



# Порівняльний аналіз фармацевтичних ринків

27 країн Європейського Союзу

# ЗМІСТ

- I.** ВСТУП
- II.** КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ ТА ТЕНДЕНЦІЇ.
- III.** РЕГУЛЯТОРНА АРХІТЕКТУРА: 2 РІЗНІ РІВНІ.
- IV.** РЕІМБУРСАЦІЯ.
- V.** ПІДТРИМКА НАЦІОНАЛЬНОГО ВИРОБНИКА НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ ЄС.
- VI.** АНТИМОНОПОЛЬНА ПОЛІТИКА.
- VII.** СТРУКТУРА РОЗДРІБНОГО РИНКУ ЛІКІВ
- VIII.** СПІВВІДНОШЕННЯ РЕЦЕПТУРНИХ І БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКІВ.
- IX.** ПОЗААПТЕЧНИЙ ДОСТУП ДО БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ.
- X.** ФУНКЦІЇ АПТЕК.
- XI.** ПІДТРИМКА ДОСТУПНОСТІ АПТЕК.
- XII.** ПІДГОТОВКА ТА ДОХОДИ ФАРМАЦЕВТІВ.
- XIII.** СТРАТЕГІЧНІ ЗАПАСИ.
- XIV.** ХОРВАТСЬКИЙ ФАРМРИНОК: НАСЛІДКИ ПРИЄДНАННЯ ДО ЄС.

## РОЗДІЛ I. ВСТУП.

Цей звіт представляє результати порівняльного аналізу фармацевтичних ринків 27 країн Європейського Союзу, а також досвід інтеграції Хорватії в ринок ЄС.

Ми вирішили зробити цей звіт, оскільки протягом 2025 року різні погляди на способи регулювання фармацевтичної галузі — іноді протилежні — аргументували словами «бо такою є практика ЄС».

Природа двозначностей і різних уявлень про практику ЄС стала зрозуміла під час підготовки цього матеріалу, адже, аби з'ясувати достовірно стан справ у кожній країні Євросоюзу, потрібно опрацювати десятки різних джерел і впевнитись, що знайдені дані відповідають поточному стану справ. Ми вдячні учасникам ринку, які допомагали нам підказками та критикою на різних стадіях підготовки.

Сподіваємось, що цей звіт допоможе уникнути непорозумінь, двозначностей і маніпуляцій щодо того, як насправді функціонує фармацевтична галузь у ЄС та в його окремих країнах.

Він може бути цікавий ще й тому, що процес уніфікації нормативного поля української фармацевтики з базовими межами ЄС є активним і щоденним. Отже, учасникам ринку важливо розуміти, чого чекати від регуляторних змін.

Висновки звіту можуть стати корисними підказками окремим учасникам фармацевтичного ринку України щодо стійкості бізнес-моделей та можливостями для їхньої модифікації.

Ми не претендували на максимальну деталізацію й енциклопедичну точність — нашою метою було визначити основні особливості, а також базові процеси, що відбуваються у фармацевтичній галузі ЄС та його окремих країн-учасниць.

Для підготовки огляду використані параметри, які, на нашу думку, дозволяють зрозуміти, куди саме веде Україну інтеграція з ЄС у сфері ринку лікарських засобів, і яких змін може зазнати українська дійсність з огляду на це.

Звіт використовує 10 ключових параметрів:

- 1 механізми реімбурсації та їхній вплив на вартість препаратів;
- 2 стимули для вітчизняного виробництва ліків;
- 3 антимонопольна політика;
- 4 структура роздрібного ринку лікарських засобів;
- 5 канали продажу рецептурних і безрецептурних ліків;
- 6 співвідношення рецептурних та ОТС-препаратів у роздрібних продажах;
- 7 онлайн-торгівля ліками;
- 8 неторгові послуги аптек;
- 9 зарплати та підготовка фармацевтів;
- 10 зарплати та підготовка фармацевтів;

## РОЗДІЛ II. КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ ТА ТЕНДЕНЦІЇ.

- Європейський фармацевтичний ринок характерний значною неоднорідністю моделей регулювання.
- Уряди всіх країн використовують широкий набір інструментів для стримування вартості лікарських засобів як в закупці у виробника/ імпортера, так і для пацієнта. Механізми реімбурсації – головний інструмент. Вільне ціноутворення на рецептурні ліки є практично виключене.
- Майже всі держави-учасниці ЄС мають програми підтримки внутрішнього (на території конкретної країни) виробництва ліків та медичних засобів. Іноді це спеціальні стимули для фармацевтичної галузі, іноді – застосування загальних інвестиційних стимулів. Крім того, безпосередньо ЄС запроваджує механізми стимуляції зростання власного виробництва ліків і потрібних для цього речовин.
- Вертикальна інтеграція торгівлі та виробництва ліків у ЄС, по суті, виключена.
- На аптечному ринку спостерігається як тренд до лібералізації, так і до відновлення обмежень для мереж.
- За будь-яких моделей організації аптечного ринку наявність в аптеці фармацевта або навіть керування аптеки фармацевтом всюди є прямою вимогою.
- Аптеки еволюціонують у багатофункціональні центри здоров'я.
- У багатьох країнах ЄС є чітке розмежування між аптеками з рецептурними ліками та парафармаціями (ОТС, дієтичні добавки, товари для краси тощо).
- Частка рецептурних ліків у 26 країнах ЄС (крім Польщі) істотно більша, ніж в Україні.

- Механізми реімбурсації стимулюють, з одного боку, інвестиції в нові ефективні препарати шляхом встановлення високих стартових цін такі препарати і, з іншого боку, появу генериків та біоеквівалентних препаратів.
- Доступ до безрецептурних ліків поза аптеками обмежений відносно безпечними видами та кількістю лікарських одиниць в упаковці.
- Після COVID-19 та геополітичних криз 2022–2025 всі країни запровадили політику посилення стратегічних резервів.
- Досвід Хорватії свідчить, що вступ до ЄС не є катаклізмом для фармацевтичного ринку.

## РОЗДІЛ III. РЕГУЛЯТОРНА АРХІТЕКТУРА: 2 РІЗНІ РІВНІ.

### **Рівень ЄС: що визначають на загальноєвропейському рівні у сфері обігу лікарських засобів**

На рівні Європейського Союзу визначають не всю фармацевтичну політику, а насамперед спільну регуляторну межу для допуску лікарських засобів на ринок, контролю їх якості, безпеки та ефективності, фармаконагляду, а також мінімальних вимог до професійної підготовки фармацевтів. Водночас такі питання як ціни на лікарські засоби, реімбурсація, організація аптечної мережі, правила роздрібного відпуску та форма власності аптек переважно залишаються в компетенції держав-членів.

Одним з ключових елементів загальноєвропейського рівня регулювання є централізована процедура авторизації лікарських засобів. У її межах Європейське агентство з лікарських засобів (EMA) проводить наукову оцінку препарату, а остаточне рішення про надання централізованого дозволу на маркетинг ухвалює Європейська Комісія. Після цього він отримує дозвіл на обіг, чинний у всіх державах-членах ЄС, а також у країнах Європейської економічної зони (ЄЕЗ).

На рівні ЄС також гармонізовані основні стандарти розробки, дослідження та виробництва лікарських засобів. До них належать:

належна виробнича практика (GMP), що встановлює вимоги до виробництва та контролю якості лікарських засобів;

належна лабораторна практика (GLP), яка регулює проведення неклінічних досліджень безпеки;

належна клінічна практика (GCP), що визначає етичні та наукові вимоги до клінічних випробувань за участю людини.

Саме завдяки цим гармонізованим правилам забезпечують єдиний базовий підхід до якості, безпеки та достовірності доказів у всьому ЄС.

Ще одним елементом регулювання на рівні Союзу є фармаконагляд. Європейську систему EudraVigilance використовують для збору, обробки та аналізу повідомлень про підозрювані побічні реакції на лікарські засоби. Нагляд у цій сфері здійснюється спільно: ЕМА адмініструє систему на рівні ЄС, тоді як національні компетентні органи держав-членів збирають і передають інформацію від медичних працівників, пацієнтів і власників реєстраційних посвідчень. Так, фармаконагляд має водночас і спільний, і мережевий характер.

У межах внутрішнього ринку ЄС на лікарські засоби також поширений принцип вільного руху товарів – вони можуть переміщатися в межах Союзу без митних бар'єрів за умови дотримання спеціального фармацевтичного законодавства, включно з вимогами щодо маркетингового дозволу, маркування, виробництва, дистрибуції та фармаконагляду.

Окремо слід зазначити, що на рівні ЄС встановлені уніфіковані мінімальні вимоги до підготовки фармацевта. Відповідно до Директиви 2005/36/ЄС, його базова підготовка має тривати щонайменше 5 років, з яких не менше 4 припадає на теоретичну та практичну університетську освіту, а щонайменше 6 місяців – на стажування в аптеці, відкритій для населення, або в лікарні під наглядом фармацевтичного підрозділу. Саме ця норма забезпечує автоматичне визнання кваліфікації фармацевтів між державами-членами.

### ***Рівень держав-членів ЄС: що залишається в національній компетенції***

Попри високий рівень гармонізації фармацевтичного регулювання в ЄС, значна частина рішень у сфері обігу лікарських засобів і організації фармацевтичного сектору залишається в компетенції держав-членів. Базовий принцип наступний: вони відповідають за формування політики охорони здоров'я, організацію системи охорони здоров'я, надання медичної допомоги та розподіл відповідних ресурсів. У цій межі саме держави-члени можуть керувати споживанням лікарських засобів, регулювати їхні ціни та визначати умови їхнього публічного фінансування.

Насамперед на національному рівні визначають ціни на лікарські засоби та умови їхньої реімбурсації. Після того, як препарат отримав дозвіл на маркетинг, рішення про його ціну та відшкодування вартості ухвалюють окремо в кожній державі з урахуванням національної системи охорони здоров'я. ЕМА прямо зазначає, що не бере участі в таких рішеннях і не володіє інформацією про національні домовленості щодо ціноутворення та реімбурсації – на рівні ЄС діє лише вимога прозорості таких рішень.

Національною компетенцією залишається також визначення переліків лікарських засобів, що покриваються системою публічного фінансування, умов співоплати пацієнта, критеріїв медико-економічної оцінки, а також інструментів управління споживанням. Саме держави-учасниці вирішують, які препарати підлягають відшкодуванню, за яких умов і в якому обсязі.

Національні регуляторні органи (наприклад, італійське агентство з лікарських засобів AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), португальський національний орган з лікарських засобів та медичних виробів INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde), іспанське агентство з лікарських засобів та медичних виробів AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) тощо) встановлюють механізми визначення ціни, а також процедури оцінки медичних технологій (НТА – Health Technology Assessment).

НТА – це систематична оцінка клінічної ефективності, економічної доцільності, соціального й етичного впливу медичних технологій (включно з ліками) для ухвалення рішень про їхнє фінансування з державного бюджету або страхування, визначення умов включення препаратів в реімбурсаційні переліки ліків, що підлягають відшкодуванню.

Окремий великий блок національної компетенції стосується організації аптечного сектору. До нього належать правила територіального розміщення аптек, вимоги до їхнього відкриття, режим ліцензування аптечної діяльності, а також практична організація забезпечення населення лікарськими засобами в межах національної системи охорони здоров'я.

На національному рівні зберігається й значна частина процедур допуску лікарських засобів, оскільки поряд з централізованою процедурою в ЄС існують також національні процедури авторизації. ЕМА прямо вказує, що кожна держава-член має власні національні процедури авторизації та національні реєстри дозволених лікарських засобів.

Так само національні органи відіграють ключову роль у дозволі на клінічні випробування та в їхньому практичному адмініструванні. Хоча клінічні випробування відбуваються в межах гармонізованої європейської правової системи, заявники подають документи до національних компетентних органів тих країн, де хочуть проводити випробування.

У сфері професійного регулювання ЄС уніфікує обов'язкові вимоги до підготовки фармацевта та принципи визнання кваліфікацій, але нюанси практичного доступу до професії в конкретній державі можуть залежати від національних процедур – наприклад, від реєстрації в професійному органі, адміністративних вимог чи перевірки мовної компетентності.

Управління стратегічними резервами/запасами й управління дефіцитом ліків: поки що цей процес здійснюють на національному рівні, проте з ухвалення СМА (Акту про критичні ліки) його централізація ймовірно зростатиме.

## РОЗДІЛ IV. РЕІМБУРСАЦІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ВАРТІСТЬ ЛІКІВ.

### **РЕІМБУРСАЦІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ЦІНОУТВОРЕННЯ**

Реімбурсація (український аналог — відшкодування) в країнах ЄС не зводиться до компенсації витрат на ліки для пацієнтів — вона є потужним інструментом управління цінами. Система відшкодування поєднує адміністративні обмеження, ринкові стимули та механізми переговорів.

Не існує єдиної моделі ЄС. З 12 січня 2025 року країни почали використовувати загальноєвропейські «Спільні клінічні оцінки» для деяких нових лікувальних технологій, але вибір механізму відшкодування залишається національною компетенцією. Оцінку економічної доцільності, терапевтичної цінності, бюджетного впливу та остаточного рішення щодо покриття досі ухвалюють на національному рівні.

Водночас спільною рисою всіх країн є прагнення знизити вартість ліків. ВООЗ (далі можна зустріти абревіатуру WHO) у Європі наголошує, що ліки залишаються важливим чинником прямих витрат громадян і фінансової нестабільності домогосподарств у Європі. Для 20% домогосподарств витрати на ліки мають характер катастрофічних — таких, після яких родина вже не може оплатити інші життєво важливі видатки.

Майже всі країни ЄС використовують комбінацію 5 інструментів:

- 1** НТА (комплексної оцінки цінності препарату, включно з економічною ефективністю);
- 2** внутрішнього референтного ціноутворення;
- 3** зовнішнього референтного ціноутворення;
- 4** оцінки додаткової терапевтичної цінності;
- 5** прямих переговорів щодо ціни закупівлі дорогих ліків, включно з урахуванням терапевтичної цінності препарату.

## **HTA (health technology assessment)**

Це міждисциплінарний аналіз медичної, економічної, соціальної та етичної цінності ліків. Роль HTA полягає в ухваленні обґрунтованих рішень щодо включення ліків до списків державного фінансування, відшкодування та формування клінічних рекомендацій. Насправді цей метод визначає, чи буде певний препарат включений до списку ліків, які підлягають відшкодуванню.

## **Внутрішнє референтне ціноутворення (Internal Reference Pricing)**

Здійснюється групування взаємозамінних препаратів з однаковим кодом анатомо-терапевтично-хімічної класифікації (Anatomical Therapeutic Chemical code), однаковим терапевтичним ефектом. Групування дозволяє об'єднати оригінальні препарати та їхні генерики (якщо вони вже є) в одну групу для встановлення спільної максимальної ціни, що підлягає відшкодуванню, стимулюючи тим самим конкуренцію та зниження витрат системи охорони здоров'я.

Встановлюється референтна ціна – ціна генерика або середня/найнижча в групі. Референтну ціну зазвичай встановлюють на рівні найдешевшого генерика або як середньозважену ціну декількох найдешевших препаратів у групі – це максимальна сума, яку система охорони здоров'я готова відшкодувати за ліки цієї групи.

Реімбурсація відбувається тільки до референтної ціни. Якщо пацієнт обирає дорожчий препарат, він сплачує різницю між його ціною та референтною ціною самостійно.

Цю схему використовують майже в усіх країнах ЄС для генериків та біосимілярних препаратів.

## **Зовнішнє референтне ціноутворення (External Reference Pricing, ERP)**

Цей механізм передбачає, що ціну в країні X встановлюють на основі цін в інших країнах, які використовують як еталон, і розраховують свою ціну як середню або мінімальну з їхніх цін.

Зниження ціни в одній країні автоматично знижує її в інших країнах, які використовують ту як референтну. В результаті виробники іноді відкладають

вихід власних лікарських засобів на ринки країн з низькою вартістю ліків, щоб не знизити ціни в дорожчих. Також побічним ефектом є стимулювання паралельної торгівлі – перепродажу ліків з дешевих країн у дорогі.

## **Ціноутворення на основі цінності (Value-Based Pricing)**

Піонери цього методу в Євросоюзі:

### **Швеція**

(Агентство стоматологічних та фармацевтичних пільг, аналіз років якісного життя з урахуванням якості (TLV QALY analysis));

### **Німеччина**

(Закон про реорганізацію фармацевтичного ринку, оцінка додаткової користі (AMNOG additional benefit assessment)).

Тут до механізмів НТА додають поняття ICER та QALY. Ціну лікарського засобу визначають із застосуванням приростаючого співвідношення витрат та ефективності – ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio). ICER – це показник, що розраховується як додаткові витрати на новий препарат, поділені на додаткову користь. Додаткову користь вимірюють у роках якісного життя – QALY – в порівнянні з існуючим лікуванням. Загалом, формула така: ICER дорівнює (вартість нового препарату) мінус (вартість існуючого лікування) поділити на (QALY нового препарату) мінус (QALY існуючого лікування).

Цей підхід містить реально складні розрахунки. Ми вирішили не наводити їх тут – читач зможе про них дізнатися самостійно в разі потреби.

