих на ГХ, існує обмежена фізична доступність до АГЛЗ в межах реалізації урядової програми реімбурсації. Це одна із досить актуальних проблем сьогодні, яка потребує вирішення на державному та регіональному рівнях. Дефіцит

фармацевтичних кадрів, нерівномірне територіальне розташування аптечних закладів та недостатня кількість пунктів відпуску АГЛЗ у рамках урядової програми реімбурсації «Доступні ліки» ускладнюють безперервність фармакотерапії для значної частини населення країни, хворих на ГХ. Додатковою логістичною перешкодою сьогодні є низький рівень транспортної доступності, що створює труднощі для осіб літнього віку, які становлять найбільш вразливу групу.

Значимими шляхами подолання цієї проблеми у контексті системи громадського здоров'я, на нашу думку, є розширення мережі аптек-партнерів програми «Доступні ліки», особливо в сільській місцевості та окремих областях країни, особливо в областях західної частини України (Чернівецька, Тернопільська, Закарпатська, Івано-Франківська області), яка потребує розширення кількості аптечних закладів з урахуванням кількості мешканців цих громад; впровадження електронних сервісів для замовлення та доставки АГЛЗ; збільшення кількості мобільних аптечних пунктів у віддалені громади; стимулювання співпраці з місцевими органами влади з метою забезпечення рівного доступу до фармацевтичних послуг. Окреслені заходи сприятимуть зменшенню нерівностей у доступі до лікування та підвищенню ефективності контролю АГ на рівні населення.

Важливого значення для оцінки ефективності державної програми реімбурсації «Доступні ліки» набуває показник кількості погашених е-рецептів, який демонструє доступність пацієнтів до ЛЗ та фармакотерапії. Ключові аспекти показника кількості погашених е-рецептів наведені на рис. 2.9.

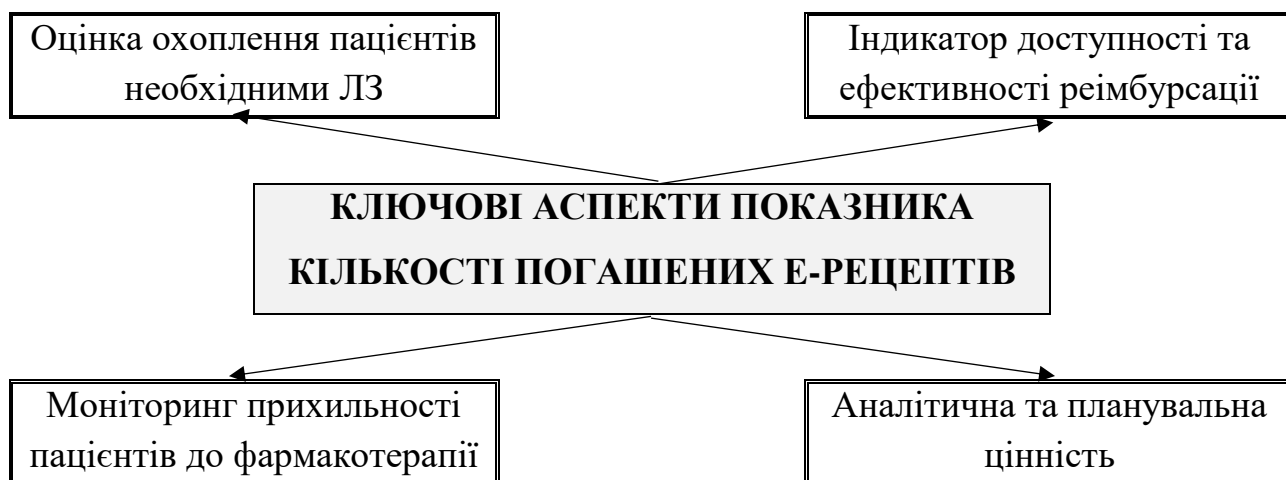


Рис.2.9. Ключові аспекти показника кількості погашених е-рецептів за програмою реімбурсації «Доступні ліки»

Оцінка охоплення пацієнтів необхідними ЛЗ показує, скільки пацієнтів реально отримали ліки за програмою реімбурсації, тобто скільки рецептів було фактично погашено в аптечних закладах. Це дозволяє визначити, наскільки державна програма забезпечує населення необхідними ЛЗ. Висока кількість погашених рецептів свідчить про ефективність механізму відшкодування вартості ліків і доступність ЛЗ для пацієнтів. Низька кількість погашених рецептів вказує на можливі проблеми, що пов'язані з обмеженою доступністю ЛЗ, труднощами в аптеках, низькою обізнаністю пацієнтів та ін. Моніторинг прихильності пацієнтів до фармакотерапії відносно показує продовження лікування пацієнтами: якщо рецепт виписаний, але не погашений, пацієнт не отримав ЛЗ і терапія може бути перервана. Також на основі показника кількості погашених рецептів за програмою реімбурсації можна планувати закупівлі та розподіл ЛЗ; аналізувати ефективність програм реімбурсації; оцінювати фінансові витрати держави на ЛЗ; визначати регіони з низьким рівнем доступу населення до лікування.

На наступному етапі, на підставі інформації, яка є у вільному доступі [80, 110, 111, 112], нами була проаналізована динаміка кількості виписаних та погашених е-рецептів за програмою реімбурсації «Доступні ліки» за останні п'ять років. Отримані результати наведені в табл. 2.6.

Таблиця 2.6.

**Рівень погашення е-рецептів за програмою реімбурсації  
«Доступні ліки» в Україні**

Період, роки	Кількість виписаних е-рецептів, млн.од.	Кількість погашених е-рецептів за програмою реімбурсації, млн.од.	Рівень погашення, %
2019	дані відсутні	Програма перейшла під адміністрування НСЗУ з 01 квітня 2019 року	
2020	13,0	11,1	85,4
2021	13,8	11,2	81,2
2023	14,3	12,0	83,9
2024	14,4	12,3	85,4

За результатами аналізу розраховано рівень погашення е-рецептів за урядовою програмою реімбурсації. З цією метою було використано формулу:

$$\text{Рівень погашення ерецептів} = \frac{\text{Кількість погашених ерецептів}}{\text{Кількість виписаних ерецептів}} \times 100\% \quad (2.1)$$

Даний показник відображає доступність ЛЗ для населення, ефективність організаційних механізмів програми та рівень прихильності пацієнтів до фармако-терапії. Високий рівень погашення свідчить про належну реалізацію програми, обґрунтоване забезпечення аптечних закладів ЛЗ та обізнаність пацієнтів щодо можливостей отримання ліків у межах державної підтримки.

Отримані результати свідчать, що рівень погашення е-рецептів, тобто відсоток виписаних е-рецептів на ЛЗ, які пацієнти отримали в аптеках за програмою реімбурсації «Доступні ліки», знаходиться у межах 81,2–85,4%. Тобто значна кількість пацієнтів отримують призначені лікарем ЛЗ, що в загалом вказує на ефективне функціонування державної програми реімбурсації. Водночас частина пацієнтів (14,6-18,8% у різні роки) залишається без доступу до необхідних ЛЗ, що може бути зумовлено регіональними відмінностями у забезпеченні аптек, низькою обізнаністю населення або іншими організаційними та фінансовими перешкодами. Отже, досягнутий рівень погашення є достатньо високим, проте потребує подальшого вдосконалення механізмів забезпечення доступності до ЛЗ для всіх верств населення.

За результатами проведених досліджень у рамках кваліфікаційної роботи і отриманих даних та на підставі контент-аналізу публікацій, можемо констатувати, що реалізація державної програми «Доступні ліки» в Україні у забезпеченні пацієнтів АГЛЗ стикається з низкою проблем та викликів, що обмежують її ефективність. До основних перешкод належать нерівномірне розміщення аптечних закладів в регіонах країни, особливо нагальне питання для сільських місцевостей; нерівномірне забезпечення аптек АГЛЗ; низька обізнаність населення щодо можливостей програми; складнощі адміністрування та технічні збої ЕСОЗ.

Додатково негативно впливають фінансові обмеження та організаційна невідповідність між регіональними структурами охорони здоров'я. У результаті певна частина пацієнтів, хворих на ГХ, не отримує необхідні АГЛЗ. Це знижує рівень прихильності пацієнтів до фармако-терапії та ефективність контролю захворюваності, особливо серед осіб із серцево-судинними патологіями, враховуючи ГХ.

Перспективи розвитку програми «Доступні ліки» пов'язані з удосконаленням її організаційних та фінансових механізмів, спрямованих на підвищення доступності ЛЗ для населення, хворих на ГХ. Очікується розширення переліку препаратів, оптимізація процесів електронного адміністрування та посилення контролю за рівномірним забезпеченням аптечної мережі. Важливим напрямом є підвищення обізнаності пацієнтів та впровадження інструментів моніторингу прихильності до терапії. Урахування виявлених проблем дозволить підвищити ефективність програми та забезпечити її сталий внесок у зниження тягаря хронічних захворювань в Україні [66,70,80,104].

Узагальнення проблем та перспектив розвитку державної програми реімбурсації «Доступні ліки» наведено на рис.2.10.



Рис. 2.10. Проблеми та перспективи державної програми «Доступні ліки»

Таким чином, аналіз проблем та перспектив програми «Доступні ліки» свідчить, що попри наявні організаційні, фінансові та технічні перешкоди, вона має значний потенціал подальшого розвитку. Реалізація заходів щодо диверсифікації переліку ЛЗ, вдосконалення електронної системи та підвищення обізнаності населення сприятиме зростанню доступності АГЛЗ. Важливим напрямом є посилення моніторингу прихильності пацієнтів, хворих на ГХ, до фармакотерапії та забезпечення рівномірного розподілу ресурсів між регіонами. У комплексі це дозволить підвищити ефективність державної програми реімбурсації «Доступні ліки» та зробити вагомий внесок у зниження тягаря хронічних захворювань в Україні.

#### **2.4. Маркетингові та фармакоеконімічні дослідження і вивчення економічної доступності лікарських засобів, призначених для лікування гіпертонічної хвороби**

Своєчасне і якісне забезпечення населення України ЛЗ є однією з найважливіших задач вітчизняної охорони здоров'я, яка є особливою сферою соціальної політики держави щодо забезпечення громадян медичною та фармацевтичною допомогою [107].

Для лікування населення, хворих на ГХ, пріоритетним є зниження АТ. З цією метою застосовують конкретні групи АГЛЗ, враховуючи користь лікування для зниженням АТ у пацієнтів.

ЛЗ, що застосовуються для лікування АГ, згідно з АТС-класифікації [115] належать до першої анатомічної групи (С – засоби, що впливають на серцево-судинну систему) і другої терапевтичної (С02 –гіпотензивні засоби) групи. Водночас для лікування АГ застосовують ЛЗ й інших терапевтичних груп за АТС-класифікації, зокрема: С03 – сечогінні препарати, С07 – блокатори бета-адренорецепторів, С08 – антагоністи кальцію, С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему.

Отже, АГЛЗ охоплюють декілька фармакотерапевтичних груп препаратів, які відрізняються різними механізмами дії та клінічними показаннями до

застосування, проте мають спільну мету – зниження АТ. Це надає можливість індивідуалізації фармакотерапії відповідно до супутніх патологічних станів та особливостей пацієнтів.

Згідно УКПМД «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» [1] лікування АТ на рівні первинної медичної допомоги здійснюється із застосуванням АГЛЗ I ряду (тз/тзп-Діуретики, іАПФ, БРА, БКК, БАБ) як в монотерапії, так і в комбінаціях. Для більшості пацієнтів рекомендовано починати лікування з подвійної комбінації у складі іАПФ/БРА + БКК або тз/тзп-діуретик. Якщо цільовий АТ не досягнуто при застосуванні подвійної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах відповідних компонентів, призначити потрібну комбінацію у складі іАПФ/БРА + БКК або + тз/тзп діуретик.

На підставі результатів дослідження науковців [114], нами була визначена частота призначень лікарями АГЛЗ під час надання медичної допомоги пацієнтам із ССЗ для зниження АТ. Найчастіше лікарі призначали такі АГЛЗ: іАПФ – еналаприл, лізиноприл, каптоприл, периндоприл, раміприл; БРА – валсартан, лозартан, телмісартан, кандесартан, ірбесартан; тз/тзп-Діуретики – індапамід, фуросемід, гідрохлортиазид, торасемід, спіронолактон.

