

ТРАНСКОРДОННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В КОНТЕКСТІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ: ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТА АДАПТАЦІЯ ДО ЗАКОНОДАВСТВА ЄС

Луців О. І.

ВСТУП

Інтенсифікація євроінтеграційного курсу України, яка особливо виразно проявилася після надання нашій державі статусу кандидата на членство в Європейському Союзі 23 червня 2022 року та відкриття переговорів про вступ 25 червня 2024 року¹, зумовлює потребу у якісно новому рівні адаптації національного законодавства у сфері охорони здоров'я до *acquis* ЄС. Попри те, що сфера охорони здоров'я належить до галузей, у яких Україна демонструє один із найвищих показників виконання зобов'язань за Угодою про асоціацію (станом на червень 2025 р. рівень виконання сягнув 88 %²), інститут транскордонної медичної допомоги (*cross-border healthcare*) залишається тією ділянкою, де нормативно-правова адаптація лише розпочинається і де відсутні цілісні правові механізми, які б відповідали європейським стандартам.

Транскордонна медична допомога як юридичний феномен є наслідком тривалої еволюції правозастосовної практики Суду Європейського Союзу (далі – Суд ЄС) та подальшої кодифікації її напрацьовань у Директиві 2011/24/ЄС Європейського Парламенту і Ради від 9 березня 2011 р. про застосування прав пацієнтів у транскордонній охороні здоров'я³. Цей правовий інструмент органічно поєднує внутрішньоринкову свободу надання послуг (ст. 56 Договору про функціонування ЄС, далі – ДФЄС) із фундаментальним правом на охорону здоров'я, гарантованим ст. 35 Хартії основоположних прав Європейського Союзу⁴. Імплементация Директиви 2011/24/ЄС у державах-членах ЄС стала важливим етапом європеїзації національних систем охорони здоров'я. Для України це питання стало особливо актуальним після оприлюднення МОЗ України у березні 2026 р. проєкту

¹ Вступ України до Європейського Союзу: офіційна хронологія. URL: <https://eu-ua.gov.ua> (дата звернення: 11.05.2026).

² Угода про асоціацію з ЄС: інформаційний ресурс Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ugoda-pro-asociaciju-z-es> (дата звернення: 11.05.2026).

³ Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. OJ L 88, 4.4.2011, pp. 45–65. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj> (дата звернення: 11.05.2026).

⁴ Charter of Fundamental Rights of the European Union. OJ C 326, 26.10.2012, pp. 391–407 (Art. 35). URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P035> (дата звернення: 11.05.2026).

Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо імплементації норм європейського права у сфері транскордонного надання медичних послуг та координації систем соціального забезпечення у частині, що стосується медичних послуг» (далі – Проект Закону)⁵.

У цьому розділі досліджується правова природа транскордонної медичної допомоги у праві ЄС, а також механізми реалізації права пацієнтів на отримання медичних послуг за межами держави свого проживання. Особливу увагу приділено практиці Суду ЄС, яка стала підґрунтям для формування сучасного підходу до транскордонного медичного обслуговування та подальшої кодифікації відповідних положень у Директиві 2011/24/ЄС.

Крізь призму євроінтеграційних процесів проаналізовано стан адаптації українського законодавства до *acquis* ЄС у цій сфері, зокрема проект Закону щодо імплементації норм європейського права у сфері транскордонного надання медичних послуг. Для кращого розуміння можливих моделей правового регулювання також враховано досвід окремих держав-членів ЄС, зокрема Польщі, Литви та Чехії.

1. Правова природа транскордонної медичної допомоги у праві ЄС та механізм її реалізації

1.1. Нормативна основа у первинному праві ЄС та Директиві 2011/24/ЄС

Стаття 35 Хартії основоположних прав Європейського Союзу, що розміщена в Розділі IV «Солідарність», установлює: «Кожен має право на доступ до профілактичного медичного обслуговування та право на отримання медичної допомоги на умовах, встановлених національними законами та практиками. Високий рівень захисту здоров'я людини має бути забезпечений при визначенні та впровадженні всіх політик та видів діяльності Союзу, встановлених правом Союзу та національним законодавством і практикою»⁶. Згідно з офіційними роз'ясненнями ця норма базується на ст. 152 Договору про заснування ЄС (тепер – ст. 168 ДФЄС), а також на статтях 11 і 13 Європейської соціальної хартії⁷.

⁵ МОЗ: В Україні планують запровадити механізм транскордонної медицини за стандартами ЄС: офіційне повідомлення Кабінету Міністрів України, березень 2026. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-v-ukraini-planuiut-zaprovadyty-mekhanizm-transkordonnoi-medytyny-za-standartamy-ies> (дата звернення: 11.05.2026).

⁶ Explanations relating to the Charter of Fundamental Rights. OJ C 303, 14.12.2007, pp. 17–35.

