

УДК 614.2: 364.14 (4): 616.98: 578.834

DOI <https://zenodo.org/records/19194375>

ЩОДО ПРОБЛЕМ НЕРІВНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ ПІСЛЯ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Бабієнко В.В.

Одеський національний медичний університет

E-mail: v_babienko@ukr.net

ON THE PROBLEMS OF HEALTH INEQUALITY IN EUROPE AFTER THE COVID-19 PANDEMIC

Babienko V. V.

Odessa National Medical University

E-mail: v_babienko@ukr.net

Authors' Information

Бабієнко В.В. <https://orcid.org/0000-0002-4597-9908>

Summary/Резюме

Introduction. COVID-19 has exposed and exacerbated health inequalities within and between Member States of the European Union. It has also raised the profile of EU health policy and highlighted the value of European cooperation in this area. A literature review has shown a lack of research on the potential of post-pandemic EU health policy. *Objective.* To identify the problems of health inequalities in Europe after the COVID-19 pandemic. *Materials and methods.* Bibliometric, analytical. *Results.* It is shown that health inequalities in the European Union (EU) exist both within and between Member States. The COVID-19 pandemic and the increased focus on the EU's role in health that followed have provided an opportunity to address this issue and to put health inequalities high on the EU agenda. The effectiveness of these policies in addressing health inequalities has been examined. This included establishing a framework for understanding health inequalities and their determinants, characterising the mechanisms influencing these determinants, describing the changes following COVID-19, including the EU4Health programme, the European Health Union initiative, the rethinking of health requirements under EU law and information on the Next Generation EU (NGEU) recovery package. These activities have identified opportunities and potential ways in which the EU could better address health inequalities. It has been found that uncertainties and challenges remain. This concerns long-term structural reforms at the national level, taking into account a range of key priorities, increasing the ability of governments to regulate health care, equity and access to health care. The need for a holistic approach to state-economic development is justified as the basis for combating health inequalities.

Keywords: EU, Health, COVID-19, Inequalities, Integration, Social determinants of health.

Вступ. COVID-19 викрив та загострив нерівність у сфері охорони здоров'я в державах-членах Європейського Союзу та між ними. Він також підвищив престиж політики ЄС у сфері охорони здоров'я та підкреслив цінність європейської співпраці в цій галузі. Аналіз літератури показав брак досліджень потенціалу постпандемічної політики ЄС у сфері охорони здоров'я. *Мета.* Визначення проблем нерівності у сфері охорони здоров'я в Європі після пандемії COVID-19. *Матеріали та методи.* Бібліомет-

ричні, аналітичні. Результати. Показано, що нерівність у сфері охорони здоров'я в Європейському Союзі (ЄС) існує як в державах-членах, так і між ними. Пандемія COVID-19 та підвищена увага до ролі ЄС у сфері охорони здоров'я, що виникла після неї, надали можливість вирішити цю проблему та підняти питання нерівності у сфері охорони здоров'я на чільне місце в порядку денному ЄС. Досліджено ефективність цієї політики для подолання нерівності у сфері охорони здоров'я. Це включало формулювання основи для розуміння нерівності у сфері охорони здоров'я та її детермінант, характеристику механізмів впливу на ці детермінанти, опис змін після COVID-19, включаючи програму EU4Health, ініціативу Європейського союзу охорони здоров'я, переосмислення вимог щодо охорони здоров'я згідно з законодавством ЄС та інформацію щодо пакету відновлення Next Generation EU (NGEU). В рамках цих заходів визначено можливості та потенційні шляхи, за допомогою яких ЄС міг би краще боротися з нерівністю у сфері охорони здоров'я. Констатовано, що невизначеності та виклики залишаються. Це стосується довгострокових структурних реформ на національному рівні із врахуванням спектру основних пріоритетів, підвищення здатності урядів регулювати охорону здоров'я, рівність та доступ до медичної допомоги. Обгрунтовано необхідність цілісного підходу до державно-економічного розвитку як основи боротьби з нерівністю у сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: *Європейський Союз, здоров'я, COVID-19, нерівність, інтеграція, соціальні детермінанти здоров'я.*

COVID-19 викрив та загострив нерівність у сфері охорони здоров'я в державах-членах Європейського Союзу та між ними. Він також підвищив престиж політики ЄС у сфері охорони здоров'я та підкреслив цінність європейської співпраці в цій галузі. Це призвело до низки ініціатив, спрямованих на зміцнення та розширення ролі ЄС у сфері охорони здоров'я, надало можливість усунути дисбаланси в інституційній та правовій структурі ЄС, які заважають йому ефективніше вирішувати проблеми нерівності у сфері охорони здоров'я. У статті [1] досліджується потенціал постпандемічної політики ЄС у сфері охорони здоров'я для кращої підтримки скорочення нерівності на основі змін в елементах політики ЄС щодо громадського здоров'я, внутрішнього ринку та фіскального управління.

Мета: Визначення проблем нерівності у сфері охорони здоров'я в Європі після пандемії COVID-19.

Матеріали та методи

Бібліометричні, аналітичні.

Результати досліджень та їх обговорення.

