

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ  
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ  
КАФЕДРА ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА  
на тему

**«ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНА ПОЛІТИКА УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я»**

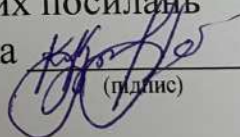
Здобувачки 2 року навчання ОР «Магістр» денної  
форми спеціальності 281 «Публічне управління  
та адміністрування» освітньо-наукової програми  
«Публічне управління та адміністрування:  
інтеграція в ЄС»

Кравченко Катерини Олегівни

Науковий керівник:

асистент кафедри євроінтеграційної політики,  
кандидат наук з державного управління  
Кустова Світлана Миколаївна


Засвідчую, що в цій кваліфікаційній роботі немає  
запозичень із праць інших авторів без  
відповідних посилань

Здобувачка  Катерина КРАВЧЕНКО

(підпис)

Робота допущена до захисту в екзаменаційній комісії рішенням кафедри  
євроінтеграційної політики від «24» квітня 2026 р., протокол № 18 .

В.о. завідувача кафедри євроінтеграційної політики, кандидат економічних наук,  
доцент

Гура Вікторія Леонідівна 

(підпис)

## АНОТАЦІЯ

*Кравченко К.О. Євроінтеграційна політика України у сфері охорони здоров'я. – Кваліфікаційна магістерська робота на правах рукопису.*

Кваліфікаційна магістерська робота на здобуття ступеня вищої освіти другого (магістерського) рівня галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування», спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування». – Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, 2026.

У роботі досліджено євроінтеграційну політику України у сфері охорони здоров'я як багаторівневий і міжсекторальний напрям публічної політики. Визначено її теоретичні засади, правові та інституційні механізми реалізації, оцінено рівень відповідності системи охорони здоров'я європейським стандартам, визначено ключові виклики та перспективи. Наукова новизна дослідження полягає у комплексному аналізі євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасних трансформацій публічного управління та практик ЄС.

*Ключові слова:* євроінтеграційна політика, охорона здоров'я, європеїзація, acquis ЄС, публічна політика, публічне управління, імплементація, відповідність стандартам ЄС, ефективність політики.

## ANNOTATION

*Kravchenko K. European Integration Policy of Ukraine in Healthcare.* – Master's Qualification Thesis (manuscript).

Qualifying scientific work for obtaining an educational degree at the second level of higher education (Master's degree), field of knowledge 28 "Public Management and Administration", specialty 281 "Public Management and Administration". – Educational and Scientific Institute of Public Administration and Civil Service of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, 2026.

The thesis examines Ukraine's European integration policy in the healthcare sector as a multi-level and cross-sectoral area of public policy. It identifies its theoretical foundations, legal and institutional mechanisms of implementation, and assesses the level of compliance of the healthcare system with European standards, as well as outlines key challenges and prospects. The scientific novelty of the study lies in a comprehensive analysis of Ukraine's European integration policy in the healthcare sector, taking into account contemporary transformations in public governance and EU practices.

*Keywords:* European integration policy, healthcare, Europeanization, EU acquis, public policy, public administration, implementation, compliance with EU standards, policy effectiveness.

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ**

1. Журавель В. І., Матукова Г. І., Яременко Л. М., Кравченко К. О. Менеджмент у системі медичної допомоги населенню: вчора, сьогодні й завтра // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : матеріали XI Міжнар. наук.-практ. дистанц. конф. (Харків, 21 берез. 2024 р.). Харків, 2024. С. 225–236.

2. Кравченко К. Комунікаційні стратегії органів влади у сфері охорони здоров'я: європейський досвід для України // Комунікації в органах публічної влади для демократичного врядування : матеріали щорічного Всеукр. круглого столу до Дня державної служби України (Київ, 2025 р.). Київ, 2025. С. 107–108.

## ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| ВСТУП.....  | 6  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..... | 9  |
| 1.1. Євроінтеграційна політика як напрям публічної політики: сутність, рівні та механізми реалізації.....                 | 9  |
| 1.2. Модель політики у сфері охорони здоров'я Європейського Союзу: публічно-управлінський вимір.....                      | 15 |
| 1.3. Методологічне обґрунтування дослідження та джерельна база.....   | 23 |
| Висновки до розділу 1.....  | 28 |
| РОЗДІЛ 2. ПРАВОВІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ЗАСАДИ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....                 | 30 |
| 2.1. Правові основи євроінтеграційного курсу України у сфері охорони здоров'я.....  | 30 |
| 2.2. Інституційний аспект реформування системи охорони здоров'я в Україні...  | 38 |
| Висновки до розділу 2.....  | 46 |
| РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ПЕРСПЕКТИВ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....               | 48 |
| 3.1. Відповідність системи охорони здоров'я України європейським стандартам.....  | 48 |
| 3.2. Виклики та перспективи подальшої євроінтеграції України у сфері охорони здоров'я.....                                | 58 |
| Висновки до розділу 3.....  | 67 |
| ВИСНОВКИ.....   | 69 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....   | 72 |

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** У контексті набуття Україною статусу кандидата на членство в ЄС питання ефективної імплементації європейських підходів до управління в системі охорони здоров'я, забезпечення якості медичних послуг та розвитку системи громадського здоров'я набуває особливого значення.

Процес євроінтеграції у цій сфері супроводжується низкою структурних, інституційних та нормативно-правових викликів. Серед них – необхідність адаптації національного законодавства до аспис Європейського Союзу, модернізація механізмів управління галуззю, забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я, а також підвищення спроможності державних інституцій реалізовувати євроінтеграційні реформи.

У цьому контексті актуальним є проведення комплексного аналізу євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я, спрямованого на оцінку поточного стану адаптації до європейських стандартів, виявлення ключових проблем та викликів, а також визначення перспектив подальшої інтеграції до європейського простору охорони здоров'я, зокрема, у публічно-управлінському вимірі. Дослідження євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я має важливе наукове та практичне значення, оскільки сприяє глибшому розумінню трансформаційних процесів у системі охорони здоров'я та формуванню обґрунтованих рекомендацій щодо подальшого розвитку галузі в умовах європейської інтеграції та повоєнного суспільства.

**Наукова новизна** дослідження полягає у комплексному аналізі євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасних трансформаційних процесів у публічному управлінні та системі охорони здоров'я, зокрема, у контексті практик Європейського Союзу.

**Об'єкт дослідження:** євроінтеграційна політика України.

**Предмет дослідження:** євроінтеграційна політика України у сфері охорони здоров'я.

**Мета дослідження:** визначення особливостей реалізації євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я на основі аналізу її нормативно-правової та інституційної бази, а також оцінки фактичного стану її впровадження крізь призму публічного управління з метою виявлення ключових обмежень, викликів і перспектив подальшого розвитку.

Досягнення поставленої мети зумовлює необхідність виконання наступних завдань:

- 1) проаналізувати євроінтеграційну політику як напрям публічної політики;
- 2) дослідити модель політики у сфері охорони здоров'я Європейського Союзу у публічно-управлінському вимірі;
- 3) вивчити правові основи євроінтеграційного курсу України у сфері охорони здоров'я;
- 4) дослідити інституційні засади реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах євроінтеграції;
- 5) оцінити відповідність системи охорони здоров'я України європейським стандартам;
- 6) виявити ключові виклики та визначити перспективи подальшої євроінтеграції України у сфері охорони здоров'я.

**Методи дослідження:**

- 1) аналіз та синтез – для узагальнення наукових підходів до розуміння євроінтеграційної політики та систематизації теоретичних положень щодо публічної політики у сфері охорони здоров'я;
- 2) системний метод – для розгляду євроінтеграційної політики у сфері охорони здоров'я як цілісної системи
- 3) нормативно-правовий аналіз – для дослідження законодавчих актів України, міжнародних договорів та актів Європейського Союзу, що регулюють процеси європейської інтеграції у сфері охорони здоров'я;

4) інституційний аналіз – для дослідження ролі державних органів та інституцій у формуванні та реалізації євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я;

5) порівняльний метод – для зіставлення підходів до формування політики охорони здоров'я в Україні та Європейському Союзі та визначення рівня відповідності української системи охорони здоров'я європейським стандартам;

6) контент-аналіз – для аналізу стратегічних документів, програм, аналітичних звітів міжнародних організацій та офіційних матеріалів органів державної влади;

7) прогностичний метод – для оцінки перспектив подальшої євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я.

**Структуру кваліфікаційної роботи** складають: вступ, три розділи, висновок, список використаних джерел (73 найменування). Загальний обсяг роботи становить 80 сторінок та включає в себе два рисунки і три таблиці.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Євроінтеграційна політика як напрям публічної політики: сутність, рівні та механізми реалізації.

Розгляд євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я цілком логічним буде почати з тлумачення її теоретичних засад, зокрема, надати визначення євроінтеграції та євроінтеграційній політиці, окреслити рівні та механізми її реалізації; адже саме розуміння основ дає можливість досягнути багаторівневості та складності цього процесу, здійснити його аналіз та дати ґрунтовну оцінку.

Починаючи з 2022 р. євроінтеграція, стала наріжним каменем зовнішньополітичного курсу України та домінуючим чинником, що впливає на функціонування її політичної системи. Це обумовлює необхідність детального дослідження цього процесу як у практичному, так і теоретичному аспектах.

У зарубіжних академічних колах євроінтеграцію нерідко досліджують, насамперед, крізь призму «теорії інтеграції», зокрема, регіональної. У напрямі неофункціоналізму («neofunctionalism») інтеграція визначається як «процес, у ході якого політичні актори в кількох різних національних контекстах переконуються переорієнтувати свою лояльність, очікування та політичну діяльність на новий центр, інституції якого мають або претендують на юрисдикцію над існуючими національними державами» [49 с. 16]. Інтерговернаменталізм («intergovernmentalism») трактує інтеграцію як результат свідомих рішень суверенних держав, які діють відповідно до власних національних інтересів (серед представників – Е. Моравчик, С. Гоффман). Загалом у межах зазначених теоретичних підходів європейська інтеграція розглядається або як саморозвивальний наднаціональний процес, що

зумовлюється внутрішньою логікою функціональної взаємозалежності та ефектом «переливу» («spillover»), або як результат цілеспрямованої взаємодії суверенних держав, які діють на основі власних національних інтересів і досягають компромісів у процесі міждержавних переговорів. Узагальнення цих підходів дозволяє розглядати європейську інтеграцію не лише як суто теоретичний конструкт, а як складний багаторівневий процес, що охоплює політичну, правову, економічну, інституційну тощо складові трансформації держав. У прикладному вимірі це означає поступове входження держави до політико-правового та інституційного простору Європейського Союзу, що передбачає виконання визначених критеріїв вступу (так звані Копенгагенські критерії), імплементацію *acquis communautaire*, а також забезпечення відповідності національних інституцій європейським стандартам публічного управління. Так, наприклад, на сайті Урядового офісу координації європейської та євроатлантичної інтеграції європейська інтеграція визначена як «зближення України з Євросоюзом як на рівні законів, так і на рівні правил і звичаїв, що існують у суспільстві; її кінцевим результатом має стати вступ України до ЄС» [27].

У цьому контексті особливого значення набуває євроінтеграційна політика держави як цілеспрямована діяльність органів публічної влади, спрямована на організацію та забезпечення процесу вступу до Європейського Союзу. Вона реалізується через систему взаємопов'язаних правових, інституційних, організаційних і управлінських механізмів, зокрема – шляхом адаптації національного законодавства до права Європейського Союзу, розвитку інституційної спроможності, координації дій між органами влади різних рівнів, а також впровадження стратегічних документів і програм, що визначають пріоритети та етапи євроінтеграційного процесу.

Будь-яка політика має рівні реалізації/імплементації. Наприклад, монетарна політика Євросони – реалізується через Європейський центральний банк, що свідчить про те, що вона є наднаціональною; натомість питання місцевого благоустрою вирішуватиметься локально. Хоча й варто зазначити, що

чистих «однорівневих» політик у сучасному публічному управлінні майже не існує, є лиш ті, що реалізуються переважно на одному рівні із мінімальним залученням інших. В контексті ж європейської інтеграції наскрізною концепцією буде саме багаторівневе врядування («multilevel governance»). Це те, що пояснює складність євроінтеграційної політики, зокрема, у сфері охорони здоров'я, і відповідно – потребує окремої уваги.

Концепція багаторівневого врядування у межах досліджень європейської інтеграції як теоретичний підхід, спрямований на пояснення того, як трансформується система публічної влади в умовах поглиблення інтеграційних процесів. Її становлення пов'язане з працями Л. Хуг та Г. Маркса (насамперед, «Багаторівневе врядування та європейська інтеграція»), які запропонували альтернативу більш державоцентричним моделям аналізу, зокрема інтерговерменталізму, про який вже було згадано вище. У межах цієї концепції європейська інтеграція розглядається як процес, що супроводжується перерозподілом владних повноважень між різними рівнями управління: наднаціональним, національним і субнаціональним [52]. Відтак, держава втрачає монополію на прийняття рішень, а політичне управління набуває характеру багаторівневої, взаємопов'язаної системи, у якій ключову роль відіграє взаємодія численних акторів.

Сутнісною ознакою багаторівневого врядування є відхід від ієрархічної моделі «згори вниз» до більш мережевих форм координації, що передбачають горизонтальні та вертикальні зв'язки між інституціями різних рівнів. У цьому контексті процес формування та реалізації політики здійснюється не лише державними органами, але й за участі наднаціональних інституцій Європейського Союзу, регіональних і місцевих органів влади, а також недержавних акторів.

Важливим елементом теорії є розмежування двох типів багаторівневого врядування. Перший тип характеризується відносно стабільною ієрархічною структурою рівнів влади з чітко визначеними повноваженнями, тоді як другий тип відображає саме гнучку, функціонально орієнтовану систему, що передбачає

наявність численних «перекривних» юрисдикцій та спеціалізованих інституцій, сформованих для вирішення конкретних політичних завдань [52].

Більш сучасне формулювання наводить Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) (точніше – програма SIGMA), зазначаючи, що багаторівневе врядування – це «система співпраці між національними, регіональними та місцевими органами влади, а також неурядовими заінтересованими сторонами, спрямована на ефективну розробку та реалізацію політик. Воно передбачає вертикальну координацію між різними рівнями влади, горизонтальну співпрацю між інституціями, а також взаємодію з громадянським суспільством та приватним сектором. Сприяючи спільним рішенням, багаторівневе врядування підвищує ефективність політики, покращує розподіл ресурсів та розширює демократичну участь». Багаторівневе врядування функціонує як цілісна система, ефективність якої забезпечується через поєднання низки взаємопов'язаних елементів. Зокрема, важливу роль відіграє вертикальна координація між національним, регіональним і локальним рівнями влади, що сприяє узгодженості політик і розподілу повноважень, а також горизонтальна взаємодія між інституціями одного рівня управління. Ключовим принципом є розподіл компетенцій із передачею повноважень на найближчий до громадян рівень, що забезпечує ефективність і доступність публічних послуг. Водночас фінансова децентралізація створює умови для ресурсної автономії різних рівнів влади, поєднуючи її з вимогами відповідального управління. Інституційно-правові засади визначають чіткий розподіл ролей і відповідальності, тоді як механізми міжурядових відносин забезпечують координацію, переговори та врегулювання конфліктів. Важливим компонентом є також залучення заінтересованих сторін – громадянського суспільства, приватного сектору та міжнародних організацій – до процесу прийняття рішень. У сукупності це доповнюється інструментами підзвітності та контролю, що гарантують прозорість, ефективність і відповідальність публічного управління [64]. Це формулювання є найбільш релевантним, враховуючи тенденції сучасного публічного управління, а також багаторівневе врядування у такій

сукупності елементів може бути критерієм оцінювання реальної ефективності реалізації євроінтеграційної політики.

Тож, відповідно до концепції багаторівневого врядування, рівнями реалізації євроінтеграційної політики в українському контексті будуть: наднаціональний (хоча Україна ще не є членом Європейського Союзу, проте вона орієнтується не суто на Угоду про асоціацію, а на весь *acquis communautaire*, що може час від часу зазнавати змін), національний, регіональний та локальний.