⁷ EU Charter of Fundamental Rights. Article 35 – Health Care. Everything you always wanted to know about European Union health policy / S. L. Greer, S. Rozenblum, N. Fahy et al. (eds.). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2022 (Health Policy Series, No. 59).

Доктринальний аналіз ст. 35 Хартії виявляє її дуалістичну природу. По-перше, вона формулює суб'єктивне право – право доступу до профілактичного медичного обслуговування та право користуватися медичною допомогою; по-друге, встановлює об'єктивний принцип – обов'язок Союзу забезпечувати високий рівень охорони здоров'я людини при реалізації всіх політик («Health in All Policies»). Особливістю формулювання є те, що носієм права є «кожен» (everyone), а не лише громадяни ЄС⁸. Втім реалізація права здійснюється «на умовах, установлених національним законодавством і практикою», що підкреслює субсидіарний характер регулювання охорони здоров'я в ЄС (ст. 168(7) ДФЕС). Ст. 35 Хартії стала нормативною основою для розвитку права транскордонної медичної допомоги: у Преамбулі Директиви 2011/24/ЄС (п. 22) прямо зазначено, що Директива поважає основоположні права та принципи, визнані Хартією⁹.

Стаття 168 ДФЕС визначає сферу охорони здоров'я як галузь, де Союз доповнює та підтримує діяльність держав-членів, поважаючи їхню відповідальність за організацію та надання медичних послуг (п. 7). Водночас стаття 114 ДФЕС, на яку також спирається Директива 2011/24/ЄС, дозволяє гармонізаційні заходи у межах функціонування внутрішнього ринку¹⁰. Це нормативне підґрунтя пояснює дуальну природу транскордонної медичної допомоги: з одного боку, вона є послугою у розумінні ст. 56–57 ДФЕС, з іншого – реалізацією фундаментального права на здоров'я.

Директива 2011/24/ЄС, ухвалена 9 березня 2011 р. та така, що набрала чинності 24 квітня 2011 р., з обов'язком імплементації до 25 жовтня 2013 р., є основним актом *acquis* ЄС у сфері транскордонної охорони здоров'я. Дія Директиви поширена на Норвегію, Ісландію та Ліхтенштейн рішенням Спільного комітету СЕП № 153/2014. Директива переслідує три основні цілі: 1) сприяти доступу пацієнтів до безпечної та якісної медичної допомоги в інших державах-членах; 2) забезпечити мобільність пацієнтів відповідно до принципів Суду ЄС; 3) посилити співпрацю між системами охорони здоров'я держав-членів.

Відповідно до ст. 7 Директиви, держава приналежності відшкодовує витрати на транскордонну медичну допомогу до рівня, який було б

⁸ Decision of the EEA Joint Committee No 153/2014 of 9 July 2014. OJ L 15, 22.1.2015, pp. 78–80.

⁹ Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. OJ L 88, 4.4.2011, pp. 45–65. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj> (дата звернення: 11.05.2026).

¹⁰ The Court of Justice and Healthcare: Information note. Luxembourg: Court of Justice of the European Union, 2018. URL: https://curia.europa.eu/jcms/jcms/p1_2018914/en/ (дата звернення: 11.05.2026).

покрито у разі надання тієї ж послуги на її території, але не більше фактично понесених витрат пацієнта. Стаття 8 закріплює можливість запровадження попередньої авторизації, обмежуючи її випадками: а) медичної допомоги, що потребує планування; б) лікування, пов'язаного з особливим ризиком для пацієнта чи населення; в) лікування, що надається постачальником, якість якого викликає серйозні занепокоєння. Стаття 6 Директиви запроваджує інститут національного контактного пункту (National Contact Point, NCP) – органу в кожній державі-члені, який інформує пацієнтів про права, тарифи, процедури отримання допомоги за кордоном та координує обмін інформацією.

1.2. Механізм реалізації права у прецедентній практиці Суду ЄС та її кодифікація у Директиві

Директива 2011/24/ЄС за своєю сутністю є кодифікацією прецедентної практики Суду ЄС, сформованої впродовж 1998–2010 рр. У Преамбулі Директиви (п. 8) прямо зазначається, що цей акт «має на меті досягти більш загального та водночас ефективного застосування принципів, що були вироблені Судом ЄС у конкретних справах». Аналіз шести ключових рішень становить методологічну основу розуміння нормативного змісту Директиви.

Рішення Суду ЄС від 28 квітня 1998 р. у справах *Decker v Caisse de maladie des employés privés (C-120/95)*¹¹ та *Kohll v Union des Caisses de Maladie (C-158/96)*¹² стали важливим етапом у формуванні підходу ЄС до транскордонної медичної допомоги. У цих справах Суд ЄС визнав, що вимога попереднього дозволу для відшкодування витрат на медичні товари чи послуги, отримані в іншій державі-члені, може обмежувати свободу руху товарів і свободу надання послуг, гарантовані Договором про функціонування ЄС. Суд особливо наголосив, що специфіка медичних послуг не виключає їх із сфери дії основоположних свобод внутрішнього ринку. Відтак медичні послуги були розглянуті як вид економічної діяльності, на який поширюються положення права ЄС. Водночас аргументи держав щодо потенційної загрози фінансовій стабільності систем соціального забезпечення Суд визнав недостатньо переконливими для виправдання таких обмежень.

