

ЗАКОНОДАВСТВО ЄС ПРО МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ ТА ТРАНСКОРДОННЕ МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ

EU LEGISLATION ON MEDICAL TOURISM AND CROSS-BORDER MEDICAL CARE

У сучасному світі, де кордони стають все більш прозорими, а доступ до інформації – необмеженим, люди все частіше обирають отримувати медичні послуги за межами своєї країни. Це явище, відоме як медичний туризм, стає все більш популярним і вимагає відповідного правового регулювання.

Мета статті полягає в аналізі законодавства ЄС про медичний туризм та транскордонне медичне обслуговування задля формування можливостей медичного туризму.

Рішення Суду ЄС з 1998 року стали каталізатором для прийняття Директиви 2011/24/ЄС. Вони підштовхнули інституції ЄС до розробки більш детальних правил для надання медичних послуг, розглядаючи їх як звичайні послуги на єдиному ринку. Встановлено, що Директива 2011/24/ЄС, ухвалена Європейським Парламентом і Радою, являє собою ключову подію в сфері транскордонного медичного обслуговування в Європейському Союзі.

В процесі дослідження було встановлено, що центральне місце в структурі займає Європейська картка медичного страхування (EHIC), яка надає громадянам доступ до необхідної медичної допомоги, якщо вони тимчасово проживають в іншій країні.

Хоча Директива покликана була покращити доступ пацієнтів до медичних послуг, на практиці виявилось, що вона не повністю вирішує цю проблему, і пацієнти все ще стикаються з багатьма перешкодами

Директива 2011/24/ЄС є важливою ініціативою, яка спрямована на сприяння розвитку медичного туризму і розширення доступу до транскордонних послуг охорони здоров'я в межах Європейського Союзу. Незважаючи на те, що вона забезпечує законодавчу базу для захисту прав пацієнтів і забезпечення високоякісної медичної допомоги, її впровадження створює як можливості, так і виклики для галузі медичного туризму.

В процесі аналізу законодавства ЄС було встановлено, що завдяки Директиві 2011/24/ЄС медичні заклади та пацієнти отримують потужний інструмент для покращення якості медичних послуг, розширення прав пацієнтів та забезпечення рівного доступу до медичної допомоги.

Ключові слова: медичний туризм, транскордонне медичне обслуговування, охорона

здоров'я, Європейський союз, Директива, законодавче забезпечення.

In today's world, where borders are becoming more and more transparent and access to information is unlimited, people are increasingly choosing to receive medical services outside their own country. This phenomenon, known as medical tourism, is becoming increasingly popular and requires appropriate legal regulation. The purpose of the article is to analyze the EU legislation on medical tourism and cross-border medical care for the formation of opportunities for medical tourism.

Decisions of the European Court of Justice since 1998 became a catalyst for the adoption of Directive 2011/24/EU. They pushed the EU institutions to develop more detailed rules for the provision of health services, treating them as normal services in the single market. It has been established that Directive 2011/24/EU, adopted by the European Parliament and the Council, represents a key event in the field of cross-border medical care in the European Union.

During the research, it was established that the central place in the structure is occupied by the European Health Insurance Card (EHIC), which gives citizens access to the necessary medical care if they temporarily reside in another country. Although the Directive was intended to improve patients' access to health services, in practice it has proven that it does not fully solve this problem and patients still face many obstacles

Directive 2011/24/EU is an important initiative aimed at promoting the development of medical tourism and expanding access to cross-border healthcare services within the European Union. Although it provides a legal framework to protect patients' rights and ensure high-quality healthcare, its implementation creates both opportunities and challenges for the medical tourism industry.

In the process of analyzing EU legislation, it was established that thanks to Directive 2011/24/EU, medical facilities and patients receive a powerful tool for improving the quality of medical services, expanding patient rights and ensuring equal access to medical care.

Key words: medical tourism, cross-border medical care, health care, European Union, Directive, legislative provision.

УДК 351

DOI <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.35.41>

Тишко Д.Ф.

к. мед. наук, доцент,
доцент кафедри ортопедичної
стоматології

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

ORCID ID: 0000-0003-4271-0812

Постановка проблеми. Система охорони здоров'я в Європейському Союзі регулюється різними законодавчими рамками, кожна з яких служить різним цілям і стосується різних аспектів мобільності пацієнтів. Одним із найбільш значущих для пацієнтів є Положення про координацію схем соціального забезпечення [19]. Цим нормативним документом передбачається полегшення реалізації встановлених законом прав на медичні пільги та відшкодування для пацієнтів, які звертаються за допомогою за межами своєї держави.