Із впровадженням/реалізацією євроінтеграційної політики пов'язаний термін «європеїзація» («*europization*»), хоча їх і не можна ототожнювати, адже останній є ширшим за європейську інтеграцію та охоплює «процеси формування, поширення та інституціоналізації формальних і неформальних правил, процедур, політичних парадигм, стилів, «способів дій», а також спільних переконань і норм, які спочатку визначаються та закріплюються у процесі формування державної політики та політичних процесів ЄС, а потім інтегруються в логіку внутрішнього дискурсу, ідентичностей, політичних структур та державної політики» [63, с. 213]. Європеїзація є більш тривалим процесом, адже закріплення на неформальному рівні значно складніше, ніж на законодавчому, що, в принципі і передбачає євроінтеграція (гармонізація з *acquis* ЄС). Спираючись на наведене визначення, можна зробити висновок, що європеїзація є ґрунтовнішою і відповідно, бажаним наслідком європейської інтеграції, коли мова йде про впровадження дійсно актуальних для національного контексту європейських тенденцій, норм, правил у публічних політиках.

У цьому контексті практична реалізація євроінтеграційної політики здійснюється через багатоступеневий процес імплементації права ЄС, який охоплює транспозицію норм *acquis* у національне законодавство, їх подальшу імплементацію через створення відповідних інституційних та адміністративних механізмів, а також забезпечення виконання (*enforcement*), що передбачає контроль за дотриманням і застосування відповідних санкцій.

Проте ця «тріада» відображає більшою мірою саме формально-інституційний вимір інтеграційного процесу, тоді як європеїзація охоплює

глибші трансформації, пов'язані з фактичним укоріненням європейських норм, стандартів і практик у національній системі публічного управління. З огляду на це, європеїзацію доцільно розглядати як системний результат європейської інтеграції, що відображає не лише формальне виконання вимог ЄС, але й їх реальне впровадження у політичний та управлінський ландшафт держави.

Продовжуючи контекст європеїзації та реалізації євроінтеграційної політики, варто розглянути три механізми європеїзації, які виділяє А. Тьоллер у своїй статті «Європеїзація публічних політик: розуміння ідіосинкратичних механізмів та контингентних результатів», базуючись на загальному масиві наукових робіт із цієї тематики: європеїзація через адаптацію, європеїзація через навчання, європеїзація через уникнення. Як мінімум, розгляд цих механізмів дозволяє глибше зрозуміти характер і ступінь впливу Європейського Союзу на трансформацію національних політик, у тому числі у сфері охорони здоров'я, адже хоч і європеїзація є глибшою за суто євроінтеграцію, механізми реалізації будуть ідентичні.

Європеїзація через адаптацію є найбільш поширеним механізмом і передбачає приведення національного законодавства та інституційної системи у відповідність до вимог *acquis communautaire* [66]. У контексті євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я це проявляється не лише у транспозиції норм права ЄС, але й у комплексній трансформації відповідної публічної політики як інтегрального, міжсекторального феномену. Зокрема, йдеться про адаптацію регуляторних підходів, економічних механізмів функціонування системи, моделей публічного управління, а також інституційних засад формування та реалізації політики, що охоплюють взаємодію соціальних, економічних, освітніх та політичних складових сфери охорони здоров'я.

Європеїзація через навчання – це більш м'який механізм впливу, що реалізується, насамперед, шляхом запозичення кращих практик, стандартів і управлінських підходів ЄС без прямого юридичного зобов'язання [66]. Повертаючись до сфери охорони здоров'я – це може проявлятися у впровадженні сучасних моделей управління медичними закладами, розвитку системи доказової

медицини, підвищенні якості надання медичних послуг відповідно до європейських стандартів, а також у використанні інструментів стратегічного планування та оцінювання політики.

Водночас європеїзація через уникнення полягає у формальному виконанні вимог ЄС без їх повноцінного впровадження у практику [66]. У контексті реформування системи охорони здоров'я це може проявлятися у прийнятті нормативно-правових актів, що відповідають *acquis* ЄС, без належного забезпечення інституційної спроможності, фінансових ресурсів або ефективних механізмів контролю за їх реалізацією. Наочним прикладом країни, що обрала шлях європеїзації через уникнення, є Греція, яка попри виконання формальних вимог Євросоюзу, мала низький рівень контролю за їх практичною реалізацією та й загалом, слабку адміністративну спроможність для цього.

Із викладеного вище випливає те, що євроінтеграційна політика постає як складний, багаторівневий процес (який відповідно поєднує наднаціональні, національні, регіональні, та локальні рівні реалізація). Її практичне втілення здійснюється, насамперед, через сукупність правових, інституційних і управлінських інструментів, тоді як європеїзація, тісно пов'язана із євроінтеграцією, відображає глибину внутрішніх трансформацій, що виходять за межі формальної імплементації *acquis* ЄС, хоча й це залежить від механізму самої європеїзації. У всьому цьому контексті сфера охорони здоров'я ви ступає як комплексний напрям публічної політики (не як частина соціальної), у межах якого поєднуються різні рівні врядування і механізми, що визначають ефективність євроінтеграційних процесів.

## **1.2. Модель політики у сфері охорони здоров'я Європейського Союзу: публічно-управлінський вимір.**

Ефективне вивчення й аналіз євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я передбачає розуміння вимог та орієнтирів, до яких країна прагне. Це зумовлює необхідність розгляду основних принципів, на яких

базується система охорони здоров'я в Європейському Союзі, зокрема, приділити увагу публічно-управлінському виміру.

У загальному вигляді політика охорони здоров'я в Європейському Союзі базується на кількох ключових «китах»: принципах публічного управління, спільних цінностях і стандартах охорони здоров'я, нормативно-правовій базі ЄС, а також міжсекторальному характері цієї політики.

Основні принципи і концепції публічного управління в ЄС включають: принцип пропорційності, принцип субсидіарності, багаторівневе врядування, належне врядування (що складається з дванадцяти). Враховуючи, що вони характерні для усіх публічних політик, це стосується і сфери охорони здоров'я.

Принцип пропорційності у формуванні політики у сфері охорони здоров'я означає обмеження втручання наднаціональних інституцій межами, необхідними для досягнення визначених цілей. Його закріплено статтею 5 Договору про функціонування Європейського Союзу. Принцип пропорційності передбачає, що заходи Євросоюзу мають бути придатними та необхідними для досягнення визначених цілей і не повинні створювати надмірного тягара порівняно з очікуваним результатом [44].

Як зазначається на веб-сайті Європейської комісії, політика та заходи Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я спрямовані на захист і покращення здоров'я населення, а також на підтримку модернізації та цифровізації систем охорони здоров'я. Водночас важливим пріоритетом є підвищення стійкості цих систем і забезпечення держав-членів необхідними ресурсами для ефективної профілактики та реагування на майбутні пандемічні загрози [33].

Принцип пропорційності тісно пов'язаний із принципом субсидіарності, згідно з яким ЄС діє лише тоді, коли це є більш ефективним, ніж дії на національному чи субнаціональному (регіональному, локальному) рівнях, а також із принципом наділення повноваженнями, відповідно до якого всі не передані Союзу компетенції залишаються за державами-членами.

Фактично поєднання цих двох принципів забезпечує збереження провідної ролі держав-членів у формуванні та реалізації політики охорони здоров'я, при цьому дозволяючи ЄС здійснювати регуляторний та координаційний вплив у сферах, що мають транскордонне значення.

Важливе місце у формуванні політики Європейського Союзу, у тому числі у сфері охорони здоров'я, займає концепція належного врядування (good governance). Нею визначено якісні характеристики процесу публічного управління. Належне врядування ґрунтується на дванадцяти принципах:

- 1) демократична участь;
- 2) права людини;
- 3) верховенство права;
- 4) публічна етика;
- 5) підзвітність;
- 6) відкритість і прозорість;
- 7) ефективне, результативне та раціональне управління;
- 8) лідерство, компетенції та потенціал;
- 9) чутливість до потреб (responsiveness);
- 10) раціональне управління фінансами та економікою;
- 11) сталий розвиток та довгострокова орієнтація;
- 12) відкритість до змін та інновацій [29].

У сфері охорони здоров'я ці принципи проявляються у формуванні політики на основі доказів (так звана *evidence-based policy*), координації між різними рівнями управління, а також у забезпеченні доступності, якості та ефективності публічних послуг тощо.

Логічним продовженням є розгляд того, як втілюються ці принципи належного врядування. Зокрема, реалізацією принципів підзвітності, чутливості до потреб, ефективного, результативного та раціонального управління, відкритості та прозорості є такі інструменти, як *ex-ante* та *ex-post* оцінювання (нерідко називають контролем, проте це більше інструменти саме оцінювання – «*ex-ante/ ex-post evaluation*») [38]. У практиці публічного управління Євросоюзу

ці інструменти є частиною циклу політики, це закріплено Європейською комісією у «Керівних принципах щодо покращення регулювання» («Better Regulation Guidelines»). Вони забезпечують обґрунтованість рішень, ефективність і результативність політики та підзвітність. Ex ante оцінювання – це аналіз потенційних наслідків політики до її прийняття. Його мета – зрозуміти, чи варто взагалі приймати рішення і який варіант є найкращим. Зазвичай це передбачає оцінювання економічного, соціального, екологічного впливів, адміністративних витрат тощо. Кожне оцінювання має свою методологію [32]. Ex-post оцінювання – це аналіз результатів політики після її реалізації. Мета – з’ясувати чи політика спрацювала (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Узагальнені етапи формування політики Європейського Союзу.  
 Складено автором на основі Better Regulation Guidelines [32]

Окрему увагу в системі формування та реалізації політики Євросоюзу варто приділити так званім Зеленій та Білій книгам (Green Paper, White Paper). Вони також пов’язані із концепцією належного врядування.

Зелені книги – це інструмент Європейської комісії, який використовується на початковому етапі формування політики з метою ініціювання публічного обговорення певної проблеми та визначення можливих напрямів її вирішення. На відміну від нормативних актів, Зелені книги не створюють юридичних зобов’язань, а виконують функцію консультативного документа, спрямованого на залучення широкого кола заінтересованих сторін – держав-членів, експертної

спільноти, бізнесу, громадянського суспільства та міжнародних організацій – до процесу формування політики. У сфері охорони здоров'я прикладами таких документів є Зелені книги щодо кадрового забезпечення системи охорони здоров'я (Green Paper on the European Workforce for Health) (2008), мобільного здоров'я (Green Paper on mobile health ("mHealth")) (2014) та здорового способу життя (Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic disease) (2005), які відображають міжсекторальний характер цієї політики та залучення різних акторів до її формування [37], [36]. [35].

Білі книги - це програмні документи Європейської Комісії, які містять конкретизовані пропозиції щодо розвитку політики та визначають стратегічні напрями її реалізації. На відміну від Зелених книг, які ініціюють дискусію, Білі книги є результатом попереднього аналізу та консультацій і відображають уже сформовану позицію Європейської Комісії щодо вирішення певної проблеми (таб. 1.1). Серед прикладів у сфері охорони здоров'я Біла книга «Разом заради здоров'я: стратегічний підхід для ЄС (2008-2013)» (White Paper “Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013”) та Біла книга щодо харчування і боротьби з ожирінням (White Paper on Nutrition, Overweight and Obesity-related health issues) (2007) [42]. Ці документи – додаткове свідчення щодо міжсекторального характеру політики у сфері охорони здоров'я та її орієнтації на довгострокові результати.

Таблиця 1.1.

Порівняння Зеленої та Білої книги на прикладах у сфері охорони здоров'я.

Узагальнено автором

| <b>Критерій</b>      | <b>Зелена книга</b>          | <b>Біла книга</b>                  |
|----------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <b>Загальна роль</b> | Ініціює обговорення проблеми | Формує конкретну політичну позицію |

## Продовження табл. 1.1

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Приклад у сфері охорони здоров'я</b> | Зелена книга щодо кадрового забезпечення системи охорони здоров'я (Green Paper on the European Workforce for Health) (2008) | Біла книга «Разом заради здоров'я: стратегічний підхід для ЄС (2008-2013)» (White Paper "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013") |
| <b>Фокус</b>                            | Проблеми кадрового забезпечення, мобільність, дефіцит персоналу   | Стратегічні цілі розвитку систем охорони здоров'я   |
| <b>Характер змісту</b>                  | Питання, альтернативи, варіанти рішень  | Чіткі напрями політики та чітко визначені заходи  |
| <b>Роль заінтересованих сторін</b>      | Активне залучення до дискусії   | Врахування результатів консультацій   |
| <b>Результат</b>                        | Формування порядку денного  | Основа для подальших політик і актів ЄС   |

Спільні цінності Європейського Союзу в галузі охорони здоров'я були виведені та закріплені ще у 2006 році. До них належать: універсальність, доступ до якісної медичної допомоги, справедливість та солідарність. Як зазначається у Висновках Ради Європейського Союзу щодо спільних цінностей та принципів у системах охорони здоров'я Європейського Союзу (Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems), «універсальність означає, що нікому не відмовляють у доступі до медичної допомоги; солідарність тісно пов'язана з фінансовою організацією наших національних систем охорони здоров'я та необхідністю забезпечити доступність для всіх; справедливість стосується рівного доступу відповідно до потреб, незалежно від етнічної приналежності, статі, віку, соціального статусу чи платоспроможності» [30]. Тим не менш, із плином часу та зміною як мінімум, політичного та правового ландшафту ЄС, ці цінності потребують певного переосмислення. Зокрема, М. Фрішгут, Б. Прайснак, Т. Герві, А. де Рюйтер, Т. Сокол, Н. Гулдемонд, Х. Кайон-Делас Куевас, А. ден Екстер, Н. Фейї, Г. М. О. Фаресї у своїй невеликій,

проте ґрунтовній статті обґрунтовують доцільність наступних змін. Пропонується перейти від розуміння цінностей як таких, що функціонують виключно в межах національних систем, до їх усвідомлення як спільної основи наднаціонального рівня, що відображає зростаючу спільну відповідальність ЄС і держав-членів за політику у сфері охорони здоров'я, готовність до криз та надання медичної допомоги. Важливим елементом такого підходу є запровадження конкретно орієнтованої преамбули, яка б спрямовувала інтерпретацію і реалізацію політики, акцентуючи увагу на правах людини, зокрема праві на охорону здоров'я, підході One Health<sup>1</sup>, захисті вразливих груп, принципі «нікого не залишити осторонь»<sup>2</sup>, а також на засадах незворотності та поступової реалізації [46, с. 1-2].

У межах оновленої моделі пропонується закріпити стислий і водночас комплексний набір базових цінностей, серед яких: людська гідність, свобода та автономія, універсальний доступ до медичної допомоги, рівність, стійкість і солідарність. Зазначені цінності розглядаються як такі, що діють кумулятивно та визначають як зміст політики, так і практику її реалізації. Водночас передбачається їх конкретизація через систему узгоджених принципів, які забезпечують операціоналізацію цінностей у практичній площині, зокрема через орієнтацію на пацієнта та його залучення, забезпечення приватності та захисту персональних даних, якості та безпеки, підзвітності, недискримінації, а також застосування підходів, заснованих на доказах і етичних засадах (рис. 1.2).

Таки підхід відображає реальну потребу в переході від фрагментованого, окремішнього розуміння політики охорони здоров'я до інтегрованої моделі, яка поєднуватиме як ціннісний, так і інституційний і управлінський виміри. Варто

---

<sup>1</sup> One Health – це інтегрований міжсекторальний підхід до забезпечення здоров'я, що ґрунтується на визнанні взаємозв'язку між здоров'ям людини, тварин і довкілля та передбачає координацію політики і дій у цих сферах; сформований у межах співпраці Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Продовольчої та сільськогосподарської організації ООН (ФАО), Програми ООН з навколишнього середовища (ЮНЕП) та Всесвітньої організації охорони здоров'я тварин (МЕБ).

<sup>2</sup> Leave no one behind (LNOB) – це ключовий принцип Порядку денного у сфері сталого розвитку до 2030 року, ухваленого Організацією Об'єднаних Націй, та Цілей сталого розвитку, який передбачає зобов'язання держав забезпечити подолання бідності, усунення дискримінації та соціального виключення, а також зменшення нерівностей і вразливостей, що перешкоджають повноцінній реалізації потенціалу кожної людини.

зазначити, що такі зміни дійсно мають актуальність з огляду на зростання транскордонних викликів у сфері охорони здоров'я.