За даними Європейської комісії, нерівність у сфері охорони здоров'я в

Європейському Союзі (ЄС) існує як в державах-членах, так і між ними. В окремих державах-членах розрив у тривалості життя між людьми з найвищим та найнижчим рівнем освіти становить у середньому сім років для чоловіків та три роки для жінок. Люди похилого віку повідомляють про найбільшу частку незадоволених медичних потреб у Хорватії та Греції. Незадоволені потреби частіше зустрічаються у молодих людей у Данії. Проблеми із забезпеченням доступу до системи охорони здоров'я для сільських та периферійних громад повідомляють понад половина країн. Між державами-членами нерівність у сфері охорони здоров'я є однаково різною. Смертність, якій можна запобігти, в Угорщині, Латвії та Литві більш ніж удвічі перевищує середній показник по ЄС. В Болгарії та на Кіпрі значна група населення все ще виключена з загального медичного страхування. Частка загальних витрат на охорону здоров'я, що виділяється на профілактичну медичну допомогу — вирішальний компонент дій щодо подолання нерівності у сфері охорони здоров'я — варіюється від понад чотирьох відсотків в Італії до одного відсотка в Словаччині.

Визначити зв'язки між цими (попе-

редньо існуючими та довгостроковими) проблемами та нерівностями у прояві COVID-19 є складним завданням. Широкий огляд національного досвіду боротьби з COVID-19 виявляє деякі нелогічні та випадкові результати. Держави-члени, які вважаються слабкими з точки зору готовності до пандемії, несподівано добре проявили себе в перші місяці кризи — Угорщина, Чехія та Болгарія є гарними прикладами [2]. Інші країни з порівняно сильними системами охорони здоров'я стали жертвами нераціонального врахування часу під час ранніх спалахів, які передували появі значної частини наукових знань про хворобу, і тому постраждали гостріше. Це видно на прикладі Італії та Іспанії [3]. Тим не менш, із ширшої картини зрозуміло, що COVID-19 найбільше вплинув на тих, хто перебував в найгіршому становищі, відображаючи та посилюючи існуючу нерівність у сфері охорони здоров'я [4, 5].

Окрім зниження індивідуального добробуту та економічної продуктивності, нерівність у сфері охорони здоров'я підриває основні цінності ЄС, такі як рівність, недискримінація, солідарність та справедливість [6]. Однак можливості ЄС безпосередньо вирішувати таку нерівність обмежені. Це значною мірою пояснюється тим, що вони зумовлені довгостроковими відмінностями в доступі до соціальних детермінант здоров'я (СДЗ). До них належать система охорони здоров'я, але здебільшого вони знаходяться поза нею та стосуються освіти, доходу, житла, доступу до природного середовища та інших обставин, в яких жителі дорослішають, живуть, працюють та старіють [7]. Широкі ринкові та фіскальні повноваження ЄС формують значну частину ширшого середовища охорони здоров'я в межах держав-членів, однак повноваження ЄС у сфері СДЗ є вузькими, оскільки питання догляду за дітьми раннього віку, освіти, житла та зайнятості є відповідальністю національних урядів. Отже, значна частина дій ЄС, які впливають на нерівність у сфері охорони здоров'я, є або непрями-

ми, ненавмисними, або розробленими без чіткої мети охорони здоров'я.

Пандемія COVID-19 та підвищена увага до ролі ЄС у сфері охорони здоров'я, що виникла після неї, надають можливість вирішити цю проблему та підняти питання нерівності у сфері охорони здоров'я на чільне місце в порядку денному ЄС. Зміни відбуваються в деяких структурах управління, що має потенціал для підвищення здатності ЄС проактивно та послідовно вирішувати проблему нерівності у сфері охорони здоров'я. З початку 2020 року ЄС створив нову Програму охорони здоров'я з безпрецедентним бюджетом, запропонував переосмислення сфери охорони здоров'я та прийняв пакет заходів для відновлення, який має потенціал для підтримки довгострокових структурних реформ. Ці зміни перебувають на ранніх стадіях, але змінять — як прямо, так і опосередковано — національну політику охорони здоров'я та здоров'я європейців. У статті [1] досліджено ефективність цієї політики для подолання нерівності у сфері охорони здоров'я. Це включало формулювання основи для розуміння нерівності у сфері охорони здоров'я та її детермінант, характеристику механізмів впливу на ці детермінанти, опис змін після COVID-19, включаючи програму EU4Health, ініціативу Європейського союзу охорони здоров'я, переосмислення вимог щодо охорони здоров'я згідно з законодавством ЄС та інформацію щодо пакету відновлення Next Generation EU (NGEU). В рамках цих заходів визначено можливості та потенційні шляхи, за допомогою яких ЄС міг би краще боротися з нерівністю у сфері охорони здоров'я.

