

Міністерство освіти і науки України  
Національний технічний університет  
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління  
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**  
**кваліфікаційної роботи ступеня магістра**

студентки Мирошніченко Тетяни Миколаївни

академічної групи 281М-21з-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Політика ЄС щодо протидії COVID-19: досвід для України»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Прокопенко Л.Л.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневська О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи магістра на тему «Політика ЄС щодо протидії COVID-19: досвід для України».

66 стор., 79 використаних джерел.

ПОЛІТИКА ЄС В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, COVID-19, ГЛОБАЛЬНИЙ САМІТ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД, ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СОЮЗ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Об'єкт дослідження – політика ЄС та його держав-членів у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – сучасний досвід ЄС і його держав-членів стосовно розроблення та імплементації державної політики щодо протидії пандемії COVID-19.

Мета дослідження – з'ясування передових європейських практик розроблення та імплементації державної політики щодо протидії пандемії COVID-19 на основі вивчення досвіду ЄС та його держав-членів.

У першому розділі з'ясовано стан наукового розроблення проблематики вироблення та імплементації державної політики протидії COVID-19; розглянуто керівні принципи та настанови протидії COVID-19, сформульовані на Глобальному саміті з питань охорони здоров'я; з'ясовано ключові напрями та сучасний стан політики ЄС у сфері охорони здоров'я.

У другому розділі з'ясовано сутність та основні цілі Європейського союзу охорони здоров'я та його значення для протидії COVID-19; розглянуто досвід держав-членів ЄС щодо запобігання поширенню пандемії COVID-19; розглянуто досвід ЄС щодо розроблення та імплементації політики протидії пандемії COVID-19.

Сфера практичного застосування результатів роботи – процес розроблення та імплементації державної політики протидії пандемії COVID-19.

## ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «The EU's policy on counteracting COVID-19: experience for Ukraine».

66 pages, 79 sources.

EU HEALTH POLICY, PANDEMIC COVID-19, GLOBAL HEALTH SUMMIT, EUROPEAN EXPERIENCE, EUROPEAN HEALTH UNION.

Object of research – EU and its Member States health policy.

Subject of research – EU and its Member States current experience regarding the development and implementation of public policy on counteracting COVID-19 pandemic.

The purpose of research – definition best European practices in the public policy development and implementation in response to the COVID-19 pandemic, based on the study of the EU and its member states experience.

The first section: provides an overview of scientific understanding of the issues of public policy development and implementation in response to the COVID-19; considers principles and guiding commitments of counteracting COVID-19 set out at the Global health summit; finds out key trends and the current state of the EU health care policy.

The second section: considers the essence and main objectives of the European Health Union and its importance for the fighting against COVID-19; considers the experience of the EU Member States in preventing the spread of the COVID-19 pandemic; considers the EU's experience in the policy development and implementation to combat the COVID-19 pandemic.

Scope of practical application – development and implementation of public policy on counteracting COVID-19.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ COVID-19 .....	8
1.1. Стан наукового розроблення проблематики вироблення та імплементації державної політики протидії COVID-19 .....	8
1.2. Глобальний саміт з питань охорони здоров'я: керівні принципи та настанови протидії COVID-19 .....	13
1.3. Політика ЄС у сфері охорони здоров'я: ключові напрями та сучасний стан .....	21
РОЗДІЛ 2	
ПОЛІТИКА ЄС ЩОДО ПРОТИДІЇ COVID-19: РОЗРОБЛЕННЯ ТА ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ .....	
2.1. Європейський союз охорони здоров'я як відповідь на виклики пандемії COVID-19 .....	30
2.2. Досвід держав-членів ЄС щодо запобігання поширенню пандемії COVID-19 .....	39
2.3. Досвід ЄС щодо розроблення та імплементації політики протидії пандемії COVID-19 .....	53
ВИСНОВКИ .....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	67

## ВСТУП

Актуальність дослідження обумовлена важливістю вивчення досвіду ЄС та його держав-членів стосовно розроблення та імплементації державної політики щодо протидії пандемії COVID-19 з метою його подальшого використання в Україні.

Під час кризи COVID-19 було винесено важливі уроки. Пандемія COVID-19 продемонструвала широкий спектр напрямів політики і програм, які необхідно використовувати для ефективної відповіді. Це показало, що, діючи і працюючи разом, держави-члени ЄС сильніші перед обличчям кризи, щоб отримати доступ до поставок, необхідних для реагування на виклики у сфері охорони здоров'я, і, перш за все, для розширення масштабів і закупівлі вакцин. Досвід показав, що ця співпраця є ще більш потужною, коли відбувається в міжнародному масштабі. Очевидним стало також те, що кожна хвилина на рахунок: незважаючи на всю енергію та рішучість відповіді ЄС, необхідність будувати відповідь на кризу з нуля неминуче призвела до значних людських та економічних витрат.

Стан і ступінь розробки проблеми в спеціальній літературі. Проблематика розроблення та імплементації державної політики протидії COVID-19 не стала предметом ретельного аналізу та дослідження серед українських науковців. Наявних публікацій явно недостатньо ні для належного осмислення чинної державної політики в сфері охорони здоров'я, зокрема на передньому краї боротьби з пандемією COVID-19, ні для ретельного вивчення зарубіжного досвіду, у першу чергу ЄС та його держав-членів. Окремі наукові праці, присвячені аналізу управлінських та економічних аспектів державної політики протидії пандемії, можна знайти у таких дослідників, як О. Скиба, Є. Булана, Д. Гребенюк, Р. Артеменко, О. Ханіна, В. Чорний, Н. Шелевер, К. Сургай, О. Саліхова, Д. Гончаренко. Окрема варто виділити ґрунтовне дослідження В. Вдовиченко та Т. Зосименко, присвячене аналізу політичних, економічних та соціальних викликів вакцинування від COVID-19 в обраній авторками групі

«старих» і «нових» держав-членів ЄС. Серед зарубіжних науковців зазначена проблематика є дуже популярною, свідченням чого є велика кількість публікацій, посвячених як суто медичним, так і економічним та державно-управлінським аспектам протидії пандемії. Серед зарубіжного наукового доробку можна виділити наукові праці таких учених, як Л. Січіліані, Ч. Уайлд, М. МакКі, Р. А. Берджесс, Р. Х. Осборн, К. Йонгабі, В. Джайн, М. Вагорн, С. Раджан, Дж. Сайлус та інших дослідників і експертів.

Об'єктом дослідження є політика ЄС та його держав-членів у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є сучасний досвід ЄС та його держав-членів стосовно розроблення та імплементації державної політики щодо протидії пандемії COVID-19.

Мета роботи та завдання. Метою дослідження є з'ясування передових європейських практик розроблення та імплементації державної політики щодо протидії пандемії COVID-19 на основі вивчення досвіду ЄС та його держав-членів.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі завдання:

- з'ясувати стан наукового розроблення проблематики вироблення та імплементації державної політики протидії COVID-19;
- розглянути керівні принципи та настанови протидії COVID-19, сформульовані на Глобальному саміті з питань охорони здоров'я;
- з'ясувати ключові напрями та сучасний стан політики ЄС у сфері охорони здоров'я;
- з'ясувати сутність та основні цілі Європейського союзу охорони здоров'я та його значення для протидії COVID-19;
- розглянути досвід держав-членів ЄС щодо запобігання поширенню пандемії COVID-19;
- розглянути досвід ЄС щодо розроблення та імплементації політики протидії пандемії COVID-19.

Методи дослідження. В магістерській роботі були використані загальнонаукові теоретичні методи за допомогою яких були виконані завдання і досягнуто мету дослідження. Методологічною основою дослідження став структурно-функціональний метод, який використовувався для вирішення основних завдань роботи. Використання історичного та порівняльного методів дало змогу дослідити стан наукового розроблення проблематики розроблення та імплементації державної політики щодо протидії пандемії COVID-19, розглянути досвід ЄС щодо розроблення та імплементації політики протидії пандемії COVID-19 та досвід держав-членів щодо запобігання поширенню пандемії COVID-19. За допомогою методів систематизації та узагальнення розглянуто ключові напрями та сучасний стан політики ЄС у сфері охорони здоров'я, а також сутність та основні цілі Європейського союзу охорони здоров'я. Методи аналізу, синтезу, індукції, дедукції, аналогії дали змогу з'ясувати досвід ЄС у протидії пандемії COVID-19. Для досягнення мети роботи та формулювання висновків дослідження були використані методи прогнозування, аналізу і синтезу.

Результати дослідження та їх новизна. За результатами дослідження в магістерській роботі зроблено висновок про те, що досвід ЄС та його держав-членів щодо розроблення та імплементації державної політики щодо протидії пандемії COVID-19 є важливим і корисним для України. Особлива увага була приділена: заходам, які успішно сповільнили передачу коронавірусу протягом першого року пандемії; питанням координація зусиль центральної та місцевої влади, а також всіх зацікавлених сторін у процесі прийняття рішень та імплементації політики щодо протидії пандемії; спроможності систем охорони здоров'я до роботи в умовах максимальних перевантажень.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ COVID-19

#### **1.1. Стан наукового розроблення проблематики вироблення та імплементації державної політики протидії COVID-19**

Проблематика розроблення та імплементації державної політики протидії COVID-19 не стала предметом ретельного аналізу та дослідження серед українських науковців. Наявних публікацій явно недостатньо ні для належного осмислення чинної державної політики в сфері охорони здоров'я, зокрема на передньому краї боротьби з пандемією COVID-19, ні для ретельного вивчення зарубіжного досвіду, у першу чергу ЄС та його держав-членів. Окремі наукові праці, присвячені аналізу управлінських та економічних аспектів державної політики протидії пандемії, можна знайти у таких дослідників, як О. Скиба, Є. Булана, Д. Гребенюк, Р. Артеменко, О. Ханіна, В. Чорний, Н. Шелевер, К. Сургай, О. Саліхова, Д. Гончаренко. Окрема варто виділити ґрунтовне дослідження В. Вдовиченко та Т. Зосименко, присвячене аналізу політичних, економічних та соціальних викликів вакцинування від COVID-19 в обраній авторками групі «старих» і «нових» держав-членів ЄС.

Серед зарубіжних науковців зазначена проблематика є дуже популярною, свідченням чого є велика кількість публікацій, як суто медичним, так і економічним та державно управлінським аспектам протидії пандемії. Серед зарубіжного наукового доробку можна виділити наукові праці таких науковців, як Л. Січіліані, Ч. Уайлд, М. МакКі, Р. А. Берджесс, Р. Х. Осборн, К. Йонгабі, В. Джайн, М. Вагорн, С. Раджан, Дж. Сайлус та інших дослідників і експертів.

Популярність досліджень у цій сфері серед зарубіжних дослідників, зокрема європейських, не в останню чергу це пов'язано зі значенням, яке надає ЄС, зокрема Європейська Комісія, своєчасній науковій та експертній підтримці процесу розроблення та імплементації європейської політики протидії пандемії.

Розглянемо декілька зі згаданих вище публікацій українських авторів. Так, О. О. Скиба зазначає, що досвід боротьби із пандемією COVID-19 показав, що готовність та своєчасне реагування системи охорони здоров'я на спалахи інфекційних хвороб та інші надзвичайні ситуації біологічного характеру залежить від стану лабораторних підрозділів, їх оснащення сучасним обладнанням, кваліфікованого персоналу та злагодженій роботі всіх фахівців санітарно-профілактичного спрямування. На основі проведеного аналізу заходів боротьби з пандемією COVID-19 у державах-членах ЄС, зокрема у Швеції, автор робить висновок про те, що «дистанційне» надання первинної медико-санітарної допомоги доступне для усіх громадян досить давно, однак в умовах пандемії COVID-19 все більше надавачів медичних послуг пропонують он-лайн-консультації, постійно розширюючи використання цифрових платформ. Крім цього, зазначає автор, для заохочення пацієнтів до віддалених відвідувань лікарів, в деяких округах було знято обмеження на кількість дистанційних відвідувань медичних закладів на рік [5, с. 128].

Автор вважає, що для контролю поширення COVID-19 необхідною умовою є створення дієвої системи з раннього виявлення носіїв вірусу шляхом збільшення кількості ПЛР-тестувань, формування імунорезистентності до SARS-Cov-2, збільшення кількості вакцинованого населення. О. О. Скиба резюмує, що на сьогодні не існує загальних регламентуючих правил боротьби та стримування поширення COVID-19 – кожна держава вживає власних заходів, спираючись на рівень розвитку своєї економіки та системи охорони здоров'я [5, с. 128].

К. П. Сургай зазначає, що ЄС ще на початку пандемії розробив стратегію боротьби та подолання хвороби та спричиненої економічної кризи, а уряди держав-членів запровадили жорстокі карантинні обмеження в усіх сферах суспільного життя з метою зменшення захворюваності на COVID-19. У Данії, Італії, Греції та Кіпрі запровадили другий локдаун. Кіпр та Італія встановили комендантську годину. Кожна держав-член ЄС визначає обмеження згідно з особливостями розвитку ситуації особисто, тому в Греції, наприклад, за

наявності загальнонаціональних карантинних обмежень школи працюють в звичному режимі, а в Італії школи навчаються он-лайн, а також обмежується транспортне сполучення [6, с. 99]. Авторка вважає, що найбільш позитивним досвідом ЄС є підтримка усіх держав-членів та аналіз інформації про боротьбу з пандемією у кожній з них. Зазначається також, що ЄС розробив дієву стратегію боротьби з COVID-19, тому Україна може багато чому навчитися співпрацюючи з відповідними європейськими інститутами та вивчаючи досвід держав-членів [6, с. 102].

Розглянувши дії ЄС на початковому етапі пандемії, Є. Булана дійшла висновку, що зовнішній виклик, який, мав би згуртувати Європу, як це було після закінчення Другої світової війни, навпаки, в черговий раз її розколов, принаймні, на початкових етапах пандемії. COVID-19 в черговий раз посилив націоналістичні настрої і «оголив суверенний егоїзм». На думку авторки, коронакриза продемонструвала, наскільки складним може бути європейське співробітництво, особливо в тих сферах політики, де ЄС має лише обмежені юридичні повноваження для підтримки держав-членів. Незважаючи на значну активність Європейської Комісії, відповідь ЄС на загрозу можна розглядати як підтвердження труднощів, з якими стикається організація в подальшому підвищенні рівня інтеграції через посилення ролі наднаціональних інститутів [2, с. 204].

Н. В. Шелевер досліджує реалізацію принципу соціальної справедливості у відносинах із соціальної підтримки населення під час пандемії коронавірусу COVID-19. Авторка звертає увагу на те, що підтримка держави має ґрунтуватися на принципі справедливості, а в Україні такий принцип дуже часто порушується, зокрема у сфері соціальної підтримки. В статті робиться висновок, що на період карантину доцільно особливо посилити соціальний захист вразливих верств населення: пенсіонерів, безробітних, інвалідів. Під час пандемії коронавірусу соціальний захист населення в ЄС, а його державах-членах є досконалішим, ніж в Україні [9].

В. Чорний розглядає кризу пандемії COVID-19 як глобальну економічну кризу з серйозними потрясіннями (падіння промислового виробництва, зростання безробіття), які поширюється нерівномірно та з різною інтенсивністю в різних частинах Європи. Економічні та соціальні нерівності між державами-членами ЄС є суттєвою причиною відмінностей у їх спроможності протистояти пандемії. Намагаючись зрозуміти «економічну природу пандемічного шоку», автор вважає, що подолати кризу можна за допомогою ефективної соціально-економічної політики держави, в центрі уваги якої має бути пошук шляхів запобігання розриву у виробничих ланцюжках. Як приклад вжиття необхідних макроекономічних заходів, в статті наводиться надання фінансової підтримки бізнесу з відповідних фондів ЄС [8].

У статті О. І. Ханіної проаналізовано наслідки пандемії COVID-19 та заходи державного антикризового регулювання економічної ситуації. Зазначаючи, що провідні країни світу вже нарощують свій економічний потенціал, хоча й нерівномірно, авторка як приклад наводить політику ЄС, де застосовано різноманітні заходи боротьби з COVID-19: створено «Резерв порятунку» з запасом необхідних ресурсів та фонд стратегічних ініціатив у розмірі 400 млн євро для глобальної боротьби з COVID-19; засновано військову оперативну групу, яка в боротьбі з COVID-19 координуватиме свої дії з НАТО; призупинено дію Пакту стабільності й зростання. Як рекомендації, серед іншого, авторка пропонує пошук оптимального балансу та послідовності запровадження інструментів (реалізації механізмів) охорони здоров'я та економічної та соціальної політики втручання в ринкові відносини, особливо у період зростання кількості заражених у багатьох країнах [7, с. 130].