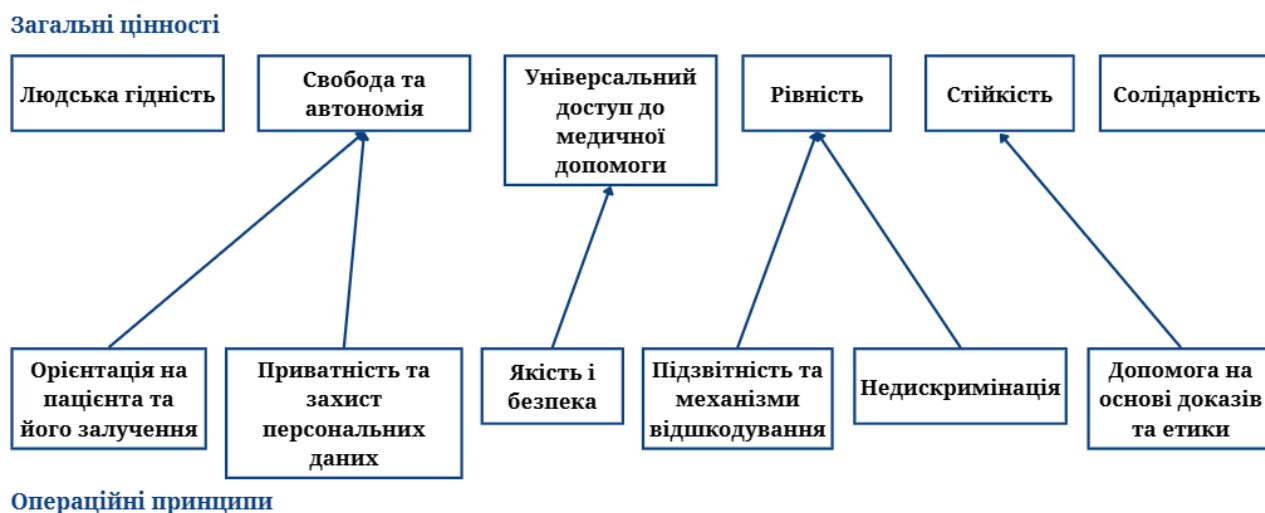


Рис. 1.2. Цінності та принципи політики охорони здоров'я ЄС. Джерело: перекладено автором на основі [46, с. 2]

Певною мірою на ці виклики відповідають ключові пріоритети Євросоюзу у сфері охорони здоров'я на 2024-2029 рр. Серед них:

1) «завершення формування Європейського союзу охорони здоров'я, диверсифікація ланцюгів постачання, розширення доступу до найсучасніших методів лікування, а також підвищення стійкості сектору охорони здоров'я та фармацевтики;

2) зменшення залежності від критично важливих лікарських засобів та їх компонентів шляхом ухвалення Акта про критично важливі лікарські засоби;

3) посилення заходів у сфері профілактики, зокрема щодо психічного здоров'я, серцево-судинних захворювань, онкології, а також лікування дегенеративних захворювань і досліджень аутизму;

4) забезпечення безпеки систем охорони здоров'я через реалізацію Європейського плану дій з кібербезпеки лікарень та постачальників медичних послуг;

5) спрощення та прискорення впровадження біотехнологій від лабораторії до ринку шляхом прийняття Європейського акта про біотехнології» [33].

Таким чином, окреслено модель політики у сфері Європейського Союзу. Варто зауважити, що вона не є «ідеальною», проте наразі є взірцем для України на її трансформаційному шляху. Важливо, що для України євроінтеграція у сфері охорони здоров'я означає не запозичення окремої моделі системи чи дублювання – це про наближення до цих принципів, стандартів і підходів публічного управління, що визначають функціонування цієї сфери в Європейському Союзі, із раціональною адаптацією до національного контексту, адже наразі немає жодної країни в світі, яка би мала ідентичний комплекс зовнішніх та внутрішніх викликів, які й формують потреби, на які має реагувати система охорони здоров'я. Відповідно, сліпе копіювання або ж згадана вище «європеїзація через уникнення» матимуть лиш негативні наслідки.

### **1.3. Методологічне обґрунтування дослідження та джерельна база.**

Цей підрозділ має на меті окреслити методологічне обґрунтування дослідження, його обмеження та висвітлити джерельну базу, яка лягла в основу роботи. Це є важливим з точки зору того, що саме авторитетність та доказовість джерел є значним внеском у якість дослідження.

Методологічне обґрунтування дослідження євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я визначається, насамперед, специфікою самого об'єкта дослідження, який не може бути адекватно проаналізований у межах вузького галузевого або суто нормативного підходу. Мова йде про складний, багаторівневий та міжсекторальний напрям публічної політики, який поєднує правові, інституційні, управлінські та соціально-економічні компоненти. Саме тому методологія дослідження ґрунтується на поєднанні кількох взаємодоповнюючих теоретичних підходів і аналітичних інструментів, що дозволяють розглянути євроінтеграційну політику не лише як процес формального наближення законодавства до *acquis* Європейського Союзу, але і як глибшу трансформацію системи публічного управління.

Важливим методологічним рішенням є використання категорії «сфера охорони здоров'я», а не «медична сфера». Це обумовлено тим, що останнє поняття є значно вузьким за змістом і фактично зводить аналіз до системи надання медичної допомоги, ігноруючи ширший контекст формування та збереження здоров'я населення. Натомість сфера охорони здоров'я охоплює не лише лікування, але й профілактику захворювань, громадське здоров'я, епідеміологічний нагляд, фармацевтичне регулювання, а також вплив соціальних, економічних і екологічних факторів. Такий підхід дійсно відповідає як європейській практиці, так і логіці правового регулювання, закладеній в Угоді про асоціацію (у ній питання здоров'я інтегровані в низку суміжних політик, що підтверджує їх міжсекторальний характер – у статті 427 Угоди).

Водночас важливо зазначити, що сфера охорони здоров'я не може розглядатися як суто складова соціальної сфери. Попри беззаперечну наявність соціального виміру, її редукція до соціальної політики є методологічно некоректною. По-перше, охорона здоров'я має виражений регуляторний компонент, що охоплює стандарти якості та безпеки, фармацевтичне право, технічне регулювання медичних виробів – це вже виходить за межі традиційного розуміння соціального забезпечення. По-друге, вона включає значний науковий та технологічний елемент, пов'язаний із впровадженням інновацій, доказової медицини та цифровізації. По-третє, у межах Європейського Союзу охорона здоров'я функціонує як окремий напрям політики із власними інструментами, механізмами координації та нормативно-правовою базою, а не як підгалузь соціальної політики. Окрім того, аналіз структури *acquis* ЄС і Національної програми адаптації законодавства України до права ЄС показує, що питання охорони здоров'я інтегровано у різні сфери – і в статистику, і в екологію, і у внутрішній ринок, що остаточно підтверджує її міжсекторальний характер.

Відповідно, дослідження базується на розумінні охорони здоров'я як комплексного феномену, що формується на перетині різних сфер публічного управління. Це визначає і вибір теоретичних підходів. Важливою є концепція багаторівневого врядування, адже вона дозволяє пояснити розподіл повноважень

між наднаціональним, національним, регіональним і локальним рівнями, а також характер їх взаємодії. У контексті євроінтеграції це важливо, оскільки політика у сфері охорони здоров'я формується і реалізується не лише державою, але і за участі інституцій Європейського Союзу, міжнародних організацій та інших акторів. Це дозволяє відійти від більш державоцентричної логіки і розглядати політику як результат взаємодії різних рівнів управління.

Другим концептуальним елементом є підхід європеїзації, який використовується для аналізу трансформації національної політики під впливом ЄС. Його застосування дозволяє розрізнити формальну адаптацію законодавства і реальні зміни у практиці публічного управління. Особливу увагу приділено механізмам європеїзації, зокрема через адаптацію, навчання та уникнення, що дає змогу пояснити асиметрію між швидкістю імплементації *acquis* та ефективністю їх застосування.

Важливе місце займає також концепція належного врядування, яка тут використовується як аналітичний інструмент для оцінки якості публічного управління у сфері охорони здоров'я. Використання зумовлено тим, що ця концепція дозволяє вийти за межі звичайного аналізу законодавства і оцінити такі аспекти, як підзвітність, прозорість, ефективність, участь та орієнтація на результат (загалом оцінити по дванадцяти принципах належного врядування). У доповнення цього застосовується аналіз наявності механізмів *ex-ante* та *ex-post* оцінювання.

Методичний інструментарій дослідження сформовано відповідно до зазначених теоретичних підходів. Центральне місце займає нормативно-правовий аналіз, адже він істинно дозволяє дослідити зміст і структуру євроінтеграційних зобов'язань України, зокрема в межах Угоди про асоціацію та *acquis* ЄС. Він доповнюється контент-аналізом стратегічних і програмних документів – це дає змогу виявити пріоритети політики та ступінь інтеграції питань охорони здоров'я у різні сфери. Порівняльний аналіз використовується для співставлення української моделі з європейськими підходами, інституційний

аналіз – для оцінки спроможності органів публічної влади забезпечувати реалізацію політики.

Джерельна база дослідження сформована з урахуванням критеріїв авторитетності, доказовості та релевантності. Її основу становлять нормативно-правові акти Європейського Союзу та України, які визначають рамки євроінтеграційної політики. Не обійшлося і без офіційних джерел, зокрема, матеріалів органів державної влади України та інституцій ЄС – вони дають змогу простежити фактичний стан реалізації політики. Окрему групу становлять звіти міжнародних організацій, насамперед, Всесвітньої організації охорони здоров'я, адже базуються на стандартизованих методологіях і забезпечують високий рівень доказовості.

Окреме місце мають звіти Рахункової палати, що пов'язано з тим, що вони дають реальну картину для аналізу фактичної реалізації євроінтеграційної політики та визначення проблем в Україні. В них зафіксовано конкретні управлінські та фінансові проблеми, виявлено неефективність використання ресурсів.

Загалом ця логіка дослідження – про поєднання теоретичного і прикладного рівнів аналізу. Спочатку окреслюються концептуальні засади, що дозволяють зрозуміти природу євроінтеграційної політики, після чого здійснюється аналіз її правового, інституційного та практичного аспектів.

Разом із тим, дослідження має ряд обмежень, які необхідно враховувати при інтерпретації його результатів. Перш за все, це проблеми з доступністю та якістю статистичних даних у сфері охорони здоров'я в Україні. Фрагментарність інформації, відсутність повністю інтегрованих реєстрів і обмежена достовірність окремих показників ускладнюють застосування доказового підходу та обмежують можливості кількісного аналізу.

Другим обмеженням є розрив між імплементацією *acquis* ЄС і практикою його застосування. Значна частина реформ має умовний характер, що створює ризик переоцінки рівня євроінтеграції у разі опори виключно на нормативно-

правові акти. Тож, дослідження потребує залучення додаткових емпіричних даних, які, однак, не завжди є повними або доступними.

Третім обмеженням є обсяг магістерської роботи, який не дозволяє охопити весь масив інформації сфері охорони здоров'я. Це зумовлює необхідність вибіркового підходу до аналізу та зосередження на найбільш релевантних аспектах політики.

Окремим фактором, що впливає на результати дослідження, є умови повномасштабної агресії росії проти України, які суттєво змінюють контекст функціонування системи охорони здоров'я. Це проявляється у нестабільності даних, зміні пріоритетів державної політики та обмеженому доступі до інформації. Водночас ці обставини не можуть бути повністю враховані в межах дослідження, що також становить його обмеження.

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

У першому розділі сформовано теоретико-методологічну основу дослідження євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я, що дозволило комплексно визначити сутність цього процесу, окреслити його ключові характеристики та підходи до його вивчення.

Обґрунтовано, що євроінтеграційна політика є не лише напрямом зовнішньої політики чи виявом формальної правової адаптації, а складним багаторівневим процесом, який реалізується через взаємодію наднаціонального, національного, регіонального та локального рівнів. Встановлено доцільність розмежування понять «євроінтеграція» та «європеїзація». Якщо перша зосереджена на формальній адаптації до *acquis* ЄС, то друга відображає глибші зміни, пов'язані з реальним впровадженням норм, стандартів і управлінських практик. Аналіз механізмів європеїзації (адаптація, навчання, уникнення) дозволяє пояснити наявність розриву між змінами *де-юре* та ефективністю політики *де-факто*.

Дослідження моделі політики Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я показало, що вона базується на поєднанні принципів публічного управління (зокрема субсидіарності, пропорційності, належного врядування тощо), спільних цінностей та розвинених інструментів формування політики. Ця політика має міжсекторальний характер, а її реалізація ґрунтується на доказовості, координації між рівнями влади та залученні заінтересованих сторін.

У межах методологічного обґрунтування доведено доцільність використання категорії «сфера охорони здоров'я», яка є ширшою за поняття «медична сфера». Аргументовано, що охорона здоров'я не може розглядатися як виключно частина соціальної політики, оскільки інтегрується у різні напрями публічної політики, що підтверджує її міжсекторальний характер. Джерельна база сформована з урахуванням принципів авторитетності та доказовості й включає нормативно-правові акти, офіційні матеріали, аналітичні звіти міжнародних організацій та результати аудитів Рахункової палати.

Визначено ключові обмеження дослідження, зокрема, проблеми наявності та якості статистичних даних, розрив між формальною імплементацією норм ЄС і практикою їх застосування, обмеженість обсягу роботи та вплив зовнішніх факторів, насамперед, російської агресії, на функціонування системи охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАВОВІ ТА ІНСТИТУЦІЙНІ ЗАСАДИ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Правові основи євроінтеграційного курсу України у сфері охорони здоров'я.

Правові основи євроінтеграційного курсу України у сфері охорони здоров'я, що логічно, мають багаторівневий характер і охоплюють ряд нормативно-правових актів – від положень Конституції до міжнародно-правових зобов'язань та національного законодавства, що забезпечує імплементацію *acquis* Європейського Союзу.

Перш за все, варто почати із конституційного закріплення стратегічного курсу України на членство в Європейському Союзі. Перша відповідна згадка міститься в урочистій частині документу – преамбулі, яка хоч і вказує на «підтвердження європейської ідентичності Українського народу», проте не містить норм права і не має юридичної сили. Надалі євроатлантичний курс України підтверджується статтями 85, 102 та 116, які визначають повноваження Верховної Ради, Президента України та Кабінету Міністрів України відповідно [8].

У Законі України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» Україна фігурує як «європейська держава», а самі засади внутрішньої політики викладені крізь призму європейських стандартів. Серед основних засад зовнішньої політики наявне «забезпечення інтеграції України в європейський політичний, економічний, правовий простір з метою набуття членства в Європейському Союзі» (частина 2 статті 11) [16].

Важливим елементом правового забезпечення євроінтеграційної політики України є Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу», яким затверджено відповідну програму адаптації. Саме ця програма визначає

системний підхід до наближення національної правової системи до *acquis* ЄС, розглядаючи адаптацію законодавства як поетапний і цілеспрямований процес приведення нормативно-правових актів України у відповідність до права Європейського Союзу.

У межах Загальнодержавної програми адаптації законодавства встановлено основні принципи та напрями цього процесу, зокрема, пріоритетність сфер, що мають стратегічне значення для європейської інтеграції, поетапність і системність змін, а також узгодженість нормотворчої діяльності органів державної влади. Програма також визначає організаційні засади адаптації, передбачено координацію діяльності органів державної влади з метою забезпечення ефективного наближення до *acquis* ЄС [13].

Важливою складовою програми є визначення механізмів адаптації, серед яких – гармонізація, імплементація та моніторинг відповідності національного законодавства праву Європейського Союзу. При цьому адаптація розглядається не лише як формальне відтворення норм ЄС, а як комплексний процес трансформації правової системи, що охоплює зміну підходів до регулювання, адміністративних процедур і практики правозастосування.

У контексті євроінтеграційної політики у сфері охорони здоров'я значення Загальнодержавної програми адаптації законодавства полягає в тому, що саме через передбачені нею механізми забезпечується впровадження європейських стандартів якості та безпеки, а також інших елементів, що формують сучасну модель політики охорони здоров'я.

Співзвучним за назвою, проте іншим за змістом із Загальнодержавною програмою адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу є Національна програма адаптації законодавства України до права Європейського Союзу (*acquis* ЄС), яка затверджується постановою Кабінету Міністрів України (затверджена 01 квітня 2026 року). Національна програма адаптації законодавства побудована відповідно до структури *acquis* ЄС та охоплює ключові сфери політики. У межах кожного напрямку визначаються конкретні нормативно-правові акти ЄС, що підлягають імплементації, строки їх

впровадження, відповідальні органи державної влади та форми реалізації відповідних зобов'язань.

Аналіз структури Національної програми адаптації законодавства України до *acquis* ЄС свідчить про виражений міжсекторальний характер політики у сфері охорони здоров'я. Зокрема, окремий розділ 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я» безпосередньо охоплює медичну складову та містить положення, спрямовані на імплементацію відповідних стандартів ЄС у цій сфері. Водночас питання, пов'язані з охороною здоров'я, не обмежуються виключно цим розділом, а інтегруються в інші напрями політики, що відображені у структурі Національної програми.

