

*integration of Ukraine requires the modernization of the educational sector, which in modern conditions is becoming a leading generator of socio-political and cultural changes. The process of changes in education and science in Ukraine involves the creation of a qualitatively new system of management of educational institutions. Ukraine's European choice necessitates the formation of an educational and scientific strategy for European integration. Carrying out structural reforms in the field of science of Ukraine will on this basis increase the level of participation of Ukrainian research institutes in the field of European research. Thus, Ukraine's European integration policy is primarily a tool for implementing internal reforms aimed at modernizing the country, creating democratic institutions and achieving a European standard of living.*

**Keywords:** *state policy, European integration, Ukraine, European Union, education, science, culture, Bologna process.*

<https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series22.2020.29.05>

УДК 614 (4-6ЄС)

**Буренко Наталія Василівна,**

*кандидат політичних наук, здобувач Інституту міжнародних відносин Київського національного університету імені Тараса Шевченка, ORCID 0000-0001-9641-5531*

## **ЕВОЛЮЦІЯ РОЛІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ**

### **У ФОРМУВАННІ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*У статті аналізується зміна парадигми політики в сфері охорони здоров'я Європейського Союзу, його ролі та функцій. Робиться спроба виділити основні етапи становлення здоров'язбережної політики Співтовариства. Метою статті є виявлення джерел і напрямів еволюції значення та ролі політики ЄС у сфері охорони здоров'я, пов'язаної з систематичними трансформаціями соціально-політичних і соціально-економічних умов в Співтоваристві. Узагальнюється, що ЄС здійснював у цій сфері зусилля щодо розвитку загального законодавства та посилював свою роль у захисті прав громадян країн-членів в частині, що стосуються стосується питань фінансування, запровадження єдиних стандартів надання медичних послуг та забезпечення доступності медицини. Автором робиться спроба виділити основні етапи розвитку європейської політики в галузі охорони здоров'я, а саме: по-перше, фінансово-адміністративний етап; по-друге, нормативної та політичної інтеграції; по-третє, реакційний етап. Відповідно до проаналізованої кризи охорони здоров'я, спричиненої COVID-19, робиться припущення щодо наступного етапу, пов'язаного із трансформацією європейської системи охорони здоров'я. Досліджуючи зміну ролі ЄС у формуванні політики охорони здоров'я, автор використовує в якості інструментів дослідження нормативний підхід. Інституційний метод дозволив визначити місце та роль інституцій ЄС щодо реалізації політики у сфері охорони здоров'я. Також використовуються методи аналізу та синтезу, індукції та дедукції для дослідження еволюції політики ЄС в галузі охорони здоров'я. Перспективами подальших досліджень сфери охорони здоров'я є аналіз умов, шляхів та перспектив подолання існуючої нині кризи охорони здоров'я та можливість використання такого досвіду в межах українських реалій.*

**Ключові слова:** *Європейський Союз, Європейське економічне співтовариство, політика в галузі охорони здоров'я, загальні політики.*

**Вступ.** Питання охорони здоров'я у просторі Європейського Союзу займає важливе місце як ключовий аспект суспільних відносин і складова політичного процесу, вагома сфера економіки. Водночас попри те, що політика збереження здоров'я нації дедалі ширше представлена у комунітарних документах та спільних політиках ЄС, чимала частина цієї сфери формально залишається за межами єдиного інтеграційного простору. З формальної точки зору, відповідна політика залишається прерогативою національних урядів. Офіційна ж

позиція ЄС полягає у повазі до прагнення держав зберігати власний суверенітет, в тому числі й в царині політики охорони здоров'я.

Еволюцію ролі ЄС у політиці охорони та збереження здоров'я громадян значною мірою визначають зміни у співвідношенні цих двох протилежних спрямувань: фактичного зростання ваги впливу європейських інститутів та формального збереження відданості принципу субсидіарності, який у цьому випадку захищає пріоритетність національної держави у визначенні головних складових політики охорони здоров'я. Саме співвідношення цих двох спрямувань: фактичного зростання інтеграційної складової ЄС й формального збереження принципу субсидіарності, який захищає пріоритет національної держави у цьому питанні, фактично визначають еволюцію ролі ЄС у сфері охорони здоров'я.

За твердженням В. Співака (2014), у сучасному світі спостерігається глобалізація проблем здоров'я, які при цьому надмірно політизуються (с. 380). Визначення етапів становлення системи охорони здоров'я в ЄС, зробить можливим охарактеризувати виклики, з якими стикається Співтовариство, особливо в умовах кризи, спричиненої пандемією та пошуком балансу між комунітарною політикою та політикою національних урядів.