З 1998 року Європейський Союз бере участь у безперервному діалозі, спрямованому на створення міцної правової бази для полегшення транскордонного медичного обслуговування для своїх громадян. У той час як існуючі правові інструменти, що регулюють вільне пересування спеціалістів і пацієнтів, були переглянуті та модернізовані, Європейський суд справедливості (ECJ) відіграв важливу роль у розширенні прав на транскордонне лікування. Однак ця судова актив-

ність також сприяла правовій невизначеності, особливо щодо ширших наслідків цих рішень та їх взаємодії з існуючою правовою базою.

Директива 2011/24/ЄС [10], ухвалена Європейським Парламентом і Радою 9 березня 2011 р., являє собою ключову подію в сфері транскордонного медичного обслуговування в Європейському Союзі (ЄС). Ця Директива спрямована на захист прав громадян ЄС на доступ до медичних послуг у державах-членах ЄС, сприяючи таким чином свободі вибору та забезпечуючи доступ до високоякісного медичного обслуговування.

Директива охоплює широкий спектр медичних послуг, як державних, так і приватних, які пропонують постачальники медичних послуг у різних країнах ЄС. Директива спрямована на сприяння мобільності пацієнтів для лікування, яке є недоступним у країні проживання.

Прийняття Директиви вплинуло на індустрію медичного туризму та напрямки розвитку цієї галузі в країнах ЄС. Одним з найвпливовіших факторів зміни стало спрощення процедур транскордонного надання медичних послуг, де дія правових норм відкриває можливості для пацієнтів шукати спеціалізоване лікування та послуги в інших країнах ЄС. Це створило передумови для посилення конкуренції серед постачальників медичних послуг, сприяючи покращенню якості, ефективності та догляду, орієнтованого на пацієнта.

Директива розглядає широкий спектр медичних послуг, у тому числі тих, що надаються медичними працівниками, а також призначення, відпуск і постачання ліків і медичних засобів. Основним принципом транскордонного медичного обслуговування є надання громадянам ЄС доступу до медичних послуг у державах-членах, особливо таких, що можуть не надаватись в країні проживання. Цей принцип також орієнтується на підвищення рівня медичного туризму між сусідніми країнами. Ініціатива спрямована на сприяння мобільності пацієнтів, розширення доступу до інноваційних варіантів лікування та створення згуртованої мережі охорони здоров'я в усьому ЄС.

Директива ґрунтується на кількох правових та етичних принципах, які підкреслюють важливість охорони здоров'я як основного права. Стаття 25(1) Загальної декларації прав людини [23] (UDHR) визнає право на здоров'я, медичне обслуговування та безпеку під час хвороби. Крім того, стаття 35 Хартії основоположних прав Європейського Союзу [3] визначає доступ до медичної допомоги як фундаментальне право громадян ЄС. Договір про функціонування Європейського Союзу (TFEU) [7] надає юрисдикцію ЄС приймати закони

з питань громадської охорони здоров'я, як зазначено в статтях 4, 6 і 168. Ці положення надають ЄС повноваження приймати заходи щодо медичної інформації, а також відстежувати загрози та ризики для громадського здоров'я в країнах ЄС.

Однак впровадження Директиви 2011/24/ЄС створило виклики та проблеми як для політиків, так і для постачальників медичних послуг. Необхідність забезпечити дотримання норм ЄС, підтримувати високі стандарти медичної допомоги та захистити права пацієнтів вимагає ретельного планування, координації та контролю. Крім того, виключення певних медичних послуг зі сфери дії Директиви обмежило спектр можливостей медичного туризму, що доступні для пацієнтів.

Метою дослідження є аналіз законодавства ЄС про медичний туризм та транскордонне медичне обслуговування задля формування можливостей медичного туризму.

Викладення основного матеріалу. Передумовою прийняття Директиви про транскордонну охорону здоров'я доцільно вважати низку рішень Суду Європейського Союзу, починаючи з 1998 року [26]. Ці рішення спонукали інституції ЄС розвивати регуляторну політику сфери послуг охорони здоров'я, що в результаті призвело до прийняття Директиви 2011/24/ЄС. На початковому етапі головною метою законотворців було визначення на унормування надання медичних послуг як звичайних послуг в межах ЄС.

Процес від судових рішень у 1998 році до ухвалення Директиви та впровадження її норм в національне законодавство країн ЄС тривав п'ятнадцять років. Цей період ознаменувався значними трансформаціями всередині Європейського Союзу.

Ініціативи з розвитку галузі медичного туризму не були пріоритетними у зв'язку з серйозною економічною рецесією, що спонукало багато держав запровадити жорсткі заходи економії, включаючи скорочення в секторі охорони здоров'я [16]. Неодноразові рішення Суду ЄС, яке дозволяє пацієнтам шукати лікування в інших країнах ЄС, якщо місцеві заклади невідповідні, створювало проблеми для країн ЄС щодо управління витратами на охорону здоров'я та забезпечення стійкості системи. Такі рішення призводили до збільшення витрат на охорону здоров'я через те, що пацієнти шукають лікування за кордоном, навантажуючи і без того обмежені ресурси та ускладнюючи управління бюджетом [16]. Таким чином національне законодавство повинно обґрунтовувати будь-які заходи щодо обмеження мобільності пацієнтів на

основі об'єктивних критеріїв, гарантуючи, що вони відповідають законодавству ЄС і поважають права пацієнтів.