Р. О. Артеменко розглядає пандемію COVID-19 як виклик єдності та стабільності ЄС, а тому метою його статті є аналіз основних заходів, які вживає ЄС для подолання наслідків пандемії COVID-19 та розгляд впливу, спричинених нею кризових явищ на інтеграційні процеси. Автор також намагається з'ясувати, наскільки заходи інститутів ЄС спроможні задовольнити інтереси держав-членів ЄС з різним економічним потенціалом та чи спроможна

неминуча економічна рецесія, викликана пандемією COVID-19, посилює популярність правих націоналістичних сил, які виступають за зменшення рівня інтеграції та ставлять питання про ефективність спільної економічної політики Євросоюзу. В статті з'ясовано, що через недостатню координацію дій держав-членів ЄС на початку пандемії спостерігалися безсистемні засоби національного реагування і, як наслідок, у ряді держав-членів спільноти набули поширення євроскептичні та націоналістичні настрої, що могло істотно вплинути на подальші перспективи розвитку Євросоюзу. Автор дійшов висновку, що перед ЄС постає складне, але цілком реалістичне завдання – розроблення довгострокової і далекосяжної стратегії виходу з кризи, комплексного плану відновлення, погодження безпрецедентних інвестицій, посилення системної стійкості ЄС, а також послідовне втілення такої стратегії в життя. На думку Р. О. Артеменка, лише так ЄС зможе продемонструвати своїм громадянам та всьому світові ефективність загальноєвропейських інституцій, життєздатність ЄС та посилить довіру до нього. Позитивне вирішення цього надважливого завдання допоможе зберегти ЄС як гаранта стабільності на європейському континенті та й у всьому світі [1].

Серед останніх за часом публікацій, присвячених досвіду ЄС у протидії COVID-19, найбільш ґрунтовною, безумовно, є аналітична записка програм Європейських студій та Економічної дипломатії Ради зовнішньої політики «Українська призма» під назвою «Панденоміка Європи: політичні, економічні та соціальні виклики вакцинування від COVID-19» [3], підготовлена авторками – В. Вдовиченко та Т. Зосименко – в рамках проекту Інституційного розвитку аналітичних центрів за підтримки Посольства Швеції в Україні, Ініціативи відкритого суспільства для Європи (OSIFE) та Міжнародного фонду «Відродження». У фокус пілотного дослідження потрапила третина держав-членів ЄС. Авторки обрали три країни «старої» Європи, засновниці ЄС – Італію, Францію та Німеччину, а також шість «нових членів» – Болгарію, Польщу, Румунію, Словаччину, Угорщину та Чехію. На їх прикладі в аналітичній записці проаналізовано зовнішньо- та внутрішньополітичні аспекти

реагування на кризу пандемії COVID-19 з початку національних імунізаційних кампаній, визначено вплив таких рішень на демократичні права та свободи громадян, а також те, наскільки коронавірус став «тестом» на політичну стійкість урядів і їх солідарність із політикою ЄС у 2021 р.

Метою дослідження стало визначення чинників-викликів вакцинації (політичні, економічні, соціальні) та дослідження їх впливу на управління та ефективний перебіг імунізаційних кампаній у протидії пандемії на прикладі обраної групи держав-членів. Авторки аналітичної записки висунули гіпотезу, що цей вплив буде дуже відмінним, залежно від країни. Авторки, серед іншого, зробили висновок про наявність тісної позитивної кореляції між економічними настроями та очікуваннями бізнесу й рівнем охоплення населення щепленнями, тоді як ресурси ЄС виступають додатковим стимулятором для позитивних прогнозів. Авторки вважають, що для повернення держав-членів ЄС на траєкторію економічного зростання найближчим часом найважливішими будуть два види «ін'єкцій»: вакцинація проти коронавірусу та фінансові вливання з Фонду відновлення ЄС [3, с. 47].

## **1.2. Глобальний саміт з питань охорони здоров'я: керівні принципи та настанови протидії COVID-19**

У своєму щорічному зверненні щодо стану справ в Союзі від 16 вересня 2020 р. [66]. Голова Європейської Комісії Урсула фон дер Ляєн ініціювала скликання в 2021 р. глобального саміту G20 з питань охорони здоров'я, під час головування у «Великій двадцятці» Італії.

На глобальному саміті лідери G20 зобов'язалися вжити низку дій, щоб прискорити завершення кризи COVID-19 у всьому світі та краще підготуватися до майбутніх пандемій. Саміт став можливістю для G20 і запрошених лідерів, керівників міжнародних і регіональних організацій, а також представників глобальних органів охорони здоров'я поділитися уроками, отриманими під час пандемії COVID-19. Лідери прийняли «Римську декларацію» [42],

зобов'язавшись дотримуватись спільних принципів подолання COVID-19, запобігання майбутнім пандеміям і належної підготовки до них.

Лідери підкреслили, що стійкі інвестиції в глобальну охорону здоров'я, спрямовані на досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я з первинною медико-санітарною допомогою в її центрі, а також готовність і стійкість, є широкими соціальними та макроекономічними інвестиціями в глобальні суспільні блага, і що ціна бездіяльності буде на порядок вищою.

На саміті також було визнано дуже згубний вплив пандемії на прогрес у досягненні Цілей сталого розвитку ООН (ЦСР). Лідери G20 підтвердили свою прихильність їх досягненню (як зазначено у резолюції ГА ООН від 11 вересня 2020 р. [41]), а також до дотримання Міжнародних медико-санітарних правил 2005 р. (ММСП), які разом поліпшать стійкість і глобальні результати охорони здоров'я.

Лідери рішуче підкреслили нагальну потребу в активізації зусиль, у тому числі шляхом синергії між державним і приватним секторами та багатосторонніх зусиль, для поліпшення своєчасного, глобального та справедливого доступу до безпечних, ефективних і доступних засобів проти COVID-19 (вакцин, лікарських препаратів, засобів діагностики та особистих засобів захисту). Було визнано також необхідність підкріпити ці зусилля зміцненням систем охорони здоров'я, нагадуючи про надзвичайний саміт G20 26 березня 2020 р.

Окрім цих та інших заяв, зважаючи на пандемію, що триває, лідери G20 виклали низку принципів та керівних настанов. Вони мають слугувати урядам добровільним орієнтиром для поточних і майбутніх дій в царині глобальної системи охорони здоров'я, для підтримки фінансування, створення та усталення ефективних можливостей і спроможностей системи охорони здоров'я, для загального охоплення послугами охорони здоров'я з метою поліпшення готовності, раннього попередження, запобігання, виявлення й скоординованої реакції та стійкості, для відновлення після завершення поточної

пандемії та майбутніх потенційних надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

Лідери G20 зобов'язались досягати відчутного прогресу в просування зазначених нижче принципів і дій, якими вони керувалися, на саміті G20 з питань охорони здоров'я в Римі та після нього, і запросили розглянути їх на майбутній Всесвітній асамблеї охорони здоров'я (ВНА) та інших відповідних форумах, а також усім відповідним зацікавленим сторонам.

В заключній декларації саміту були визначені такі принципи [42]:

1. Підтримка та вдосконалення існуючої багатосторонньої архітектури охорони здоров'я для забезпечення готовності, запобігання, виявлення та реагування з відповідним, стійким і передбачуваним фінансуванням, ефективною ВООЗ у центрі цієї системи, беручи до уваги майбутню Всесвітню асамблею охорони здоров'я (ВНА) [78] та різні нещодавні та поточні процеси її перегляду, включаючи ті, що є результатом діяльності попередньої ВНА. Підтримка досягнення ЦСР ООН, їх цільових показників і конкретних ініціатив, таких як Глобальний план дій щодо здорового життя та благополуччя для всіх, щоб краще підтримувати країни для прискорення прогресу на шляху до ЦСР, пов'язаних зі здоров'ям, у тому числі до загального охоплення медичним обслуговуванням. Підтримка мети сталого, інклюзивного та стійкого відновлення, яке сприяє поступовій реалізації права всіх людей на найвищий досяжний рівень здоров'я.

2. Робота із забезпечення та більш ефективної підтримки повної імплементації, моніторингу і дотримання ММСП, а також розширеної імплементації багатогалузевого, науково обґрунтованого підходу «Єдине здоров'я» [56] (інтегрований, об'єднуючий підхід ВООЗ до збалансування та оптимізації здоров'я людей, тварин і навколишнього середовища, особливо актуальний в умовах пандемії COVID-19) для усунення ризиків, що виникають через взаємодію людини, тварини та довкілля, загрози резистентності до антимікробних препаратів, відзначаючи роль відповідних міжнародних організацій у цьому відношенні та заохочуючи нові рекомендації щодо

громадської охорони здоров'я в консультаціях з відповідними організаціями охорони здоров'я щодо міжнародних подорожей повітряним або морським транспортом, включаючи круїзні судна.

3. Сприяння підходам до політики, що охоплює все суспільство та всі сфери охорони здоров'я, з національними та громадськими елементами, що взаємно доповнюють один одного, а також просування відповідальності на найвищих рівнях уряду за досягнення кращої готовності, запобігання, виявлення та реагування.

4. Сприяння багатосторонній торговельній системі, відзначаючи центральну роль СОТ і важливість відкритих, стійких, диверсифікованих, безпечних, ефективних і надійних глобальних ланцюжків поставок у всьому ланцюжку створення вартості, пов'язаному з надзвичайними ситуаціями в сфері охорони здоров'я, включаючи сировину для виробництва вакцин, а також для виробництва ліків, діагностичних засобів, інструментів, медичного обладнання, нефармацевтичних товарів і сировини та доступу до них для вирішення надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

5. Забезпечення справедливого, доступного, своєчасного глобального доступу до високоякісних, безпечних і ефективних засобів профілактики, виявлення та реагування, використовуючи досвід Ініціативи з прискореного доступу до засобів боротьби з COVID-19 (ACT-A) [69], а також до нефармацевтичних заходів, чистої води, санітарії, гігієни та (адекватне харчування) харчування та міцних, інклюзивних та стійких систем охорони здоров'я; підтримка надійних систем доставки вакцин, довіри до вакцин і медичної грамотності.

6. Підтримка країни з низьким і середнім рівнем доходу в накопиченні експертних знань і розвитку місцевих і регіональних виробничих потужностей для виготовлення засобів (вакцин, лікарських препаратів, засобів діагностики та особистих засобів захисту), у тому числі за рахунок зусиль COVAX (Глобальна ініціатива, спрямована на рівний доступ до вакцин проти COVID-19) [23], з метою розвитку поліпшених глобальних, регіональних і місцевих виробничих

потужностей, обробки та розподілу. Подальше розширення використання технологій охорони здоров'я та цифрова трансформація систем охорони здоров'я.

7. Використання синергії та опора на досвід відповідних організацій і платформ для полегшення обміну даними, розбудови спроможності, укладення ліцензійних угод і добровільної передачі технологій і ноу-хау на взаємоузгоджених умовах.

8. Посилення підтримки існуючих структур готовності та профілактики для справедливої імунізації проти захворювань, яким можна запобігти за допомогою вакцинації, а також програм епіднадзора та охорони здоров'я щодо цих та інших захворювань, включаючи ВІЛ/СНІД, туберкульоз, малярію та інші, а також неінфекційних захворювань, як частину інтегрованої системи надання послуг і забезпечення того, щоб ніхто не залишився позаду.

9. Інвестування в кадри в сфері охорони здоров'я та догляду в усьому світі, щоб отримати потрібний дивіденд, який полягає у поліпшенні стану здоров'я, прискоренні розвитку та досягненні поступу в соціальній інклюзії та гендерній рівності, шляхом розвитку взаємно визнаних компетенцій за допомогою освіти та навчання, у тому числі у межах відповідних ініціатив ВООЗ, включаючи Академію ВООЗ. Інвестування в охорону здоров'я громади та в системи охорони здоров'я, щоб досягти рівня надання посиленних, стійких, інклюзивних, високоякісних послуг охорони здоров'я, безперервності догляду, догляду на місцевому рівні і вдома, а також можливостей громадського здоров'я в усіх країнах. Інвестування в багатосторонні механізми під керівництвом ВООЗ з метою сприяння наданню допомоги та можливостям реагування для використання в країнах, що розвиваються, і в постраждалих від кризи країнах. Інвестування також у водопостачання, санітарію та гігієну в закладах охорони здоров'я задля зменшення ризику інфікування та надійного захисту медичних працівників.

10. Інвестування у забезпечення адекватних ресурсів, професійну підготовку та укомплектування персоналом діагностичних державних

лабораторій і лабораторій охорони здоров'я тварин, включно із можливостями геномного секвенування, а також швидкого та безпечного обміну даними та зразками під час надзвичайних ситуацій усередині країни та на міжнародному рівні, відповідно до чинного законодавства, відповідних існуючих угод, правил та домовленостей.

11. Інвестування в подальшу розробку, розширення та вдосконалення оперативної інформації в сфері раннього попередження, спостереження та систем ініціювання відповідно до підходу «Єдине здоров'я» (One Health). Інвестування в нові зусилля для посилення епіднадзора та аналізу даних про потенційні спалахи епідемій, включаючи швидкий і прозорий міжгалузевий і міжнародний обмін інформацією та даними відповідно до ММСП.

12. Передбачуване, ефективне та адекватне інвестування, відповідно до національних можливостей, у внутрішнє, міжнародне та багатостороннє співробітництво в сфері досліджень, розробки та інновацій для засобів систем охорони здоров'я (вакцини, лікарські препарати, засоби діагностики та особисті засоби захисту) та нефармацевтичних заходів, враховуючи питання масштабованості, доступу та виробництва на ранній стадії.

13. Координація фармацевтичних і нефармацевтичних заходів і реагування на надзвичайні ситуації (включаючи он-лайн-координацію дій кризових і оперативних центрів) у контексті сталого та справедливого відновлення, з інвестиціями в охорону здоров'я, готовність і реагування, а також напрями політики, що базуються на наукових рекомендаціях. Публічна політика має прискорювати прогрес у досягненні ЦСР ООН, боротися з основними причинами надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, включаючи соціальні детермінанти здоров'я, бідність, структурну нерівність і погіршення навколишнього середовища, а також нарощувати людський капітал, прискорювати перехід до «зелених» і цифрових технологій і сприяти досягненню процвітання для всіх.

14. Підвищення ефективності заходів готовності та реагування шляхом підтримки та сприяння змістовному та інклюзивному діалогу з місцевими

громадами, громадянським суспільством, працівниками на передній лінії охорони здоров'я, уразливими групами, жіночими та іншими організаціями та всіма іншими відповідними зацікавленими сторонами, а також шляхом протидії дезінформації та дезинформації. Підкріплення цього довірою та прозорістю щодо врядування та прийняття рішень, які впливають із своєчасної та культурно адаптованої передачі точної інформації, доказів та щодо невизначеності, а також уроків, внесених з досвіду боротьби з пандемією COVID-19 та попередніх надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. Зміцнення здоров'я та робота над соціальними детермінантами здоров'я для вирішення інших критичних проблем здоров'я, таких як неінфекційні захворювання, психічне здоров'я, їжа та харчування, як частина зусиль щодо підвищення загальної стійкості до майбутніх криз у сфері охорони здоров'я та, крім того, забезпечення реагування на майбутні кризи з урахуванням вікових гендерних аспектів.

15. Задоволення потреб в удосконалених, раціоналізованих, стійких і передбачуваних механізмах фінансування довгострокової готовності до пандемії, запобігання, виявлення та реагування, а також у нарощуванні потужностей, здатних швидко мобілізувати приватні та державні кошти та ресурси на скоординованій, прозорій та спільній основі, з надійною підзвітністю та наглядом. Солідарне об'єднання зусиль для надання підтримки, особливо щодо виробництва та постачання вакцин та інших матеріалів та/або фінансування закупівлі вакцин для країн із низьким і середнім рівнем доходу.

16. Прагнути забезпечення ефективності таких механізмів фінансування, в тому числі шляхом використання змішаного фінансування, інноваційних механізмів, державних, приватних і філантропічних джерел, а також коштів міжнародних фінансових інститутів. Прагнути уникати дублювання зусиль і звертати увагу на потребу країн у фінансуванні своїх національних ММСП та науково-дослідних можливостей, насамперед за рахунок внутрішніх ресурсів відповідно до їхніх національних умов, і залучення підтримки для тих, хто не може цього зробити. Наголос на важливості багатосторонніх зусиль для

задоволення потреб у фінансуванні країн із низьким і середнім рівнем доходу, включаючи запропонований МВФ новий загальний розподіл спеціальних прав запозичення, амбітне двадцятье поповнення міжнародними донорами фондів Асоціації міжнародного розвитку (IDA20) [44] та існуючі заходи, схвалені G20. Вітання і підтримка поточної діяльності Багатосторонніх банків розвитку та міжнародних організацій і заклик до збільшення в рамках їхніх повноважень і відповідних бюджетів зусиль для кращої підтримки готовності, запобігання, виявлення, реагування та контролю загроз здоров'ю та поліпшення їх координації.