Рішення від 12 липня 2001 р. у справі *Geraets-Smits & Peerbooms (C-157/99)* поширило логіку *Decker/Kohll* на натуральну систему

¹¹ Judgment of the Court of 28 April 1998. *Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés*. Case C-120/95. ECR 1998 I-01831.

¹² Judgment of the Court of 28 April 1998. *Raymond Kohll v Union des Caisses de Maladie*. Case C-158/96. ECR 1998 I-01931.

охорони здоров'я та на стаціонарне лікування. Суд ЄС визнав, що: 1) медичні послуги охоплюються поняттям «послуг» незалежно від моделі фінансування системи; 2) вимога попереднього дозволу для стаціонарного лікування може бути виправданою за умов планування медичної інфраструктури; 3) критерії надання попереднього дозволу мають бути об'єктивними, недискримінаційними та відомими заздалегідь; 4) лікування повинне вважатися «нормальним», якщо воно є достатньо випробуваним та визнаним міжнародною медичною наукою¹³. Доктрина «нормального лікування» стала прямим джерелом для ст. 8(5) та (6) Директиви 2011/24/ЄС.

Важливим продовженням цієї практики стало рішення Великої Палати Суду ЄС від 16 травня 2006 р. у справі *Watts*, у якому підхід до транскордонної медичної допомоги було поширено і на системи охорони здоров'я, що фінансуються переважно за рахунок державних коштів, зокрема систему NHS Великої Британії. Суд ЄС дійшов висновку, що положення про свободу надання послуг застосовуються і до таких моделей медичного забезпечення.

У рішенні Суд сформулював кілька принципових підходів. По-перше, пацієнт має право отримати лікування в іншій державі-члені з подальшим відшкодуванням витрат, якщо надання допомоги у державі проживання супроводжується «надмірною затримкою». Наявність такої затримки повинна оцінюватися не формально, а з урахуванням об'єктивних медичних критеріїв та індивідуального стану пацієнта. По-друге, держава не може обґрунтовувати відмову у наданні дозволу виключно існуванням стандартних строків очікування або внутрішніх показників списків очікування¹⁴. Сформульований Судом критерій «надмірної затримки» згодом був безпосередньо закріплений у ст. 8(5) Directive 2011/24/EU.

Подальший розвиток цих підходів знаходимо у рішенні Великої Палати від 5 жовтня 2010 р. у справі *Elchinov (C-173/09)*, в якому Суд уточнив межі дискреції держав щодо надання попереднього дозволу на лікування за кордоном. Суд ЄС зазначив, що у дозволі не може бути відмовлено лише з тієї причини, що певний метод лікування не застосовується у державі-члені приналежності пацієнта, якщо альтернативне лікування не може бути надане у прийнятний з медичної

¹³ Judgment of the Court of 12 July 2001. *B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*. Case C-157/99. ECR 2001 I-05473.

¹⁴ Judgment of the Court (Grand Chamber) of 16 May 2006. *The Queen, on the application of Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health*. Case C-372/04. ECR 2006 I-04325

точки зору строк¹⁵. Рішення Третньої Палати від 9 жовтня 2014 р. у справі Petru (C-268/13) встановило, що у попередньому дозволі не може бути відмовлено, якщо неможливість своєчасного надання стаціонарної допомоги обумовлена відсутністю медикаментів та базових медичних матеріалів і інфраструктури¹⁶. Це рішення особливо релевантне для України з огляду на дисбаланси в забезпеченні медичної інфраструктури, посилені руйнуваннями внаслідок збройної агресії РФ.

Як вбачається з вищевикладеного, систематизація напрацювань Суду ЄС у Директиві 2011/24/ЄС здійснюється через такі ключові механізми: загальне правило відшкодування без попереднього дозволу (ст. 7) – кодифікація принципу Decker/Kohll; попередній дозвіл як виняток для стаціонарного та високоспеціалізованого лікування (ст. 8) – кодифікація доктрини Smits/Peerbooms; критерії відмови у дозволі та критерії «надмірної затримки» (ст. 8(5)–(6)) – кодифікація доктрини Watts/Petru; обов'язок мотивованої та оскаржуваної відмови (ст. 9) – кодифікація гарантій належної процедури.