Нерівність у здоров'ї та політика ЄС в області охорони здоров'я

Здоров'я сприймається за соціальним градієнтом. Рівень смертності від усіх причин вищий у більш знедолених районах, ніж у менш знедолених, і ця закономірність повторилася для смертності внаслідок COVID-19 [5]. Для тих, хто знаходився на нижньому кінці цього градієн-

та, COVID-19 сприймався як синдемія — супутня, синергетична пандемія, яка взаємодіє з існуючими хронічними захворюваннями і соціальними умовами та загострює їх [4]. Особи з нижчого соціального градієнта частіше страждають від клінічних факторів ризику, пов'язаних з COVID-19, таких як діабет, хвороби серця, астма та ожиріння. Ці фактори ризику виникають через брак доступу до соціального забезпечення здоров'я (SDoH), тобто до належного рівня доходу, якісної освіти, якісного житла, зелених насаджень та медичних послуг. Більше того, прямий ризик, який створює, наприклад, проживання в густонаселеному житловому комплексі, непропорційно лягає на малозабезпечені групи. Загалом, тягар COVID-19 та його негативні наслідки посилюються взаємодією та накопиченням існуючої нерівності [4]. Що спричиняє цю нерівність і що може з цим зробити політика ЄС у сфері охорони здоров'я? Forster, Kentikelenis and Bambra [8] визначили три основні детермінанти нерівності у сфері охорони здоров'я в Європі: доступ до загальної охорони здоров'я (UHC), економічна політика, яка підтримує здорову працю, гарантії зайнятості та стабільність доходів, розширення доступу до SDoH та сприяння соціальній рівності. Хоча законодавство та політика ЄС впливають на кожну із цих детермінант, ступінь, до якої такий вплив є значним, передбачуваним та узгодженим, значно варіюється, як і ступінь, до якої кожен з них визнається частиною політики охорони здоров'я або навіть має до неї відношення.

Офіційний мандат ЄС у сфері охорони здоров'я — той, за допомогою якого він може прямо та безпосередньо діяти для покращення здоров'я — є обмеженим. Держави-члени успішно використовували договори для обмеження дій ЄС у сфері охорони здоров'я, проводячи розмежування між громадським здоров'ям, з одного боку, та охороною здоров'я, з іншого. Стаття 168 Договору про функціонування Європейського Союзу (ДФЄС)

(Treaty on the Functioning of the European Union, TFEU) надає ЄС деякі виключні повноваження у сфері громадського здоров'я. До них належать мандат на регулювання безпеки фармацевтичних препаратів, медичних виробів, а також крові, тканин та органів. Натомість, його повноваження у сфері охорони здоров'я — що стосуються лікування окремих осіб та організації системи охорони здоров'я, а не здоров'я населення в цілому — прямо обмежені статтею 168 (7) ДФЄС. Такий ретельний захист національних прерогатив у сфері охорони здоров'я означає наступне. Хоча ЄС є єдиним регулятором безпеки лікарських засобів, він не має прямої ролі в рішеннях щодо того, як ліки закуповуються, розподіляються або розповсюджуються в рамках системи загальнодоступного медичного обслуговування (UHC). Тобто, ЄС заохочує та підтримує розвиток систем UHC, причому робить це переважно за допомогою механізмів м'якої політики, оскільки надання медичної допомоги є національною відповідальністю.

Хоча державам-членам було досить легко обмежити прямі повноваження ЄС у сфері охорони здоров'я, щодо непрямого впливу на здоров'я це виявилось майже неможливим. Більшість державних установ з охорони здоров'я знаходяться далеко за межами системи охорони здоров'я і, як наслідок, політика ЄС, яка має найбільший вплив на здоров'я, не підпадає під дію обмежень статті 168 ДФЄС [9]. До них належать ті, що спрямовані на покращення здоров'я шляхом регулювання навколишнього середовища, охорони здоров'я та безпеки праці та захисту прав споживачів, а також ті, що взагалі не прагнуть впливати на здоров'я, але роблять це опосередковано. Останні зустрічаються в сільському господарстві, торгівлі, конкуренції, внутрішньому ринку, недискримінації, зайнятості та багатьох інших сферах політики, де повноваження ЄС часто сильні. Хоча політика щодо навколишнього середовища, охорони здоров'я та безпеки праці та захисту прав споживачів

загалом визнається частиною політики ЄС у сфері охорони здоров'я та має чітку мету, пов'язану зі здоров'ям, остання такою не є. ЄС формально зобов'язаний враховувати вплив такої політики на здоров'я, але суб'єкти охорони здоров'я не беруть центральної участі в її розробці. Більше того, деякі з цих повноважень дозволяють ЄС безпосередньо оскаржувати національну політику в галузі охорони здоров'я. Мандат внутрішнього ринку передбачає, що у випадках, коли національна політика створює перешкоду для вільного руху товарів або послуг, вона може бути скасована Судом ЄС, що може мати шкідливий вплив на здоров'я.

