



*Міністерство охорони здоров'я України
Міністерство освіти і науки України
Національний фармацевтичний університет
Кафедра менеджменту, маркетингу та
забезпечення якості у фармації*



МАТЕРІАЛИ

**XII науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю
«МЕНЕДЖМЕНТ ТА МАРКЕТИНГ У СКЛАДІ
СУЧАСНОЇ ЕКОНОМІКИ, НАУКИ, ОСВІТИ,
ПРАКТИКИ»
(19 березня 2026 р.)**



MATERIALS

**of XII scientific and practical internet-conference
with international participation
«MANAGEMENT AND MARKETING IN THE MODERN
ECONOMY, SCIENCE, EDUCATION AND PRACTICE»
(19 March 2026)**

Харків

2026

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ВИТРАТ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я У КРАЇНАХ ЄС

Панфілова Г.Л., Вандюк Л.Р.

Національний фармацевтичний університет, Україна

panf-al@ukr.net

РЕЗЮМЕ

Встановлено, що у країнах Європи існують різні підходи щодо організації фінансування ОЗ. Умовно нами визначені три групи країн, в яких рівень державних витрат у організації медичного та фармацевтичного забезпечення населення коливається у різних діапазонах значень. Більше 75,0% від загальних витрат на ОЗ на державу припадає у Швеції, Норвегії, Данії та Великій Британії (перша умовна група країн). У другій групі цей показник коливався від 50,0% до 75,0% (Італія, Іспанія та Фінляндія). У третій групі країн зазначений показник участі держави був меншим, ніж 50,0% у загальній структурі витрат на ОЗ. До цієї групи було віднесено 13 країн. Доведено, що найвищі значення власних витрат населення в ОЗ спостерігалися у Болгарії (36,0%), а також у Литві (31,0%), в свою чергу найнижчі – у Хорватії (9,0%).

Ключові слова: витрати на охорону здоров'я, медичне забезпечення населення, система охорони здоров'я, фармацевтичне забезпечення населення

SUMMARY

It was established that in European countries there are different approaches to the organization of health financing. We have conventionally identified three groups of countries in which the level of state spending on the organization of medical and pharmaceutical provision for the population varies in different ranges of values. More than 75.0% of total health care spending is contributed by the state in Sweden, Norway, Denmark and the United Kingdom (the first conditional group of countries). In the second group, this figure ranged from 50.0% to 75.0% (Italy, Spain and

Finland). In the third group of countries, the indicated figure of state participation was less than 50.0% in the total structure of health care spending. 13 countries were included in this group. It is proven that the highest values of the population's own health care spending were observed in Bulgaria (36.0%), as well as in Lithuania (31.0%), in turn, the lowest - in Croatia (9.0%).

Keywords: healthcare costs, medical care for the population, healthcare system, pharmaceutical care for the population

Вступ. Система охорони здоров'я (ОЗ) належить до тих галузей макроекономічного комплексу країни, що формує не лише майбутнє держави, а й впливає на розвиток всього суспільства у цілому. Неефективна система ОЗ за умов кризи, пандемій та воєнний подій може стати каталізатором розвитку негативних зрушень у країні та у суспільстві. Тому питання фінансової підтримки та розвитку цієї соціально орієнтованої галузі має зараз для України найважливіше значення.

Мета. Проведення аналізу структури витрат ОЗ у різних країнах ЄС, які є членами OECD.

Матеріали та методи досліджень. У дослідженнях використовувалися дані, які представлені у звіті «Health at a Glance 2025: OECD Indicators» [1], спеціальній літературі з означеної проблематики, а також матеріали сайтів ВООЗ, Світового банку. У дослідженнях застосовувалися порівняльний, історичний, графічний, математико-статистичні, аналітичний методи досліджень та наукового пошуку. Необхідна статистична обробка здійснювалась за допомогою стандартних пакетів статистичного аналізу.