2. Стан адаптації законодавства України та аналіз Проекту Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо імплементації норм європейського права у сфері транскордонного надання медичних послуг та координації систем соціального забезпечення у частині, що стосуються медичних послуг»

2.1. Правові зобов'язання України та чинне нормативне регулювання

Угода про асоціацію між Україною та ЄС (ратифікована Законом України № 1678-VII від 16 вересня 2014 р.) у Главі 22 «Громадське здоров'я» закріплює основи співробітництва у сфері охорони здоров'я¹⁷. Так, відповідно до статті 426 Угоди Сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, а відповідно до статті 428 Україна зобов'язалася адаптувати національне законодавство до низки актів *acquis* ЄС у сфері охорони здоров'я, перелік яких міститься у Додатку

¹⁵ Judgment of the Court (Grand Chamber) of 5 October 2010. Georgi Ivanov Elchinov v Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa. Case C-173/09. ECR 2010 I-08889..

¹⁶ Judgment of the Court (Third Chamber) of 9 October 2014. Elena Petru v Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu and Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Case C-268/13.

¹⁷ Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони: ратифікована Законом України від 16 вересня 2014 р. № 1678-VII. Офіційний вісник України. 2014. № 75. Ст. 2125 (Глава 22 «Громадське здоров'я», Додаток XLI).

XLI до цієї Угоди. Варто зазначити, що сама Угода про асоціацію безпосередньо не передбачає обов'язку імплементації Директиви 2011/24/ЄС, однак контекстуальне тлумачення статей 427–428 зобов'язує Україну до послідовного наближення з відповідним *acquis*. Саме це й підтвердилося з наданням Україні статусу кандидата на членство в ЄС у 2022 р. та з обговореннями за переговорним розділом 28, де імплементація Директиви 2011/24/ЄС визначається як необхідна умова.

Аналізуючи національне законодавство бачимо, що чинна нормативна модель не передбачає механізмів транскордонної медичної допомоги у розумінні Директиви 2011/24/ЄС – ні відшкодування витрат українцям за лікування в державах ЄС, ні системного відшкодування іноземцям лікування в Україні з їхніх національних систем. Так, Конституція України (ст. 49) гарантує право на охорону здоров'я та медичну допомогу, деталізація цих гарантій здійснюється у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ: зокрема стаття 11 Основ закріплює право іноземців на медичну допомогу в Україні, а стаття 79 регулює міжнародне співробітництво у загальних рисах, без розгорнутого механізму реалізації. Певне нормативне регулювання надання медичної допомоги іноземцям передбачено Порядком надання медичної допомоги деяким категоріям іноземців та осіб без громадянства та компенсації вартості медичних послуг і лікарських засобів, наданих іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово проживають або перебувають на території України, затвердженим Постановою КМУ від 19 березня 2014 р. № 121¹⁸, проте воно стосується досить вузького кола таких осіб і не відповідає повною мірою вимогам Директиви.

Інституційно ключовим суб'єктом, який міг би виконувати функції національного контактного пункту в Україні, є Національна служба здоров'я України (НСЗУ). НСЗУ як центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, виступає єдиним національним замовником медичних послуг та оперує коштами обсягом понад 100 млрд грн щорічно. Чинне Положення про НСЗУ не передбачає виконання нею функцій національного контактного пункту, однак інституційна спроможність і фінансова інфраструктура НСЗУ роблять її логічним кандидатом на таку роль.

Після надання Україні статусу кандидата в члени ЄС (23 червня 2022 р.) та відкриття переговорів про вступ (25 червня 2024 р.)

¹⁸ Про затвердження Порядку надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України: Постанова Кабінету Міністрів України від 19 березня 2014 р. № 121.

розпочався процес скринінгу – спільної перевірки відповідності українського законодавства *acquis* ЄС за 33 розділами¹⁹. Україна завершила скринінг 30 вересня 2025 р. Відповідно до Звіту Єврокомісії про розширення 2025 р., імплементацію Директиви 2011/24/ЄС та регламентів про координацію систем соціального забезпечення визначено одним із ключових завдань України у розділі 28. Як відповідь на це зобов'язання, в Україні була прийнята Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р., яка також є орієнтованою реформувати національну систему відповідно до стандартів ЄС та ВООЗ²⁰.

2.2. Аналіз Проекту Закону: відповідність *acquis* ЄС та виявлені прогалини

У березні 2026 р. для громадського обговорення було оприлюднено Проект Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо імплементації норм європейського права у сфері транскордонного надання медичних послуг та координації систем соціального забезпечення у частині, що стосуються медичних послуг», який, зокрема має на меті імплементувати в національне законодавство Директиву 2011/24/ЄС. Проект концептуально змінює підхід до регулювання медичної допомоги за кордоном, переходячи від сприйняття такого лікування як виняткового механізму до моделі системної транскордонної взаємодії з державами-членами ЄС. У контексті відповідності *acquis* ЄС варто відзначити низку позитивних аспектів. Зокрема, проект запроваджує базові поняття, передбачені Directive 2011/24/EU, серед яких «транскордонна медична допомога», «держава лікування», «держава належності пацієнта» та «національний контактний пункт». Використана термінологія загалом узгоджується з положеннями ст. 3 Директиви. Особливу увагу привертає те, що передбачено симетричний двосторонній механізм: українці зможуть проходити лікування в державах ЄС із компенсацією у межах вартості аналогічних послуг в Україні; громадяни ЄС, ЄЕП та Швейцарії матимуть можливість лікуватися в Україні з відшкодуванням у своїх державах. Проект визначає, що з метою забезпечення прав пацієнтів у сфері транскордонної медичної допомоги Національним контактним пунктом з питань транскордонної медичної допомоги (далі – Національний контактний пункт) є центральний орган виконавчої влади зі спеціальним статусом що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