Зазначимо, що складно, наприклад, оцінити кількість років якісного життя при онкології, зокрема якість життя онкохворих пацієнтів і довгострокові ефекти інноваційних терапій.

## ***Ціноутворення на основі переговорів***

У цьому випадку ціну встановлюють через прямі переговори між регуляторним органом/платником і виробником, а не за чистою референтною формулою.

Зокрема, ціну коригують залежно від реальних клінічних результатів. Угоди про керований доступ (MEAs – Managed Entry Agreements) передбачають розподіл ризиків: виробник повертає кошти, якщо препарат не досягає обіцяної ефективності.

Схема гнучка, але тривала (180+ днів переговорів) та непрозора. Умови угод часто є конфіденційними, що ускладнює порівняння між країнами.

У результаті всередині ЄС ціна на той самий препарат може суттєво відрізнятися: високі ціни в Німеччині, середні у Франції/Італії, низькі в Румунії/Болгарії.

## ***ТИПОЛОГІЯ КРАЇН ЄС ЗА ПАЦІЄНТСЬКИМ СПІВПЛАТЕЖЕМ***

### ***Системи захисту пацієнтів через ліміти витрат***

У цей підхід входять Австрія, Швеція, Данія, Фінляндія та Ірландія. Пацієнт не обов'язково платить мало при першій покупці, але він захищений граничним обмеженням витрат, головним чином у відсотках від річного доходу: щорічно в Австрії, Швеції, Данії та Фінляндії, щомісяця в Ірландії. Ефект цієї моделі полягає в тому, що вона краще захищає хронічно хворих і пацієнтів з високою потребою в ліках, але є менш комфортною для тих, хто купує ліки час від часу і щоразу зіштовхується із суттєвим платежем.

### ***Системи плаваючої ставки реімбурсації***

Типові приклади – Франція, Іспанія, Португалія, Греція. У цьому випадку держава покриває частку вартості, яка часто відрізняється за терапевтичною цінністю, діагнозом, соціальним статусом і віком.

### ***Системи з еталонною ціною***

Це дуже поширений підхід – його використовують у Нідерландах, Німеччині, Люксембурзі, Бельгії, Чехії, Польщі, Австрії, країнах Балтії, Словаччині, Словенії, Хорватії, Угорщині, Румунії та Болгарії. Основна логіка така:

платник покриває препарат у кластері взаємозамінних препаратів або за максимально допустимою ціною, а пацієнт сплачує різницю, якщо обирає дорожчий бренд.

### **Системи з чітко визначеним списком відшкодовуваних ліків та умовами отримання**

Тут існує список ліків, які реімбурсуються, а все, що поза списком, пацієнт оплачує сам. Крім того, прописані правила, що визначають, чи конкретний пацієнт підпадає під правила доступу.

На Мальті Government Formulary List – це офіційний список продуктів для Національної служби здоров'я; він поділений на Hospital Formulary і Outpatients Formulary, а для частини ліків діють протоколи, які обмежують їхнє використання в системі охорони здоров'я. Для амбулаторного формуляра окремо вказують, чи є препарат доступним за Pink Card positive entitlement, а також який його зв'язок з хронічними станами за законом про соціальне забезпечення. Це означає, що якщо препарат є у формулярі й пацієнт відповідає критеріям entitlement, він може отримати його через публічну систему, а якщо ні, то доведеться звертатися до приватного ринку або такого доступу не буде взагалі.

В Італії дуже важливу роль відіграє класифікація AIFA:

Class A – препарати, які відпускають за рахунок або в межах соціального страхування в амбулаторному сегменті;

Class H – препарати для використання в лікарнях;

Class C – препарати, які зазвичай оплачує сам пацієнт.

Отже, клас препарату фактично визначає канал доступу та платника. Якщо препарат у класі А чи H, він підпадає під державне фінансування; якщо в класі С – це приватна витрата пацієнта. AIFA офіційно публікує списки препаратів класів А та H як ліків, що відпускаються в межах національної служби здоров'я.

Щодо Кіпру, у нинішній системі GeSY (Загальна система охорони здоров'я Кіпру) покривають лише рецептурні препарати, які входять до Каталогу медичних продуктів; щонайменше один продукт у кожній категорії відшко-

довують повністю, а пацієнт зазвичай сплачує співплатіж €1 або доплачує різницю, якщо обирає дорожчий препарат замість найдешевшого у своїй категорії. OTC GeSY не покриває.

### **Обов'язкова мінімальна пацієнтська оплата**

Слід зазначити окремо, що майже в усіх країнах ЄС частина пацієнтів, що не є пільговими категоріями, сплачує певний відсоток вартості препарату. Наприклад, в Німеччині пацієнт платить 10% ціни, але не менше 5 євро та не більше 10 євро.

В частині країн ЄС він сплачує фіксовану вартість за обслуговування рецепту. Вона суттєво коливається — наприклад, в Австрії становить понад 7 євро, в Болгарії — 0.5 євро.

## **РЕІМБУРСАЦІЯ ВАРТОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У КРАЇНАХ ЄС**

*Порівняльний огляд механізмів та практичного значення для пацієнта*  
Стан узагальнення: квітень 2026 року

**Примітка.** Таблиця нижче подає високорівневий опис амбулаторної/роздрібної реімбурсації ліків для населення в кожній державі-члені ЄС. У межах окремих країн можуть існувати винятки за нозологіями, спеціальними програмами, статусом пацієнта, рівнем доходу, додатковим страхуванням або регіональними правилами.

| <b>Країна</b>  | <b>Механізм реімбурсації вартості ліків</b>  | <b>Що це означає для пацієнта</b>   |
|----------------|--|---|
| <b>Австрія</b> | Соціальне медичне страхування. В амбулаторному секторі відшкодовуються препарати, що входять до реімбурсаційного переліку; типовий механізм для пацієнта — фіксований рецептний збір за кожну відпущену позицію, тоді як решта вартості покривається страховиком. Для окремих препаратів потрібне попереднє погодження/оцінка. | Пацієнт зазвичай сплачує стандартний рецептний збір за пакування, а не повну ціну препарату. Якщо ліки не входять до переліку або не виконані умови призначення, доведеться платити повністю. |

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| <b>Бельгія</b>  | Обов'язкове страхування з переліком реімбурсованих препаратів (так званий позитивний перелік) і категоріями відшкодування (A/B/C/Cs/Cx тощо). Розмір компенсації та верхня межа доплати залежать від терапевтичної цінності препарату та статусу застрахованого. | Пацієнт майже ніколи не зіштовхується з однаковою доплатою для всіх ліків: за «необхідніші» препарати доплата нижча або нульова, за симптоматичні/комфортні – вища. Вразливі групи платять менше.      |
| <b>Болгарія</b> | NHIF відшкодовує препарати з позитивного списку; рівень покриття залежить від нозології та правил для конкретної групи ліків (25/50/75/100%). Працює внутрішнє реферування цін.  | Пацієнт сплачує частку ціни залежно від захворювання та реімбурсаційної категорії. За деякими пріоритетними групами можливе 100% покриття, але за багатьма препаратами співплата залишається суттєвою. |
| <b>Хорватія</b> | HZZO застосовує 2 основні амбулаторні реімбурсаційні групи: базовий список і додатковий список. Для базового списку ліки покриваються повністю або майже повністю за референтною ціною; для додаткового списку пацієнт доплачує різницю/співплату.               | Пацієнт отримує частину препаратів без доплати, але за ліки з додаткового списку або дорожчі бренди доплачує сам. Різниця між фактичною ціною і встановленим рівнем відшкодування лягає на пацієнта.   |
| <b>Кіпр</b>     | У системі GeSY препарати, що входять до формуляра/переліку, відпускаються зі співплатою та із захисними стелями для окремих груп; поза переліком – без покриття або через спеціальні процедури.  | Пацієнт зазвичай не сплачує повну ціну за стандартні реімбурсовані ліки, а платить помірну співплату. Для хронічних пацієнтів та вразливих груп фінансовий тягар обмежений.                            |

|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| <b>Чехія</b>     | Публічне медичне страхування з позитивним переліком (вичерпний список ліків, авторизованих для реімбурсації) і внутрішнім реферуванням за референтними групами. Держава гарантує наявність щонайменше одного повністю відшкодуваного варіанта в референтній групі; є річні захисні ліміти співоплати для певних груп. | Пацієнт може отримати препарат без доплати, якщо обере повністю реімбурсований еквівалент. Якщо обирає дорожчий бренд, то доплачує різницю; для дітей, літніх та інших груп діють річні ліміти.     |
| <b>Данія</b>     | Загальне покриття через публічну систему: амбулаторна реімбурсація залежить від накопичених річних витрат пацієнта на препарати. Що вищі сукупні витрати за рік, то вищий відсоток відшкодування.   | На початку «лікарського року» пацієнт платить більше сам, але після досягнення певних порогів його частка зменшується. Для пацієнтів з тривалим лікуванням це суттєво знижує витрати упродовж року. |
| <b>Естонія</b>   | Система позитивного списку з фіксованими рівнями компенсації (50%, 75%, 90% або 100%) плюс рецептний збір; діє додаткова/суплементарна реімбурсація для людей з високими річними витратами.   | Пацієнт сплачує стандартний збір і частину вартості залежно від діагнозу та препарату. Якщо витрати на ліки протягом року стають високими, додаткова компенсація зменшує власні платежі.            |
| <b>Фінляндія</b> | Kela компенсує амбулаторні ліки після початкової франшизи (initial deductible); далі діють базовий, нижчий спеціальний і вищий спеціальний рівні реімбурсації, а також річна стеля витрат.  | Пацієнт спершу покриває початковий поріг власним коштом, після чого отримує часткову або високу компенсацію. Коли річна межа досягнута, подальші витрати різко зменшуються до невеликої доплати.    |

## Франція

Обов'язкове страхування з відшкодуванням за ставками, прив'язаними до медичної користі препарату (поширені ставки 15%, 30%, 65%, 100%). Частина, не покриту обов'язковим страхуванням, часто бере на себе додаткове страхування (mutuelle).

Для пацієнта реальна власна оплата дуже залежить від того, чи є додаткова страховка. Без mutuelle пацієнт доплачує залишок; з нею за багато препаратів власна оплата може бути мінімальною.

## Німеччина

Законодавче медичне страхування покриває рецептурні препарати, що входять до системи відшкодування; стандартна співплата становить 10% ціни, але не менше 5 і не більше 10 євро за пакування (з винятками). Діють звільнення та річні межі навантаження для хронічних хворих/вразливих груп.

Пацієнт зазвичай платить передбачувану фіксовану співплату за пакування, а не повну ціну. Якщо препарат дешевший або пацієнт має право на звільнення від співплати, витрати можуть бути нульовими.

## Греція

Позитивний список ліків і відсоткова співучасть пацієнта (часто 0%, 10% або 25%) плюс можлива доплата, якщо роздрібна ціна перевищує референтну. Для окремих захворювань і груп діють пільги.

Пацієнт часто сплачує не лише встановлений відсоток, а й різницю між фактичною та референтною ціною. Вибір дорожчого бренду або відсутність пільги підвищує власні витрати.

## Угорщина

НЕАК відшкодовує препарати за кількома категоріями субсидування (типово 25%, 55%, 80%, 100%; також є нормативні та індивідуальні режими). Для частини продуктів застосовують фіксовані субсидії.

Пацієнт платить дуже по-різному залежно від діагнозу, категорії препарату та призначення. Для соціально й медично вразливих пацієнтів навантаження може бути значно нижче.

## Ірландія

Змішана модель: для всього населення діє Drug Payment Scheme з місячною стелею витрат домогосподарства; окремо є Medical Card та Long-Term Illness Scheme, які дають безоплатний або майже безоплатний доступ до визначених препаратів.

Для частини населення ліки фактично безоплатні, а для решти витрати обмежені місячною стелею. Це робить навантаження більш передбачуваним, особливо для сімей з хронічною терапією.

## Італія

AIFA визначає класи відшкодування: клас А – амбулаторні essential/chronic, що покриваються SSN; клас Н повністю покривається в лікарнях; клас С не реімбурсується. Регіони можуть застосовувати власний ticket/co-payment на амбулаторні препарати.

Пацієнт за препарати класу А часто платить мало або лише регіональний ticket, за клас Н не платить у лікарні, а за клас С сплачує повну ціну. Тому фінальний досвід залежить і від регіону, і від класу препарату.

## Латвія

Державна система компенсованих ліків з категоріями 100%, 75% і 50% залежно від тяжкості/характеру захворювання; держава відшкодовує найдешевший терапевтично еквівалентний варіант.

Пацієнт сплачує свою частку та повну різницю, якщо обирає дорожчий бренд замість найдешевшого еквівалента. Отже, для мінімізації витрат важливо погоджуватися на референтний препарат.

## Литва

Компенсація з бюджету обов'язкового страхування для препаратів у затверджених списках; застосовуються рівні 100%, 90%, 80% або 50% від базової ціни, а також максимальна доплата. Для окремих вразливих груп співплата скасовується.

Пацієнт може мати дуже низьку доплату або не платити взагалі, якщо належить до пільгової групи. За дорогі бренди понад базову ціну доведеться доплачувати різницю.

## Люксембург

CNS використовує позитивний список з 3 основними ставками відшкодування: 40%, 80% і 100%. Якщо пацієнт відмовляється від еквівалентної заміни, він може сплачувати різницю сам.

Пацієнт часто спочатку платить у точці продажу, а потім отримує відшкодування за встановленою ставкою. Для «звичайних» ліків повертається 80%, для менш пріоритетних — лише 40%, для окремих — 100%.

## Мальта

Безоплатне забезпечення здійснюється через Government Formulary List та entitlement-схеми (зокрема Schedule V для визначених хронічних станів і Pink Card для малозабезпечених).

Пацієнт, який має право на пільгу, отримує визначені препарати безкоштовно через державну систему. Якщо права немає або препарат не входить до державного формуляра, пацієнт платить сам.

## Нідерланди

Препарати для амбулаторного застосування відшкодовуються після включення до Medicines Reimbursement System (GVS). Для пацієнта діють обов'язкова річна франшиза (eigen risico) і, для окремих препаратів, доплата, якщо ціна перевищує reimbursement ceiling; на цю доплату є річна стеля.

Пацієнт спершу може витратити кошти в межах власної франшизи, а ще інколи доплачує за дорожчі препарати понад ліміт GVS. Водночас надмірні доплати за такими ліками обмежені річною стелею.

## Польща

Міністерство охорони здоров'я встановлює реімбурсаційні рівні для амбулаторних препаратів: 100%, 50%, 30%, фіксована доплата (lump-sum) або безоплатно для певних груп/показань. Основа — позитивний список і референтна ціна.

Пацієнт бачить на рецепті не загальну «наявність реімбурсації», а конкретний рівень оплати. За одні препарати він платить символічно, за інші — значну частину, а при виборі дорожчого бренду доплачує понад референтну ціну.

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| <b>Португалія</b> | INFARMED/HAS визначають позитивний список і рівні співфінансування; типові ставки для амбулаторних ліків групуються за рівнями (наприклад 90%, 69%, 37%, 15%), а для окремих хвороб діють спеціальні режими.                               | Пацієнт сплачує решту після державного співфінансування; для життєво важливих або хронічних препаратів частка держави вища. Для менш пріоритетних препаратів власні витрати помітніші.                           |
| <b>Румунія</b>    | Система позитивного списку з кількома підсписками/категоріями відшкодування. На практиці поширені рівні 100%, 90%, 50% і 20% залежно від виду препарату, захворювання та програми. Для окремих дорогих терапій діють національні програми. | Пацієнт може отримувати ліки безоплатно в межах програм або платити значну частину сам, якщо препарат відшкодовується частково. Для багатьох хронічних станів доступ залежить від конкретної програми/категорії. |
| <b>Словаччина</b> | Позитивний список відшкодованих препаратів та внутрішня референтна система для взаємозамінних ліків. Пацієнт сплачує співоплату, а для соціально вразливих груп діє захист від надмірних витрат; є невеликий рецептний збір.               | Пацієнт може мінімізувати витрати, якщо обирає препарат на рівні референтної ціни. Дорожчий вибір означає доплату; для окремих груп надмірні річні витрати частково повертаються/обмежуються.                    |
| <b>Словенія</b>   | Обов'язкове страхування покриває препарати з позитивного списку на 100%; для проміжного списку застосовується часткове покриття, яке на практиці часто добирається через добровільне додаткове страхування.                                | Пацієнт з самим лише обов'язковим страхуванням може мати доплати за частково реімбурсовані ліки. За наявності додаткового страхування власна оплата за такі препарати часто мінімальна.                          |

## Іспанія

Національна система охорони здоров'я застосовує income-based co-payment для амбулаторних рецептів.

Для працюючих типові ставки – 40%, 50% або 60% залежно від доходу; для пенсіонерів зазвичай 10% (або 60% для найвищого доходу) з місячними лімітами; є винятки й пільги.

Пацієнт сплачує передбачувану частку ціни, яка залежить від доходу та статусу (працює/пенсіонер). Для пенсіонерів навантаження пом'якшується місячними стелями, але для громадян без пільг верхньої межі зазвичай немає.

## Швеція

Національна система зі стелею витратків high-cost protection: пацієнт поступово накопичує власні витрати на рецептурні ліки протягом 12 місяців, після чого його співплата зменшується до нуля/майже нуля в межах системи. У 2025 році пороги підвищили.