Враховуючи принципи фармакотерапії АТ згідно УКПМД на рівні первинної медичної допомоги та частоту призначень лікарів АГЛЗ для зниження АТ у пацієнтів із ССЗ, нами було проведено маркетингові та фармакоеконімічні дослідження і вивчення економічної доступності ЛЗ, призначених для лікування хворих на ГХ, на прикладі ЛЗ групи С09А – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ).

Маркетинговий аналіз асортименту АГЛЗ досліджуваної фармакотерапевтичної групи С09А, які використовуються для лікування АТ, проводили за даними Державного реєстру лікарських засобів України [116]. Станом на липень 2025 р. в Україні було зареєстровано 242 торговельних назви ЛЗ групи іАПФ (рис. 2.11).

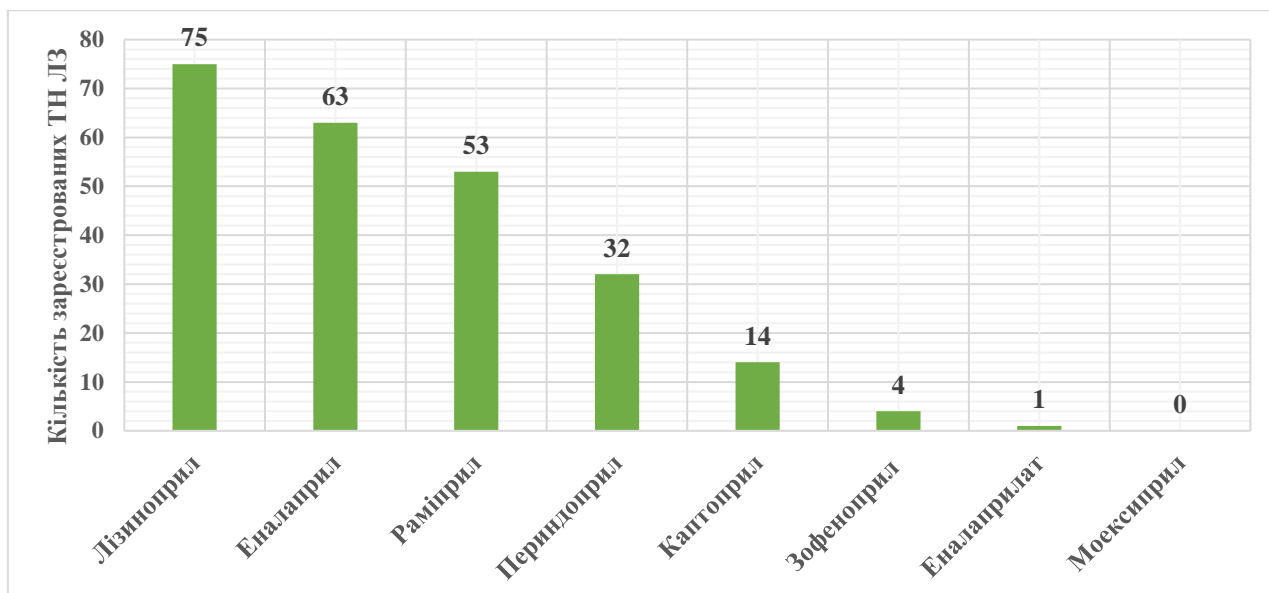


Рис.2.11. Кількість зареєстрованих торговельних назв лікарських засобів іАПФ в Україні станом на липень 2025 р.

Як свідчить аналіз, найбільше на фармацевтичному ринку України представлено ЛЗ досліджуваної групи з діючою речовиною лізиноприл (31%) та еналаприл (26%). Асортимент ЛЗ представлений фармацевтичними виробниками з 16 країн світу. Аналіз пропозицій ЛЗ на вітчизняному ринку свідчить про переважну позицію зарубіжних підприємств – 60%, вітчизняні виробники складають лише 40% (рис.2.12).

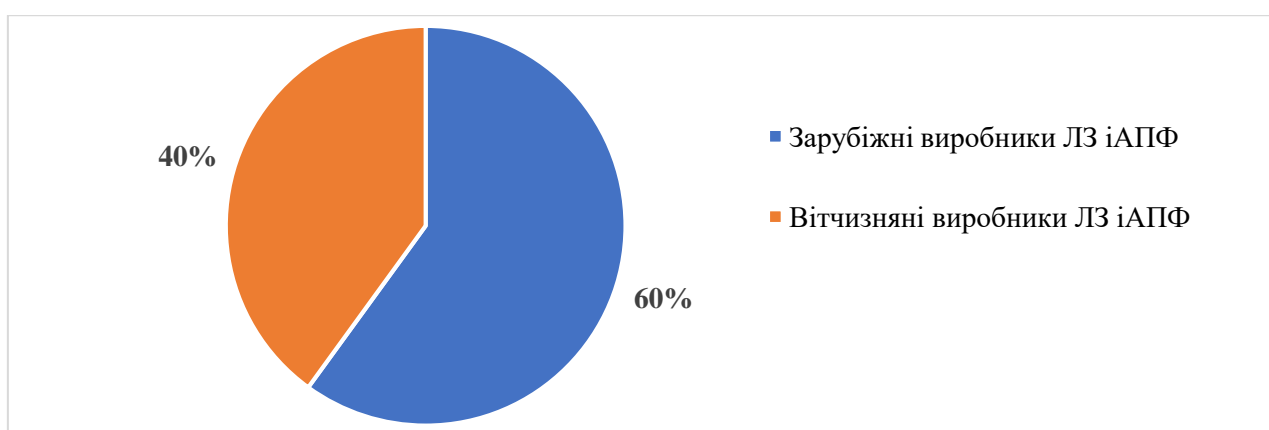


Рис. 2.12. Частка виробників лікарських засобів на прикладі інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту

Серед фірм-виробників іАПФ провідне місце обіймають КРКА (Словенія), Геден Ріхтер і Тева (Угорщина), серед індійських виробників Мелоді Хелтхкер Пвт. Лтд., Аарті Фармалабс Лімітед, Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед.

Основними країнами, що експортують на український фармацевтичний ринок іАПФ є Словенія – 20,70%, Індія – 15,30% та Угорщина – 13,30 (рис.2.13).

Встановлено, що найбільш глибокий асортимент ЛЗ досліджуваної групи спостерігається у препаратів лізиноприлу. Ринок лізиноприлу створюється 42 виробниками фармацевтичної продукції, серед яких 44% вітчизняні виробники та 56% зарубіжні виробники.

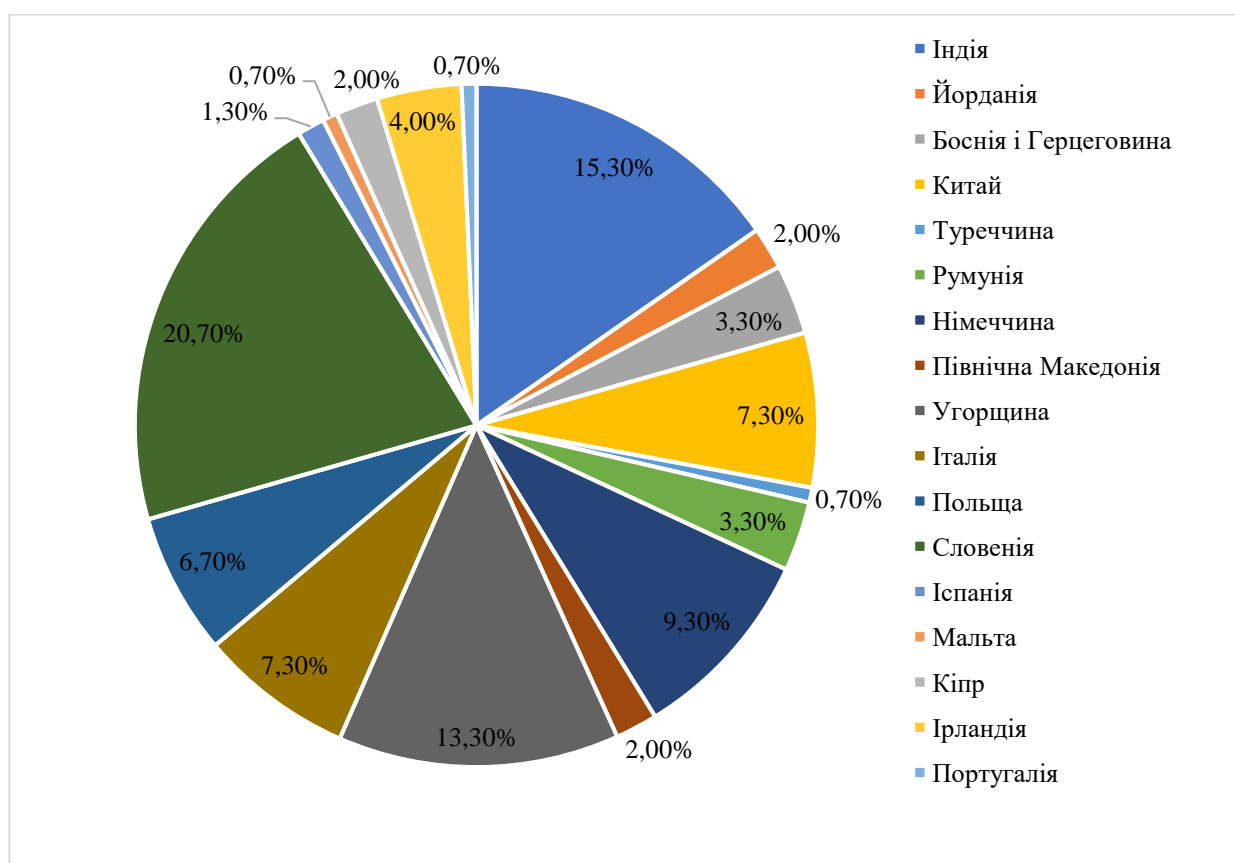


Рис. 2.13. Країни-експортери лікарських засобів іАПФ на український фармацевтичний ринок

В основному ЛЗ досліджуваного асортименту на ринку України представлені в лікарських формах – таблетки (97,3%), препарати у формі капсул – 2% і розчину для ін'єкцій – 0,7%. У формі капсул на ринку представлені індійські препарати раміприлу, у формі ін'єкційного розчину – еналаприлат (Словенія).

Суттєвого значення у фармакотерапії пацієнтів з АГ набуває економічна доступності ЛЗ, призначених для лікування ГХ. У зв'язку з цим, на наступному етапі нашої роботи визначено коефіцієнти ліквідності ціни та адекватності платоспроможності (коефіцієнт доступності) на прикладі ЛЗ іАПФ. Дані коефіцієнти характеризують економічну доступність ЛЗ для пацієнтів. Коефіцієнт ліквідності ціни показує співвідношення між максимальною та мінімальною ціною конкретного ЛЗ в певний період часу, коефіцієнт адекватності платоспроможності населення характеризує в динаміці співвідношення між ціною ЛЗ та платоспроможністю населення. Ціни на ЛЗ іАПФ в Україні визначали за даними онлайн сервісу «Tabletki.ua» станом на липень 2025 р.

Розрахунки коефіцієнта ліквідності ціни проводили за формулою 2.2., коефіцієнта адекватності платоспроможності населення за формулою 2.3 [117].

$$C_{liq} = (C_{max} - C_{min}) / C_{min}, \quad (2.2),$$

де  $C_{liq}$  – коефіцієнт ліквідності ціни;

$C_{max}$  – максимальна ціна ЛЗ на ринку, грн.;

$C_{min}$  – мінімальна ціна ЛЗ на ринку, грн.

$$C_{a.s.} = \frac{P}{W_{a.w.}} \times 100\%, \quad (2.3),$$

де  $C_{a.s.}$  - коефіцієнт адекватності платоспроможності,  $P$  - середньозважена ціна за рік,  $W_{a.w.}$  - середня заробітна плата за рік. Середню заробітну плату за відповідний період визначено за офіційними даними ПФУ (<https://index.minfin.com.ua>).