Результати досліджень. Систематизуючи дані спеціальної літератури можна стверджувати, що фармацевтичне забезпечення населення є складним та багаторівневим процесом, якій реалізується за широким спектром напрямків та механізмів [2-5]. Враховуючи посилення гуманістичних тенденцій у сучасному суспільстві все більшої актуальності набувають питання підвищення ролі держави у гарантуванні населенню необхідного та соціально обумовленого

обсягу фармацевтичної допомоги й послуги. Участь держави у сплаті вартості лікарських засобів (ЛЗ), які входять на Національного переліку основних ЛЗ у разі їх використання у лікуванні хронічних хворих або соціально незахищених категорій населення поступово посилюється [2,5] При цьому, повна участь держави у фінансуванні потреб населення у ЛЗ та необхідних медичних виробів (МВ) у світі поступово переглядається у бік впровадження нових форм взаємодії з представниками фармацевтичного бізнесу, насамперед фірм-виробників [2,5,6]. Лінійне зростання цих показників не може вирішити проблему підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення населення, перш за все тому, що потреби населення у ЛЗ зростають значно більшими інтенсивними темпами, ніж фінансова спроможність держави. Необхідно також враховувати, що це стимулює й фармацевтичний ринок, який з кожним роком посилює свій вплив на роботу фармацевтичних працівників та аптечних закладів в цілому [2,7-9].

Задля розробки перспектив розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення та ОЗ в цілому все більшого значення набуває постійний моніторинг основних макроекономічних показників, які дозволяють оцінити доступність відповідних послуг та товарів для пересічних громадян. З цією метою, Організація економічного співробітництва та розвитку (Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD), а також Світовий банк здійснює аналіз структури показників витрат, що спрямовані на охорону здоров'я, а також споживання ЛЗ та інших товарів аптечного асортименту, кількість аптечних закладів, їх щільність у розміщенні та кількість фармацевтів, які займаються практикою. На жаль, Україна не входить до складу цієї впливової міжнародної організації, тому проведення порівняльних досліджень у цьому напрямку були обмежені. Зупинимось на ключових аспектах, які висвітлені у цьому звіті з питань організації функціонування різних систем ОЗ та досягненню соціально обумовленого та очікуваного у суспільстві рівня ефективності та доступності фармацевтичної допомоги для населення.

Значний вплив на показники фізичної та соціально-економічної доступності ЛЗ та інших товарів аптечного асортименту має тип функціонування системи ОЗ та характер фінансування медичної та фармацевтичної допомоги, що надаються населенню. На рис. 1-2 представлені дані, які наведені у вищезазначеному звіті за параметрами питомої ваги (%) державних та особистих витрат в ОЗ.