Таким чином, на Римському саміті з питань охорони здоров'я лідери G20 ще раз підтвердили, що пандемія продовжує залишатися безпрецедентною глобальною кризою в сфері охорони здоров'я та соціально-економічною кризою, яка має непропорційні прямі та непрямі наслідки для найбільш уразливих верств населення, жінок, дівчат і дітей, а також для медичних працівників первинної ланки і людей похилого віку. Було спеціально наголошено на тому, що пандемія не закінчиться, доки всі країни не зможуть взяти хворобу під надійний контроль, тому широкомасштабна, глобальна, безпечна, ефективна та справедлива вакцинація в поєднанні з відповідними іншими заходами охорони здоров'я залишаються головним глобальними та національним пріоритетом, поряд із поверненням до сильного, сталого, збалансованого та інклюзивного зростання. В Римській декларації зазначається, що визначені в ній принципи взаємно доповнюють один одного і підтверджують відданість лідерів G20 глобальній солідарності, справедливості та багатосторонньому співробітництву, ефективному врядуванню, зокрема у сфері охорони здоров'я. Лідери закликали уряди до дотримання людиноцентричного підходу, тобто переміщення медичних працівників у центр готовності та спорядження їх всім необхідним для ефективного реагування на виклики в сфері охорони здоров'я. В документі також йдеться про нагальну необхідність розбудови науково обґрунтованої політики у сфері охорони

здоров'я, створення атмосфери довіри до неї. Лідери наголосили на сприянні сталого фінансування глобальної системи охорони здоров'я.

### **1.3. Політика ЄС у сфері охорони здоров'я: ключові напрями та сучасний стан**

В ЄС основну відповідальність за організацію та надання медичних послуг і медичної допомоги несуть його держави-члени. Тому роль ЄС у політиці охорони здоров'я доповнює національну політику.

Політика та дії ЄС у сфері охорони здоров'я спрямовані на:

- захист та поліпшення здоров'я громадян ЄС;
- підтримку модернізації інфраструктури охорони здоров'я;
- підвищення ефективності європейських систем охорони здоров'я;
- посилення готовності та заходи щодо реагування на транскордонні загрози здоров'ю.

У сфері охорони здоров'я ЄС ухвалює закони та рекомендації для захисту людей, які стосуються, наприклад, медичної продукції та прав пацієнтів.

Координація питань охорони здоров'я є об'єктивним наслідком вільного руху людей і товарів у межах єдиного внутрішнього ринку Союзу. Співпраця ЄС у питаннях охорони громадського здоров'я служить для вирішення загальних проблем охорони здоров'я, які виникають, наприклад, через стійкість до антимікробних препаратів, хронічні захворювання, яким можна запобігти, і старіння населення.

Правовою основою політики ЄС у сфері охорони здоров'я є розділ XIV «Охорона громадського здоров'я» (ст. 168) Договору про функціонування Європейського Союзу (ДФЄС) [4].

Так, в ст. 168(1) зазначається, що під час визначення та виконання всіх політик та заходів Союзу забезпечується високий рівень захисту здоров'я людини. Діяльність Союзу, що доповнює національні політики, спрямована на поліпшення охорони громадського здоров'я, запобігання фізичним та

психічним розладам та захворюванням і усунення джерел небезпеки фізичному та психічному здоров'ю. Така діяльність охоплює боротьбу проти тяжких хвороб, сприяючи дослідженню їхніх причин, шляхів поширення та методів запобігання цим хворобам, а також інформаційну та освітню роботу у питаннях охорони здоров'я та моніторингу, раннього виявлення і боротьби проти серйозних транскордонних загроз здоров'ю. Союз доповнює діяльність держав-членів щодо зменшення шкоди здоров'ю, спричиненої наркотиками, включаючи інформаційну та профілактичну роботу.

Союз заохочує співпрацю між державами-членами у сферах, зазначених у цій статті, та в разі потреби надає підтримку їхній діяльності. Союз, зокрема, заохочує співпрацю між державами-членами з метою покращення взаємодоповнюваності їхніх служб охорони здоров'я на прикордонних територіях. Держави-члени, підтримуючи зв'язок із Комісією, координують між собою свої політики та програми у сферах, зазначених у частині 1 ст. 168. Комісія може у тісному контакті з державами-членами висувати будь-які конструктивні ініціативи з метою сприяння такій координації, зокрема ініціативи, спрямовані на запровадження керівних принципів та показників, на організацію обміну найкращим досвідом та на підготовку необхідних елементів періодичного моніторингу та оцінювання. Європейський Парламент інформується у повному обсязі.

Важливим, особливо в умовах загрози пандемії, є положення ст. 168 (3) про те, що Союз та держави-члени заохочують співпрацю з третіми країнами та компетентними міжнародними організаціями у сфері охорони громадського здоров'я.

Європейський Парламент та Рада ЄС, діючи згідно зі звичайною законодавчою процедурою (Європейська Комісія розробляє законопроект, а Європейський Парламент і Рада ЄС, як законодавці, ухвалюють або не ухвалюють його) та після проведення консультацій з Економічно-соціальним комітетом та Комітетом регіонів (консультативні органи ЄС), сприяють

досягненню цілей, зазначених в ст. 168, з метою дотримання інтересів спільної безпеки за допомогою ухвалення (частина 4 ст. 168):

а) заходів, що встановлюють високі стандарти якості та захисту органів та речовин людського походження, крові та похідних крові; ці заходи не перешкоджають будь якій державі-члену зберігати або впроваджувати суворіші захисні заходи;

б) заходів у сферах ветеринарії та фітосанітарії, безпосереднім завданням яких є захист громадського здоров'я;

с) заходів, що встановлюють високі стандарти якості та безпеки лікарських засобів та устаткування медичного призначення.

Європейський Парламент та Рада ЄС, діючи згідно зі звичайною законодавчою процедурою та після проведення консультацій з Економічно-соціальним комітетом та Комітетом регіонів, також можуть ухвалити заохочувальні заходи, призначені для захисту та поліпшення здоров'я людини, зокрема для боротьби проти основних тяжких хвороб, що носять транскордонний характер, а також заходи, безпосередньою ціллю яких є захист громадського здоров'я від тютюну та зловживання алкоголем, за винятком будь-якої гармонізації законів та підзаконних актів держав-членів. Для цілей ст. 168 Рада ЄС за пропозицією Комісії може також ухвалювати рекомендації.

В ст. 168(7) зазначається також, що у своїй діяльності Союз ставить з повагою до обов'язків держав-членів щодо визначення своєї політики охорони здоров'я та за організацію і надання послуг з охорони здоров'я та медичної допомоги. Відповідальність держав-членів включає управління послугами з охорони здоров'я та медичною допомогою, а також розподіл ресурсів, призначених для них. Заходи, зазначені в пункті (а) частини 4 ст. 168, не впливають на національні положення про донорство або медичне використання органів та крові.

Сфери, у яких ЄС прийняв законодавство, включають:

1. Права пацієнтів у транскордонній медичній допомозі. Відповідно до законодавства ЄС, громадяни ЄС мають право на доступ до медичної допомоги

в будь-якій державі-члені ЄС і на відшкодування витрат на лікування за межами своєї країни. Європейська картка медичного страхування (EHIC) гарантує, що необхідне медичне обслуговування надається на тих самих умовах і за ту саму вартість, що й людям, застрахованим у цій державі-члені ЄС.

Крім того, директива ЄС щодо прав пацієнтів у сфері охорони здоров'я за кордоном, яка визначає умови, за яких пацієнт може поїхати до іншої держави-члена ЄС для отримання медичної допомоги та відшкодування.

2. Лікарські засоби та вироби медичного призначення. Регуляторна політика щодо надання дозволів на лікарські засоби на рівні ЄС здійснюється Європейським агентством з лікарських засобів або на національному рівні компетентними органами в державах-членах ЄС. Існують спеціальні правила для надання дозволів на:

- лікарські засоби для педіатрії;
- орфанні препарати (використовуються для лікування, діагностики або профілактики рідкісних захворювань, які вражають не більше ніж 5 із 10 000 осіб у ЄС);
- традиційні лікарські трави;
- вакцини.

ЄС також регулює клінічні випробування, які надають дані, що використовуються для надання дозволів. Метою такого регулювання є гарантія безпеки, ефективності та якості лікарських засобів. Після виходу на ринок безпека лікарського засобу продовжує контролюватися протягом усього терміну його служби за допомогою системи фармакологічного нагляду ЄС.

Європейське агентство з лікарських засобів [37] було створено в 1995 р. та є європейською мережею, що включає понад 40 національних регуляторних органів. Це гарантує постійний обмін та потік інформації щодо наукової оцінки лікарських засобів у ЄС.

Існує також європейська нормативна база для медичних виробів, яка забезпечує безпеку та ефективність медичних пристроїв і полегшує доступ пацієнтів до наявних на європейському ринку препаратів.

3. Серйозні транскордонні загрози здоров'ю. ЄС та його держави-члени координують і співпрацюють у сфері охорони здоров'я. Управління ризиками та кризами є відповідальністю держав-членів. Однак ЄС має повноваження підтримувати, координувати та доповнювати національні дії.

Моніторинг, раннє попередження, готовність і заходи реагування для боротьби з серйозними транскордонними загрозами для здоров'я є важливими елементами для забезпечення високого рівня охорони здоров'я в ЄС.

Європейський центр профілактики та контролю захворювань (ECDC) надає державам-членам ЄС незалежні наукові консультації, допомогу та експертизу щодо загроз громадському здоров'ю, таких як інфекційні захворювання.

Ключовою віхою у розбудові міцнішої системи охорони здоров'я в ЄС стало рішення у 2013 р. покращити готовність і зміцнити потенціал для скоординованої реакції на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я. Рішення також посилює роль Комітету з охорони здоров'я, органу, що складається з представників держав-членів, у вирішенні серйозних транскордонних загроз здоров'ю.

Досвід пандемії COVID-19 спонукав країни ЄС покращити стійкість ЄС у відповіді на майбутні пандемії. У 2022 р. ЄС прийняв набір нормативних актів (так званий пакет «Європейського союзу охорони здоров'я») для подальшого зміцнення системи безпеки охорони здоров'я ЄС, а також посилення ролі ключових агентств ЄС у готовності до криз і реагуванні на них [36].

4. Захворювання на рак, тютюнові вироби і зміцнення здоров'я. Рак є другою причиною смертності та однією з головних причин передчасної смерті в ЄС. Крім того, 52 % смертей на виробництві в ЄС щороку спричинені раком [34]. Окрім прямого впливу раку на здоров'я та благополуччя людей, він також впливає на системи охорони здоров'я та соціальні системи, державні бюджети, продуктивність та зростання економіки, включаючи здорову робочу силу.

ЄС також має кілька законів для захисту працівників від небезпечних об'єктів і хімічних речовин, включаючи канцерогенні та мутагенні речовини.

Боротьба з раком є одним із пріоритетів політики ЄС у сфері охорони здоров'я. «Європейський план подолання раку» стосується кожної стадії хвороби, від профілактики до якості життя хворих на рак і тих, хто вижив, і зосереджується на діях, що охоплюють кілька сфер політики.

План спрямований на те, щоб змінити тенденцію зростання кількості випадків раку в ЄС і побудувати більш здорове, справедливе та стійке майбутнє для всіх.

У грудні 2021 р. міністри ЄС обговорили створення Європейського союзу охорони здоров'я та закликали до подальшого зміцнення та поліпшення здоров'я, а також профілактики, раннього виявлення та лікування раку.

Європейський план подолання раку [11] підтримуватиметься діями, що охоплюють такі сфери політики, як зайнятість, освіта, соціальна політика та рівність, маркетинг, сільське господарство, енергетика, навколишнє середовище та клімат, транспорт, політика згуртованості та оподаткування.

Тютюн. Споживання тютюну є найбільшим ризиком для здоров'я, якого можна уникнути, і найважливішою причиною передчасної смерті в ЄС, що є причиною майже 700 тис. смертей щороку. Близько 50 % курців помирають передчасно (в середньому на 14 років раніше, ніж некурці) [34].

З метою захисту споживачів в ЄС Директива щодо тютюнових виробів встановлює правила, що регулюють виробництво, презентацію та продаж тютюнових та супутніх виробів. Інша директива про структуру та ставки акцизного збору, що застосовуються до тютюнових виробів, запровадила високі податки на тютюнові вироби, що має на меті зменшити споживання тютюну, особливо серед молоді.

Рекомендація Ради 2009 р. щодо середовища, вільного від тютюнового диму, закликає держави-члени ЄС захистити людей від впливу тютюнового диму в громадських місцях і на роботі [22].

Стійкість до антимікробних засобів. Резистентність до антимікробних препаратів (AMR) виникає, коли такі мікроби, як бактерії, розвивають резистентність до одного або кількох ліків. Стійкість до протимікробних

препаратів зростає через надмірне використання антибіотиків і неправильну утилізацію ліків. Він є причиною близько 33 тис. смертей на рік у ЄС [34]. Ця ситуація ще більше погіршується відсутністю розробки нових протимікробних препаратів.

План дій ЄС на 2017 р. проти антимікробної резистентності був спрямований на підвищення обізнаності та передового досвіду, стимулювання досліджень та інновацій, а також зміцнення глобальної співпраці. Нова постанова про ветеринарні лікарські засоби, прийнята в 2018 р., має як одну з цілей обмежити використання антибіотиків у сільському господарстві та таким чином зупинити поширення резистентних мікробів від тварин до людей.

Щеплення. Політика вакцинації є компетенцією держав-членів. ЄС надає допомогу державам-членам у координації їх політики та програм.

У грудні 2018 р. Рада прийняла рекомендацію щодо посилення співпраці ЄС щодо хвороб, яким можна запобігти за допомогою вакцин. Ця ініціатива встановлює рекомендації щодо подолання нерішучості людей щодо вакцинації, покращення охоплення вакцинацією, сприяння координації закупівель вакцин та підтримки досліджень та інновацій. Вона також заохочує держави-члени розробляти та впроваджувати національні плани вакцинації.

5. Безпека речовин людського походження (органи, кров, тканин і клітини). Багато методів лікування серйозних захворювань залежать від наявності крові, тканин і клітин. У 2002 р. та 2004 р. ЄС прийняв законодавство для захисту пацієнтів, які отримують кров, тканини та клітини, і встановив мінімальні вимоги до якості та безпеки для всіх етапів від донорства до лікування та подальшого спостереження. Це законодавство ЄС забезпечило безпеку мільйонів пацієнтів, яким проводять переливання крові та трансплантацію.

Наразі законодавство про кров, тканини, клітини та органи переглядається, щоб переконатися, що воно може відповідати поточним і майбутнім викликам. Так, 14 липня 2022 р. Європейська Комісія опублікувала законодавчу пропозицію Постанови щодо безпеки та якості речовин людського

походження (SoHO), призначених для застосування людиною [54]. Це стане важливою подією для бізнесу компаній ЄС, включаючи компанії, що розробляють лікарські засоби передової терапії (АТМР, такі як клітинна та генна терапія), виготовлені з або з використанням SoHO.

eHealth. Європейська Комісія включила eHealth як один із ключових секторів у програму «Європа, придатна для цифрової ери». eHealth стосується інструментів і послуг, які використовують інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) для покращення профілактики, діагностики, лікування, моніторингу та лікування захворювань. Криза COVID-19 продемонструвала важливість цифрової трансформації в секторах охорони здоров'я та догляду. Цифровізація може посилити стійкість систем охорони здоров'я, їх ефективність і загальну відповідь на пандемію [30].

Фінансування: програма EU4Health. EU4Health – це нова програма ЄС у сфері охорони здоров'я на період 2021 – 2027 рр. Пандемія COVID-19 має серйозний вплив на пацієнтів, медичний персонал і системи охорони здоров'я в Європі. Ця програма є сильною відповіддю на пандемію COVID-19, але вона також зосереджена на довгострокових діях ЄС у сфері охорони здоров'я. Програма спрямована на покращення охорони здоров'я в ЄС і підвищення готовності Союзу до подолання майбутніх криз у сфері охорони здоров'я.

У межах Програми буде інвестовано 5,3 млрд євро, забезпечуючи фінансування відповідним суб'єктам, організаціям охорони здоров'я та НУО з держав-членів ЄС або країн, що не входять до ЄС, асоційованих із програмою [34]. Метою програми є:

- поліпшувати та зміцнювати здоров'я в ЄС;
- захистити людей від серйозних транскордонних загроз здоров'ю;
- зробити ліки наявними та доступними;
- зміцнити системи охорони здоров'я, їх стійкість та ефективність використання ними ресурсів [34].

Пріоритети на 2021 – 2027 рр. Європейський союз охорони здоров'я зосереджуватиметься як на невідкладних, так і на довгострокових пріоритетах

охорони здоров'я, починаючи від реагування на кризу COVID-19 і стійкості до транскордонних загроз здоров'ю, закінчуючи Європейським планом боротьби з раком, Фармацевтичною стратегією для Європи та цифровим здоров'ям. ЄС продовжуватиме міжнародне співробітництво щодо глобальних загроз здоров'ю та викликів, таких як інфекції, стійкі до антимікробних препаратів, і вакцинація [58].