Заходи жорсткої економії призводять до зменшення варіативності сектору медичного обслуговування, обмеження послуг і лікування, доступних у країні. Такі скорочення можуть вплинути на рішення пацієнтів звернутися за медичною допомогою за кордон, якщо специфічні методи лікування недоступні. Крім того, фінансова стійкість систем охорони здоров'я різних держав-членів підлягала детальної перевірці через Рекомендації для окремих країн [1].

Імплементация Директиви відбулася на тлі економічних проблем і скепсису щодо потенційного впливу нормативних актів європейського рівня на бюджети охорони здоров'я. Звіти, що висвітлюють мінімалістичні підходи до транспонування та ініціювання численних процедур порушення Європейською комісією, підтверджують складні умови розвитку галузі медичного туризму. Звіт Європейської комісії за 2015 рік [5], а також дослідження «Євробарометр» [22] за той же рік показали, що Директива не мала суттєвого впливу на збільшення мобільності медичних туристів у межах ЄС. Існуючі культурні, мовні та фінансові бар'єри заважали реалізації більшої мобільності пацієнтів.

Враховуючи ці виклики, можна поставити під сумнів, наскільки ця Директива справді принесла користь європейським пацієнтам. Деякі вчені стверджують, що внутрішня цінність директиви може полягати в її непрямому впливі на національні системи охорони здоров'я [2]. Основною темою досліджень європейської комісії є дослідження того, як інституційна модель Європейського суду була прийнята чи наслідована в усьому світі. Хоча більшість досліджень наголошує на впливі на держави-члени, деякі дослідження також розглядають регіональні та місцеві впливи на інституційний розвиток країн ЄС [15]. Просування прав пацієнтів описується як спільна цінність європейської системи охорони здоров'я. Таким чином, зміни у національному законодавстві, політиці та інституціях, спрямовані на захист прав пацієнтів, можна розглядати як «європеїзуючий» ефект.

Початкові рішення Європейського суду в 1998 році ознаменували поворотний момент, викликавши кілька спроб відновити узгодженість і правову ясність щодо прав громадян звертатися за медичною допомогою за межами своєї країни. У липні 2008 року Європейська Комісія зробила рішучий крок, запропонувавши нову Директиву щодо засто-

сування прав пацієнтів у сфері транскордонної медичної допомоги.

Центральне місце в цій структурі займає Європейська картка медичного страхування (EHIC) [13], яка надає громадянам доступ до необхідної медичної допомоги, якщо вони тимчасово проживають в іншій країні. Права, передбачені EHIC, визначаються характером необхідних пільг і очікуваною тривалістю перебування та покриваються за рахунок країни походження пацієнта. На додаток до EHIC, пацієнти мають можливість отримати попередній дозвіл від компетентної установи у своїй державі для проходження лікування за кордоном. Для отримання таких послуг передбачено окремий документ – S2-E112-HSC-Application-Form [17]. У цьому дозволі не може бути відмовлено, якщо лікування є частиною встановленого законом пакету пільг і не може бути надано в межах необхідного з медичної точки зору терміну в країні проживання пацієнта.

Згідно з цим механізмом координації, пацієнти мають право на медичне обслуговування в тій країні, де вони отримують лікування, за тим же принципом страхування як і в своїй країні. Це означає, що застосовуються умови, пакет пільг і тарифи відшкодування приймаючої держави, потенційно пропонуючи медичним туристам та пацієнтам більш вигідні права, ніж ті, які доступні в їхній країні. Така структура гарантує, що пацієнтам не потрібно платити з власної кишені за своє лікування (за винятком будь-яких відповідних зборів з користувачів), оскільки фінансова компенсація між державами ЄС організована для покриття витрат.

Положення про координацію схем соціального забезпечення, доповнене такими механізмами, як EHIC та процедури попереднього дозволу, забезпечує комплексну систему, яка спрямована на полегшення та оптимізацію транскордонного медичного обслуговування в ЄС. Забезпечуючи пацієнтам доступ до необхідної медичної допомоги, зберігаючи при цьому їхні права та фінансові інтереси, ця система відіграє вирішальну роль у сприянні мобільності та вибору пацієнтів всередині ЄС.