Так, у межах розділу 18 «Статистика» передбачено формування та гармонізацію системи збору, обробки та аналізу даних, у тому числі у сфері здоров'я населення, що є необхідною передумовою для прийняття обґрунтованих управлінських рішень та забезпечення відповідності європейським стандартам. У розділі 19 «Соціальна політика та зайнятість» охорона здоров'я постає як складова ширшого соціального виміру, зокрема у контексті забезпечення соціального захисту, умов праці, безпеки на робочому місці та доступу до медичних послуг. Окрім того, опосередковано питання охорони здоров'я пов'язані й з іншими сферами: захист довкілля, безпека харчових продуктів, регулювання фармацевтичного ринку та функціонування внутрішнього ринку [14].

Ключовим нормативно-правовим актом, що визначає зміст та напрями євроінтеграційної політики України, є Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом (Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони) (поточна редакція – від 14 жовтня 2025 року). Її особливістю є встановлення юридично зобов'язуючих положень щодо наближення законодавства України до права ЄС, що здійснюється шляхом імплементації конкретних актів *acquis* ЄС, визначених у додатках до Угоди.

Загальні засади співробітництва у сфері охорони здоров'я закріплені у статті 426 Угоди (Глава 22 – Громадське здоров'я), яка передбачає розвиток співпраці між Україною та ЄС з метою підвищення рівня захисту здоров'я населення, зокрема через запобігання захворюванням, боротьбу з інфекційними хворобами, обмін інформацією та зміцнення системи громадського здоров'я. Статтею 427 деталізується співробітництво [26].

Водночас значна частина норм, що безпосередньо впливають на сферу охорони здоров'я, закріплена у суміжних розділах Угоди. Зокрема, глава 4 розділу IV, присвячена санітарним та фітосанітарним заходам, передбачає імплементацію стандартів ЄС у сфері безпеки харчових продуктів, що має прямий вплив на захист здоров'я населення. У цьому контексті Україна зобов'язується наблизити своє законодавство до відповідних регламентів і директив ЄС, що регулюють гігієну харчових продуктів, контроль безпечності та запобігання ризикам для здоров'я.

Окремий блок норм стосується технічного регулювання (глава 3 розділу IV), який передбачає наближення до законодавства ЄС щодо стандартів продукції, включаючи медичні вироби. Це охоплює впровадження вимог щодо оцінки відповідності, маркування, а також контролю за якістю продукції, що використовується у медичній сфері.

У сфері фармацевтичного регулювання важливими є положення, які передбачають наближення до acquis ЄС у частині обігу лікарських засобів, включаючи вимоги до їх реєстрації, виробництва та контролю якості. Ці зобов'язання деталізуються у відповідних додатках до Угоди, які містять перелік актів ЄС, що підлягають імплементації.

Певно, найбільш важливим елементом Угоди є саме її додатки, які мають обов'язковий характер і визначають конкретні нормативно-правові акти Європейського Союзу, що підлягають впровадженню в національне законодавство України. Наявність чітко визначених строків імплементації дозволяє здійснювати моніторинг виконання зобов'язань України та оцінювати ступінь наближення її законодавства до acquis ЄС.

Нормативно-правові акти, що підлягають імплементації за Розділом 22 Громадське здоров'я, розбиті на ряд блоків: тютюн; інфекційні захворювання; кров; тканини, клітини та органи; психічне здоров'я – наркотична залежність; алкоголь; ракові захворювання; попередження травматизму та пропагування безпеки. Загалом цей розділ налічує 17 актів.

Водночас слід зазначити, що Угода про асоціацію охоплює не весь *acquis* Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я. Зокрема, поза межами зобов'язань України залишаються окремі акти ЄС, які регулюють транскордонну медичну допомогу, мобільність медичних працівників, а також сучасні механізми реагування на загрози здоров'ю.

До таких актів належить, зокрема, Директива 2011/24/ЄС про застосування прав пацієнтів у транскордонному медичному обслуговуванні, що визначає умови отримання медичної допомоги в інших державах-членах ЄС та механізми відшкодування відповідних витрат. Також до них відноситься Директива 2005/36/ЄС про визнання професійних кваліфікацій, що регулює питання доступу медичних працівників до професійної діяльності в межах Європейського Союзу.

Також поза межами Угоди залишаються нові акти ЄС, прийняті в межах формування Європейського союзу охорони здоров'я, зокрема Регламент (ЄС) 2022/2371 про серйозні транскордонні загрози здоров'ю, який встановлює механізми координації держав-членів ЄС у разі виникнення кризових ситуацій у сфері громадського здоров'я, і також регулює обмін інформацією та спільні заходи реагування на ці загрози.

Також є акти, які стосуються цифровізації сфери охорони здоров'я, зокрема регулювання Європейського простору даних у сфері охорони здоров'я, які на момент укладення Угоди про асоціацію не були прийняті та, відповідно, не включені до переліку зобов'язань України.

Це дає підґрунтя зробити висновок, що правове регулювання охорони здоров'я в Європейському Союзі є ширшим за обсяг зобов'язань, передбачених Угодою про асоціацію. Це, в свою чергу, свідчить про поступовий характер

євроінтеграції України та необхідність подальшого наближення до *acquis* ЄС у разі поглиблення інтеграційних процесів. Вступ до Європейського Союзу ознаменує новий етап імплементації актів ЄС – вже тих, які впроваджують саме держави-члени.

Національне законодавство також вартує уваги, адже це – про теперішній стан правового ландшафту та основа подальших євроінтеграційних змін. Системоутворюючим у контексті громадського здоров'я є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Предмет регулювання Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» охоплює відносини, пов'язані з організацією системи охорони здоров'я, наданням медичної допомоги, забезпеченням санітарного та епідемічного благополуччя населення, а також реалізацією прав і обов'язків пацієнтів та медичних працівників.

У Законі закріплено принципи охорони здоров'я, зокрема: пріоритетність цієї сфери у діяльності держави, доступність медичної допомоги, рівність громадян у сфері охорони здоров'я, гуманістичну спрямованість та наукову обґрунтованість [11]. Ці принципи є орієнтирами формування державної політики та подальшого розвитку законодавства. Авжеж, значне місце займають положення щодо прав громадян, зокрема: права на охорону здоров'я, медичну допомогу, інформацію про стан здоров'я та безпечні умови життя. Ці норми – база для подальшого розвитку інституту прав пацієнтів.

Законом також визначено повноваження Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та інших органів виконавчої влади шляхом розподілу компетенцій у сфері формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Також урегульовано засади організації системи охорони здоров'я, включно зі структурою закладів, формами власності та джерелами фінансування; встановлено загальні підходи до надання медичної допомоги та правовий статус медичних працівників.

У контексті євроінтеграційної політики України цей Закон не містить безпосередніх механізмів впровадження актів права Європейського Союзу, однак

це нормативна основа, в межах якої здійснюється подальше наближення національного законодавства до *acquis* ЄС.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено правові засади фінансування системи охорони здоров'я, встановлено механізми забезпечення населення медичними послугами за рахунок видатків державного бюджету. Його прийняття в 2017 році стало одним із основних етапів реформування системи охорони здоров'я, оскільки змінило підходи до організації та оплати медичних послуг. Цим законом запроваджено програму державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, яка, в свою чергу, визначає перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, що підлягають оплаті за рахунок державних коштів.

Щодо цього ж акту, варто зазначити, що встановлення принципу оплати за надані медичні послуги, що передбачає спрямування бюджетних коштів залежно від фактично наданих послуг, є дійсно важливим. Цей підхід реалізується через укладення договорів про медичне обслуговування населення. Закон також визначає гарантії доступу населення до медичної допомоги шляхом надання медичних послуг у межах програми державних фінансових гарантій безоплатно для пацієнтів. Це, насамперед, спрямовано на забезпечення рівного доступу до медичної допомоги незалежно від матеріального становища особи [12].

Додатково – передбачено можливість поєднання державного фінансування з іншими джерелами (зокрема, добровільним медичним страхуванням та оплатою послуг, що не входять до програми державних гарантій), яка дає змішану модель фінансування системи охорони здоров'я.

Наступний акт – Закон України «Про систему громадського здоров'я». У ньому викладено правові та організаційні засади функціонування системи громадського здоров'я та врегульовано відносини, пов'язані із збереженням і зміцненням здоров'я населення, профілактикою захворювань і реагуванням на загрози для здоров'я. Закон встановлює основні напрями діяльності у сфері громадського здоров'я (епідеміологічний нагляд, моніторинг стану здоров'я населення, профілактику інфекційних і неінфекційних захворювань) та заходи,

спрямовані на мінімізацію впливу факторів ризику. Передбачено систематичний збір та аналіз даних, що мав би забезпечувати наявність інформаційного підґрунтя для прийняття управлінських рішень, проте де-факто ситуація в сфері медичної статистики залишає бажати кращого [18].

Значну увагу приділено правовому регулюванню реагування на загрози у сфері громадського здоров'я, зокрема, щодо виникнення та поширення інфекційних хвороб. Закон передбачає застосування комплексу заходів, спрямованих на запобігання поширенню захворювань, локалізацію спалахів та мінімізацію їх наслідків. Закон також визначає повноваження органів державної влади у сфері громадського здоров'я. При цьому акцент зроблено на координації дій між різними органами та забезпеченні узгодженості заходів у цій сфері.

Окремий блок положень стосується міжсекторальної взаємодії, що передбачає врахування впливу різних факторів, зокрема соціальних, екологічних та економічних, на стан здоров'я населення. Тобто це підхід, за якого забезпечення громадського здоров'я не обмежується системою медичної допомоги, а охоплює ширше коло суспільних відносин, що якнайбільше є відблиском європейської моделі охорони здоров'я.

Закон України «Про лікарські засоби» визначає правові та організаційні засади обігу лікарських засобів в Україні та регулює відносини, пов'язані з їх розробленням, дослідженням, виробництвом, реєстрацією, контролем якості, імпортом, експортом і застосуванням. Законом встановлюються вимоги до державної реєстрації лікарських засобів як обов'язкової умови їх допуску на ринок, що передбачає оцінку їх якості, безпеки та ефективності. Висвітлено аспекти контролю якості лікарських засобів на всіх етапах їх обігу (виробництво, зберігання, транспортування, реалізація). Також передбачається здійснення державного нагляду за дотриманням встановлених вимог, що спрямовано на запобігання потраплянню на ринок неякісних або фальсифікованих препаратів.

Закон регулює проведення доклінічних і клінічних випробувань лікарських засобів, викладено вимоги до їх організації та проведення. Мета – отримання

науково обґрунтованих даних щодо ефективності та безпеки лікарських засобів до їх широкого застосування [17].

Важливим елементом правового регулювання є встановлення вимог до фармаконагляду, що передбачає моніторинг безпеки лікарських засобів після їх введення в обіг та виявлення побічних реакцій. Це мало б дозволити своєчасно реагувати на ризики, пов'язані із застосуванням лікарських засобів.

Законом також визначено правила реклами лікарських засобів, їх відпуску та застосування, що є спробою забезпечення раціонального використання лікарських препаратів, та захист прав пацієнтів.

У контексті євроінтеграційної політики України Закон України «Про лікарські засоби» встановлює правову основу для наближення національного регулювання до вимог Європейського Союзу у сфері фармацевтичного права, зокрема щодо реєстрації, контролю якості та безпеки лікарських засобів.

## **2.2. Інституційний аспект реформування системи охорони здоров'я в Україні.**

Реалізація євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я забезпечується через відповідну інституційну систему, яка охоплює органи державної влади, спеціалізовані установи та інші суб'єкти, залучені до формування і виконання державної політики у цій сфері.

Починаючи з основ – Верховна Рада України здійснює законодавче регулювання цієї сфери та визначає основні засади державної політики. Відповідно до статті 85 Конституції України до повноважень Верховної Ради України належить прийняття законів, визначення засад внутрішньої і зовнішньої політики, а також затвердження загальнодержавних програм. Саме в межах цих повноважень Верховною Радою України прийнято базові акти у сфері охорони здоров'я, зміст яких було викладено вище.

Окрім того, Верховна Рада України здійснює бюджетні повноваження, що мають безпосереднє значення для функціонування системи охорони здоров'я.

Зокрема, відповідно до тієї ж статті 85 Конституції України парламент затверджує Державний бюджет України, у якому визначаються обсяги фінансування медичних послуг, програм громадського здоров'я та інших заходів у цій сфері [8].

Важливим інструментом є також парламентський контроль. Відповідно до статті 85 Конституції України Верховна Рада України здійснює контроль за діяльністю Кабінету Міністрів України, що охоплює, зокрема, реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. Це передбачає заслуховування звітів, проведення парламентських слухань та діяльність профільних комітетів.

Щодо профільних комітетів – Верховна Рада України в своїй структурі має Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, який забезпечує попередній розгляд законопроектів, підготовку висновків і пропозицій щодо законодавчих змін у сфері охорони здоров'я.

Верховна Рада України забезпечує прийняття законів, спрямованих на наближення національного законодавства до права Європейського Союзу, зокрема, через імплементацію положень Угоди про асоціацію та адаптацію законодавства до *acquis* ЄС.

Центральне місце у забезпеченні реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я займає Кабінет Міністрів України як вищий орган у системі органів виконавчої влади.

Відповідно до статті 116 Конституція України Кабінет Міністрів України забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, соціального захисту та інших сферах, а також розробляє і забезпечує виконання загальнодержавних програм [8]. Тобто саме на рівні Кабміну відбувається організація виконання законів та практична реалізація політичних рішень у сфері охорони здоров'я.

Правовий статус і повноваження Кабінету Міністрів України деталізовано у Законі України «Про Кабінет Міністрів України», відповідно до якого уряд забезпечує реалізацію державної політики шляхом прийняття нормативно-правових актів (постанови та розпорядження), організації виконання законів та

координації діяльності центральних органів виконавчої влади (Міністерства охорони здоров'я, зокрема).

У сфері охорони здоров'я Кабмін приймає підзаконні нормативно-правові акти, які конкретизують положення законів, зокрема щодо функціонування системи фінансування медичних послуг, організації надання медичної допомоги та реалізації заходів у сфері громадського здоров'я. Окремим напрямом його діяльності є забезпечення фінансування системи охорони здоров'я. Кабінет Міністрів України розробляє проєкт Державного бюджету України, у якому визначаються обсяги видатків на медичне обслуговування населення, а також забезпечує виконання бюджету у відповідній частині.

Кабмін визначає спрямування і забезпечує координацію діяльності центральних органів виконавчої влади, зокрема, того ж Міністерства охорони здоров'я України та інших органів, що здійснюють реалізацію політики у цій сфері.

Ключовим органом у системі реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є профільне міністерство – Міністерство охорони здоров'я України. Це центральний орган виконавчої влади, відповідальний за формування та реалізацію державної політики у цій сфері.

Правовий статус та повноваження Міністерства охорони здоров'я України визначені Положенням про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України [15]. Відповідно до цього акту Міністерство є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування політики у сфері охорони здоров'я, а також її реалізацію через підпорядковані органи та установи (про них – далі).

До основних повноважень міністерства належить розроблення нормативно-правових актів, включаючи проєкти законів, актів Кабінету Міністрів України та власних нормативних актів. Через цю функцію Міністерство визначає зміст державної політики у сфері охорони здоров'я та забезпечує її нормативне закріплення. МОЗ встановлює стандарти медичної допомоги, затверджує клінічні протоколи, визначає вимоги до якості та безпеки

медичних послуг. В ідеалі це має забезпечувати уніфікацію підходів до надання медичної допомоги та створювати правову основу для контролю її якості.

Окремим напрямом діяльності МОЗ є формування політики у сфері громадського здоров'я (як раз таки, той Розділ 22 Угоди про асоціацію), що включає визначення підходів до профілактики захворювань, організації епідеміологічного нагляду та реагування на загрози для здоров'я населення. У цьому аспекті МОЗ забезпечує нормативне оформлення системи громадського здоров'я відповідно до підходів, закріплених у національному законодавстві. У сфері фармацевтичного регулювання міністерство формує політику щодо обігу лікарських засобів, визначає вимоги до їх державної реєстрації, контролю якості, клінічних випробувань та фармаконагляду. Це забезпечує функціонування системи допуску лікарських засобів на ринок та контроль їх безпеки. Міністерство здійснює координацію діяльності центральних органів виконавчої влади та установ, що належать до сфери його управління, включаючи органи, відповідальні за фінансування медичних послуг, громадське здоров'я та фармацевтичний контроль.