Таким чином, держави-члени ЄС несуть основну відповідальність за організацію та надання медичних послуг і медичної допомоги. Політика охорони здоров'я ЄС доповнює національну політику, забезпечує захист здоров'я в усіх напрямках політики ЄС і працює над посиленням Союзу охорони здоров'я. Правовою основою політики ЄС у сфері охорони здоров'я є відповідна стаття Договору про функціонування Європейського Союзу. Політика та дії ЄС у сфері охорони здоров'я спрямовані на захист та поліпшення здоров'я громадян ЄС; підтримку модернізації та цифровізацію систем та інфраструктури охорони здоров'я; підвищення стійкості європейських систем охорони здоров'я; спорядження держав-членів ЄС для кращого запобігання та боротьби з майбутніми пандеміями. Стратегічні питання охорони здоров'я обговорюються представниками національних органів влади та Європейської Комісії в робочій групі вищого рівня з охорони здоров'я. Інститути ЄС, держави-члени, регіональні та місцеві органи влади та інші зацікавлені групи сприяють реалізації стратегії охорони здоров'я та річних робочих програм ЄС.

## РОЗДІЛ 2

### ПОЛІТИКА ЄС ЩОДО ПРОТИДІЇ COVID-19: РОЗРОБЛЕННЯ ТА ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ

#### **2.1. Європейський союз охорони здоров'я як відповідь на виклики пандемії COVID-19**

За останнє десятиліття світ пережив одні з найбільш руйнівних спалахів інфекційних захворювань, включаючи епідемії грипу, лихоманки Ебола та вірусу Зіка. Глобальне зростання населення, зміна клімату та відповідний тиск на земельні ресурси, виробництво продуктів харчування та здоров'я тварин спричиняють зростання та збільшення частоти виникнення нових патогенів. Сучасні транспортні системи дозволяють вірусам та іншим патогенам поширюватися світом за лічені години. Ці фактори зробили настання серйозної кризи в сфері охорони здоров'я майже неминучою. Тим не менш, держави-члени ЄС та країни по всьому світу були недостатньо готові до пандемії, коли COVID-19 вразив і майже зупинив увесь світ у 2020 р.

В листопаді 2020 р. Європейська Комісія зробила перші кроки на шляху до побудови Європейського союзу охорони здоров'я, створення якого голова Комісії фон дер Ляен анонсувала у своєму зверненні щодо стану справ в Союзі від 16 вересня 2020 р. [66]. Звертаючись до депутатів Європейського Парламенту, вона зазначила: «Як на мене, гранично ясно, що ми маємо створити сильніший Європейський союз охорони здоров'я». В якості перших кроків на шляху до практичної реалізації цієї ідеї пані фон дер Ляен запропонувала, по-перше, посилити та розширити можливості нинішніх Європейського агентства з лікарських засобів та ECDC – Європейського центру профілактики та контролю захворювань, по-друге, створити нове Європейське агентство з передових біомедичних досліджень та розробок – BARDA і, по-третє, обговорити на Конференції щодо майбутнього Європи питання щодо компетенції в сфері охорони здоров'я. Оскільки криза пандемії є глобальною й

потребує винесення глобальних уроків, Голова Комісії ініціювала скликання в 2021 р. глобального саміту з питань охорони здоров'я, який відбувся в травні 2021 р. в Римі під час головування Італії у Великій двадцятці (G20) [66].

В своєму повідомленні «Розбудова Європейського союзу охорони здоров'я: зміцнення стійкості ЄС до транскордонних загроз здоров'ю» [16] від 11 листопада Комісія висунула низку пропозицій щодо зміцнення системи охорони здоров'я в ЄС та посилення готовності до криз та реагування на кризи ключових установ ЄС. Для активізації боротьби з пандемією COVID-19 та майбутніми надзвичайними ситуаціями в сфері охорони здоров'я необхідна більша координація на рівні ЄС. Виносячи уроки з поточної кризи, Комісія розробила пропозиції, які покликані забезпечити більшу готовність та реагування під час нинішньої пандемії, а також до майбутніх криз в сфері охорони здоров'я.

В Європейській Комісії переконані, що сильний Європейський союз охорони здоров'я захистить європейський спосіб життя, економіки та суспільства держав-членів. Якщо здоров'ю населення загрожує небезпека, економіка неминуче страждає. Тісний взаємозв'язок між порятунком життя та збереженням засобів до існування ще ніколи не був таким очевидним. Висунуті Комісією пропозиції також сприятимуть зміцненню внутрішнього ринку ЄС та стійкому економічному відновленню.

Порядок денний для Союзу охорони здоров'я представлений у розпал другої хвилі захворювання на COVID-19 у Європі та світі. ЄС та його державам-членам потрібно буде продовжувати вживати необхідних заходів для щоденного стримування та управління пандемією, для чого надзвичайно важливими є координовані дії на рівні ЄС. Водночас планування майбутніх спалахів та збільшення спроможності систем охорони здоров'я до забезпечення готовності та реагування стають все більш актуальними, оскільки повторні спалахи інфекційних захворювань стають все більш імовірними [21] Більше того, цілком очевидним є те, що довгострокові тенденції, такі як антимікробна резистентність [68], техногенний тиск на біорізноманіття [46] та кліматичні

зміни, є постійно зростаючими несприятливими факторами, що суттєво збільшують загрози інфекційних хвороб у всьому світі та в Європі [19]. Крім того, зміна демографічної структури населення Європи, зокрема старіння, призводить до змін у факторах вразливості здоров'я та моделей захворювань. Для цього потрібен системний підхід, заснований на передбаченні, який надасть можливість розпізнати взаємодію між здоров'ям людини та тварин і навколишнім середовищем, щоб розробити узгоджені з підходом OneHealth структурні рішення, які відповідають вимогам завтрашнього дня.

Європейський союз охорони здоров'я спирається на спільні зусилля ЄС щодо узгодження стосунків людини із природним середовищем шляхом участі в різних та більш сталих моделях економічного зростання, як це передбачено Європейським Зеленим Курсом [12]. Боротьба зі зміною клімату та пошук шляхів адаптації до нових умов, збереження та відновлення біорізноманіття, поліпшення раціону харчування та способу життя, скорочення та припинення забруднення навколишнього середовища матимуть позитивні наслідки для здоров'я громадян, а Європейський союз охорони здоров'я зможе краще захистити його.

Згадане вище Повідомлення Європейської Комісії пропонує перші будівельні блоки Європейського союзу охорони здоров'я. Цей документ імплементує обов'язок забезпечити високий рівень охорони здоров'я людини, як це визначено в Хартії основоположних прав Європейського Союзу. В Повідомленні викладені уроки, винесені з першого етапу пандемії, та обстоюється зміцнення існуючих структур та механізмів для кращого захисту, попередження, готовності та реагування на небезпеку для здоров'я на рівні ЄС. Європейська Комісія рекомендує посилити основи транскордонного співробітництва проти усіх загроз здоров'ю населення з метою кращого захисту життів та єдиного внутрішнього ринку, а також для підтримки найвищих стандартів у галузі захисту прав людини та громадянських свобод. Пропонується також посилити роль ЄС у міжнародній координації та співпраці

з метою запобігання та контролю транскордонних загроз здоров'ю та поліпшення глобальної безпеки здоров'я.

Комісія спеціально наголошує, що розроблені нею пропозиції передбачені чинними положеннями Договору, особливо статтею 168(5) Договору про функціонування Європейського Союзу (ДФЕС), якою Європейському Парламенту та Раді ЄС дозволяється ухвалювати заохочувальні заходи, призначені для захисту та поліпшення здоров'я людини, зокрема для боротьби проти основних тяжких хвороб, що носять транскордонний характер [20]. Модернізуючи правові рамки та структуру ЄС для належного реагування на транскордонні загрози здоров'ю, ці перші будівельні блоки Європейського союзу охорони здоров'я посилять загальний вплив ЄС та його наднаціональних інститутів, водночас повністю поважаючи національну компетенцію держав-членів у галузі охорони здоров'я.

Якщо конкретно, то до цього Повідомлення додаються три законодавчі пропозиції, які стосуються: оновлення Рішення 1082/2013 / ЄС про серйозні транскордонні загрози здоров'ю, посилення мандату Європейського центру з профілактики та контролю захворювань (ECDC) та продовження мандату Європейського агентства з лікарських засобів (EMA). Вони пов'язані з пропозицією щодо вдосконалення Механізму цивільного захисту Союзу (Механізм цивільного захисту Союзу (UCPM) дозволяє Комісії підтримувати держави-члени в координації зусиль щодо запобігання стихійних лих та підготовки до них, а також за допомогою свого Координаційного центру з реагування на надзвичайні ситуації (ERCC) у реагуванні, коли їх національні можливості перевантажені будь-яким видом катастрофи, включаючи такі, як COVID-19), запропоновану Комісією в червні 2020 р. [57]. Разом ці пропозиції створять надійну та економічно вигідну структуру, яка дозволить державам-членам ЄС реагувати на майбутні кризи в сфері охорони здоров'я не поодинці, а як Союз .

Якщо законодавчі пропозиції передбачають обробку персональних даних, це відбуватиметься у повній відповідності до чинних правил щодо захисту

даних ЄС. Принципи та конкретні гарантії, встановлені рамками захисту даних ЄС [63], дозволяють забезпечити ефективний та всебічний захист персональних даних, включаючи дані, що стосуються стану здоров'я.

Отже, пропозиції Комісії передбачають:

1. Посилений механізм охорони здоров'я ЄС. Щоб створити більш надійний мандат для координації між Комісією та агентствами ЄС, Комісія запропонувала розробити та прийняти нову Постанову про серйозні трансграничні загрози здоров'ю. Нова структура буде [16]:

По-перше, посилювати готовність. Буде розроблено план та рекомендації щодо готовності до кризи в сфері охорони здоров'я та пандемії, а також рекомендації щодо прийняття відповідних планів на національному рівні у поєднанні із всеохоплюючими та прозорими рамками звітування та аудиту. Підготовка національних планів підтримуватиметься Європейським центром з профілактики та контролю захворювань та іншими агентствами ЄС. Комісія та агентства ЄС здійснюватимуть аудит планів та перевірятимуть їх на стресостійкість.

По-друге, посилювати нагляд. На рівні ЄС буде створена посилена інтегрована система нагляду із застосуванням штучного інтелекту та інших передових технологічних засобів.

По-третє, поліпшувати звітність даних. Від держав-членів вимагатимуть активізувати звітування про показники систем охорони здоров'я (наприклад, наявність лікарняних ліжок, спеціалізоване лікування та можливості інтенсивної терапії, кількість підготовленого медичного персоналу тощо).

По-четверте, оголошувати про надзвичайну ситуацію в ЄС. Це приведе до посилення координації та дозволить здійснювати розроблення, накопичення запасів та закупівлю продукції, що стосується кризи.

2. Потужніші та ефективніші агентства ЄС. Європейський центр з контролю та профілактики захворювань та Європейське агентство з лікарських засобів займають чільне місце в роботі ЄС щодо вирішення проблеми COVID-19 з моменту спалаху пандемії. Однак COVID-19 продемонстрував, що обидві

установи мають бути посилені та забезпечені більш суворими повноваженнями для кращого захисту громадян ЄС та вирішення транскордонних загроз для здоров'я населення.

Мандат ECDC буде посилений, з тим щоб він міг підтримувати Комісію та держави-члени в таких сферах [16]:

- епідеміологічний нагляд за допомогою інтегрованих систем, що забезпечують спостереження в режимі реального часу;

- планування готовності та реагування, звітування та аудит;

- надання необов'язкових рекомендацій та варіантів управління ризиками;

- спроможності мобілізувати та розгорнути спеціальну групу ЄС з питань охорони здоров'я для сприяння заходам, що вживаються на місцевому рівні в державах-членах;

- побудова мережі референтних лабораторій ЄС та мережі речовин людського походження.

Мандат Європейського агентства з лікарських засобів також буде посилений, щоб він міг сприяти скоординованому реагуванню на кризи у сфері охорони здоров'я на рівні Союзу шляхом [16]:

- моніторингу та зменшення ризику нестачі критично важливих ліків та медичних виробів;

- надання наукових консультацій щодо лікарських засобів, які можуть потенційно лікувати, запобігати чи діагностувати захворювання, що викликають ці кризи;

- координації досліджень для моніторингу ефективності та безпеки вакцин;

- координації клінічних випробувань.

COVID-19 навряд чи буде єдиною глобальною або загальноєвропейською кризою охорони здоров'я нинішнього століття. Передбачаючи це, ЄС потрібен спеціальний європейський орган, який посилить готовність Союзу до реагування на нові транскордонні загрози здоров'ю людей.

16 вересня 2021 р. Європейська Комісія створила Європейський орган з питань готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування (HERA) [45] для запобігання, виявлення та швидкого реагування на надзвичайні ситуації. HERA передбачатиме загрози та потенційні кризи в галузі охорони здоров'я шляхом збору значного обсягу даних і створення необхідних можливостей реагування. Коли виникне надзвичайна ситуація, HERA забезпечить розробку, виробництво та розповсюдження ліків, вакцин та інших медичних засобів протидії, таких як рукавички та маски, яких часто не вистачало в ЄС та інших країнах на першому етапі боротьби з коронавірусом.

HERA є ключовим стовпом Європейського союзу охорони здоров'я. В період перед черговою кризою у сфері охорони здоров'я, тобто на «етапі готовності», HERA як уповноважений орган:

- тісно співпрацюватиме з іншими ЄС та національними агенціями охорони здоров'я, промисловістю та міжнародними партнерами, щоб підвищити готовність ЄС до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я;
- проведе оцінку загроз і збір даних, розробить моделі для прогнозування спалаху пандемії, визначить принаймні три серйозні загрози та вживе заходів щодо них, а також усуне можливі прогалини в медичних контрзаходах;
- підтримуватиме дослідження та інновації для розробки нових медичних контрзаходів, у тому числі через загальносоюзні мережі клінічних випробувань і платформи для швидкого обміну даними;
- вирішуватиме виклики ринку та збільшуватиме промисловий потенціал;
- спираючись на роботу, виконану Цільовою групою з промислового масштабування вакцин проти COVID-19, уповноважений орган налагодить тісний діалог з промисловістю, довгострокову стратегію щодо виробничих потужностей і цільових інвестицій, а також усуне вузькі місця в ланцюжку поставок для медичних заходів протидії;

- сприятиме публічним закупівлям і вирішуватиме проблеми, пов'язані з їх доступністю та розподілом, а також збільшуватиме запаси, щоб уникнути дефіциту та вузьких місць у логістиці;

- посилюватиме знання та навички з усіх аспектів медичних контрзаходів у державах-членах [35].

У разі оголошення надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я на рівні ЄС, тобто на етапі реагування на надзвичайні ситуації, HERA може швидко перейти до екстрених операцій, включаючи оперативне прийняття рішень і активацію надзвичайних заходів під керівництвом Кризової ради в галузі охорони здоров'я високого рівня. Уповноважений орган активує екстрене фінансування та запустить механізми моніторингу, нових цільових розробок, публічних закупівель та закупівель медичних засобів протидії та сировини.

Об'єкти EU FAB [33], тобто мережа постійно готових до роботи виробничих потужностей для виробництва вакцин і ліків, будуть запуснені, щоб зробити доступними зарезервовані потужності для підвищення виробництва, а також щоб задіяти плани досліджень та інновацій у надзвичайних ситуаціях у діалозі з державами-членами.

Виробництво медичних засобів протидії в ЄС буде збільшено, також буде створено перелік виробничих потужностей, сировини, витратних матеріалів, обладнання та інфраструктури, щоб мати чітке загальне уявлення про можливості ЄС.

Діяльність HERA покладатиметься на бюджет у розмірі 6 млрд євро у межах поточної багаторічної фінансової програми на період 2022 – 2027 рр., частина з яких надходитиме з поповнення фонду NextGenerationEU [35].

Інші програми ЄС, такі як Recovery and Resilience Facility, REACT-EU, Cohesion Funds і InvestEU Programme всередині ЄС, а також Інструмент сусідства, розвитку та міжнародного співробітництва (NDICI) за межами ЄС, також сприятимуть підтримці стійкості систем охорони здоров'я. Разом із зазначеними вище 6 млрд євро загальна підтримка становитиме майже 30 млрд

євро протягом наступного періоду фінансування та навіть більше, якщо будуть враховані інвестиції на національному рівні та в приватному секторі [35].

Спираючись на досвід розробки вакцин проти COVID-19 та роботи центрального координаційного органу для медичного обладнання, Європейська Комісія має намір розпочати підготовчі дії, що зосереджуватимуться на нових біологічних загрозах для здоров'я людей, таких як пов'язані з короною трансмісивні захворювання та антимікробна резистентність. Паралельно Комісія розпочне оцінку впливу та консультації щодо створення агентства ЄС з метою запропонувати спеціально уповноважену та забезпечену ресурсами спеціальну структуру для початку її діяльності в 2023 р. У такий спосіб буде забезпечено синергію та взаємодоповнення з існуючими органами ЄС та відповідними програмами витрат [16, р. 21].

Очевидно, що COVID-19 не буде останньою надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я у світі. З огляду на це, ЄС має бути краще підготовлений до того, щоб передбачати та спільно реагувати на триваючі та зростаючі ризики не лише виникнення та поширення пандемій, але й антропогенних загроз, таких як біотероризм. Повідомлення Європейської Комісії про створення Європейського органу з питань готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування визначало ключовий крок, щоб зробити ЄС краще підготовленим і більш здатним реагувати, а також як спосіб гарантувати тісну співпрацю ЄС і держав-членів з метою зробити значний крок вперед у безпеці здоров'я громадян.