Ініціативи щодо інтеграції процедури відшкодування, заснованої на Договорі про Функціонування ЄС [8], в існуючі рамки європейських правил координації соціального забезпечення виявилися складними. Незважаючи на модернізацію цих правил відповідно до Регламенту 883/04 [19] для кращого узгодження з принципами внутрішнього ринку, спроба гармонізувати нову процедуру відшкодування не дала очікуваного ефекту. Незважаючи на те, що певні аспекти дійсно були змінені, щоб пристосуватись до пра-

вил внутрішнього ринку, наприклад, умови надання попереднього дозволу на лікування за кордоном і право на додаткову оплату, якщо рівень відшкодування нижчий, ніж той, який надається в країні проживання пацієнта, переглянуті рамки, які набули чинності не повністю включали процедури, що були рекомендовані Судом ЄС [14].

Постанови Суду ЄС [14] створили необхідні умови для впровадження ефективного механізму координації в галузі медичного туризму та соціального забезпечення. Такі рішення призвели до створення подвійної системи відшкодування транскордонної допомоги. Згідно з цією системою, пацієнти могли отримати відшкодування відповідно до правил і тарифів країни, де було отримано лікування, або країни їхнього походження. Ця подвійна система створила складну структуру для обслуговування медичних туристів та пацієнтів, які отримують транскордонну медичну допомогу, оскільки їм доводилося орієнтуватися між двома потенційно різними наборами правил і ставками відшкодування. Нездатність повністю інтегрувати процедуру відшкодування в існуючу систему підкреслила проблеми узгодження рішень на рівні ЄС з національними правилами координації соціального забезпечення.

Директива про послуги на внутрішньому ринку [18], запропонована в 2004 році, мала на меті включити медичні послуги до переліку послуг, які надаються в ЄС та стандартизувати правила транскордонного медичного обслуговування в ЄС. Однак Європейський парламент виключив медичні послуги зі сфери своєї діяльності, тим самим залишивши цю сферу без спеціальних регламентних норм, які потрібні для розвитку галузі медичного туризму.

Норми Договору про Функціонування ЄС [8], які регулюють вільний рух послуг, сформульовані через принципи як безкоштовного надання (ст. 49-50), сформували середовище та правову базу щодо охорони здоров'я для країн ЄС. З роками ці принципи поступово застосовувалися до національних систем охорони здоров'я, поширюючи свій вплив за межі прямих питань мобільності пацієнтів і постачальників. Цю еволюцію значною мірою сприяли юриспруденція Європейського Суду Справедливості (CJEU) [9] і проактивні дії, вжиті Європейською Комісією. Рішення Суду ЄС забезпечили юридичну ясність і напрямок, тоді як ініціативи Комісії були спрямовані на полегшення та гармонізацію застосування цих принципів у державах ЄС.

Хоча багато хто сприйняв ці події як кроки до більш інтегрованого та відкритого євро-

пейського ринку охорони здоров'я, вони також викликали підозри та занепокоєння серед політиків та різних зацікавлених сторін. Одним із головних побоювань є потенційний дерегуляційний вплив цих принципів на національні системи охорони здоров'я. Критики стурбовані тим, що наголос на вільному пересуванні та виборі установи для лікування чи оздоровлення може підірвати зусилля щодо підтримки високих стандартів медичної допомоги, справедливого доступу та фінансової стабільності медичних послуг в окремих країнах. Впровадження цих принципів викликало питання про їх сумісність із специфікою та нюансами охорони здоров'я. Надання послуг охорони здоров'я не можна ототожнювати зі звичайними послугами, оскільки медичний сектор охоплює різноманітні соціальні, культурні та етичні виміри, які, не просто вписуються в суто ринкові рамки.

Уцьомуконтекстітриваючадискусіянавколо застосування норм Договору ЄС до охорони здоров'я залишається складною та різновекторною. Хоча ініціативи до ширшої інтеграції та гармонізації беззаперечний, досягнення балансу між цими головними принципами та унікальними характеристиками та потребами систем охорони здоров'я в Європі продовжує залишатися проблемою.

Договір про Функціонування ЄС [8] визнає надання медичної допомоги як діяльність у сфері надання послуг, надаючи постачальникам медичних послуг в одній державі фундаментальну свободу створювати або пропонувати послуги в іншій державі. Важливою метою правил вільного пересування з метою отримання медичного обслуговування в Договорі від початку було усунути дискримінаційну практику, гарантуючи, що постачальники послуг, у тому числі медичні, отримуватимуть таке ж ставлення, як і громадяни приймаючої держави.