Сфера, яка далека від громадського здоров'я, але — можливо, несподівано — все частіше розуміється як «частина» політики охорони здоров'я, — це розширена система економічного та фінансового управління ЄС. ЄС прийняв складну структуру для нагляду за бюджетами, витратами та економічною політикою держав-членів після економічної кризи, яка охопила континент наприкінці 2000-х років. Оскільки охорона здоров'я є великою та дорогою статтею національних бюджетів, вона логічно включена до цієї системи, яка реалізується через цикл координації політики, відомий як Європейський семестр. В результаті ЄС має безпрецедентний вплив на національні витрати на охорону здоров'я та інші сектори/послуги, що стосуються нерівності в охороні здоров'я [10]. Ранні цикли Європейського семестру розглядали охорону здоров'я як витрату в рамках широкої програми жорсткої економії, але подальший досвід показує, що це формулювання було підірвано, головним чином через інтереси охорони здоров'я [9]. Хоча його рекомендації залишаються необов'язковими для більшості держав-членів, а врахування здоров'я залишається другорядним, Європейський семестр зараз є одним з найважливіших важелів політики охорони здоров'я, якими володіє ЄС.

Загалом, формальні повноваження в галузі охорони здоров'я не багато гово-

рять про те, як насправді розвивалася політика охорони здоров'я або як ЄС впливає на нерівність у охороні здоров'я [11]. На думку Greer [12], корисніше розуміти політику ЄС у сфері охорони здоров'я як таку, що має три обличчя: одне складається з прямої та чіткої політики громадського здоров'я, друге базується на компетенціях ЄС щодо формування ринку та регулювання, а третє ґрунтується на системі фінансового управління. Ці три аспекти надають ЄС цілий спектр прямого та непрямого впливу на соціальне забезпечення здоров'я (SDoH), а отже, і на нерівність у сфері охорони здоров'я всередині держав-членів та між ними.

Реагування на COVID-19: зміни в політиці ЄС у сфері охорони здоров'я

Показники діяльності ЄС у перші тижні та місяці кризи були очікуваними. Початковий період паніки та невизначеності спонукав уряди замикатися в собі, закривати кордони, контролювати постачання та уникати координації (не кажучи вже про солідарність) з партнерами ЄС. Це швидко вщухло, оскільки стала зрозумілою необхідність колективних дій, що дозволило ЄС відігравати більшу роль [13]. У деяких випадках це виявило значні слабкі місця у можливостях ЄС. Наприклад, системи цивільного захисту та надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я пропонували стільки, скільки дозволяли їхні мандати та ресурси, але цього виявилось недостатньо в умовах кризи масштабів COVID-19. Спільного медичного запасу не існувало, Європейський центр профілактики та контролю захворювань (ECDC) боровся з обмеженим мандатом, який виключає його участь в управлінні ризиками, а механізм спільних закупівель ліків не приніс своєчасних результатів [14, 15]. Натомість, в інших сферах додана цінність колективних дій була чітко очевидною. ЄС залучив значні кошти як у короткостроковій перспективі — через такі ініціативи, як Європейський інструмент тимчасової підтримки для пом'якшення ризиків безробіття в надзви-

чайних ситуаціях (SURE), так і в довгостроковій перспективі — через план відновлення NGEU. У наступні місяці успішні заходи поступово інституціоналізувалися, тоді як невдачі спонукали до нових ініціатив щодо зміцнення компетенції ЄС у сфері охорони здоров'я. Результатом є помітне збільшення інтеграції охорони здоров'я [16]. Далі використовується структура трьох облич для представлення змін у політиці ЄС у сфері охорони здоров'я, що відбулися після COVID-19, та їхніх потенційних наслідків для нерівності у сфері охорони здоров'я.

Зміни в першому обличчі політики охорони здоров'я: Програма EU4Health та Європейський союз охорони здоров'я

Перше обличчя політики ЄС у сфері охорони здоров'я традиційно ґрунтується на Програмі охорони здоров'я, яка була вперше створена у 2003 році. Вона мала втратити своє цільове фінансування та натомість бути поглинена ширшим Європейським соціальним фондом у рамках нового бюджету ЄС на 2021 рік. Однак пандемія висвітлила як необхідність скоординованих дій, так і ризики, пов'язані з нерівністю між системами охорони здоров'я. У травні 2020 року Комісія скасувала своє рішення про розпуск Програми охорони здоров'я, прийняте до пандемії COVID, і, представляючи свої переглянуті багаторічні фінансові рамки на період 2021-2027 років, включила до них нову програму під назвою EU4Health. Найголовніше, що бюджет EU4Health становить 5,3 мільярда євро, що більш ніж у 10 разів більше, ніж у попередньої програми. Значна частина роботи EU4Health зосереджена на реагуванні на кризи та інфекційних захворюваннях. Однак, регламент передбачає, що щонайменше 20 відсотків коштів має бути зарезервовано для заходів з пропаганди здоров'я та профілактики захворювань [17], а робоча програма передбачає дії щодо зміцнення систем охорони здоров'я, покращення доступу до медичної допомоги та зміцнення інфраструктури даних для підтримки кращої політики [18].

EU4Health робить внесок у ширшу ініціативу Європейського союзу охорони здоров'я (EHU), який було оголошено президентом Комісії Урсулою фон дер Ляєн у її зверненні до Європейського Союзу у вересні 2020 року. Повний обсяг його цілей поки що незрозумілий, але початковий пакет законодавчих пропозицій спрямований на збільшення ролі ЄС у сфері охорони здоров'я. Вони посилюють мандат ECDC, розширюють повноваження Європейського агентства з лікарських засобів (EMA) та реформують систему безпеки охорони здоров'я ЄС. EHU також пов'язаний з переглядом механізму цивільного захисту ЄС та підтримується новою Фармацевтичною стратегією ЄС, Стратегією вакцинації та Програмою EU4Health. Його було доповнено новим Органом (HERA), призначеним для запобігання, виявлення та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я [19]. Таким чином, EU4Health та EHU знаменують собою значний, інтегративний крок вперед у політиці ЄС у сфері охорони здоров'я.