Таким чином, пандемія COVID-19 продемонструвала необхідність та значущість скоординованих дій на рівні ЄС. В ЄС дійшли висновку, що для ефективного вирішення загрози, яку представляє коронавірус, європейським органам охорони здоров'я необхідно злагоджено працювати разом, об'єднати свої ресурси та досвід, а також діяти максимально спільно та у тісній координації з економічними органами. Це єдиний спосіб ефективно протидіяти транскордонній загрозі здоров'ю COVID-19. З огляду на це, в ЄС прийняли рішення створити Європейський союз охорони здоров'я як єдино правильний

політичний та управлінський крок в умовах Об'єднаної Європи. У повідомленні Європейської Комісії, яке окреслює напрями та практичні кроки розбудови Європейського союзу охорони здоров'я, викладені додаткові дії, які необхідно вжити в найближчому майбутньому як на європейському, так і на національному рівні, щоб підвищити стійкість ЄС до всіх транскордонних загроз здоров'ю та забезпечити всіх європейських громадян високим рівнем охорони здоров'я, на який вони розраховують і заслуговують. Комісія також визначила основні елементи Органу реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я (HERA), який був створений у вересні 2021 р. Така структура буде важливим новим елементом для підтримки кращої реакції на рівні ЄС на транскордонні загрози здоров'ю.

## **2.2. Досвід держав-членів ЄС щодо запобігання поширенню пандемії COVID-19**

Хоча деякі європейські країни запровадили заходи, які успішно сповільнили передачу Covid-19 протягом першого року пандемії, інші відчували труднощі через те, що вони діяли повільно або неефективно впроваджували заходи. У зв'язку із цим, важливо розглянути європейський досвід щодо запобігання передачі COVID-19, зокрема у таких критичних аспектах, що характеризують інституційну спроможність системи охорони здоров'я, як: епіднагляд і контроль за спалахами, включаючи ефективне тестування та відстеження контрактів; чіткі інформаційні повідомлення, засновані на розумінні людської поведінки; дії влади, спрямовані на подолання небажаних наслідків необхідних заходів, таких як підтримка осіб, які знаходяться в ізоляції або опинилися не в змозі заробляти на життя; здатність швидко розгортати масштабну вакцинацію. Також є очевидним, що для успішного запобігання передачі COVID-19, потрібна чітка стратегія з чіткими цілями та системним підходом до впровадження.

Науковці визначили п'ять ключових уроків із досвіду держав-членів ЄС та інших країн, включених до аналізу, та значного обсягу наукової літератури. Перший полягає в тому, що поведінка окремих людей відіграє величезну роль у зниженні кількості випадків захворювання і утриманні їх на низькому рівні, хоча керувати індивідуальною поведінкою за деяких умов виявилось доволі складно. По-друге, існує потреба в системі ідентифікації тих, хто становить ризик передачі інфекції іншим. По-третє, необхідно вміти виявляти тих, кому вони можуть передати інфекцію, і вживати заходів для переривання цього ланцюжка. По-четверте, ізоляція тих, хто заразився, є важливою, і для цього мають існувати відповідні системи. Нарешті, необхідно спланувати розгортання вакцинації та те, що вакцинація означає для продовження інших заходів з охорони громадського здоров'я [60, р. 356].

1. Індивідуальна поведінка відіграє важливу роль у зниженні передачі інфекції, але вплинути на це за допомогою заходів політики може бути складно.

Незалежно від того, чи прийме уряд стратегію придушення чи пом'якшення пандемії, комплексна реакція буде спрямована на зниження рівня передачі, чого досягають за допомогою різноманітних так званих нефармакологічних втручань. По суті, вони базуються на знаннях про те, що вірус передається у ситуаціях, коли люди збираються разом у великій кількості, у безпосередній близькості, протягом тривалого періоду часу, у приміщенні та без будь-яких фізичних бар'єрів, таких як маски для обличчя, які діють як форма контролю джерела інфекції.

Успіх чи невдача нефармакологічних втручань значною мірою залежить від поведінки людей, починаючи від виконання наказів залишатися вдома, до соціального дистанціювання або носіння маски. Що стосується останнього, настанови розвивалися разом із зростанням розуміння природи вірусу та важливості запобігання його передачі повітряно-крапельним шляхом. Спочатку багато урядів і ВООЗ вважали, що користі від носіння масок мало. Однак навіть на початку пандемії деякі уряди заохочували населення використовувати маски для обличчя (наприклад, Бельгія, Чехія, Польща), а деякі заохочували до цього,

розповсюджуючи їх безкоштовно (наприклад, Швейцарія та Фінляндія) або заохочуючи людей виготовляти власні маски з тканини (наприклад, Бельгія, Чехія). Інші країни були більш обережними, у деяких випадках стверджуючи, що дефіцитні запаси повинні бути зарезервовані для працівників охорони здоров'я та соціального забезпечення (наприклад, Великобританія, Франція). У деяких країнах напрями політики відрізнялися в різних регіонах (наприклад, Бельгія, Німеччина, Італія). Доказів їхньої переваги стало більше, особливо як засобів контролю над джерелом [29; 49]. Однак все ще існують значні відмінності в тому, якою мірою запроваджуються чи дотримуються правила їх використання. Діти, як правило, залишаються звільненими від носіння маски, але точний вік також різниться в різних країнах, наприклад, в Іспанії звільняються лише діти віком до 6 років, але в Швейцарії вимоги до масок застосовуються до дітей віком від 12 років.

Ключове питання в усіх країнах полягає в тому, як досягти необхідних змін у поведінці на індивідуальному рівні. Є підхід «батога» і «моркви». Більшість країн прийняли певні покарання за порушення правил, однак із різним ступенем виконання. Загалом, однак, вони розглядаються як останній засіб. Дослідження дотримання обмежень загалом знаходять високу підтримку за умови довіри до таких повідомлень [61], коли люди вірять, що їхні лідери діють добросовісно на благо суспільства [52]. На жаль, були приклади втрати довіри [40]. Так, в Англії стався значний спад довіри після широко розрекламованої поїздки радника прем'єр-міністра, який на той момент хворів на COVID-19. Обмеження слід розглядати як справедливі, що стосуються всіх однаково. Також важливо, щоб повідомлення були чіткими, недвозначними та відповідали на запитання громадськості. Опитування у Великій Британії показало, що трохи більше 20 % населення повідомили, що розуміють обмеження уряду під час карантину в січні 2021 р., хоча переважна більшість вважали, що все одно їх дотримуються [71]. Декілька урядів розробили складні комунікаційні стратегії для подолання страху та невпевненості, такі як кампанія «Фінляндія вперед» (Suomi toimii). У цих кампаніях існує небезпека

зосередження уваги на порушеннях правил, навіть якщо вони часто вважаються такими, що заслуговують висвітлення в пресі, коли в них беруть участь знаменитості або коли йдеться про чиюсь поведінку, яка широким загалом вважається обурливою, оскільки вони оманливо стверджують, що це є нормою. Наскільки це можливо, заходи щодо зменшення передачі інфекції повинні бути розроблені в консультаціях з постраждалими, щоб переконатися у тому, що вони є здійсненними, і, де це можливо, зусилля мають бути зосереджені на пом'якшенні їх найбільш несприятливих наслідків.

2. Виявлення випадків вимагає тестування, якого в більшості країн не було на початку пандемії.

На відміну від деяких інфекційних захворювань, де заразних можна визначити за клінічними ознаками та симптомами, SARS-CoV-2 можуть передаватися людьми, які мають вигляд здорових, або тому, що вони не проявляють симптомів, або вони виявляються лише за декілька днів до захворювання. Тому необхідно здати аналіз на наявність вірусу. Для цієї мети використовуються різні типи тестів. В одних випадках (RT-PCR), зразки необхідно транспортувати до лабораторії, і весь процес може тривати кілька днів. В інших – використовуються експрес-тести на антиген, які дають миттєвий результат, як тест на вагітність. Кожен має переваги та недоліки. Таким чином, RT-PCR може виявити фрагменти вірусної РНК, що зберігаються після того, як людина більше не є інфекційною. Тести на антигени можуть пропустити людей із низьким рівнем вірусу у верхніх дихальних шляхах. Обидва чутливі до відмінностей у якості вибірки. Отже, вони не є заміниками один одного, а радше інструментами, які можна використовувати для певних цілей у різних обставинах.

На щастя, завдяки швидкому генетичному кодуванню, проведеному китайськими дослідниками, вдалося перевірити наявність вірусу на початку пандемії. Однак безпосереднім практичним завданням було збільшити потужність тестування. Деякі країни, як-от Німеччина, змогли скористатися наявними потужними лабораторними можливостями, а тому виграли від

потужної індустрії діагностики. Подібним чином багато інших країн перепрофілювали існуючі лабораторії (наприклад, Хорватія, Франція, Литва, Норвегія), тоді як деякі менші країни, принаймні спочатку, надсилали зразки за кордон (Ірландія та Фінляндія). Данії знадобився час, щоб збільшити потужність, досягнувши свого максимального рівня лише наприкінці жовтня 2020 р., коли вона здійснила найбільшу кількість тестів на один підтверджений випадок у Європі, включаючи широке тестування контактних осіб із зараженням, чого не було в більшості країн.

Зі збільшенням можливостей тестування зростали й групи, які проходили тестування. Спочатку більшість країн обмежували тестування мандрівниками з симптомами, які прибули з місць, відомих як високоризикові, та їхніми контактами з симптомами [50]. У першій половині 2020 р., коли стало зрозуміло, що поширення вірусу відбувається в більшості європейських країн, критерії тестування були розширені. Однак можливості залишалися обмеженими, тому тестування все ще було обмежено певними групами. Загалом найвищим пріоритетом були люди з важкими симптомами, особливо ті, які потребували госпіталізації, а потім йшли медичні (й іноді соціальні) працівники. Проте багатьом країнам було важко охопити навіть ці групи. У міру збільшення можливостей тестування, охоплення було розширено на тих, хто перебуває в закладах тривалого догляду, а в деяких країнах – на контактних осіб із підтвердженими випадками, інших працівників на передовій лінії, людей із високим ризиком ускладнень COVID-19 та, зрештою, на інші групи.

Спочатку всі тести проводилися за допомогою RT-PCR, який у ВООЗ все ще вважається золотим стандартом для ідентифікації будь-кого, хто є носієм вірусу. Хоча найбільшу увагу було зосереджено на тестуванні окремих зразків, існують деякі інші підходи, які розглядалися, коли поширеність була низькою. Один – об'єднане тестування RT-PCR, коли зразки об'єднуються в партії. Тільки якщо вони дають позитивний результат, окремі зразки досліджуються [27]. Кілька країн, включаючи Китай, США, Німеччину, Португалію, Нову Зеландію, Руанду та Уругвай, скористалися цим для значного збільшення

можливостей тестування [38]. Іншим методом спостереження є перевірка наявності вірусу в пробах стічних вод, наприклад, із будинків, де люди проживають спільно, наприклад студентських. Позитивні результати можна підтвердити індивідуальним тестуванням.

Стало зрозуміло, що для виявлення випадків і переривання передачі, тестування потрібно було інтегрувати в більшу систему. Така система вимагає кількох елементів, [59] у тому числі:

- добре функціонуючий механізм закупівлі (або виробництва) і розподілу для забезпечення надійного постачання необхідних матеріалів (наприклад, тампонів, транспортних середовищ, реагентів, праймерів, аналізів і апаратів для RT-PCR);

- достатня інфраструктура та матеріально-технічний досвід, щоб зразки могли своєчасно надходити до лабораторії;

- потужний потенціал лабораторії для швидкого аналізу зразків і звітування про результати, що вимагає відповідної інфраструктури та робочої сили з належними навичками.

Для тих, хто має право на тестування, перший крок – отримати його. По суті, є два способи зробити це. Перший передбачає звернення відповідної особи до центру тестування, який може бути напівпостійним, як правило, у районах з високою щільністю населення, або мобільними підрозділами, які зазвичай обслуговують ізольовані сільські райони. Важливо враховувати, як люди дістануться до цих центрів. У деяких країнах, таких як Південна Корея, вперше були застосовані центри за принципом drive-through (як, наприклад мак-драйв в Макдональдс), але це залежить від високого рівня доступу до транспортних засобів. Другий підхід включає набори для домашнього тестування, які використовуються в Австрії, Естонії та Великобританії, серед інших країн, але вони покладаються на ефективні поштові чи кур'єрські служби. Великобританія позначила певні поштові скриньки як пріоритетні, збільшивши кількість виймань кореспонденції. Домашнє тестування також вимагає, щоб ті,

хто бере зразки, робили це акуратно, інакше існує ризик помилково негативних результатів.

Спочатку всі тести, як вже зазначалось, проводилися за допомогою апаратів RT-PCR, яки надавали перевагу у ВООЗ. Хоча RT-PCR-тестування домінувало на початку пандемії, до осені 2020 р. тести на антигени стали широко доступними, і ВООЗ підтримувала їх використання для симптоматичного тестування в країнах з низьким і середнім рівнем доходу й де немає лабораторних засобів [79]. Вони також були використані в деяких країнах з високим рівнем доходу та використовуються різними способами, як правило, як доповнення до ПЛР-тестування. Словаччина, Чехія, Австрія, Італія та Велика Британія провели масовий скринінг за допомогою цих пристроїв [53]. Вони мають очевидну перевагу швидкості отримання результатів, а також низьку вартість і не потребують лабораторії та навченого персоналу. Однак, особливо коли зразки беруться недосвідченими особами, вони можуть мати відносно низьку чутливість. Хоча початкові оцінки показали, що ці тести можуть виявити понад 80 % виявлених випадків RT-PCR, реальні аналізи, проведені в Ліверпулі у Великобританії, показали, що за межами медичних установ вони виявили лише 50 % випадків, хоча, що важливо, близько 70 % найбільш інфекційних випадків [74]. Як наслідок, початковий оптимізм щодо того, що масовий скринінг за допомогою експрес-тестів на антиген може зменшити поширеність, став предметом гарячих дискусій. Захворюваність на інфекцію швидко відновилося в Словаччині після загальнонаціональної програми скринінгу. Результати дослідження з моделювання такої ситуації у Франції показали, що будь-які ймовірні вигоди масового безсимптомного тестування можуть тривати лише не більше десяти днів [15]. Висловлювалися також занепокоєння щодо того, що найбільш знедолені верстви населення можуть мати менший доступ до швидких тестів на антиген, що, у свою чергу, може поглибити нерівність. Натомість зростає розуміння того, що швидкі тести на антиген потрібно використовувати набагато більш цілеспрямовано [28], наприклад, із повторним тестуванням як засобом підтримки безперервності на

певних робочих місцях, особливо коли вони є частиною політики, яка була розроблена разом із залученими на основі детального розуміння контексту. Наприклад, швидкі тести на антиген використовувалися під час спалахів захворюваності у школах Великої Британії, де дітей і персонал регулярно перевіряють. Італія також використовувала їх для тестування в школах, тоді як у Німеччині їх використовували для мінімізації поширення в будинках для людей похилого віку. Вкрай важливо зазначити, що хоча позитивний результат майже завжди означає, що людина є заразною, негативний результат не може бути підставою для того, щоб дозволити людині займатися діяльністю, яка несе ризику для інших. На практиці їх використання не позбавлене проблем. Виділення ресурсів для тестів і персоналу для їх розгортання, а також забезпечення того, щоб персонал був належним чином навчений читати результати та діяти на їх основі, є критичним, але це займає багато часу [74; 31]. Найважливіше те, що тестування має доповнюватися ретельним відстеженням контактів, ефективною ізоляцією випадків і адекватною підтримкою, щоб допомогти знедоленим групам і ключовим працівникам ізолюватися, оскільки інакше сам по собі тест не має значення.

3. Відстеження контактів має вирішальне значення для припинення передачі хвороби, але деякі країни мали достатню спроможність на початку пандемії.

Відстеження контактів є основною функцією громадської охорони здоров'я та є основою будь-якої відповіді на спалах інфекційного захворювання. ВООЗ визначає відстеження контактів як «процес ідентифікації, оцінки та лікування людей, які зазнали впливу захворювання, щоб запобігти подальшій передачі», з низкою важливих елементів, зокрема: залучення широкого загалу та громадська підтримка; ретельне планування та врахування місцевих умов, спільнот і культур; робоча сила з навчених відстежувати контакти працівників, засобів і контролерів; логістична підтримка груп розшуку контактів; і система зіставлення, компіляції та аналізу даних у режимі реального часу.