Сфера того, що є перешкодою для вільного пересування, з часом розширилася. Хоча статті 49-50 Договору ЄС [8] спочатку наголошували на недискримінації або національному режимі тимчасового транскордонного надання послуг, судова практика розширила це тлумачення для сфери медичного обслуговування та лікування. Рішення Європейського Суду були однозначні в тому, що приймаючі держави не повинні накладати на постачальників медичних послуг з іншої держави будь-які правила, які не застосовуються до їхніх національних колег. Такий підхід в тлумаченні транскордонності медичного туризму передбачає, що поріг для застосування правил вільного пересування, передбачених як Договором

про Функціонування ЄС [8], так і Директивою 2011/24/ЄС [10], до медичних послуг є відносно низьким. Хоча спочатку правила були призначені для боротьби з дискримінацією іноземних постачальників послуг, тепер вони охоплюють заходи, які однаково застосовуються як до вітчизняних, так і до іноземних постачальників. Як наслідок, майже будь-який регуляторний чи інституційний аспект надання медичної допомоги потенційно може бути оскаржений як перешкода вільному пересуванню.

Однак важливо зазначити, що нормативно-правові акти не переслідують ціль створення повністю дерегульованого внутрішнього ринку охорони здоров'я. Країни ЄС можуть підтримувати бар'єри для вільного пересування, якщо це виправдано суспільними інтересами. Щоб визначити це обґрунтування, застосовують тест на необхідність і тест на пропорційність. Ці тести гарантують, що будь-які перешкоди для вільного пересування є не тільки необхідними, але й пропорційними суспільним інтересам, які вони мають на меті захистити, встановлюючи баланс між принципами вільного пересування та унікальними характеристиками та потребами систем охорони здоров'я в ЄС.

Європейська комісія відіграє ключову роль у дотриманні принципів Директиви 2011/24/ЄС [10] та просуванні вільного пересування в межах ЄС. Як гарант Директиви та ініціатор законодавства, Комісія активно працює над тим, щоб територіальні, кількісні та якісні вимоги в сфері охорони здоров'я не надто обмежували вільне пересування.

Європейська комісія визнала медичні послуги «сектором, що розвивається» [6], де слід реалізувати переваги внутрішнього ринку. Це визнання підкреслює прагнення Комісії сприяти створенню середовища, в якому охорона здоров'я може посилюватись через взаємодію між країнами, при цьому дотримуючись принципів ЄС.

Зокрема, Генеральний директорат внутрішнього ринку та послуг – DG MARKT [11] відіграє провідну роль у цій сфері. Головним завданням якого є сприяння більшій інтеграції європейського ринку на користь громадян і підприємств ЄС. Фактично DG MARKT слідкує за дотриманням країнами-членами правил ЄС щодо вільного пересування. Здійснюючи нагляд за відповідністю, DG MARKT гарантує, що національні правила та практика відповідають ширшим цілям ЄС щодо сприяння вільному пересуванню та збільшення переваг внутрішнього ринку в секторі охорони здоров'я.

DG MARKT має у своєму розпорядженні різні інструменти для просування єдиного

ринку послуг і усунення перешкод для вільного пересування в межах ЄС. Одним із ключових механізмів є можливість ініціювати процедури порушення проти держав-членів, які зберігають перешкоди для вільного переміщення послуг та організації. За допомогою цих процедур Комісія може змусити держави-члени усунути такі бар'єри, забезпечуючи дотримання законодавства ЄС.

Крім процедур порушення, Комісія також може вживати проактивних ініціатив для дотримання правил вільного пересування в окремих секторах. Цей підхід було запропоновано в дослідженнях, що вивчають нормативні обмеження в таких сферах, як аптеки [24]. Результати дослідження стверджують, що зменшення бар'єрів для свободи заснування могло б не лише підвищити продуктивність у ЄС, але й призвести до значного соціального добробуту. У відповідності з цим DG MARKT у відповідь на незадовільне функціонування внутрішнього ринку медичних послуг ініціювало низку рішень щодо вирішення проблеми. Одним з технічних рішень стало створення мережі SOLVIT – служби, яка допомагає вирішувати проблеми, з якими стикаються громадяни щодо прав ЄС [20]. Також Директорат ініціював потенційне створення правової бази на рівні ЄС для вирішення проблем у секторі медичних послуг.

DG MARKT відіграє активну роль у просуванні єдиного ринку послуг, використовуючи як примусові заходи, такі як процедури порушення, так і стратегічні ініціативи для забезпечення відповідності та покращення функціонування внутрішнього ринку в різних секторах, включаючи охорону здоров'я. У відповідь на рекомендації Генерального директорату, Комісія ЄС оголосила про плани щодо спеціальної директиви охорони здоров'я в березні 2006 року, визнаючи необхідність спеціального підходу до вирішення мобільність пацієнтів і викликів системи охорони здоров'я. Ця зміна стратегії підкреслила унікальну складність регулювання галузі медичного туризму та поточні зусилля щодо створення узгодженої правової бази для транскордонного медичного обслуговування в ЄС.