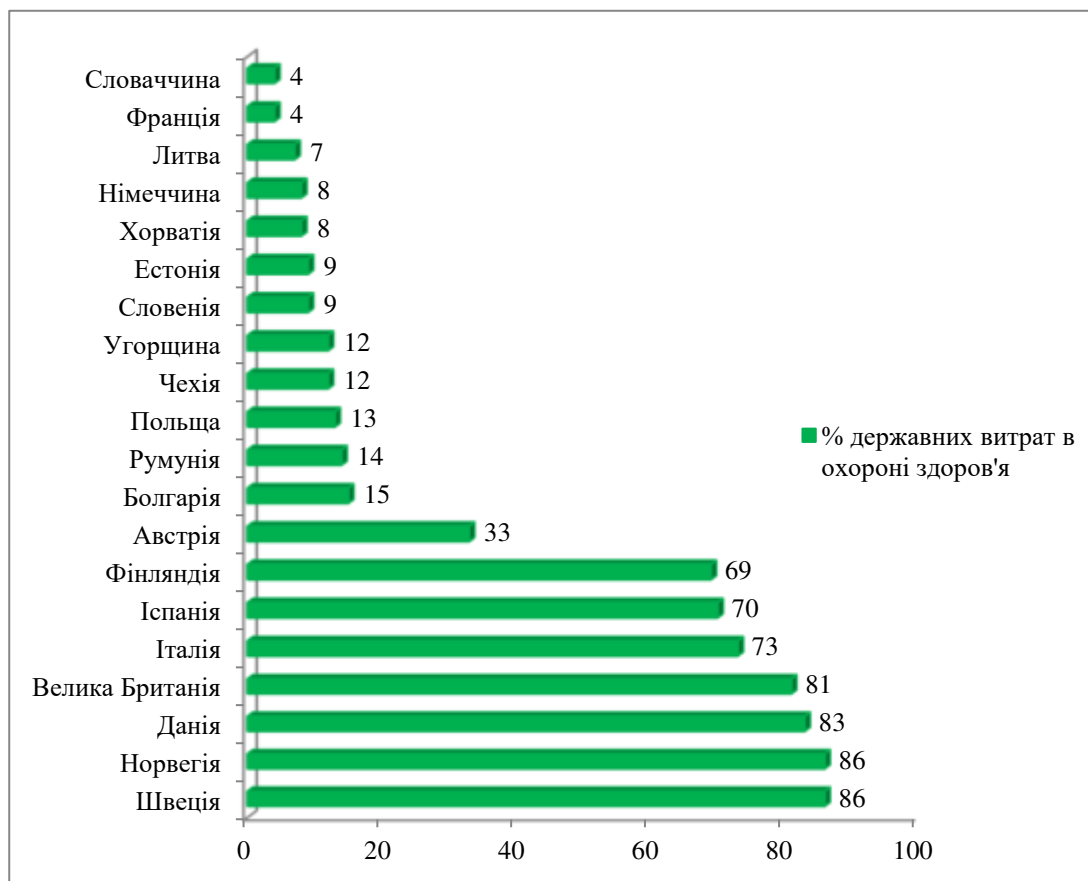


Рис.1 Аналіз показників участі держави (%) у витратах на ОЗ у деяких країнах Європи, що є членами ОЕСД

Умовно кажучи, всі країни ЄС, які ми досліджували відрізняються за обсягами державних та приватних джерел у фінансуванні ОЗ. Можна визначити три групи країн, так до першої відносяться ті, що мають рівень державних витрат у витратах на ОЗ від 75,0% та більше (Швеція, Норвегія, Данія, та Велика Британія). У другу групу відносяться ті країни, в яких зазначений показник коливається у діапазоні значень від 50,0% до 75,0% (Італія, Іспанія, Фінляндія), а до третьої групи були віднесені всі інші країни. У цих країнах

рівень участі держави у сплаті вартості медичного та фармацевтичного забезпечення населення був менше, ніж 50,0% (13 країн, переважно із Східної Європи). Тобто, нами були виділені 3 групи країн, які мають значення показника державних витрат в ОЗ, що наближаються один до одного. Так, це наприклад країни Північної та Центральної Європи, а також країни, які увійшли до складу Європейського Союзу в же у цьому тисячоліття.

Найвищі значення % державних виплат у витратах на ОЗ можна відзначити у Швеції, Норвегії, Данії та Великій Британії. У цих країнах, більше 80,0% від усіх витрат припадає на виплати з державного бюджету країни. Порівняно низькі значення участі держави у сплаті вартості наданої населенню медичної та фармацевтичної допомоги спостерігалися у таких країнах ЄС, як Франція, Німеччина, Хорватія, Словенія. Це обумовлено значним впливом на фінансову політики у ОЗ механізмів обов'язкового медичного страхування у зазначених країнах. Необхідно вказати, що британо-канадська модель фінансування медичної та фармацевтичної допомоги зараз впроваджується в Україні. Це так звана «Модель лорда Беверіджа», яка передбачає оплату закладам ОЗ за надану допомогу по кінцевому результату, тобто за пакетами медичних гарантій.

За даними 2025 р. в Україні було затверджено 45 пакетів медичних гарантій, за якими громадяни отримали медичну допомогу та відповідне фармацевтичне забезпечення за широким напрямком, від амбулаторного до вузькоспеціалізованого обслуговування у закладах ОЗ різних форм власності та господарювання [10]. Розроблені пакети медичних гарантій у 2025 р. були затверджені з урахуванням тих потреб населення, які існують за умов воєнного часу та у відповідності до соціально-економічної ситуації у країні.

У країнах, які відрізняються низьким рівнем участі держави у сплаті витрат на медичне та відповідне фармацевтичне забезпечення досить активно розвинута система обов'язкового медичного страхування населення. Сплата вартості наданих послуг здійснюється за рахунок централізованих фондів медичного страхування. Слід зазначити, що вплив добровільного медичного

страхування в оплаті вартості послуг в країнах OECD є незначним, тобто його питома вага коливалась від 5,0% до 7,5% [1]. Як свідчать дані спеціальної літератури, у період кризи або пандемій важливого значення набувають механізми гнучкого фінансування, які дозволяють перерозподілити ризики недофінансування в системі ОЗ [11-13]. Тому наявність у системі ОЗ декілька джерел фінансування (державні асигнування, фонд обов'язкового та добровільного страхування, приватні платежі громадян або громадських організацій) істотно підвищують фінансову стійкість самої системи ОЗ, що має важливе значення задля формування національної безпеки в країні. На рис. 2 наведений аналіз структури зазначених витрат по різних країнах ЄС, які є членами OECD.