МОЗ бере безпосередню участь у реформуванні системи охорони здоров'я. Зокрема, Міністерство виступило ініціатором та розробником нормативної бази для переходу до нової моделі фінансування медичних послуг, закріпленої у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Окрім того, МОЗ також здійснює нормативне забезпечення впровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка використовується для обліку медичних послуг та адміністрування фінансових гарантій. В аспекті євроінтеграційної політики Міністерство охорони здоров'я забезпечує адаптацію національного законодавства до acquis ЄС, бере участь у виконанні зобов'язань за Угодою про асоціацію, а також координує впровадження відповідних актів права Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я. Як зазначено на офіційному веб-сайті органу, Угода про асоціацію містить 116 пунктів, які підлягають імплементації і в них визначено Міністерство охорони здоров'я як відповідальний орган.

Ще одним елементом інституційної системи у сфері охорони здоров'я є Національна служба здоров'я України, яка забезпечує реалізацію державної політики у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Правовий статус та повноваження Національної служби здоров'я України визначаються Положенням про Національну службу здоров'я України (затверджене постановою Кабміну). Відповідно до цього акта НСЗУ є центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [20].

Основною функцією НСЗУ є укладення договорів про медичне обслуговування населення з надавачами медичних послуг. У межах цих договорів визначаються умови надання медичних послуг, їх обсяг та порядок оплати, що свого роду є переходом до договірної моделі взаємодії у системі охорони здоров'я. НСЗУ здійснює оплату медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету відповідно до програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Тобто фінансування спрямовується залежно від фактично наданих послуг. Окремим напрямом діяльності є адміністрування програми медичних гарантій, що включає визначення переліку медичних послуг, тарифів та умов їх надання в межах відповідного бюджетного періоду. НСЗУ також здійснює контроль за виконанням умов договорів, зокрема щодо обсягу та якості наданих медичних послуг, що дозволяє забезпечити цільове використання бюджетних коштів. Сучасним інструментом діяльності НСЗУ є використання електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка забезпечує облік медичних послуг, укладення декларацій із пацієнтами та обробку даних, необхідних для здійснення фінансування.

Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками здійснює державний контроль у сфері обігу лікарських засобів та регулювання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Її правовий статус визначено Положенням про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, відповідно до якого служба є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується через

Міністерство охорони здоров'я. До компетенції служби належить здійснення державного нагляду (контролю) за дотриманням вимог законодавства щодо якості лікарських засобів на всіх етапах їх обігу – від виробництва до реалізації кінцевому споживачу. У межах цих повноважень проводяться перевірки суб'єктів господарювання, відбір зразків продукції та лабораторний контроль. Служба здійснює ліцензування видів господарської діяльності у сфері виробництва, імпорту та оптової і роздрібною торгівлі лікарськими засобами. Окремий напрям становить державне регулювання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що включає видачу дозволів, ведення відповідних реєстрів та контроль за дотриманням умов їх використання. До функцій служби належить також здійснення державного ринкового нагляду щодо медичних виробів, включно із перевіркою їх відповідності встановленим технічним регламентам та вимогам безпеки. Діяльність служби охоплює впровадження регуляторних підходів, пов'язаних із забезпеченням належних практик у фармацевтичній сфері, зокрема належної виробничої практики, належної дистрибуторської практики та ряду інших стандартів, що застосовуються до лікарських засобів.

Центр громадського здоров'я МОЗ України функціонує як державна установа у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України та забезпечує виконання завдань у сфері громадського здоров'я. Його діяльність пов'язана із здійсненням епідеміологічного нагляду (включає збір, аналіз та інтерпретацію даних щодо поширення інфекційних і неінфекційних захворювань); на основі цих даних формуються пропозиції щодо заходів реагування та профілактики. До функцій Центру також належить організація заходів з профілактики захворювань (імунопрофілактика, контроль факторів ризику, інформаційно-просвітницька діяльність також), лабораторний супровід епідеміологічного нагляду, що забезпечується через взаємодію з мережею лабораторних установ. Центр забезпечує підготовку аналітичних матеріалів та рекомендацій для органів державної влади, що використовуються при прийнятті управлінських рішень у сфері громадського здоров'я. Його діяльність охоплює

також координацію заходів у разі виникнення загроз для здоров'я населення, зокрема спалахів інфекційних захворювань.

Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України» здійснює експертне забезпечення державної політики у сфері обігу лікарських засобів. Основним напрямом діяльності підприємства є проведення науково-експертної оцінки матеріалів, поданих для державної реєстрації лікарських засобів. До функцій підприємства належить ще й супровід проведення клінічних випробувань лікарських засобів, включно із експертизою відповідних матеріалів та контролем за дотриманням встановлених вимог. Підприємство бере участь у розробленні нормативних документів у сфері обігу лікарських засобів, а також забезпечує інформаційний супровід відповідних процесів, включно із веденням реєстрів лікарських засобів. Його діяльність тісно пов'язана із застосуванням підходів до оцінки лікарських засобів, що відповідають міжнародним практикам регуляторних органів, зокрема у частині проведення експертизи та здійснення фармаконагляду.

Регіональні центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) функціонують як територіальні установи у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України та забезпечують виконання завдань у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні. Їх діяльність охоплює проведення епідеміологічного нагляду, зокрема, збір і аналіз даних щодо захворюваності, а також участь у реалізації заходів з профілактики інфекційних хвороб. Також до їхнього функціоналу входить лабораторний контроль, що передбачає проведення досліджень біологічних матеріалів, виявлення збудників інфекційних хвороб та моніторинг їх поширення. Додатково ЦКПХ здійснюють санітарно-епідеміологічний нагляд (контроль факторів середовища, що можуть впливати на стан здоров'я населення) та беруть участь у локалізації спалахів інфекційних захворювань.

До сфери управління Міністерства охорони здоров'я України, також належать науково-дослідні установи. Вони забезпечують наукове обґрунтування державної політики у сфері охорони здоров'я та супроводжують процес її

реформування. Їх діяльність пов'язана з проведенням клінічних і прикладних досліджень, розробленням нових методів діагностики та лікування, а також підготовкою науково обґрунтованих рекомендацій, що використовуються при формуванні нормативно-правових актів і стандартів медичної допомоги. У процесі реформування системи охорони здоров'я науково-дослідні установи беруть участь у розробленні клінічних протоколів, впровадженні доказової медицини та адаптації підходів до організації медичної допомоги відповідно до міжнародних практик.

В аспекті інституційного забезпечення євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я також варто згадати про інструменти реалізації, якими є програми і проекти. Серед них:

- 1) Програма медичних гарантій;
- 2) Державна програма «Доступні ліки»;
- 3) Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- 4) Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії туберкульозу;
- 5) «Велике будівництво» (напрямок медичної інфраструктури);
- 6) «Здорова Україна»;
- 7) Електронна система охорони здоров'я (eHealth);
- 8) Електронний рецепт (ePrescription);
- 9) Електронні медичні записи (EMR);
- 10) EU4Health Programme;
- 11) УНС (Universal Health Coverage) в Україні (за підтримки ВООЗ);
- 12) Проекти Світового банку у сфері охорони здоров'я України;
- 13) Програми Глобального фонду (ВІЛ/СНІД, туберкульоз) тощо.

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі було проаналізовано правові та інституційні засади реалізації євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я. Встановлено, що правове забезпечення євроінтеграційного курсу України має багаторівневий характер і формується: конституційними положеннями, спеціальним національним законодавством та міжнародно-правовими зобов'язаннями. Конституційне закріплення курсу на членство в Європейському Союзі визначає стратегічну спрямованість державної політики; спеціальні нормативно-правові акти дають інструментальну основу наближення до *acquis* ЄС. У цьому контексті ключове значення має Угода про асоціацію, адже вона встановлює юридично зобов'язуючі рамки імплементації права ЄС та визначає конкретні напрями співробітництва.

Разом із тим виявлено, що правове регулювання охорони здоров'я в межах *acquis* ЄС є ширшим за обсяг зобов'язань, передбачених Угодою про асоціацію; значна частина актів залишається поза межами формальних зобов'язань України. Це свідчить про поступовий характер євроінтеграції та необхідність подальшого поглиблення правової адаптації у перспективі набуття членства в ЄС. Національне законодавство вже має базову нормативну основу функціонування системи охорони здоров'я та цим створює передумови для її подальшого наближення до європейських стандартів – воно відображає ключові напрями реформування галузі та закладає механізми для впровадження нових моделей управління і фінансування.

У межах інституційного аналізу встановлено, що реалізація євроінтеграційної політики забезпечується доволі розгалуженою системою органів публічної влади та спеціалізованих установ. Центральну роль у формуванні та реалізації політики відіграє Міністерство охорони здоров'я України, яке здійснює нормативне регулювання, координацію реформ та адаптацію законодавства до *acquis* ЄС. Сучасна модель управління у сфері

охорони здоров'я характеризується функціональним розподілом повноважень між різними інституціями, хоча й ефективність цього лишається спірною.

Важливим елементом інституційного забезпечення є також використання інструментів (програми, проекти, реформи), які доповнюють нормативно-правове регулювання та забезпечують реалізацію політики вже на практичному рівні.

## РОЗДІЛ 3

### ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ПЕРСПЕКТИВ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 3.1. Відповідність системи охорони здоров'я України європейським стандартам.

Аналіз відповідності системи охорони здоров'я України європейським стандартам пропонується здійснити, розглянувши ряд аспектів:

- прогрес в імплементації acquis ЄС (мається на увазі суто гармонізація законодавства);
- відповідність публічного управління європейським принципам;
- фактичне функціонування системи охорони здоров'я.

Починаючи розгляд стану імплементації acquis ЄС, варто звернутись до статистичних джерел, які пропонують офіційні електронні ресурси. Зокрема, «Пульс Угоди», онлайн-інструмент моніторингу виконання Угоди про асоціацію, містить інформацію про загальний прогрес в частині «Громадське здоров'я» у 91% [7]. Більш детальної інформації щодо прогресу виконання за 2025 р. немає, хоча Міністерство охорони здоров'я України на своєму веб-сайті опублікувало доволі обнадійливий та гучний заголовок щодо «значного прогресу у сфері охорони здоров'я» згідно зі Звітом Європейської Комісії в межах Пакету розширення 2025, адже цьому напрямку було присвоєно позначку «хорошого прогресу підготовки» [9]. Прогрес дійсно «хороший», проте більшою мірою так є на тлі порівняння із результатами попередніх років. Наприклад, за даними, які опублікувала Держлікслужба, у 2023 році відсоток прогресу складав 12% [1]. Темп імплементації acquis ЄС є дійсно вражаючим, враховуючи, як внутрішні, так і зовнішні виклики для України. Тим не менш, це є радше випадком тієї самої «європеїзації через уникнення», адже попри і співпрацю з Європейським Союзом, і темп імплементації, реальний стан функціонування системи надання медичних послуг та їх якості є далеким від зазначених 91%.

Також варто зазначити, що роботи з адаптації законодавства лишається немало.

Стан імплементації *acquis* ЄС у сфері охорони здоров'я в Україні характеризується не лише частковою гармонізацією окремих секторів, але й структурною асиметрією між швидкістю нормотворчого процесу та спроможністю системи до їх реалізації. Це проявляється, насамперед, у переважанні формального наближення законодавства над практичним забезпеченням його виконання. Це доволі детально ілюструє нещодавно затверджена Національна програма адаптації законодавства України до права Європейського Союзу (*acquis* ЄС).

Так, наприклад, більшості розглянутих сфер (фармацевтика, косметика, тютюновий контроль, медичні вироби тощо) Україна перебуває на етапі часткової гармонізації або підготовки до імплементації. Це, авжеж, свідчить про активний нормотворчий процес, проте цей процес має переважно реактивний характер і спрямований на формальне врахування *acquis* ЄС, а не на його повноцінне вбудовування у національну систему.

Показовим є аспект медичних виробів, адже в цьому аспекті ключові регламенти ЄС (MDR та IVDR) ще не імplementовані, а їх впровадження лише планується. Аналогічно, у сфері даних (GDPR, EHDS) відбувається орієнтація на європейські стандарти, проте наразі без створення повноцінної правозастосовної інфраструктури. Тобто право формально наближається до *acquis*, але не інтегрується у функціонуючу систему.

Однією з ключових системних проблем є дисфункція механізмів забезпечення виконання законодавства. Найбільш наочним прикладом є сфера GMP у ветеринарній фармацевтиці: попри формальне закріплення стандартів, їх застосування блокується мораторієм на державний нагляд. Фактично маємо ситуацію «норм без санкцій», коли відповідність стандартам не є обов'язковою.

Подібна проблема проявляється і в інших сферах, зокрема:

- відсутність ефективного ринкового нагляду за косметичною продукцією;
- обмежені можливості контролю у сфері лікарських засобів;

- слабка інституційна спроможність забезпечити виконання нових регламентів.

На основі цього можна стверджувати, що ключовим бар'єром є не відсутність норм, а недостатність інструментів їх примусового застосування.

Імплементация *acquis* ЄС здійснюється несистемно та секторально, без цілісної інтеграції. Наприклад:

- у ветеринарній сфері частково імплементовано окремі регламенти, але значна частина актів залишається поза правовим полем;

- у сфері тютюнового контролю імплементовано окремі елементи (маркування), але не повний комплекс регулювання;

- у сфері громадського здоров'я враховано окремі рекомендації, але не створено повноцінної інтеграції з європейськими системами.

Така фрагментарність призводить до того, що окремі елементи системи відповідають стандартам ЄС, але система в цілому ні.

Україна перебуває у ситуації, коли імплементация *acquis* відбувається із запізненням відносно динаміки самого права ЄС. Прикладом є поява нового регламенту щодо речовин людського походження (2024/1938), який фактично «змінює правила гри» ще до завершення адаптації до попередніх директив.

Тобто ми маємо такий собі «постійно рухомий орієнтир», за якого: система не встигає завершити гармонізацію; нормативна база постійно потребує оновлення; ресурси розпоршуються між старими і новими вимогами. У результаті формується хронічна неповна відповідність, навіть за умов активного реформування.

Більшість виявлених проблем мають спільне підґрунтя – обмежену інституційну спроможність, що проявляється у:

- 1) нестачі кадрових ресурсів (особливо у вузькоспеціалізованих сферах, зокрема, ментальне здоров'я та фармаконагляд);
- 2) недостатньому розвитку систем контролю і нагляду;
- 3) слабкій координації між органами;
- 4) залежності від міжнародної технічної допомоги.

Зокрема, у сфері антимікробної резистентності відсутність законодавства у ветеринарному сегменті прямо пов'язана з відсутністю інституційної бази для його реалізації.

У сферах, що безпосередньо пов'язані з правами людини (ментальне здоров'я, транскордонна допомога, рідкісні захворювання), гармонізація має обмежений характер. Наприклад:

- імплементація Директиви 2011/24/ЄС не забезпечує реального доступу пацієнтів до лікування за кордоном;

- політика у сфері ментального здоров'я не підкріплена достатніми стандартами і ресурсами;

- у сфері рідкісних захворювань співпраця з ЄС існує, але внутрішня система залишається недостатньо розвиненою.

Це вказує на те, що найбільш складні для імплементації саме ті сфери, які потребують не лише адаптації норм, а й комплексної інфраструктури.

Попри наявність стратегій, програм і законів, які, зокрема, вже згадувались вище, результати їх реалізації залишаються обмеженими. Наприклад:

- онкоскринінг впроваджений частково;

- програми громадського здоров'я не охоплюють всі рекомендовані напрями.

Попри наявність значної кількості прогалин, оцінка Європейської Комісії (у Звіті в межах Пакету розширення 2025) свідчить, що розвиток системи охорони здоров'я України все ж таки не є стагнаційним і характеризується поступовим, хоча й нерівномірним прогресом у наближенні до стандартів ЄС. Тож, варто відзначити і здобутки.

Одним із ключових досягнень є перехід до стратегічного планування: затвердження Стратегії розвитку системи охорони здоров'я у 2025 році формує рамку для подальших реформ і узгодження політики із європейськими підходами. Водночас сама наявність стратегії ще не означає її ефективної реалізації, що підтверджується затримками у прийнятті підзаконних актів, зокрема у сфері громадського здоров'я.

Важливо відзначити прогрес у розвитку цифрової інфраструктури, зокрема, оновлення системи eHealth. Цифровізація – це про передумови для підвищення прозорості та ефективності управління. Разом із тим, відсутність повної узгодженості з вимогами GDPR і рекомендаціями ЄС свідчить про те, що цифровізація поки що розвивається швидше, ніж правове забезпечення її функціонування.