Хоча всі країни використовують засоби відстеження контактів у звичайний час, наприклад, у туберкульозних клініках або клініках сексуального здоров'я, їх часто небагато. Отже, виникла необхідність суттєво збільшити потужність. До цього підходили по-різному. Один з підходів полягав у тому, щоб спрямувати існуючих медичних працівників, включаючи адміністративний персонал і тих, хто нещодавно вийшов на пенсію, до відстеження контактів. Другий – передбачав створення нових структур. Прикладом першого підходу є Сербія. Міністр охорони здоров'я цієї країни повідомив, що 4 500 медичних працівників було перерозподілено для відстеження контактів, у тому числі 1 500 лікарів, крім цього був найнятий новий персонал, який пройшов базовий рівень навчання, включаючи використання засобів відстеження контактів. Сполучене Королівство, навпаки, спочатку не використовувало всю наявну робочу силу в місцевих державних департаментах охорони здоров'я, хоча деякі з працівників мали досвід у відстеженні контактів. Натомість були укладені контракти із аутсорсинговими корпораціями, які найняли 18 000 відстежувачів контактів, що в поєднанні з контрактами на тестування включало бюджет у розмірі 15 млрд фунтів стерлінгів на всю операцію з тестування та відстеження, який був виділений до листопада 2020 р. Деякі з цих відстежувачів контактів були найняті за допомогою субпідрядів з компаніями, які зазвичай переважно займалися такими видами діяльності, як прямий маркетинг або стягнення боргів, тоді як інші відстежувачі належали до великої кількості людей, які внаслідок пандемії втратили. Ці групи пройшли лише базову підготовку, але могли передати складніші випадки більш досвідченим операторам, включаючи медичних працівників. До серпня 2020 р. їх кількість скоротилася до 15 000, після того як існуючі місцеві відділи охорони здоров'я були включені в систему внаслідок широкого занепокоєння громадськості щодо належного виконання національної програми [72]. Навпаки, Німеччина повністю використала наявний потенціал. Федеральне Міністерство охорони здоров'я підтримало 375 місцевих відділів охорони здоров'я 50 млн євро для оцифрування операцій з відстеження та найму додаткових дослідників відповідно до угоди між

федеральним урядом і урядами земель. Підписаний 25 березня, він містив стандарти надання послуг, включаючи формування принаймні однієї групи розшуку контактів із п'яти осіб на 20 000 жителів [14]. Подібним чином в Австрії місцеві служби охорони здоров'я проводять відстеження контактів і контролюють контакти під час карантину.

Відстеження контактів в ідеалі має працювати в двох напрямках. Попереднє відстеження має на меті виявити всіх тих, хто контактував з інфікованою особою в той час, коли ця особа, ймовірно, була заразною, і наказати їм ізолюватися, щоб запобігти подальшому зараженню. Зворотнє відстеження передбачає повторне відстеження кроків, які інфікована особа зробила, щоб визначити, де і як вона стала заразною, а потім пошук тих, хто міг заразитися заразою. Це особливо важливо при COVID-19, враховуючи важливість того, що називається «надмірним поширенням», під час якого одна людина може заразити багатьох інших. Швидкість є важливою, і для цього потрібна система відстеження, яка має достатні ресурси та відповідну технологію. Необхідно також визнати, що відстеження контактів – це кваліфікована робота. Відстежувачі мають бути в змозі завоювати довіру тих, з ким вони спілкуються, намагаючись ідентифікувати всі контакти та визнаючи, що може бути багато причин, чому деякі особи не бажають їх розкривати. В ідеалі це має бути зроблено під час особистої бесіди, намагаючись зрозуміти обставини зараженої людини, але багато країн використовують системи на основі телефону. Деякі мають системи, засновані на SMS-повідомленнях. Очевидно, що жоден із цих способів не є ідеальним, коли люди можуть неохоче розкривати контакти. Проблеми наочно проілюстровані пілотним проектом у Великобританії, де інтерв'ю для виявлення контактів із підтвердженим випадком тривало близько 80 хв., при цьому кожна інфікована особа мала в середньому 30 контактів [77]. Навпаки, відстеження контактів по телефону часто ідентифікує лише 2 – 3 контакти, часто обмежуючись тими, хто проживає в одній родині. Однак навіть найкращі системи відстеження контактів будуть перевантажені, коли кількість випадків помітно зросте, як це сталося в

Німеччині, де ретроспективне відстеження припинилося наприкінці 2020 р. Таким чином, відстеження контактів є найефективнішим засобом або для запобігання зростанню на початку пандемії, або для придушення спалаху захворювання після того, як показники були знижені до низьких рівнів нефармакологічними засобами втручаннями.

4. Підтримка тих, хто потребує ізоляції, була недостатньою в багатьох країнах, незважаючи на те, що вона є важливою для того, щоб люди залишалися вдома.

Комплексна відповідь на пандемію потребує створення системи ізоляції та підтримки випадків після їх виявлення. Проте найбільше уваги часто приділяється тестуванню та відстеженню контактів і набагато менше уваги приділяється можливості ефективно та на достатній час ізолювати підтверджені випадки та їх тісні контакти, щоб вони не поширювали хворобу далі. Є дві групи, яких може знадобитися ізолювати. Перша – це ті особи, хто контактував з інфікованою людиною. Країни прийняли різну тривалість ізоляції контактних осіб, але більшість з них узгоджуються з 10-денним інфекційним періодом [55]. Друг – ті, хто прибуває з зони підвищеного ризику, де карантин є частиною прикордонного контролю. На відміну від ситуації в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні, в Європі спостерігається значний опір запровадженню прикордонного контролю, хоча ситуація в Європі змінюється з появою наприкінці 2020 р. нових варіантів вірусу, які є більш переданими. Аргументи для прикордонного контролю особливо вагомі на островах, таких як Ісландія [18] або Нова Зеландія [48], де 69 % випадків були імпортовані, що підсилює важливість ефективного карантину для мандрівників.

Без підтримки багатьом людям буде важко ізолюватися, навіть коли їм це наказано. Опитування, проведені у Великобританії влітку 2020 р., показали, що рівень дотримання режиму ізоляції становив лише 20 % і карантину – 11 %, а останні дані свідчать про те, що лише 13 % осіб із симптомами COVID-19 взагалі проходять ізоляцію [71].

Як і у випадку зі спробами скерувати поведінку інших осіб, заходи для підвищення ймовірності ізоляції випадків зараження і контактів включають метод «батоба» і «пряника». Для підтримки ізоляції було запропоновано п'ять основних фасилітаторів [62]. По-перше, це надання фінансової підтримки для ізоляції, особливо для тих, хто втратить дохід, якщо не зможе працювати, оскільки це є серйозною перешкодою для багатьох людей, особливо тих, хто працює в неформальній економіці. Деякі країни надавали підтримку за допомогою системи соціального забезпечення, наприклад Великобританія та Фінляндія, хоча були занепокоєння, що надані суми (у Великобританії можна подати заявку на одноразову виплату у розмірі 500 фунтів стерлінгів для підтримки ізоляції) були недостатніми [75]. Заходи з підтримки ізоляції людей з більшою ймовірністю будуть ефективними, якщо ті, хто може ними скористатися, можуть бути впевнені, що будь-яке фінансування є практично гарантованим, іншими словами, що їм не потрібно звертатися до схеми з високим ризиком невдачі, і вони будуть забезпечуватися необхідними коштами досить швидко. Отже, існує вагомий аргумент на користь надання універсального гранту, навіть якщо він може дістатися тим, хто цього не потребує. У таких випадках частина залучених коштів може бути повернута через податкову систему.

По-друге, це надання підтримки з житлом, як це було спочатку у Швеції, де надавалася фінансова підтримка, а також забезпечувалося проживання в готелях. Данія та ряд країн за межами Європи також надали готельні зручності для людей, які не змогли самоізолюватися вдома. По-третє, пом'якшення карантину, де це можливо, і розширення можливостей тестування дозволило деяким країнам пов'язати карантин із тестуванням [47]. Велика Британія пом'якшила свої правила, щоб дозволити мандрівникам, які повертаються з країн із низьким рівнем ризику, звільнитися від карантину, якщо через 5 днів після повернення вони дали негативний тест на Rt-PCR, але вони повинні були самостійно придбати тест [73]. Серійне тестування швидкими тестами на антиген протягом 5-ти днів було запропоновано у Великобританії, але не

реалізовано. Четвертим заходом є застосування штрафів, як це спостерігалось в Італії (зі штрафами до 5 000 євро), Великобританії та Німеччині, заохочуючи громадськість приймати обґрунтовані рішення щодо ризиків для себе та своїх контактів, а в деяких випадках навіть шляхом криміналізації порушень.

П'ятий захід полягає в тому, щоб забезпечити належний моніторинг випадків зараження і контактів, з метою надання людям достатньої підтримки для полегшення їх ізоляції. Так, розроблені в США моделі «Test-to-Care» (тестування і допомога) були безпосередньо спрямовані на усунення бар'єрів, які заважають соціально-економічно вразливим групам населення перебувати в ізольованому карантині [51]. Такими бар'єрами є: відсутність доступу до відповідної інформації щодо COVID-19, відсутність доступу до їжі та соціальної підтримки, а також потенційно катастрофічні фінансові наслідки неспроможності працювати. Після запровадження згаданих вище моделей на 10 % більше осіб розповіли про свої сімейні контакти, ніж раніше, а інші попросили тимчасового переселення до готельного номера для ізоляції, незважаючи на те, що спочатку вони відмовилися від цієї послуги. З іншого боку, кампанія «Everyone In», у межах якої було перепрофільовані деякі готелі у Великій Британії для розміщення безхатченків під час карантину, щоб обмежити їх вплив, була визнана успішною. Інші заходи підтримки також є особливо важливими, включаючи доступ до продуктових наборів та соціальну підтримку.

5. Стратегії розгортання вакцинації можуть відрізнятися, але перші успіхи не повинні привести до негайного припинення заходів громадського здоров'я.

Останнім уроком, винесеним з досвіду розробки комплексної відповіді на пандемію є розгортання стратегії вакцинації. Це було одним з найбільш суперечливих питань в Європі протягом усієї пандемії, яке мало серйозні політичні наслідки. Коротше кажучи, дві європейські країни, Ізраїль та Великобританія, змогли схвалити та забезпечити поставки вакцин раніше, ніж це зробив ЄС. Вони швидко розширили масштаби вакцинації, охопивши значну частку свого населення протягом кількох тижнів, хоча Сполучене Королівство

потім втратило імпульс. У той час як інші швидко нарощували темпи вакцинації, деякі країни, такі як Румунія та Болгарія, продовжували відчайдушно боротися з пандемією.

Розбіжності у схваленні та закупівлі поставок вакцин продовжують бути предметом гострої дискусії. Хоча швидкість розгортання вакцинації була різною в державах-членах ЄС, але всі вони врешті-решт отримали достатні запаси вакцин. Рухаючись вперед, дуже важливо зрозуміти причини цих відмінностей, оскільки вони вказують на фундаментальні відмінності в спроможності та результативності національних систем громадського здоров'я, які мають серйозні наслідки для їх здатності реагувати на будь-яку майбутню пандемію. Компоненти комплексної стратегії вакцинації вже мають бути добре відомі [65], але необхідні структури існують не скрізь. Також не зовсім зрозуміло, чи повсюдно політики повноцінно взаємодіяли з тими, хто повинен запроваджувати розгортання вакцинації [17].

Нарешті, незважаючи на те, що досягнення високого рівня охоплення вакцинацією буде вирішальним для контролю над цим вірусом, потрібна певна обережність. Вакцинацію не слід розглядати як заміну інтенсивних зусиль, спрямованих на зниження циркулюючого рівня вірусу, тому постійний нагляд за рівнем інфекції серед вакцинованих має вирішальне значення. Продовження циркуляції призвело до появи штамів, які різною мірою гірше нейтралізуються існуючими вакцинами. Незважаючи на те, що вакцини можна перепрофілювати з урахуванням нових штамів, логістичні проблеми, пов'язані з повторною вакцинацією населення, вказують на важливість уникнення цього результату, якщо це можливо.

Таким чином, низка проведених європейськими науковцями досліджень мала на меті винести уроки з досвіду ЄС та інших країн щодо деяких ключових заходів у сфері охорони здоров'я, запроваджених для контролю за поширенням COVID-19 у 2020 р. З того часу поява нових штамів створила додаткові проблеми як для виробників політики, так і для медиків. Проте, фундаментальні принципи боротьби з інфекцією, що передається повітряно-крапельним

шляхом, продовжують застосовуватись разом із заходами, які зменшують можливості поширення вірусу та переривають його у разі, якщо це сталося. Як показує досвід, країни, які на початковому етапі досягли хороших результатів, але згодом погіршили їх, часто допускали це, через те, що послабили свої попередні заходи. Однак наукові досягнення означають, що тепер можливо досягнути набагато більшого, включаючи використання безпечних і ефективних вакцин, застосування кращих режимів лікування, у тому числі нових медичних втручань.

### **2.3. Досвід ЄС щодо розроблення та імплементації політики протидії пандемії COVID-19**

Аналізуючи політику ЄС щодо протидії пандемії COVID-19, експерти Фонду Роберта Шумана вважають, що з 2020 р. триває історичне відродження європейської інтеграції [70]. На їх думку, ухвалення Європейського плану економічного відновлення в липні 2020 р., ймовірно, увійде в історію як перезавантаження процесу європейської інтеграції. Це є історичним моментом, який можна визначити за місцем, яке він займе в історії ЄС. Так, криза після провалу проекту Європейської оборонної спільноти (1954 р.) привела до ухвалення Римських договорів (1957 р.) та створення прототипу нинішнього ЄС – Європейської економічної спільноти; за кризою «порожнього стільця», спричиненою Францією (1965 р.) послідувало відновлення Гаазького саміту (1969 р.); європейці вийшли з кризи економіки Великої Британії за часів прем'єрства М. Тетчер (1979 р.) завдяки пожвавленню, внесеному самітом у Фонтенбло (1984 р.); європейці зіткнулися з викликами, спричиненими падінням Берлінської стіни (1989 р.), а також з проблемами ратифікації Данією Маастрихтського договору (1992 р.).

Починаючи з 2005 р., ЄС пережив декілька послідовних криз, після яких не відбулося активізації європейської інтеграції: відмова від Європейської Конституції (2005 р.); суверенний борг Греції та, спричинена ним криза

єврозони (2010 – 2016 рр.); зовнішній геополітичний виклик «єгоїстичних» держав (з 2014 р.: Росія, Туреччина, Китай, США за президентства Д. Трампа); внутрішній виклик нелібералізму, який з 2010 р. втілює угорський прем'єр Віктор Орбан; Brexit (2016 р.). Жодна з відповідей на ці кризи не привела до відновлення: Лісабонська угода (2009 р.); договір про фіскальну стабільність (2013 р.) і неортодоксальна політика Європейського центрального банку (ЄЦБ) з 2012 р.; політична стабільність Європейського Парламенту після виборів 2014 р.; договір про вихід з ЄС з Великою Британією (2020 р.).

Пожвавлення європейської інтеграції в умовах кризи охорони здоров'я можна пояснити тим фактом, що жорстокість пандемії та її наслідки стали безпрецедентним досвідом для всіх європейців. На відміну від кризи суверенного боргу (2010 – 2016 рр.), неможливо було пояснити трагедію пандемії COVID-19 економічною поведінкою чи розбіжностями в публічній політиці Союзу. Європейські лідери домовилися між собою об'єднати ресурси та розподілити їх пропорційно збитку, завданому цим спільним випробуванням.

Важливо також стало те, що простір для дебатів також змінився. В квітні 2020 р. голова Європейської Комісії Урсула фон дер Ляєн опублікувала листа до італійців у газеті *La Repubblica*: «Сьогодні Європа мобілізується разом з Італією. Але так було не завжди. Перепрошую: ми з вами» [76].

ЄС надав екстрену відповідь на спалах COVID-19. Так, з моменту спалаху пандемії COVID-19 ЄС співпрацює зі своїми державами-членами, щоб захистити здоров'я та добробут громадян ЄС і врятувати життя. Відповідь ЄС на COVID-19 зосереджена на чотирьох пріоритетах: обмеження поширення вірусу; забезпечення постачання медичного обладнання; сприяння дослідженням лікування та вакцин; підтримка робочих місць, бізнесу та економіки [24].

Ці пріоритети були узгоджені лідерами ЄС у березні 2020 р., щоб скерувати надзвичайну відповідь ЄС на пандемію COVID-19. Під час піку кризи COVID-19 лідери ЄС регулярно зустрічалися за допомогою відеоконференцій, щоб обговорити та оцінити ситуацію та координувати дії.

Європейська Рада регулярно поверталася до теми COVID-19. Лідери ЄС погодилися продовжувати координацію на рівні ЄС, зосереджуючись на: стратегії тестування та використання експрес-тестів на антиген; взаємному визнанні тестів; транскордонному відстеженні контактів; правилах карантину; розробці, виробництві та впровадженні вакцин проти COVID-19; сумісних цифрових сертифікатах вакцинації [24].