**Метою статті** є виявлення джерел і напрямків еволюції значення та ролі політики ЄС у сфері охорони здоров'я, пов'язаної з систематичними трансформаціями соціально-політичних і соціально-економічних умов в Співтоваристві. Поставлені завдання: по-перше, виявлення найбільш значущих етапів становлення політики ЄС у сфері охорони здоров'я; по-друге, характеристика нинішнього етапу розвитку політики охорони здоров'я ЄС.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій** з цієї проблематики дозволяє говорити, що у науковій літературі проблемі еволюції ролі Євросоюзу в формуванні єдиних стратегічних напрямів політики охорони здоров'я громадян країн-членів Об'єднання та трансформації загальноєвропейської політики забезпечення здоров'я громадян ЄС приділено порівняно небагато уваги. Значно більша кількість досліджень присвячена становленню нормативного забезпечення співробітництва у царині охоронно-оздоровчої політики та становленню сталої судової практики Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ). Серед робіт, що присвячені цій тематиці, слід відзначити колективні монографії під редакцією Й.де Грондена (van de Gronden et al., 2011), а також дослідження Н. Аззопарді-Мускат, Д. Боргеса, Дж. Коста-Фонта, С. Гріра, М. Гуй, М. Метцке, В. Стауер, К. Шабановської та інших. Серед вітчизняних вчених, які здійснили вагомий внесок у вивчення питання щодо політики охорони здоров'я слід зазначити таких учених, як А. Вялкова, З. Гладун, В. Глуховський, В. Москаленко, Н. Нижник, Т. Семигіна, В. Сідель, В. Співак, М. Співак та інших.

Такі підходи потребують подальшого розвитку та містять низку **невирішених запитань**. Для з'ясування змін, що відбувалися в різних аспектах діяльності ЄС щодо сфери охорони здоров'я, необхідно ґрунтуватися на всебічному аналізі багатовимірної структури участі ЄС в розвитку співробітництва із забезпечення здоров'я громадян.

**Методи дослідження.** Для аналізу формування єдиної для ЄС політики в галузі охорони здоров'я важливо враховувати науковий підхід зі збалансування політичних інтересів, інституційний і нормативний підходи одночасно, які дозволили б проаналізувати загалом еволюцію підходів до розуміння політики охорони здоров'я в їх політичному та нормативно-правовому вимірах. Разом з тим, для дослідження проблеми зміни місця та ролі ЄС у сфері охорони здоров'я у європейському інтеграційному просторі, визначення причин та динаміки цих процесів зазвичай використовується один засадничий принцип чи підхід. Популярністю користується вже згаданий нормативний підхід, який передбачає визначення ступеня впливу Об'єднання на сферу охорони здоров'я та масштабів участі у певних процесах використання змін у формальному визначенні відповідної компетенції європейських інститутів у законодавстві Євросоюзу (Guy & Sauter, 2017). Методи аналізу та синтезу, принципи об'єктивності та історизму дозволяють охарактеризувати особливості становлення парадигми політики забезпечення громадського здоров'я у європейському інтеграційному просторі.

**Результати та дискусії.** Першим політичним кроком Об'єднання у царині охорони здоров'я видається за можливе вважати рішення Міністрів охорони здоров'я країн Європейського економічного співтовариства (ЄЕС), ухвалене у 1978 р., з огляду на необхідність дієвого реагування на тенденцію різкого зростання цін на медичні послуги (de Gooijer, 2007). У процесі формування ідеології соціальної держави, яка невдовзі стала засадничою для європейської інтеграції, у країн-учасниць виникло усвідомлення наявної суспільної загрози, пов'язаної з невпинним зростанням цін на медичне обслуговування для широких верств населення. Тоді ЄЕС стало не лише майданчиком для обговорення цього питання, але й інститутом співробітництва, який став рушійною силою, яка підштовхувала країни-учасниці до продовження діалогу з цього приводу.

Варто зазначити, що діяльність ЄЕС через втручання до політичного процесу набула екстериторіальних ознак, проте втілювати в життя рекомендації ЄЕС було завданням виключно національних урядів. Водночас аргументація, яка використовувалась під час обговорення, мала виразно соціальний підтекст. У 1982 р. Європейська Комісія, досліджуючи видатки на заходи із охорони здоров'я у країнах Об'єднання, виокремила непоодинокі випадки недостатнього рівня наданих медичних послуг і безпідставно завищену вартість таких послуг для пацієнтів. Проаналізувавши висновки проведеного дослідження, Єврокомісія звернулася до Європейської Ради із пропозиціями щодо підвищення рівня фінансової ефективності у сфері охорони здоров'я. Цей крок Єврокомісії фактично було спрямовано на обґрунтування у майбутньому доцільності формування та проведення єдиних заходів фінансового контролю на рівні Спільноти. Єврокомісія висунула ініціативу запровадження зусиллями комунітарних інститутів моніторингу за діями національних урядів і спеціалізованих установ, який спрямовуватиметься на виявлення недоліків і подальшого вироблення шляхів їх подолання. Окрім цього, Європейська Комісія пропонувала спільні дії Об'єднання у кількох аспектах: адміністрування сфери охорони здоров'я, зокрема, щодо оцінювання медичних практик і технологій, порівняння номенклатури медичних препаратів, які призначали в різних країнах при аналогічних випадках захворювань, щодо вартості лікування, визначення уніфікованих індикаторів рівня якості надання послуг у сфері охорони здоров'я, запровадження спільних заходів у формуванні медичних інформаційних систем і вироблення уніфікованих підходів до медичної освіти тощо.