У сфері громадського здоров'я позитивним кроком є затвердження стратегії та плану дій щодо боротьби з антимікробною резистентністю, а також розвиток епідеміологічного нагляду.

У сфері забезпечення крові зроблено конкретні кроки до впорядкування системи (зокрема, встановлення механізмів ціноутворення та прогнозування потреб). Проте ефективність цих змін залежатиме від їх практичного застосування, що традиційно є слабким місцем реформ.

Позитивною є також гармонізація законодавства у сфері лікарських засобів і приєднання до механізмів спільних закупівель ЄС, що відкриває доступ до більш широкого ринку медичних ресурсів.

Наступний аспект аналізу відповідності системи охорони здоров'я України європейським стандартам – відповідність європейським принципам публічного управління та цінностям в галузі охорони здоров'я.

Враховуючи те, що принцип пропорційності пов'язаний безпосередньо із членством в Європейському Союзі, сенсу як критерій оцінки наразі він не матиме.

#### 1. Принцип субсидіарності

Елементи субсидіарності частково реалізуються через децентралізацію та автономізацію закладів охорони здоров'я, а також розвиток первинної медичної допомоги на рівні громад. Водночас спостерігається саме централізована модель фінансування через НСЗУ, яка обмежує реальну автономію на місцях. Фактично принцип субсидіарності реалізований лише частково.

#### 2. Наявність ex-ante та ex-post оцінювання

Системність оцінювання політики залишається недостатньо розвинутою. Ex-ante оцінювання (тобто оцінка перед впровадженням) здійснюється фрагментарно, переважно в межах розроблення стратегій або за участі міжнародних партнерів. Ex-post оцінювання (оцінка результатів) також не має системного характеру і часто обмежується простою звітністю, а не аналізом ефективності політики, рефлексією та подальшим коригуванням. Тобто політика формується без повноцінного циклу оцінювання, що є відхиленням від європейських підходів.

### 3. Належне врядування

Окремі елементи належного врядування впроваджуються, зокрема через цифровізацію (eHealth), підвищення прозорості фінансування та створення наглядових механізмів у сфері закупівель. Водночас лишаються проблеми підзвітності, ефективності контролю та корупційних ризиків. У принципі, належне врядування впроваджується в українській сфері охорони здоров'я, проте більше на суто інструментальному рівні, аніж системно.

### 4. Доказовість політики (evidence-based policy)

У сфері охорони здоров'я поступово впроваджуються елементи доказовості, зокрема через використання клінічних протоколів, розвиток eHealth. Однак прийняття рішень все ще значною мірою залежить від політичних або адміністративних факторів, а не системного аналізу даних. Обмежена інтеграція реєстрів і відсутність повноцінних аналітичних систем знижують якість доказової бази.

### 5. Рефлексивність політики

Рефлексивність, тобто здатність системи переглядати та коригувати власні рішення, проявляється обмежено. Оновлення стратегій і законодавства відбувається, однак воно частіше зумовлене зовнішніми вимогами (ЄС, донори), ніж внутрішнім аналізом ефективності політики. Уже згадана відсутність системного ex-post оцінювання додатково обмежує можливості для рефлексії. Тобто політика реактивна, а не рефлексивна.

### 6. Багаторівневе врядування (multi-level governance)

У сфері охорони здоров'я в Україні наявні елементи багаторівневого врядування: взаємодія між національним, регіональним та локальним рівнями, а також є включення міжнародного рівня (ЄС, ВООЗ). Проте взаємодія часто не є повністю узгодженою, що проявляється, зокрема, у дублюванні функцій або прогалинах у координації. Багаторівневе врядування існує, але не функціонує як цілісна система.

#### 7. Ключові цінності ЄС

На рівні документів Україна декларує відповідність ключовим цінностям ЄС: доступності, солідарності, рівності та якості медичної допомоги. Частково ці принципи реалізуються через програму медичних гарантій і розвиток системи громадського здоров'я. Водночас:

- 1) доступ залишається нерівномірним;
- 2) якість не є уніфікованою;
- 3) соціальні нерівності у сфері здоров'я зберігаються.

Таблиця 3.1.

Оцінка відповідності публічного управління у сфері охорони здоров'я принципам ЄС

| Критерій                             | Оцінка   |
|--------------------------------------|----------|
| Субсидіарність                       | Часткова |
| Ех-ante, ех-post оцінювання          | Низька   |
| Належне врядування                   | Часткова |
| Доказовість політики                 | Часткова |
| Рефлексивність політики              | Низька   |
| Багаторівневе врядування             | Часткова |
| Цінності ЄС у сфері охорони здоров'я | Часткова |

Нарешті, останнім аспектом оцінки відповідності системи охорони здоров'я України європейським стандартам буде її фактичний стан

функціонування. Фактичні проблеми функціонування системи охорони здоров'я України сьогодні проявляються не стільки у відсутності базових механізмів, скільки у їх обмеженій здатності забезпечити повноцінний доступ до сучасної та якісної медичної допомоги. Найбільш показовим у цьому плані є доступ до інноваційного лікування. Зокрема, в Україні залишається вкрай обмеженим використання терапії на основі моноклональних антитіл<sup>3</sup> та інших високотехнологічних препаратів, які у країнах ЄС вже є стандартом лікування для низки онкологічних, автоімунних захворювань. Для пацієнтів це означає, що навіть за наявності клінічних показань таке лікування або взагалі недоступне в межах державної системи, або доступ до нього має одиничний характер. У результаті значна частина пацієнтів змушена шукати можливості лікування за кордоном або покладатися на власні фінансові ресурси, що фактично виводить ці послуги за межі системи охорони здоров'я як публічної політики.

Не менш показовою є ситуація з діагностикою, яка безпосередньо впливає на результати лікування. В Україні значна частина захворювань виявляється на пізніх стадіях (особливо характерно для онкологічних та серцево-судинних патологій). Наприклад, рак молочної залози часто діагностується на стадіях, коли лікування вже є складнішим і менш ефективним, тоді як у країнах Європейського Союзу системні скринінгові програми забезпечують виявлення захворювання на ранніх етапах. Подібна ситуація спостерігається і з іншими хронічними хворобами, де первинна ланка не завжди виконує функцію раннього виявлення.

Також впровадження цифрових інструментів не завжди трансформується у підвищення ефективності управління. Електронна система охорони здоров'я функціонує (декларації, рецепти та частина медичних записів), однак накопичені дані не використовуються повною мірою для планування політики чи оцінки ефективності лікування. Це особливо помітно на прикладі онкологічної допомоги: відсутність повністю інтегрованого національного реєстру ускладнює

---

<sup>3</sup> Моноклональні антитіла – це штучно створені в лабораторії білки, які здатні специфічно розпізнавати й зв'язувати одну конкретну мішень (антиген) в організмі, забезпечуючи цілеспрямований вплив на патологічний процес. Застосовуються у медицині, насамперед – для лікування онкологічних, аутоімунних захворювань, а також у діагностиці та терапії окремих інфекційних хвороб.

отримання цілісної картини захворюваності, результатів лікування та потреб системи.

Суттєвою проблемою залишається і структура забезпечення лікарськими засобами. Так, наявні державні програми, зокрема механізми реімбурсації («Доступні ліки»), які покривають переважно базові потреби. Проте лікування складних або коморбідних станів часто потребує додаткових витрат з боку пацієнта, причому значних. Маємо розрив між базовим і спеціалізованим рівнем медичної допомоги: перший функціонує відносно стабільно, другий – залишається частково недоступним.

Кадрова ситуація також безпосередньо впливає на функціонування системи, причому ключовою проблемою є не лише загальна нестача медичних працівників, а їх нерівномірний розподіл: у великих містах спостерігається відносна концентрація спеціалістів, коли на рівні громад доступ до вузькопрофільної допомоги є обмеженим. Особливо це стосується психіатрії, онкології та анестезіології.

Окрема проблема – у сфері психічного здоров'я, де попит на послуги різко зріс (у зв'язку із початком повномасштабної агресії РФ проти України та відповідним зростанням кількості осіб із посттравматичним стресовим розладом), але інфраструктура не завжди встигає за цими змінами. Навіть за наявності первинної психологічної допомоги відсутня можливість забезпечити комплексне лікування: спеціалізовану психіатричну підтримку та медикаментозну терапію на рівні громад. Можливості системи не покривають потреби населення повною мірою.

Додатково слід враховувати обмежений доступ до сучасних медичних технологій і виробів, включно із діагностичним обладнанням та імплантатами, які впроваджуються повільніше, ніж у країнах ЄС. Це впливає не лише на якість лікування, а й на можливість раннього виявлення захворювань. Подібна ситуація спостерігається і у сфері транскордонного лікування: попри орієнтацію на європейські підходи, відсутність чітко налагоджених механізмів компенсації та направлення обмежує практичну реалізацію цього інструменту.

Узагальнюючи наведені аспекти, можна констатувати, що проблеми функціонування системи охорони здоров'я України мають системний характер і проявляються на різних рівнях: від доступу до діагностики та сучасного лікування до кадрового забезпечення і організації медичної допомоги. Варто зазначити, що ці тенденції підтверджуються не лише аналітичними оцінками, а й емпіричними даними. Зокрема, результати дослідження «Оцінка потреб у сфері охорони здоров'я дорослого населення України» (“Health needs assessment of the adult population in Ukraine”), проведеного ВООЗ, демонструють, що значна частина населення стикається з бар'єрами у доступі до медичної допомоги, відкладає отримання послуг або не отримує їх взагалі, а також має обмежений доступ до діагностики, лікування хронічних захворювань і реабілітаційних послуг. Окремо фіксується зниження рівня профілактичних обстежень, та значна поширеність проблем у сфері психічного здоров'я (таб. 3.2).

Таблиця 3.2.

Показники доступу до медичних послуг та потреб населення в Україні.

Узагальнено автором за результатами дослідження ВООЗ [71]

| Показник  | Значення |
|---|----------|
| Домогосподарства, які знають місцезнаходження закладу первинної медичної допомоги (ПМД) | 93%      |
| Домогосподарства, які зазначають, що заклад ПМД функціонує                              | 97%      |
| ВПО (новоприбулі), які не знають місцезнаходження закладу                               | 20%      |
| Респонденти, які не мають доступу до сімейного лікаря                                   | 4%       |
| Респонденти, які змінили сімейного лікаря після 2022 року                               | 29%      |
| ВПО, які змінили сімейного лікаря   | 57%      |
| Респонденти, які не проходили профілактичні обстеження (2025)                           | 44%      |
| Респонденти, які не проходили профілактичні обстеження (2024)                           | 27%      |
| Респонденти, які потребували медичної допомоги  | 56%      |
| Респонденти, які зіткнулися з бар'єрами доступу (серед тих, хто потребував)             | 64%      |
| Домогосподарства, у складі яких є особи з хронічними захворюваннями                     | 34%      |
| Респонденти, які не змогли отримати допомогу при хронічних захворюваннях                | 12%      |
| Основний бар'єр – вартість ліків  | 59%      |

Продовження табл. 3.2.

|   |     |
|---|-----|
| Бар'єр – витрати на лікування                                     | 36% |
| Респонденти, які користувалися реабілітаційними послугами         | 9%  |
| Респонденти, які зіткнулися з бар'єрами у реабілітації            | 60% |
| Респонденти, які не змогли отримати реабілітаційні послуги        | 25% |
| Респонденти, які потребували лабораторної діагностики             | 52% |
| Респонденти, які повністю пройшли лабораторну діагностику         | 80% |
| Респонденти, які потребували інструментальної діагностики         | 40% |
| Респонденти, які повністю пройшли інструментальну діагностику     | 69% |
| Респонденти з проблемами психічного здоров'я                      | 72% |
| Респонденти, які звернулися по допомогу щодо психічного здоров'я  | 20% |
| Респонденти, які мали труднощі з отриманням ліків                 | 82% |
| Обізнаність про програму «Доступні ліки»                          | 65% |
| Респонденти з медичними витратами                                 | 86% |
| Респонденти, які здійснюють неформальні платежі                   | 11% |
| Респонденти, які відкладали отримання допомоги                    | 35% |
| Респонденти, які зазначають відсутність послуг у місці проживання | 32% |

### **3.2. Виклики та перспективи подальшої євроінтеграції України у сфері охорони здоров'я.**

Аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я України засвідчує наявність як досягнень, так обмежень, що безпосередньо впливають на процес її наближення до європейських стандартів. Це обумовлює необхідність подальшого узагальнення отриманих результатів, зокрема, доцільно перейти до розгляду викликів та перспектив подальшої євроінтеграції України у сфері охорони здоров'я. Виявлені виклики можна класифікувати на внутрішні та зовнішні.

Щодо зовнішніх викликів – перш за все, сама євроінтеграція – будь-то у сфері охорони здоров'я чи будь-яка інша, буде неможлива за умови превалювання дезінтеграційних процесів всередині самого Європейського Союзу. Останнє десятиліття стало вибуховим в контексті політичного ландшафту ЄС, адже спостерігається нарощення впливу ультраправих партій (про що свідчать, як

мінімум, результати виборів до Європейського парламенту у 2024 році). Ці партії характеризуються, насамперед, популістичною риторикою, в якій особливе місце займає критика Євросоюзу як політичного та економічного об'єднання. Тож, у випадку отримання євроскептиками більшості місць на наступних парламентських виборах у 2029 р., існуватиме висока вірогідність призупинення процесу євроінтеграції для України. Такий ризик можливо нейтралізувати шляхом набуття Україною членства у Європейському Союзі до 2029 р., проте теперішні темпи виконання пріоритетних в цьому контексті реформ свідчать про малоімовірність такого сценарію навіть попри те, що наразі найбільш сприятливі для України політичні умови в Європейському Союзі.

Доцільно також не виключати вплив глобальних викликів охорони здоров'я, зокрема, пандемії. У разі появи подібних до пандемії COVID-19 криз система охорони здоров'я як на глобальному рівні, так і в Україні, зазнає суттєвого навантаження, що ознаменується перерозподілом ресурсів на користь протидії поширенню захворювання та ліквідації його наслідків. За таких умов пріоритети державної політики змістяться з реформ до антикризового управління, що означатиме сповільнення євроінтеграції.

Ще одним зовнішнім викликом є повномасштабна збройна агресія російської федерації, яка має на меті позбавлення України суверенітету. Під впливом цієї загрози виникає ряд додаткових внутрішніх викликів, які буде викладено нижче.

Перш за все, збройна агресія росії проявляється в систематичних атаках на медичну інфраструктуру. За даними ВООЗ, у 2025 р. кількість атак на систему охорони здоров'я України зросла майже на 20% порівняно з 2024 роком; із початку повномасштабної війни задокументовано мінімум 2881 атаку на заклади охорони здоров'я, медичних працівників, карети швидкої допомоги та медичні склади [70]. Ці дані свідчать про те, що війна створює не просто додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, а системно дестабілізує її функціонування.

По-перше, відбувається фізичне руйнування інфраструктури, що безпосередньо зменшує спроможність системи надавати медичні послуги. При цьому атаки спрямовані не лише на лікарні, а й на елементи забезпечення (склади, енергосистема).

По-друге, формується каскадний ефект: руйнування немедичної інфраструктури фактично паралізує медичну допомогу навіть там, де заклади залишаються фізично неушкодженими.

По-третє: розрив між медичною допомогою та умовами відновлення пацієнтів, що знижує ефективність лікування і підвищує ризики ускладнень.

По-четверте, відбувається накопичення відкладеного попиту на медичні послуги, що проявляється у зростанні хронічних захворювань, психічних розладів та незадоволених потреб у лікуванні.

Ефективна євроінтеграційна політика передбачає планування та чітке слідування плану. В умовах війни це стає неможливим через те, що першочерговою задачею стає реагування на кризи, що стаються майже щодня – наприклад, згадані вище руйнування інфраструктури (медичної і немедичної). Додатково ця проблема загострюється через нестабільність бюджетного планування та вимушений перерозподіл фінансових ресурсів. Умови війни передбачають оперативне спрямування коштів на ліквідацію наслідків обстрілів, відновлення інфраструктури, забезпечення безперебійної роботи медичних закладів та реагування на надзвичайні ситуації.

Війна також характеризується необхідністю пріоритизації певних напрямків у системі надання медичних послуг: психічне здоров'я, травматологія, реабілітація, екстрена допомога та ін. В таких умовах деякі передбачені Угодою про асоціацію напрямки (тютюнові вироби, алкоголь, наркотична залежність) об'єктивно стають другорядними.

Однією з найбільш гострих проблем є хронічне недофінансування як загалом системи охорони здоров'я, так і конкретно – системи надання медичних послуг. З одного боку, це пов'язано із пріоритетністю витрат на оборону, з іншого – із корупційною складовою та неефективним управлінням.