¹⁹ Що таке процес скринінгу та як він працює?: інформаційний бюлетень. EU Neighbours East, 2024. URL: <https://euneighbourseast.eu/uk/news/publications/shho-take-procesz-skryningu-ta-yak-vin-praczuje>.

²⁰ Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80>.

Як вбачається з такого формулювання, найімовірніше ці функції виконуватиме НСЗУ, оскільки сама вона на сьогодні володіє подібним мандатом. Також передбачається розвиток електронної системи охорони здоров'я для обміну медичними даними (відповідно до статей 14–15 Директиви 2011/24/ЄС) та покладається обов'язок на медичні заклади інформувати пацієнтів про їхні права, методи лікування, ризики й гарантується право на отримання копій медичної документації.

Попри загальну відповідність Проекту духу Директиви 2011/24/ЄС, вважаємо за доречне виокремити низку прогалин. По-перше, Проект не містить нормативно закріпленого стандарту «надмірної затримки» (доктрина Watts/Petru): жодне положення не встановлює, що відмова у попередньому дозволі є неправомірною, якщо у державі належності неможливо забезпечити лікування у медично обґрунтований строк з урахуванням індивідуальних обставин пацієнта. По-друге, Проект у наявній редакції не містить вичерпного переліку випадків обов'язкового попереднього дозволу, що створює ризик надмірно широкого тлумачення вимоги (ст. 8(2) Директиви чітко обмежує застосування попереднього дозволу). По-третє, Проект визначає, що компенсація здійснюватиметься «в межах вартості аналогічних послуг в Україні», однак суттєвою проблемою може стати відсутність деталізованої методології обчислення тарифів, зокрема для процедур, які є вдосконаленими аналогами тих, що передбачені програмою медичних гарантій (доктрина Elchinov). По-четверте, Проект містить загальні посилання на можливість оскарження без деталізації строків розгляду та гарантій повного судового контролю (ст. 9 Директиви). По-п'яте, Проект декларативно вказує на гармонізацію з регламентами про координацію систем соціального забезпечення, однак не містить чіткого механізму вибору між «маршрутом Директиви» та «маршрутом Регламенту» (ЄС) № 883/2004.

3. Транскордонна медична допомога у практиці ЄСПЛ та порівняльний досвід імплементації Директиви

3.1. Практика Європейського суду з прав людини у сфері охорони здоров'я

Незважаючи на те, що Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р. безпосередньо не закріплює право на охорону здоров'я і на транскордонну медичну допомогу зокрема, Європейський суд з прав людини (далі – ЄСПЛ) сформував практику захисту цього права через статті 2 (право на життя), 3 (заборона нелюдського поводження) та 8 (право на повагу до приватного і сімейного життя) Конвенції.

У справі *Cyprus v Turkey* (2001) Велика Палата вперше зазначила, що «питання за статтею 2 Конвенції може виникнути, коли влада Договірної держави створює загрозу життю особи через відмову у наданні медичної допомоги, яку вона зобов'язалась забезпечувати населенню в цілому». У справі *Şentürk and Şentürk v Turkey* (2013) ЄСПЛ установив порушення статті 2 у зв'язку з відмовою лікарень надати екстрену медичну допомогу вагітній жінці, що призвело до її смерті: «позитивні обов'язки, покладені на державу статтею 2 Конвенції, передбачають створення системи, здатної забезпечити захист»²¹. У справах *Nitecki v Poland* та *Oyal v Turkey* ЄСПЛ розвинув ідею, що відмова держави у наданні медичної допомоги може порушувати позитивні обов'язки за статтею 2.

У контексті статті 8 ЄСПЛ розвинув концепцію «приватного життя», що включає фізичну та психічну цілісність особи. У справі *Van Kück v Germany* (2003) було визнано порушенням статті 8 і пункту 1 статті 6 непропорційного покладення на пацієнтку тягаря доведення медичної необхідності гормональної замісної терапії при відшкодуванні витрат. Релевантність практики ЄСПЛ для України підкреслюється тим, що відповідно до ст. 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» практика ЄСПЛ є джерелом права²². Виходячи з цього, можемо дійти висновку, що у контексті транскордонної медичної допомоги практика ЄСПЛ задає мінімальні стандарти гідності та недискримінації у всіх процедурах, тоді як Директива 2011/24/ЄС регулює формальні аспекти доступу і відшкодування.