Директива 2011/24/ЄС є важливою віхою в європейській політиці охорони здоров'я, спрямованою на забезпечення доступу громадян ЄС до якісної медичної допомоги в країнах ЄС і полегшення мобільності пацієнтів в межах ЄС. Незважаючи на те, що Директива діє в рамках правової бази, яка спрямована на гармонізацію соціальних і медичних переваг у всьому ЄС, вона також враховує національну компетенцію окремих країн у визначенні та організації надання медичних послуг.

Економічна криза 2008-2012 років створила додаткові негативні умови для впровадження Директиви, зокрема в тій частині, що стосувалась досягнення запланованих показників галузі медичного туризму. Економічна нестабільність змінила пріоритети та змусила уряди перерозподілити ресурси, що призвело до певного ігнорування галузі медичного туризму, незважаючи на статус служби загального інтересу. Економічна ситуація, яка склалась наприкінці 2010-х років, перешкодила ефективному впровадженню Директиви 2011/24/ЄС, обмежуючи її здатність виконувати обов'язкові норми щодо справедливого доступу до якісної медичної допомоги для всіх громадян ЄС.

Дискусійними є норми Директиви, що дозволяють країнам ЄС обмежувати транскордонний доступ до медичної допомоги за певних обставин. Умовою обмеження доступу визначено «суспільний інтерес». Наприклад, обмеження можуть бути накладені під час криз у сфері охорони здоров'я, таких як спалахи інфекційних захворювань (параграф 11 і 12). Крім того, уряд держави може відмовитись від положень Директиви, якщо вартість лікування є непомірно високою, що ставить під загрозу фінансову стабільність національної системи охорони здоров'я. На практиці ці положення можна тлумачити як надання значної свободи дій у визначенні доступу до медичної допомоги та витрат, що потенційно може призвести до розбіжностей у політиках і практиках серед країн ЄС.

Директива 2011/24/ЄС підкреслює прагнення Європейського Союзу покращити доступ до транскордонного медичного обслуговування, таким чином сприяючи мобільності та свободі вибору для своїх громадян. Нормативне регулювання співпраці в галузі медичного туризму між державами-членами демонструє зростання якості медицини, особливо через механізм відшкодування витрат на охорону здоров'я, понесених в іншій державі ЄС. Окрім цього, Директива заохочує не перешкоджати правам пацієнтів звертатися за медичною допомогою за кордоном.

Однією з додаткових переваг цієї директиви є її потенціал для полегшення «списків очікування», які можуть бути довгими в окремих державах. Незважаючи на тенденцію позитивного розвитку галузі медичного туризму в межах ЄС протягом останніх років, показники зростання не демонструють суттєвий приріст [21].

Показники мобільності медичного туризму демонструють відносно стабільні темпи росту. Головними факторами такого росту є географічна чи культурна близькість. Значна кількість

медичних туристів вважають за краще отримувати медичні послуги в своїй країні, але пошук лікування закордоном стає пріоритетним у випадку спеціалізованої медичної допомоги, недоступної на національному рівні [21].

Європейський Союз (ЄС) підтримує фундаментальний принцип свободи пересування для своїх громадян. Згідно з цим принципом, пацієнт із хронічним захворюванням повинен мати можливість подорожувати через кордони ЄС і отримати рецепт у будь-якій громадській аптеці в межах Союзу. Цей підхід узгоджується з девізом ЄС «Єдність у різноманітності», наголошуючи на безперерйному наданні транскордонних медичних послуг по всій Європі [12].

Концепція транскордонного медичного обслуговування набирає популярності в ЄС і має потенціал для подальшого розвитку [10]. Оскільки системи охорони здоров'я продовжують інтегруватися та гармонізуватись між державами-членами, можливість пацієнтів отримувати послідовний доступ і якісне обслуговування незалежно від їхнього розташування в межах ЄС стає все більш важливим. Ця еволюція відображає ширші цілі ЄС щодо сприяння єдності, співпраці та доступності послуг охорони здоров'я в різних країнах-членах.

Європейська Директива щодо прав пацієнтів у сфері транскордонної медичної допомоги спрямована на спрощення процесу для пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою в інших країнах ЄС [10]. Продовження імплементації норм щодо вдосконалення та сприяння розвитку галузі медичного туризму важливою також є Директива 2012/52/ЄС [4]. Директивою 2012/52/ЄС визначені конкретні заходи для полегшення різних аспектів транскордонного медичного обслуговування, таких як перевірка автентичності рецептів, ідентифікація пацієнтів і ліків, дозволи на заміну та інструкції з використання. Ця директива встановила стандартизований перелік елементів, які повинні бути включені в рецепт, щоб забезпечити його прийняття в різних країнах ЄС.