Так, війна зумовлює таку конфігурацію бюджету, коли абсолютна більшість видатків йде на оборонну сферу, а гуманітарна та соціальна сфери більшою мірою фінансуються за міжнародної фінансової допомоги. У 2025 р. Україна втратила одного із найбільших донорів – Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), що довело: залежність від міжнародної фінансової допомоги також є ризиком. Наразі найбільшими донорами у сфері охорони здоров'я для України є: Світовий банк («Трансформація охорони здоров'я шляхом реформи та інвестицій в ефективність» (THRIVE), «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя» (HEAL Ukraine)), Європейський Союз та Всесвітня організація охорони здоров'я.

Проблема корупції є доволі часто озвучуваною – як із боку міжнародних партнерів, так і в національних ЗМІ, наприклад. Про це зазначено в уже згаданому Звіті в межах Пакету розширення 2025. Антикорупційний напрямок охоплює значну частину пріоритетних реформ на шляху до членства в ЄС (так званий план «Качки-Кос»), жодну з яких Україна наразі не виконала [28].

Попри заяви Міністерства охорони здоров'я про виконання ним «99% заходів межах Державної антикорупційної програми на 2023-2025 рр.», фактична ситуація показує, що система охорони здоров'я, зокрема, система надання медичних послуг, лишається осередком масштабної корупції [10].

Показовим прикладом корупційних ризиків у сфері охорони здоров'я є нещодавно виявлена схема незаконного отримання бюджетних коштів у Київській області, пов'язана з використанням механізмів фінансування через Національну службу здоров'я України. За даними органів прокуратури, керівництво одного з медичних закладів укладало договори на надання медичних послуг, після чого до електронної системи охорони здоров'я вносилися недостовірні відомості про нібито надані послуги лікарями, які фактично не перебували у штаті. Йдеться, зокрема, про послуги у сфері реабілітації та суміжних спеціальностей, що існували виключно формально, але слугували підставою для отримання фінансування [6].

Сформовані на основі таких даних звіти подавалися до НСЗУ, що забезпечувало регулярне надходження бюджетних коштів за фактично ненадані послуги. За результатами експертизи встановлено, що загальний обсяг завданих державі збитків у межах цієї схеми становить понад 13 млн грн. При цьому показовим є не одноразовість правопорушення, а його тривалість і відтворюваність, адже після зміни керівництва закладу відповідна практика була продовжена.

Цей кейс є показовим з точки зору функціонування моделі фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Цифровізація нерідко сприймається як панацея від корупції, проте саме використання електронної системи та звітності як підстави для фінансування за відсутності належного контролю створює можливості для маніпуляцій із даними. Інструменти, що спрямовані на підвищення прозорості та ефективності системи, можуть із легкістю використовуватися з протилежною метою за умов недостатнього нагляду та підзвітності. Тобто ще одним викликом в контексті подальшої євроінтеграції в сфері охорони здоров'я є нестача, відсутність нагляду або ж коли цей нагляд є неякісним.

В контексті корупційної складової та неефективного управління у сфері охорони здоров'я цінними є звіти Рахункової палати, адже вони детально висвітлюють існуючі проблеми та виклики на прикладі конкретних програм/сфер. Це той випадок, коли відносно точкові заходи фінансового контролю показують системні проблеми. Тож, до розгляду пропонуються найбільш релевантні за часом проведення та за показовістю аудити.

Останнім аудитом в галузі охорони здоров'я є аудит відповідності на тему «Як установи Національної академії медичних наук України підготовлені для переходу до програми державних гарантій медичного обслуговування населення». Результати аудиту показують не стільки технічні недоліки, скільки управлінський провал у забезпеченні самої реформи. Формально процес переходу відбувся, однак підготовка до нього виявилась неповною. Ключова проблема – відсутність системної роботи з боку керівництва: не виконувались

доручення уряду, не були враховані рекомендації профільних органів, а стратегічно важливі рішення відкладались. Окремо – слабкість у фінансово-економічному обґрунтуванні діяльності. Установи НАМН не змогли аргументувати специфіку своїх послуг, їх складність, високотехнологічність чи відмінність від стандартної медичної допомоги. У результаті це на пряму вплинуло на фінансування: відсутність чітких розрахунків і підходів унеможливила встановлення коригованих тарифів, а отже і адекватного рівня фінансового забезпечення. Показовою є ситуація з так званими «тематичними хворими». Ще один проблемний блок – знову цифровізація. Недостатня інтеграція установ у електронну систему охорони здоров'я обмежує можливість повноцінного контролю за обсягами та змістом наданих послуг. У підсумку: установи були формально включені в нову модель фінансування, але без належної підготовки до її правил [22].

Вартують розгляду результати аудиту Рахункової палати щодо реалізації пілотного проєкту у сфері трансплантації. З одного боку, сама реформа дала результат, адже вдалося розширити можливості проведення трансплантацій в Україні та частково зменшити залежність від лікування за кордоном. З іншого ж боку – механізм її реалізації виявився слабким з управлінської точки зору. Так, виявлено відсутність дієвого внутрішнього контролю з боку Міністерства охорони здоров'я, що призвело до непродуктивного і частково незаконного використання бюджетних коштів (майже 45 млн грн). Тут спостерігається вже згаданий вище виклик для системи надання медичних послуг – відсутність належного нагляду. Спеціально створений центр, який мав координувати розвиток трансплантації, фактично він не виконував базових управлінських функцій: не володів інформацією про можливості закладів, не контролював їхню діяльність і не забезпечив підготовку ключових фахівців, зокрема трансплант-координаторів [24]. Навряд можна говорити про ефективність такого типу системи за відсутності єдиного центру управління.

Проблеми в аспекті фінансування та управління чудово ілюструють результати аудиту ефективності використання коштів, виділених з державного

бюджету для здійснення діяльності Національною дитячою спеціалізованою лікарнею «Охматдит» МОЗ України та зміцнення її матеріально-технічної бази: значні фінансові ресурси спрямовуються на розвиток провідного медичного закладу, однак їх використання не завжди приносить очікуваний результат. Насамперед, мова йде про проблеми з плануванням і реалізацією заходів із зміцнення матеріально-технічної бази. За результатами аудиту з'ясовано, що характерною є невідповідність між обсягами фінансування та рівнем організаційної спроможності його ефективно освоювати. Тобто навіть значні фінансові інвестиції не гарантуватимуть повною мірою покращення якості медичної допомоги, коли проблема в ядрі – в управлінні ресурсами. Насамперед, це стосується планування: кошториси затверджувались із порушеннями, фінансова діяльність не була належним чином узгоджена з реальними потребами закладу. У результаті частина коштів використовувалася неекономно або це використання не мало очікуваної результативності [25].

Результати наступного аудиту – щодо фінансування підготовки медичних і фармацевтичних кадрів – демонстрація ще одної масштабної проблеми: відсутність цілісної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Попри наявність Стратегії розвитку медичної освіти, її реалізація була загальмована, а ключові інструменти так і не створені: не визначено методичку розрахунку потреби у кадрах, не запроваджено сучасні механізми розподілу в інтернатуру, не впроваджено модель фінансування безперервного професійного розвитку лікарів. Дійсно, із часів проведення аудиту (2023 р.) відбувся ряд змін у цьому напрямку – наприклад, нова система розподілу в інтернатуру, проте, відверто – ситуація не покращилась значно (навпаки така реформа викликала лиш масову демотивацію студентів-медиків). Паралельно з цим аудит зафіксував слабкий фінансовий контроль і системні порушення у використанні бюджетних коштів: непродуктивні та нерезультативні витрати, невикористані кошти, викривлення фінансової звітності, ризики втрати значних сум через передоплати, а також факти безпідставних виплат і неефективного управління державним майном.

Окремо показовим є делегування відповідальності закладам вищої освіти без належного нагляду з боку МОЗ [23].

Свіжий аудит Рахункової палати щодо закупівель високовартісного медичного обладнання показує, що проблеми виникають ще на старті – на рівні визначення потреб. Так, формування запитів відбувалося без належної перевірки та аналізу, а зведені показники затверджувались фактично формально. У результаті рішення про закупівлі приймалися не на основі обґрунтованих потреб системи, а на підставі неперевірених або некоректних даних. Далі ці «перекуси» лише посилювались: слабкий контроль за змістом заявок, технічні вимоги до обладнання в окремих випадках містили дискримінаційні умови, що обмежували конкуренцію і потребували втручання Антимонопольного комітету. При цьому проблеми не завершуються на етапі укладання договорів. Аудит зафіксував порушення умов контрактів і відсутність належного контролю за введенням обладнання в експлуатацію [21].

Тобто наразі маємо таку картину: великим викликом є недофінансування системи охорони здоров'я, що на пряму впливає на темп та якість євроінтеграції. Проте ще більше підживлює це – така собі «ятрогенія» національної системи у вигляді неефективного управління, зокрема, – системної відсутності нагляду. Сюди ж можна віднести і згадану вище корупцію.

Недофінансування впливає не тільки на якість надання медичної допомоги, а й на підготовку кадрів та збереження їхньої мотивації в надскладних умовах праці, зокрема, в аспекті оплати цієї праці. Низька оплата праці медиків є однією із причин дефіциту кадрів у затребованих в умовах війни галузях. Додатковим викликом для кадрової політики у сфері охорони здоров'я, яка й так не є цілісною та ефективною, є мобілізація медичного персоналу, зокрема, у прифронтових зонах. Кадрова політика є надзвичайно важливою, адже саме людський ресурс є рушієм і головним виконавцем реформ на шляху до членства в Європейському Союзі.

Повертаючись до проблеми неефективного управління, доцільно розглянути аспект впливу фармацевтичного бізнесу на прийняття рішень. Те, що

в США називають «Big Pharma» існує і в Україні, проте в менших масштабах. Прикладом порівняння такого впливу із неефективним рішенням з нотками популізму є акція зі «зниження» цін на лікарські засоби у лютому-березні 2025 р. По-перше варто зазначити, що фактично ціни на ліки не знизились, адже цьому «зниженню» передувало підвищення на 15-20% [5].

По-друге, більшість позицій із переліку навряд можна назвати лікарськими засобами – хіба в аспекті того, що в такому сегменті їх було зареєстровано, проте достатньої доказової бази вони не мають і в країнах із високим рівнем розвитку системи надання медичних послуг не застосовуються (Валідол, Аскорбінка, Корвалол тощо). З одного боку, це анонсувалось як зниження на 100 найбільш популярних ліків і серед українського населення дійсно є поширеним самолікування та використання недоказових препаратів. З іншого ж боку, для регулювання таких моментів і існують органи державної влади та експертні центри, що мають діяти крізь призму користі для споживачів, а не вигоди фармвиробників, нехай і вітчизняних.

У контексті недоказових ліків, які більшою мірою йдуть із радянської медицини, варто зазначити про таку проблему, як наявність серед представників медичної спільноти фахівців, що не працюють за міжнародно визнаними протоколами і стандартами та частки населення, яка віддає перевагу таким методам лікування. Європейські стандарти, відповідно і євроінтеграція є протилежним до цього, тож цей феномен також можна розглядати як виклик.

Перспективи успішності подальшої євроінтеграційної політики у сфері охорони здоров'я залежать передусім від того, чи зможе Україна перейти від формального запровадження змін до їх реалізації на рівні усієї системи. Потенціал для цього є, однак він залишається нереалізованим без належної якості управління та внутрішньої узгодженості політики. Водночас зовнішні виклики, насамперед пов'язані з безпековою ситуацією та залежністю від міжнародної підтримки, зберігають високий рівень невизначеності та здатні істотно впливати на подальшу динаміку.

### ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

Аналіз результатів євроінтеграційної політики України у сфері охорони здоров'я свідчить про наявність суттєвого розриву між формальним прогресом у наближенні до *acquis* ЄС та фактичним станом функціонування системи. Попри високі показники імплементації, цей прогрес має переважно нормативно-правовий характер і не супроводжується відповідним рівнем інституційної спроможності та практичного застосування запроваджених норм. Ключовою характеристикою сучасного етапу євроінтеграції у сфері охорони здоров'я є фрагментарність і асиметричність. Імплементація *acquis* відбувається секторально, без системного введення у національну модель політики.

Оцінка відповідності принципам публічного управління ЄС демонструє, що більшість із них реалізуються частково або на інструментальному рівні, не цілісно. Зокрема, механізми *ex-ante* та *ex-post* оцінювання не мають системного характеру, належне врядування впроваджується фрагментарно. Політика залишається недостатньо рефлексивною та значною мірою залежною від зовнішніх стимулів, а не внутрішньої оцінки ефективності.

Фактичний стан функціонування системи охорони здоров'я підтверджує ці висновки. Основні проблеми проявляються в обмеженому доступі до інноваційного лікування, недостатньо розвиненій системі ранньої діагностики, нерівномірному кадровому забезпеченні та недостатньому використанні цифрових інструментів для управління політикою. Також значна частина населення стикається з бар'єрами у доступі до медичної допомоги. Системний характер цих проблем значною мірою зумовлений інституційними обмеженнями, насамперед слабкістю механізмів нагляду, координації та управління ресурсами. Ключовим бар'єром є не стільки нестача норм чи ресурсів, скільки неспроможність системи забезпечити їх ефективне використання.

Виявлені виклики мають як внутрішній, так і зовнішній характер. До внутрішніх належать хронічне недофінансування, неефективне управління, корупційні ризики, кадровий дефіцит і слабка доказова база політики. Зовнішні

виклики пов'язані, зокрема, з повномасштабним вторгненням РФ, яке дестабілізує функціонування системи охорони здоров'я, змінює пріоритети державної політики та обмежує можливості для довгострокового планування реформ. Додатково на процес євроінтеграції впливає нестабільність політичного ландшафту в самому Європейському Союзі.

Разом із тим, попри зазначені обмеження, можна констатувати наявність поступового, хоча й нерівномірного прогресу. До ключових досягнень належать поступовий розвиток стратегічного планування, цифровізація системи охорони здоров'я, окремі кроки у сфері громадського здоров'я та гармонізація фармацевтичного законодавства. Однак ці результати поки що не трансформуються у системні зміни якості та доступності медичної допомоги та не є міжсекторальними.

## ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано євроінтеграційну політику як напрям публічної політики, у результаті чого встановлено, що вона є багаторівневим процесом, який реалізується через взаємодію наднаціонального, національного, регіонального та локального рівнів. Уточнено розмежування понять «євроінтеграція» та «європеїзація», де остання відображає глибші трансформації, пов'язані з реальним впровадженням норм і управлінських практик. Це дозволило пояснити розрив між змінами де-юре та ефективністю політики де-факто, який є ключовою характеристикою євроінтеграційної політики у сфері охорони здоров'я.

2. Досліджено модель політики у сфері охорони здоров'я Європейського Союзу у публічно-управлінському вимірі, що дозволило встановити її міжсекторальний характер та відповідно – інтеграцію у різні напрями публічної політики. Визначено, що вона базується на принципах субсидіарності, пропорційності, належного врядування та доказовості, а її реалізація забезпечується шляхом координації між різними рівнями влади, використанням механізмів ex-ante та ex-post оцінювання та залученням заінтересованих сторін. Охорона здоров'я в ЄС має чітко окреслені цінності, які потребують уточнень, хоча й зберігають актуальність. Обґрунтовано, що на відміну від українського підходу, охорона здоров'я у ЄС не розглядається як виключно соціальна сфера.

3. Вивчено правові основи євроінтеграційного курсу України у сфері охорони здоров'я, які передбачають комплекс: конституційних положень, спеціального законодавства та міжнародно-правових зобов'язань. Визначено, що Угода про асоціацію встановлює рамки імплементації права ЄС, однак охоплює лише частину *acquis* ЄС у цій сфері.

4. Досліджено інституційні засади реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах євроінтеграції, що дозволило встановити наявність доволі розгалуженої системи органів публічної влади та функціонального розподілу повноважень між ними. Визначено центральну роль Міністерства

охорони здоров'я України у формуванні та координації політики. Водночас виявлено, що ефективність інституційного забезпечення обмежується недостатньою координацією, слабкими механізмами нагляду та управління ресурсами, що лише частково компенсується використанням програмно-проектних інструментів.