3.2. Порівняльний досвід імплементації Директиви 2011/24/ЄС у державах-членах ЄС та рекомендації для України

Імплементація Директиви 2011/24/ЄС Республікою Польща відбулася із суттєвим запізненням – більш ніж через 12 місяців після встановленого строку (у жовтні 2014 р.). При цьому Польща обрала доволі рестриктивну модель реалізації її положень. Як зазначають І. Kowalska-Bobko та співавтори, підхід польської влади був спрямований або на відтермінування фінансового навантаження на публічного платника (NFZ), або на мінімізацію кількості випадків лікування пацієнтів за кордоном. Наслідком цього стала незначна кількість заяв на планове лікування в інших державах-членах ЄС та

²¹ Сенюта І. Я. Правові позиції Європейського суду з прав людини у сфері охорони здоров'я. Київ: НААУ, 2020. 256 с.

²² Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини: Закон України від 23 лютого 2006 р. № 3477-IV. Відомості Верховної Ради України. 2006. № 30. Ст. 260.

високий рівень відмов, переважно з формальних підстав²³. Такий досвід свідчить про те, що надмірно обмежувальна модель реалізації Директиви не відповідає її загальній логіці та може стати підставою для інфранджмент-проваджень з боку Європейської комісії.

На відміну від Польщі, Литва реалізувала більш гнучкий інституційний підхід, інтегрувавши положення Директиви через взаємодію двох установ – Valstybinė ligonių kasa та Державної агенції з акредитації охорони здоров'я, які виконують функції національних контактних пунктів. Така модель дозволила розмежувати функції фінансового адміністрування та інформаційно-консультативної підтримки пацієнтів. Для України цей досвід є показовим з огляду на потребу поєднання ролі НСЗУ як фінансово-компетентного органу з діяльністю окремої установи, відповідальної за інформаційний супровід пацієнтів у сфері транскордонної медичної допомоги.

Дослідження N. Azzopardi-Muscat, R. Baeten та інших авторів також демонструє, що ефективність імплементації Директиви значною мірою залежить від того, наскільки національна система охорони здоров'я була попередньо адаптована до практики Суду ЄС²⁴. Водночас основними наслідками впровадження Директиви у державах-членах стало посилення прав пацієнтів, а також підвищення вимог до прозорості стандартних пакетів медичних послуг і тарифів. Розглядаючи український контекст, можемо зробити висновок про необхідність поступової гармонізації програми медичних гарантій із підходами, заснованими на принципах транскордонної мобільності пацієнтів.

З урахуванням результатів порівняльного аналізу та виявлених недоліків Проекту Закону можна сформулювати низку пропозицій щодо його вдосконалення. Насамперед вважаємо за необхідне прямо закріпити стандарт «надмірної затримки», визначивши, що у наданні попереднього дозволу не може бути відмовлено, якщо лікування не може бути забезпечене в Україні у медично обґрунтований строк з урахуванням індивідуального стану пацієнта.

Окрім того, проект потребує інкорпорування підходу, сформульованого у справі *Elchinov*, відповідно до якого у попередньому дозволі не може бути відмовлено лише з тієї причини, що певний метод лікування прямо не передбачений програмою медичних гарантій, якщо за своїм змістом він відповідає послугам, що покриваються національною системою охорони здоров'я.

²³ Kowalska-Bobko I., Mokrzycka A., Sagan A., Włodarczyk W. C., Zabdyr-Jamróż M. Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad? *Health Policy*. 2016. Vol. 120(11). P. 1233–1239.

²⁴ Azzopardi-Muscat N., Baeten R., Clemens T., Habicht T., Keskimäki I., Kowalska-Bobko I., Sagan A., van Ginneken E. "The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility" *Health Policy*, 2018.

Окремої уваги на нашу думку потребує конкретизація випадків, у яких застосовується механізм попередньої авторизації (або попередньої згоди). Відповідний перелік може бути визначений на рівні підзаконного регулювання та обмежений стаціонарним лікуванням, лікуванням із використанням високоспеціалізованої медичної інфраструктури, а також втручаннями, пов'язаними з підвищеним ризиком для пацієнта.

Водночас ефективність механізму транскордонної медичної допомоги значною мірою залежатиме від оперативності процедур. У зв'язку з цим обґрунтованим видається запровадження скорочених строків розгляду заяв про попередню авторизацію – до 30 днів у загальному порядку та до 10 днів у термінових випадках, а також закріплення права на забезпечувальні заходи.

Крім цього, потребує деталізації методологія розрахунку відшкодування витрат на лікування та врегулювання співвідношення відповідного механізму з положеннями Regulation (EC) No 883/2004.