Пацієнт на старті лікування платить більше, але після проходження порогів витрати різко падають. Для хронічних пацієнтів це дає передбачувану річну межу власних витрат.

## ВПЛИВ РЕІМБУРСАЦІЇ НА ВАРТІСТЬ ЛІКІВ

Відшкодування впливає на ціни ліків одночасно на 3 етапах: ціна виробника, «чиста» ціна після переговорів і знижок, а також кінцева ціна для пацієнта.

### *Переговорна позиція для держави*

Сам факт наявності списку ліків, що підлягають відшкодуванню, може стримати ціни. Препарат отримує великий ринок лише за умови, що він входить до списку відшкодовуваних витрат. Це створює для виробника сильний стимул знизити запитувану ціну або погодитися на обмеження кейсів для відповідності вимогам реімбурсації, інакше препарат або взагалі не отримає широкого попиту, або його продажі будуть дуже обмежені.

Це особливо важливо для інноваційних і дорогих ліків. ОЕСР окремо зазначає, що країни застосовують ліміти індикації, умовне відшкодування та регулярне переоцінювання саме для контролю ціни та невизначеності нових ліків.

## ***Зв'язок з ціновими орієнтирами***

У випадку зовнішнього референтного ціноутворення держава встановлює граничну ціну, зосереджуючись на цінах в інших країнах. Це безпосередньо обмежує здатність виробника встановлювати вищу ціну, ніж на інших ринках. Такий підхід обмежує початкову заявлену ціну препарату. Зазвичай вона зосереджується на офіційних, а не реальних «чистих» цінах після конфіденційних знижок, але навіть у такій формі він залишається одним з найпоширеніших європейських інструментів контролю цін.

При внутрішньому референсному ціноутворенні держава визначає, скільки вона готова відшкодувати в межах групи взаємозамінних ліків. Якщо марка дорожча за цю суму, різницю сплачує пацієнт або постачальник змушений знизити ціну. Для бюджету це ефективно, оскільки водночас знижує вартість цілих терапевтичних груп, а не одного продукту.

## ***Стимули для генериків і біосимілярів***

Реімбурсація часто спрямована на заохочення випуску дешевшого генерика або біоаналога замість брендового препарату. Заохочення відбувається через референтну ціну, політику щодо пріоритетних ліків (preferred-drug policy), правило заміни аптеки або нижчий співплатіж для пацієнта. Виробники брендів у такому випадку змушені знижувати ціну, щоб не втратити продажі.

## ***Спеціальні угоди про вихід на ринок***

У випадку запатентованих ліків держава зазвичай дозволяє покривати препарат лише після переговорів про знижку, а також на умовах спеціальних угод щодо співвідношення ціни з терапевтичною цінністю, результатів використання та/або відшкодування за певних умов (наприклад, щодо зниження вартості при перевищенні певного порогу закупівлі).

Це особливо важливо для нових онкологічних, орфанних та інших дорогих ліків, де початкова ціна не може бути прив'язана до еталонного показника. ОЕСР підкреслює зростаючу роль МЕА та переоцінок саме як інструменту контролю невизначеності в ефективності та цінах.

## **РОЗДІЛ V. ПІДТРИМКА ВИРОБНИКА НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ ЄС.**

Одразу зазначимо: в ЄС не існує єдиного публічного реєстру, який би в розрізі країн і сектору «виробництво ліків/API» акумулював усі фактично виплачені гранти, податкові кредити й податкові компенсації.

Але деякі конкретні цифри та канали їхнього надання все ж доступні. Крім того, є інформація про загальні розміри фондів, до яких мають доступ інвестиційні проекти фармацевтичного виробництва. Зокрема є чітке уявлення про конкретні загальноєвропейські та національні інструменти, доступні новим проектам з виробництва лікарських засобів. Вони можуть бути призначені не адресно для фармацевтичної галузі, а загалом для інвестиційних проектів зі створення нових виробництв, але фармкомпанії можуть ними користуватися. Більше того, іноді в програмах загальних інвестиційних стимулів окремо прописана категорія «фармвиробництво» як така, що має доступ до спеціальних стимулів.

Інструменти ЄС (центральний рівень)

### ***Працює мікс інструментів***

В ЄС діє комбінація з 5 елементів:

передбачуваного інструменту стимулу досліджень і розробок (research and development, R&D) або інноваційного податкового стимулу;

компенсації для капітальних витрат;

компенсації за нові робочі місця, навчання, інженерні навички;

швидких дозволів і пріоритетного проходження процедур для стратегічних проектів;

довгострокового попиту або контракту на готовність/закупівлю, як у HERA/EU FAB.

## **Акт про критично важливі лікарські засоби (Critical Medicines Act, СМА)**

Акт про критично важливі лікарські засоби був запропонований Європейською Комісією в березні 2025 року. Його ядро — створення режиму стратегічних проєктів для критично важливих лікарських засобів, їхніх активних фармацевтичних інгредієнтів та інших ключових вхідних ресурсів. Для таких проєктів передбачені швидше адміністративне проходження, краща координація між державами-членами та простіший доступ до чинних інструментів фінансування й державної допомоги.

Для виробника це означає не єдиний «грант від Брюсселя», а карту з'єднання проєкту з Програмою ЄС у сфері охорони здоров'я (EU4Health); рамковою програмою досліджень та інновацій Horizon Europe; програмою Digital Europe Programme; Платформою стратегічних технологій для Європи (Strategic Technologies for Europe Platform, STEP); програмою InvestEU; де це можливо, з програмами політики згуртованості (Cohesion Policy programmes); з державною допомогою на національному рівні.

Вузький фонд асигнувань СМА — це лише €83 млн на 2026–2027 роки, які Європейська Комісія планує перерозподілити в межах Програми ЄС у сфері охорони здоров'я (EU4Health).

Але загальний «кошик доступу», який СМА відкриває для стратегічних проєктів, є величезним. Станом на березень 2026 року через Платформу стратегічних технологій для Європи (Strategic Technologies for Europe Platform, STEP) мобілізували €29 млрд; до окремих програмних оболонки, до яких СМА прямо або опосередковано відсилає, входять EU4Health (€4,4 млрд), Horizon Europe (€95,5 млрд), Digital Europe Programme (понад €8,1 млрд), InvestEU Programme (€26,2 млрд бюджетної гарантії) і кошти політики згуртованості (Cohesion Policy) (€392 млрд) на 2021–2027 роки. Це означає, що проєкти зі створення нових фармацевтичних виробництв тепер матимуть пріоритетний доступ до цих коштів.

## **Платформа стратегічних технологій для Європи (Strategic Technologies for Europe Platform, STEP)**

Платформа стратегічних технологій для Європи не є суто фармацевтичним інструментом, але вона прямо охоплює біотехнології та біовиробництво.

Для фармвиробництва значення STEP подвійне. По-перше, біотехнологічні та біовиробничі проекти можуть потрапляти до числа таких, що вважаються стратегічними для автономії Європейського Союзу. По-друге, він підштовхує держави-члени використовувати під ці проекти кошти політики згуртованості (Cohesion Policy), а також комбінувати гранти, позики та гарантії.

**Програма ЄС у сфері охорони здоров'я (EU4Health), Управління з готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я (Health Emergency Preparedness and Response Authority, HERA), та мережа «постійно готових» виробничих потужностей для вакцин (EU FAB)**

Безпосередній і вже реалізований фінансовий інструмент Європейського Союзу – це Управління з готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я (Health Emergency Preparedness and Response Authority, HERA) через Програму ЄС у сфері охорони здоров'я (EU4Health). Найкращий приклад – мережа «постійно готових» виробничих потужностей для вакцин (EU FAB), тобто контракти на підтримання в «теплому резерві» (ever-warm) виробничих ліній, які можна швидко активувати в разі нової надзвичайної ситуації.

Публічно розкриті контракти мережі EU FAB показують реальні суми та країн-бенефіціарів. Це один з небагатьох сегментів, де можна говорити не лише про правила й можливості, а й про вже підписані договори з конкретною вартістю.

*Публічно розкриті контракти ЄС у межах мережі EU FAB та програми EU4Health*

| Країна                    | Підрядник   | Технологія       | Сума контракту | Примітка   |
|---------------------------|---|------------------|----------------|--|
| <b>Ірландія + Бельгія</b> | Pfizer Ireland Pharmaceuticals/Pfizer Manufacturing Belgium | mRNA-вакцини     | €107,142,000   | Резервування потужностей і пріоритетне право виробництва |
| <b>Нідерланди</b>         | Bilthoven Biologicals                                       | векторні вакцини | €26,250,000    | Резервування потужностей                                 |

|                |                            |                    |             |                             |
|----------------|----------------------------|--------------------|-------------|-----------------------------|
| <b>Іспанія</b> | CZ Vaccines/<br>Reig Jofre | білкові<br>вакцини | €17,600,000 | Резервування<br>потужностей |
| <b>Іспанія</b> | HIPRA                      | білкові<br>вакцини | €8,983,200  | Резервування<br>потужностей |

Це не гранти на будівництво заводу в чистому вигляді, а оплата за підтримання готовності виробничої інфраструктури, персоналу, дозволів і supply chain.

### **Державна допомога на національному рівні**

Саме тут зосереджені найбільші суми. У настановах щодо критично важливих лікарських засобів Комісія прямо вказувала, що типова інвестиція у виробництво активних фармацевтичних інгредієнтів (API) може бути на рівні €5–20 млн.

За статтею 14 Регламенту GBER (General Block Exemption Regulation) у витрати, що підлягають компенсації, можуть входити капітальні витрати на матеріальні та нематеріальні активи, дворічні витрати на оплату праці від новостворених робочих місць або їхню комбінацію. Для середніх підприємств інтенсивність допомоги збільшується на 10 відсоткових пунктів, для малих – на 20.

Для великих проектів з інвестиціями понад €50 млн діє скоригована формула розміру допомоги. Для малих і середніх підприємств за статтею 17 Регламенту GBER можливі спеціальні стимули, а для досліджень і розробок (R&D) за статтею 25 допомога може сягати до €25 млн на експериментальну розробку.

Після змін для Платформи стратегічних технологій для Європи (STEP – Strategic Technologies for Europe Platform) держави у певних територіях, які мають право на регіональну допомогу (assisted areas), можуть підвищувати її граничні рівні ще на 5–10 відсоткових пунктів до основного рівня. Це означає, що в окремих країнах і регіонах загальний публічний пакет для інвестиції у новий завод може сягати значної частки від кваліфікованих капітальних витрат (eligible capex).

Національні режими стимулювання інвестицій у фармацевтичне виробни-

цтво в Європейському Союзі рідко оформлені як одна окрема «фармацевтична субсидія». У більшості країн виробник комбінує 5 типів інструментів: прямі інвестиційні гранти або компенсацію частини капітальних витрат (capital grants/capital expenditure reimbursement), податкові знижки й відрахування (tax allowances/deductions); податкові кредити (tax credits); субсидії на створення робочих місць і навчання персоналу (job creation/training aid); а також інші інструменти – регіональну інвестиційну допомогу (regional investment aid), прискорені дозволи (fast-track permitting), державні гарантії або пільгові позики.

Для фармацевтичного інвестора це означає, що реальна підтримка майже завжди є «пакетом», а не однією ставкою.

У країнах «старої» фармацевтичної ядрової зони – Бельгія, Франція, Німеччина, Ірландія, Данія, Нідерланди, Італія – ключову роль відіграють або податкові режими НДДКР, або великі індивідуальні/регіональні інвестиційні пакети. У Центральній, Східній та Південно-Східній Європі частіше працює модель «податкове звільнення + капітальний грант + субсидія на робочі місця». У малих країнах (Кіпр, Люксембург, Мальта, Естонія) підтримка більш селективна та горизонтальна.

У 2024–2025 роках Європейська Комісія прояснила, як саме держави-члени можуть фінансувати критичні фармацевтичні виробництва в межах правил державної допомоги. Це один з найважливіших зсувів: раніше регуляторний ризик часто стримував країни від агресивнішої промислової підтримки, тепер же з'явилося значно більше свободи для цільових стимулів.

## **Національні стимули для інвестицій у фармацевтичне виробництво: країна за країною**

### **Австрія**

Там опираються на поєднання державних програм Austria Wirtschaftsservice (aws), грантів Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) для досліджень і розробок (research and development, R&D), а також податкової премії на дослідження Forschungsprämie. Для виробничих проєктів у фармі це означає насамперед часткову компенсацію інноваційної та дослідної частини, пільгові позики, гарантії та, залежно від регіону, регіональну інвестиційну допомогу (regional investment aid).

## Бельгія

Бельгія є однією з найсильніших юрисдикцій Європи для фармацевтики завдяки звільненню від частини податку на фонд оплати праці для дослідників (withholding tax exemption for researchers), режиму відрахування доходу від інновацій (innovation income deduction), а також регіональним інвестиційним грантам у Фландрії, Валлонії та Брюсселі. Для виробництва це особливо вигідно там, де проєкт поєднує НДДКР, клінічну або аналітичну функцію та реальний виробничий майданчик.

## Болгарія

Болгарія використовує Закон про заохочення інвестицій (Investment Promotion Act), який дає сертифікацію інвестпроєктів, швидший адміністративний супровід, підтримку інфраструктури, а в окремих випадках — допомогу на навчання й зайнятість.

## Хорватія

Хорватія має один з найчіткіших пакетних режимів через Закон про стимулювання інвестицій (Investment Promotion Act): можливі зниження податку на прибуток, гранти на створення робочих місць, допомогу на капітальні витрати, підтримку навчання та окремі стимули для високотехнологічних і розробницьких проєктів.

## Кіпр

Кіпр меншою мірою конкурує великими виробничими грантами, а більше — податковою та корпоративною структурою: режимом інтелектуальної власності (IP box), відносно сприятливим оподаткуванням інноваційної діяльності, а також прискореним супроводом стратегічних інвестицій.

## Чехія

Чехія традиційно підтримує виробничі інвестиції через систему інвестиційних стимулів (investment incentives), у що можуть входити податкові пільги для податку на прибуток, допомога на створення робочих місць, підтримка навчання й у вибраних випадках пряма підтримка стратегічних проєктів. Для фармацевтичного інвестора країна приваблива поєднанням інженерної бази, логістики та доступу до регіональної допомоги поза найбільш розвиненими територіями.

## Данія

Данія привертає увагу податковими й інноваційними інструментами: відшкодуванням (зокрема через зниження податків) збитків від дослідно-розробницької діяльності (R&D tax credit/refund), грантами Innovation Fund Denmark, а також підтримкою зеленої модернізації процесів.

## Естонія

Естонія підтримує інвестора насамперед через відсутність податку на нерозподілений і реінвестований прибуток, грантові й позикові інструменти Enterprise Estonia/EIS, а також програми прикладних досліджень і цифровізації виробництва. Для фарми це означає відносно сприятливий режим для реінвестування прибутку в розширення ліній, автоматизацію та контроль якості.

## Фінляндія

Фінляндія робить ставку на гранти та позики Business Finland, податкові стимули для R&D, а також регіональну допомогу в менш розвинених або віддалених районах. Для фармацевтичного виробництва суттєвою є підтримка технологічного оновлення, біотехнологічних платформ і низьковуглецевої модернізації, що особливо релевантно для енергоємного або стерильного виробництва.

## Франція

Франція поєднує одну з найпотужніших у Європі систем податкового стимулювання інновацій – податковий кредит на дослідження (Crédit d'Impôt Recherche, CIR) та податковий кредит на інновації (Crédit d'Impôt Innovation, CII) – із програмами France 2030, регіональною державною допомогою та інструментами релокалізації критичних виробництв. Для фармацевтики Франція особливо приваблива там, де проект поєднує виробництво, дослідження, біопроектну інженерію й «суверенізацію» ланцюга постачання.

## Німеччина

Німеччина спирається на спільне федерально-земельне завдання з підтримки регіональної економічної структури (Gemeinschaftsaufgabe «Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur», GRW), податкову компенсацію на дослідження (Forschungszulage), земельні гранти, підтримку навчання і, в окремих великих кейсах, індивідуальні пакети держдопомоги. Для фарми це один з найсильніших режимів для великих, складних проєктів, хоча формально він часто проходить через загальні інструменти промислової політики, а не через окрему «фармацевтичну» програму.

## Греція

Греція особливо цікава через Закон про розвиток (Development Law), що дозволяє гранти, податкові звільнення, субсидії на лізинг, а також через спеціальні механізми заліку фармацевтичного повернення (pharmaceutical clawback offset) для виробничих і дослідницьких інвестицій. Це один з небагатьох прикладів у ЄС, де підтримка має відчутно фармацевтичний, а не тільки загальний характер.

## Угорщина

Угорщина використовує переговорні пакети через Hungarian Investment Promotion Agency (HIPA), великі індивідуальні грошові субсидії (cash subsidies), податкову пільгу на розвиток (development tax allowance), допомогу на створення робочих місць і навчання. Регіони поза Будапештським

мають високі стелі регіональної допомоги, тому країна давно є однією з найагресивніших у залученні фармацевтичних і біотехнологічних виробництв.