ЄС погодився видати загальний цифровий COVID-сертифікат ЄС, який полегшує безпечне та вільне пересування під час пандемії COVID-19, надаючи доказ того, що особа є вакцинованою проти COVID-19, отримала негативний результат тесту або одужала від COVID-19. Станом на 31 січня 2022 р. 33 треті країни та території підключено до цифрової системи COVID-сертифікації ЄС, і очікується, що приєднаються ще інші. До лютого 2022 р. було створено понад 1,2 млрд цифрових сертифікатів ЄС про COVID, які стали символом відкритої та безпечної Європи та успіху в усьому світі. 13 червня Рада та Європейський Парламент домовилися про продовження постанови, що встановлює цифровий COVID-сертифікат ЄС. Термін першої постанови закінчився 30 червня 2022 р., тому дію сертифікату буде продовжено на один рік, тобто до 30 червня 2023 р. [32].

Під час кризи ЄС та його держави-члени працюють разом, щоб боротися з пандемією та допомогти Об'єднаній Європі піднятися на ноги після економічного спаду. У зв'язку із цим можна виділити ряд дій, які ЄС робить для боротьби з COVID-19 і забезпечення відновлення [10].

1. Підтримка відновлення ЄС. Щоб допомогти ЄС оговтатися від економічних і соціальних наслідків пандемії, лідери ЄС домовилися про надзвичайний фонд відновлення в розмірі 750 млрд євро під назвою «ЄС наступного покоління». Пакет відновлення надаватиме пріоритет інвестиціям у цифровий і зелений перехід. Крім того, Європейська Рада погодила довгостроковий бюджет ЄС на 2021 – 2027 рр., який сприятиме зростанню та підтримці громадян, бізнесу та європейські економіки в наступні роки. Загалом багаторічний бюджет і фонд відновлення становлять не менше 1 074,3 млрд

євро. Разом із коштами в розмірі 540 млрд євро, які вже є для трьох так званих мереж безпеки (для працівників, для підприємств і для держав-членів), загальний пакет відновлення ЄС становить 2 364,3 млрд євро. Європейський центральний банк надає додаткові 1 350 млрд. євро в рамках своєї програми купівлі облігацій, щоб допомогти урядам під час кризи [13].

2. Узгодження заходів щодо подорожей. Держави-члени ЄС створили спільні рамки для заходів щодо подорожей, щоб гарантувати свободу пересування в ЄС під час пандемії COVID-19. Вони узгодили спільні критерії, які необхідно враховувати під час розгляду заходів, і спільне визначення зон ризику. Щочетверга Європейський центр профілактики та контролю захворювань публікує кольорову карту ЄС на основі даних, наданих державами-членами. Карта допомагає державам-членам ЄС приймати рішення щодо заходів стосовно подорожей на основі епідеміологічної ситуації в кожному конкретному регіоні. Держави-члени ЄС домовилися, що інформація про нові заходи щодо подорожей має бути опублікована за 24 години до їх застосування. Для того щоб допомогти мандрівникам спланувати свої подорожі, залишаючись у безпеці та знайти надійну та актуальну інформацію про заходи щодо подорожей, ЄС запустив веб-сайт Re-open EU, який доступний усіма 24 офіційними мовами ЄС [64].

3. Уповільнення поширення вірусу. Щоб обмежити передачу вірусу в Європі та за її межами, держави-члени ЄС тимчасово обмежили необов'язкові поїздки до ЄС. Обмеження на поїздки для жителів деяких третіх країн були поступово зняті з 1 липня 2020 р. Список поїздок регулярно переглядається та може бути оновлений за потреби. Критерії для визначення третіх країн, для яких слід скасувати обмеження на поїздки, включають епідеміологічну ситуацію та заходи стримування, включаючи фізичне дистанціювання, а також економічні та соціальні міркування [10].

4. Надання безпечних та ефективних вакцин проти COVID-19. Чотири вакцини проти COVID-19 уже дозволені в ЄС, а вакцинація почалася 27 грудня 2020 р. в усьому Союзі. ЄС скоординував спільні зусилля, щоб забезпечити

виробництво достатньої кількості безпечних та ефективних вакцин проти COVID-19 в ЄС шляхом укладання попередніх угод про закупівлю з виробниками вакцин. З цією метою ЄС підписав вісім угод з розробниками вакцин, щоб забезпечити солідний портфель вакцин для держав-членів ЄС. Загалом було забезпечено контрагування виготовлення до 4,6 млрд доз вакцин. Разом із державами-членами та Всесвітньою організацією охорони здоров'я ЄС координує глобальні зусилля щодо забезпечення загального доступу до вакцини. ЄС буде безпечним лише тоді, коли решта світу також буде безпечною. За станом на червень 2022 р. в ЄС повністю вакциновано 86 % дорослого населення Союзу [25].

5. Підтримка систем охорони здоров'я ЄС. ЄС забезпечив управління кризою та координацію протягом пандемії COVID-19 завдяки постійному контакту між державами-членами та інститутами і установами ЄС. ЄС також зробив доступним медичне обладнання, створивши загальний європейський запас засобів індивідуального захисту та апаратів штучної вентиляції легень у рамках rescEU. Союз також координував спільні державні закупівлі та регулював експорт ключового обладнання для забезпечення постійного постачання в ЄС. Щоб допомогти Європі впоратися з майбутніми загрозами громадському здоров'ю, ЄС запропонував нову посилену програму EU4Health, яка поліпшить підтримку систем охорони здоров'я держав-членів. EU4Health покликана зробити значний внесок у відновлення після COVID-19, зосереджуючись на тому, щоб зробити системи охорони здоров'я більш стійкими та просувати інновації в секторі охорони здоров'я [13].

6. Захист робочих місць. Щоб допомогти працівникам зберегти роботу під час кризи, ЄС створив інструмент надання тимчасової підтримки з метою пом'якшення ризиків безробіття в надзвичайних ситуаціях (SURE). Схема надає до 100 млрд євро позик, наданих державам-членам на вигідних умовах, щоб допомогти покрити витрати на національні схеми скороченої зайнятості. Восени 2020 р. перші транші були виплачені державам-членам ЄС. Станом на 25 травня 2021 р. (остання виплата) 19 держав-членів отримали загальну суму

майже 90 млрд євро підтримки SURE. 11 лютого 2021 р. Рада ЄС прийняла Постанову про створення Фонду відновлення та стійкості (RRF). Цей інструмент, який є основою «ЄС наступного покоління», приносить 672,5 млрд євро підтримки державам-членам, щоб допомогти їм вирішити економічні та соціальний вплив пандемії COVID-19. 13 липня 2021 р. перші 12 країн ЄС – Австрія, Бельгія, Данія, Франція, Німеччина, Греція, Італія, Латвія, Люксембург, Португалія, Словаччина та Іспанія – отримали зелене світло на використання фондів ЄС для відновлення та стійкості для посилення їхньої економіки та відновлення після наслідків COVID-19. Загальна фінансова підтримка SURE становить 94,3 млрд євро для 19-ти держав-членів [26].

7. Допомога державам-членам ЄС у фінансуванні відповіді на COVID-19. ЄС підтримує держави-члени у фінансуванні їх реагування на кризу через Інвестиційну ініціативу у відповідь на коронавірус, спрямовуючи близько 37 млрд. євро зі структурних фондів ЄС до країн ЄС. ЄС також застосовує повну гнучкість фіскальних правил ЄС, щоб допомогти державам-членам підтримувати системи охорони здоров'я та бізнес, щоб зберегти роботу людей під час кризи. Правила ЄС щодо державної допомоги були пом'якшені, щоб уряди могли надавати ліквідність економіці для підтримки громадян і компаній і у такий спосіб зберегти робочі місця [13].

8. Посилення європейської солідарності. ЄС сприяє відправці медичних команд за допомогою Медичного корпусу ЄС, щоб команди з різних держав-членів могли приїхати і надати підтримку системам охорони здоров'я, які найбільше постраждали від кризи. У дусі солідарності держави-члени ЄС прийшли одна одній на допомогу. Наприклад: Австрія, Німеччина та Люксембург надали свої відділення інтенсивної терапії для бельгійських, голландських, французьких та італійських пацієнтів у критичному стані. Польща, Румунія та Німеччина направили бригади лікарів для допомоги пацієнтам у лікарнях Італії. Угорщина та Нідерланди відправили до Чехії апарати ШВЛ. Франція поділилася дозами вакцини з Чехією та Словаччиною, а також відправила до Італії 1 млн масок, 20 тис. захисних костюмів, 2,4 тис.

одиниць спецодягу. Чеський технічний університет у Празі поділився даними та ноу-хау щодо 3D-друку респіраторів з іншими державами-членами. ЄС також ухвалив нові правила, які дозволяють державам-членам запитувати фінансову допомогу від Фонду солідарності ЄС для покриття надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. З нещодавно розширеним обсягом діяльності фонду державам-членам у 2020 р. було надано до 800 млн євро для боротьби з пандемією коронавірусу [39].

9. Підтримка найбільш постраждалих галузей економіки. Щоб захистити європейський ланцюг постачання продовольства та уникнути його дефіциту, ЄС схвалив надзвичайні заходи для підтримки сільського господарства та рибальства, які постраждали від пандемії. Заходи включають пряму підтримку фермерів і рибалок і підвищення гнучкості у фінансуванні ЄС. Крім того, щоб забезпечити потік їжі Європою, ЄС встановив «зелені смуги», які базуються на визначених ключових пунктах перетину кордону, перевірка перетину кордону триватиме не більше 15 хв. Тепер проїзд дозволено для всіх товарів, у тому числі для агропродовольчої продукції. ЄС визнав сезонних працівників «важливими працівниками». Європейська Комісія опублікувала практичні вказівки для того, щоб у межах ЄС мобільні працівники, які вважаються критично важливими у боротьбі з пандемією коронавірусу, могли дістатися до свого робочого місця. Також були введені виняткові ринкові заходи для підтримки виробників вина, фруктів і овочів в державах-членах ЄС [67].

10. Партнерство для підтримки партнерів ЄС по всьому світу. Криза COVID-19 є глобальним викликом, який вимагає глобальних рішень. ЄС та його держави-члени підтримують зусилля країн-партнерів у боротьбі з вірусом, надаючи фінансову підтримку для вирішення негайної кризи в галузі охорони здоров'я та гуманітарних потреб. Загальна сума зусиль Team Europe становить 46 млрд євро. ЄС також активував Гуманітарний повітряний міст ЄС для доставки гуманітарної допомоги країнам, які її потребують. ЄС є світовим лідером з експорту та пожертвувань вакцин [43]. Щоб забезпечити доступ до вакцин проти COVID-19 також для країн з низьким і середнім рівнем доходу в

уському світі, ЄС у рамках підходу Team Europe підтримав глобальну ініціативу щодо вакцин COVAX.

Отже, на нашу думку, досвід та передові практики ЄС та його держав-членів щодо протидії пандемії COVID-19 є важливим і корисними для України. У зв'язку з цим, варто звернути увагу на такі інституційні та нормативні складники цього досвіду:

1. Хоча деякі європейські країни запровадили заходи, які успішно сповільнили передачу Covid-19 протягом першого року пандемії, інші відчували труднощі через те, що вони діяли повільно або неефективно впроваджували заходи. У зв'язку із цим, необхідно взяти до уваги європейський досвід щодо запобігання передачі COVID-19, зокрема у таких критичних аспектах, що характеризують інституційну спроможність системи охорони здоров'я, як: епіднагляд і контроль за спалахами, включаючи ефективне тестування та відстеження контрактів; чіткі інформаційні повідомлення, засновані на розумінні людської поведінки; дії влади, спрямовані на подолання небажаних наслідків необхідних заходів, таких як підтримка осіб, які знаходяться в ізоляції або опинилися не в змозі заробляти на життя; здатність швидко розгортати масштабну вакцинацію. Також є очевидним, що для успішного запобігання передачі COVID-19, потрібна ретельно розроблена стратегія з чіткими і зрозумілими цілями та системним підходом до впровадження.

2. Координація зусиль всіх зацікавлених сторін. Пандемія надзвичайно актуалізувала питання об'єднання зусиль органів державного управління та місцевого самоврядування всіх рівнів, координації та узгодження їх дій. З огляду на досвід держав-членів ЄС, коло зацікавлених сторін, залучених до процесів прийняття та імплементації рішень стосовно боротьби з пандемією, має охоплювати також представників бізнесу (великого, малого і середнього) та громадськості (НУО, різного роду мережі, зокрема волонтерські). В державах-членах ЄС саме спільними зусиллями центральних та місцевих органів влади, а також організованого громадянського суспільства вирішувались питання

поширення необхідної інформації, медичної просвіти, визначення цільових груп, для проведення щеплення, розуміння місцевої специфіки та настроїв населення, облаштування під потреби вакцинації об'єктів немедичного призначення (військові, спортивні та інші об'єкти), швидкого спорудження місць для масового щеплення або госпіталізації (модульних будівель).

3. Досвід ЄС показав, що держави-члени використовували подібні стратегії збільшення можливостей лікарень, відділень інтенсивної терапії та мобілізації додаткових працівників. Досвід першої хвилі показав, що спроможність до роботи в умовах максимальних перевантажень (потенціал швидкого реагування) є важливим компонентом сучасних стійких систем охорони здоров'я для підготовки до несподіваних потрясінь і боротьби з ними. З огляду на це, критично важливим є: по-перше, створення комплексних систем для забезпечення оптимального реагування системи охорони здоров'я на пікові навантаження; по-друге, наявність у реальному часі актуальних даних про доступні людські та матеріальні ресурси, щоб забезпечити постійну та активну координацію під час кризи; по-третє, наявність критично важливої інфраструктури та основних матеріалів (ліжка для відділень інтенсивної терапії, апарати штучної вентиляції легенів, засоби індивідуального захисту) та підготовлених медичних працівників, а також забезпечення ефективної координації їх зусиль та оперативного розподілу на критично важливі напрями.

4. З досвіду ЄС та його держав-членів можна винести ряд ключових уроків. Перший полягає в тому, що поведінка окремих людей відіграє величезну роль у зниженні кількості випадків захворювання й подальшому утриманні їх на низькому рівні, хоча керувати індивідуальною поведінкою за деяких умов виявилось доволі складно. По-друге, існує потреба в системі ідентифікації тих, хто становить ризик передачі інфекції іншим. По-третє, необхідно вміти виявляти тих, кому вони можуть передати інфекцію, і вживати заходів для переривання цього ланцюжка. По-четверте, ізоляція тих, хто заразився, є важливою, і для цього мають існувати відповідні системи. Нарешті, необхідно спланувати стратегії розгортання вакцинації, які можуть

відрізнитись, але перші успіхи мають супроводжуватись іншими необхідним заходами з охорони громадського здоров'я.

Таким чином, у боротьбі з Covid-19 Європейський Союз був більш ефективним, ніж неефективним. Пандемія зміцнила історичну приказку про те, що Об'єднана Європа – це послідовність криз і посткризових одужань. Дійсно, у неочікуваний спосіб, зіткнувшись із кризою охорони здоров'я, європейці дали глибокий поштовх подальшому розвитку європейського проєкту, який протягом останніх десяти років послідовно зазнавав ударів через кризу єврозони, Brexit та неліберальні уряди в деяких посткомуністичних державах-членах. Під час кризи охорони здоров'я європейці значно посилили свою політичну інтеграцію. Пандемія COVID-19 чітко продемонструвала, що адекватна фізична інфраструктура та кадровий потенціал мають вирішальне значення для боротьби зі спричиненою пандемією кризою у сфері охорони здоров'я. Пандемія створила безпрецедентні виклики стосовно солідарності та координації між державами-членами ЄС, країнами-кандидатами та потенційними кандидатами на вступ, але в кінцевому підсумку відкрила нові можливості для більш тісної співпраці.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі на основі проведених досліджень здійснено узагальнення і практичне вирішення актуального питання вивчення передових європейських практик щодо розроблення та імплементації державної політики щодо протидії COVID-19.

Проведене дослідження дає підстави зробити такі висновки та рекомендації:

1. Розглянуто керівні принципи та настанови протидії COVID-19, сформульовані на Глобальному саміті з питань охорони здоров'я. На Римському саміті з питань охорони здоров'я лідери G20 ще раз підтвердили, що пандемія продовжує залишатися безпрецедентною глобальною кризою в сфері охорони здоров'я та соціально-економічною кризою, яка має непропорційні прямі та непрямі наслідки для найбільш уразливих верств населення, жінок, дівчат і дітей, а також для медичних працівників первинної ланки і людей похилого віку. Було спеціально наголошено на тому, що пандемія не закінчиться, доки всі країни не зможуть взяти хворобу під надійний контроль, тому широкомасштабна, глобальна, безпечна, ефективна та справедлива вакцинація в поєднанні з відповідними іншими заходами охорони здоров'я залишаються головним глобальними та національним пріоритетом, поряд із поверненням до сильного, сталого, збалансованого та інклюзивного зростання. В Римській декларації зазначається, що визначені в ній принципи взаємно доповнюють один одного і підтверджують відданість лідерів G20 глобальній солідарності, справедливості та багатосторонньому співробітництву, ефективному врядуванню, зокрема у сфері охорони здоров'я. Лідери закликали уряди до дотримання людиноцентричного підходу, тобто переміщення медичних працівників у центр готовності та спорядження їх всім необхідним для ефективного реагування на виклики в сфері охорони здоров'я. В документі також йдеться про нагальну необхідність розбудови науково обґрунтованої політики у сфері охорони здоров'я, створення атмосфери довіри до неї. Лідери

наголосили на сприянні сталого фінансування глобальної системи охорони здоров'я.