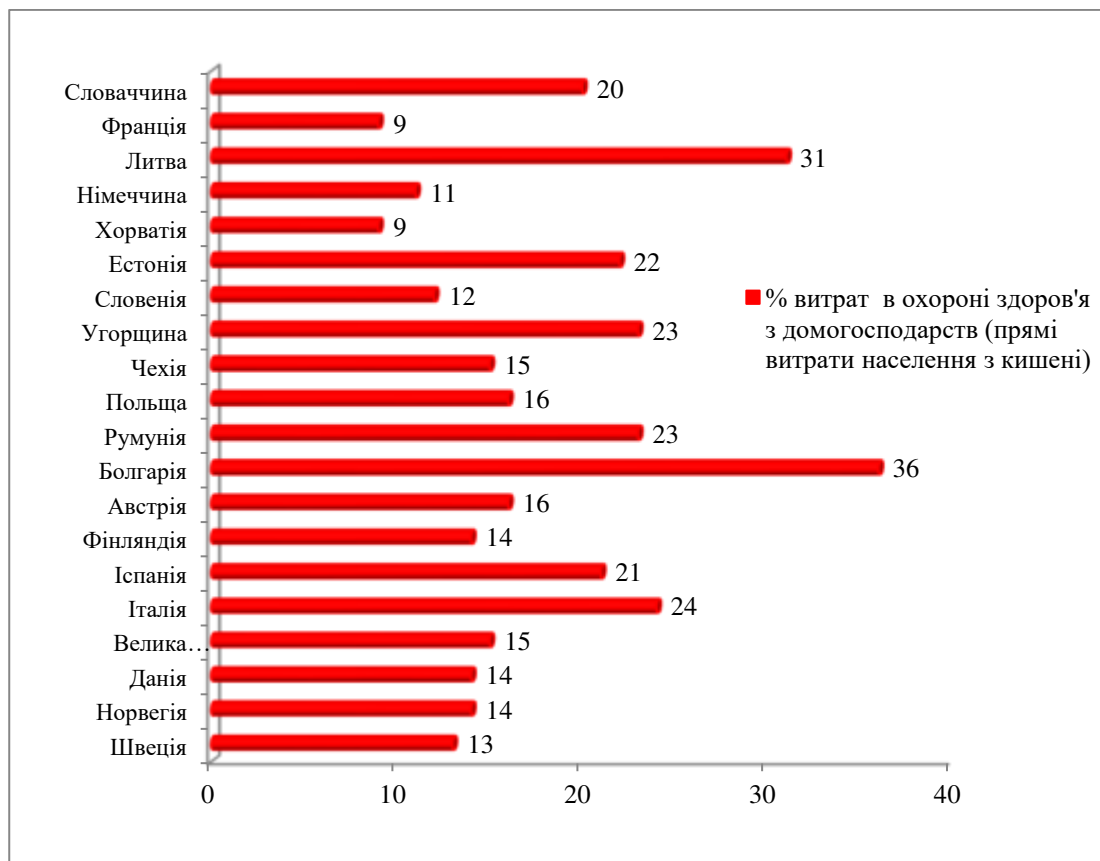


Рис. 2 Аналіз показників % витрат з власної кишені (ресурси домогосподарств) у різних країнах Європи, що є членами OECD

Показник рівня витрат на плату медичних послуг та відповідного фармацевтичного забезпечення, на відміну від % державних витрат в ОЗ,

відрізнявся значним різноманіттям значень по країнах OECD. Звертає на себе увагу значна участь (36,0%) населення в Болгарії на оплату медичних послуг та відповідного фармацевтичного забезпечення в системі ОЗ. За деякими джерелами цей показник в Україні сягає більше 40,0% [2,5], але з впровадження пакетів медичних гарантій та державних програм, на кшталт «Доступні ліки» можна очікувати, що він буде поступово знижуватися.

За результатами проведеного аналізу можна констатувати, що у країнах Європи існують різні підходи щодо організації фінансування ОЗ в цілому та фармацевтичному забезпеченні населення зокрема.

Висновки.