Тому мотивом формування та реалізації спільної політики в сфері охорони здоров'я стали соціальні та фінансові питання забезпечення та організації процесу надання медичних послуг, що може бути виокремлено у перший етап розвитку здоров'язбережної політики ЄС – фінансово-адміністративний. Рекомендації Єврокомісії підштовхнули країни-учасниці Об'єднання до впровадження практик спільних дій щодо формування єдиних політичних підходів із питань захисту здоров'я громадян, а також із організації та фінансування досліджень проблем здоров'я, зокрема, медичних проблем.

Ці події сприяли появі практичних ініціатив щодо створення в межах Об'єднання уніфікованої системи обміну інформацією з проблем здоров'я громадян (European Parliament, Directorate General for Research, 1998). Робота Єврокомісії фактично визначила первісне коло проблемних питань політики охорони здоров'я, до яких включені такі питання: вартість медичних послуг, визначення стандартів здоров'я для громадян країн-учасниць ЄС, обмін інформацією. Проблематика поставила завдання щодо вироблення комунітарної політики в сфері охорони здоров'я, що започаткувало новий етап еволюції ролі ЄС в сфері – етап нормативної та політичної інтеграції, який потребує, на нашу думку, більш детальної уваги.

Зокрема Єдиний Європейський Акт (ЄСА) з 1986 р. частково змінює законодавчі засади залучення Євросоюзу до вирішення політичних проблем охорони здоров'я. Саме з цього часу ЄС вперше отримує можливість ухвалювати законодавчі акти, які регулювали певні аспекти охоронно-оздоровчої стратегії, а саме такі, що безпосередньо стосувалися створенню належних умов для надання високоякісних медичних послуг на внутрішньому ринку Об'єднання. Після ухвалення ЄСА розпочинається практика вільного

транскордонного поширення медичних послуг, а також пересування (обміну) медичного персоналу. Цей перехідний етап у становленні політичної ролі ЄС у сфері охорони здоров'я став кроком у напрямку укладання нових інтеграційних договорів, які докорінно змінили функції Євросоюзу в цій сфері.

Проте початком нового етапу становлення вирішальної ролі ЄС в галузі охорони здоров'я слід вважати ухвалення Маастріхтського договору, який прямо надає ЄС та його інститутам певні політичні функції у сфері охорони здоров'я. У статті 129 Договору вказується про те, що «Спільнота має сприяти забезпеченню високого рівня захисту здоров'я громадян за умов співробітництва країн-членів та, в разі потреби, підтримувати їхні дії» (Treaty on European Union, 1992).

Важливо зазначити, що Маастріхтський договір фактично створює в інтеграційному процесі дуалізм двох політик, а саме: політики забезпечення здоров'я (в найширшому сенсі цього поняття) громадян Євросоюзу та політики в сфері охорони здоров'я. Перша політика охоплює певні комплекси стандартів, що регламентуються ЄС (щодо харчових продуктів, побутової та промислової хімії, умов праці, сільського господарства та багатьох інших), контроль над ринками медикаментів, медичного обладнання тощо, сферу охорони навколишнього середовища та багато іншого – все, що безпосередньо або опосередковано впливає на здоров'я людини через забезпечення якості та сприятливих умов життя. Друга політика стосується системи медичного забезпечення, підходів до фінансування та надання медичних послуг і доступності до якісної медицини. По суті, ця політика охоплює дві важливі сфери: соціальне забезпечення в частині охорони здоров'я та власне медичну сферу.

Зміна парадигм інтеграційної політики щодо проблем здоров'я громадян відобразилася у практичних кроках інтеграційних інститутів одразу після ухвалення Маастріхтського договору. Вже у 1992 р. були розроблені рекомендації Європейської Ради щодо конвергенції цілей та політик соціального захисту, що мали безпосередній вплив на сферу охорони здоров'я. У якості окремих цілей країнам-учасникам Об'єднання було запропоновано створення високоякісної системи охорони здоров'я та забезпечення рівного доступу громадян до необхідної медичної допомоги (Council of the European Union, 1992).

Наступні ініціативи з боку Єврокомісії демонстрували готовність комунітарних інститутів до більш активної ролі у формуванні та реалізації заходів із охорони здоров'я у просторі ЄС, а саме в питаннях структурної оптимізації системи охорони здоров'я та фінансування медичної сфери з метою зменшення витрат, відмови від неефективних методів лікування та оцінювання ліків і медичного обладнання з точки зору співвідношення ціни/якості (Commission of the European Communities, 1995a).