Пандемія COVID-19 спричинила величезний тиск на системи охорони здоров'я держав-членів ЄС, що призвело до гострої нестачі ліжок, потужностей у відділеннях інтенсивної терапії та медичного персоналу для подолання різкого зростання попиту на медичну допомогу, пов'язану з COVID-19. Під час початкової хвилі пандемії навесні 2020 року майже 300 європейських пацієнтів з COVID-19 були переведені до медичних закладів інших держав-членів. Більшість цих переказів відбувалася з таких регіонів, як французький регіон Гранд Ест, Північна Італія та Нідерланди, до сусідніх країн, таких як Австрія, Німеччина,

Люксембург і Швейцарія [25]. Ці перекази були необхідні як крайній засіб для надання допомоги країнам і регіонам, які балансують на межі колапсу системи охорони здоров'я через обмеження можливостей.

Аналіз впливу Директиви в контексті пандемії COVID-19 є важливою сферою для дослідження. Хоча точні статистичні дані наразі недоступні, очевидно, що пандемія стала каталізатором прояву солідарності між державами-членами ЄС, особливо в прикордонних регіонах. Зокрема, такі країни, як Німеччина, надали важливу допомогу сусіднім країнам, таким як Франція, Італія та Іспанія, продемонструвавши відчутну підтримку в наданні медичної допомоги під час кризи.

Передача тяжкохворих пацієнтів із COVID-19 вимагала значної матеріально-технічної координації та швидкої мобілізації ресурсів, матеріалів і висококваліфікованого медичного персоналу. Взаємодія між урядами на високому рівні, включаючи взаємодію на міністерському рівні, разом із залученням різних секторів, таких як транспорт і військові, відіграли ключову роль у швидкому встановленні цих домовленостей.

У таких регіонах, як Grand Est у Франції та Брабант у Нідерландах, переведення пацієнтів зменшило значне навантаження на систему охорони здоров'я [25]. Наприклад, у Grand Est приблизно одне з кожних чотирьох ліжок у відділенні інтенсивної терапії може бути звільнено в результаті цих переміщень.

Не існує універсального рішення для переведення пацієнтів, оскільки вони залежать від місцевого контексту та наявних ресурсів. Перевезення можуть здійснюватися залізничним, автомобільним або повітряним транспортом за умови забезпечення безпеки пацієнтів. Однак необхідність переведення пацієнтів може підкреслити вразливі місця в системі охорони здоров'я, яка готова до пандемії. Альтернативний і потенційно більш ефективний підхід може включати розміщення кваліфікованого медичного персоналу в лікарнях і підтримку приміщень або резервних потужностей, які можна швидко розширити під час криз. Хоча в ідеалі трансфери повинні залишатися крайнім засобом, країнам рекомендується мати плани на випадок надзвичайної ситуації на випадок надзвичайної кризової ситуації.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Характеристика імплементації прав пацієнтів на транскордонну допомогу в ЄС є різнозначною. Незважаючи на те, що Директива запровадила законодавство про права пацієнтів і наголосила на прозорості та

доступі до місцевих постачальників без контрактів, фактичний вплив на доступ до національних медичних послуг містить значну кількість недоліків. Хоча такі ініціативи, як довідкові центри та електронна охорона здоров'я, спрямовані на підвищення якості медичної допомоги, бракує доказів, які б демонстрували відчутну користь для пацієнтів. Передбачається, що безперервний моніторинг протягом тривалого періоду може дати більше розуміння.

Ініціатива ЄС щодо моніторингу часу очікування по всій Європі є унікальним підходом в розвитку медичного туризму в світі загалом, але її можна розширити, щоб охопити зміни в охопленні пільг, тарифах і доступності послуг. Цей комплексний підхід запропонував би більш цілісне розуміння того, як пацієнти та медичні туристи отримують доступ до медичної допомоги та відчують її в рамках своїх внутрішніх систем охорони здоров'я.

Директива 2011/24/ЄС є важливою ініціативою, спрямованою на сприяння розвитку медичного туризму і розширення доступу до транскордонних послуг охорони здоров'я в межах Європейського Союзу. Незважаючи на те, що вона забезпечує законодавчу базу для захисту прав пацієнтів і забезпечення високоякісної медичної допомоги, її впровадження створює як можливості, так і виклики для галузі медичного туризму. Орієнтуючись у складності нормативних актів ЄС, сприяючи співпраці між державами-членами та визначаючи пріоритети лікування, орієнтованого на пацієнта, політики та постачальники медичних послуг можуть використовувати весь потенціал Директиви для досягнення цілей універсального доступу до медичної допомоги, покращення якості та розширення прав і можливостей пацієнтів у всьому світі. Незважаючи на те, що Директива 2011/24/ЄС є критично важливим кроком до досягнення рівності в охороні здоров'я та мобільності пацієнтів у межах ЄС, її повний потенціал ще не реалізований. Економічні проблеми та відсутність надійного впровадження обмежили її вплив. Принципи, які декларуються Директивою, в перспективі дозволяють країнам ЄС посилювати транскордонне співробітництво в медичному туризмі та віддати пріоритет формування стійкості системи охорони здоров'я. Ці вектори розвитку мають дозволити підготуватися до майбутніх криз у сфері охорони здоров'я та забезпечити справедливий доступ до якісної медичної допомоги для всіх громадян ЄС.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Azzopardi Muscat N, Clemens T, Stoner D, Helmut Brand. EU country specific recommendations