В постковідний період формальні повноваження ЄС у сфері охорони здоров'я залишаються незмінними, але його компетенції розширюються шляхом прийняття вторинного законодавства, наприклад, шляхом посилення мандатів Європейського центру з контролю та профілактики захворювань (ECDC) та Європейського агентства з лікарських засобів (EMA). Крім того, обсяг та амбітність його роботи в галузі охорони здоров'я значно зросли, а нерівність у сфері охорони здоров'я визначена ключовою темою нових ініціатив. Регламент EU4Health зобов'язує ЄС скорочувати нерівність у сфері охорони здоров'я як загальну та конкретну мету програми. Фармацевтична стратегія спрямована на доступ до ліків, а посилена здатність ECDC збирати дані може допомогти підтримати краще картування нерівності по всій Європі. Успішне використання цих інструментів для подолання нерівності вимагатиме поєднання з інши-

ми рамками (Європейський семестр) та політичної волі діяти відповідно до зобов'язання ЄС щодо профілактичної, а не лікувальної моделі охорони здоров'я [20]. Крім того, імплементація ЕНУ для нерівності у сфері охорони здоров'я залишається суперечливою. Наразі, це переважно сформульовано як Європейський союз безпеки охорони здоров'я. Подальші «будівельні блоки», зокрема спрямовані на заходи з пропаганди здоров'я та профілактики захворювань, повинні виглядати зовсім інакше, ніж ті, що були прийняті до сьогодні, щоб створити більш цілісний союз громадської охорони здоров'я.

Зміни у другому обличчі політики охорони здоров'я: переосмислення громадської охорони здоров'я

Друге обличчя політики ЄС у сфері охорони здоров'я знаходиться там, де здоров'я зустрічається з ринком; воно стосується вільного переміщення товарів медичного призначення (таких як фармацевтичні препарати, лабораторне обладнання, засоби індивідуального захисту), медичних послуг та медичних працівників. Цей вільний рух зазнав негайного тиску під час кризи COVID-19 і рання реакція ЄС була зосереджена на оскарженні національних рішень щодо закриття кордонів, обмеження експорту та накопичення критично важливих товарів. Деякі з них були скасовані швидше за інші, але досить скоро ЄС працював, серед інших питань, над спільною політикою щодо обмежень на поїздки, додатків для відстеження контактів та вільного переміщення критично важливих товарів через зелені смуги. Одночасно було прийнято нову Фармацевтичну стратегію для усунення слабких місць на фармацевтичному ринку та в ланцюжку поставок, а також Стратегію вакцинації для збільшення потужностей з виробництва вакцин проти COVID-19. Вона запровадила тимчасове послаблення положень щодо державної допомоги та антимонопольного законодавства, які забезпечують «рівні умови» на внутрішньому ринку, щоб дозволити урядам підтри-

мувати національні підприємства, роботодавців та сектори [21]. Вона також відклала набрання чинності новим регламентом щодо медичних виробів, надаючи виробникам пристроїв простір для зосередження на виробництві вкрай необхідного обладнання та методів лікування [9].

Повноваження ЄС як регулятора ринку є виключними та всеохоплюючими. В рамках своїх зусиль щодо відновлення внутрішнього ринку Комісія опублікувала Повідомлення, в якому непомітно заклала основу для потенційного зсуву у значенні громадського здоров'я в законодавстві ЄС. З моменту створення внутрішнього ринку держави-члени користувалися відступом від принципу вільного пересування, пов'язаним із охороною здоров'я. Тепер втілений у статті 36 ДФЄС, цей відступ передбачає, що бар'єр для вільного руху — наприклад, заборона на імпорту або експорт певного товару — може бути дозволений відповідно до законодавства ЄС, якщо це може бути доведено необхідним для захисту громадського здоров'я. Історично це положення тлумачилося як таке, що стосується національного громадського здоров'я; тобто державі-члену потрібно лише продемонструвати, що захід є необхідним та пропорційним для захисту здоров'я власного населення. Однак у Повідомленні від березня 2020 року, яке відповіло на зростання кількості національних обмежень на експорт основних медичних товарів для боротьби з COVID-19, Комісія переосмислила виняток для громадського здоров'я. Визнаючи право держав-членів запроваджувати торговельні обмеження, коли це необхідно для захисту громадського здоров'я, у Повідомленні пропонується, що законність прийнятих обмежень оцінюватиметься відповідно до їхнього впливу на «мету захисту здоров'я людей, які проживають у Європі» [22]. Такий підхід зміщує розуміння пропорційності, вимагаючи обґрунтування з урахуванням здоров'я населення ЄС в цілому, а не лише населення відповідної країни. Більш фундаментально, «...це пере-

вертає внутрішній ринок з ніг на голову, припускаючи, що здоров'я є метою, а ринок існує як інструмент для забезпечення здоров'я, а не традиційне, зворотне розуміння здоров'я як допоміжного до ринку елемента» [23].