## **Ірландія**

Ірландія приваблює фармвиробництво через пакети IDA Ireland, в які можуть входити капітальні гранти й допомога на навчання та зайнятість, а також через податковий кредит на НДДКР і режим Knowledge Development Box. Для великих міжнародних виробників вирішальною є не одна окрема субсидія, а передбачувана податкова політика, кластер і можливість швидко масштабувати високовартісне біовиробництво.

## **Італія**

Італія використовує змішану модель: контракти розвитку (Contratti di sviluppo), податкові кредити в межах програм промислової модернізації та цифровізації, інструменти південних спеціальних економічних зон (ZES), Patent Box і регіональну допомогу. Для фармацевтики це означає хороший набір інструментів для великих модернізаційних або експортно орієнтованих проєктів, зокрема в Південній Італії.

## **Латвія**

Латвія, як і Естонія, не оподатковує нерозподілений прибуток, що саме по собі працює як стимул до реінвестування. Додатково діють інструменти LIAA та ALTUM, гранти й фінансові інструменти ЄС на продуктивність, інновації, енергоефективність та навички. Для фармацевтичного проєкту це радше режим сприятливого реінвестування й помірної грантової підтримки, ніж великої прямої субсидії.

## **Литва**

Литва є однією з найцікавіших юрисдикцій для нових виробничих майданчиків завдяки вільним економічним зонам (free economic zones, FEZ), посиленням податковим стимулам для R&D, режиму великих інвестиційних проєктів і «зеленому коридору» (Green Corridor) для стратегічних інвесторів. Для фарми це означає швидший адміністративний супровід, податкові переваги та хорошу комбінацію для greenfield-проєктів.

## Люксембург

Люксембург має інвестиційні податкові кредити (investment tax credits), розвинені інструменти підтримки інновацій, цифровізації та R&D, а також зручні фінансові й корпоративні структури. Для фарми це корисно передусім для проектів високододаної вартості, контрактно-виробничих або спеціалізованих біотехнологічних сегментів.

## Мальта

Мальта через Malta Enterprise пропонує інвестиційні податкові кредити, грошові гранти на капітальні вкладення, допомогу на створення робочих місць, навчання, міжнародну експансію та інновації. Для фармацевтичного виробництва це особливо важливо у форматі менших, експортно орієнтованих і технологічно спеціалізованих проектів, де швидкість адміністративного супроводу є не менш важливою за розмір самої субсидії.

## Нідерланди

Нідерланди підтримують інноваційне виробництво через зменшення податку на фонд оплати праці для R&D (WBSO), пільговий режим оподаткування інноваційного прибутку (Innovation Box), стимули для енергоефективних і екологічних інвестицій (EIA, MIA, Vamil) та окремі регіональні програми. Для фарми це одна з найсильніших систем модернізації процесів, автоматизації, цифрового виробництва та сталого переоснащення.

## Польща

Польща поєднує режим Польської інвестиційної зони (Polish Investment Zone), що дає податкове звільнення в обмін на інвестиції та робочі місця, з податковою пільгою на НДДКР, режимом IP Box, а також грошовими грантами для стратегічних проектів. Для виробництва лікарських засобів та інгредієнтів це один з найбільш сприятливих режимів у ЄС для середніх і великих капітальних проектів.

## Португалія

Португалія використовує комбінацію податкового кредиту на інвестиції (RFAI), податкового кредиту на НДДКР (SIFIDE), грантів Portugal 2030, контрактних податкових пільг для великих проєктів та підтримки навчання й зайнятості. Для фарми це один з найзручніших змішаних режимів, особливо коли проєкт має і виробничу, і дослідну частину.

## Румунія

Румунія робить ставку на великі схеми державної допомоги для інвестицій в основні засоби та створення робочих місць, доповнюючи їх податковими стимулами на R&D та високими інтенсивностями регіональної допомоги в багатьох регіонах. Для фармацевтичного виробництва це одна з найсильніших у ЄС локацій саме за співвідношенням між доступною державною допомогою та вартістю проєкту.

## Словаччина

Словаччина має класичний пакет інвестиційної допомоги: податкові пільги, грошові гранти, внески на нові робочі місця, передачу майна за зниженою вартістю та стимули для R&D. Для фарми це країна з хорошим балансом між центральноєвропейською логістикою і доступом до регіональної допомоги для нового виробництва або розширення існуючих майданчиків.

## Словенія

Словенія переважно працює через податкові відрахування на інвестиції та R&D, співфінансування інноваційних і виробничих проєктів з коштів ЄС, а також через допомогу на навчання та нову зайнятість. Режим цікавий для середніх спеціалізованих проєктів з вищою технологічною складністю.

## Іспанія

Іспанія поєднує регіональні стимули, податкові кредити на R&D та інновації, інструменти CDTI, а також галузеві програми на кшталт PERTE para la Salud de Vanguardia, які можуть підтримувати біотехнологічні й фармацевтичні виробництва, платформні технології та цифрові виробничі рішення. Для фарми це одна з країн, де горизонтальні та секторальні інструменти дедалі сильніше поєднуються. Саме в Іспанії кілька українських компаній збудували власні підприємства.

## Швеція

Швеція, як і Данія, рідше залучає інвестора великими податковими канікулами, але має сильні інструменти для досліджень, інновацій і просунутих виробничих технологій: зменшення соціальних внесків для R&D, гранти Vinnova, регіональну інвестиційну допомогу в північних регіонах і підтримку зеленої промислової трансформації. Для фарми це насамперед платформа для науковомісткого, енергоефективного та технологічно насиченого виробництва.

Практичний висновок з цього країнового огляду такий: для фармацевтичного виробника найбільш щедрі пакети підтримки зазвичай формуються не там, де є одна окрема «фармацевтична пільга», а там, де можна поєднати регіональну інвестиційну допомогу (regional investment aid), податковий стимул на дослідження та розробки, субсидії на персонал і прискорене погодження стратегічного проекту. Саме тому при оцінці локації слід дивитися на всю архітектуру підтримки.

## РОЗДІЛ VI. АНТИМОНОПОЛЬНА ПОЛІТИКА.

### ЗАПОБІГАННЯ МОНОПОЛІЇ

У ЄС антимонопольна політика щодо фармацевтичного ринку працює у двох шарах. Перший – це загальне право конкуренції: заборона картелів та антиконкурентних угод, контроль зловживання домінуванням і злиттів. Другий – це спеціальне аптечне регулювання: правила власності, ліцензування, мереж, професійної незалежності фармацевта, конфліктів інтересів і доступу до ринку. Саме другий шар у багатьох країнах фактично вирішує, чи можлива вертикальна інтеграція між виробником чи оптовиком та аптекою.

На рівні ЄС немає загальної прямої заборони на вертикальну інтеграцію аптек з виробниками чи оптовиками, але дуже багато держав або прямо забороняють такі конструкції, або роблять їх практично неможливими через правила про те, хто може володіти аптекою, скільки аптек можна контролювати та які конфлікти інтересів є несумісними з аптечною ліцензією.

#### *Центральний рівень ЄС*

На рівні ЄС правила конкуренції у фармі застосовують Європейська Комісія, зокрема її антимонопольний департамент (DG COMP) разом з національними конкуренційними органами через European Competition Network (ECN). Комісія разом з органами безпосередньо застосовує статті 101–106 Договору про функціонування Європейського Союзу (TFEU), а перелік усіх 27 національних органів оприлюднений на сайті Комісії.

Фармацевтика є для Єврокомісії пріоритетним сектором ще з часу розслідування, проведеного у 2009 році, щодо конкуренції на ринку фармацевтичних препаратів у Європейському Союзі. У її звіті за 2018–2022 роки йдеться про 26 інтервенційних рішень, близько 780 млн євро штрафів/зобов'язань, 30 поточних розслідувань, а також про те, що приблизно 11% кейсів стосувалися вертикальних угод. Крім того, там описаний розгляд понад 30 злиттів у фармацевтичному секторі, з яких 5 викликали конкуренційні проблеми.

Для вертикальних угод на рівні ЄС діє Vertical Block Exemption Regulation 2022/720 (VBER). Логіка цієї політики така: частина вертикальних угод можлива, якщо частки постачальника і покупця не перевищують 30%, але обмін інформацією є предметом спеціальних розглядів. У контексті вертикальних угод обмін інформацією — це обмін між сторонами комерційно релевантними даними: про запаси, поставки, продажі, повернення, прогноз попиту, маркетинг, іноді ціни, маржі чи клієнтські сегменти.

## **Національний рівень**

Разом з тим Суд ЄС визнав, що держави-учасниці можуть запроваджувати значно жорсткіші правила саме для аптек з мотивів охорони здоров'я. У 2009 році Суд підтвердив, що держави можуть обмежувати володіння й управління аптеками лише фармацевтами, якщо це служить меті надійного і якісного забезпечення населення ліками. У 2013 році у справі *Venturini* Суд також визнав сумісною з правом ЄС італійську заборону продажу рецептурних ліків у парааптеках (зкладах торгівлі виключно ОТС-препаратами, товарами для краси тощо).

Секторне право багатьох країн щодо аптечного ринку або прямо блокує вертикальну інтеграцію, або різко зменшує її практичну можливість. В ЄС питання вертикальної інтеграції вирішується радше не через спеціальну «антивертикальну норму» (competition law), а через поєднання загального контролю злиттів, а також правил власності, ліцензування й конфлікту інтересів у фармації.

Загалом країни ЄС за критерієм обмежень вертикальної інтеграції можна згрупувати у 2 великі блоки.

## **Перший блок — несумісність з вертикальною інтеграцією**

Це Данія, Фінляндія, Люксембург, Словенія, Австрія, Франція, Німеччина, Португалія, Іспанія, Греція, Кіпр, Мальта, а також реформовані Естонія, Угорщина та Польща. Тут модель аптеки задумана як професійно незалежна ланка, максимально віддалена від комерційного контролю виробника чи оптовика.

Данія, Фінляндія, Люксембург, Словенія — WHO в Європі відносить ці країни до моделей, де володіння аптечним ритейлом обмежується державою прямо або через концесії. У таких системах вертикальна інтеграція «виробник-аптека» є найменш сумісною з конструкцією ринку.

Тут є країни, які спеціально «відкочували» лібералізацію, щоб зламати вертикальну інтеграцію – це Естонія, Угорщина й Польща.

В Естонії реформа була спрямована на те, щоб припинити вертикальну інтеграцію оптових постачальників та аптечного ритейлу: з 1 квітня 2020 року аптеками можуть володіти лише фармацевти, до того ж один фармацевт може контролювати до чотирьох аптек.

В Угорщині WHO описує, що у 2006–2010 роках правила були лібералізовані так, що дозволяли й горизонтальну, і вертикальну інтеграцію, включно з участю виробників і оптовиків, але після 2010 року країна заборонила подальшу концентрацію та змусила фармацевтів знову набувати контроль над аптеками.

Польща – реформа *Apteka dla Aptekarza* прямо відсікає контроль над аптеками з боку осіб, пов'язаних з оптовою торгівлею та посередництвом; це один з прикладів антивертикальної політики.

А в Португалії, наприклад, держава відкрила право власності аптек для нефармацевтів, але одночасно прямо заборонила (*Decreto-Lei n.º 307/2007*) власність та управління аптеками для оптових торговців і фармацевтичних компаній. Це приклад цільової заборони саме для вертикальної інтеграції.

## ***Другий блок – де-факто відкриті для вертикальної інтеграції ринки***

Це Бельгія, Болгарія, Чехія, Ірландія, Італія (в ОТС-сегменті), Литва, Нідерланди, Хорватія, Словаччина, Швеція, Румунія та Латвія. У цих країнах аптечний ринок не має прямих обмежень для корпоративних мереж та вертикальної інтеграції. Наведемо кілька прикладів.

У Латвії OECD описує сильну вертикальну інтеграцію з оптовими компаніями та медичними холдингами.

Болгарія – WHO в Європі 2024 описує законодавчу заборону вертикальної інтеграції з оптовиком чи виробником, але на практиці в країні зберігається значна кількість аптек, пов'язаних з іншими ланками фармацевтичного ринку. Ця інтеграція наразі є предметом громадського обговорення в країні.

У Румунії OECD вказує на високий ступінь концентрації, де основні гравці (*Dr. Max, Catena, Help Net, Dona*) контролюють як роздріб, так і оптову торгівлю.

У Швеції галузеві джерела вказують на наявність інтеграції з оптовими постачальниками двох аптечних мереж: Kronans Apotek та Apotek Hjärtat. Kronans Apotek (роздріб) історично була контрольована компанією Oriola, що є крупним оптовим дистриб'ютором. Apotek Hjärtat (близько 31% ринку) належить компанії ICA Gruppen (найбільший продуктовий роздрібний ритейлер Швеції).

Слід відзначити, що на відміну від інтеграції з оптовими постачальниками, ми не знайшли жодного прикладу інтеграції аптек з виробниками та виробництвами ліків. Наприклад, в Італії відбувається концентрація та вертикальна інтеграція, але саме в секторі ОТС-аптек (парафармацій). Водночас закон, що лібералізував аптечний ринок Італії, обмежив його вертикальну інтеграцію з виробниками ліків.

## РОЗДІЛ VII. СТРУКТУРА РОЗДРІБНОГО РИНКУ ЛІКІВ

### ОПТОВИЙ РИНОК ЛІКІВ У ЄС І ХТО МОЖЕ ТАМ ПРАЦЮВАТИ

У ЄС оптова торгівля ліками є окремо ліцензованою діяльністю. Будь-яка організація, яка займається оптовим розповсюдженням лікарських засобів, повинна мати дозвіл на оптову дистрибуцію від Національного компетентного органу та дотримуватися належної практики. Європейська комісія та ЕМА чітко заявляють, що правила ЄС гармонізують вимоги до оптового дозволу та стандарту GDP, а національні органи видають дозволи та проводять інспекції. Це означає, що як національні компанії, так і міжнародні групи можуть працювати на оптовому ринку, але лише за наявності відповідної ліцензії та відповідності вимогам GDP.

На практиці в Європі домінує модель повнолінійних оптових продавців/дистриб'юторів з повним спектром медичних послуг. GIRP (Groupement International de la Répartition Pharmaceutique, тобто Європейська асоціація фармацевтичних повнолінійних оптових продавців) описує їх як оптових продавців, які володіють повним спектром ліків, постачають в аптеки, лікарні та лікарям, а також виконують фактичну інфраструктурну публічну функцію. За даними GIRP, такі дистриб'ютори обслуговують близько 200 000 пунктів видачі та розповсюджують понад 15 млрд паковань ліків на рік.

#### ***Роль міжнародних мережевих компаній***

На рівні ЄС найяскравіше видно 2 великі міжнародні/пан'європейські групи та 1 важливого регіонального гравця.

Перша – це група PHOENIX, яка позиціонує себе як європейського лідера у фармацевтичному оптовому й роздрібному ринку та послугах. У фінансовому році 2024/25 PHOENIX повідомила про присутність на 29 ринках охорони здоров'я, 210 оптових і передоптових майданчиках та майже в

З 200 власних аптек у 15 країнах. На своїй сторінці PHOENIX безпосередньо перелічує ключові оптові платформи в ЄС: Brocacef (Нідерланди), Farmexim (Румунія), Nomesco (Данія), Tamro (5 країн), OCP France, United Drug (Ірландія), OCP Portugal, Kemofarmacija (Словенія), PHOENIX Pharma Italia, PHOENIX Pharma Belgium та PHOENIX Pharma-Einkauf (Німеччина).

Друга – Censora під брендом Alliance Healthcare. На своїй сторінці за 2025 рік Censora пише, що її європейська мережа дистрибуції доступна в Чехії, Франції, Нідерландах, Норвегії, Румунії, Іспанії, Туреччині та Великій Британії. На тій же сторінці компанія говорить про «сильну міжнародну присутність» Alliance Healthcare і називає її однією з найбільших оптових мереж у Європі за обсягом доходів та охоплення. Для ЄС присутність принаймні в Чехії, Франції, Нідерландах, Румунії та Іспанії є актуальною та однозначно підтвердженою.

Третім важливим гравцем є Oriola, але вона вже не пан'європейська, а регіональна північноєвропейська група. На вебсайті компанії чітко зазначено, що компанія працює у Фінляндії, Швеції та Данії й позиціонує себе як північний партнер у фармацевтичній дистрибуції, оптовій та консалтинговій сфері. Тобто Oriola – дуже помітний гравець, але не на рівні всього ЄС, а насамперед на північних ринках.

До інших значних оптових дистриб'юторів входять також McKesson Europe (12 країн, понад 60 центрів), AAN Pharmaceuticals та Mawdsleys.

### ***Чи регулюють держави максимальну оптову маржу***

У більшості європейських країн уряди регулюють оптову винагороду прямо або опосередковано, хоча моделі значно відрізняються. Водночас Данія, Фінляндія та Швеція виділяються як ринки, де оптова маржа залишається нерегульованою або підлягає переговорам з компетентними органами охорони здоров'я. Отже, країни ЄС зазвичай не лише ліцензують оптових продавців, а й впливають на їхню прибутковість через максимальні маржі, регресивні шкали чи узгоджені рамки.

### ***Як держави обмежують монополію та підтримують конкуренцію***

Держави ЄС зазвичай використовують не один, а кілька механізмів одночасно.