for health systems in the european semester process: trends, discourse and predictors. *Health Policy* 2015. T. 119, № 3. C. 375–383. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.01.007>.

2. Baeten R. Cross-border patient mobility in the European Union: in search of benefits from the new legal framework. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2014;19(4):195-197. doi:10.1177/1355819614544202

3. Charter Of Fundamental Rights Of The European Union 2000/C 364/01. URL: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf.

4. Commission Implementing Directive 2012/52/EU of 20 December 2012 laying down measures to facilitate the recognition of medical prescriptions issued in another Member State Text with EEA relevance. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32012L0052>.

5. Commission Report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Brussels, 4.9.2015 COM(2015) 421 final. URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/docs_autres_institutions/commission_europeenne/com/2015/0421/COM_COM\(2015\)0421_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/docs_autres_institutions/commission_europeenne/com/2015/0421/COM_COM(2015)0421_EN.pdf).

6. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions a single market for citizens - Interim Report to the 2007 Spring European Council. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52007DC0060>.

7. Conference of the Representatives of the Governments of the Member States, Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union, 2008/C 115/01, European Union, 13 December 2007, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:12012E/TXT>.

8. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union. 26/10/2012 P. 0001 – 0390. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>.

9. Court of Justice of the European Union | European Union. *European Union*. URL: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/court-justice-european-union-cjeu_en.

10. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32011L0024>.

11. Directorate-General Internal Market and Services (MARKT). EU monitor. URL: <https://www.eumonitor.eu/9353000/1/j9vvik7m1c3gyxp/vg9ib57zgajj>.

12. EU motto | European Union. URL: https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/symbols/eu-motto_en.

13. European Health Insurance Card. *Language selection | European Commission*. URL: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559>.

14. European Parliament resolution of 23 May 2007 on the impact and consequences of the exclusion of health services from the Directive on services in the internal market (2006/2275(INI)). URL: https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/documents/European_Parliament_resolution_of_23_May_2007_ENG.pdf.

15. Exadaktylos T, Radaelli CM. Europeanisation. In: Lynggaard K, Manners I, Lof-gren K, editors. *Research Methods in European Studies*. Palgrave Macmillan; 2015. p. 206-18. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137316967_13.

16. Frischhut, Markus, and Nick Fahy. "Patient Mobility in Times of Austerity: A Legal and Policy Analysis of the *Petru Case*." *European Journal of Health Law*, vol. 23, no. 1, 2016, pp. 36-60. *JSTOR*, <https://www.jstor.org/stable/48712240>.

17. Planned medical treatment. Employment, Social Affairs & Inclusion. European Commission. URL: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=569>.

18. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on services in the internal market [SEC(2004) 21]. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52004PC0002>.

19. Regulation EC 883/2004 of 29 April 2004 on the coordination of social security systems, OJ L 314 of 7 June 2004. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2004/883/oj>

20. SOLVIT. *European Commission*. URL: https://ec.europa.eu/solvit/index_en.htm.

21. The Cross-Border Health Services Market in EU. *International Journal of Multidisciplinary Research and Analysis*. 2022. T. 5. № 10. URL: <https://doi.org/10.47191/ijmra/v5-i10-11>.

22. TNS Opinion & Social Special Eurobarometer 425: Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union, 2015 May 2015, 425. URL: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/209>

23. Universal Declaration of Human Rights (UDHR). URL: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.

24. Volkerink B, de Bas P, van Gorp N, Philipsen NJ. Study of Regulatory Restrictions in the Field of Pharmacies. Rotterdam: Ecorys, 2007. 84 p. URL: http://ec.europa.eu/internal_market/services/pharmacy_en.htm.

25. Winkelmann J, Scarpetti G, Hernandez-Quevedo C, van Ginneken E. How do the worst-hit regions manage COVID-19 patients when they have no spare capacity left? 2020. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/harm/analyses/harm/how-do-the-worst-hit-regions-manage-covid-19-patients-when-they-have-no-spare-capacity-left>.

26. Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, Van Ginneken E. Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and Analysing Practices and Policies. Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and Analysing Practices and Policies; 2011. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327961/9789289002219-eng.pdf>.