Комісія використала це рішення, щоб визнати заборони на експорт медичних товарів, необхідних для боротьби з COVID-19, непропорційними, і успішно переконала в цьому національних лідерів, усунувши бар'єри, які могли б значно посилити нерівність у національних реакціях на пандемію. Що ще важливіше, боротьба з нерівністю в охороні здоров'я вимагає твердої солідарності, тому Комісія розглядає громадське здоров'я як колективне європейське питання, а не як виключну національну турботу окремої держави [14].

Зміни в третьому обличчі політики охорони здоров'я: План відновлення ЄС наступного покоління

Можливо, найважливішими змінами в політиці ЄС, що відбулися у відповідь на COVID-19, є ті, що впливають на фінансове управління, а отже, на третьому обличчі політики ЄС у сфері охорони здоров'я. Ключовим стовпом реагування ЄС була мобілізація коштів; по-перше, щоб допомогти урядам у їхніх короткострокових реагуваннях шляхом перерозподілу існуючих та невикористаних коштів та призупинення встановлених ЄС обмежень на національні витрати, а по-друге, щоб підтримати довгострокове відновлення. Короткострокові зусилля підтримали ініціативу SURE, спрямовану на збереження зайнятості, та розширення Європейського фонду солідарності для покриття надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. Однак, набагато суттєвішою відповіддю стало прийняття переглянутого багаторічного фінансового плану та пакету заходів з відновлення NGEU.

NGEU надає 750 мільярдів євро додаткового фінансування для підтримки відновлення після пандемії та пом'якшен-

ня її економічного впливу. Його найбільшим компонентом є Фонд відновлення та стійкості (RRF) для підтримки реформ та інвестицій у державах-членах. З 672,5 мільярдів євро, доступних національним урядам у рамках RRF, 360 мільярдів євро будуть видані у вигляді позик, а 312,5 мільярда євро будуть видані у вигляді грантів. Решта 83,1 мільярда євро пакету NGEU складаються з різних «доповнюючих» фондів, призначених для доповнення конкретних програм та пріоритетів ЄС, таких як розвиток сільських районів, перехідні періоди в рамках Європейської зеленої угоди та цивільний захист. REACT-EU (Допомога у відновленні для згуртованості та територій Європи), наприклад, доповнює асигнування на згуртованість у рамках багаторічного фінансового фонду та робить пакет структурних фондів найбільшим грантовим інструментом однієї політики в бюджеті ЄС.

Ці зміни мають кілька важливих наслідків для нерівності в охороні здоров'я в Європі. По-перше, було надзвичайно важливо, щоб помилки, допущені після економічної кризи кінця 2000-х років, не повторювалися протягом розробки фінансової відповіді ЄС на пандемію. Замість того, щоб розглядати підтримку ЄС як залежну від реалізації програми жорсткої економії на національному рівні, було створено RRF для надання позик та грантів з мінімальними умовами. Хоча цей фонд не взаємно розподіляє борг держав-членів, він робить безпрецедентний крок, випускаючи спільний європейський борг та надаючи Комісії центральну роль у його розподілі. Таким чином, це з більшою ймовірністю дозволить уникнути шкоди, завданої скороченням державних послуг та витрат на охорону здоров'я на початку 2010-х років [24, 25], і натомість втілює почуття солідарності, якого бракувало під час останньої кризи. Другим важливим елементом змін у фінансовій політиці є збільшення бюджетних асигнувань на Європейські структурні та інвестиційні фонди (ESIF). ESIF є єдиним прямим інструментом фінансової політики, який

має ЄС, і, хоча кошти не є цільовими, в останні роки посилюється акцент на його використанні для підтримки інвестицій у системи охорони здоров'я та подолання нерівності [9]. Фінансування ESIF на період 2021-2027 років загалом становить трохи більше 350 мільярдів євро, причому лише частина цієї суми витрачається на проекти у сфері охорони здоров'я. Це невеликий показник порівняно з цілями, яких вона прагне досягти — підтримати економічний розвиток та зменшити нерівність між регіонами, — але будь-яке збільшення, поєднане з більш цілеспрямованим використанням для покращення здоров'я, слід розглядати як позитивний розвиток.