5. Оцінено відповідність системи охорони здоров'я України європейським стандартам, у результаті чого встановлено суттєвий розрив між формальним прогресом у наближенні до *acquis* ЄС та фактичним станом системи. Виявлено, що імплементація має переважно нормативний і секторальний характер, без системного вбудовування у політику. Встановлено, що принципи публічного управління ЄС реалізуються частково: механізми оцінювання застосовуються епізодично, належне врядування впроваджується фрагментарно. Це проявляється у проблемах доступу до інноваційного лікування, розвитку ранньої діагностики, кадровому дисбалансі, обмеженому використанні цифрових інструментів та бар'єрах доступу до медичної допомоги.

6. Виявлено ключові виклики та визначено перспективи подальшої євроінтеграції України у сфері охорони здоров'я. Визначено, що ключовим бар'єром є не нестача нормативної бази, а неспроможність забезпечити її ефективне використання. До внутрішніх викликів віднесено недофінансування, неефективне управління, корупційні ризики, кадровий дефіцит і слабку доказову базу; до зовнішніх – вплив повномасштабної агресії РФ, що дестабілізує систему і обмежує можливості довгострокового планування, та мінливість політичного ландшафту Європейського Союзу. Водночас встановлено наявність поступового, але нерівномірного прогресу (стратегічне планування, цифровізація, розвиток громадського здоров'я, гармонізація фармацевтичного законодавства), який поки не трансформується у системне підвищення якості та доступності медичної допомоги.

Узагальнення результатів дослідження дозволяє зробити висновок, що євроінтеграційна політика України у сфері охорони здоров'я характеризується домінуванням формальної адаптації над практичною імплементацією, що

зумовлює необхідність зміщення акценту на підвищення інституційної спроможності та ефективності публічного управління.

Отримані результати можуть бути використані у наукових дослідженнях процесів європеїзації публічної політики, а також у практичній діяльності органів державної влади при формуванні та вдосконаленні політики у сфері охорони здоров'я.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. МОЗ виконало 78 % зобов'язань за Угодою про асоціацію з ЄС у сфері охорони здоров'я. URL: [https://www.dls.gov.ua/for\\_subject/%D0%BC%D0%BE%D0%B7-%D0%B2%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%BE-78-%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%B2%CA%BC%D1%8F%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D1%8C-%D0%B7%D0%B0-%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D1%8E-%D0%BF%D1%80/](https://www.dls.gov.ua/for_subject/%D0%BC%D0%BE%D0%B7-%D0%B2%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%BE-78-%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%B2%CA%BC%D1%8F%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D1%8C-%D0%B7%D0%B0-%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D1%8E-%D0%BF%D1%80/)
2. Дослідницька служба Верховної Ради України. Аналітична записка з питань порівняльного законодавства про засади державної політики окремих іноземних держав щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій. Київ, 2024. URL: <https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/33859.pdf>
3. Дослідницька служба Верховної Ради України. Наукова концепція розвитку законодавства про охорону психічного здоров'я в Україні. Київ, 2024. URL: <https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/33309.pdf>
4. Дослідницька служба Верховної Ради України. Оглядове досьє щодо міжнародної гуманітарної, фінансової, грантової та кредитної підтримки України, спрямованої на відновлення сектору охорони здоров'я. Київ, 2024. URL: <https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/33875.pdf>
5. Економічна правда. Березневі іди. Як Зеленський робив ліки дешевшими. URL: <https://pravda.com.ua/weeklycharts/bereznevi-idi-yak-zelenskiy-robiv-likideshevshimi-804280/>
6. Інформаційне агентство «Моя Київщина». 134 млн грн з бюджету через неіснуючих лікарів : на Київщині судитимуть організаторів схеми з коштами НСЗУ. URL: <https://mykyivregion.com.ua/news/134-mln-grn-z-byudzetu-cerez-neisnuyucix-likariv-na-kiyivshhini-suditimut-organizatoriv-sxemi-z-kostami-nszu>

7. Кабінет Міністрів України. Пульс Угоди : моніторинг реалізації плану заходів з виконання Угоди. URL: <https://pulse.kmu.gov.ua/>
8. Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
9. Міністерство охорони здоров'я України. Звіт про розширення ЄС 2025 : значний прогрес у сфері охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uk/zvit-pro-rozshirennya-yes-2025-znachnij-progres-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya>
10. Міністерство охорони здоров'я України. МОЗ України виконало 99 % заходів в межах Державної антикорупційної програми на 2023–2025 роки. URL: <https://moz.gov.ua/uk/moz-ukrayini-vikonalo-99-zahodiv-v-mezhah-derzhavnoyi-antikorupciynoi-programi-na-2023-2025-roki>
11. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
12. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовт. 2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
13. Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу : Закон України від 18 берез. 2004 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1629-15#Text>
14. Про затвердження Національної програми адаптації законодавства України до права Європейського Союзу (acquis ЄС) : постанова Кабінету Міністрів України від 1 квіт. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/438-2026-%D0%BF#Text>
15. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 25 берез. 2015 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>
16. Про засади внутрішньої і зовнішньої політики : Закон України від 1 лип. 2010 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2411-17#Text>
17. Про лікарські засоби : Закон України від 4 квіт. 1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>

18. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 6 верес. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
19. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>
20. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#n15>
21. Рахункова палата. Звіт про результати аудиту відповідності на тему «Здійснення Міністерством охорони здоров'я України закупівель високовартісного обладнання для покращення якості медичної допомоги та діагностики громадян України». Київ, 2024. URL: [https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2024/56-2\\_2024/Zvit\\_56-2\\_2024.pdf](https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2024/56-2_2024/Zvit_56-2_2024.pdf)
22. Рахункова палата. Звіт про результати аудиту відповідності на тему «Як установи Національної академії медичних наук України підготовлені для переходу до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення». Київ, 2025. URL: [https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2025/17-2\\_2025/Zvit\\_17-2\\_2025.pdf](https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2025/17-2_2025/Zvit_17-2_2025.pdf)
23. Рахункова палата. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Міністерству охорони здоров'я України на підготовку медичних і фармацевтичних працівників. Київ, 2023. URL: [https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2023/2-1\\_2023/Zvit\\_2-1\\_2023.pdf](https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2023/2-1_2023/Zvit_2-1_2023.pdf)
24. Рахункова палата. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Міністерству охорони здоров'я України на реалізацію пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів. Київ, 2022. URL: [https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2022/26-7\\_2022/Zvit\\_26-7\\_2022.pdf](https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2022/26-7_2022/Zvit_26-7_2022.pdf)

25. Рахункова палата. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів, виділених з державного бюджету для здійснення діяльності Національною дитячою спеціалізованою лікарнею «Охматдит» МОЗ України та зміцнення її матеріально-технічної бази. Київ, 2022. URL: [https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2022/23-4\\_2022/Zvit\\_23-4\\_2022.pdf](https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2022/23-4_2022/Zvit_23-4_2022.pdf)
26. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони : міжнародний документ від 27 черв. 2014 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text)
27. Урядовий офіс координації європейської та євроатлантичної інтеграції України. Європейська інтеграція України. URL: <https://eu-ua.kmu.gov.ua/integration/>
28. Центр «Нова Європа». Membership Check. URL: <https://neweurope.org.ua/analytics/chlenstvo-check/>
29. Council of Europe. 12 Principles of Good Democratic Governance. URL: <https://www.coe.int/en/web/congress/12-principles-of-good-governance>
30. Council of the European Union. Council conclusions on common values and principles in European Union health systems // Official Journal of the European Union. 2006. URL: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>
31. Diez T., Wiener A. Introducing the Mosaic of Integration Theory // KFG Working Paper Series. 2018. № 88. Berlin : Kolleg-Forschergruppe “The Transformative Power of Europe”, Freie Universität Berlin. URL: [https://www.polsoz.fu-berlin.de/en/v/transformeurope/publications/working\\_paper/wp/wp88/WP\\_88\\_Diez\\_Wiener\\_Druck-und-Web.pdf](https://www.polsoz.fu-berlin.de/en/v/transformeurope/publications/working_paper/wp/wp88/WP_88_Diez_Wiener_Druck-und-Web.pdf)
32. European Commission. Commission staff working document : Better Regulation Guidelines. Brussels, 2021. URL: [https://commission.europa.eu/system/files/2021-11/swd2021\\_305\\_en.pdf](https://commission.europa.eu/system/files/2021-11/swd2021_305_en.pdf)

33. European Commission. EU health policy : overview. URL: [https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/overview\\_en](https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/overview_en)
34. European Commission. EU4Health programme 2021–2027 : a vision for a healthier European Union. URL: [https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_en](https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en)
35. European Commission. Green paper : promoting healthy diets and physical activity : a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases. Brussels, 2005. URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/fb6264c8-c756-47c4-944d-6d10bc9fce10/language-en>
36. European Commission. Green paper on mobile health (“mHealth”). Brussels, 2014. URL: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/green-paper-mobile-health-mhealth>
37. European Commission. Green paper on the European workforce for health. Brussels, 2008. URL: [https://health.ec.europa.eu/publications/green-paper-european-workforce-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/green-paper-european-workforce-health_en)
38. European Commission. Guidance document on ex-ante evaluation. Brussels, 2014. URL: [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/evaluation/2014/ex\\_ante\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/evaluation/2014/ex_ante_en.pdf)
39. European Commission. Improving health and safety at work in the EU : Commission adopts 2007–2012 strategy. Brussels, 2007. URL: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_07\\_1571](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_07_1571)
40. European Commission. Speech by Commissioner Várhelyi at Euronews Health Conference. 2026. URL: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/speech\\_26\\_633](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/speech_26_633)
41. European Commission. Ukraine 2025 Report. Brussels, 2025. URL: [https://enlargement.ec.europa.eu/document/download/17115494-8122-4d10-8a06-2cf275eecd7\\_en?filename=ukraine-report-2025.pdf](https://enlargement.ec.europa.eu/document/download/17115494-8122-4d10-8a06-2cf275eecd7_en?filename=ukraine-report-2025.pdf)
42. European Commission. White Paper on nutrition, overweight and obesity-related health issues. Brussels, 2007. URL:

- [https://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_wp\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf)
43. European External Action Service. Ukraine's public health system strengthened with support from EU-funded project. URL: [https://www.eeas.europa.eu/delegations/ukraine/ukraine%E2%80%99s-public-health-system-strengthened-support-eu-funded-project\\_en](https://www.eeas.europa.eu/delegations/ukraine/ukraine%E2%80%99s-public-health-system-strengthened-support-eu-funded-project_en)
  44. European Union. Principle of proportionality. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:proportionality>
  45. Food and Agriculture Organization of the United Nations. One Health coordination. URL: <https://www.fao.org/one-health/background/coordination/en>
  46. Frischhut M., Prainsack B., Hervey T. et al. 20 Years of EU Health Values (2006–2026): Four Proposals for the Future // *The Lancet Regional Health – Europe*. 2026. Vol. 61. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12861275/pdf/main.pdf>
  47. Graziano P. R., Vink M. P. *Europeanization: Concept, Theory, and Methods // The Member States of the European Union* / eds. S. Bulmer, C. Lequesne. Oxford : Oxford University Press, 2012. DOI: 10.1093/hepl/9780199544837.003.0002.
  48. Group of Chief Scientific Advisors. *One Health Governance in the European Union*. Brussels : European Commission, 2024. URL: <https://www.feam.eu/wp-content/uploads/one-health-governance-in-the-european-union-KI0124065ENN.pdf>
  49. Haas E. B. *The Uniting of Europe: Political, Social, and Economic Forces, 1950–1957*. Stanford : Stanford University Press, 1958. 552 p.
  50. *Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf>
  51. *Health Index. Ukraine–2023: Results of a National Study*. Kyiv, 2024. URL: [https://healthindex.com.ua/HI\\_Report\\_UA\\_2023\\_EN.pdf](https://healthindex.com.ua/HI_Report_UA_2023_EN.pdf)
  52. Hooghe L., Marks G. *Multi-Level Governance and European Integration*. Lanham : Rowman & Littlefield Publishers, 2001. 251 p.

53. Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T. (eds.). *Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy*. Cambridge : Cambridge University Press, 2010. 785 p. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/health-governance-web2.pdf>
54. OECD, European Union. *Health at a Glance: Europe 2025 : State of Health in the EU Cycle*. Paris : OECD Publishing, 2025. URL: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025\\_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf)
55. Penninx R., Garcés-Mascreñas B. *The Comparative Study of Integration Policies of European Cities // Handbuch Lokale Integrationspolitik / eds. F. Gesemann, D. Filsinger, S. Münch*. Wiesbaden : Springer VS, 2024. P. 1–29. DOI: 10.1007/978-3-658-43195-2\_54-1.
56. Pirozzi N., Bonomi M. *Governing Differentiation and Integration in the European Union: Patterns, Effectiveness and Legitimacy // The International Spectator*. 2022. Vol. 57, № 1. P. 1–17. DOI: 10.1080/03932729.2022.2038424.
57. Pirro E. B., Zeff E. E. *Europeanization, European Integration, and Globalization // Review essay*. 2003. URL: [https://ciaotest.cc.columbia.edu/olj/shjdir/v6n1/shjdir\\_v6n1k.pdf](https://ciaotest.cc.columbia.edu/olj/shjdir/v6n1/shjdir_v6n1k.pdf)
58. *Regulatory framework analysis for the public healthcare sector in Ukraine : based on the commitments of the Political Declaration on Universal Health Coverage : executive summary*. Kyiv, 2020. URL: [https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/EN\\_Analiz-normativno-pravovih-aktiv\\_Rezyume\\_final.pdf](https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/EN_Analiz-normativno-pravovih-aktiv_Rezyume_final.pdf)
59. Regulation (EU) 2022/2371 of the European Parliament and of the Council of 23 November 2022 on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU. 2022. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32022R2371&qid=1734487221575>
60. Regulation (EU) 2024/1938 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 on standards of quality and safety for substances of human origin

- intended for human application and repealing Directives 2002/98/EC and 2004/23/EC. 2024. URL: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ:L\\_202401938](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ:L_202401938)
61. Russel D. J., den Uyl R. M., de Vito L. Understanding policy integration in the EU—Insights from a multi-level lens on climate adaptation and the EU’s coastal and marine policy // *Environmental Science & Policy*. 2018. Vol. 82. P. 44–51. DOI: 10.1016/j.envsci.2017.12.009.
62. Saito-Jensen M. *Multilevel Governance Theory* // *Theories and Methods for the Study of Multilevel Environmental Governance*. Bogor : Center for International Forestry Research, 2015. URL: <https://www.sparkblue.org/system/files/2020-10/Multilevel%20governance%20theory%20-%20M.%20Saito-Jensen.pdf>
63. Saurugger S., Radaelli C. M. The Europeanization of Public Policies: Introduction // *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 2008. Vol. 10, № 3. P. 213–219. DOI: 10.1080/13876980802276847.
64. SIGMA. Multi-level governance. URL: <https://www.sigmaweb.org/en/thematic-areas/key-topics/multi-level-governance.html>
65. Slobodian O. *From War to Recovery: Strengthening Ukraine’s Healthcare for a Resilient Future*. Brussels : Foundation for European Progressive Studies, 2025. URL: <https://feps-europe.eu/wp-content/uploads/2025/02/Strengthening-Ukraines-healthcare-for-a-resilient-future.pdf>
66. Töller A. E. The Europeanization of Public Policies – Understanding Idiosyncratic Mechanisms and Contingent Results // *European Integration online Papers (EIoP)*. 2004. Vol. 8, № 9.
67. United Nations Sustainable Development Group. *Leave No One Behind*. URL: <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>
68. Veron P., Sergejeff K., Apiko P. *The EU Global Health Strategy: How to make it work*. Maastricht : ECDPM, 2022. URL: [https://ecdpm.org/application/files/3816/7084/2106/EU\\_Global\\_Health\\_Strategy\\_ECDPM\\_briefing\\_note\\_152\\_2022.pdf](https://ecdpm.org/application/files/3816/7084/2106/EU_Global_Health_Strategy_ECDPM_briefing_note_152_2022.pdf)

69. Wallace H., Pollack M. A., Young A. R. (eds.). Policy-Making in the European Union. 6th ed. Oxford : Oxford University Press, 2010. URL: [http://lib.yzu.am/open\\_books/416635.pdf](http://lib.yzu.am/open_books/416635.pdf)
70. World Health Organization. Attacks on Ukraine's health care increased by 20% in 2025. 2026. URL: <https://www.who.int/news/item/23-02-2026-attacks-on-ukraine-s-health-care-increased-by-20-in-2025>
71. World Health Organization. Health needs assessment of the adult population in Ukraine : survey report : April 2025. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2025. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-6904-46670-80597>
72. World Health Organization. One Health. URL: [https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1)
73. World Health Organization. Ukraine. URL: <https://data.who.int/countries/804>