Важливо зазначити, що в цей період було проведено низку масштабних досліджень та впроваджено декілька проектів з питань ефективності системи медичного забезпечення. Зокрема, у 1995 р. Єврокомісією було підготовлено проект єдиної системи моніторингу здоров'я у масштабах всього Об'єднання, який, серед іншого, мав на меті відстежувати співвідношення результатів лікування пацієнтів до витрат на лікарські препарати (Commission of the European Communities, 1995b). Також, у першій половині 90-х Євросоюз активно просував концепцію Єдиної системи соціального захисту, в межах якої ініціювалось об'єднання зусиль національних держав та органів ЄС. Євросоюз надавав увагу питанню включення до такої системи охорони здоров'я, навіть попри те, що ця сфера, на відміну від інших запропонованих компонентів, не належала безпосередньо до компетенції ЄС.

Фактично до середини 1990-х рр. послідовна політика Євросоюзу в питаннях вироблення єдиних соціальних стандартів і забезпечення здоров'я громадян створила підґрунтя для суттєвого перегляду ролі ЄС у сфері охорони здоров'я за двома принципово важливими напрямками. По-перше, відбувалося зближення політики забезпечення здоров'я ЄС зі сферами виключної компетенції держав, це відбувалося одночасно і в частині регулювання спільного ринку (ефективність медичних послуг, ринок фармацевтичної продукції, ринок медичного обладнання, свободи пересування тощо), і в царині захисту прав людини (забезпечення рівного доступу до медичних послуг та їх належної якості) та

впровадження нових соціальних стандартів. По-друге, розширення сфер компетенції ЄС та посилення наднаціонального характеру його інститутів позначилося у тому, що Євросоюз став перебирати на себе завдання стратегічного планування, зокрема, у сферах, пов'язаних із охороною здоров'я. Отже, ЄС дедалі частіше виступав як стратегічний лідер, що визначав водночас правила поведінки й пріоритети розвитку для держав-членів ЄС.

Подальше закріплення впливу ЄС на політику охорони здоров'я відбулося на тлі домовленостей за Амстердамським та Лісабонським договорами. Амстердамський договір 1997 р. формально закріпив значне посилення соціального виміру діяльності Євросоюзу, адже до нього було інкорпоровано Соціальну Хартію ЄС, що раніше залишалася за межами обов'язкових для всіх учасників документів. Де-факто політика ЄС з охорони здоров'я у тексті Договору була реалізована за рахунок розповсюдження її завдань на всі інші, вже наявні, спільні політики. У статті 129 Амстердамського договору ЄС визначає свій обов'язок захищати здоров'я громадян країн-учасниць і сприяти захисту їх інтересів: «високий рівень захисту здоров'я людей має бути забезпечений у визначенні та імплементації усіх політик та дій Спільноти» (Treaty of Amsterdam, 1997). Ці положення надають ЄС певний мандат на участь у розробці та реалізації політики охорони здоров'я на всьому інтеграційному просторі, навіть за умови подальшої поваги до компетенцій національних урядів (van de Gronden et al., 2011).

Лісабонський договір, виділивши окрему статтю питанню громадського здоров'я (Public Health), продовжив формування законодавчих підстав політики Євросоюзу зі забезпечення охорони здоров'я громадян, що надало Об'єднанню більше повноважень безпосередньо у сфері охорони здоров'я. Згідно з договором було наголошено, що політика охорони здоров'я залишається компетенцією національних урядів: «зокрема заохочувати співпрацю між Державами-членами задля покращення взаємодоповнюваності медичних послуг на транскордонних територіях» (Treaty of Lisbon, 2007).

У ХХІ ст. обсяги співробітництва у сфері охорони здоров'я помітно зросли як поміж окремих країн Об'єднання, так й у масштабах всього Євросоюзу. Оскільки транскордонний характер надання послуг і транскордонне співробітництво загалом є сферами компетенції Євросоюзу, такий розвиток ситуації уможливив більшу активність Об'єднання у нормативному вимірі. З метою забезпечення транскордонної співпраці у царині охорони здоров'я громадян ЄС різними органами Об'єднання була ухвалена низка нормативних актів Євросоюзу, які регламентують й окремі питання у сфері охорони здоров'я. Так у 2011 р. була ухвалена Директива ЄС про застосування прав пацієнтів в транскордонній охороні здоров'я (European Parliament Council, 2011), яка мала спрямування, зокрема, на захист інтересів громадян, що прагнуть отримувати медичні послуги в інших країнах-членах Об'єднання. За твердженням А. де Руйтер та Т. Хервей (2012), ЄС використовує регулювання транскордонних відносин, свободи пересування громадян, регламенти спільного ринку тощо (р. 132). У цих сферах Євросоюз набуває достатнього впливу на політику держав та отримує спроможність суттєвим чином впливати на суспільні настрої, формувати та спрямовувати очікування суспільства, зокрема щодо якості та доступності суспільно значущих послуг (до яких належать й медичні).

У першому десятилітті 2000-х рр. кілька обставин сприяли подальшому розширенню ролі Євросоюзу у формуванні та реалізації політики у сфері охорони здоров'я. Процес розширення ЄС у 2004 р. посилив його вплив на подальше формування політичних засад у сфері охорони здоров'я. Вступ цілої групи Східноєвропейських держав, бідних, порівняно зі своїми новими партнерами, загострив питання рівного доступу до якісних медичних послуг в межах Об'єднання. Більший відсоток захворювань і нижчий рівень прибутків населення виокремлював нових членів не на користь останніх порівняно із рештою країн-членів ЄС (McKee et al., 2004). Європейська Комісія була добре обізнана із охоронно-оздоровчою політикою нових країн-членів ЄС, оскільки, користуючись своїми повноваженнями із проведення досліджень в сфері охорони здоров'я, Європейська Комісія комплексно вивчала наявні медичні системи Східноєвропейських держав ще у 1990-і рр. (Commission of the

European Communities, 1995a). Надалі Єврокомісія використала розширення, щоб обґрунтувати посилення власної ролі в царині охорони здоров'я, загалом, та встановлення контролю над процесом ціноутворення в цій сфері, зокрема.

Найважливішими аспектами кроків з розширення ролі Об'єднання видаються: запровадження масштабного стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я у Євросоюзі, яке фактично перетворюється на важливу основу національних політик у цій сфері, та укріплення інституційної бази політики ЄС із забезпечення громадського здоров'я, яке відображається на збільшенні безпосереднього впливу Євросоюзу на імплементацію національних політик у сфері охорони здоров'я.

Важливим проявом такої централізації є посилення Генерального директорату Європейської комісії забезпечення здоров'я та безпеки продуктів (DG Sante). Цей інститут, сформований у теперішньому вигляді у 2014 р., посідає центральне місце в політичній архітектурі ЄС із питань забезпечення громадського здоров'я. Посилення впливу Генерального директорату Європейської комісії забезпечення здоров'я та безпеки продуктів (DG Sante) проводилося двома паралельними напрямками. Фактично Директорат є координатором політики забезпечення громадського здоров'я разом із профільним комісаром Єврокомісії. Інший напрям стосується розширення повноважень у сфері безпосередньої охорони здоров'я. Розширення сфери відповідальності Євросоюзу у царині охорони здоров'я відбулося також за рахунок заходів, спрямованих на запобігання та подолання масштабних транскордонних загроз здоров'ю громадян ЄС. Перш за все мова йде про епідемії та пандемії, які охоплюють територію кількох або усіх держав Євросоюзу. Європейський центр попередження та контролю над хворобами (який фактично є агенцією ЄС) також підпорядковано Директорату. Створений ще у 2004 р., Центр отримав значні повноваження з мобілізації ресурсів європейських держав для боротьби з масовими епідеміями та іншими транскордонними загрозами здоров'ю.

Нині, за твердженням М. Співак (2016), в країнах ЄС існують принаймні два підходи до побудови моделі державної політики здоров'язбереження. Перший підхід – це модель вироблення та прийняття рішень. Другий підхід – це модель дослідження змісту державної політики проблеми, варіанти їх розв'язання та оцінювання політики з тим, аби визначити, до яких дій слід вдатися органам влади, і чи дії влади є успішними чи ні (с. 224-225).

Водночас в умовах функціонування розгалуженої системи комунітарних інститутів щодо охорони здоров'я, а також поширення політики здоров'язбереження ЄС на усі держави-члени Співтовариства, виникають нові нагальні питання як політичного, так і організаційного характеру. Перше питання стосується спроб в галузі охорони здоров'я, пов'язані із регіоналізацією політики в галузі, що відбувається паралельно з процесом подальшої інтеграції сфери охорони здоров'я. На думку С. Гріра та М. Метцке (2015), в період після 2010 р. політика ЄС стала більш жорсткою у сфері економії, а також у праві втручатися в політику охорони здоров'я держав-членів (с. 254-255). Тому поруч із визнанням основоположних цінностей ЄС в галузі охорони здоров'я, таких як солідарність, доступ до медичних послуг належної якості, рівність тощо, виникають проблеми внутрішньодержавного рівня, пов'язані із централізованим розподіленням видатків, жорсткого слідування правилам ЄС, їх переважного значення над національною політикою в галузі охорони здоров'я. Тому на даному етапі відбувається процес децентралізації політики ЄС в здоров'язбережній сфері. Наприклад, Т. Семігіна (2016) зазначає, що відповідна децентралізація може здійснюватися трьома шляхами: політична, фінансова та адміністративна (с. 286). Проте в умовах реалізації соціальної політики ЄС та забезпечення його основоположних цінностей стають актуальними специфічні завдання та проблеми розвитку інститутів охорони здоров'я, які на думку С. Гріра (2014), визначаються в таких питаннях, як контроль за хворобами, робота з даними, політика щодо СНІДу, безпека харчових продуктів, фармацевтичні препарати, оцінка технологій охорони здоров'я (с. 17).

Проте, долаючи наслідки пандемії, політика ЄС щодо охорони здоров'я зіткнулася з новими викликами, пов'язаними з, по-перше, питанням глобального здоров'я,

транскордонного співробітництва на тлі кризи, спричиненої COVID-19 (Communication from the Commission, 2020), по-друге, з питаннями «демографічних змін, сталості систем охорони здоров'я, міграції та зміни клімату» (Azzopardi-Muscat & Czabanowska). Зіткнувшись з найбільшою кризою в сфері охорони здоров'я, С. Грір та А. де Ружтер зазначають (2020), що ЄС не має лінії щодо подолання надзвичайних ситуацій в здоров'язбережній галузі (с.623). Відповідь на ці виклики лише формує відповідну політику в європейському інтеграційному просторі. Тому нинішній етап еволюції ролі ЄС на здоров'язбережну політику можна вважати реакційним: на глобальні виклики сучасності, що є дотичними до проблем забезпечення соціальної політики ЄС, а також у царині подолання пандемії у напрямку забезпечення єдиних підходів до безпечної вакцинації проти COVID-19, координації стратегії щодо лікування та тестування за це захворювання. Ці проблеми відображаються у відповідних актах Європейської комісії та діяльності її органів, зокрема, Генерального директорату Європейської комісії забезпечення здоров'я та безпеки продуктів (DG Sante). Проте питання щодо подальшої політики ЄС в галузі охорони здоров'я досі залишається актуальним та таким, що формує нові алгоритми подолання глобальних криз та викликів.

**Висновки.** Еволюція ролі ЄС у формуванні та реалізації спільної політики у сфері охорони здоров'я відбувалася за кількома етапами та була викликана необхідністю формування єдиної для Співтовариства політики охорони здоров'я. Стимулом для відповідної політики та її інституціоналізації стала необхідність забезпечення комунітарної політики у сфері фінансової ефективності та контролю, включаючи проблеми ціноутворення та якості медичних послуг. Цей етап, який можна узагальнено назвати фінансово-адміністративним, став підґрунтям для процесу нормативної та політичної інтеграції інститутів охорони здоров'я ЄС, а також створення розгалуженої системи органів забезпечення єдиної політики охорони здоров'я. Проте нормативний вимір, пов'язаний із забезпеченням комунітарної політики здоров'язбереження в умовах кризи охорони здоров'я, спричиненої також наслідками пандемії, увів політику охорони здоров'я ЄС у новий етап – реакційний. Як наслідок, здоров'язбережна політика Співтовариства постала перед серйозним викликом: одночасного реагування на загрози, спричинені поширенням вірусних захворювань та забезпечення ефективного алгоритму дій ЄС щодо цього питання, аргументації зростання соціальної значущості втручання Євросоюзу у сферу охорони здоров'я та доведення своєї політичної ефективності в умовах кризи. Зважаючи на таку глобальну кризу охорони здоров'я можна говорити про реакційний етап еволюції охорони здоров'я Співтовариства, який може спричинити перегляд ролі та чинних норм політики ЄС у галузі охорони здоров'я, що призведе його до нового етапу еволюції: чи у більш слабкому, чи у більш ефективному стані, буде визначено після подолання викликів пандемії. За таких умов буде доцільно говорити трансформаційний етап ролі здоров'язбережної політики ЄС. Також вивчення відповідного досвіду виходу з криз через призму українських реалій залишається актуальним завданням подальшого політологічного аналізу.

#### ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА:

1. Семігіна, Т. (2016). Регіональна політика і політика охорони здоров'я: чи можлива синхронізація? *Регіональна політика. Збірник праць, Част.1*, 286–291.
2. Співак, В. (2014). Політика охорони здоров'я в системі складових забезпечення соціального добробуту населення. *Держава і права. Юридичні і політичні науки, Вип. 64*, 379–386.
3. Співак, М. (2016). *Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна*. Київ: Інститут держави і права ім. В. М. Корецького, Видавництво «Логос».
4. Azzopardi-Muscat, N. & Czabanowska, K. (2017). What is the future of public health policy within the European Union? *The European Journal of Public Health, Vol. 27(5)*. [https://www.researchgate.net/publication/319187971\\_What\\_is\\_the\\_future\\_of\\_Public\\_Health\\_Policy\\_within\\_the\\_European\\_Union](https://www.researchgate.net/publication/319187971_What_is_the_future_of_Public_Health_Policy_within_the_European_Union)

5. Commission of the European Communities. (1995, May, 29). *Report from the Commission to the Council, the European Parliament and the Economic and Social Committee on the Integration of Health Protection Requirements in Community Policies*, COM (95) 196 final, Brussels. <http://aei.pitt.edu/4791/1/4791.pdf>
6. Commission of the European Communities (1995, October, 31). *The Future of Social Protection: A Framework for a European Debate. Communication from the Commission*, COM (95) 466 final, Brussels. <http://aei.pitt.edu/5000/1/5000.pdf>
7. Commission of the European Communities. (2020, April, 3). *Communication from the Commission Guidelines on EU Emergency Assistance on Cross-Border Cooperation in Healthcare related to the COVID-19 crisis*. 2020/C 111 I/01. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOC\\_2020\\_111\\_I\\_0001](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOC_2020_111_I_0001)
8. Council of the European Union. (1992, July. 27). *Recommendation on the convergence of social protection objectives and policies*. Brussels. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/1992/442/oj>
9. de Gooijer, W. (2007). *Trends in EU Health Care Systems*. New York: Springer-Verlag.
10. de Ruijter, A. & Hervey, T. (2012). Healthcare and the Lisbon Agenda. In Copeland, P. & Papadimitriou, D. (Eds.) *Ten Years of the EU's Lisbon Agenda*. Palgrave: Macmillan.
11. European Parliament Council. (2011). Commission report on operation of *Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. [Report]. Brussels. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross\\_border\\_care/docs/2015\\_operation\\_report\\_dir201124eu\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_en.pdf)
12. European Parliament, Directorate General for Research. (1998). *Health Care Systems in the EU: A Comparative Study*. [Working Paper]. Public Health and Consumer Protection Series. [https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf)
13. Greer, L. & de Ruijter, A. (2020). EU health law and policy in and after the COVID-19 crisis. *European Journal of Public Health*. Vol. 30, Issue 4, 623–624. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa088>
14. Guy, M. & Sauter, W. (2017). The history and scope of EU health law and policy. In T. Hervey & L. E. Bishop (eds.). *Research Handbook on EU Health Law and Policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
15. van de Gronden, J.W., Szyszczak, E., Neergaard, U., Krajewski, M. (Eds.). (2011). *Health Care and EU Law*. The Hague: T.M.C. Asser Press
16. McKee, M., MacLhose, L. & Nolte, E. (Eds.). (2004). *Health Policy and European Union Enlargement*. Maidenhead: Open University Press.
17. Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts. (1997). [https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/ams/fna\\_1/sign](https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/ams/fna_1/sign)
18. Treaty of Lisbon amending the Treaty on European Union and the Treaty establishing the European Community signed at Lisbon, 13 December 2007. (2007). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12007L%2FTXT>
19. Treaty on European Union. 92/C 191/01. (1992). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=OJ:C:1992:191:FULL&from=NL>

## REFERENCES:

1. Semyhina, T. (2016). Rehionalna polityka i polityka okhorony zdorovia: chy mozhlyva synkhronizatsiia? [Regional and healthcare policy: is synchronization possible?]. *Rehionalna polityka. Zbirnyk prats, Chast.1*, 286–291. [in Ukrainian].
2. Spivak V. (2014). Polityka okhorony zdorovia v systemi skladovykh zabezpechennia sotsialnoho dobrobutu naselennia. [Healthcare policy in the system of components of social welfare]. *Derzhava i pravo. Yurydychni i politychni nauky*, Vyp. 64, 379–386. [in Ukrainian].
3. Spivak, M. (2016). *Derzhavna polityka zdoroviazberzhennia: svitovi dosvid i Ukraina*. [State health policy: the world experience and Ukraine]. Kyiv: Instytut derzhavy i prava im. V.M. Koretskoho, Vydavnytstvo «Lohos». [in Ukrainian].



4. Azzopardi-Muscat, N. & Czabanowska, K. (2017). What is the future of public health policy within the European Union? *The European Journal of Public Health*, Vol. 27(5). [https://www.researchgate.net/publication/319187971\\_What\\_is\\_the\\_future\\_of\\_Public\\_Health\\_Policy\\_within\\_the\\_European\\_Union](https://www.researchgate.net/publication/319187971_What_is_the_future_of_Public_Health_Policy_within_the_European_Union)
5. Commission of the European Communities. (1995, May, 29). *Report from the Commission to the Council, the European Parliament and the Economic and Social Committee on the Integration of Health Protection Requirements in Community Policies*, COM (95) 196 final, Brussels. <http://aei.pitt.edu/4791/1/4791.pdf>
6. Commission of the European Communities (1995, October, 31). *The Future of Social Protection: A Framework for a European Debate. Communication from the Commission*, COM (95) 466 final, Brussels. <http://aei.pitt.edu/5000/1/5000.pdf>
7. Commission of the European Communities. (2020, April, 3). *Communication from the Commission Guidelines on EU Emergency Assistance on Cross-Border Cooperation in Healthcare related to the COVID-19 crisis*. 2020/C 111 I/01. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOC\\_2020\\_111\\_I\\_0001](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOC_2020_111_I_0001)
8. Council of the European Union. (1992, July. 27). *Recommendation on the convergence of social protection objectives and policies*. Brussels. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/1992/442/oj>
9. de Gooijer, W. (2007). *Trends in EU Health Care Systems*. New York: Springer-Verlag.
10. de Ruijter, A. & Hervey, T. (2012). Healthcare and the Lisbon Agenda. In Copeland, P. & Papadimitriou, D. (Eds.) *Ten Years of the EU's Lisbon Agenda*. Palgrave: Macmillan.
11. European Parliament Council. (2011). Commission report on operation of *Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. [Report]. Brussels. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross\\_border\\_care/docs/2015\\_operation\\_report\\_dir201124eu\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_en.pdf)
12. European Parliament, Directorate General for Research. (1998). *Health Care Systems in the EU: A Comparative Study*. [Working Paper]. Public Health and Consumer Protection Series. [https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf)
13. Greer, L. & de Ruijter, A. (2020). EU health law and policy in and after the COVID-19 crisis. *European Journal of Public Health*, Vol. 30, Issue 4, 623–624. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa088>
14. Guy, M. & Sauter, W. (2017). The history and scope of EU health law and policy. In T. Hervey & L. E. Bishop (eds.). *Research Handbook on EU Health Law and Policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
15. van de Gronden, J.W., Szyszczak, E., Neergaard, U., Krajewski, M. (Eds.). (2011). *Health Care and EU Law*. The Hague: T.M.C. Asser Press
16. McKee, M., MacLehose, L. & Nolte, E. (Eds.). (2004). *Health Policy and European Union Enlargement*. Maidenhead: Open University Press.
17. Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts. (1997). [https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/ams/fna\\_1/sign](https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/ams/fna_1/sign)
18. Treaty of Lisbon amending the Treaty on European Union and the Treaty establishing the European Community signed at Lisbon, 13 December 2007. (2007). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12007L%2FTXT>
19. Treaty on European Union. 92/C 191/01. (1992). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=OJ:C:1992:191:FULL&from=NL>