Перший – це ліцензування та нагляд за GDP. Будь-який оптовий прода-

вещ повинен пройти ринковий допуск і підлягає інспекціям. Це обмежує доступ випадкових або недобросовісних гравців, але водночас робить ринок більш прозорим для нагляду.

Другий — антимонопольний контроль і перегляд злиттів. Вдалим прикладом є придбання McKesson Europe компанією PHOENIX: сам PHOENIX вказує, що закриття відбулося після погодження конкурційними органами країн, що беруть участь. Тобто великі транскордонні консолідації на цьому ринку проходять антимонопольну перевірку.

Третій — це паралельний імпорт, що додає конкурентного тиску на брендovanі ліки. ЕМА уточнює, що централізовано авторизовані продукти, представлені на ринку однієї держави, можуть розповсюджуватися в іншій через паралельну дистрибуцію; Affordable Medicines Europe прямо називає паралельний розподіл єдиною легітимною формою конкуренції в брендovих ліках і пов'язує це із заощадженням для систем охорони здоров'я.

Четвертий — це безперервність зобов'язань щодо постачання та антидефіцитні заходи. ЕМА та Європейська Комісія посилили межі для моніторингу дефіциту та зобов'язань щодо постачання у 2024–2025 роках; Новий фармацевтичний пакет окремо зберігає норму, яка дозволяє штатам вимагати достатню кількість для задоволення потреб пацієнтів, а текст чітко визначає гарантії проти зловживань для паралельної торгівлі.

## **ОСОБЛИВОСТІ ВЛАСНОСТІ НА АПТЕЧНОМУ РИНКУ**

У цьому огляді фармацевтичний ринок розуміється лише як роздрібні аптеки, які мають право видавати рецептурні ліки. 100% ринку не охоплює оптових дистриб'юторів, торгові точки, що продають виключно безрецептурні продукти (парааптечні формати, парафармація) та лікарняні аптеки, якщо вони не працюють як звичайні роздрібні аптеки для населення. Цей підхід відповідає європейській відмінності між каналом видачі рецептурних ліків та іншими форматами фармацевтичної роздрібної торгівлі.

Основних критеріїв типології тут 3:

відкритість власності на аптеку для нефармацевта (повна або часткова);

роль фармацевта як власника або лише як відповідального спеціаліста;

присутність на ринку корпоративних мереж.

Ми спирались на звіти Європейської асоціації фармацевтів (PGEU) за 2024–2025 роки як найоднорідніший пан'європейський масив даних, а щодо питань реформ – на окремі національні джерела.

## Загальна типологія країн ЄС

**I.** Професійно обмежені ринки: корпоративні мережі відсутні або суттєво обмежені, а фармацевт виконує роль власника та менеджера.

Сюди входять Австрія та Німеччина, поруч з цим типом також є Франція, Іспанія, Хорватія та Кіпр, де ринок досі організований навколо ліцензованої громадської аптеки з сильною роллю фармацевта й без домінування корпоративних мереж.

В Австрії громадські аптеки описують як незалежні підприємства, якими керує ліцензований фармацевт. У Німеччині власник громадської аптеки повинен бути фармацевтом, а кілька власників обмежені однією основною аптекою та кількома відділеннями.

**II.** Концесійні або квазіпублічні ринки: існують мережі, але власність не обов'язково є класично приватною.

Сюди входять Данія, Фінляндія, Люксембург і Словенія. Фармацевт тут не обов'язково є власником бізнесу, як у Німеччині чи Австрії, але він все одно залишається центральною фігурою керівництва, і ринок розвивається не так, як звичайна корпоративна роздрібна торгівля.

У Данії та Фінляндії ліцензія на особисту аптеку належить ліцензованому фармацевту – її не можна орендувати чи передавати, і ліцензований фармацевт зобов'язаний особисто керувати аптекою.

У Люксембурзі аптеку розглядають як державну послугу, на яку держава надає концесію. У Словенії фармацевтичний ринок складається з муніципальних публічних аптечних установ та приватних концесіонерів.

**III.** Ринки, відкриті для мереж: корпоративні мережі або великі групи відіграють помітну роль, а власність відокремлена від професійного контролю.

Це найширша група. Сюди входять Бельгія, Чехія, Словаччина, Румунія, Болгарія, Португалія, Ірландія, Нідерланди, Швеція, Італія, Польща, Латвія, Литва та Естонія.

Ці ринки поєднують незалежні аптеки, кооперативні структури та помітну присутність корпоративних мереж. Водночас ключовою фігурою залиша-

ється відповідальний фармацевт, а не обов'язково фармацевт-власник. Для Італії у 2017 році ринок аптек відкрили для інвесторів, які не займаються фармацевтиками, що створило умови для виникнення корпоративних і квазікорпоративних ланцюгових структур. Однак існує межа регіональної концентрації у 20% аптек у регіоні/автономній провінції.

Для Естонії навіть після реформ 2020 року на ринку залишаються сильні мережі.

Варто зазначити, що для Польщі та Угорщини спостерігається зворотний тренд – від більшої відкритості ринку до фармацевтичної власності та бар'єрів проти концентрації.

#### **IV.** Греція та Мальта.

Нормативно аптечний ринок уже не є закритим лише для фармацевтів: президентський декрет 64/2018 дозволяє одержувати ліцензію на заснування аптеки не лише фармацевтам, а й іншим фізичним особам – громадянам Греції або іншої держави-члена ЄС.

При відкритті аптеки нефахівцем її функціонування обов'язково пов'язується з фармацевтом як відповідальним за роботу закладу. Такий фармацевт має брати участь у товаристві з часткою щонайменше 33% у капіталі, прибутках і збитках, а також не може бути відповідальним одразу за кілька аптек. Окремо закон вимагає, щоб аптека працювала під постійною присутністю та наглядом ліцензованого фармацевта; за відсутність такого нагляду передбачені значні штрафи.

Щодо корпоративних мереж, то грецьке право відкрило шлях до обмеженої участі нефахівців та багатоточкового володіння, однак одночасно встановило бар'єри для класичної мережевої концентрації. Кожна ліцензія прив'язана до окремого магазину або філії, а гранична кількість ліцензій на одну особу встановлена на рівні 10 на загальнонаціональному рівні. Декрет також містить обмеження щодо конфлікту інтересів, зокрема для осіб, пов'язаних з виробництвом, імпортом чи оптовою торгівлею лікарськими засобами.

Окрема риса, яка дійсно відрізняє Грецію від багатьох інших країн ЄС, – це сила кооперативного сегмента. Президентський декрет 64/2018 прямо згадує кооперативи, що входять до Федерації кооперативів фармацевтів Греції (OSFE), як виняток із загального правила про недопустимість надання ліцензії юридичним особам. Міжнародний кооперативний альянс зазначає, що у 2021 році OSFE об'єднувала 25 кооперативів, які представляли 5 170 фармацевтів-членів із 5 600 аптек. Слід відзначити, що в Греції при цьому найбільша чисельність аптек у співвідношенні до чисельності

населення.

Мальту варто розглядати окремо через те, що там присутня глибока інтеграція громадських аптек у державну систему лікарського забезпечення через Pharmacy of Your Choice (POYC). Офіційні джерела уряду Мальти зазначають, що ця схема, створена у 2007 році, надає безоплатні ліки та виробу медичного призначення через громадські аптеки більш ніж 170 000 амбулаторним пацієнтам, тобто приблизно третині населення. У практичному сенсі це означає, що приватна роздрібна аптека на Мальті є не лише комерційною точкою продажу, а й інфраструктурним партнером державної фармацевтичної служби. В аптеках Мальти практикують прийом лікарів різного профілю, а також широкий пакет діагностики.

PGEU зазначає загалом 210 аптек. Мальтійська система не обмежує власність лише фармацевтами: аптечна власність відкрита для нефармацевтів, зокрема у формі private corporate ownership. Однак це не означає послаблення професійного контролю. Акт про ліки встановлює, що кожна аптека повинна управлятися фармацевтом, щоб упродовж усього часу роботи в ній був присутній фармацевт, а власник ліцензії зобов'язаний забезпечити йому необхідну підтримку та не втручатися в його професійні обов'язки.

При формальній відкритості для корпоративних мереж, їхня присутність на Мальті є обмеженою. Brown's Pharmacy є найбільшою роздрібною аптечною групою на Мальті з майже 30 аптеками; JV Pharma володіє та управляє 20 аптеками; Remedies вказує, що має 8 аптек. Це дозволяє говорити про реальну наявність мережевого формату в мальтійському роздрібі. Локальну концентрацію певною мірою стримує Pharmacy Licence Regulations 2007: ліцензію на аптеку в конкретному місті або селі не надають заявнику, який уже має ліцензію в тому самому населеному пункті.

## **ДИНАМІКА РЕФОРМ 2015–2025**

На цьому відрізку спостерігають 2 різнонаправлені процеси.

### ***Лібералізація***

Італія. Дослідження в журналі Health Policy безпосередньо описує Закон No 124/2017 як дерегуляцію власності: він відкрив право власності аптекам для нефармацевтичних бізнес-партнерів, що дозволило активніше з'являтися ланцюгам і новим інвесторам. Це один з найважливіших єв-

ропейських прикладів переходу від моделі, що належить фармацевту, до більш відкритої моделі власності за останні 10 років.

Другий підтверджений випадок – Данія. Оновлений Закон про фармацевтичні заклади Данії 2015 року зробив систему більш гнучкою щодо кількості аптечних підрозділів і організаційної структури ринку.

Третій підтверджений випадок – Греція. Закон 4336/2015 та подальші акти впровадження є відправними точками лібералізації: правила власності та участі були пом'якшені, хоча роль фармацевта не зникла повністю й досі відіграє юридично значущу роль. Це приклад не вільного ринку, а часткової лібералізації в регульованому середовищі.

### **Зворотний тренд**

Найчіткіший зворотний тренд демонструє Польща. Поправки 2017 року *Apteka dla Aptekarza* обмежили володіння новими правилами лише для фармацевтів і сповільнили розширення мереж, а поправка від 13 липня 2023 року вказує на подальше посилення антиконцентраційних обмежень. Це вже не просто збереження статусу-кво, а послідовне обмеження ролі корпоративних мереж.

Схожу, хоча й інституційно відмінну, зворотну тенденцію демонструє Естонія. Реформа, яка набула чинності у 2020 році, мала на меті гарантувати, що аптеки належать фармацевтам та оптовим власникам, а також усунути домінуючий вплив оптовиків. Останні аналізи Естонського управління з конкуренції та *Health Systems Monitor* безпосередньо описують цю реформу як спробу розірвати вертикальну інтеграцію оптової та роздрібною торгівлі й зміцнити професійну роль фармацевта. Водночас ефект був неповний: збереглися франчайзингові зв'язки та міцні зв'язки з оптовими структурами.

Угорщина також перейшла від більш лібералізованої моделі до системи, де фармацевти мають володіти щонайменше 51% аптеки. Тобто Угорщина, як і Польща, представляє не лібералізацію, а скоріше професіоналізацію через правила власності.

## РОЗДІЛ VIII. СПІВВІДНОШЕННЯ РЕЦЕПТУРНИХ І БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКІВ.

### **Чому цей показник важливий**

Співвідношення Rx/OTC показує 2 ключові речі:

по-перше, наскільки пацієнти схильні звертатися по консультацію до лікаря, а наскільки самі ухвалюють рішення про лікування;

по-друге, на яку частку пацієнтських витрат на ліки впливає реклама та маркетинг (медійна реклама та реклама всередині аптек).

### **Як правильно розраховувати співвідношення Rx/OTC.**

Важливо не змішувати різні основи обчислення: якщо в одній країні частку OTC рахують від аптеки по роздрібній ціні, а в іншій – від загального ринку по оптовій, то пряме порівняння буде хибним. Наприклад, Австрія публікує дані аптечного OTC-ринку в роздрібних цінах, а в деяких країнах звіти орієнтовані на національний обсяг продажу. Окрім того, надійні уніфіковані дані по всіх країнах ЄС практично відсутні. Наприклад, статистика Організації економічного співробітництва і розвитку (OECD) охоплює лише ритейл-сегмент (без врахування лікарняного ринку) і вважається неповною. Так, будь-які порівняння слід робити обережно, чітко позначаючи обрану базу підрахунку.

Найкоректніше використовувати частку OTC в обігу на роздрібному ринку ліків і, відповідно, розрахувати  $Rx = 100\% - OTC$ . Це підхід, найближчий до того, як OECD описує фармацевтичні витрати – рецептурні ліки окремо від самолікувальних/безрецептурних.

## Що показують міжнародні дані OECD

Для цього огляду співвідношення Rx/OTC визначене як співвідношення витрат на рецептурні та безрецептурні препарати в сегменті retail/outpatient. Такий підхід найближчий до того, як OECD описує фармацевтичні витрати в міжнародній статистиці.

OECD визначає фармацевтичні витрати як витрати на рецептурні ліки та на self-medication/over-the-counter products; retail pharmaceuticals — це препарати, надані поза лікарнею через роздрібну аптеку або інший роздрібний канал з урахуванням оптових і роздрібних націнок та ПДВ.

Ключове обмеження полягає в тому, що навіть у даних OECD частина країн не може повністю відокремити, власне, OTC від інших медвиробів нетривалої придатності (medical non-durables), а також існують відмінності в обліку препаратів для амбулаторних пацієнтів. Тому навіть найкраще міжнародне джерело вимагає обережного тлумачення.

Менше з тим, наявні дані OECD дуже красномовні.

У звіті «Health at a Glance 2019» OECD зазначала, що у 2017 році в середньому по країнах OECD на рецептурні ліки припадало 75% роздрібних фармацевтичних витрат, на OTC — 19%, і ще близько 5% — на medical non-durables. Лише у Польщі витрати на OTC були майже рівні витратам на рецептурні ліки; в Іспанії та Латвії OTC становили майже третину всіх роздрібних фармацевтичних витрат.

У «Health at a Glance 2021» OECD уже писала, що рецептурні ліки становили 79% витрат, а OTC — 21%; Польща залишалася єдиною країною, де витрати на OTC перевищували витрати на рецептурні ліки. Для Франції OECD вказувала, що на рецептурні ліки припадало близько 90% витрат.

У «Health at a Glance» за 2023, 2024 та 2025 роки організація повторює той самий структурний висновок: у більшості країн понад три чверті витрат на ліки припадає на рецептурні препарати, а Польща залишається єдиною країною, де витрати на OTC перевищують витрати на ліки за рецептом.

В Україні згідно даних Аптека.юа грошова частка OTC у 2025 році становила 34.4%.

## РОЗДІЛ ІХ. ПОЗААПТЕЧНИЙ ДОСТУП ДО БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ (ОТС).

Категорія «безрецептурний препарат» не означає автоматично «вільно продається в будь-якому магазині». У багатьох країнах, де немає суворої монополії аптек на безрецептурні ліки, значна частина безрецептурних препаратів все ще залишається в аптечному каналі, і лише ліки низького ризику, невеликі пакування або заздалегідь визначені списки активних інгредієнтів дозволені поза аптеками.

У низці країн ЄС дозволено продавати обмежені категорії безрецептурних (ОТС) ліків поза аптеками — через «парааптеки», супермаркети, автозаправки та навіть... тютюнові кіоски. Водночас такі продажі супроводжуються суворими обмеженнями (мінімальне пакування, обмеження кількості таблеток/ампул, спеціальні дозволи, ліцензії).

Нижче ми перелічуємо країни, де безрецептурні продажі дозволені поза аптеками, і вказуємо обмеження, які на них діють.

**Австрія.** Лише вузький перелік «простих» ліків дозволено продавати поза аптеками — наприклад, деякі вітамінні препарати та фітотрави (чай). Всі інші безрецептурні препарати продаються лише в аптеках. Немає даних про додаткові обмеження (щодо кількості таблеток тощо) для продажу поза аптеками; основне обмеження — це список дозволених груп.

**Німеччина.** З 2012 року дозволено продавати низку безрецептурних препаратів (переважно ненаркотичних анальгетиків, протівірусних та подібних) у магазинах-дрогеріях і супермаркетах. Закон обмежує розмір пакувань: наприклад, таблетки ацетилсаліцилової кислоти (500 мг) можна продавати поза аптеками лише в пакуваннях до 24 шт., ібупрофен 200 мг — до 24 шт., 400 мг — до 12 шт. Але продавець зобов'язаний переконатися, що продукт відповідає вимогам «самолікування» та наявності необхідного маркування («офіційно дозволено»). Присутність фармацевта потрібна лише для аптек; у дрогерії його можуть замінити продавці з базовою під-

готовкою, але закон (Arzneimittelgesetz) дозволяє вільно продавати лише «прості» ліки.

**Нідерланди.** Продаж певної кількості безрецептурних препаратів дозволений у дрогерії та обмежений у продуктових магазинах. Водночас закон поділяє категорії за максимальним обсягом: будь-яке безрецептурне пакування понад 50 штук доступне лише в аптеках; у дрогеріях максимальне пакування — 50 одиниць; у загальних роздрібних обігах (супермаркети) — 20 одиниць. Наприклад, парацетамол 500 мг можна продавати в супермаркеті пакуваннями до 20 таблеток, у дрогерії — до 50, а більший обсяг — лише в аптеці. Це обмеження гарантує, що продажі поза аптекою здійснюються лише невеликими обсягами. Типи проданих ОТС (знеболювальні, протизапальні, протиалергічні тощо) визначаються за списками CBG і можуть оновлюватися.

**Данія.** Лише ліцензовані прості препарати (групи HF, HX у номенклатурі Lergemiddelstyrelsen) продаються поза аптеками — найчастіше слабкі анальгетики, прості антибіотики (зовнішні), краплі для носа, проносні тощо. З 2019 року кількість пакувань, виданих одному покупцю, контролюється, але офіційних обмежень немає. Основне обмеження стосується списку дозволених груп (безрецептурні краплі, нікотинові пластирі, ліки від печії тощо) та необхідності схвалення продавцем.

**Фінляндія.** До кінця 2025 року безрецептурні препарати майже не продавалися поза аптеками. Згідно з планами, з січня 2026 року буде введений «обмежений список» безрецептурних препаратів для продажу поза аптеками (ліки від печії, закріпів, очні краплі тощо), а в умови входить отримання ліцензії на маркетинг від Fimea (Реєстру лікарських засобів). За даними фінської влади, лише «низькоризиковані» ліки можуть продаватися поза аптеками.

**Франція.** Можна купити безрецептурні знеболювальні (парацетамол, ібупрофен), вітаміни, дієтичні добавки тощо в супермаркетах або парааптеках. Важливою умовою є продаж «після консультації»: навіть у парафармації продавець повинен бути фармацевтом або мати відповідну кваліфікацію. Французький закон про охорону здоров'я передбачає, що продаж товарів низького ризику дозволений поза аптекою. Немає прямих обмежень на кількість предметів.

**Італія.** Парааптеки можуть продавати будь-які засоби самолікування («farmaci da banco», «farmaci SOP»), окрім рецептурних. Обмежень на па-

кування немає: ліки пакують звичайним способом. Лише фармацевти мають право володіти та підтримувати парафармацію (щонайменше 70% фармацевтів у штаті обов'язкові). Продаж також дозволений у самопродавальних аптеках («farmacia in sede commerciale»). Продажі медичних послуг у супермаркетах без фармацевта заборонені — завжди має бути присутній спеціаліст (фармацевт).

**Португалія.** Є парааптеки (дрогерії), які продають, окрім косметики та дієтичних добавок, певні безрецептурні препарати (протиалергени, знеболювальні, льодяники від кашлю тощо). Реєстрація в Реєстрі лікарських засобів (Infarmed) потрібна, спеціалізація подібна до фармацевта. Законодавство майже не містить кількісних обмежень, але ліки мають категорію «Р» (para venda livre) і пакуються з написом «дозволено продавати поза аптекою». Спеціальних лімітів зазвичай це не вказують — орієнтиром є безпечна доза.

**Румунія та Болгарія.** Деякі знеболювальні та дієтичні добавки продаються поза аптеками. Офіційно лише «найм'якші» продукти дозволені поза аптеками (як в Австрії). Додаткової згадки про розмір пакування немає. Без рецепта в аптеках та спеціалізованих відділах супермаркетів доступні парацетамол, ібупрофен, засоби від алергії та застуди.

**Швеція.** Після реформ 2009 року близько 2000 безрецептурних препаратів дозволено продавати поза аптеками. До них належать прості антипіретики (ацетамінофен), ліки від печії, ліки від алергії (антигістамінні, краплі), жувальні гумки з нікотинном тощо. Як і в Нідерландах, масове пакування залишається прерогативою аптек.

## **РОЛЬ ПАРААПТЕК І ДРОГЕРІЙ**

Парафармації (дрогістерії, парааптеки) — це роздрібні мережі, які продають самолікувальні (ОТС) засоби, косметичку та товари для здоров'я, але не рецептурні ліки. Їхній статус та обмеження відрізняються залежно від країни.

**Франція:** парааптеки зазвичай є аптечними відділами або незалежними магазинами, якими керує фармацевт. Вони можуть продавати майже всі безрецептурні ліки, косметичку, дієтичні добавки, медичні вироби, і фармацевт має бути присутній для консультації.

**Італія:** парааптеки (parafarmacie) – це легальні комерційні заклади, що належать фармацевту (60–80% асортименту – безрецептурні ліки, решта – косметика). Вони продають будь-які самодопоміжні препарати (farmaci da banco/SOP), медичні продукти, вітаміни, дієтичні добавки.

**Німеччина:** замість парааптек працює Drogeriemärkte (як DM, Rossmann). Вони продають лише ліки, які не потребують рецептів у аптеках (freiverkäuflich apothekenpflichtig). Кількість медичних виробів і косметики значна, але рецептурні ліки та ліки для аптек повністю заборонені.

**Нідерланди:** існують мережі дрогоїстів (наприклад, Kruidvat, Etos). Вони продають широкий асортимент косметики, засобів гігієни, дієтичних добавок та частини ОТС (протівірусні, знеболювальні, протималарійні тощо). Важливою умовою є дотримання законодавчих обмежень пакувань (до 50 штук). Рецептурні ліки продаються лише в аптеках.

**Португалія:** парааптеки (дрогерії) працюють, як і в Італії – ними керує фармацевт, і вони можуть продавати лише безрецептурні ліки (sem receita médica) та медичні пристрої (датчики тиску, інгалятори тощо).

**Данія, Швеція, Фінляндія:** там не знайти парааптеки в європейському розумінні – лише мережеві тютюнові кіоски або супермаркети, які отримали спеціальні ліцензії. Лише фармацевтичні продукти простих груп (контроль дози є обов'язковим) продаються поза аптеками.

## РОЗДІЛ X. ФУНКЦІЇ АПТЕК.

### **Неторгові (або медичні) послуги в аптеках країн Європейського Союзу**

Під неторговими (або медичними) послугами в цьому звіті розуміються послуги, що виходять за межі суто реалізації та відпуску лікарських засобів. Це, зокрема, вакцинація, скринінг і раннє виявлення ризиків, допомога при відмові від куріння, контроль ваги, перегляд фармакотерапії, звірка медикаментозної терапії (medication reconciliation), супровід першого відпуску ліків (first-time dispensing intervention), підтримка прихильності до лікування, телемедичні сервіси та окремі цифрові точки доступу до системи охорони здоров'я.

Основою для порівняння став загальноєвропейський огляд 2025 року, який охопив національні фармацевтичні організації всіх 27 країн ЄС та зафіксував 47 типів аптечних сервісів. Медіанний показник становив 26 послуг на країну, а 77% послуг з 2020 до 2025 року стали доступними в більшій кількості держав. Це дає підстави говорити не про окремі локальні новації, а про системний європейський тренд.

### **Загальноєвропейська тенденція: від місця торгівлі ліками до центру послуг**

Найновіші порівняльні дані підтверджують, що громадські аптеки в ЄС поступово набувають ролі найзручнішої для населення точки первинного контакту з системою охорони здоров'я. Найбільш динамічно розширюються профілактичні сервіси, насамперед вакцинація, а також послуги з оптимізації фармакотерапії, супроводу хронічних станів, направлення пацієнтів до інших фахівців, забезпечення наборами для самотестування та робота з цифровими медичними інструментами.

Цей перехід не є рівномірним. У частині країн аптека вже фактично працює як мініцентр первинної допомоги з елементами скринінгу, тестування,

телемедицини та вакцинації. В інших країнах спектр неторгових послуг ще доволі вузький і зосереджений переважно на санітарній освіті, базовому консультуванні або екстемпоральному виготовленні ліків. Тому коректніше говорити не про завершену трансформацію, а про виразний і загальноєвропейський процес зміни функцій аптеки.

## **Країни, де зсув до медичних послуг є найбільш вираженим**

### **Франція**

Франція є одним з найпереконливіших прикладів перетворення аптеки на медичний сервісний пункт. Тут фармацевти не лише вакцинують, а й у межах встановлених протоколів можуть проводити швидкі орієнтовні діагностичні тести, брати участь у ранньому виявленні інфекцій, допомагати пацієнтам з відмовою від куріння, брати участь у перегляді фармакотерапії та організації маршруту пацієнта до інших ланок системи. Особливо показовим став розвиток контрольованого відпуску антибіотиків після позитивного тесту й дотримання затвердженого алгоритму. Це вже виходить за межі класичної моделі аптечного консультування та наближає аптеку до функцій первинної медичної допомоги.

### **Італія**

Італія є, ймовірно, найчіткіше концептуалізованим прикладом переходу до моделі «аптеки послуг». Саме на рівні державної політики аптеки були вписані в логіку територіальної медицини як пункти, де пацієнт може не лише отримати ліки, а й пройти аналітичні тести першого рівня, скористатися телемедициною, записатися на амбулаторні послуги, отримати результати обстежень, пройти звірку медикаментозної терапії, моніторинг хронічних станів і консультаційну підтримку. У цьому випадку йдеться не про набір розрізнених сервісів, а про інституційне перепозиціонування аптеки в системі охорони здоров'я.

### **Мальта**

На Мальті глибокий зсув відбувся передусім через державну схему Pharmacy of Your Choice (POYC), яка перетворила громадську аптеку на стабільну повсякденну точку доступу пацієнта до системи охорони здо-

ров'я. Через цю модель аптека не просто відпускає ліки, а бере участь у довготривалому супроводі пацієнта, надає інформацію, поради, елементи медикаментозного моніторингу та підтримки хронічного лікування. У низці аптек проводять прийом лікарі різних спеціальностей. Є низка пакетів для скринінгу здоров'я.

## Естонія

Естонія показова тим, що практична роль аптек у профілактиці та ранньому виявленні ризиків уже дуже широка: в аптеках пропонують вакцинацію, нагадування про скринінгові програми, вимірювання артеріального тиску, холестерину, глюкози, гемоглобіну, аналіз складу тіла та консультування щодо відмови від куріння. Естонський приклад добре демонструє, що практика іноді випереджає нормативну базу: вакцинація в аптеках існує, але її виконують не завжди самі фармацевти, а інші кваліфіковані медичні працівники.

### **Послуги в аптеках: огляд по країнах**

#### **I. Західна і Північна Європа**

**Австрія.** Виявлення людей з факторами ризику, направлення до інших медичних працівників, супровід першого відпуску ліків, навчання користуванню лікувальними та самоконтрольними приладами, супровід хронічних станів, індивідуальний розподіл доз, перегляд фармакотерапії.

**Бельгія.** Вакцинація, перегляд фармакотерапії, виявлення людей з підвищеним ризиком, підтримка прихильності до лікування, супровід хронічних станів, направлення.

**Німеччина.** Вакцинація, скринінг людей з факторами ризику, допомога у відмові від куріння, супровід першого відпуску ліків, перегляд фармакотерапії, супровід дороговартісної терапії.

**Франція.** Вакцинація, ведення поширених нескладних станів, набори для скринінгу колоректального раку, організація запису на обстеження та отримання результатів, допомога у відмові від куріння, перегляд фармакотерапії, окремі форми тестування і контрольованого відпуску антибіотиків за протоколом.

**Ірландія.** Вакцинація, контроль ваги, допомога у відмові від куріння, виявлення осіб з підвищеним ризиком, супровід при першому призначенні, підтримка прихильності до лікування, перегляд фармакотерапії.

Люксембург. Вакцинація, програми відмови від куріння, санітарна освіта, виявлення осіб з ризиками, перегляд фармакотерапії, супровід дороговартісного лікування.

**Нідерланди.** Скринінг ризиків, направлення, забезпечення наборами для самотестування, точка доступу до окремих медичних сервісів, перегляд фармакотерапії, домашній перегляд лікування, звірка медикаментозної терапії, супровід дороговартісної терапії, робота зі спільними електронними записами про ліки.

**Данія.** Вакцинація в аптеках, допомога при легких поширених станах, видача наборів для самотестування, телемедичні консультації, супровід хронічних станів, перегляд фармакотерапії.

**Фінляндія.** Консультації з питань подорожей і щеплень перед подорожжю, контроль ваги, санітарна освіта, виявлення осіб з факторами ризику, перегляд фармакотерапії, зокрема вдома або в закладах догляду, супровід хронічних станів.

**Швеція.** Набори для самотестування, скринінг ризиків, направлення, телемедичні консультації, перегляд фармакотерапії, домашній перегляд лікування, супровід дороговартісної терапії, цифрові сервіси.

## **II. Південна Європа**

**Італія.** Вакцинація, консультації для подорожей, допомога у відмові від куріння, скринінг ризиків, супровід хронічних станів, звірка медикаментозної терапії, індивідуальний розподіл доз, телемедицина, доступ до електронного медичного досьє, державні сервіси запису й видачі результатів.

**Іспанія.** Консультації з питань подорожей, контроль ваги, допомога у відмові від куріння, санітарна освіта, скринінг осіб з підвищеним ризиком, набори для самотестування, супровід хронічних станів, супровід дороговартісної терапії.

**Португалія.** Вакцинація, допомога у відмові від куріння, скринінг осіб з факторами ризику, точка доступу до окремих медичних послуг, супровід хронічних станів, перегляд фармакотерапії, цифрові сервіси.

**Греція.** Консультації з питань подорожей, вакцинація, контроль ваги, допомога у відмові від куріння, скринінг ризиків, супровід хронічних станів.

**Кіпр.** Консультації з питань подорожей, санітарна освіта, виявлення осіб з факторами ризику, направлення, навчання користуванню приладами для самоконтролю.

**Мальта.** Консультації щодо подорожей, контроль ваги, допомога у відмові від куріння, скринінг ризиків, направлення, супровід хронічних станів, індивідуальний розподіл доз, цифрова підтримка, послуги в межах державної схеми РОУС.

### **III. Центральна Європа**

**Польща.** Вакцинація, допомога у відмові від куріння, скринінг ризиків, супровід першого відпуску, супровід хронічних станів, перегляд фармакотерапії.

**Чехія.** Консультації щодо подорожей, скринінг осіб з ризиками, забезпечення наборами для самотестування, навчання користуванню лікувальними та самоконтрольними приладами, перегляд фармакотерапії, індивідуальний розподіл доз.

**Словаччина.** Консультації з питань подорожей, скринінг ризиків, направлення, супровід хронічних станів, індивідуальний розподіл доз.

**Словенія.** Перегляд фармакотерапії, підтримка прихильності до лікування, супровід хронічних станів, скринінг осіб з ризиками, індивідуальний розподіл доз, домашній перегляд лікування.

**Угорщина.** Виявлення осіб з факторами ризику, направлення, навчання користуванню пристроями, супровід хронічних станів, екстемпоральне виготовлення.

**Хорватія.** Скринінг і направлення, навчання користуванню приладами для самоконтролю, супровід хронічних станів, участь у фармаконагляді щодо препаратів під додатковим моніторингом, екстемпоральне виготовлення.

## **IV. Балтійські та східні країни ЄС**

**Естонія.** Вакцинація, нагадування про скринінгові програми, консультування щодо відмови від куріння, вимірювання артеріального тиску, холестерину, глюкози, гемоглобіну, аналіз складу тіла, скринінг ризиків, направлення, набори для самотестування.

**Латвія.** Вакцинація, скринінг осіб з факторами ризику, підтримка прихильності до лікування, навчання користуванню приладами для самоконтролю.

**Литва.** Направлення до інших медичних працівників, навчання користуванню лікувальними та самоконтрольними приладами, екстемпоральне виготовлення ліків.

**Румунія.** Вакцинація, скринінг ризиків, направлення, навчання користуванню приладами для самоконтролю, супровід хронічних станів.

**Болгарія.** Скринінг осіб з ризиками, направлення, навчання користуванню лікувальними та самоконтрольними приладами, супровід хронічних станів, екстемпоральне виготовлення ліків.

Що означає цей перелік для розуміння ролі аптек у ЄС  
Узагальнюючи профілі країн, аптечні медичні послуги в ЄС можна поділити на кілька великих блоків.

- Перший – профілактика й громадське здоров'я: вакцинація, допомога у відмові від куріння, контроль ваги, санітарна освіта.
- Другий – раннє виявлення та скринінг: вимірювання показників здоров'я, виявлення осіб з підвищеним ризиком, швидкі орієнтовні тести та набори для самотестування.
- Третій – ведення пацієнта й оптимізація лікування: перегляд фармакотерапії, звірка медикаментозної терапії, підтримка прихильності до лікування, супровід першого відпуску та індивідуальний розподіл доз.
- Четвертий – інтеграція в систему охорони здоров'я: направлення, телемедицина, запис на обстеження, видача результатів, робота з електронними записами.

Для повноцінної реалізації цього потенціалу вирішальними є не лише професійні навички фармацевтів, а й наявність належного правового регулювання, оплати послуг, цифрового підключення до системи охорони здоров'я та чітких маршрутів пацієнта між аптекою, лікарем і лабораторією.

## Таблиця. Неторгові (медичні) послуги в аптеках країн ЄС

Окремий додаток до звіту. Таблиця винесена в самостійний файл для зручного читання у вертикальному форматі сторінки.

| Країна   | Ключові неторгові (медичні) послуги   |
|----------|---|
| Австрія  | Виявлення людей з факторами ризику, направлення до інших медичних працівників, супровід першого відпуску ліків, навчання користуванню лікувальними та самоконтрольними приладами, супровід хронічних станів, індивідуальний розподіл доз, перегляд фармакотерапії |
| Бельгія  | Вакцинація силами фармацевтів, перегляд фармакотерапії, виявлення людей з підвищеним ризиком, підтримка прихильності до лікування, супровід хронічних станів, направлення   |
| Болгарія | Санітарна освіта, скринінг осіб з ризиками, направлення, навчання користуванню лікувальними та самоконтрольними приладами, супровід хронічних станів, екстемпоральне виготовлення ліків   |
| Греція   | Консультації для подорожей, вакцинація, контроль ваги, допомога у відмові від куріння, скринінг ризиків, супровід хронічних станів  |
| Данія    | Вакцинація в аптеках, допомога при легких поширених станах, видача наборів для самотестування, телемедичні консультації, супровід хронічних станів, перегляд фармакотерапії   |
| Естонія  | Вакцинація в аптеках, нагадування про скринінгові програми, консультування щодо відмови від куріння, вимірювання артеріального тиску, холестерину, глюкози, гемоглобіну, аналіз складу тіла, скринінг ризиків, направлення, набори для самотестування             |
| Ірландія | Вакцинація, контроль ваги, допомога у відмові від куріння, виявлення осіб з підвищеним ризиком, супровід при першому призначенні, підтримка прихильності до лікування, перегляд фармакотерапії  |
| Іспанія  | Консультації з питань подорожей, контроль ваги, допомога у відмові від куріння, санітарна освіта, скринінг осіб з підвищеним ризиком, набори для самотестування, супровід хронічних станів, супровід дороговартісної терапії                                      |

## Італія

Вакцинація, консультації для подорожей, допомога у відмові від куріння, скринінг ризиків, супровід хронічних станів, звірка медикаментозної терапії, індивідуальний розподіл доз, телемедицина, доступ до електронного медичного досьє, державні сервіси запису й видачі результатів

## Кіпр

Консультації з питань подорожей, санітарна освіта, виявлення осіб з факторами ризику, направлення, навчання користуванню приладами для самоконтролю

## Латвія

Вакцинація, санітарна освіта, скринінг осіб з факторами ризику, підтримка прихильності до лікування, навчання користуванню приладами для самоконтролю

## Литва

Санітарна освіта, направлення до інших медичних працівників, навчання користуванню лікувальними та самоконтрольними приладами, екстемпоральне виготовлення ліків

## Люксембург

Вакцинація, програми відмови від куріння, санітарна освіта, виявлення осіб з ризиками, перегляд фармакотерапії, супровід дороговартісного лікування

## Мальта

Консультації щодо подорожей, контроль ваги, допомога у відмові від куріння, скринінг ризиків, направлення, супровід хронічних станів, індивідуальний розподіл доз, цифрова підтримка, послуги в межах державної схеми РОУС

## Нідерланди

Скринінг ризиків, направлення, забезпечення наборами для самотестування, точка доступу до окремих медичних сервісів, перегляд фармакотерапії, домашній перегляд лікування, звірка медикаментозної терапії, супровід дороговартісної терапії, робота зі спільними електронними записами про ліки

## Німеччина

Вакцинація в аптеках, скринінг людей з факторами ризику, допомога у відмові від куріння, супровід першого відпуску ліків, перегляд фармакотерапії, супровід дороговартісної терапії

## Польща

Вакцинація в аптеках, допомога у відмові від куріння, скринінг ризиків, супровід першого відпуску, супровід хронічних станів, перегляд фармакотерапії

## Португалія

Вакцинація, допомога у відмові від куріння, скринінг осіб з факторами ризику, точка доступу до окремих медичних послуг, супровід хронічних станів, перегляд фармакотерапії, цифрові сервіси

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Румунія</b>    | Вакцинація, скринінг ризиків, направлення, навчання користуванню приладами для самоконтролю, супровід хронічних станів  |
| <b>Словаччина</b> | Консультації з питань подорожей, санітарна освіта, скринінг ризиків, направлення, супровід хронічних станів, індивідуальний розподіл доз  |
| <b>Словенія</b>   | Перегляд фармакотерапії, підтримка прихильності до лікування, супровід хронічних станів, скринінг осіб з ризиками, індивідуальний розподіл доз, домашній перегляд лікування   |
| <b>Угорщина</b>   | Санітарна освіта, виявлення осіб з факторами ризику, направлення, навчання користуванню пристроями, супровід хронічних станів, екстемпоральне виготовлення  |
| <b>Франція</b>    | Вакцинація, ведення поширених нескладних станів, набори для скринінгу колоректального раку, організація запису на обстеження та отримання результатів, допомога у відмові від куріння, перегляд фармакотерапії, окремі форми тестування й контрольованого відпуску антибіотиків за протоколом |
| <b>Фінляндія</b>  | Консультації з питань подорожей і щеплень перед подорожжю, контроль ваги, санітарна освіта, виявлення осіб з факторами ризику, перегляд фармакотерапії, зокрема вдома або в закладах догляду, супровід хронічних станів   |
| <b>Хорватія</b>   | Санітарна освіта, скринінг і направлення, навчання користуванню приладами для самоконтролю, супровід хронічних станів, участь у фармаконагляді щодо препаратів під додатковим моніторингом, екстемпоральне виготовлення   |
| <b>Чехія</b>      | Консультації для подорожей, скринінг осіб з ризиками, забезпечення наборами для самотестування, навчання користуванню лікувальними та самоконтрольними приладами, перегляд фармакотерапії, індивідуальний розподіл доз  |
| <b>Швеція</b>     | Набори для самотестування, скринінг ризиків, направлення, телемедичні консультації, перегляд фармакотерапії, домашній перегляд лікування, супровід дороговартісної терапії, цифрові сервіси   |

## **XI. ПІДТРИМКА ДОСТУПНОСТІ АПТЕК.**

### ***Підтримка аптек у малонаселених та віддалених територіях***

У країнах Європейського Союзу не існує єдиної моделі підтримки аптек у сільських, віддалених і малонаселених територіях. Натомість держави використовують різні комбінації фінансових та організаційних механізмів:

прямі субсидії,

коригування аптечної маржі,

перехресне субсидування,

спеціальні форми філій та аптечних пунктів,

мобільні аптеки,

винятки, що дозволяють відпуск лікарських засобів лікарями чи іншими медичними точками там, де відсутня повноцінна аптека.

Ми спробували узагальнити всі відомі та підтверджені в надійних джерелах інструменти підтримки аптек на таких територіях, а також запропонували групування країн ЄС за типом підтримки.

Огляд ґрунтується на двох типах джерел. Перший тип – порівняльні: звіт WHO в Європі про правове регулювання аптек і матеріали PGEU щодо сталості аптечної мережі. Другий тип – національні офіційні джерела, наприклад, Франції та Іспанії.

Основні інструменти підтримки аптек у малонаселених і віддалених територіях

- Пряма фінансова підтримка або гарантований дохід: аптека отримує окрему доплату, субсидію або гарантований мінімум доходу за роботу в економічно вразливій, сільській або ізольованій зоні. Такий механізм найчіткіше підтверджений у Франції, Іспанії, Естонії та Швеції.
- Непряма фінансова підтримка через податки, маржу або перехресне субсидування: держава не завжди виплачує грант напряму, але створює економічні умови, за яких мала чи віддалена аптека стає фінансово життєздатною. Найкраще це видно у Фінляндії та Литві.
- Організаційна підтримка через спеціальні форми аптечної присутності: аптечні філії, точки обслуговування, пункти доставки ліків, мобільні аптеки. Це не субсидії, але дуже часто саме ці інструменти забезпечують фактичний доступ до ліків у зонах, де повноцінна аптека економічно слабка.
- Винятки для відпуску лікарями або іншими медичними точками: це не підтримка аптеки як бізнесу, а підтримка доступу до ліків у місцевості, де аптеки немає. Такі моделі обмежено підтверджені для Франції, Ірландії, Нідерландів, Бельгії, Литви та Словенії.

Групування країн ЄС за типом підтримки

**Група А** — пряма фінансова підтримка: Франція, Іспанія, Естонія, Швеція. У цих країнах підтверджені прямі доплати, разові виплати або спеціальні фонди для віддалених чи фінансово вразливих аптек.

**Група В** — непряма фінансова підтримка або перехресне субсидування: Фінляндія, Литва. Тут переважають фіскальні й економічні механізми, що зменшують навантаження на малі аптеки або дозволяють їм заробляти пропорційно більше.

**Група С** — організаційні інструменти доступу: Австрія, Данія, Німеччина, Фінляндія, Латвія, Естонія, Словенія, Іспанія, Румунія, Хорватія. Основний акцент на аптечних філіалах, пунктах видачі ліків, мобільних аптеках.

**Група D** — компенсаційні винятки через лікарів або інші медичні точки: Франція, Ірландія, Нідерланди, Бельгія, Литва, Словенія. Це радше інструмент забезпечення доступу до ліків на території без аптеки, ніж підтримка самої аптеки.

**Група E** — ми не знайшли підтверджень про цільову фінансову схему підтримки для наступних країн: Болгарія, Кіпр, Чехія, Греція, Італія, Мальта,

Польща, Португалія, Словаччина та частково Бельгія і Люксембург. Це не означає, що жодних механізмів немає; втім, щодо деяких з цих країн через великий відсоток урбанізації сама потреба в таких інструментах може бути відсутня.

## Детальний огляд по країнах ЄС

| Країна   | Тип підтвердженої підтримки                 | Опис механізму  |
|----------|---|---|
| Австрія  | Організаційна підтримка                     | Аптека може мати одну філію в муніципалітеті, де немає ані аптеки, ані лікаря-аптекаря.   |
| Бельгія  | Обмежені винятки/ без окремої rural subsidy | У переглянутих джерелах не знайдено окремої прямої субсидії; є планування мережі, а в окремих випадках — лікар-аптекаря (dispensing doctors). |
| Болгарія | Не підтверджено окремої схеми               | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.   |
| Хорватія | Організаційна підтримка                     | Схвалене фінансування мобільних і плавучих аптек.   |
| Кіпр     | Не підтверджено окремої схеми               | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.   |
| Чехія    | Не підтверджено окремої схеми               | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.   |
| Данія    | Організаційна підтримка                     | Аптека може мати до 8 філій; держава може зобов'язати аптеку підтримувати або створити філію.   |
| Естонія  | Пряма + організаційна підтримка             | Разова виплата €15 000 для кадрів у віддалених аптеках; дозволені філії та пересувні аптеки.  |

|                   |                                       |  |
|-------------------|---------------------------------------|--|
| <b>Фінляндія</b>  | Непряма + організаційна підтримка     | Прогресивний аптечний податок працює як перехресне субсидування; до 3 філій; точки обслуговування у малонаселених зонах.   |
| <b>Франція</b>    | Пряма фінансова підтримка             | До €20 000 на рік на 3 роки для аптек на «вразливих» територіях; лікар-аптекарь лише там, де немає аптеки.   |
| <b>Німеччина</b>  | Організаційна підтримка               | До 3 філій; точки доставки рецептурних ліків для зон зі слабким аптечним покриттям.  |
| <b>Греція</b>     | Не підтверджено окремої схеми         | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.  |
| <b>Угорщина</b>   | Організаційна підтримка               | Мобільні аптечні пункти.   |
| <b>Ірландія</b>   | Dispensing doctors                    | Лікар-аптекарь у зонах без аптеки.   |
| <b>Італія</b>     | Не підтверджено окремої схеми         | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.  |
| <b>Латвія</b>     | Організаційна підтримка               | Філії у місцевостях до 4 000 жителів без іншої аптеки в радіусі 5 км.  |
| <b>Литва</b>      | Непряма + компенсаторна підтримка     | Можливість зменшення або скасування податків і зборів та іншої підтримки для аптек у сільських громадах; можливий відпуск через пункти медичної допомоги, якщо аптеки немає. |
| <b>Люксембург</b> | Не підтверджено окремої rural subsidy | Є планування мережі шляхом планування консесій.  |
| <b>Мальта</b>     | Не підтверджено окремої схеми         | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.  |

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| <b>Нідерланди</b> | Dispensing doctors                      | За відсутності аптеки можливий відпуск лікарями за критерієм відстані.                                |
| <b>Польща</b>     | Не підтверджено окремої схеми           | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.             |
| <b>Португалія</b> | Не підтверджено окремої схеми           | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.             |
| <b>Румунія</b>    | Організаційна підтримка                 | Місцеві точки розповсюдження у місцевостях без фармацевтичних послуг.                                 |
| <b>Словаччина</b> | Не підтверджено окремої схеми           | У переглянутих джерелах не знайдено підтвердженої окремої субсидії або спеціальної схеми.             |
| <b>Словенія</b>   | Організаційна + компенсаторна підтримка | Філії аптек; запас ліків при кабінеті лікаря, якщо аптека далеко.                                     |
| <b>Іспанія</b>    | Пряма + організаційна підтримка         | До €833 на місяць для економічно вразливих аптек; аптеки-бутики; регіональне планування мережі.       |
| <b>Швеція</b>     | Пряма фінансова підтримка               | Фонд сільських аптек; у 2016 році 30 аптек отримували підтримку, загальний обсяг становив 10 млн SEK. |

## **Найбільш показові національні кейси**

**Франція.** Французька модель є одним з найчіткіших прикладів прямої підтримки сільських аптек. У 2025 році Assurance Maladie відкрила механізм для аптек на «вразливих територіях»: аптека може отримувати до €20 000 на рік, максимум на три роки, якщо вона є єдиною аптекою у комуні, розташована на території, визначеній ARS, і має оборот менше €1 млн. Це фактично класична державна фінансова підтримка для запобігання втраті сертифікованих фармацевтів.

**Іспанія.** Іспанія поєднує прямі й організаційні механізми. По-перше, діє коригувальний механізм аптечної маржі для аптек з порушеною економічною життєздатністю; у 2021 році ним були охоплені 712 аптек, до того ж понад 80% були розташовані в муніципалітетах з населенням менше 1 500 осіб. По-друге, існують бутікові аптеки, що дозволяють забезпечувати доступ до лікарських засобів у віддалених місцях без повноцінної аптеки.

**Фінляндія.** Фінська модель показує, що підтримка може працювати й без прямої субсидії. Прогресивний аптечний податок створює перехресне субсидування, за якого малі аптеки мають відносно кращу економіку, ніж великі. Додатково країна використовує філії, що особливо важливо для малонаселених територій.

**Естонія.** Естонія поєднує пряму кадрову підтримку та мобільні організаційні рішення. Разова виплата €15 000 для фармацевтів і помічників, які працюють у віддалених аптеках, прямо стимулює кадрове забезпечення. Окремо функціонує аптекарський автобус – по суті, мобільна аптека.

**Швеція.** Шведський приклад ілюструє, як після ринкової лібералізації держава може запровадити окремий стабілізаційний фонд для сільських аптек. У 2016 році підтримку отримували 30 аптек, а загальний обсяг виплат становив 10 млн SEK.

## РОЗДІЛ XII. ПІДГОТОВКА ТА ДОХОДИ ФАРМАЦЕВТІВ

### *Єдиний освітній стандарт в ЄС*

Для професії фармацевта в ЄС існує режим автоматичного визнання кваліфікацій згідно з Директивою 2005/36/ЄС про визнання професійних кваліфікацій. Для фармацевтів ключовою є стаття 44, а перелік національних дипломів, що підлягають автоматичному визнанню, пов'язаний з Додатком V. Європейська комісія та національні регулятори чітко зазначають, що мінімальна підготовка фармацевта має бути не менше 5 років, включно з щонайменше 4 роками теоретичної та практичної підготовки та щонайменше 6 місяцями стажування в аптеці, відкритій для публіки, або в лікарні під наглядом фармацевтичного підрозділу.

Найпомітнішими винятками в межах ЄС є переважно Фінляндія та Швеція, де, окрім п'ятирічної повної фармацевтичної кваліфікації, існують також коротші програми фармації для проміжних функцій.

### *Зв'язок між стажем і зарплатою*

Незважаючи на єдиний рівень освіти, рівень заробітної плати значно відрізняється між країнами. Основними факторами різниці є рівень економічного розвитку, структура фармацевтичного ринку та модель власності.

Досвід роботи суттєво впливає на дохід: за оцінками ERI/SalaryExpert у різних країнах, зв'язок між стажем і доходом є вираженим та досить стабільним — фармацевти з 8+ роками досвіду зазвичай заробляють приблизно на 55–65% більше, ніж професіонали з 1–3 роками досвіду. Це можна спостерігати, наприклад, у Німеччині, Франції, Польщі, Іспанії, Ірландії та Фінляндії, де кількість фармацевтів стабільна.

## **Зв'язок між формою власності аптеки та доходом фармацевта**

Форма власності аптеки впливає насамперед на те, як розподіляється економічний результат аптечної діяльності. У pharmacist-owned моделях більша частина цього результату концентрується у власника-фармацевта; у corporate-owned моделях більша частина прибутку переходить на рівень мережі, тоді як фармацевт частіше отримує фіксовану зарплату.

Дохід фармацевта-власника зазвичай істотно перевищує дохід найманого фармацевта. Дослідження BMC Medical Education 2025 року стверджує, що дохід власників аптек може бути приблизно вдвічі вищим, ніж дохід найманих фармацевтів.

Перша причина полягає в самій природі доходу. У pharmacist-owned моделі фармацевт отримує не лише оплату за свою працю, а залишковий економічний результат роботи аптеки — інакше кажучи, його дохід формується не як звичайна фіксована зарплата, а як прибуток після покриття витрат. До цього доходу можуть входити торговельна націнка, бонуси від дистриб'юторів, а також надходження від додаткових послуг, наприклад вакцинації або клінічно орієнтованих сервісів.

Друга причина пов'язана з бар'єрами входу на ринок. У країнах, де зберігається pharmacist-only ownership або інші близькі до неї режими, кількість аптек часто регулюється через ліцензування, територіальні або демографічні критерії. Наслідок цього очевидний: пропозиція аптек обмежується, прибуток на одну аптеку зростає, а разом з ним підвищується і дохід власника.

Звісно, дохід фармацевта залежить не лише від того, кому належить аптека. Не менш важливими є система реімбурсації лікарських засобів, державне регулювання цін, щільність аптек у країні, а також роль фармацевта у самій системі охорони здоров'я — наприклад, чи виконує він переважно клінічні функції, чи його робота має здебільшого роздрібний характер. Саме тому в окремих країнах з корпоративною моделлю заробітки фармацевтів можуть залишатися високими, як це нерідко спостерігається у Північній Європі, тоді як в окремих країнах з pharmacist-owned підходом, зокрема у частині Південної Європи, вони можуть бути лише помірними.

## Порівняння за країнами

### Північна та Західна Європа

| Країна     | Зарплата (€/рік) | Диплом  | Тривалість |
|------------|------------------|---------|------------|
| Німеччина  | 81000            | 5 років | 5 років    |
| Франція    | 74000            | 5 років | 5 років    |
| Нідерланди | 83000            | 5 років | 5 років    |
| Бельгія    | 88000            | 5 років | 5 років    |
| Австрія    | 83000            | 5 років | 5 років    |
| Данія      | 98000            | 5 років | 5 років    |
| Швеція     | 65000            | 5 років | 5 років    |
| Фінляндія  | 90000            | 5 років | 5 років    |
| Ірландія   | 90000            | 5 років | 5 років    |
| Люксембург | 125000           | 5 років | 5 років    |

### Південна Європа

| Країна     | Зарплата (€/рік) | Диплом  | Тривалість |
|------------|------------------|---------|------------|
| Іспанія    | 60000            | 5 років | 5 років    |
| Італія     | 73000            | 5 років | 5 років    |
| Португалія | 47000            | 5 років | 5 років    |

|               |       |         |         |
|---------------|-------|---------|---------|
| <b>Греція</b> | 47000 | 5 років | 5 років |
| <b>Мальта</b> | 62000 | 5 років | 5 років |
| <b>Кіпр</b>   | 32000 | 5 років | 5 років |

## Центральна Європа

| <b>Країна</b>     | <b>Зарплата (€/рік)</b> | <b>Диплом</b> | <b>Тривалість</b> |
|-------------------|-------------------------|---------------|-------------------|
| <b>Польща</b>     | 38000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Чехія</b>      | 45000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Словаччина</b> | 44000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Угорщина</b>   | 32000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Словенія</b>   | 30000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Хорватія</b>   | 28000                   | 5 років       | 5 років           |

## Східна Європа

| <b>Країна</b>   | <b>Зарплата (€/рік)</b> | <b>Диплом</b> | <b>Тривалість</b> |
|-----------------|-------------------------|---------------|-------------------|
| <b>Румунія</b>  | 31000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Болгарія</b> | 33000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Литва</b>    | 39000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Латвія</b>   | 34000                   | 5 років       | 5 років           |
| <b>Естонія</b>  | 40000                   | 5 років       | 5 років           |

## Україна

В Україні підготовка фармацевтів також триває близько 5 років, але повної гармонізації з ЄС немає. Система визнання дипломів та професійної мобільності обмежена.

Середня зарплата фармацевтів в Україні значно нижча, ніж у країнах ЄС, і зазвичай становить €5,000–10,000 на рік. Водночас фармацевтичний ринок більш лібералізований, з високою часткою операторів мережі та обмеженою роллю окремого майна фармацевтів.

Щільність аптек в Україні є однією з найвищих у Європі, що пояснюється низькими бар'єрами для входу.

## РОЗДІЛ XIII. СТРАТЕГІЧНІ ЗАПАСИ.

Пандемія COVID-19 та геополітичні потрясіння 2022–2025 виявили вразливість фармацевтичних ланцюгів постачання. У національну безпеку у фармацевтичному секторі входять: стратегічні запаси критичних ліків (strategic reserves), локалізація виробництва активних фармацевтичних інгредієнтів (API), диверсифікація постачальників, система раннього попередження про дефіцити (shortage management), механізми контролю паралельного експорту.

Наразі європейська фармацевтична стратегія та нові рішення, зокрема Акт про критичні ліки, зосереджуються саме на попередженні дефіцитів.

### ***Системи управління дефіцитом розгорнуті в усіх країнах ЄС.***

Елементами управління дефіцитом є:

моніторинг ланцюгів постачання в реальному часі;

системи раннього попередження про можливі дефіцити;

обов'язкова звітність виробників або оптових постачальників про очікуваний дефіцит;

формування запасів, у якому беруть участь в різних частках уряд та учасники ринку;

контроль паралельного експорту – для отримання дозволу на експорт потрібен дозвіл регуляторного агентства. За порушення цієї вимоги діють штрафи в розмірі від €100 тис за кожен випадок;

Північно-балтійська співпраця (Nordic-Baltic cooperation). Швеція, Данія, Фінляндія, Норвегія, Ісландія, Естонія, Латвія та Литва створили спільні механізми безпеки постачання, а саме спільні угоди про закупівлі, спільні стратегічні резерви, координоване управління дефіцитом. Так малі країни можуть використати спільну купівельну силу для покращення умов постачання.

### ***Акт про критичні ліки — новий рівень розуміння фармацевтичної галузі як елемента національної безпеки.***

Тепер ЄС офіційно визнає геополітичні ризики та має більш широку межу розгляду фармацевтичної галузі з погляду національної безпеки. Наразі це передбачає:

більшу локалізацію виробництва лікарських засобів і медичних засобів у країнах ЄС;

створення децентралізованих і захищених запасів лікарських засобів;

надання преференцій внутрішнім постачальникам ліків, що мають статус критичних чи суспільно важливих. Тобто ціна не є єдиним критерієм для вибору постачальника.

## **РОЗДІЛ XIV. ХОРВАТСЬКИЙ ФАРМРИНОК: НАСЛІДКИ ПРИЄДНАННЯ ДО ЄС.**

### ***Напередодні вступу***

До вступу Хорватії в ЄС (2013 року) фармацевтичний ринок країни характеризувався доволі фрагментованою структурою. Великі компанії – Pliva (під контролем Teva з 2007 року), Belupo (власність Podravka) та Jadran Galenski (JGL, що належить Actavis/Allergan) – виробляли значну частину препаратів для внутрішнього споживання та експорту. За даними посольства США, на кінець 2010-х років хорватські виробники забезпечували близько 35% вартості національного фармспоживання (та  $\approx 50\%$  у натуральному виразі). Водночас ринок хіміє-фармацевтичної продукції Хорватії залежав від імпорту (\$1,34 млрд у 2017 році проти експорту 1,13 млрд).

Аптечний ринок до 2013 року також був фрагментований – існували невеликі місцеві мережі (наприклад, міські аптеки в Загребі та інших містах) та численні незалежні аптеки. Лише одна приватна мережа – Farmacia (група Atlantic Grupa) – мала близько 30 філій ( $\approx 5,5\%$  ринку у 2008 році).

### ***Нормативні зміни***

Після вступу в ЄС 1 липня 2013 року Хорватія повністю інтегрувалася в європейську регуляторну систему: ухвалений новий Закон про лікарські засоби (OG 76/13) та гармонізовані правила ліцензування, фармаконагляду, протидії фальсифікації. Період ексклюзивності для патентованих препаратів збільшили до «8+2+1» (з 6 років у попередньому законодавстві).

За період 2013–2018 ринок ліків Хорватії адаптувався до європейських вимог – зокрема, був посилений моніторинг забезпеченості (компанії зобов'язані попереджати HALMED/МОН/НZZO про можливі перебої в постачанні). Масових кризових дефіцитів місцеві ЗМІ не фіксували, хоча Хорватія відчувала загальноєвропейські проблеми залежності від імпорту діючих речовин (близько 80% діючих речовин імпортують з Азії).

## Економічні зміни

Від 2013 року державні витрати на ліки піддавалися жорстким бюджетним обмеженням. HZZO (Фонд медичного страхування Хорватії) запровадив торги для закупівель в лікарнях. Хоча спільні закупівлі лікарень розпочали ще у 2012 році, систематичні торги по генериках розгорнули близько 2016 року. Завдяки цим заходам знизились закупівельні ціни й самі закупівлі були стандартизовані.

Також 2013 року впроваджене внутрішнє і зовнішнє референтне ціноутворення, що разом з обмеженням торгової надбавки (максимум 8,5%) стримувало ціну медпрепаратів.

У серпні 2015 року англійська фармкомпанія Dechra придбала 63% акцій хорватської Genera d.d. (в її структурі було виробництво лікарських засобів для людей і тварин) за €51,4 млн. А в рік приєднання Хорватії до ЄС компанія Teva відкрила новий завод у Загребі на \$100 млн і створила 200 робочих місць.

З 2019 року Хорватія знизила ПДВ на ліки до 5% (зокрема на безрецептурні – з 25% до 5% з 1 січня 2019). Це також сприяло здешевленню ОТС-препаратів.

У грудні 2025 року мережа Atlantic Grupa «Farmacia» оголосила про придбання 9 аптек Belupo (Deltis Pharm), що доведе загальну кількість її аптек до 58.

Після вступу до ЄС структура виробництва помітно не змінилася: ті ж гравці продовжують виробляти ліки. Частка імпорту все ще переважає, хоча зростають і експортні можливості у Pliva, Belupo та інших.

Структура роздрібного фармринку Хорватії зазнала поступової консолідації, хоча значна частка залишилась за незалежними аптеками. Лідером стала мережа Farmacia (Atlantic Grupa) – має 58 аптек і 51 спеціалізований магазин (з продажу ОТС/товарів здоров'я), що становить близько 15% аптечного ринку.

Інші аптечні гравці – муніципальні мережі аптек (наприклад, Gradska Ljekarna Zagreb у Загребі, Ljekarne Osijek тощо) і декілька незалежних місцевих мереж (наприклад, Ljekarna Zadar). Незалежні комунальні/частково комунальні аптеки традиційно контролюють значну частку ринку, особливо у провінційних регіонах.

## **Перебої в постачанні ліків**

Чіткої загрози масштабного дефіциту ліків у Хорватії після 2013 року не зареєстровано. У 2021 році група великих постачальників (Philips Farmacija, Medika, Cosmo) заявила про призупинку постачання в 15 лікарень через накопичені борги державних установ (більше 6 млрд HRK). Це була не класична «нестача» ліків, а економічний конфлікт — аптечні дистриб'ютори стримували поставки до боржників. Проблему вирішувало державне врегулювання заборгованості, тому вона не стала ознакою нестачі для населення.

На кшталт інших європейських країн, Хорватія впровадила систему раннього сповіщення про дефіцити. За законодавством, власники реєстрацій (МАН) та дистриб'ютори мають забезпечувати безперебійне постачання та негайно інформувати HALMED і МОЗ (та HZZO для препаратів зі списку реімбурсації) про обставини, які можуть призвести до переривання поставок. HALMED веде реєстр тимчасових чи постійних зупинок дистрибуції і дефіцитів ліків. У випадку виявлення ризику дефіциту можливі втручання: закупівля резервних обсягів, обмеження експорту тощо (за аналогією з іншими країнами ЄС).

За останні роки локальні медіа згадували лише поодинокі тимчасові проблеми (наприклад, перебої з окремими імпортованими ЛЗ через глобальні ланцюги постачання). Під час пандемії COVID-19 спільна європейська політика допомогла уникнути критичних дефіцитів. Отже, можна сказати, що істотних криз у забезпеченні препаратами в Хорватії не відбулося.

## **Інші суттєві показники**

Генерики та біосиміляри. Політика HZZO (зовнішнє і внутрішнє ціноутворення) стимулює активне використання генериків: наприклад, перший генерик на ринку мусить коштувати щонайменше на 40% дешевше від оригіналу, наступні — ще дешевше. Це означає їхню високу частку у роздрібних та реімбурсованих обсягах. Біосиміляри вводяться з аналогічними знижками (перший — мінус 30%). Ці заходи неофіційно сприяли тому, що частка генериків у загальному обсязі споживання Хорватії за 2010–2020 роки утримувалася на рівні 70–80% (за рецептами), хоча офіційних публікацій немає.

Інновації та R&D. Хорватія не є потужним центром досліджень у фармацевтиці. Дослідження обмежені групою Pliva (прискорює клінічні досліджен-

ня в межах Teva) і невеликими локальними компаніями. Левова частка інвестицій спрямована на виробництво вже відомих препаратів, а не на нові РНК/біофармацевтичні розробки.

Логістика та розподіл. Після 2013 року фармдистриб'ютори Хорватії теж повинні були отримати ліцензії за євростандартом (вимога GMP для імпортерів). Основними оптовиками залишаються кілька великих компаній (Medika, Cosmo, Phoenix Farmacija тощо), які охоплюють увесь ринок. Доступність препаратів від постачальників є визнано висока.

## Хронологія ключових подій

| Рік               | Подія   |
|-------------------|---|
| 2012              | Початок реформ: нарис Закону про лікарські засоби (хорв. Zakon o lijekovima) для гармонізації з ЄС.   |
| 2013<br>(1 липня) | Офіційне приєднання Хорватії до ЄС; набули чинності нові правила: закон про лікарські засоби (OG 76/13) і транзитні положення. Введено sunset clause — відмову дозволів на препарати, якщо 3 роки не було реалізації Ліцензії на імпорт лікарських засобів скасували — імпортери повинні мати ліцензію виробника (GMP). |
| 2013<br>(жовтень) | Відкриття нового заводу Teva-Pliva у Загребі (інвестиція \$100 млн + 200 працівників), що збільшило виробництво Pliva на 25%.   |
| 2014              | Початок ширшого впровадження внутрішніх групових референтних цін, державні витрати на ліки знижуються ≈8-9% (у межах жорстких бюджетних норм).  |
| 2015              | Угода: британська Dechra Pharmaceuticals купує 63,3% акцій хорватської Genera d.d. за €51,4 млн. Наслідок — вихід великого виробника (виробництво тваринних і людських препаратів) на британський капітал.  |
| 2016              | Початок централізованих тендерів НЗОК на лікарняні препарати (офіційно впроваджені Держскарбницею/НОЗУ): понад 15 груп препаратів, значні бюджетні економії (за оцінками, до 15–20% на тендерній групі). Аптеки зобов'язані повідомляти про дефіцити (реалізація норм закону 2013 року).                                |
| 2017              | Продовжуються фінансові труднощі НЗЗО: затверджений порядок часткових повернень коштів виробникам (за невиконання планів закупівель). На ліки витрачено ≈\$1,3 млрд (схоже зростання з 2015) після двох років скорочень (2014–2015).  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>2018</b>                  | Нові поправки до закону про лікарські засоби (ОГ 100/18). Фактичного зростання ринку немає (фокус на структурних змінах). Активізована система електронних рецептів (повсюдно застосовуються e-Rx), що вплинуло на логістику.  |
| <b>2019</b>                  | Податкові зміни: з 1.01.2019 знижена ставка ПДВ на всі медикаменти з 25% до 5%, що призвело до здешевлення безрецептурних ліків на ~18–19%. Продовжується політика відшкодувань і закупівель.  |
| <b>2020</b>                  | Пандемія COVID-19: короточасні глобальні перебої (дефіцити ІТТД, антибіотиків) не призвели до масового критичного браку в Хорватії, зважаючи на міжнародні домовленості про забезпечення. НЗОК залучений до спільних закупівель вакцин і критичних ліків по програмі ЄС. |
| <b>2021</b>                  | Фармацевтичні дистриб'ютори відмовляють 15 держлікарням у постачанні через борги. Фармацевтичний фонд і борг лікарень на порядку денному як проблема.  |
| <b>2022</b>                  | Державні заходи зменшують заборгованість системи охорони здоров'я; HZZO погасив значну частину заборгованостей перед аптечними оптовиками. Зростання аптечних мереж (Farmacia) — близько 50 аптек. Зростає частка електронних схем (е-рефандинг тощо).                   |
| <b>2023</b>                  | Продовжується впровадження нових європравил — директив щодо розпізнавання підроблених ліків тощо. Неминуче зростання цін на нові ліки (повсюдно застосовуються MEA/договірні схеми для дорогих препаратів).  |
| <b>2025<br/>(грудень)</b>    | Atlantic Grupa (Farmacia) укладає угоду з Belupo про придбання 9 аптек Deltis Pharm (завершення угоди — у 2026 році). Так Farmacia доведе мережу до 58 аптек.  |
| <b>2026<br/>(очікування)</b> | Виконання Плану відновлення ЄС: витрати €340 млн на оновлення інфраструктури охорони здоров'я (до 2026). Очікується зміцнення виробничих потужностей та цифровізації (електронні медичні картки, тісніша інтеграція з європейськими базами даних ліків).                 |