2. З'ясовано ключові напрями та сучасний стан політики ЄС у сфері охорони здоров'я. Держави-члени ЄС несуть основну відповідальність за організацію та надання медичних послуг і медичної допомоги. Політика охорони здоров'я ЄС доповнює національну політику, забезпечує захист здоров'я в усіх напрямках політики ЄС і працює над посиленням Союзу охорони здоров'я. Правовою основою політики ЄС у сфері охорони здоров'я є відповідна стаття Договору про функціонування Європейського Союзу. Політика та дії ЄС у сфері охорони здоров'я спрямовані на захист та поліпшення здоров'я громадян ЄС; підтримку модернізації та цифровізацію систем та інфраструктури охорони здоров'я; підвищення стійкості європейських систем охорони здоров'я; спорядження держав-членів ЄС для кращого запобігання та боротьби з майбутніми пандеміями. Стратегічні питання охорони здоров'я обговорюються представниками національних органів влади та Європейської Комісії в робочій групі вищого рівня з охорони здоров'я. Інститути ЄС, держави-члени, регіональні та місцеві органи влади та інші зацікавлені групи сприяють реалізації стратегії охорони здоров'я та річних робочих програм ЄС.

3. З'ясовано сутність та основні цілі Європейського союзу охорони здоров'я та його значення для протидії COVID-19. Пандемія COVID-19 продемонструвала необхідність та значущість скоординованих дій на рівні ЄС. В ЄС дійшли висновку, що для ефективного вирішення загрози, яку представляє коронавірус, європейським органам охорони здоров'я необхідно злагоджено працювати разом, об'єднати свої ресурси та досвід, а також діяти максимально спільно та у тісній координації з економічними органами. Це єдиний спосіб ефективно протидіяти транскордонній загрозі здоров'ю COVID-19. З огляду на це, в ЄС прийняли рішення створити Європейський союз охорони здоров'я як єдино правильний політичний та управлінський крок в умовах Об'єднаної Європи. У повідомленні Європейської Комісії, яке окреслює

напрями та практичні кроки розбудови Європейського союзу охорони здоров'я, викладені додаткові дії, які необхідно взяти в найближчому майбутньому як на європейському, так і на національному рівні, щоб підвищити стійкість ЄС до всіх транскордонних загроз здоров'ю та забезпечити всіх європейських громадян високим рівнем охорони здоров'я, на який вони розраховують і заслуговують. Комісія також визначила основні елементи Органу реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я (HERA), який був створений у вересні 2021 р. Така структура буде важливим новим елементом для підтримки кращої реакції на рівні ЄС на транскордонні загрози здоров'ю.

4. Розглянуто досвід держав-членів ЄС щодо запобігання поширенню пандемії COVID-19. Низка проведених європейськими науковцями досліджень мала на меті винести уроки з досвіду ЄС та інших країн щодо деяких ключових заходів у сфері охорони здоров'я, запроваджених для контролю за поширенням COVID-19 у 2020 р. З того часу поява нових штамів створила додаткові проблеми як для виробників політики, так і для медиків. Проте, фундаментальні принципи боротьби з інфекцією, що передається повітряно-крапельним шляхом, продовжують застосовуватись разом із заходами, які зменшують можливості поширення вірусу та переривають його у разі, якщо це сталося. Як показує досвід, країни, які на початковому етапі досягли хороших результатів, але згодом погіршили їх, часто допускали це, через те, що послабили свої попередні заходи. Однак наукові досягнення означають, що тепер можливо досягнути набагато більшого, включаючи використання безпечних і ефективних вакцин, застосування кращих режимів лікування, у тому числі нових медичних втручань.

5. Розглянути досвід ЄС щодо розроблення та імплементації політики протидії пандемії COVID-19. У боротьбі з Covid-19 Європейський Союз був більш ефективним, ніж неефективним. Пандемія зміцнила історичну приказку про те, що Об'єднана Європа – це послідовність криз і посткризових одужань. Дійсно, у неочікуваний спосіб, зіткнувшись із кризою охорони здоров'я, європейці дали глибокий поштовх подальшому розвитку європейського

проєкту, який протягом останніх десяти років послідовно зазнавав ударів через кризу євросони, Brexit та неліберальні уряди в деяких посткомуністичних державах-членах. Під час кризи охорони здоров'я європейці значно посилили свою політичну інтеграцію. Пандемія COVID-19 чітко продемонструвала, що адекватна фізична інфраструктура та кадровий потенціал мають вирішальне значення для боротьби зі спричиненою пандемією кризою у сфері охорони здоров'я. Пандемія створила безпрецедентні виклики стосовно солідарності та координації між державами-членами ЄС, країнами-кандидатами та потенційними кандидатами на вступ, але в кінцевому підсумку відкрила нові можливості для більш тісної співпраці.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артеменко Р. О. Пандемія COVID-19 як виклик єдності та стабільності Європейського Союзу: пошук шляхів подолання кризи. *Політичне життя*. 2020. № 4. С. 80–86. DOI: <https://doi.org/10.31558/2519-2949.2020.4.11>
2. Булана Є. Дії Європейського Союзу на початковому етапі коронакризи. *Травневі студії: історія, міжнародні відносини, філософія*: Збірник матеріалів III Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Травневі студії 202: історія, міжнародні відносини, філософія» / за ред. Ю. Т. Темірова. Вип. 6. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2021. 460 с. С. 201–204. URL: <https://jts.donnu.edu.ua/article/view/10930>
3. Вдовиченко В., Зосименко Т. Панденоміка Європи: політичні, економічні та соціальні виклики вакцинування від COVID-19. Рада зовнішньої політики «Українська призма». 2021. 51 с. URL: <https://cutt.ly/Q1Swuxo>
4. Консолідовані версії Договору про Європейський Союз та Договору про функціонування Європейського Союзу з протоколами та деклараціями. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_b06#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b06#Text)
5. Скиба О. О. Аналіз заходів боротьби з пандемією COVID-19: досвід країн ЄС. Сьомі Сумські наукові географічні читання: збірник матеріалів Всеукраїнської наукової конференції (Суми, 14–16 жовтня 2022 р.) [Електронний ресурс]. СумДПУ імені А. С. Макаренка, Сумський відділ Українського географічного товариства; [упорядник Корнус А. О.]. Елект. текст. дані. Суми. 2022. 202 с. С.128–129.
6. Сургай К. П. Протидія пандемії COVID-19 в ЄС: досвід для України. *Європейська дипломатія у XXI столітті*: матеріали III Науково-практичного круглого столу (м. Харків, 18 грудня 2020 р.) / за ред. Доценко О. М., Новікової Л. В., Червяцовой А. О. Х.: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. 137 с. С. 98–102. URL: <https://cutt.ly/q1IsUVz>

7. Ханіна О. І. Наслідки пандемії COVID-19 та заходи державного антикризового регулювання. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 22. С. 126–132. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.22.126

8. Чорний В. Економічні механізми реалізації державної політики охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу під час пандемії COVID-19: трансформації та перспективи. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 1(28). С. 64–68. DOI <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2021-1.10> O.

9. Шелевер Н. В. Реалізація принципу соціальної справедливості у відносинах із соціальної підтримки населення в умовах пандемії COVID-19: досвід України та держав-членів Європейського Союзу. URL: <https://cutt.ly/N1WQrUt>

10. 10 things the EU is doing to fight COVID-19 and ensure recovery. URL: <https://cutt.ly/x1OVuYh>

11. A cancer plan for Europe. URL: <https://cutt.ly/A1bDApj>

12. A European Green Deal. Striving to be the first climate-neutral continent. URL: <https://cutt.ly/M1YA20k>

13. A recovery plan for Europe. URL: <https://cutt.ly/p1Fn92l>

14. Baars C., Grill M., Kempmann A. Viele Ämter bleiben hinter Vorgaben. URL: <https://cutt.ly/z1WZyEw>

15. Bosetti P., Kiem C.T., Yazdanpanah Y., et al. Impact of mass testing during an epidemic rebound of SARS-CoV-2: a modelling study using the example of France. *Euro Surveill*. 2021. 26(1):pii=2001978. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.26.1.2001978>

16. Building a European Health Union: Reinforcing the EU's resilience for cross-border health threats: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, 11.11.2020 COM(2020) 724 final. URL: <https://cutt.ly/r1YPra1>

17. Burgess R. A., Osborne R. H., Yongabi K. A., et al. The COVID-19 vaccines rush: participatory community engagement matters more than ever. *Lancet*. 2021. 397:8–10. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32642-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32642-8)
18. Ćirić J. COVID-19 in Iceland: violated Isolation and Infected Over 100. URL: <https://cutt.ly/51WXZLa>
19. Climate Change and Health. URL: <https://cutt.ly/81YShr1>
20. Consolidated versions of the Treaty on European Union and the Treaty on the Functioning of the European Union // Official Journal of the European Union. – 2010/c 83/01. URL: <https://cutt.ly/i1YSQab>
21. Coronavirus isn't an outlier, it's part of our interconnected viral age. URL: <https://cutt.ly/s1YAwjQ>
22. Council Recommendation of 30 November 2009 on smoke-free environments (2009/C 296/02). URL: <https://cutt.ly/D1mXg1V>
23. COVAX. Working for global equitable access to COVID-19 vaccines. URL: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>
24. COVID-19 coronavirus pandemic: the EU's response. URL: <https://cutt.ly/71PNUtK>
25. COVID-19: research and vaccines. URL: <https://cutt.ly/G1PLFhb>
26. COVID-19: the EU's response to the economic fallout. URL: <https://cutt.ly/61PXz5R>
27. Crozier A., McKee M., Rajan S. Fixing England's COVID-19 response: learning from international experience. *J R Soc Med*. 2020. 113:422–7. <https://doi.org/10.1177/0141076820965533>
28. Crozier A., Rajan S., Buchan I., McKee M. Put to the test: use of rapid testing technologies for covid-19. *BMJ*. 2021. 372:n208. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n208>
29. Czypionka T., Greenhalgh T., Bassler D., Bryant M. B. Masks and face coverings for the lay public: a narrative update. *Ann. Intern. Med.* April 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-6625>
30. eHealth : Digital health and care. URL: <https://cutt.ly/K1mX21t>

31. Ettelt S. Rapid COVID-19 testing in care homes in Germany: easier said than done. URL: <https://cutt.ly/D1WHwk4>
32. EU digital COVID certificate: how it works. URL: <https://cutt.ly/p1P1rDY>
33. EU FAB. URL: <https://cutt.ly/11YLQ8K>
34. EU health policy. URL: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/eu-health-policy/>
35. European Health Emergency preparedness and Response Authority (HERA): Getting ready for future health emergencies. URL: <https://cutt.ly/n1YKq0Z>
36. European Health Union: protecting Europeans against cross-border health threats. URL: <https://cutt.ly/n1mBzDT>
37. European Medicines Agency. URL: <https://www.ema.europa.eu/en>
38. European Observatory on Health Systems and Policies. COVID-19 health system response monitor. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hstrm/>
39. European solidarity in action. URL: <https://cutt.ly/81PCX3c>
40. Forman R., Atun R., McKee M., Mossialos E. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy*. 2020.124:577–80. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.008>
41. General Assembly Adopts Omnibus Resolution Calling for Holistic COVID-19 Response, among 3 Passed on Global Health Threats, Malaria. URL: <https://press.un.org/en/2020/ga12262.doc.htm>
42. Global Health Summit: Rome Declaration. URL: [https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration\\_en](https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_en)
43. Global solidarity during the COVID-19 pandemic. URL: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/global-solidarity/>
44. IDA20 Replenishment. URL: <https://cutt.ly/h1U7N4Q>
45. Introducing HERA, the European Health Emergency preparedness and Response Authority, the next step towards completing the European Health Union. Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council, the Council, the European Economic and Social Committee and the

Committee of the Regions. Brussels, 16.9.2021 COM(2021) 576 final. URL: <https://cutt.ly/61YJXFQ>

46. IPBES #PandemicsReport: Escaping the «Era of Pandemics». URL: <https://ipbes.net/pandemics>

47. Jain V., Waghorn M., Thorn-Heathcock R., et al. Attendance at London workplaces after symptom onset: a retrospective cohort study of staff members with confirmed COVID-19. *J Public Health*. 2021 June 7. 43(2):236 – 242. doi: 10.1093/pubmed/fdaa239.

48. Jefferies S., French N., Gilkison C., et al. COVID-19 in New Zealand and the impact of the national response: a descriptive epidemiological study. *Lancet Public Health*. 2020;5:e612–ee23. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30225-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30225-5)

49. Jones N. R, Qureshi Z. U, Temple R. J., et al Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19? *BMJ*. August 2020. 370:m3223. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3223>

50. Karanikolos M., Rajan S., Rechel B. How do Covid-19 testing criteria differ across countries? URL: <https://cutt.ly/d1WISNR>

51. Kerkhoff A. D, Sachdev D., Mizany S., et al. Evaluation of a novel community-based COVID-19 «Test-to-Care» model for low-income populations. *PLoS One*. 2020. 15:e0239400. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239400>.

52. Lazarus J. V., Ratzan S., Palayew A., et al. COVID-SCORE: A global survey to assess public perceptions of government responses to COVID-19 (COVID-SCORE-10). *PLoS One*. October 2020. 15:e0240011. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240011>

53. McKee M., Nagyova I. Could Slovakia’s mass testing programme work in England? URL: <https://cutt.ly/f1WFIxP>

54. Mulryne J., Roussanov A., Williams E., Wilson S. EU Commission adopts Proposal for a Regulation on substances of human origin. URL: <https://cutt.ly/O1mCEJp>

55. Nuffield Trust. International comparisons of isolation support and enforcement. URL: <https://cutt.ly/61WXGgr>

56. One Health. URL: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health>
57. Proposal for a Decision of the European Parliament and of the Council amending Decision No 1313/2013/EU on a Union Civil Protection Mechanism. – COM/2020/220 final. URL: <https://cutt.ly/61YAXqH>
58. Public Health. URL: [https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/overview\\_en](https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/overview_en)
59. Rajan S., Cylus J., McKee M. What do countries need to do to implement effective «find, test, trace, isolate and support» systems? *J R Soc Med.* 2020;113. 245–50. <https://doi.org/10.1177/0141076820939395>
60. Rajan S., McKee V., Hernández-Quevedo C., et al. What have European countries done to prevent the spread of COVID-19? Lessons from the COVID-19 Health system response monitor. *Health policy.* 126 (2022). 355–361.
61. Ratzan S., Sommariva S., Rauh L. Enhancing global health communication during a crisis: lessons from the COVID-19 pandemic. *Public Health Res. Practic.* June 2020. Vol. 30(2):e3022010 <https://doi.org/10.17061/phrp3022010>
62. Reed S., Palmer B. To solitude: learning from other countries on how to improve compliance with self-isolation. URL: <https://cutt.ly/p1WVjaq>
63. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). URL: <https://cutt.ly/91YAUnX>
64. Re-open EU. URL: <https://reopen.europa.eu/en>
65. Siciliani L., Wild C., McKee M., et al. Strengthening vaccination programmes and health systems in the European Union: a framework for action. *Health Policy.* 2020. 124:511–18. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.02.015.
66. State of the Union Address by President von der Leyen at the European Parliament Plenary. URL: <https://cutt.ly/G1YPha9>
67. Supporting the agriculture and food sectors amid Coronavirus. URL: <https://cutt.ly/V1PVFwQ>

68. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. URL: <https://cutt.ly/b1YAkXF>
69. The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator. URL: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>
70. The Covid-19 pandemic, what lessons for the European Union? URL: <https://cutt.ly/P1P8rN9>
71. UCL COVID-19 Social Study. Understanding the Psychological and Social Impact of the Pandemic. 2021. URL: <https://www.covidsocialstudy.org/>
72. UK Department of Health and Social Care. NHS Test and Trace service to strengthen regional contact tracing. URL: <https://cutt.ly/D1WLHQM>
73. UK Department of Transport Coronavirus (COVID-19): Test to Release for international travel; 2021. URL: <https://cutt.ly/o1EFD4T>
74. University of Liverpool. Liverpool Covid-SMART pilot evaluation; 2021. URL: <https://cutt.ly/q1WFHlf>
75. University of Liverpool. Liverpool Covid-19 community. Testing Pilot 2021. URL: <https://cutt.ly/h1WVcpT>
76. Von der Leyen apologises to Italy but baulks at «coronabonds». URL: <https://cutt.ly/K1P3159>
77. Wight J, Czauderna J, Heller T, Jones B, Miller J, McCrave M, Redgrave P, Tomson M. Sheffield community contact tracers: training community volunteers to undertake contact tracing for covid-19. URL: <https://cutt.ly/11WZXch>
78. World Health Assembly. URL: <https://cutt.ly/11FmmFt>
79. World Health Organisation. Global partnership to make available 120 million affordable, quality COVID-19 rapid tests for low- and middle-income countries. URL: <https://cutt.ly/01WFk7M>