**Nataliia Burenko,**

*PhD in political science, Applicant at Institute of*

*International Relations, Taras Shevchenko National University of Kyiv*

***Evolution of the Eu Role in Healthcare Policy-Making and Implementation***

*The article deals with the paradigm shift in health policy of the European Union, its role and functions. An attempt to reveal the main stages in the development of European Community is being*

made. The aim of the article is to identify the sources and directions for the evolution of the importance and role of the EU health policy, related to the systematic transformation of socio-political and socio-economic conditions in the European Community. It is summarized that the EU has made efforts to develop general legislation in this field and has strengthened its role in protecting the citizens' rights of Member states in terms of funding, the introduction of common standards for healthcare services and ensuring the accessibility to healthcare services. The author tries to highlight the main stages of the development of the EU's health policy. Firstly, the financial and administrative stage; secondly, the regulatory and political integration; thirdly, the reaction stage. According to analysed healthcare policy crisis caused by COVID-19, it was supposed to be the next stage related to the transformation of the European Union's healthcare policy. Examining the changing role of the EU health policy-making, the author uses a normative approach. The institutional method has made it possible to determine the place and role of the EU institutions in the implementation of healthcare policy. The methods of analysis and synthesis, induction and deduction are also used in this article to study the evolution of the EU policy. Prospects for further research in the field of healthcare policy can be an analysis of conditions, ways and prospects of overcoming the current healthcare crisis and the possibility of using such experience within the Ukrainian realities.

**Keywords:** European Union; European Economic Community; healthcare policy; common policies.

<https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series22.2020.29.06>

УДК 323.28:316.3:159.947

Лікарчук Дар'я Сергіївна,

кандидат політичних наук, доцент кафедри міжнародних відносин,

Київський національний університет культури і мистецтв

[dashauk8899@gmail.com](mailto:dashauk8899@gmail.com); ORCID: 0000-0003-1603-7601

## ТЕРОРИЗМ ЯК ІНСТРУМЕНТ КОНФЛІКТОЛОГІЧНОГО СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНОГО ЗІТКНЕННЯ

У статті обґрунтовується, що політичний тероризм тісно пов'язаний зі станом конфліктності суспільних відносин. Як наслідок наявних розбіжностей, які лежать в основі конфлікту, політичний тероризм справляє деструктивний вплив на його перебіг, провокуючи подальшу ескалацію. Тероризм трактується як свого роду інструмент конфліктного соціально-політичного зіткнення, що виникає на певній стадії розвитку суспільних суперечностей, коли вони своєчасно не знімаються, й одна зі сторін (або обидві одночасно), з огляду на дійсне або уявне утискування своїх інтересів і прав, намагається радикально вирішити конфлікт. Дослідження тероризму невід'ємне від вивчення екстремізму, що дозволяє зрозуміти їх взаємозв'язок. Знання сутності політичного тероризму, його залежності від геополітичних, соціально-політичних, економічних, психологічних умов, відкриє можливості для прогнозування його проявів. Це дозволить попереджати нові терористичні акти, здійснювати підготовку та проведення антитерористичних заходів. Підсумовується, що жодна зі сучасних теорій тероризму поки що не дає повної й всеосяжної відповіді на питання, що пов'язані з політичним тероризмом. Окреслені суперечливі підходи до розуміння проблеми, зокрема до критеріїв визначення відповідних суспільно-небезпечних акцій, які неоднозначно оцінюються в засобах масової інформації, громадськими і правозахисними організаціями. Дослідження політичного тероризму стає все більш актуальним в Європі. Сучасні терористичні організації намагаються глибше розвивати ідейно-теоретичні концепції своєї злочинної діяльності, тому треба прогнозувати й більше уваги надавати цим питанням. Політичний тероризм як складний політико-кримінологічний феномен вимагає пильної уваги з боку вчених різних напрямків.

**Ключові слова:** терористичні організації, політичний тероризм, конфлікт, ідеологія, демократія, Global Terrorism Index, екстремізм.