Нарешті, перспективним виглядає запровадження двоступеневої інституційної моделі, за якої НСЗУ виконуватиме функції фінансово-компетентного органу, тоді як окрема спеціалізована установа забезпечуватиме інформаційно-консультативну підтримку пацієнтів у сфері транскордонної медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

За результатами здійсненого аналізу можемо зробити наступні висновки:

I. Транскордонна медична допомога є комплексним правовим інститутом *acquis* ЄС, що поєднує фундаментальне право на охорону здоров'я (ст. 35 Хартії основоположних прав ЄС), внутрішньоринкові свободи та принципи координації систем соціального забезпечення. Її нормативною основою є Директива 2011/24/ЄС, яка, по суті, кодифікувала тривалу прецедентну практику Суду ЄС (шість ключових рішень – *Decker* (C-120/95), *Kohll* (C-158/96), *Geraets-Smits & Peerbooms* (C-157/99), *Watts* (C-372/04), *Elchinov* (C-173/09), *Petru* (C-268/13).

II. Чинне українське законодавство наразі не містить системних механізмів транскордонної медичної допомоги. Попри те, і Угода про асоціацію 2014 р., і статус кандидата на членство в ЄС (2022 р.) створили обов'язок наближення до *acquis* ЄС у досліджуваній сфері.

III. Проект Закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо імплементації норм європейського права у сфері транскордонного надання медичних послуг та координації систем соціального забезпечення у частині, що стосуються медичних послуг» є першою системною спробою впровадження Директиви 2011/24/ЄС: він доречно імплементує термінологію Директиви, передбачає симетричний механізм відшкодування, інституціоналізує НСЗУ та вимагає

удосконалення електронної системи охорони здоров'я. Водночас основними прогалинами є: відсутність нормативного закріплення доктрини «надмірної затримки»; недостатня деталізація обсягу та критеріїв попередньої авторизації (попередньої згоди); неповнота регулювання вибору між «маршрутом Директиви» і «маршрутом Регламенту № 883/2004»; недостатні процесуальні гарантії оскарження відмов. З метою усунення зазначених прогалин обґрунтовано пропозиції щодо: прямого закріплення стандарту «надмірної затримки»; інкорпорування підходу, сформульованого у справі *Elchinov*; конкретизації переліку випадків попередньої авторизації на рівні підзаконного регулювання; встановлення скорочених строків розгляду заяв (до 30 днів у загальному порядку та до 10 днів у невідкладних випадках); деталізації методології розрахунку відшкодування та узгодження її з Регламентом (ЄС) № 883/2004; запровадження двоступеневої інституційної моделі.

IV. Порівняльний аналіз досвіду держав-членів ЄС засвідчує, що рестриктивна польська модель імплементації Директиви, спрямована на відтермінування фінансового навантаження та мінімізацію виїзду пацієнтів за кордон, вочевидь є менш ефективною і може слугувати підставою для інфрінджмент-проваджень з боку Європейської комісії. Натомість литовська модель із розподілом функцій між двома інституціями – фінансово-компетентним органом та установою з інформаційно-консультативного супроводу пацієнтів – є більш збалансованою та рекомендованою для наслідування. В той же час дослідження окремих авторів (зокрема, N. Azzopardi-Muscat, R. Baeten) підтверджують, що ефективність імплементації Директиви безпосередньо залежить від рівня попередньої адаптації національної системи до практики Суду ЄС, а ключовими наслідками її впровадження є посилення прав пацієнтів і підвищення прозорості стандартних пакетів медичних послуг та тарифів.

V. Тема є перспективною для подальшого дослідження крізь призму подальшої долі Проекту Закону, аналізу практики реалізації після його прийняття, моніторингу потоків транскордонної мобільності пацієнтів, а також із дослідженням специфіки реалізації прав окремих категорій пацієнтів, таких як ветерани війни, особи з інвалідністю, діти, особи з рідкісними захворюваннями, в тому числі й у контексті європейських референтних мереж (ERN).

АНОТАЦІЯ

У статті здійснено комплексний правовий аналіз інституту транскордонної медичної допомоги у праві Європейського Союзу в контексті євроінтеграційного курсу України. Визначено правову природу транскордонної медичної допомоги у системі первинного та

похідного права ЄС із з'ясуванням нормативного змісту статті 35 Хартії основоположних прав ЄС, статті 168 ДФЄС та Директиви 2011/24/ЄС. Досліджено ключові рішення Суду ЄС, які стали прецедентним підґрунтям для Директиви та визначили її основні умови. Охарактеризовано стан адаптації законодавства України до *acquis* ЄС у досліджуваній сфері та виявлено окремі прогалини чинного правового регулювання. Проаналізовано Проект Закону щодо відповідності Директиві 2011/24/ЄС та виявлено окремі його прогалини. Здійснено порівняльний аналіз досвіду імплементації Директиви у Республіці Польща та Литві. З урахуванням результатів порівняльного аналізу сформульовано конкретні пропозиції щодо вдосконалення Проекту Закону.

Література

1. Вступ України до Європейського Союзу: офіційна хронологія. URL: <https://eu-ua.gov.ua> (дата звернення: 11.05.2026).
2. Угода про асоціацію з ЄС: інформаційний ресурс Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ugoda-pro-asociaciju-z-es> (дата звернення: 11.05.2026).
3. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. OJ L 88, 4.4.2011, pp. 45–65. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj> (дата звернення: 11.05.2026).
4. Charter of Fundamental Rights of the European Union. OJ C 326, 26.10.2012, pp. 391–407 (Art. 35). URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P035> (дата звернення: 11.05.2026).
5. МОЗ: В Україні планують запровадити механізм транскордонної медицини за стандартами ЄС: офіційне повідомлення Кабінету Міністрів України, березень 2026. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-v-ukraini-planuiut-zaprovadyty-mekhanizm-transkordonnoi-medycyny-za-standartamy-ies>.
6. Explanations relating to the Charter of Fundamental Rights. OJ C 303, 14.12.2007, pp. 17–35.
7. EU Charter of Fundamental Rights. Article 35 – Health Care. Everything you always wanted to know about European Union health policy / S. L. Greer, S. Rozenblum, N. Fahy et al. (eds.). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2022 (Health Policy Series, No. 59).
8. Decision of the EEA Joint Committee No 153/2014 of 9 July 2014. OJ L 15, 22.1.2015, pp. 78–80.
9. The Court of Justice and Healthcare: Information note. Luxembourg: Court of Justice of the European Union, 2018. URL: https://curia.europa.eu/jcms/jcms/p1_2018914/en/ (дата звернення: 11.05.2026).

10. Judgment of the Court of 28 April 1998. Raymond Kohll v Union des Caisses de Maladie. Case C-158/96. ECR 1998 I-01931.

11. Judgment of the Court of 12 July 2001. B.S.M. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekering. Case C-157/99. ECR 2001 I-05473.

12. Judgment of the Court (Grand Chamber) of 16 May 2006. The Queen, on the application of Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health. Case C-372/04. ECR 2006 I-04325.

13. Tacconi F. Freedom of Health and Medical Care Services within the European Union – Recent Jurisprudence of the European Court of Justice, with Particular Reference to Case C-372/04 Yvonne Watts. *Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht*. 2008. P. 195–207.

14. Judgment of the Court (Grand Chamber) of 5 October 2010. Georgi Ivanov Elchinov v Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa. Case C-173/09. ECR 2010 I-08889.

15. Judgment of the Court (Third Chamber) of 9 October 2014. Elena Petru v Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu and Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Case C-268/13.

16. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони: ратифікована Законом України від 16 вересня 2014 р. № 1678-VII. Офіційний вісник України. 2014. № 75. Ст. 2125 (Глава 22 «Громадське здоров'я», Додаток XLI).

17. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

18. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України: Постанова Кабінету Міністрів України від 19 березня 2014 р. № 121. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/121-2014-%D0%BF#Text>.

19. Положення про Національну службу здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 11.05.2026).

20. Що таке процес скринінгу та як він працює?: інформаційний бюлетень. EU Neighbours East, 2024. URL: <https://euneighbourseast.eu/uk/news/publications/shho-take-proczes-skryningu-ta-yak-vin-praczuuye>.

21. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80>.

22. Лікування за кордоном та нові гарантії для пацієнтів: МОЗ оприлюднило законопроект. Судово-юридична газета. 17.03.2026. URL: <https://sud.ua/uk/news/publication/355973>.

23. National Contact Points for Cross-border Healthcare – Updated: 09/04/2024. European Commission, DG Health and Food Safety. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/cbhc_ncp_en_0.pdf.

24. National Contact Point for Cross-Border Healthcare (Lithuania). URL: <https://www.ncp.lt/?lng=en> (дата звернення: 11.05.2026).

25. Kowalska-Bobko I., Mokrzycka A., Sagan A., Włodarczyk W. C., Zabdyr-Jamróz M. Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad? *Health Policy*. 2016. Vol. 120(11). P. 1233–1239.

26. Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., van Ginneken E. (eds.). Cross-border health care in the European Union: Mapping and analysing practices and policies. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2011; Peeters M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. 2012. Vol. 19(1). P. 29–60.

27. Сенюта І. Я. Правові позиції Європейського суду з прав людини у сфері охорони здоров'я. Київ: НААУ, 2020. 256 с.

28. Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини: Закон України від 23 лютого 2006 р. № 3477-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2006. № 30. Ст. 260.

29. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. COM(2022) 210 final. Brussels, 12.5.2022.

30. Azzopardi-Muscat N., Baeten R., Clemens T., Habicht T., Keskimäki I., Kowalska-Bobko I., Sagan A., van Ginneken E.: The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility. *Health Policy*, 2018. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.12.010

Information about the author:

Lutsiv Olha Ihorivna,

Assistant of the Department of Medical Law,

Faculty of Postgraduate Education,

State Non-Commercial Enterprise “Danylo Halytsky Lviv National

Medical University”

12, Zelena Street, Lviv, 79000, Ukraine