Третій, і останній, наслідок нової структури фіскальної політики стосується її потенціалу стимулювати довгострокові структурні реформи, що сприяють зменшенню нерівності в охороні здоров'я. RRF має подвійну мету. Він прагне пом'якшити вплив пандемії, але зробити це таким чином, щоб прискорити перехід до зеленої та цифрової економіки. З цією метою Комісія з самого початку прагнула спрямовувати та керувати використанням коштів. Вона визначила сім флагманських напрямків для інвестицій: чисті технології та відновлювані джерела енергії, енергоефективність, сталий транспорт, широко-смугові послуги, цифровізація державного управління, хмарні технології даних та потужності сталого оброблення, а також освіта та навчання цифровим навичкам. Окрім задоволення цих пріоритетів, національні плани (що окреслюють, як країна витрачатиме свою частину коштів) повинні демонструвати, що щонайменше 37 % запланованих витрат спрямовано на кліматичні інвестиції та реформи, а не менше 20 % — на сприяння цифровому переходу. Нарешті, запропоновані плани витрат повинні враховувати чотири виміри — екологічну стійкість, продуктивність, справедливість та макроекономічну стабільність — викладені в Щорічному огляді сталого зростання за 2021 рік. По суті, RRF прагне об'єднати пріоритети ЄС

в рамках однієї програми структурних реформ. Повний аналіз того, чи сприяють ці пріоритети та дії, вжиті для їх досягнення, зменшенню нерівності в охороні здоров'я, виходить за рамки цієї роботи [1]. Однак RRF пропонує безпрецедентний ресурс, спрямований не лише на економічне зростання та продуктивність, але й на сталий розвиток, стійкість та інклюзію.

Політика ЄС у галузі охорони здоров'я в постковідну епоху: можливість вирішити нерівність в охороні здоров'я?

Конституційна асиметрія ЄС — дисбаланс у повноваженнях, наданих Союзу, який сприяє економічній та ринковій інтеграції, а не діям для вирішення соціальних проблем — є більш помітною та більше гальмує боротьбу з нерівністю в охороні здоров'я, ніж будь-який інший елемент політики ЄС у сфері охорони здоров'я [26]. Департаменти охорони здоров'я є численними, різномірними та часто виходять за межі фрагментованого мандату ЄС у сфері охорони здоров'я. Існує два шляхи виходу з цього глухого кута: один — це фундаментальна зміна договору; інший — це розширення політичного простору, доступного для подолання нерівності, згідно з чинними договорами, та супутня політична воля використовувати його. Зміна договорів видається малоімовірною в найближчому майбутньому, і деякі стверджують, що вона зайва, враховуючи потенційне застосування компетенцій у сфері охорони здоров'я, якими ЄС вже володіє [27, 28]. Однак зміни в політиці ЄС у сфері охорони здоров'я, що відбуваються після COVID-19, все ж можуть призвести до розширення політичного простору. В рамках «ядра» політики ЄС у сфері охорони здоров'я існуючі компетенції зміцнюються, а сфера охоплення та сфера дії політики ЄС у сфері охорони здоров'я розширюються за підтримки значно збільшеного бюджету охорони здоров'я. Відмова від вільного пересування, переосмислена для розуміння громадського здоров'я як європейської, а не національної проблеми, зміцнила б основу солідарності, необхідної для подолан-

ня нерівності у сфері охорони здоров'я, а також збалансувала б відносини між ринковими цілями та громадським здоров'ям. Механізм відновлення (RRF) знаменує собою безпрецедентний крок до більш солідарної фінансової політики, а пріоритети NGEU містять більше простору для інвестицій та реформ у сфері охорони здоров'я, ніж будь-який попередній інструмент ЄС. У всіх цих рамках доступ до охорони здоров'я, важливість профілактики захворювань та зміцнення здоров'я, а також боротьба з нерівністю у сфері охорони здоров'я чітко визначені як ключові теми. Більше того, окрім «власної політики охорони здоров'я», такі інструменти, як Фонд справедливого переходу, ініціатива «Цифрова Європа» та Європейські структурні та інвестиційні фонди (ESIF), надають можливості для вирішення проблеми державно-економічного розвитку та зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я.

Невизначеності та виклики залишаються. Незрозуміло, чи буде Європейський союз охорони здоров'я (EHU) розроблено як щось більше, ніж нова система охорони здоров'я, чи Європейський семестр виявиться достатньо ефективним, щоб стимулювати довгострокові структурні реформи на національному рівні, враховуючи спектр пріоритетів, за впровадження яких він зараз відповідає. Ще один дуже конкретний приклад сфери, де потрібно зробити набагато більше, це підвищення здатності урядів регулювати охорону здоров'я, рівність та доступ до медичної допомоги [29]. Справді цілісний підхід до державно-економічного розвитку ще далекий від реальності, але ландшафт політики охорони здоров'я після COVID пропонує нові можливості в боротьбі з нерівністю у сфері охорони здоров'я.

Фінансування та конфлікт інтересів

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів. Стаття фінансована власним коштом автора.