1. Умовно нами визначені три групи країн, в яких рівень державних витрат у організації медичного та відповідного фармацевтичного забезпечення населення коливається у різних діапазонах значень. Більше 75,0% від загальних витрат на ОЗ припадає на державу у Швеції, Норвегії. Данії та Великій Британії (перша умовна група країн). У другій групі цей показник коливався у діапазоні значень від 50,0% до 75,0% (Італія, Іспанія та Фінляндія). У третій групі країн зазначений показник участі держави у фінансуванні медичного та фармацевтичного забезпечення населення був меншим, ніж 50,0% у загальній структурі витрат на ОЗ. До цієї групи було віднесено 13 країн.

2. Доведено, що на відміну від показника % державного фінансування в загальній структурі витрат на ОЗ дані питомої ваги (%) особистих витрат з власної кишені громадян на оплату відповідних послуг та ЛЗ у країнах відрізнявся різноманіттям значень. Найвищі значення спостерігалися у Болгарії (36,0%), а також у Литві (31,0%), в свою чергу найнижчі – у Хорватії (9,0%).

3. Встановлено, що питома вага (%) у витратах ОЗ із інших джерел фінансування, насамперед з фондів обов'язкового та добровільного медичного страхуванні по різних країнах має значні розбіжності. Це обумовлено існуванням різних підходів в організації функціонування зазначеної системи в структурі макроекономічного комплексу країн.

Список використаних джерел

1. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf (Date of access: 02.03.2026).
2. Дмитрик К. Глобальні тренди у сфері охорони здоров'я: витрати, споживання ліків, щільність аптек. *Щотижневик «Аптека»*. 2025. № 47(1518). URL: <https://www.apteka.ua/article/735245> (дата звернення: 13.02.2026).
3. З 1 липня всі аптеки зобов'язані укласти з НСЗУ договір про реімбурсацію. URL: https://www.dls.gov.ua/for_subject/%D0%B7-1-%D0%BB%D0%B8%D0%BF%D0%BD%D1%8F-%D0%B2%D1%81%D1%96-%D0%B0%D0%BF%D1%82%D0%B5%D0%BA%D0%B8-%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D1%96-%D1%83%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81/ (дата звернення: 03.03.2026).
4. Звіт за результатами дослідження «Обсяг неформальних платежів на рівні спеціалізованих закладів охорони здоров'я за чотирма пріоритетними послугами програми медичних гарантій». URL: <https://moz.gov.ua/uk/zvit-za-rezultatami-doslidzhennja-neformalni-platezhi-chotyry-pakety> (дата звернення: 23.02.2026).
5. Co-payment policy: considerations for Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/341727> (Date of access: 02.03.2026).
6. Medicines policy. WHO. URL: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/medicines-selection-ip-and-affordability/medicines-policy> (Date of access: 12.03.2026).
7. Аптека як перша ланка медичної допомоги: еволюція ролі фармацевта в ЄС. *Щотижневик «Аптека»*. 2025. № 46(1517) URL: <https://www.apteka.ua/article/734315> (дата звернення: 13.03.2026).
8. Вандюк Л. Р., Панфілова Г. Л. Аналіз сучасної ролі фармацевтичних працівників в організації надання населенню ефективної фармацевтичної допомоги та послуги. *Формування Національної лікарської політики: питання освіти, теорії та практики* : матеріали VIII Всеукр. наук.-освіт. конф. з міжнар. участю, м. Харків, 27 листоп. 2025 р. Харків : НФаУ, 2025. С. 137–139.
9. Jones L., Hameiri S. COVID-19 and the failure of the neoliberal regulatory state. *Rev. Int. Polit. Econ.* 2022. Vol. 29(4). P. 1027–1052.
10. Програма медичних гарантій 2025: що змінилося, нові тарифи та вимоги до заключення договорів. URL: <https://blog.h24.ua/uk/programa-medychnyh-garantij-2022-pakety-poslug-ta-spetsyfikatsiyi/> (дата звернення: 03.03.2026).
11. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries / V. Haldane et al. *Nat. Med.* 2021. Vol. 27. P. 964–980.
12. Jatobá A., Rodrigues de Carvalho P. V. View of Resilience in public health: precepts, concepts, challenges and perspectives. *Saude Debate.* 2022. Vol. 46(8). P. 130–139.
13. Patel S. S., Erickson T. B. The new humanitarian crisis in Ukraine: coping with the public health impact of hybrid warfare, mass migration, and mental health trauma. *Disaster Med. Public Health Prep.* 2022. Vol. 16(6). P. 2231–2232.