У науковій та фармакоекономічній літературі  $C_{a.s.}$  зазвичай інтерпретують:  $C_{a.s.} > 1$  – свідчить, що середній дохід пацієнта перевищує витрати на ЛЗ. Це означає високу економічну доступність і менший ризик фінансових перешкод для лікування пацієнтів;  $C_{a.s.} = 1$  – граничний рівень: вартість препарату дорівнює можливостям пацієнта. У такому разі доступність є умовною, оскільки покупка може суттєво обмежити інші витрати;  $C_{a.s.} < 1$  – показує, що дохід пацієнта є нижчим за необхідні витрати на ЛЗ. Це означає низьку економічну доступність, високий ризик відмови від лікування або переривання фармакотерапії. Отже, кращим показником є значення більше 1, адже воно демонструє, що вартість

препарату не перевищує фінансових можливостей пацієнта.

Отримані результати визначення економічної доступності ЛЗ, призначених для лікування АГ, на прикладі групи іАПФ наведені в табл.2.7.

Таблиця 2.7

**Економічна доступність лікарських засобів для лікування АГ  
на прикладі групи іАПФ за МНН**

Дозування ЛЗ	Коефіцієнт ліквідності ціни, <i>C<sub>liq</sub></i>	Коефіцієнт адекватності платоспроможності, <i>C<sub>a.s.</sub></i>	Участь у програмі реімбурсації «Доступні ліки», %	Рівень погашення е-рецептів за програмою реімбурсації «Доступні ліки», %		
<b>Еналаприл</b>						
1,25 мг	0,22	2,79	не бере участі у програмі станом на 01.07.2025 р.			
2,5 мг	0,59	0,23				
5 мг	6,76	0,24	67	77,9		
10 мг	56,17	1,74	36	69,4		
20 мг	18,60	0,95	100	81,6		
<b>Каптоприл</b>						
12,5 мг	0,21	0,62	не бере участі у програмі станом на 01.07.2025 р.			
25 мг	1,49	0,52				
50 мг	2,94	0,74				
<b>Лізиноприл</b>						
5 мг	0,84	0,59	не беруть участі у програмі станом на 01.07.2025 р.			
10 мг	8,78	0,80			28	не виписувалися е-рецепти
20 мг	6,48	1,55			22	
<b>Периндоприл</b>						
2 мг	0,30	1,02	не бере участі у програмі станом на 01.07.2025 р.			
2,5 мг	0,21	1,74				
5 мг	0,80	1,40				
8 мг	4,24	2,53				
10 мг	2,47	3,14				
<b>Раміприл</b>						
1,25 мг	0,24	1,14	не бере участі у програмі станом на 01.07.2025 р.			
2,5 мг	2,91	2,11				
5 мг	5,57	2,23				
10 мг	2,27	2,38				
<b>Зофеноприл</b>						
7,5 мг	0,69	0,75	не бере участі у програмі станом на 01.07.2025 р.			
30 мг	0,92	1,79				

**Примітка:** Еналаприлат і Моексиприл були відсутні в аптечних закладах на момент дослідження

Як свідчать одержані результати, коефіцієнти ліквідності ціни для іАПФ в аптечних закладах України на момент нашого дослідження знаходяться в межах

від 0,21 до 56,17, тобто коливання цін становлять 21,0–5617,0%. Найменше коливання цін спостерігалось для препаратів периндоприлу (2,5 мг), каптоприлу (12,5 мг), еналаприлу (1,25 мг). У цілому, можна стверджувати, що саме ці препарати досліджуваної групи є найбільш доступними для пацієнтів з АГ з економічної точки зору. Найбільше коливання цін спостерігалось для препаратів еналаприлу у дозуванні 10 мг та 20 мг, що свідчить про низьку економічну доступність цих ліків для населення, хворих на ГХ.

Нами встановлено, що в аптечних закладах України на момент дослідження були присутні 240 торговельних назви ЛЗ групи іАПФ. Значний арсенал АГЛЗ сприяє не тільки конкурентоспроможності ліків на ринку, а підвищенню фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ. Хоча в той же час, веде до збільшення можливих ризиків самолікування і нераціонального використання ЛЗ, які, як показує практика, є серйозною перешкодою на шляху до оздоровлення населення країни. Результати розрахунків коефіцієнта адекватності платоспроможності (Ca.s) наведені в табл. 2.7.

Найбільша доступність спостерігалася для препаратів еналаприлу (1,25 мг), периндоприлу (2,5 мг), раміприлу (1,25 мг).

На доступність фармакотерапії для населення, хворих на ГХ, та прихильність їх до лікування суттєвого значення мають державні програми реімбурсації.

Нами було визначено рівень охоплення фармацевтичного ринку АГЛЗ для лікування АГ державною програмою реімбурсації «Доступні ліки». З цією метою було проаналізовано затверджений Перелік ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державною програмою «Доступні ліки», станом на 01.07.2025 р. та розраховано відсоток участі АГЛЗ в програмі «Доступні ліки» на прикладі препаратів іАПФ:

$$\begin{aligned} & \text{Відсоток участі ЛЗ в програмі Доступні ліки} = \\ & = \frac{\text{Кількість ЛЗ, що беруть участь у програмі}}{\text{Загальна кількість ЛЗ на ринку}} \times 100\% \end{aligned}$$

Отримані результати наведені в табл. 2.7. Найвищий рівень охоплення ринку АГЛЗ спостерігається у препаратів еналаприлу у дозуванні 20 мг, оскільки

відсоток участі у програм реімбурсації «Доступні ліки» складає 100%. Хоча результати розрахунку коефіцієнта ліквідності ціни ( $C_{liq} = 18,60$ ) свідчать про низьку економічну доступність цих ліків для населення, що відображає нерівномірну доступність фармакотерапії для пацієнтів, хворих на ГХ. Водночас участь 100 % торгових найменувань у програмі «Доступні ліки» пом'якшує фінансове навантаження та підвищує доступність лікування.

Доступність АГЛЗ для пацієнтів з АГ демонструє також показник рівня погашення е-рецептів за державною програмою реімбурсації «Доступні ліки». Нами за офіційними даними НСЗУ було розраховано рівень погашення е-рецептів за програмою реімбурсації «Доступні ліки» в Україні за останній рік для Переліку ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державною програмою «Доступні ліки», станом на 01.07.2025 р., на прикладі АГЛЗ групи іАПФ за формулою 2.1.

За результатами аналізу встановлено, що на препарати лізиноприлу е-рецепти не виписувалися лікарями в період нашого дослідження, хоча ці препарати є у Переліку реімбурсації за державною програмою «Доступні ліки». Середній рівень погашення рецептів для препаратів еналаприлу складає 76,3%. Рівень погашення е-рецептів для препаратів еналаприлу у дозуванні 20 мг складає 81,6%. Це означає, що майже 82 % пацієнтів реально скористалися програмою реімбурсації та отримали ліки безоплатно або з частковим відшкодуванням. Також отримані результати свідчать про ефективність реалізації державної політики у сфері забезпечення населення, хворих на ГХ, препаратами еналаприлу.

Ефективне лікування пацієнтів з АГ може запобігти виникненню різних серцево-судинних ускладнень. Оскільки контроль АТ пов'язаний з постійним вживанням АГЛЗ, значим є вибір клінічно та економічно ефективної стратегії лікування. Тому важливим є фармакоеконічне обґрунтування застосування АГЛЗ у лікування хворих на ГХ. Згідно УКПМД для більшості пацієнтів з АГ рекомендовано починати лікування з подвійної комбінації у складі іАПФ/БРА + БКК або тз/тпз-діуретик. Якщо цільовий АТ не досягнуто при застосуванні подвійної комбінації у максимальних рекомендованих та переносимих дозах відповідних компонентів, призначити потрібну комбінацію у складі іАПФ/БРА + БКК або +

т/п діуретик.

Нами розрахована орієнтовна вартість лікування пацієнтів з АГ залежно від схеми фармакотерапії, яка рекомендована УКПМД на рівні первинної медичної допомоги, переваг лікарських призначень та участі у програмі реімбурсації «Доступні ліки». Отримані розрахунки наведені в табл. 2.8. Ціни на АГЛЗ розраховувалися із відкритих джерел аптечних каталогів, сума доплати за споживчу упаковку вказана в Переліку лікарських засобів, що підлягають реімбурсації за програмою «Доступні ліки» станом на 01.07.2025 р.

Як свідчать результати аналізу, вартість лікування АГ АГЛЗ за участі у програмі реімбурсації «Доступні ліки», суттєво зменшує фінансове навантаження для населення, хворих на ГХ. Так, у схемах лікування хворих на ГХ з участю у програмі реімбурсації, вартість лікування нижча в 3-4 рази. Це підкреслює важливу роль державної програми реімбурсації «Доступні ліки» у підвищенні економічної доступності лікування для пацієнтів із середнім і низьким доходом та формуванні їх прихильності до фармакотерапії.

Таким чином, профілактика та рання діагностика ГХ сприяє зменшенню кількості хворих на АГ. Це має стратегічне значення для системи громадського здоров'я, оскільки безпосередньо знижується тягар ССЗ та кількість смертей. Скорочення поширеності АГ зменшує частоту серцево-судинних ускладнень (інсультів, інфарктів, хронічної серцевої недостатності), що веде до зниження потреби у високовартісній стаціонарній медичній допомозі, фармакотерапії та реабілітаційних заходах. У результаті це сприяє оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я, підвищенню її ефективності та стійкості. Також це забезпечує підвищення тривалості та якості життя населення, покращення соціально-економічних показників та зміцнення потенціалу здорової працездатної популяції.

Таблиця 2.8

**Порівняння орієнтовної вартості лікування пацієнтів з АГ залежно від схеми фармакотерапії  
та участі у програмі реімбурсації «Доступні ліки»**

Вариант	Схема фармакотерапії хворих на ГХ згідно УКПМК 2024 р.	Приклад ЛЗ за МНН	Форма випуску та дозування ЛЗ	Середня ціна ЛЗ, грн	Добова доза ЛЗ	Кількість упаковок ЛЗ на рік, необхідних для лікування	Загальна вартість ЛЗ (грн./рік)	Вартість ЛЗ, що сплачує пацієнт (грн./рік)	Вартість ЛЗ, що сплачує держава (грн./рік)
<b>За участі в програмі реімбурсації</b>									
1	іАПФ + тз/тпз-діуретик	Еналаприл 10 мг	табл.10 мг № 30	45,69	1 табл. на добу	12	548,28	102,00	446,28
		Гідрохлортіазид 12,5 мг	табл.25 мг № 20	27,81	0.5 табл. на добу	9	250,29	69,39	180,90
<b>Разом:</b>							<b>798,57</b>	<b>171,39</b>	<b>627,18</b>
2	іАПФ + БКК	Еналаприл 10 мг	табл.10 мг № 20	15,47	1 табл. на добу	18	278,46	119,52	158,94
		Амлодипін 5 мг	табл.5 мг № 20	16,10	1 табл. на добу	18	289,80	110,52	179,28
<b>Разом:</b>							<b>568,26</b>	<b>230,04</b>	<b>338,22</b>
<b>Без участі в програмі реімбурсації</b>									
3	БРА + БКК	Валсартан	табл.80 мг № 28	192,13	1 табл. на добу	13	2497,69	2497,69	-
		Амлодипін 10 мг	табл.10 мг № 60	33,90	1 табл. на добу	6	203,40	203,40	-
<b>Разом:</b>							<b>2701,09</b>	<b>2701,09</b>	<b>-</b>
4	іАПФ + діуретик	Каптоприл	табл.25 мг № 20	55,21	1 табл. на добу	18	993,78	993,78	-
		Верошпирон	табл.25 мг № 20	44,39	1 табл. на добу	18	799,02	799,02	-
<b>Разом:</b>							<b>1792,80</b>	<b>1792,80</b>	<b>-</b>

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. Проаналізовано нормативно-правову та законодавчу бази щодо забезпечення лікарськими засобами населення, хворих на гіпертонічну хворобу
2. Проведено аналіз системи медичного та фармацевтичного забезпечення пацієнтів із гіпертонічною хворобою.
3. Опрацьовано питання реалізації урядової програми «Доступні ліки» та її роль у забезпеченні доступності населення, хворих на гіпертонічну хворобу, антигіпертензивними лікарськими засобами.
4. Проведено маркетингові та фармакоеконімічні дослідження і вивчення економічної доступності лікарських засобів, призначених для лікування гіпертонічної хвороби.

## РОЗДІЛ 3

### ОБҐРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИКО- ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

#### **3.1. Оптимізація маршрутизації пацієнтів з артеріальною гіпертензією на рівні первинної медичної допомоги**

Однією з найбільш поширених неінфекційних хвороб у світі та в Україні, що має значний вплив на рівень громадського здоров'я, є артеріальна гіпертензія. За даними дослідження STEPS-2019 [120] в Україні, підвищений АГ мають 34,8% українців у віці 18-69 років. АГ є провідним фактором ризику розвитку ССЗ та їх ускладнень (інсультів, інфарктів, хронічної серцевої недостатності), які є основними причинами інвалідизації та передчасної смертності населення країни. Значне збільшення поширеності АГ серед працездатного населення України зумовлює не лише медичні, а й суттєві соціально-економічні наслідки, зокрема зниження продуктивності праці та збільшення витрат системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим, ключовими викликами та пріоритетами громадського здоров'я є ефективна профілактика, раннє виявлення та оптимізація ведення пацієнтів з АГ на рівні первинної медичної допомоги.

Важливим елементом сучасної системи охорони здоров'я, що сприяє підвищенню якості, ефективності та безпеки медичної та фармацевтичної допомоги, є клінічний маршрут пацієнта.

Згідно Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 №751, клінічний маршрут пацієнта – це алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу охорони здоров'я (або різних ЗОЗ), які залучені до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні [119].

Основні цілі впровадження клінічних маршрутів пацієнтів у роботу ЗОЗ наведені в табл.3.1 [118,129].

**Основні цілі впровадження клінічних маршрутів пацієнтів  
у закладах охорони здоров'я**

<b>Основні цілі впровадження клінічних маршрутів</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вдосконалити управління ресурсами.</li> <li>• Використовувати клінічні настанови у клінічній практиці.</li> <li>• Впроваджувати безперервний клінічний аудит в клінічній практиці.</li> <li>• Допомогти знизити варіативність допомоги пацієнтам (заохочуючи стандартизацію).</li> <li>• Допомогти керувати клінічними ризиками.</li> <li>• Допомогти покращити клінічні наслідки.</li> <li>• Допомогти розширити можливості пацієнтів.</li> <li>• Забезпечити основу для майбутнього розвитку.</li> <li>• Підтримати безперервність та координацію моніторингу за профільними клінічними дисциплінами та галузями.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Налагодити та вдосконалити взаємодію між структурними підрозділами в ЗОЗ.</li> <li>• Оптимізувати ведення медичної документації.</li> <li>• Оптимізувати витрати на пацієнта, скорочуючи час його перебування у ЗОЗ.</li> <li>• Підтримати клінічну ефективність, управління ризиками та клінічний аудит.</li> <li>• Поліпшити міждисциплінарне спілкування, спільну роботу та планувати розвиток.</li> <li>• Створити систему управління якістю з постійним моніторингом ключових показників надання меддопомоги.</li> <li>• Уніфікувати та впровадити стандарти догляду за пацієнтами.</li> </ul>

Клінічний маршрут пацієнта з АГ на рівні первинної медичної допомоги базується на документах: «Клінічна настанова, заснована на доказах «Артеріальна гіпертензія» (КН 2024-1581), Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» (ГС 2024-1581), затверджених МОЗ України.

Клінічна настанова є адаптацією для системи охорони здоров'я України настанови «ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH)» 2023, що була обрана як приклад найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам з АГ та ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки медичних втручань, фармакотерапії та організаційних принципів її надання [33].

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)», розроблений з

урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає принципи діагностики, лікування та профілактики ГХ (АГ) в Україні з позиції послідовності надання видів медичної допомоги. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Артеріальна гіпертензія» [1].

На підставі контент-аналізу [121,122,123,124,125,126,127,130] нами проаналізовані організаційні моделі ведення пацієнтів з АГ на рівні первинної медичної допомоги (ПМД). Порівняльна характеристика організаційних моделей ведення пацієнтів з АГ, їх переваги та недоліки наведені в табл.3.2.

Таблиця 3.2

### Організаційні моделі ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД

Модель	Характеристика	Переваги	Недоліки
<b>Класична модель (лікар-центрована модель)</b>	Ведення пацієнта лише сімейним лікарем.	Простота організації, зрозуміла для пацієнта.	Високе навантаження на лікаря, низька ефективність при хронічному перебігу, низька прихильність пацієнтів до лікування.
<b>Командна модель (multidisciplinary)</b>	Участь лікаря, медсестри, фармацевта, за потреби лікаря-кардіолога, дієтолога, психолога.	Зниження навантаження на лікаря, підвищення якості контролю АГ.	Потребує ресурсів та координації.
<b>Модель поділеної відповідальності (shared care)</b>	Спільний супровід сімейним лікарем і лікарем-кардіологом.	Оптимальна для пацієнтів високого ризику, зменшення ускладнень.	Обмежена доступність спеціалістів у сільських регіонах.
<b>Модель із активним залученням фармацевта</b>	Фармацевт контролює прихильність до фармакотерапії, навчає пацієнта, відстежує взаємодії ЛЗ.	Збільшує прихильність до лікування, знижує неконтрольовану АГ.	Потребує розширення повноважень фармацевтів, удосконалення нормативної бази.
<b>Телемедична / цифрова модель</b>	Використання мобільних додатків, онлайн-консультацій, електронної карти пацієнта.	Зручність, безперервний моніторинг, доступність у віддалених районах.	Цифрова нерівність, потреба у технічному забезпеченні.
<b>Пацієнт-орієнтована модель (self-management)</b>	Пацієнт активно контролює АГ, веде щоденник, змінює спосіб життя.	Підвищує відповідальність пацієнта, сприяє довгостроковому контролю.	Потребує високої мотивації пацієнта, ризик низької дисципліни.

Аналіз організаційних моделей ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД демонструє, що класична лікар-центрована модель є найпростішою у впровадженні, проте не забезпечує належного рівня ефективності через перевантаження лікарів та низьку прихильність пацієнтів. Натомість командна модель (multidisciplinary) та модель поділеної відповідальності (shared care) демонструють вищу результативність завдяки мультидисциплінарному підходу, проте потребують додаткових ресурсів і координації. Отже, проведений аналіз організаційних моделей ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД дозволив виявити проблеми існуючої маршрутизації, серед них основними є: перешкоди у доступності медичної допомоги (відсутність лікарів-кардіологів у сільській місцевості та віддалених регіонах країни), недостатня комунікація між сімейними лікарями, лікарями-кардіологами та фармацевтами, низька прихильність пацієнтів до лікування. Перспективними для України, на нашу думку, є моделі з активним залученням фармацевтів та використанням цифрових технологій, оскільки вони сприяють підвищенню доступності допомоги, покращенню контролю АТ та формуванню пацієнторієнтованої системи.

Стратегічного значення для підвищення якості та доступності медико-фармацевтичної допомоги набуває розширення ролі фармацевтів у системі ПМД. Фармацевти можуть не лише забезпечувати відпуск АГЛЗ, а й брати активну участь у профілактиці захворювань, належному контролі за дотриманням схем фармакотерапії, моніторингу взаємодій АГЛЗ у лікарських призначеннях для пацієнтів із АГ, наданні пацієнтам консультацій щодо самоменеджменту АГ. Такий підхід дозволяє зменшити навантаження на лікарів, підвищити прихильність пацієнтів до фармакотерапії, своєчасно виявляти потенційні ризики та побічні ефекти АГЛЗ, а також інтегрувати фармацевтичну допомогу в міждисциплінарну команду, що відповідає сучасним стандартам громадського здоров'я і принципам сталого розвитку системи охорони здоров'я.

У цьому контексті, уваги заслуговують клінічні рекомендації, засновані на доказах, Європейського товариства кардіологів (ESC) та Американської асоціації кардіологів (AHA), а також американських клінічних рекомендацій із ведення

пацієнтів з ССЗ для фармацевтів, консультування фармацевтами пацієнтів з питань відновлення та попередження вторинних серцево-судинних ускладнень. Клінічні рекомендації ESC/АНА враховують принципи застосування раціональної фармакотерапії, ймовірної взаємодії ЛЗ. Американські клінічні рекомендації для фармацевтів надають інформацію щодо ймовірної взаємодії та використання ЛЗ більш системно з точки зору дозування, частоти та тривалості прийому, ймовірної взаємодії та побічних реакцій ЛЗ. У даних документах наголошується на спільній взаємодії лікарів та фармацевтів у складі мультидисциплінарних команд [128].

Впровадження мультидисциплінарної моделі з активною участю сімейних лікарів, медичних сестер, фармацевтів та за потреби лікарів-кардіологів, дієтологів і психологів буде сприяти зниженню навантаження на лікарів ПМД, покращенню якості контролю АТ та зменшення ризику серцево-судинних ускладнень.

В умовах цифрового середовища, розвиток цифрових інструментів, таких як електронні медичні карти, телемедицина та телефармація, мобільні застосунки для моніторингу АТ, он-лайн сервіси для замовлення АГЛЗ та ін. мають ключове значення для підвищення доступності та ефективності медичної і фармацевтичної допомоги пацієнтам з АГ. Впровадження електронних медичних карт забезпечує зручний та безпечний обмін інформацією між пацієнтом і різними фахівцями системи охорони здоров'я, сприяє інтеграції даних та оперативному прийняттю клінічних рішень. Телемедичні консультації дозволяють пацієнтам отримувати своєчасну підтримку незалежно від географічного розташування, зменшують навантаження на первинну ланку та сприяють ранньому виявленню ускладнень. Телефармація дозволяє пацієнтам із АГ отримувати консультації фармацевта дистанційно, своєчасно коригувати лікування та контролювати побічні ефекти АГЛЗ. Це підвищує прихильність до фармакотерапії, покращує контроль АТ та зменшує ризик серцево-судинних ускладнень. Мобільні застосунки для самостійного моніторингу АТ стимулюють активну участь пацієнтів у контролі свого стану, підвищують прихильність до лікування та дозволяють лікарям отримувати реальні дані для корекції терапії. Онлайн-сервіси для замовлення АГЛЗ забезпечують пацієнтам із АГ швидкий та зручний доступ до необхідних препа-

ратів без відвідування аптеки. Це сприяє регулярності прийому ліків, знижує ризик пропусків доз та підвищує ефективність контролю АТ. Отже, у сукупності ці цифрові рішення сприяють підвищенню якості медичної та фармацевтичної допомоги, оптимізації ресурсів та ефективній реалізації стратегії громадського здоров'я.

Підтримка пацієнт-орієнтованого підходу через освітні програми та формування навичок самоконтролю має суттєве значення для ефективного управління АТ. Навчання пацієнтів вимірюванню АТ, розпізнаванню симптомів та правильному застосуванню АГЛЗ підвищує їхню відповідальність за власне здоров'я. Мотивація до зміни способу життя – збалансованого харчування, регулярної фізичної активності, зменшення стресу, зниження споживання солі – сприяє стабілізації АТ, зниженню ризику серцево-судинних ускладнень та покращенню якості життя пацієнтів із АГ.

Отже, оптимальним напрямом розвитку ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД є поєднання командного підходу, телемедичних і телефармацевтичних інструментів та самоменеджменту хворих, що відповідає сучасним стратегіям громадського здоров'я та принципам сталого розвитку системи охорони здоров'я.

Запропоновані практичні рекомендації щодо оптимізації ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД в Україні наведені на рис. 3.1

У ході виконання кваліфікаційної роботи нами були встановлені проблеми в організації медичного та фармацевтичного забезпечення пацієнтів з ГХ (АГ), які викладені в попередніх розділах, та запропоновані шляхи їх вирішення. Серед основних шляхів удосконалення медико-фармацевтичної допомоги хворим на ГХ (АГ) є оптимізація маршруту пацієнта. Серед проблем існуючої маршрутизації пацієнтів з АГ є певні перешкоди у фізичній доступності медичної та фармацевтичної допомоги, недостатня взаємодія між сімейними лікарями, лікарями-кардіологами та фармацевтами, низька прихильність пацієнтів до лікування та профілактики. На нашу думку, шляхами оптимізації є передусім впровадження клінічних маршрутів пацієнтів з АГ на рівні первинної медичної допомоги. Це дозволить зменшити кількість серцево-судинних ускладнень і госпіталізацій, оптимізувати використання ресурсів системи охорони здоров'я та підвищити



Рис.3.1. Практичні рекомендації щодо оптимізації ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД в Україні

ефективність профілактичних заходів. У довгостроковій перспективі клінічні маршрути сприятимуть зниженню смертності населення від ССЗ, враховуючи ГХ, формуванню культури відповідального ставлення до власного здоров'я та зміцненню стійкості системи громадського здоров'я.

У зв'язку з цим, на підставі проведеного порівняльного аналізу організаційних моделей ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД та практичних рекомендації щодо оптимізації ведення таких пацієнтів нами розроблено клінічний маршрут пацієнта з артеріальною гіпертензією на рівні ПМД (рис.3.2), який поєднує командний підхід, телемедицину та телефармацію і самоменеджмент пацієнта.

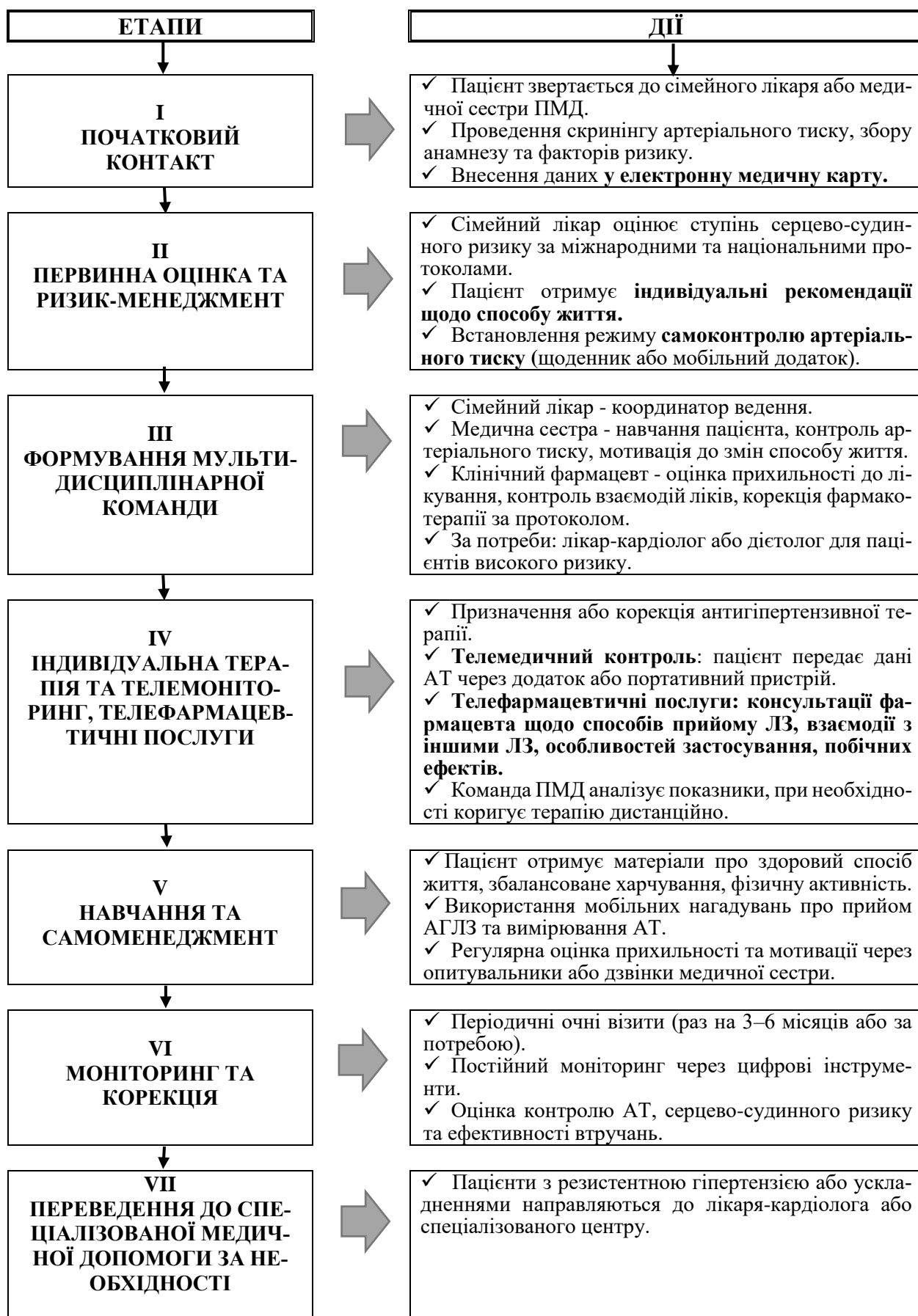


Рис. 3.2. Клінічний маршрут пацієнта з артеріальною гіпертензією на рівні первинної медичної допомоги

Таким чином, оптимізація маршрутизації пацієнтів з АГ на рівні ПМД передбачає перехід від традиційної лікар-центричної моделі до більш комплексних підходів, що поєднують мультидисциплінарну команду, цифрові технології та активну участь пацієнта. Впровадження таких організаційних рішень сприятиме підвищенню ефективності контролю АТ, зменшенню кількості серцево-судинних ускладнень і госпіталізацій, а також покращенню якості життя пацієнтів та зниженню соціально-економічного тягаря ССЗ для системи громадського здоров'я.

### **3.2. Практичні рекомендації щодо удосконалення медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу**

На підставі аналізу вітчизняної системи медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, у контексті організаційних та інформаційно-профілактичних заходів, що був проведений в попередньому розділі кваліфікаційної роботи [77,95,96], нами узагальнено практичні рекомендації щодо напрямів її удосконалення з урахуванням підходів громадського здоров'я (табл.3.3).

Серед основних заходів удосконалення системи медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, посилення профілактичної складової, яка передбачає впровадження національних програм з популяризації здорового способу життя, зниження факторів ризику (куріння, споживання алкоголю, низька фізична активність, надмірне споживання солі); скринінгові програми для раннього виявлення АГ на рівні первинної медичної допомоги; активне залучення сімейних лікарів до формування прихильності пацієнтів до лікування.

Оптимізація маршруту пацієнта, хворого на ГХ, передбачає розробку чіткого алгоритму у ланці сімейний лікар–кардіолог–фармацевт з використанням електронних інструментів; запровадження єдиного електронного реєстру пацієнтів з ГХ для контролю призначень та результатів терапії; тісна інтеграція клінічного фармацевта у процес моніторингу дотримання лікування.

Таблиця 3.3

**Напрями удосконалення системи медичного та фармацевтичного  
забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу в Україні**

<b>Заходи</b>	<b>Очікуваний результат</b>
Профілактика та раннє виявлення ГХ: скринінг АТ, просвітницькі програми зі здорового способу життя.	Зменшення поширеності ГХ, зниження рівня серцево-судинних ускладнень.
Оптимізація маршруту пацієнта (сімейний лікар –кардіолог–фармацевт)	Безперервність медичної допомоги, своєчасне коригування фармакотерапії, зменшення випадків самолікування.
Розвиток електронних технологій (е-рецепт, eHealth, нагадування пацієнтам).	Підвищення прихильності пацієнтів до лікування, прозорість призначень лікарями антигіпертензивних ЛЗ, ефективний контроль використання ліків.
Розширення програми реімбурсації «Доступні ліки», збільшення переліку ЛЗ, забезпечення доступності ЛЗ у віддалених та сільських регіонах країни.	Рівний доступ до фармакотерапії, зменшення фінансових бар'єрів для хворих на ГХ.
Посилення фармаконагляду (збір і аналіз побічних реакцій).	Виключення небезпечних ЛЗ, безпечніша фармакотерапія, довіра до державних програм підтримки населення, хворих на ГХ.
Освітні заходи для лікарів, фармацевтів і пацієнтів.	Зменшення випадків самолікування, підвищення рівня знань про профілактику та лікування АГ.
Міжсекторальна взаємодія (медицина–фармація–громадське здоров'я).	Системний підхід до боротьби з АГ, оптимізація витрат системи охорони здоров'я.

Розвиток електронних технологій передбачає масштабування проєкту е-рецепту з можливістю автоматизованого нагадування хворим на ГХ про необхідність отримання та прийому АГЛЗ; використання eHealth для фармаконагляду – збору даних про побічні реакції в режимі реального часу; застосування Big Data

для прогнозування ефективності державних програм (наприклад, «Доступні ліки»).

Удосконалення фармацевтичного забезпечення передбачає розширення переліку антигіпертензивних препаратів у програмі «Доступні ліки»; забезпечення рівного доступу до АГЛЗ у сільських і віддалених регіонах (аптечні пункти при амбулаторіях, мобільні аптеки); контроль якості ЛЗ та підвищення ролі генериків з доведеною біоеквівалентністю.

Для посилення системи фармаконагляду доцільно активніше залучати лікарів і фармацевтів до повідомлення про побічні реакції ЛЗ; інтегрувати систему фармаконагляду з громадським здоров'ям для аналізу впливу ЛЗ на рівень захворюваності та смертності.

Важливим аспектом в удосконаленні системи медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, є освітні та комунікативні заходи. Доцільно проводити навчання лікарів і фармацевтів сучасним протоколам лікування ГХ (АГ) на регулярній основі; проводити інформаційні кампанії для пацієнтів щодо небезпеки самолікування і важливості дотримання фармакотерапії. Для підвищення обізнаності населення, хворих на ГХ, можна використовувати медіа та цифрові платформи.

Таким чином, запропоновані практичні рекомендації свідчать про необхідність комплексного підходу до удосконалення системи медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу в Україні. Їх реалізація передбачає поєднання організаційних, клініко-фармацевтичних та інформаційно-просвітницьких заходів, що ґрунтуються на принципах громадського здоров'я. Важливим є забезпечення доступності та безперервності фармакотерапії, оптимізація логістичних моделей та розподілу АГЛЗ у регіонах, розширення ролі клінічного фармацевта у мультидисциплінарній команді ПМД, а також активне використання цифрових інструментів для підвищення прихильності пацієнтів до лікування. Застосування цих підходів сприятиме зниженню тягаря ГХ, покращенню якості життя пацієнтів та підвищенню ефективності функціонування системи охорони здоров'я України [131].

### **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3**

1. Обґрунтовано підходи до оптимізації маршрутизації пацієнтів з артеріальною гіпертензією на рівні первинної медичної допомоги.
2. Запропоновано практичні рекомендації щодо удосконалення медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на гіпертонічну хворобу в Україні.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано джерела наукової літератури про теоретико-наукові засади захворюваності, поширеності й лікування гіпертонічної хвороби в Україні. Обґрунтовано медико-соціальне значення ГХ з позиції громадського здоров'я. Встановлено, що в Україні ССЗ є головною причиною смертності населення. За цим показником наша країна лишається одним зі світових лідерів. Проведено дослідження тенденцій захворюваності та поширеності ГХ серед населення України з урахуванням вікових, гендерних, регіональних особливостей.

2. Проаналізовано міжнародні та вітчизняні стандарти і протоколи надання медичної допомоги хворим на ГХ. Встановлено, що у 2024 р. в Україні за підтримки ВООЗ розроблено та впроваджено уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)». Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням Настанови з менеджменту артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії. Застосування УКПМД сприяє оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я та покращенню якості життя пацієнтів.

3. Проведено аналіз нормативно-правової та законодавчої бази щодо забезпечення ЛЗ населення, хворих на ГХ та визначено основні тенденції державної політики щодо підтримки пацієнтів, хворих на ГХ. Встановлено, що питанням забезпечення ЛЗ населення, хворих на ГХ, в країні приділяється значна увага. Проте наразі ще залишаються окремі проблеми та прогалини у правовому регулюванні, серед яких недостатня гармонізація з міжнародними підходами та окремі перешкоди у забезпеченні ЛЗ.

4. Визначено фінансові, організаційні, технічні перешкоди у забезпеченні АГЛЗ хворих на ГХ в Україні та обґрунтовані шляхи їх подолання.

5. Проаналізовано основні організаційні та інформаційно-профілактичні заходи системи медичного та фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, в рамках реалізації окремих державних програм та проєктів в Україні та

обґрунтовано очікуваний результат від їх впровадження в країні.

6. Обґрунтовано значення е-рецептів як складової системи фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ. Встановлено, що із запровадженням е-рецепта посилюється відповідальне вживання рецептурних ЛЗ. Це дозволить мінімізувати прояви самолікування та недоцільного вживання рецептурних ЛЗ. Впровадження е-рецептів у системі фармацевтичного забезпечення хворих на ГХ сприяє підвищенню доступності та ефективності фармакотерапії, забезпечує прозорість відпуску АГЛЗ, спрощує участь в урядовій програмі реімбурсації «Доступні ліки» та зменшує ризик необґрунтованих лікарських призначень. Також е-рецепти сприяють підвищенню прихильності пацієнтів до лікування, оскільки дозволяють уникнути помилок у виписуванні, полегшують контроль за безперервністю терапії та інтегрують процес взаємодії між лікарем і фармацевтом у єдиній системі eHealth.

7. Опрацьовано доцільність системи фармаконагляду для підвищення безпеки та ефективності лікування хворих на ГХ у системі фармацевтичного забезпечення населення. Маючи інформацію про побічні реакції застосування АГЛЗ, лікарі матимуть можливість більш обґрунтовано підходити до фармакотерапії хворих на ГХ, що сприятиме зменшенню кількості ускладнень ССЗ та підвищенню якості життя пацієнтів. Впровадження системи фармаконагляду може бути підґрунтям раціоналізації фармацевтичного забезпечення населення, хворих на ГХ, тобто обґрунтовано підходити до виключення неефективних або небезпечних АГЛЗ із державних програм реімбурсації.

8. Опрацьовано загальні принципи реалізації урядової програми «Доступні ліки» та її роль у забезпеченні населення, хворих на ГХ, АГЛЗ. Проаналізовано напрями реалізації програми реімбурсації станом на липень 2025 р. Проаналізовано динаміку кількості пацієнтів урядової програми «Доступні ліки» за останні 6 років. Отримані результати свідчать про щорічне зростання кількості пацієнтів, що залучаються до реалізації урядової програми «Доступні ліки». У 2024 р. скористалися програмою реімбурсації 2,37 млн. пацієнтів.

9. Проведено аналіз фізичної доступності АГЛЗ за програмою реімбурсації для населення, хворих на ГБ, за показниками: кількість місць відпуску ЛЗ за е-рецептами в розрізі географічного критерію сегментування фармацевтичного ринку та кількість погашених е-рецептів за останній рік на прикладі ССХ, включаючи ГХ. Динаміка розвитку урядової програми «Доступні ліки» демонструє підвищення рівня фізичної доступності АГЛЗ для населення, хворих на ГХ, розширення асортименту препаратів, збільшення фіксованих комбінацій, що відповідає міжнародним рекомендаціям з ведення АГ.

Встановлено регіональну відмінність у фізичній доступності АГЛЗ для населення країни, хворих на ГХ. У межах областей України найбільша кількість аптечних закладів, що реалізують урядову програму реімбурсації в розрізі АГЛЗ, спостерігалось в Дніпропетровській (863 місця), Одеській (810 місць) та Харківській (659 місць) областях. Найменша кількість аптечних закладів, які реалізували програму реімбурсації, в Херсонській (51 місце), Донецькій (47 місць) та Луганській (0 місць) областях. Низький рівень фізичної доступності АГЛЗ в цих областях пов'язаний з окупацією значної частини населених пунктів у зв'язку з воєнною агресією РФ. Незначна кількість місць відпуску АГЛЗ в межах програми реімбурсації спостерігалось в Чернівецькій (131 місце) та Тернопільській (144 місця) областях.

Найбільша кількість аптечних закладів, що реалізують урядову програму реімбурсації в розрізі АГЛЗ, знаходяться в таких містах: Київ (1091 місце відпуску АГЛЗ), Одеса (465 місць) та Харків (456 місць), Дніпро (372 місця). 80,4 % аптечних закладів (7320 аптек), що реалізують урядову програму реімбурсації, знаходиться у міській місцевості. У сільській місцевості забезпечують фізичну доступність АГЛЗ для населення, хворих на ГХ, тільки 19,6 % аптечних закладів, із яких 1440 знаходяться у селах і 342 в селищах міського типу.

10. Проведено оцінку ефективності державної програми реімбурсації «Доступні ліки». Проаналізована динаміка кількості виписаних та погашених е-рецептів за програмою реімбурсації «Доступні ліки» за останні п'ять років. Отримані результати свідчать, що рівень погашення е-рецептів, тобто відсоток виписаних

е-рецептів на ЛЗ, які пацієнти отримали в аптеках за програмою реімбурсації «Доступні ліки», знаходиться у межах 81,2–85,4%.

Узагальнено проблеми та перспективи розвитку державної програми реімбурсації «Доступні ліки».

11. Проведено маркетингові та фармакоеконімічні дослідження і вивчено економічну доступність АГЛЗ для лікування ГХ на прикладі препаратів фармакотерапевтичної групи С09А, які використовуються для лікування АГ.

Встановлено, що станом на липень 2025 р. в Україні було зареєстровано 242 торговельних назви ЛЗ групи іАПФ. Найбільше на фармацевтичному ринку України представлено ЛЗ досліджуваної групи з діючою речовиною лізиноприл (31%) та еналаприл (26%). Асортимент ЛЗ представлений фармацевтичними виробниками з 16 країн світу, переважну позицію обіймають зарубіжні підприємства – 60%. Основними країнами, що експортують на український фармацевтичний ринок іАПФ є Словенія – 20,70%, Індія – 15,30% та Угорщина – 13,30%. Серед фірм-виробників іАПФ провідне місце обіймають КРКА (Словенія), Гедеон Ріхтер і Тева (Угорщина), серед індійських виробників Мелоді Хелтхкер Пвт. Лтд., Аарті Фармалабс Лімітед, Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед.

Найбільш глибокий асортимент ЛЗ досліджуваної групи спостерігається у препаратів лізиноприлу. Ринок лізиноприлу створюється 42 виробниками фармацевтичної продукції, серед яких 44% вітчизняні виробники та 56% зарубіжні виробники.

ЛЗ досліджуваного асортименту на ринку України в основному представлені в лікарській формі – таблетки (97,3%),

Визначено коефіцієнти ліквідності ціни та адекватності платоспроможності (коефіцієнт доступності) на прикладі ЛЗ іАПФ. Встановлено що коефіцієнти ліквідності ціни для іАПФ в аптечних закладах України на момент дослідження знаходяться в межах від 0,21 до 56,17, тобто коливання цін становлять 21,0–5617,0%. Найменше коливання цін спостерігалось для препаратів периндоприлу (2,5 мг), каптоприлу (12,5 мг), еналаприлу (1,25 мг). У цілому, можна стверджу-

вати, що саме ці препарати досліджуваної групи є найбільш доступними для пацієнтів з АГ з економічної точки зору. Найбільше коливання цін спостерігалось для препаратів еналаприлу у дозуванні 10 мг та 20 мг, що свідчить про низьку економічну доступність цих ліків для населення, хворих на ГХ.

Результати розрахунків коефіцієнта адекватності платоспроможності свідчать, що найбільша доступність спостерігалася для препаратів еналаприлу (1,25 мг), периндоприлу (2,5 мг), раміприлу (1,25 мг).

Визначено рівень охоплення фармацевтичного ринку АГЛЗ для лікування АГ державною програмою реімбурсації «Доступні ліки». Проаналізовано затверджений Перелік ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державною програмою «Доступні ліки», станом на 01.07.2025 р. та розраховано відсоток участі АГЛЗ в програмі «Доступні ліки» на прикладі препаратів іАПФ. Найвищий рівень охоплення ринку АГЛЗ спостерігається у препаратів еналаприлу у дозуванні 20 мг.

Розраховано рівень погашення е-рецептів за програмою реімбурсації «Доступні ліки» в Україні за останній рік для Переліку ЛЗ, які підлягають реімбурсації за державною програмою «Доступні ліки», станом на 01.07.2025 р., на прикладі АГЛЗ групи іАПФ. Встановлено, що на препарати лізиноприлу е-рецепти не виписувалися лікарями в період дослідження, хоча ці препарати є у Переліку реімбурсації за державною програмою «Доступні ліки». Середній рівень погашення рецептів для препаратів еналаприлу складає 76,3%. Рівень погашення е-рецептів для препаратів еналаприлу у дозуванні 20 мг складає 81,6%. Це означає, що майже 82 % пацієнтів реально скористалися програмою реімбурсації та отримали ліки безоплатно або з частковим відшкодуванням. Також отримані результати свідчать про ефективність реалізації державної політики у сфері забезпечення населення, хворих на ГХ, препаратами еналаприлу.

Розраховано орієнтовну вартість лікування пацієнтів з АГ залежно від схеми фармакотерапії, яка рекомендована УКПМД на рівні первинної медичної допомоги, переваг лікарських призначень та участі у програмі реімбурсації «Доступні ліки». Як свідчать результати аналізу, вартість лікування АГ АГЛЗ за участі у

програмі реімбурсації «Доступні ліки», суттєво зменшує фінансове навантаження для населення, хворих на ГХ.

12. Проведено порівняльний аналіз організаційних моделей ведення пацієнтів з АГ на рівні первинної медичної допомоги, виявлено їх переваги та недоліки.

13. Запропоновано практичні рекомендації щодо оптимізації ведення пацієнтів з АГ на рівні ПМД в Україні, серед яких: впровадження мультидисциплінарної моделі ведення пацієнтів з АГ; розширення ролі фармацевтів у системі ПМД; подальший розвиток цифрових інструментів (електронні медичні карти, телемедицина та телефармація, мобільні застосунки для моніторингу АГ, онлайн сервіси для замовлення АГЛЗ); підтримка пацієнт-орієнтованого підходу (освітні програми, самоконтроль, мотивація до зміни способу життя).

14. Розроблено клінічний маршрут пацієнта з АГ на рівні первинної медичної допомоги, який поєднує командний підхід, телемедицину та телефармацію і самоменеджмент пацієнта. Впровадження таких організаційних рішень сприятиме підвищенню ефективності контролю АГ, зменшенню кількості серцево-судинних ускладнень і госпіталізацій, а також покращенню якості життя пацієнтів та зниженню соціально-економічного тягаря ССЗ для системи громадського здоров'я.

15. Обґрунтовано практичні рекомендації щодо напрямів удосконалення системи медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на ГХ в Україні. Запропоновані рекомендації свідчать про необхідність комплексного підходу до удосконалення системи медичного та фармацевтичного забезпечення хворих на ГХ в Україні, а їх реалізація передбачає поєднання організаційних, клініко-фармацевтичних та інформаційно-просвітницьких заходів, що ґрунтуються на принципах громадського здоров'я.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія): Уніфік. клін. протокол від 12.09.2024 р. ГС 2024-1581 URL: <https://surl.li/dscqwy> (дата звернення: 06.09.2025).
2. Самура Б.Б. Гіпертонічна хвороба. *Фармацевтична енциклопедія*. URL: <https://surl.li/pykaty> (дата звернення: 06.09.2025).
3. Вбивця XXI століття: як вберегтися від серцево-судинних захворювань? *Центр громадського здоров'я України МОЗ України*. 2023. URL: <https://surl.lu/dudrmt> (дата звернення: 06.09.2025).
4. 29 вересня 2024 року – Всесвітній день серця. *Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради*. 2024. URL: <https://surl.li/divtil> (дата звернення: 06.09.2025).
5. Серцево-судинні захворювання – головна причина смерті українців. *Офіційний портал «Смілянська міська рада»*. 2023. URL: <https://surl.lu/qjtufd> (дата звернення: 06.09.2025).
6. Ковтун Г. І., Орлова Н. М. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні: медико-статистичний аналіз її динаміки та регіональних особливостей у 2010-2020 рр. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27. № 1. С. 110–118. URL: [http://dx.doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(1\)-21](http://dx.doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-21) (дата звернення: 06.09.2025).
7. Серцево-судинні захворювання – головна причина смерті українців. Висновки з дослідження Глобального тягара хвороб у 2019 році. *Центр громадського здоров'я МОЗ України*. 2021. URL: <https://surl.li/dpuwww> (дата звернення: 06.09.2025).
8. Sustainable Development Goals. *World Health Organization (WHO)*. URL: <https://surl.li/jcaexn> (date of access: 06.09.2025).
9. Осадча Я. Як не пропустити проблеми з серцем – пояснює кардіологиня Наталія Волкова. *LB.ua: оперативна аналітика української політики, економіки,*

новини культури та спорту. URL: <https://surl.lu/qnqvla> (дата звернення: 06.09.2025).

10. 17 травня – Всесвітній день боротьби з артеріальною гіпертонією. *КНП ХОР «Обласний центр медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності»*. 2021. URL: <https://surl.li/msjuzm> (дата звернення: 06.09.2025).

11. Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease. Part 1 / P. Joseph et al. *Circulation Research*. 2017. Vol. 121. №. 6. P. 677–694. URL: <https://doi.org/10.1161/circresaha.117.308903> (date of access: 07.09.2025).

12. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions / S. Kaptoge et al. *The Lancet Global Health*. 2019. Vol. 7. № 10. P. 1332–1345. URL: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30318-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30318-3) (date of access: 07.09.2025).

13. Global report on hypertension: the race against a silent killer. *World Health Organization*. 2023. URL: <https://surl.li/yexmmz> (дата звернення: 07.09.2025).

14. Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України. *Український медичний часопис*. 2008. № 5 (67) – IX/X. С. 83–87. URL: <https://surl.li/bpgduw> (дата звернення: 07.09.2025).

15. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. *World Health Organization*. 2023. URL: <https://surl.lu/ypjxca> (дата звернення: 07.09.2025).

16. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). *Lancet*. 2021. № 398. P. 957–980. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1) (дата звернення: 07.09.2025).

17. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2023 рік. Київ: МОЗ України, 2023. 78 с. URL: <https://surl.li/yhaqtz> (дата звернення: 07.09.2025).

18. Статистичний збірник «Діти, жінки та сім'я в Україні-2021». Київ: Державна служба статистики України, 2022. 236 с. URL: <https://surli.cc/gorehc> (дата звернення: 07.09.2025).

19. Демографічний щорічник «Населення України 2021». Київ: Державна служба статистики України, 2022. 187 с. URL: <https://surl.lu/uzpyhr> (дата звернення: 07.09.2025).

20. The spoils of war and the long-term spoiling of health conditions of entire nations / E. P. Navarese et al. *Atherosclerosis*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2022.05.012> (date of access: 07.09.2025).

21. Теренда Н.О. Основні тенденції загальної та первинної захворюваності на гіпертонічну хворобу в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2015. № 4 (66). С. 39–43. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2015.4.6080> (дата звернення: 07.09.2025).

22. Дроздова І.В., Бабець А.А., Степанова Л.Г., Омельницька Л.В. Захворюваність, поширеність та інвалідність унаслідок гіпертонічної хвороби: підходи до аналізу й прогнозування. *Український кардіологічний журнал*. 2017. № 1. С. 85–93. URL: <https://ucardioj.com.ua/index.php/UJC/article/view/94> (дата звернення: 07.09.2025).

23. Гіпертонічна хвороба. Вторинні артеріальні гіпертензії. Нейроциркуляторна дистонія. Модуль 2. Ч. 2 : навч. посібн. до практич. зан. з внутрішньої медицини для студ. 5 курсу мед. факульт. / В.А. Візір, О.В. Деміденко, О.В. Гончаров, Г.В. Полякова. Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 100 с.

24. Рудень В.В. Автентифікація результатів рейтингової оцінки стану захворюваності населення на гіпертонічну хворобу в контексті адміністративно-територіального та регіонального устрою України. *Буковинський медичний вісник*. 2020. Т. 24, № 3 (95). С. 195–203. URL: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIV.3.95.2020.93> (дата звернення: 07.09.2025).

25. Панчишин Ю.М. Деякі особливості перебігу та лікування артеріальної гіпертензії в жінок. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2011. № 6(46). С. 59–64. URL: <https://surl.li/rsajfv> (дата звернення: 07.09.2025).

26. Клінічна фармація : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. В.П. Черних, І.А. Зупанця, І.Г. Купновицької. Харків : НФаУ : Золоті сторінки, 2013. 912 с.

27. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії: Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384. URL: <https://surl.li/fkhrpe> (дата звернення: 08.09.2025).

28. Cardiovascular diseases kill 10 000 people in the WHO European Region every day, with men dying more frequently than women. *World Health Organization (WHO)*. 2024. URL: <https://surl.li/honatg> (date of access: 08.09.2025).

29. Затверджено новий клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги людям з гіпертонічною хворобою. *Урядовий портал*. 2024. URL: <https://surl.li/ssppdg> (дата звернення: 08.09.2025).

30. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*. 2023. Vol. 41. №12. P. 1874–2071. URL: <https://surl.li/kmcjtz> (date of access: 08.09.2025).

31. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)»: Наказ МОЗ України від 12.09.2024 № 1581. URL: <https://surl.li/oqnkml> (дата звернення: 08.09.2025).

32. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)»: Уніфік. клін. протокол від 12.09.2024 № ГС 2024-1581. URL: <https://surl.li/applvl> (дата звернення: 08.09.2025).

33. Артеріальна гіпертензія: Клінічна настанова, заснована на доказах. Київ : МОЗ України: Державний експертний центр МОЗ України, 2024. 280 с. URL: <https://surl.li/cc/ltbudx> (дата звернення: 08.09.2025).

34. Вбивця XXI століття: як вберегтися від серцево-судинних захворювань? *Центр громадського здоров'я України МОЗ України*. 2023. URL: <https://surl.li/pffdcr> (дата звернення: 08.09.2025).

35. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2019. № 393. P. 1958–1972. URL: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8) (дата звернення: 25.06.2025).

36. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. *World Health Organization (WHO)*. 2021. URL: <https://surl.li/xgmip1> (date of access: 08.08.2025).

37. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: Policy implications for the region of the Americas / N. R. C. Campbell et al. *The Lancet Regional Health - Americas*. 2022. Vol. 9. P. 1-10. URL: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100219> (date of access: 08.08.2025).

38. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). / J. W. McEvoy et al. *European Heart Journal*. 2024. Vol. 45. Issue 38. P. 3912–4018. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178> (date of access: 10.08.2025).

39. 2023 ESH Hypertension Guideline Update: Bringing Us Closer Together Across the Pond - American College of Cardiology / Prasantha L Vemu, Eugene Yang, Joseph Ebinger. *American College of Cardiology*. 2024. URL: <https://surl.li/oueffm> (date of access: 10.08.2025).

40. Kario K., Hoshida S., Mogi M. The need for a personalized “implementation hypertension” strategy to facilitate the implementation of the new European Society of Hypertension (2023), European Society of Cardiology (2024) and the upcoming Japanese Society of Hypertension (2025) hypertension guidelines in clinical practice.

*Hypertension Research*. 2024. № 47. P. 3380–3382. URL: <https://doi.org/10.1038/s41440-024-01927-w> (date of access: 10.08.2025).

41. 2025AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NM A/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines / Daniel W. Jones et al. *Circulation*. 2025. № 152. P. 1–105. URL: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001356> (date of access: 08.09.2025).

42. New high blood pressure guideline emphasizes prevention, early treatment to reduce CVD risk. *American Heart Association*. URL: <https://surl.lu/isjsrq> (date of access: 08.09.2025).

43. Desk T.L. American Heart Association revamps BP guidelines for the first time since 2017: Here's what it recommends for young adults as risk rises in their 20s and 30s. *The Times of India*. URL: <https://surl.li/cdtvrp> (date of access: 08.09.2025).

44. Устінов О.В. Затверджено клінічний протокол «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)». *Український Медичний Часопис*. 2024. URL: <https://surl.lu/zjvjuu> (дата звернення: 08.08.2025).

45. Конституція України : від 28.06.1996 № 254к/96-ВР: станом на 1 січ. 2020 р. URL: <https://surl.li/bxqhyu> (дата звернення: 09.09.2025).

46. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII: станом на 28 серп. 2025 р. URL: <https://surl.lu/pbrxnh> (дата звернення: 09.09.2025).

47. Про лікарські засоби : Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР : станом на 3 лип. 2025 р. URL: <https://surl.li/wdtefx> (дата звернення: 09.09.2025).

48. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII : станом на 28 серп. 2025 р. URL: <https://surl.lu/ixvezf> (дата звернення: 09.09.2025).

49. Про забезпечення доступності лікарських засобів : Постанова Каб. Міністрів України від 17.03.2017 № 152 : станом на 1 жовт. 2021 р. URL: <https://surli.cc/uuocud>(дата звернення: 09.09.2025).

50. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення : Постанова Каб. Міністрів України від 25.03.2009 № 333 : станом на 13 берез. 2025 р. URL: <https://surl.li/wzrjbn> (дата звернення: 09.09.2025).

51. WHO Model List of Essential Medicines - 23rd list, 2023. *World Health Organization (WHO)*. URL: <https://surl.lt/nwxnld> (date of access: 09.09.2025).

52. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://surl.li/mfosfj> (дата звернення: 09.09.2025).

53. Про державне регулювання цін на лікарські засоби : Постанова Каб. Міністрів України від 09.11.2016 № 862 : станом на 1 лип. 2023 р. URL: <https://surl.li/jdwnid> (дата звернення: 09.09.2025).

54. Деякі питання реімбурсації лікарських засобів : Постанова Каб. Міністрів України від 27.02.2019 № 135 : станом на 14 серп. 2021 р. URL: <https://surli.cc/gneobw> (дата звернення: 09.09.2025).

55. Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 26 лютого 2025 року : Наказ МОЗ України від 13.03.2025 № 440. URL: <https://surli.cc/nqroyo> (дата звернення: 09.09.2025).

56. Про затвердження Порядку визначення обсягів потреби в закупівлі лікарських засобів закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів : Наказ МОЗ України від 11.07.2017 № 782 : станом на 19 квіт. 2019 р. URL: <https://surl.li/kckffm> (дата звернення: 09.09.2025).

57. Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань : Постанова Каб. Міністрів України від 10.03.2017 № 181 : станом на 14 серп. 2021 р. URL: <https://surli.cc/ksirnp> (дата звернення: 09.09.2025).

58. Про затвердження Порядку розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та порівняльних (референтних цін) на такі засоби : Наказ МОЗ України від 29.05.2012 № 394 : станом на 23 верес. 2020 р. URL: <https://surl.li/bzytzz> (дата звернення: 09.09.2025).

59. Про заходи МОЗ України щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою : Наказ МОЗ України від 28.04.2012 № 321: станом на 30 верес. 2014 р. URL: <https://surl.li/cnqupx> (дата звернення: 09.09.2025).

60. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384: станом на 24 трав. 2012 р. URL: <https://surl.lu/ulndan> (дата звернення: 09.09.2025).

61. Черних В. П. Фармацевтична галузь. *Фармацевтична енциклопедія*. 2010. URL: <https://surl.li/afxhwl> (дата звернення: 11.07.2025).

62. Музика Т.Ф. Фармацевтичне забезпечення лікувально-профілактичних закладів. *Фармацевтична енциклопедія*. 2014. URL: <https://surl.li/omeghm> (дата звернення: 11.07.2025).

63. Організація та економіка фармації. Ч. 1. Організація фармацевтичного забезпечення населення : нац. підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. С. Немченко, В. М. Назаркіна, Г. Л. Панфілова та ін. ; за ред. А.С. Немченко. Харків : НФаУ : Золоті сторінки, 2015. 360 с.

64. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://surl.li/dcaigs> (дата звернення: 11.09.2025).

65. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 26.07.2018 № 530-р. URL: <https://surl.li/urzlhv> (дата звернення: 11.09.2025).

66. Урядова програма «Доступні ліки». *МОЗ України*. URL: <https://surl.cc/tsuqoi> (дата звернення: 11.08.2025).

67. Перелік «Доступні ліки» станом на 01 липня 2025 року». *МОЗ України*. URL: <https://surl.cc/ejrrkf> (дата звернення: 11.08.2025).

68. Як дізнатися, які «Доступні ліки» безоплатні, а які з доплатою? *Національна служба здоров'я України*. 2024. URL: <https://surl.lu/kaapuww> (дата звернення: 11.08.2025).

69. Програма «Доступні ліки» доповнилася новими напрямками. *Ehealth* URL: <https://surl.li/btaqlq> <https://surl.lu/kaapuww> (дата звернення: 11.08.2025).

70. Програма реімбурсації лікарських засобів і медвиробів. *Національна служба здоров'я України*. URL: <https://surl.li/uzwrah> (дата звернення: 11.08.2025).

71. Ухвалено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань. *МОЗ України*. URL: <https://surl.li/rbfocv> (дата звернення: 11.08.2025).

72. Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030: Regional Committee for Europe 73rd session. Astana : World Health Organization (WHO), 2023. 12 p. URL: <https://surl.li/lzavnz> (date of access: 11.08.2025).

73. Resolution: Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030. *World Health Organization (WHO)*. 2023. URL: <https://surl.li/wbnxvg> (date of access: 11.08.2025).

74. Білоусова Н. Обґрунтування розширення функцій фармацевта при профілактиці ішемічної хвороби серця на вторинному та третинному рівнях медичної допомоги. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024. Випуск 3. № 17. С. 41–50. URL: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2024-3-7> (дата звернення: 11.08.2025).

75. Ольховська А.Б. Digital-трансформація галузі охорони здоров'я у створенні нової концепції медичної та фармацевтичної допомоги. *Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики* : матер. XI міжнар. наук.-практ. дистанційної конф., Харків, 21 берез. 2024 р. / ред. кол. : В. В. Малий [та ін.]. Харків : НФаУ, 2024. С. 486-487.

76.Електронна охорона здоров'я (е-здоров'я, eHealth). *МОЗ України*. URL: <https://surl.li/cgawrw> (дата звернення: 11.08.2025).

77.Доступні ліки. *МОЗ України*. URL: <https://surl.lt/hwwruq> (дата звернення: 12.09.2025). = 66 джерелу

78.Е-здоров'я. Електронна система охорони здоров'я: е-рецепти. *МОЗ України*. URL: <https://surl.li/kkgfzu> (дата звернення: 12.09.2025).

79.Електронному рецепту – п'ять років. *МОЗ України*. URL: <https://surl.li/xkktvm> (дата звернення: 12.09.2025).

80.Електронна карта місць відпуску лікарських засобів за еРецептом. *Національна служба здоров'я України*. URL: <https://surli.cc/qreihl> (дата звернення: 12.09.2025).

81.Електронний рецепт: переваги й особливості користування. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. 2023. URL: <https://surl.li/paehav> (дата звернення: 12.09.2025).

82.Понад 80 млн е-рецептів виписано за програмою «Доступні ліки». *МОЗ України*. 2024. URL: <https://surl.li/tnamfm> (дата звернення: 12.09.2025).

83.Скібіна К. П., Ананько С. Я. Вплив реклами лікарських засобів на рівень самолікування в Україні. *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. 2013. Т.13. № 3(43). С. 268–272.

84.Прохоренко Є. Профільний комітет підтримав законопроекти щодо погодження реклами ліків з МОЗ та запровадження ліцензування діяльності з обігу медичних виробів. *Щотижневик Аптека*. 2018. № 23 (1144). URL: <https://surl.li/fyyfyl> (дата звернення 12.09.2025).

85.Neafsey P.J., Shellman J. Adverse self-medication practices of older adults with hypertension attending blood pressure clinics: Adverse self-medication practices. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 2001. № 5(1). URL: <https://surl.li/ayvwsu> (date of access: 12.08.2025).

86.Ольховська А.Б. Теоретичні та науково-прикладні засади удосконалення маркетингових комунікацій у системі просування лікарських засобів в Україні: дис. ...доктора фармацевт. Наук: 15.00.01. Харків: НФаУ, 2019. 638 с.

87. Як дізнатися, які «Доступні ліки» безоплатні, а які з доплатою? *Урядовий портал*. 2023. URL: <https://surl.li/vbtysu> (дата звернення 12.08.2025).

88. Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду : Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 898 : станом на 15 квіт. 2025 р. URL: <https://surl.li/cotlkx> (дата звернення: 12.09.2025).

89. Бромокриптин (bromocriptine). Необхідність контролю артеріального тиску. *Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України*. 2025. URL: <https://surl.li/optxhp> (дата звернення: 12.09.2025).

90. Всеукраїнський проект «Зупинити епідемію серцево-судинних катастроф». *Національна академія медичних наук України*. 2019. URL: <https://surl.lu/mphikq> (дата звернення: 12.09.2025).

91. Фахівці Центру громадського здоров'я долучились до діалогу «Зменшення споживання солі як стратегія профілактики неінфекційних захворювань». *Державний експертний центр МОЗ України*. 2025. URL: <https://surl.li/aknjrp> (дата звернення: 12.09.2025).

92. МОЗ пропонує виробникам поступово зменшувати вміст солі у хлібобулочних виробах. *МОЗ України*. 2024. URL: <https://surl.li/cqbkxa> (дата звернення: 12.09.2025).

93. Відчуйте справжній смак їжі: як зменшити вживання солі та покращити здоров'я. *Центр громадського здоров'я МОЗ України*. 2024. URL: <https://surl.lt/hupumv> (дата звернення: 12.09.2025).

94. Актуальність нагальності реалізації в Україні програми зменшення споживання солі і швидкий шлях зниження смертності від серцево-судинних захворювань. ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва», *Національна академія медичних наук України*. URL: <https://surl.li/xrwxvv> (дата звернення: 12.09.2025).

95. Медична допомога при гіпертонії в Україні: точки розриву в каскаді та подальші дії. *The World Bank*. 2018. URL: <https://surl.li/iqjozq> (дата звернення: 12.09.2025).

96. The World Bank. 2018. Hypertension Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action. Washington DC: World Bank, 2018. URL: <https://surl.li/uohzkj> (date of access: 12.09.2025).

97. Rahmawatia R., Bajoreka B. Self-medication among people living with hypertension: a review. *Family Practice*. 2017. Vol. 34. № 2. P. 147–153. URL: <https://doi:10.1093/fampra/cmw137> (date of access: 12.09.2025).

98. Оцінка програми «Доступні ліки» в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2019. 60 с. URL: <https://surl.li/jcpsti> (дата звернення: 12.09.2025).

99. Доступні ліки–2025: затверджено нові переліки лікарських засобів та медичних виробів, які реімбурсуються. Щотижневик Аптека. 2025. № 11(1482). URL: <https://surl.li/jdvjqf> (дата звернення: 13.09.2025).

100. Нові переліки лікарських засобів та медичних виробів, які реімбурсуються. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. 2025. URL: <https://surl.li/tgoxaz> (дата звернення: 13.09.2025).

101. Деякі питання реімбурсації лікарських засобів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення: Постанова КМУ від 28.07.2021 № 854: станом на 6 черв. 2025 р. URL: <https://surl.li/vfcthz> (дата звернення: 13.09.2025).

102. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: Постанова КМУ від 24.12.2024 № 1503: станом на 5 верес. 2025 р. URL: <https://surl.li/cjcemn> (дата звернення: 13.09.2025).

103. Про Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Національна служба здоров'я України. URL: <https://surl.li/zgejuq> (дата звернення: 13.09.2025).

104. Реімбурсація 2024: актуальні питання програми реімбурсації «Доступні ліки» обговорили на форумі. МОЗ України. 2024. URL <https://surl.li/xjtklc> (дата звернення: 13.09.2025).

105. На варті здоров'я вашої родини: комбіновані препарати вже у переліку «Доступні ліки». *КНП «3-я міська поліклініка м. Львова»*. URL: <https://surl.li/cmhfci> (дата звернення: 13.09.2025).

106. «Доступні ліки» Укрпоштою – реальність! *КНП «3-я міська поліклініка м. Львова»*. URL: <https://surl.li/fxutrg> (дата звернення: 13.09.2025).

107. Бондарчук І. Доступність лікарських засобів – яку роль відіграє держава? *Щотижневик Аптека*. 2021. № 14 (1285). URL: <https://surl.lu/mhfkvh> (дата звернення: 13.09.2025).

108. «Доступні ліки». Повний перелік. Національну службу здоров'я України. URL: <https://surli.cc/wzcoiq> (дата звернення: 13.09.2025).

109. Доступні ліки. Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб. URL: <https://surl.li/frfsxt> (дата звернення: 14.09.2025).

110. Доступні ліки – важливі цифри. Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб. URL: <https://surl.lu/ybdeii> (дата звернення: 14.09.2025).

111. Кірсанов Д. Програма реімбурсації: підсумки 2022 р. та розвиток під час війни. *Щотижневик Аптека*. 2023. № 08 (1379). URL: <https://surl.li/gzlety> (дата звернення: 14.09.2025).

112. Кірсанов Д. Програма реімбурсації: підсумки 2023 р. *Щотижневик Аптека*. 2024. № 06 (1427). URL: <https://surl.li/ymfghj> (дата звернення: 14.09.2025).

113. «Доступні ліки»: які результати роботи програми у 2024 році? *Щотижневик Аптека*. 2024. № 50 (1471). URL: <https://surli.cc/ckucjd> (дата звернення: 14.09.2025).

114. Білоусова Н.А., Долженко М.М. Аналіз лікарських призначень при ішемічній хворобі серця з коморбідними станами у закладах охорони здоров'я України. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2025. № 18(1). С. 45–56. URL: <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2025.1.320493> (дата звернення: 16.09.2025).

115. Компендіум: довідник лікарських засобів. URL: <https://surl.lt/pugtgu> (дата звернення: 16.08.2025).

116. Державний реєстр лікарських засобів України. ДЕЦ МОЗ України. URL: <https://surl.li/eoglcn> (дата звернення: 16.08.2025).

117. Левицкая О.Р., Гром О.Л., Громовик Б.П. Кон'юнктура ринку специфічних оториноларингологічних препаратів. *Провізор*. 1998. № 17. С. 20–24.

118. Веляник Р. Клінічний маршрут пацієнта: що слід врахувати керівнику стоматологічного ЗОЗ. *Медична справа*. 2025. URL: <https://surl.lu/zxgont> (дата звернення: 20.09.2025).

119. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 : станом на 4 квіт. 2025 р. URL: <https://surl.li/nyjnoz> (дата звернення: 20.09.2025).

120. 34,8% українців у віці від 18 до 69 років мають підвищений артеріальний тиск. МОЗ України. 2023. URL: <https://surli.cc/fecuvs> (дата звернення: 20.09.2025).

121. Ведення хворого з артеріальною гіпертензією (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами) : метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. О. Я. Бабак, М. О. Візір, Г. Ю. Панченко та ін. – Харків : ХНМУ, 2019. – 24 с.

122. Александрук Н. Рекомендації ESH-2023 щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Частина 1. Патофізіологія, класифікація та діагностика. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2023. № 15 (551). С. 10–11.

123. HEARTS: технічний пакет заходів для ведення пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями на рівні первинної медичної допомоги: командний підхід до ведення пацієнтів. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2023. 36 с. URL: <https://surl.li/prnbkn> (дата звернення: 20.09.2025).

124. HEARTS: технічний пакет заходів для ведення пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями на рівні первинної медичної допомоги: посібник із реалізації. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2023. 34 с. URL: <https://surl.li/iseqqg> (дата звернення: 20.09.2025).

125. HEARTS: технічний пакет заходів для ведення пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями на рівні первинної медичної допомоги: системи моніторингу. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2023. 31 с. URL: <https://surl.li/cgreth> (дата звернення: 20.09.2025).

126. Марараш Г. Г., Борейко Л. Д. Оцінка ефективності навчання хворих на артеріальну гіпертензією. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2021. № 1. С. 21–28. URL: <https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1.11918> (дата звернення: 20.09.2025).

127. The realities of hypertension management in Ukraine. *BJGP Life*. 2022. URL: <https://surl.li/rxyjlt> (date of access: 20.09.2025).

128. Білоусова Н. Обґрунтування розширення функцій фармацевта при профілактиці ішемічної хвороби серця на вторинному та третинному рівнях медичної допомоги. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024. № 3 (17). С. 41–50. URL: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2024-3-7> (дата звернення: 20.09.2025).

129. Розробка клінічного маршруту пацієнта та інших документів локального рівня. ДП «Державний експертний центр МОЗ України». URL: <https://surl.lt/kzrrpy> (date of access: 20.09.2025).

130. Устінов О.В. МОЗ наголошує на необхідності правильної маршрутизації пацієнтів з інсультом. *Український Медичний Часопис*. 2022. URL: <https://surl.lu/ovwqio> (дата звернення: 20.09.2025).

131. Sokol K.M., Kupina O.V., Olkhovska A.B. Organizational aspects of accessibility Of medical and pharmaceutical care For hypertensive disease in Ukraine. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матер. VIII наук.-практ. конф. з міжнар.уч., м Харків, 30 жовтня 2025 р., Харків: Харківський національний медичний університет, 2025. С. XX-XX.