References

1. Brooks, E. (2022). European Union health policy after the pandemic: An opportunity to tackle health inequalities? *Journal of Contemporary European Research*, 18(1), 67–77. <https://doi.org/10.30950/jcer.v18i1.1267>
2. Loblova, O., Rone, J., & Borbath, E. (2021). COVID-19 in Central and Eastern Europe: Focus on Czechia, Hungary and Bulgaria. In S. L. Greer, E. J. King, A. Peralta-Santos, & E. M. da Fonseca (Eds.), *Coronavirus politics: The comparative politics and policy of COVID-19* (pp. 413–435). University of Michigan Press.
3. Peralta-Santos, A., Saboga-Nunes, L., & Magalhaes, P. C. (2021). A tale of two pandemics in three countries: Portugal, Spain and Italy. In S. L. Greer, E. J. King, A. Peralta-Santos, & E. M. da Fonseca (Eds.), *Coronavirus politics: The comparative politics and policy of COVID-19* (pp. 361–377). University of Michigan Press.
4. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74, 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
5. Marmot, M., & Allen, J. (2020). COVID-19: Exposing and amplifying inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74, 681–682. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214430>
6. EuroHealthNet. (2019). *Health inequalities in Europe*. URL: <https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/HealthEquity%20in%20the%20EU%20Factsheet%20October%202019%20A%204%20online%20version.pdf>
7. Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
8. Forster, T., Kentikelenis, A., & Bambra, C. (2020). *Health inequalities in Europe: Setting the stage for progressive policy action*. TASC. URL: <https://www.feps-europe.eu/resources/publications/629-health-inequalities-in-europe-setting-the-stage-for-progressive-policy-action.html>
9. Greer, S., Rozenblum, S., Fahy, N., Brooks, E., Jarman, H., de Ruijter, A., Palm, W., & Wismar, M. (2022). *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask* (3rd ed.). European Observatory on Health Systems and Policies.
10. Baeten, R., & Vanhercke, B. (2017). Inside the black box: The EU's economic surveillance of national health care systems. *Comparative European Politics*, 15(3), 478–497. <https://doi.org/10.1057/cep.2016.10>

11. de Ruijter, A. (2019). *EU health law & policy: The expansion of EU power in public health and health care*. Oxford University Press.
12. Greer, S. (2014). The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity. *Policy and Society*, 33(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2014.04.002>
13. Brooks, E., de Ruijter, A., & Greer, S. (2021). Covid-19 and European Union health policy: From crisis to collective action. In B. Vanhercke, S. Spasova, & B. Fronteddu (Eds.), *Social policy in the European Union: State of play 2020, facing the pandemic* (pp. 33–48). European Trade Union Institute.
14. de Ruijter, A., Beetsma, R., Burgoon, B., Nicoli, F., & Vandenbroucke, F. (2020). *EU solidarity and policy in fighting infectious diseases: State of play, obstacles, citizen preferences and ways forward* (Research Paper 2020–06). Amsterdam Centre for European Studies. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3570550>
15. Paccès, A. M., & Weimer, M. (2020). From diversity to coordination: A European approach to COVID-19. *European Journal of Risk Regulation*, 11(2), 283–296. <https://doi.org/10.1017/err.2020.36>
16. Brooks, E., & Geyer, R. (2020). The development of EU health policy and the COVID-19 pandemic: Trends and implications. *Journal of European Integration*, 42(8), 1057–1076. <https://doi.org/10.1080/07036337.2020.1853114>
17. European Union. (2021). Regulation (EU) 2021/522 establishing a Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') for the period 2021–2027. *Official Journal of the European Union*, L 107, 1–29.
18. European Commission. (2021a). *Annex to the Implementing Decision on the financing of the EU4Health Programme and the adoption of the work programme for 2021* (C(2021) 4793 final).
19. European Commission. (2021b). *Communication introducing HERA, the European Health Emergency Preparedness and Response Authority...* (COM(2021) 576 final).
20. EuroHealthNet. (2021). *Input at the EU4Health workshop "Potential solutions for a healthier European Union"*. URL: <https://eurohealthnet.eu/publication/input-eurohealthnet-eu4health-workshop-potential-solutions-healthier-european-union-24/>
21. Biondi, A., & Stefan, O. (2020). EU Health Union and state aid policy: With great (er) power comes great responsibility. *European Journal of Risk Regulation*, 11(4), 894–902. <https://doi.org/10.1017/err.2020.104>
22. European Commission. (2020). *Communication on a coordinated economic response to the COVID-19 outbreak* (COM(2020) 112 final).
23. Brooks, E., Rozenblum, S., Greer, S., & de Ruijter, A. (2022). COVID-19 and EU health policy. In M. Cini & N. Perez-Solorzano Borrigan (Eds.), *European Union politics* (7th ed., pp. 421–435). Oxford University Press.
24. Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323–1331. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
25. Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health Policy*, 113(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005>
26. Greer, S., Fahy, N., Rozenblum, S., Jarman, H., Palm, W., Elliot, H. A., & Wismar, M. (2019). *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask* (2nd ed.). European Observatory on Health Systems and Policies.
27. Guy, M. (2020). Towards a European Health Union: What role for Member States? *European Journal of Risk Regulation*, 11(4), 757–765. <https://doi.org/10.1017/err.2020.77>
28. Purnhagen, K., Flear, M., Herve, T., Herwig, A., & de Ruijter, A. (2020). More competences than you knew? The web of health competences for Union action in response to the COVID-19 outbreak. *European Journal of Risk Regulation*, 11(2), 297–306. <https://doi.org/10.1017/err.2020.35>
29. Koivusalo, M., Heinonen, N., & Tynkkynen, L. K. (2021). When actions do not match aspirations — Comparison of the European Union policy claims against what has been negotiated for health services, trade and investment. *Globalization and Health*, 17(98), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00739-8>

Вперше надійшла до редакції 28.10.2025 р.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування