

КИЇВСЬКА ШКОЛА ЕКОНОМІКИ

МАГІСТЕРСЬКА ПРОГРАМА З ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ТА ВРЯДУВАННЯ

ДИПЛОМНА РОБОТА
«ВІД НОРМ ПРАВА ДО РЕАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТУ:
ДОСВІД ПОЛЬЩІ, РУМУНІЇ ТА ХОРВАТІЇ НА ШЛЯХУ ДО ТРАНСКОРДОННОЇ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЄС»

Студентка: Інна Онищенко
Наукова керівниця: Марина Рабінович

Для здобуття освітнього ступеня: Магістр
за спеціальністю: 281 Публічне управління та адміністрування

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	3
ВСТУП	4
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	10
АНАЛІТИЧНА РАМКА	13
МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ	18
РЕЗУЛЬТАТИ	23
<i>Польща</i>	<i>23</i>
<i>Румунія</i>	<i>25</i>
<i>Хорватія</i>	<i>26</i>
<i>Порівняльний аналіз</i>	<i>28</i>
Інституційна адаптація	28
Інституційна спроможність	29
Ефективність імплементації	31
<i>Тестування гіпотез</i>	<i>32</i>
ВИСНОВКИ/ДИСКУСІЯ	35
ПРОПОНОВАНІ ЗМІНИ ДО ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	44
ДОДАТКИ	51
Додаток 1. Особливості функціонування документів застрахованих осіб в ЄС	51
Додаток 2. Розроблені шкали для оцінки індикаторів	53
Додаток 3. Профіль країни-кейса - Польща	57
Додаток 4. Профіль країни-кейса - Румунія	68
Додаток 5. Профіль країни-кейса - Хорватія	79

АНОТАЦІЯ

Це дослідження аналізує імплементацію регламентів 883/24, 987/29 та Директиви 2011/24/EU у сфері транскордонної охорони здоров'я на прикладі Польщі, Румунії та Хорватії. В основі – пошуковий якісний дизайн та порівняльний кейс-стаді. Дослідження оцінює вплив інституційної адаптації та інституційної спроможності на ефективність імплементації європейських механізмів. Результати свідчать про те, що ефективна імплементація залежить не лише від правового узгодження, а й від наявності адміністративних процедур, цифрової інфраструктури та кадрових ресурсів. Дослідження доповнює академічну дискусію, одночасно розглядаючи два регуляторні інструменти, пропонує аналітичну модель та формує рекомендації майбутньої імплементації політики транскордонної охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: транскордонна охорона здоров'я, регламент 883/2004, директива 2011/24/EU, імплементація політики, інституційна адаптація, інституційна спроможність, країни-кандидати

Кількість слів: 11 996

ВСТУП

Право на охорону здоров'я є одним із фундаментальних соціальних прав у Європейському Союзі, гарантованим статтею 35 Хартії основних прав ЄС (European Union, 2012, art 35). Одним із механізмів його реалізації є транскордонна охорона здоров'я, що забезпечує громадянам можливість отримувати медичну допомогу за межами своєї країни в рамках єдиного правового простору ЄС.

Поняття транскордонної охорони здоров'я ЄС можна визначити як сукупність механізмів, яка дозволяє громадянам країн-членів, отримувати медичну допомогу в інших країнах-членах. Таке визначення узагальнює суть механізмів та відображає як законодавчу базу ЄС, так і коментарі експертів з питань євроінтеграції у сфері охорони здоров'я. Транскордонна охорона здоров'я ґрунтується на принципах свободи переміщення осіб та послуг, які закріплено у Договорі про функціонування Європейського Союзу (European Union, 2018, art 114). Основними завданнями означеної сукупності механізмів є: забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг, зменшення адміністративних бар'єрів та створення умов для пацієнтів, які потребують лікування за межами своєї країни.

На рівні законодавства ЄС основні принципи транскордонної охорони здоров'я закріплені зокрема Регламентом (ЄК) №883/2004 про координацію систем соціального забезпечення (European Union, 2014), Регламентом (ЄК) №987/2009 про процедури впровадження Регламенту 883/2004 (European Union, 2009) та Директивою 2011/24/EU про права пацієнтів у сфері транскордонної охорони здоров'я (European Union, 2011).

Регламенти в ЄС є актами прямої дії, які не потребують транспозиції та застосовуються безпосередньо у всіх країнах-членах (European Union, 2018, art 228). Як зазначають Крейг та де Бюрка, регламент “автоматично створює права та обов'язки” на національному рівні (Craig & de Búrca, 2011, p. 107) тому країни-члени мають для їх імплементації зосереджуватись на створенні та забезпеченні адміністративних процесів, готовності інституцій та усуненні бар'єрів в національному законодавстві.

Регламенти 883/2004 та 987/2009 регулюють координацію систем соціального забезпечення включно з гарантіями у сфері охорони здоров'я та встановлюють принципи застосування одного законодавства, рівності прав, сумування страхових періодів та експорту певних видів соціальних виплат. Попередником зазначеного регулювання були Регламенти 1408/71 та 574/72, які були визнані застарілими з врахуванням розширення ЄС, зростання мобільності пацієнтів, ускладнення координаційних механізмів та фрагментованого застосування їх положень (Jorens & Van Overmeiren, 2009).

Директиви в ЄС це, на відміну від Регламентів, є актами, які встановлюють обов'язкові для досягнення цілі та визначають межі забезпечення прав, залишаючи при цьому країнам-членам свободу у виборі форми та засобів реалізації. Для набуття чинності вони потребують транспозиції у національне законодавство. За визначенням Крейга та де Бюрки, директива “пов'язує країни-члени щодо результату, якого слід

досягти, але надає державам членам дискрецію щодо форм та методів” (Craig & de Búrca, 2011, p. 108).

Директива 2011/24/EU регулює загальні правила отримання медичних послуг за кордоном, включаючи попередній дозвіл на лікування, загальний підхід до відшкодування витрат та забезпечення доступу до інформації про системи охорони здоров'я інших країн-членів. Основною метою документа є гарантувати вільний рух пацієнтів та реалізацію їх прав у межах внутрішнього ринку ЄС. Стимулом до ухвалення цієї директиви стала потреба у наявності чіткої нормативної бази та нейтралізації правової невизначеності (Palm & Glinos, 2010, pp. 521-526), що проявилась після низки рішень Суду ЄС (зокрема у справах Kohll (CJEU, 1998), Watts (CJEU, 2006) та Elchinov (CJEU, 2010)), які визнали, що отримання медичних послуг за кордоном підпадає під свободу надання послуг відповідно до Договору про функціонування ЄС.

Хоча, на перший погляд, і Регламенти 883/2004 та 987/2009, і Директива 2011/24/EU перетинаються щодо ключових аспектів сфери регулювання, насправді вони мають суттєві концептуальні відмінності. В **таблиці 1** представлено основні аспекти та особливості, які дозволяють зрозуміти правові рамки обох схем транскордонної охорони здоров'я. Це порівняння підкреслює інституційні, юридичні та функціональні відмінності між двома інструментами. Ці інструменти існують паралельно, іноді створюючи правову конкуренцію або навіть неоднозначність для пацієнтів, особливо у випадках, коли обидва механізми можуть бути застосовані до однієї ситуації (Bortfeldt, 2020, Palm & Glinos, 2010).

Таблиця 1. Порівняння сфери регулювання Регламентів 883/2004 та 987/2009 і Директиви 2011/24/EU		
Критерій	Регламенти 883/2004 та 987/2009	Директива 2011/24/EU
Правова природа	Прямо застосовувані регламенти ЄС	Потребує транспозиції
Основна мета	Координація соціального забезпечення (в тому числі медичної допомоги)	Права пацієнтів на транскордонну охорону здоров'я
Тип послуг	Планова (за дозволом) і непланова (за ЕНІС ¹) допомога в країні лікування	Планова допомога в країні лікування
Фінансування/відшкодування	Вартість медичної допомоги покривається відповідно до тарифів країни лікування, а потім витрати компенсуються між фондами соціального забезпечення	Пацієнт самостійно оплачує послугу в країні лікування, після чого йому компенсують витрати за тарифами країни походження.
Попередній дозвіл (Prior Authorization)	Обов'язковий для планового лікування (наприклад, за формою	Може вимагатися але лише у визначених випадках

¹ ЕНІС - European health insurance card, Європейська карта медичного страхування

Таблиця 1. Порівняння сфери регулювання Регламентів 883/2004 та 987/2009 і Директиви 2011/24/EU		
Критерій	Регламенти 883/2004 та 987/2009	Директива 2011/24/EU
	S2)	(високовартісні, стаціонарні послуги)
Сфера охоплення пацієнтів	Застраховані особи в системах соціального забезпечення	Всі пацієнти, які мають право на лікування в країні походження
Правова база	Ст. 48, 352 ДФЄС (мобільність працівників, координація соціальних політик)	Ст. 114 ДФЄС (внутрішній ринок)
Організаційні механізми	Форми ЕНІС, S1, S2; координація між фондами страхування	Національні контактні пункти (НКП), індивідуальні рішення пацієнтів
Принцип компенсації	Країна походження компенсує витрати країні лікування за її тарифами	Країна походження компенсує витрати пацієнту за своїми тарифами
Принцип рівності доступу	Засновано на координації прав у межах мобільності	Засновано на свободі вибору лікування в іншій країні ЄС

Примітка: сформовано та наповнено на основі Bortfeldt (2020) та Palm & Glinos (2010)

Реалізація транскордонної охорони здоров'я залишається складним завданням навіть для країн-членів ЄС, оскільки вимагає технологічної інтеграції цифрових інструментів, гармонізації тарифікації медичних послуг та усунення адміністративних бар'єрів доступу для пацієнтів. Крім того, існують розбіжності між різними моделями фінансування систем охорони здоров'я в країнах-членах ЄС, що може створювати додаткові труднощі у відшкодуванні медичних витрат пацієнтам, які отримували медичну допомогу в інших країнах-членах ЄС.

Впровадження європейських механізмів транскордонної охорони здоров'я в країнах, що знаходяться на шляху до членства в ЄС, є ще складнішим. Такі країни при впровадженні можуть стикнутися з додатковими викликами. У цьому контексті імплементація політик транскордонної охорони здоров'я в країнах-кандидатах (зокрема в Україні), є не виключно технічним питанням юридичного узгодження положень, а насамперед управлінським викликом, що потребує функціональних змін у структурі та процесах. Перед ними, окрім узгодження правових інструментів, постають додаткові труднощі – потреба створення нових інституцій або запровадження змін у взаємодію між тими що існують та потреба в адаптації адміністративних ресурсів, необхідних для впровадження механізмів визначених законодавством ЄС.

Це дослідження аналізує ефективність процесу впровадження механізмів транскордонної охорони здоров'я, зосереджуючись на управлінських, правових та інституційних чинниках, що визначають його динаміку. Спираючись на досвід країн-членів ЄС (Польщі, Румунії та Хорватії), які проходили шлях імплементації, в тому числі в статусі країни-кандидата, робота окреслює ключові тенденції та формулює

рекомендації щодо зміцнення управлінських і політичних підходів країн-кандидатів з метою забезпечення ефективності впровадження механізмів транскордонної охорони здоров'я.

Які інституційні, правові та управлінські чинники зумовлюють відмінності в ефективності імплементації Регламентів 883/2004 та 987/2009 і Директиви 2011/24/EU у сфері транскордонної охорони здоров'я в країнах-кандидатах на вступ до ЄС?

З метою відповісти на це запитання в межах даного дослідження передбачено виконання таких завдань:

- проаналізувати наукові підходи до розуміння оцінки впровадження міжнародних правових актів, зокрема у сфері охорони здоров'я;
- дослідити досвід впровадження транскордонної охорони здоров'я в вибраних країнах-членах ЄС;
- визначити основні інституційні та управлінські особливості впровадження транскордонної охорони здоров'я;
- проаналізувати механізми взаємодії між інституціями, відповідальними за впровадження та функціонування транскордонної охорони здоров'я.

Опираючись на логіку інституційного аналізу у межах підходу Ostrom (2009) та теорію європеїзації, сформульовано такі теоретичні очікування:

- чим вищий рівень інституційної адаптації, тим вищою буде ефективність імплементації регулювання ЄС у сфері транскордонної охорони здоров'я;
- чим вищий рівень інституційної спроможності (адміністративний потенціал, кадрове забезпечення та використання цифрових інструментів), тим вищою буде ефективність імплементації регулювання ЄС у сфері транскордонної охорони здоров'я.

Дослідження має пошуковий дизайн та базується на якісних методах. Порівняльне дослідження кейсів застосовується для аналізу досвіду країн-членів ЄС, що уже імплементували відповідне регулювання ЄС. Це дозволяє порівняти практичні результати впровадження політики в різних умовах, зокрема в країнах, які забезпечували імплементацію на різних етапах набуття членства в ЄС.

Контент-аналіз охоплюватиме регулювання ЄС та рамкове законодавство країн-членів, виявляючи бар'єри та адаптаційні механізми.

Джерелами аналізу слугуватимуть:

- нормативні акти ЄС та країн членів;
- стратегії та програмні документи країн-членів;
- аналітичні звіти Європейської комісії щодо імплементації та використання регулювання в країнах-членах ЄС.

На **схемі 1** представлено часову шкалу з відмітками щодо основних етапів запровадження відповідного регулювання в ЄС та етапів процесу вступу до ЄС країн, відібраних як країни-кейси.

Для дослідження відібрано Польщу, Румунію та Хорватію з наступних міркувань:

- на момент прийняття Регламенту 883/2004 жодна з країн не набула статусу країни-члена ЄС;
- на момент прийняття Регламенту 987/2009 та введення його в дію разом з Регламентом 883/2004 Хорватія була в процесі перемовин щодо вступу до ЄС;
- на момент прийняття Директиви 2011/24/EU Хорватія ще не набула членства в ЄС, а від моменту набуття до кінцевого строку транспозиції Директиви 2011/24/EU лишалось три місяці.

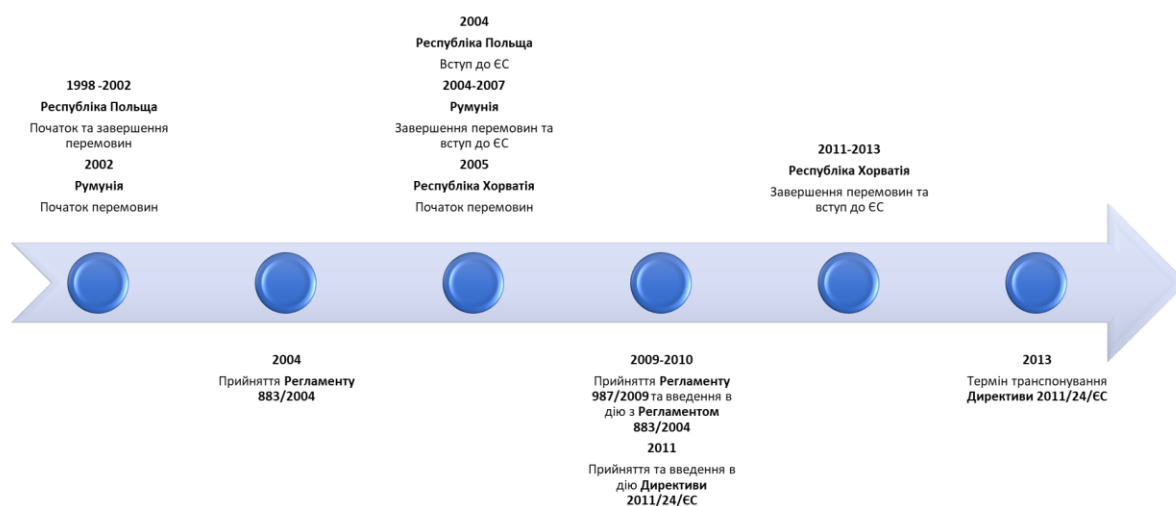


Схема 1. Часова шкала співвідношення етапів запровадження регулювання ЄС щодо транскордонної охорони здоров'я та етапів вступу до ЄС країн-кейсів

Глибокий аналіз дозволяє виявити ключові деталі імплементації, проте залежить від доступності відповідної документації та даних. Контент-аналіз законодавства обмежується доступністю нормативних документів країн-членів ЄС у вільному доступі, а також складністю їх оцінювання на етапі адаптації.

Таким чином, дане дослідження розширить наявну теоретичну базу щодо аналізу ефективності імплементації регулювання ЄС щодо транскордонної охорони здоров'я в країнах-членах ЄС детальним аналізом безпосередньо процесу такої імплементації, а також доповнить наявні дослідження фокусом на імплементації в країнах-кандидатах. Результати дослідження в практичній площині можуть стати допоміжним інструментом для прийняття рішень в процесах євроінтеграції.

У глобальному контексті питання транскордонної охорони здоров'я також стосується відносин між державою та громадянином, рівності доступу до послуг, а також стійкості систем охорони здоров'я в умовах мобільності населення. У національному контексті, зокрема для країн-кандидатів на вступ до ЄС, імплементація механізмів транскордонної охорони здоров'я має подвійне значення: вона не лише засвідчує спроможність адаптуватися до регулювання ЄС, але й тестує готовність національної системи інституцій до участі у реалізації спільної політики ЄС. Для

України, яка перебуває у процесі глибокої адміністративної та правової трансформації, це питання є ще більш актуальним.

Випадок України є особливо показовим у цьому контексті, адже наразі країна не лише здійснює вирівнювання національного законодавства з регулюванням ЄС, а й стикається з додатковими викликами, які ускладнюють цей процес. Виклики пов'язані з війною, розпочатою російською федерацією та її наслідками, призвели до масштабної міграції українських громадян до країн-членів ЄС. Наразі права вимушених українських мігрантів в ЄС, зокрема у сфері охорони здоров'я, забезпечуються механізмами за стандартами тимчасового захисту відповідно Директиви 2001/55/ЄС щодо мінімальних стандартів надання тимчасового захисту у випадках масового переміщення осіб та балансування зусиль країн-членів (European Union, 2001), введеного в дію 4 березня 2022 року виконавчим рішенням Ради ЄС 2022/382 (Council of the European Union, 2022). Після набуття Україною статусу країни-члена ЄС застосування зазначеної директиви щодо українців уже як громадян ЄС муситиме бути переглянутим, а процеси транскордонної охорони здоров'я, які запроваджуватимуться, повинні враховувати зазначений контекст.

Імплементация норм щодо транскордонної охорони здоров'я в Україні є частиною процесу європейської інтеграції, хоча Директива 2011/24/EU та Регламенти 883/2004 та 987/2009 не є частиною Угоди про асоціацію України та Європейського Союзу (European Union & Ukraine, 2014). Водночас ці акти належать до розділу 2 “Вільне пересування працівників” та розділу 28 “Захист прав споживачів та здоров'я” загального переліку норм регулювання ЄС, яким має відповідати країна-кандидат. Це робить їх адаптацію необхідною для майбутнього членства України в ЄС та створює як можливості для гармонізації політики, так і виклики, пов'язані з ризиками вибіркості імплементации, низькою інституційною спроможністю та міжнародним впливом.

Таким чином, результати цього дослідження мажуть мати безпосереднє практичне застосування в євроінтеграційних процесах України, які дозволять оптимізувати управлінські та інституційні механізми імплементации регулювання щодо транскордонної охорони здоров'я.

Далі, в розділі “Огляд літератури”, ми систематизуємо наявні дослідження щодо викликів імплементации регулювання ЄС та аналізу її ефективності в країнах-членах. Розділ “Аналітична рамка” розкриває концептуалізацію основних викликів та формулює теоретичні очікування. Далі розділом “Методологічний дизайн” представимо методологію проведення порівняльного кейс-стаді. Наступний розділ включатиме результати нашого дослідження. Робота завершується “Висновками” та “Рекомендаціями до публічної політики”.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

У науковій літературі транскордонна охорона здоров'я в ЄС розглядається як складна політика на межі компетенцій національних урядів та наднаціонального врядування. Основу для регулювання, як уже згадувалось вище, становлять два взаємодоповнюючі підходи - механізм координації соціального забезпечення та правовий режим індивідуального доступу. Їхнє співіснування створює гібридну архітектуру, в якій імплементація залежить не лише від формального законодавчого впровадження, але й від здатності інституцій адаптуватися до вимог ЄС і забезпечити реальну можливість для пацієнтів скористатися правами (Martinsen & Schrama, 2021, European Commission, DG SANTE, 2022).

Багато джерел (Palm & Glinos, 2010, pp. 514-516, Greer, 2022, 155-160) підкреслюють важливість координації між країнами-членами ЄС для забезпечення ефективної реалізації прав пацієнтів та визначають, що без неї можуть виникати юридичні та адміністративні бар'єри для пацієнтів.

Можливість вільного пересування, незадоволеність наданням медичної допомоги та недоліки систем охорони здоров'я вдома, пошук спеціалізованого лікування - обставини, які пояснюють та стимулюють мобільність пацієнтів в ЄС (Wismar et al., 2011, Greer et al., 2013, Baeten, 2014). Типологія транскордонної мобільності пацієнтів запропонована Glinos et al (2010), дозволяє зрозуміти, які саме сценарії переміщень пацієнтів підпадають під дію Регламентів 883/2004 та 987/2009 та під дію Директиви 2011/24/EU, а які залишаються поза їх межами. Автори класифікують мобільність за двома критеріями: мотивацією пацієнта (доступність, вартість, якість, знайомість) та джерелом фінансування (з покриттям або без). Це дозволяє не лише окреслити межі застосовності європейського регулювання, а й уточнити зміст ключових змінних у дослідженні ефективності імплементації, концептуалізувавши її індикатори через використання пацієнтами форм та інструментів обох схем транскордонної охорони здоров'я.

Попри наявність окремих досліджень, які аналізують правову природу Директиви 2011/24/EU (Baeten, 2014, Nordeng & Veggeland, 2020, Kifmann & Wagner, 2013) або Регламентів 883/2004 та 987/2009 (Wismar et al., 2011) у науковій літературі практично відсутні роботи, що розглядають одночасно обидві схеми як взаємопов'язані механізми регулювання транскордонної охорони здоров'я. Окремі спроби концептуально порівняти не включають емпіричного аналізу імплементації норм у країнах-членах (Palm & Glinos, 2010, Bortfeldt, 2020, Greer, 2022). Дане дослідження заповнює цю прогалину, пропонуючи порівняльну оцінку впровадження обох схем у трьох державах-членах ЄС. Це дозволяє не лише виявити відмінності досвіду імплементації та її ефективності, але й окреслити реальну взаємодію між координаційними та правозахисними підходами до транскордонної охорони здоров'я.

Практично не охопленим також залишається питання, як такі регуляції можуть бути імплементовані в країнах, що досі не є членами ЄС, але працюють над приведенням у відповідність регулюванню ЄС в процесі очікування набуття членства в ЄС. У цьому контексті обрані для даного дослідження кейси країн, які приводили свої

процеси у відповідність до європейського регулювання на різних етапах затвердження та впровадження Директиви 2011/24/EU і Регламентів 883/2004 та 987/2009, дозволяють сформулювати новий погляд на чинники, що можуть мати вплив на ефективність імплементації відповідного регулювання. Це дослідження зосереджуватиметься на сприянні розумінню процесів імплементації регуляції ЄС у системах охорони здоров'я країн, які реалізовували імплементацію відразу після вступу чи ще на етапі переговорного процесу. Хоча Регламенти 883/2004 та 987/2009 і Директива 2011/24/EU формально застосовується лише до країн-членів ЄС та асоційованих держав, часткова імплементація положень цих актів через угоди про асоціацію та процес правового наближення створює нові управлінські виклики. Ці процеси досі залишаються недостатньо вивченими, адже наявні дослідження лише побіжно торкаються специфіки такої взаємодії (Glinos et al., 2010, Wismar et al., 2011).

Правові механізми транскордонної охорони здоров'я формально закріплені в праві ЄС, але їх імплементація в країнах-членах часто стикається з серйозними бар'єрами. Дослідження свідчать про те, що брак фінансових та кадрових ресурсів, адміністративні труднощі у введенні обмежень і невизначеність щодо застосування норм ЄС перетворюють багато декларацій на паперові обіцянки (Mossialos, 2010, Azzopardi-Muscat et al., 2016, Brooks & Guy, 2021, Greer, 2022).

Попри значну увагу до правових аспектів транскордонної охорони здоров'я в ЄС, оцінка фактичної ефективності імплементації Регламентів 883/2004 та 987/2009 і Директиви 2011/24/EU досі недостатньо розроблена. Більшість досліджень фокусується на нормативній відповідності, а не на практичному доступі пацієнтів. Втім окремі автори підкреслюють значення кількісних індикаторів використання механізмів як засобу оцінки. Зокрема Jäkel (2015) аналізує доступність контактних пунктів, Martinsen & Schrama (2021) наголошують на ролі даних щодо запитів на попередній дозвіл та відшкодування витрат, у звіті щодо покращення імплементації Директиви (European Commission, DG SANTE, 2022) пропонується набір моніторингових показників, а Ibrahim et al. (2018) використовують Data Envelopment Analysis (DEA) для оцінки ефективності імплементації на рівні країн.

Окремим фактором, що впливає на імплементацію політик, є інституційна адаптація, яка передбачає не лише гармонізацію законодавства, а й створення адміністративних механізмів необхідних для її реалізації. Дослідження Baeten et al. (2018) та підтверджують що у країнах, які успішно імплементували механізми транскордонної охорони здоров'я, адаптація включала структурні зміни в управлінні системою охорони здоров'я. Цей висновок узгоджується також з оглядом реформ у малих країнах-членах ЄС (Azzopardi-Muscat et al., 2016), де реалізація Директиви 2011/24/EU супроводжувалася кадровими та інституційними трансформаціями.

Успішність реалізації політики транскордонної охорони здоров'я також залежить від рівня інституційної спроможності державних органів їх та їхньої здатності координувати міжвідомчі процеси. У звіті Європейської комісії щодо покращення імплементації (European Commission, DG SANTE, 2022) наголошується, що системна імплементація вимагає не лише адаптації процедур, а й посилення інституційної

спроможності, управління інформаційними потоками та співпраці з пацієнтськими організаціями.

Питання забезпечення справедливості доступу до медичних послуг для вразливих груп (зокрема мігрантів, біженців тощо), як частина політик щодо усунення нерівності, незмінно включене до порядку денного досліджень у сфері охорони здоров'я та права ЄС. Зокрема в підготовленому для Європейської комісії аналізі політик охорони здоров'я (Baeten et al., 2018), автори зосереджуються на нерівності у доступі до медичних послуг в країнах-членах ЄС, що особливо гостро проявляється в країнах з менш розвиненою медичною інфраструктурою. У низці робіт (Baeten, 2011, Levaggi & Montefiori, 2013, Greer, 2022) підіймається питання, наскільки транскордонна охорона здоров'я здатна покращити справедливість доступу до медичних послуг в тому числі для вразливих груп. Разом з тим, інші матеріали підкреслюють, що пацієнти з країн, що не є членами ЄС, часто стикаються з обмеженнями в доступі до медичних послуг у країнах ЄС, знову ж таки через правові фінансові та адміністративні бар'єри.

Таким чином, проблема ефективності імплементації політики транскордонної охорони здоров'я має не лише нормативно-правове й інституційне, а й безпосереднє суспільне значення. Вона стосується здатності держав забезпечити практичну реалізацію прав пацієнтів, гарантованих європейським законодавством, і виявляє особливу гостроту у країнах, що перебувають у процесі адаптації до норм ЄС.

На цьому тлі й постає аналітичне питання, що спрямовує це дослідження: які ж інституційні, правові та управлінські чинники зумовлюють відмінності в ефективності імплементації Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/EU у сфері транскордонної охорони здоров'я в країнах-кандидатах на вступ в ЄС?

З метою відповіді на це питання, в наступному розділі ми продемонструємо аналітичну рамку дослідження, щоб окреслити теоретичні основу, концептуалізувати змінні та сформулювати відповідні теоретичні очікування.

АНАЛІТИЧНА РАМКА

Ефективна імплементація транскордонної охорони здоров'я вимагає не лише формального прийняття відповідних норм, але й адаптації національних інституцій до складної системи регуляторних вимог Європейського Союзу. Як показано в огляді літератури, реалізація Регламентів 883/2004, 987/2009 та директиви 2011/24/EU може залишатися декларативною у разі відсутності інституційних змін або недостатньої спроможності державних органів забезпечити практичну дію передбачених механізмів.

Для пояснення таких процесів у дослідженні поєднано логіку інституційного аналізу інституційної спроможності (Ostrom, 2009) та теорію європеїзації (Börzel & Risse, 2000, Radaelli, 2002). Їх поєднання дає змогу проаналізувати як внутрішні чинники імплементації (організаційна структура, інституційна спроможність), так і зовнішній вплив через адаптаційний тиск ЄС.

Таке поєднання не є штучною конструкцією: автори що працюють у межах теорії європеїзації часто включають інституційні змінні як ключові чинники адаптації політик (Börzel & Risse, 2003, Knill & Lenschow, 2005). Зокрема, в межах підходу європеїзації інституційна спроможність дедалі частіше сприймається як проміжна змінна, що опосередковує адаптаційну відповідь на зовнішній тиск (Börzel & Risse, 2000), і тому включається до аналітичних рамок досліджень щодо імплементації політик ЄС.

З іншого боку, Ostrom (2009) розглядає, як складні інституційні правила модифікуються в умовах обмежених ресурсів, що добре відображає контекст країн-кандидатів на вступ до ЄС. В емпіричних дослідженнях транскордонної охорони здоров'я (наприклад (Palm & Glinos, 2010, Greer, 2022) системна інтеграція зовнішніх вимог та внутрішніх змін розглядається як визначальна умова успішного впровадження.

Щоб продемонструвати, як саме теоретичні підходи визначають логіку вибору аналітичних категорій у цьому дослідженні, нижче подано синтетичну таблицю (таблиця 2). Вона демонструє, яким чином поняття європеїзації та інституційного аналізу дозволяють обґрунтувати вибір категорій інституційної адаптації, інституційної спроможності та ефективності імплементації, а також показує приклади операціоналізації цих категорій у науковій літературі.

Таблиця 2. Виведення аналітичних змінних та індикаторів із теоретичних підходів			
Теоретичний підхід	Аналітична категорія	Логіка зв'язку та приклади застосування в літературі	Індикатори, що застосовуються в літературі
Європеїзація	Інституційна адаптація	Інституційна адаптація розглядається в теорії як відповідь на нормативний вплив ЄС (Börzel & Risse, 2000). У прикладних дослідженнях аналізується через зміни у структурах управління та запровадження нових процедур (Knill	Створення нових органів, зміна організаційних структур та ролей, впровадження адміністративних процедур

Таблиця 2. Виведення аналітичних змінних та індикаторів із теоретичних підходів			
Теоретичний підхід	Аналітична категорія	Логіка зв'язку та приклади застосування в літературі	Індикатори, що застосовуються в літературі
		& Lenschow, 2005, Baeten, 2014)	
Європеїзація	Інституційна спроможність	В європеїзації інституційна спроможність розглядається як умова здатності інституцій реалізувати адаптаційні зміни. Застосовується для пояснення ролі адміністративної здатності у впровадженні політик (Azzopardi-Muscat et al., 2016)	Кадрова спроможність, цифрова інфраструктура, час реагування
Інституційний аналіз	Інституційна спроможність	У підході Ostrom (2009) спроможність тлумачиться як здатність до ефективної колективної дії в межах наявних ресурсів та багаторівневого управління. Цю логіку частково відображено в дослідженні Azzopardi-Muscat et al. (2016).	Централізація/ децентралізація, ІТ-інфраструктура, кадрова спроможність, управлінська гнучкість, швидкість обробки процедур
Європеїзація та інституційний аналіз	Ефективність імплементації	У поєднанні підходів за Ostrom (2009) та теорії європеїзації (Börzel & Risse, 2000) ефективність імплементації розглядається як така що формується під впливом ступеня інституційної адаптації (відповідності вимогам ЄС) та інституційної спроможності (здатності реалізувати ці вимоги). Така причинна логіка впливає з ідей про зовнішній нормативний тиск та внутрішню організаційну відповідь, що також згадується у прикладних дослідженнях Palm & Glinos (2010) та Wismar et al. (2011)	Наявність механізмів авторизації транскордонного лікування, тривалість розгляду заяв, регламентованість процедур, організаційна зрілість контактних пунктів, наявність стандартів якості або оцінки досвіду пацієнтів

Представлена таблиця демонструє, що аналітичні змінні цього дослідження не є інтуїтивним чи описовим вибором, а впливають із теоретичних положень. На основі цієї рамки було сформовано авторську операціоналізацію індикаторів, які використовуються для порівняльного аналізу країн-кейсів в наступних розділах. Адаптацію цих індикаторів до доступних емпіричних даних подано у методологічному розділі.

Таким чином запропонована рамка дозволяє оцінити механізми реалізації європейських норм у сфері транскордонної охорони здоров'я та виявити чинники, що пояснюють відмінності у ступені їх імплементації в різних країнах.

У цьому дослідженні ефективність імплементації транскордонної охорони здоров'я розуміється як здатність держави забезпечити фактичне функціонування передбачених Регламентами 883/2004, 987/2009 та Директивою 2011/24/EU механізмів.

На відміну від формальної відповідності законодавству, ефективність вимірюється реальним використанням інструментів пацієнтами таких як Європейська картка медичного страхування (EHIC), форми S1 та S2, запити до Національних контактних пунктів, звернення за попереднім дозволом та за відшкодуванням (таблиця щодо особливостей використання документів координаційної схеми представлена у Додатку 1).

Визначені для цього дослідження індикатори ефективності імплементації відображають підхід, у якому результативність імплементації оцінюється через фактичне користування передбаченими механізмами. Це відповідає концепції “rules-in-use” у Ostrom (2009), так і уявленню про ефективну європеїзацію як поведінкову трансформацію, а не лише нормативну відповідність. Цей підхід співзвучний з трактуванням Martinsen & Schrama (2021), яке акцентує на доступі до практичних механізмів, і відповідає моніторинговим рекомендаціям Європейської комісії (European Commission, DG SANTE, 2022).

Інституційна адаптація в цьому дослідженні розуміється як результат процесу впровадження нових управлінських процедур та організаційних змін, що забезпечують реалізацію європейського регулювання. Її індикатори у цьому дослідженні сформовано як відповідь на логіку європеїзації як нормативного тиску, що потребує правового та процедурного перетворення (Börzel & Risse, 2003, Knill & Lenschow, 2005). Вона охоплює не лише формальне прийняття норм, але й створення нових органів, реорганізацію існуючих структур, запровадження уніфікованих адміністративних процедур (наприклад, обробка форми S2) і налаштування міжінституційної взаємодії. Як зазначають Baeten et al. (2018) та Azzopardi-Muscat et al. (2016), без таких змін імплементація лишатиметься декларативною навіть у країнах-членах ЄС.

Інституційна спроможність описує здатність органів охорони здоров'я виконувати покладені функції у сфері реалізації транскордонної охорони здоров'я. Індикатори інституційної спроможності (доступність цифрових інструментів (онлайн подача запитів, доступ до інформації), час обробки заяв пацієнтів і централізований/децентралізований тип організаційної моделі) впливають із логіки Ostrom (2009) щодо того, що реалізація формальних правил залежить від ресурсів, процедур та багаторівневої координації, а також з підходу європеїзації, в якому спроможність національних інституцій розглядається як умова ефективного наближення до *acquis*.

Зазначені поняття є аналітичними категоріями, сформованими в рамках пошукового дизайну дослідження. Оскільки наявна література здебільшого зосереджена на аналізі окремо Директиви 2011/24/EU або Регламентів 883/2004 та 987_2009, не охоплюючи їх спільного впровадження, індикатори для аналізу змінних були частково синтезовані на основі критичного переосмислення доступних джерел.

На основі проаналізованої літератури та запропонованої теоретичної рамки в дослідженні виокремлено два аналітичні механізми, що можуть пояснювати варіативність ефективності імплементації транскордонної охорони здоров'я для країн-

кандидатів. Вони формують підґрунтя для подальшого формулювання теоретичних очікувань.

Перший механізм пов'язаний із твердженням, що формальне наближення національного законодавства до регулювання ЄС саме по собі не гарантує практичного застосування механізмів транскордонної охорони здоров'я. У багатьох країнах навіть після ухвалення відповідних норм залишається значний розрив між нормативною відповідністю та фактичною інституційною здатністю реалізувати ці положення (Baeten et al., 2018, Azzopardi-Muscato et al., 2016). Інституційна адаптація у цьому контексті виступає необхідною умовою, що забезпечує трансформацію законодавчих змін у функціональні управлінські практики - шляхом створення нових структур, реорганізації повноважень та впровадження процедур.

Другий механізм стосується інституційної спроможності, яка, згідно з підходом Ostrom (2009), є критичною для реалізації складних політик в умовах обмежених ресурсів - таких як транскордонна охорона здоров'я. В межах систем охорони здоров'я це означає не лише наявність процедур, а й реальну здатність їх впроваджувати: обробляти звернення пацієнтів, забезпечувати електронний документообіг, координувати міжвідомчу взаємодію. Як наголошується у звітах Європейської комісії, відсутність цифрових сервісів, слабка інформаційна підтримка та повільна обробка заяв істотно обмежують фактичний доступ пацієнтів до транскордонних послуг (European Commission, DG SANTE, 2022).

Поєднання інституційного підходу (Ostrom, 2009) та логіки європеїзації (Börzel & Risse, 2000) дозволяє описати цей зв'язок не лише як односторонній вплив ЄС, а як складний процес, у якому зовнішній тиск трансформується через внутрішні умови та інституційні конфігурації. Варіативність у цьому процесі обумовлена не лише політичною волею, а й тим наскільки національні системи готові до операціоналізації норм - технічно, кадрово, процедурно.

Таким чином на основі теоретичної рамки сформульовано такі теоретичні очікування:

- **Очікування 1:** якщо рівень інституційної адаптації в країні-члені або країні-кандидаті є високим (наявні спеціалізовані органи, нормативна конкретизація процедур, функціональні механізми взаємодії тощо), то ефективність імплементації регулювання ЄС у сфері транскордонної охорони здоров'я буде вищою;

- **Очікування 2:** якщо рівень інституційної спроможності органів управління системою охорони здоров'я є високим (стабільна цифрова інфраструктура, кадрова забезпеченість, оптимальна модель управління), то ефективність буде вищою.

Ці очікування не є статистичними гіпотезами, а слугують концептуальними орієнтирами для емпіричного аналізу кейсів. Вони відображають припущення про механізми, через які адміністративні та організаційні характеристики впливають на ефективність реалізації політики, і є основою для аналітичного порівняння між країнами.

Таким чином, запропонована аналітична рамка поєднує перевірені підходи з авторською операціоналізацією, пропонуючи новий погляд на впровадження

транскордонної охорони здоров'я в країнах-кандидатах. Вона зосереджує увагу не лише на нормативному наближенні, а й на реальній здатності інституцій забезпечити функціонування передбачених механізмів. Порівняльний аналіз країн, які імплементували Регламенти 883/2004, 987/2009 та Директиву 2011/24/EU на різних етапах набуття членства, дозволяє виявити спільні закономірності. Інтегроване вивчення двох типів регулювання - координаційного (регламенти) і правозахисного (директива) - пропонує ширший підхід до аналізу ефективності імплементації, ніж той, що застосовувався в попередніх дослідженнях, які зазвичай фокусувалися лише на одному з них.

Цей підхід є особливо релевантним для контексту України, яка на момент проведення дослідження не є повноправним учасником регулювання транскордонної охорони здоров'я, але вже зобов'язана підготуватися до його повноцінної імплементації в межах процесу приєднання до ЄС. Запропонована рамка дозволяє не лише виявити фактори, які можуть обумовити успішність цього процесу в Україні, але й сформулювати рекомендації для політики на поточному та наступних етапах до членства в ЄС.

МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Методологічний дизайн дослідження ґрунтується на якісному аналізі імплементаційного досвіду країн ЄС, які реалізували положення Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/EU. Такий підхід дозволяє порівняти процеси та практичні наслідки імплементації політики у різних умовах - зокрема в країнах, які здійснювали впровадження паралельно процесу приведення національного регулювання у відповідність до права ЄС під час переговорів про вступ.

Дизайн дослідження є пошуковим, базується на малому числі кейсів (small-N) та застосовує стратегію дослідження кейсів (case study). Дослідження кейсів є доцільним для питань, що вимагають глибокого розуміння організаційних змін у контексті конкретних країн (Cassell & Symon, 2004, p. 323).

Дослідження застосовує стратегію порівняльного аналізу кейсів, у фокусі якого - три країни-члени ЄС, що впроваджували Регламенти 883/2004, 987/2009 та Директиву 2011/24/EU у різних політичних та інституційних умовах. Такий підхід дозволяє зіставити варіанти імплементації у країнах з різним статусом членства на момент прийняття та набуття чинності регулювання ЄС.

Часова рамка дослідження охоплює період від вступу кожної з країн до ЄС до сьогодення. Для оцінки ефективності використано емпіричні дані за 2015-2020 роки, що дозволяє зафіксувати сталі результати після завершення етапу впровадження (European Commission, 2016, 2017a, 2017b, 2018a, 2018b, 2019a, 2019b, 2020a, 2020b, 2021a, 2021b, 2022).

Для кейс-стаді відібрано Польщу, Румунію та Хорватію за наступними критеріями:

- **Польща** набула членства в ЄС до ухвалення досліджуваних актів і здійснювала імплементацію в умовах повноцінного членства;
- **Румунія** приєдналася до ЄС після прийняття Регламенту 883/2004, але до моменту початку його обов'язкового застосування, і реалізувала відповідні заходи вже в перші роки членства;
- **Хорватія** здійснювала імплементацію обох актів у процесі набуття членства: регламенти - на етапі підготовки до вступу, директива - з врахування що кінцевий строк транспозиції був визначений через три місяці після офіційного приєднання.

Така логіка вибору дозволяє порівняти динаміку імплементації в умовах різного ступеня адаптаційного тиску ЄС і різного рівня початкової інституційної підготовленості.

Використання єдиної схеми аналізу (змінні, індикатори, джерела) для кожного кейсу дозволяє мінімізувати викривлення, зумовлені різною доступністю даних або контекстом розробки політики.

В рамках збору даних для дослідження простежуються три базові етапи інституційної адаптації, які простежуються для кожної країни-кейсу:

- ухвалення нормативно-правових актів, що визначають імплементацію транскордонної охорони здоров'я;

- організаційні зміни в управлінських процесах органів відповідальних за реалізацію політики;
- впровадження механізмів міжвідомчої взаємодії та цифрової інтеграції, зокрема у сфері обміну інформацією та реєстрації пацієнтів у транскордонному контексті.

Основними джерелами даних у дослідженні виступають:

- нормативно-правові акти ЄС (Регламенти 883/2004, 987/2009, Директива 2011/24/EU та інші суміжні акти) та національні акти рамкового законодавства країн-кейсів, що регламентують їх імплементацію;
- стратегічні документи, офіційні вебресурси, портали Національних контактних пунктів та інших відповідальних інституцій у країнах-кейсах;
- аналітичні звіти міжнародних організацій (зокрема Європейської комісії), що висвітлюють хід імплементації політик транскордонної охорони здоров'я.

Для аналізу нормативних актів використано метод контент-аналізу, який дозволив ідентифікувати ключові механізми адаптації та простежити послідовність впровадження інституційних змін. Окрему увагу приділено порівнянню норм ЄС із законодавством країн-кейсів, а також оцінці строків імплементації, повноти правових змін і процедурних нововведень.

Часовий період аналізу національного законодавства охоплює період від початку переговорного процесу щодо членства в ЄС до сьогодні (за потреби - з аналізом більш давніх норм для повноти картини). Такий підхід забезпечує системність вивчення процесів правової адаптації, що є необхідною умовою для дослідження ефективності впровадження європейських механізмів.

Дослідження має низку обмежень, пов'язаних із якісним характером аналізу, обмеженою кількістю кейсів та неоднорідністю доступності даних в країнах-членах ЄС. Значна частина релевантної інформації щодо адміністративних процедур, цифрових сервісів та кадрових ресурсів є неповною або доступна лише у вигляді фрагментованих звітів. Це може вплинути на повноту оцінки інституційної спроможності. Водночас складність зіставлення результатів між країнами зумовлює обмежену можливість для узагальнення висновків поза межами досліджених кейсів. Для мінімізації ризику викривлень було застосовано порівняльний підхід із чітко обґрунтованим вибором країн.

Дослідження виходить з припущення, що ефективність імплементації транскордонної охорони здоров'я залежить насамперед від рівня інституційної адаптації та інституційної спроможності державних органів. Таким чином, ефективність розглядається як залежна змінна, що відображає реальний рівень доступу пацієнтів до механізмів транскордонної охорони здоров'я. Інституційна адаптація та інституційна спроможність виступають незалежними змінними, що впливають на швидкість та якість впровадження політики. Ці змінні узгоджені з теоретичною та аналітичною рамкою дослідження.

Відповідно до обґрунтованих змінних, наступним кроком стало формування системи індикаторів, які дозволяють здійснити порівняльну оцінку реалізації

механізмів у трьох країнах. Логіка побудови цих індикаторів впливає безпосередньо з теоретичної рамки дослідження.

Ефективність оцінює реальний рівень доступності та використання громадянами механізмів транскордонної охорони здоров'я передбачених Регламентами 883/2004, 987/2009 та Директивою 2011/24/EU. Оцінка базується на фактичних даних період 2015-2020 років, що дозволяє відобразити динаміку та сталість результатів у середньостроковій перспективі. Для цього використовуються такі індикатори:

1. **Кількість інформаційних запитів щодо транскордонної охорони здоров'я.** Відображає рівень поінформованості та зацікавленості громадян у використанні відповідних механізмів. Високий показник може свідчити як про ефективну комунікацію, так і про наявність труднощів, які потребують уточнення через Національні контактні пункти.

2. **Кількість застрахованих осіб, які отримали ЕНІС.** Відображає фактичну доступність Європейської картки медичного страхування. Показник свідчить про рівень зацікавленості громадян щодо можливості отримання невідкладної допомоги за кордоном (ЕНІС оформлюється за бажанням та запитом особи).

3. **Кількість оформлених форм S2 для планового лікування.** Вказує на обсяг використання механізму отримання планового лікування за попереднім дозволом відповідно до Регламентів 883/2004 та 987/2009. Цей показник демонструє як рівень організаційної спроможності системи обробляти складні транскордонні звернення, так і може бути ознакою наявності суттєвих бар'єрів в отриманні медичної допомоги у країні походження.

4. **Кількість оформлених форм S1.** Відображає кількість випадків, коли особи, що проживають в іншій країні ЄС, були зареєстровані для отримання медичних послуг (зазвичай пенсіонери, прикордонні працівники, тривалі відрядження). Свідчить про ефективність координації між фондами соціального страхування.

5. **Кількість звернень за попереднім дозволом на лікування за Директивою 2011/24/EU.** Цей показник демонструє доступність планового лікування за процедурою директиви та ступінь відповідності адміністративних процедур вимогам ЄС.

6. **Кількість заяв на відшкодування витрат за лікування за Директивою 2011/24/EU.** Показник свідчить про готовність національної системи визначити право пацієнтів на відшкодування та про ефективність фінансової частини імплементації.

Інституційна адаптація описує здатність національної системи охорони здоров'я своєчасно та повноцінно привести власне законодавство та адміністративні механізми у відповідність до норм європейського регулювання. Для оцінки цього аспекту використовуються такі індикатори:

1. **Повнота законодавчих змін.** Визначає наскільки повно національне законодавство врахувало норми регламентів та директиви. Часткова або вибіркова імплементація може свідчити про ризики формалізму або неповного охоплення правових зобов'язань.

2. **Своєчасність прийняття нормативних актів.** Відображає, як швидко після ухвалення актів ЄС або введення їх в дію були внесені відповідні зміни на національному рівні. Запізнення може вплинути на здатність пацієнтів реалізувати свої права.

3. **Своєчасність впровадження адміністративних процедур.** Визначає, коли фактично були запущені механізми надання послуг - оформлення ЕНІС, обробка S2, реєстрація через S1 тощо. Навіть за наявності нормативних актів затримки в адмініструванні обмежують реалізацію прав.

4. **Відсутність правових колізій після імплементації.** Визначає, чи залишились у національному законодавстві суперечності або прогалини після формального завершення імплементації. Їхня наявність вказує на низьку якість адаптації або брак координації між органами.

Інституційна спроможність відображає здатність органів охорони здоров'я забезпечити громадянам практичну доступність механізмів транскордонної охорони здоров'я. Для оцінки використовуються такі індикатори:

1. **Наявність електронних сервісів для оформлення ЕНІС, S1, S2 та заяв на попередній дозвіл і відшкодування.** Визначає ступінь цифровізації основних процедур. Онлайн доступ суттєво підвищує доступність та зменшує адміністративне навантаження.

2. **Регіональна доступність пунктів оформлення транскордонних документів.** Визначається наявністю фізичних офісів у різних регіонах. Обмеження географічного доступу може створювати нерівність у доступі до прав.

3. **Кількість працівників інституцій, відповідальних за обробку транскордонних документів.** Відображає кадрову спроможність системи. Низьке кадрове забезпечення веде до затримок та знижує ефективність реалізації політик.

4. **Середній час обробки заяв.** Свідчить про адміністративну ефективність системи та впливає на своєчасність отримання медичних послуг за кордоном.

5. **Тип організаційної моделі: централізована чи децентралізована.** Визначає, як структурована система управління транскордонною охороною здоров'я. Централізовані моделі можуть забезпечувати швидшу координацію.

З метою забезпечення можливості порівняння між країнами з різним масштабом населення та щільністю інфраструктури - усі кількісні індикатори в дослідженні були нормалізовані. Залежно від характеру змінної застосовувалися такі підходи:

- розрахунок на 1 млн населення (для показників щодо Директиви 2011/24/EU) або на 1 млн застрахованих осіб (для показників щодо Регламентів 883/2004, 987/2009) - для індикаторів, що відображають кількість звернень, оформлених документів, кадрове забезпечення;

- середнє значення за період 2015-2020 років - для зменшення впливу емпіричних коливань і фіксації сталих тенденцій;

- прив'язка до площі країни - для оцінки покриття та доступності фізичної інфраструктури.

- використання відносних показників - для визначення частки користувачів окремого механізму.

Для кожного індикатора, що входить до змінних, у дослідженні застосовується індивідуальна п'ятибальна шкала, розроблена з урахуванням особливостей відповідного механізму або показника. Кожна шкала описує п'ятирівневу оцінку значення (від 1 до 5 балів) із конкретними критеріями оцінки. Детальний опис шкал для кожного індикатора представлено в Додатку 2. На їх основі здійснено якісне оцінювання по кожній країні-кейсу за всіма змінними.

Загальне значення змінної у кожній країні визначається шляхом усереднення балів за всіма відповідними індикаторами. У випадках де дані є неповними, середнє обчислюється лише на основі доступної інформації.

Такий підхід забезпечує внутрішню логіку оцінки, дозволяє зафіксувати прогресивність імплементації по кожному напрямку та сприяє прозорості порівняння між кейсами.

РЕЗУЛЬТАТИ

Аналіз ефективності імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я спирається на змішану методологію з використанням вторинних даних, зібраних з відкритих джерел: звітів Європейської комісії (2015-2020 роки), звітів про результати діяльності компетентних установ країн-кейсів (2015-2020 роки), відомостей на онлайн ресурсах Національних контактних пунктів, вебсайтах профільних міністерств та інших інституцій. Важливими джерелами стали також тексти законодавства Європейського Союзу та тексти нормативно-правових актів країн-кейсів, які регулюють системи охорони здоров'я у цих країнах. Дані було систематизовано в профілі країн-кейсів (Додатки 3-5) для подальшої побудови порівняльного аналізу.

Загалом, етап збору та аналізу даних дозволив сформувати багатовимірну оцінку ефективності імплементації політики транскордонної охорони здоров'я, що охоплює як формальні правові механізми, так і фактичний доступ громадян до медичних послуг.

У наступних підрозділах представлено результати дослідження по кожній країні окремо у вигляді нарративного опису процесу імплементації, після чого здійснено порівняльний аналіз та тестування теоретичних очікувань щодо впливу інституційних факторів на ефективність імплементації транскордонної охорони здоров'я.

Польща

У Польщі процес імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я має довгу історію, яка тісно пов'язана зі вступом країни до Європейського Союзу у 2004 році (Додаток 3). Перед вступом до ЄС в країні була впроваджена система обов'язкового медичного страхування та створено Національний фонд здоров'я (NFZ). Проте відразу після вступу Закон від 23 січня 2003 року про загальне страхування у NFZ (Poland, 2003) було визнано неконституційним і на його заміну було прийнято новий Закон від 27 серпня 2004 року про медичні послуги що фінансуються з державних коштів (Poland, 2004). Після приєднання Польща поступово адаптувала своє законодавство для виконання вимог Регламентів 1408/71 та 574/72, а згодом - Регламентів 883/2004 та 987/2009.

Формально схеми координації соціального забезпечення відповідно до оновленого регулювання ЄС почали застосовуватися у Польщі з 1 травня 2010 року. Водночас фактичне інституційне та нормативне підґрунтя для їх реалізації було закладено прийняттям Закону від 27 серпня 2004 року про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів, у 2004 році. NFZ було визначено як компетентну установу для реалізації положень координації систем соціального захисту. Остаточне приведення національного законодавства у відповідність Регламентам 883/2004, 987/2009 завершилося 1 травня 2014 року зі вступом в дію прийнятого 8 листопада 2013 року Закону Польщі про внесення змін до деяких законів у зв'язку з впровадженням електронного обміну інформацією про соціальне забезпечення на території республіки Польща (Poland, 2013).

Процес транспозиції директиви 2011/24/EU відзначався затримкою: Польща завершила формальну транспозицію лише у 2014 році, із запізненням на понад рік від встановленого терміну. Ключовими нормативними актами стали згаданий вище Закон

Польщі від 8 листопада 2013 року (Poland, 2013) та Закон від 10 жовтня 2014 року (Poland, 2014), які гармонізували правила відшкодування витрат на лікування за кордоном та створили механізм попереднього дозволу.

Польща в результаті чітко визначила повноваження компетентних установ і створила Національний контактний пункт при NFZ для інформування громадян.

Польща демонструє високий рівень інституційної спроможності. Для забезпечення доступу до механізмів транскордонної охорони здоров'я були впроваджені та продовжують впроваджуватися електронні сервіси. Оформлення ЕНІС можливе в тому числі онлайн через електронні кабінети громадянина або пацієнта, а заяви на отримання S1 та S2 подаються переважно особисто або традиційною поштою, проте також доступна електронна комунікація в тому числі з регіональними підрозділами.

Регіональна доступність є високою - мережа NFZ охоплює головний офіс, 16 провінційних відділень та понад 100 територіальних локацій. У 2015-2020 роках кількість працівників NFZ становила близько 140-147 осіб на 1 млн населення, що є доволі високим показником для ЄС.

Час обробки заяв є частково формалізованим: запит на ЕНІС обробляється до 5-10 робочих днів; запит на S2 та попередній дозвіл за Директивою 2011/24/EU - до 25-30 робочих днів за процесом чітко визначеним законодавчо; запит на відшкодування - 30-60 робочих днів. Строки опрацювання запиту на S1 нормативно не встановлено, але на практиці становлять 1-2 тижні.

Організаційна модель NFZ залишається централізованою та з чітким розподілом повноважень між головним офісом і регіональними підрозділами.

Польща успішно завершила гармонізацію національного законодавства з Регламентами 883/2004, 987/2009 та Директивою 2011/24/EU і, хоча імплементація відбулася з затримкою, в цілому рівень гармонізації можна вважати високим:

- в національне законодавство імплементовано обидві схеми забезпечення транскордонної охорони здоров'я;
- нормативна база чітко визначає права громадян на транскордонну медичну допомогу;
- створено Національний контактний пункт;
- встановлено механізм попереднього дозволу та відшкодування витрат за лікування за кордоном.

З погляду ефективності імплементації, у період 2015-2020 років Польща демонструвала стабільне використання механізмів транскордонної охорони здоров'я:

- показники охоплення Європейською карткою медичного страхування суттєво зросли: з 5,5% у 2015 році до понад 11% у 2020 році від загальної кількості застрахованих осіб;
- активне використання форми S1: кількість форм в обігу на 1 млн застрахованих осіб зросла з 375 у 2015 році до 515 у 2020 році;
- використання форми S2 для планового лікування за кордоном залишалося обмеженим (менше ніж п'ять заяв на 1 млн населення щороку), а запити на попередній

дозвіл за схемою Директиви 2011/24/EU були ще менш популярними (менше ніж одна заява на 1 млн населення щороку);

- кількість інформаційних запитів громадян з питань транскордонної охорони здоров'я коливалась з піком у 835 Запитів на 1 млн населення у 2015 році та зниженням до 66 Запитів у 2020 році (що може мати зв'язок з обмеженнями пересування пацієнтів у зв'язку з початком пандемії COVID-19);

- запити на відшкодування витрат за директивою залишались порівняно низькими: середнє число запитів на відшкодування 128-500 на 1 млн населення залежно від року.

Румунія

Румунія розпочала процес адаптації національного законодавства до вимог координації систем соціального забезпечення ще до вступу до ЄС (Додаток 4). Основою стала імплементація регламентів 1408/71 та 574/72 через Закон № 95/2006 про реформу охорони здоров'я (Romania, 2006).

Варто зазначити, що Національна каса соціального медичного страхування (CNAS) було утворено ще в 1999 році відповідно до Закону № 145/1997 про соціальне медичне страхування (Romania, 1997), проте на момент вступу Румунія мала обмежену цифрову інфраструктуру та фрагментовану систему охорони здоров'я.

Регламенти 883/2004 та 987/2009 почали застосовуватися в Румунії автоматично з 1 травня 2010 року. Інституційно-адміністративні механізми, які забезпечують їх імплементацію, були поступово уточнені на рівні підзаконних актів CNAS і Міністерства охорони здоров'я.

Щодо Директиви 2011/24/EU - Румунія як і Польща завершила імплементацію із запізненням: Закон № 132/2014 про внесення змін (Romania, 2014) офіційно ввів в дію положення директиви лише 10 жовтня 2014 року. Попри затримку, на рівні законодавства було визначено правила попереднього дозволу на лікування за кордоном та відшкодування витрат.

ЕНІС видається через територіальні каси соціального медичного страхування (CJAS), із можливістю централізованої онлайн подачі заяви, яка була запроваджена лише з 2024 року. S1 і S2, як і заяви відповідно до Директиви 2011/24/EU оформлюється особистим зверненням через CJAS, а можливість онлайн подачі залежить від конкретного офісу.

Організаційна модель є децентралізованою: CNAS координує діяльність 43 територіальних CJAS, серед яких один має спеціальний статус (CASAOPSNAJ для армії, поліції та судових органів). Можливість отримання інформації щодо структури та особливостей функціонування на онлайн-ресурсах CJAS утруднена, що потенційно пов'язано з фрагментацією відповідальності та повноважень.

Час обробки заяв становить для ЕНІС - до 7 календарних днів. Для інших випадків - нормативно не встановлений та залежить від адміністративної практики окремої CJAS (S1- орієнтовно 2-4 тижні; S2, попередній доступ та запити на відшкодування - до 30 календарних днів).

Загальна кількість працівників всіх територіальних CJAS не фіксувалася у відкритих джерелах станом на період збору інформації для дослідження.

Румунія завершила гармонізацію законодавства як щодо Регламентів 883/2004 та 987/2009, так і щодо Директиви 2011/24/EU. Імплементация регламенту 883/2004 відбулася через автоматичне застосування із відповідною адаптацією адміністративних процедур CNAS, які були впроваджені для попереднього регулювання. Директива була імплементована законом № 132/2014 (Romania, 2014), який врегулював правила попереднього дозволу, відшкодування витрат та діяльність Національного контактного пункту.

У період 2015-2020 років Румунія демонструвала такі результати:

- частка громадян із Європейською карткою медичного страхування залишалася низькою: від 0,77% у 2015 році до 1,26% у 2020 році від загальної кількості застрахованих осіб;
- кількість форм S1 в обігу стабільно зростала: з 1 108 форм на 1 млн застрахованих осіб у 2015 році до 1 780 форм у 2020 році;
- кількість виданих форм S2 зберігалися на рівні 30-46 форм на 1 млн населення
- кількість інформаційних запитів зросла зі 120 запитів на 1 млн населення у 2015 році до 182 у 2020 році;
- запити на попередній дозвіл були вкрай рідкісними - менше одного запиту на 1 млн населення на рік;
- запити на відшкодування витрат за Директивою 2011/24/EU також залишалися низькими, проте кількість відшкодованих запитів зросла з 12 на 1 млн у 2015 році до 26 на 1 млн у 2020 році.

Хорватія

Процес адаптації нормативної бази Хорватії до вимог транскордонної охорони здоров'я був тісно пов'язаний з процесом вступу країни до Європейського Союзу 1 липня 2013 року (Додаток 5). Перед самим вступом, у травні-червні 2013 року були ухвалені ключові закони:

- закон про імплементацию постанов Європейського Союзу про координацію систем соціального забезпечення (Croatia, 2013a);
- закон про обов'язкове медичне страхування (Croatia, 2013b);
- закон про обов'язкове медичне страхування і медичне обслуговування іноземців у Республіці Хорватія (Croatia, 2013c).

У цих законах було повністю імплементовано положення Регламентів 883/2004, 987/2009 та директиви 2011/24/EU. Таким чином Хорватія встигла завершити транспозицію положень директиви до кінцевого терміну - 25 жовтня 2013 року.

Важливим елементом стала чітка структура компетентних органів: Міністерство охорони здоров'я відповідає за координацію у сфері медичного страхування, тоді як реалізацію операційних процедур забезпечує Хорватський фонд обов'язкового медичного страхування (HZZO). HZZO було створено у 1993 році відповідно до Закону № 75/1993 про медичне страхування (Croatia, 1993).

Оформлення ЕНІС в Хорватії можливе через особисте звернення до регіонального офісу HZZO, онлайн через портал, або через термінали видачі (redomati) у великих містах (Загреб, Спліт, Рієка, Осієк). За наявною в відкритих джерелах інформацію, оформлення S1 та S2 можливе лише шляхом особистого звернення до регіонального офісу HZZO.

Подача документів відповідно до Директиви 2011/24/EU (попередній дозвіл, запити на відшкодування) здійснюється переважно через особисті звернення, хоча певна комунікація можлива онлайн.

Регіональна мережа HZZO добре розвинена - один центральний офіс, чотири регіональні управління, 16 територіальних служб, які представлені у 134 локаціях по всій країні.

Кількість співробітників компетентних установ на 1 млн населення у 2015-2020 роках залишалася стабільно високою зростаючи з 555 до 596 працівників.

Стосовно часу обробки заяв варто зазначити, що офіційно максимальні терміни обробки не визначаються, однак на практиці тривалість відповідає загальним законодавчо визначеним правилам для розгляду звернень у державних органах. Разом з тим ЕНІС оформлюється та видається майже миттєво.

Організаційна модель HZZO централізована: ключові рішення ухвалюються центральним офісом HZZO із подальшою реалізацією на регіональному рівні.

Хорватія завершила гармонізацію законодавства до моменту вступу до ЄС, імплементувавши як Регламенти 883/2004, 987/2009, так і директиву 2011/24/EU у національне право. Відповідні положення набрали чинності синхронно із вступом Хорватії до ЄС 1 липня 2013 року. Положення про попередню авторизацію, відшкодування витрат, використання ЕНІС, форм S1 та S2 були чітко врегульовані законами 2013 року.

У період з 2015 до 2020 років Хорватія демонструвала такі результати у сфері транскордонної охорони здоров'я:

- покриття Європейською картою медичного страхування поступово зростало, досягнувши 11,37% застрахованого населення у 2020 році;
- кількість форм S1 в обігу за весь період залишалася високою, а у 2020 році склала 748 форм на 1 млн застрахованих осіб;
- кількість виданих форм S2 була стабільною до 2019 року (понад 110 форм на 1 млн населення щороку), проте у 2020 році значно знизилася до 70,28 на 1 млн населення (що може бути пов'язаним з ситуацією з COVID-19);
- інформаційна активність громадян зросла у 2020 році - зафіксовано 5829 Запитів на 1 млн населення, враховуючи, що у попередні роки - не перевищувала 300 щорічно;
- кількість запитів на попередній дозвіл залишалася низькою і зменшувалася щороку: у 2020 році отримано лише один запит;
- кількість запитів на відшкодування витрат за директивою 2011/24/EU зростала у період 2015-2018 років, досягнувши максимуму в 375 запитів у 2018 році, після чого спостерігалось поступове зниження до 231 запиту у 2020 році, синхронно

знизилась і кількість фактично відшкодованих запитів - із 270 у 2018 році до 162 у 2020 році.

Порівняльний аналіз

Порівняльний аналіз спрямований на комплексну оцінку рівня імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я у Польщі, Румунії та Хорватії. Оцінювання проводиться за трьома змінними: інституційною адаптацією, інституційною спроможністю та ефективністю імплементації.

Кожна змінна оцінювалася за допомогою спеціально розроблених індикаторів, що враховують як правові аспекти, так і фактичну практику реалізації. Оцінювання здійснювалося за шкалою від 1 до 5 балів, де 5 означає найвищий рівень, а 1 - найнижчий (Додаток 2). Оцінки ґрунтувались на відомостях профілів країн-кейсів представлених у Додатках 3-5.

У рамках порівняльного аналізу результати за кожною змінною представлені у вигляді таблиць оцінок, текстового порівняння та візуалізації. Це дозволяє не лише виявити сильні та слабкі сторони кожної країни, а й закласти основу для подальшого тестування теоретичних очікувань.

Інституційна адаптація

Таблиця 3. Оцінка інституційної адаптації країн-кейсів			
Індикатор	Польща	Румунія	Хорватія
Повнота законодавчих змін для імплементації Регламенту 883/2004 та Директиви 2011/24/ЄС	5	5	5
Своєчасність прийняття законодавчих змін	3	3	5
Своєчасність імплементації адміністративних процедур	5	4	5
Відсутність правових колізій у національному законодавстві після завершення імплементації	5	5	5

Інституційна адаптація механізмів транскордонної охорони здоров'я у трьох країнах демонструє високий рівень формальної повноти (Таблиця 3). Польща, Румунія та Хорватія забезпечили повну імплементацію законодавчих змін, отримавши за цим індикатором найвищі оцінки.

Щодо своєчасності прийняття змін, Хорватія вигідно відрізняється від інших: вона гармонізувала національне законодавство з Регламентами 883/2004 та 987/2009 та транспонувала Директиву 2011/24/EU у визначені строки та ще до моменту офіційного

вступу в ЄС. Натомість Польща та Румунія зіткнулися із затримками понад один рік, що знизило їх оцінки за цим індикатором.

За своєчасність імплементація адміністративних процедур Польща та Хорватія отримали максимальні бали, тоді як у Румунії відзначалися певні труднощі, зокрема на рівні регіональних офісів, що відобразилося у трохи нижчій оцінці.

Усі три країни продемонстрували високий рівень узгодженості національного законодавства з нормами ЄС, що дозволило кожній країні отримати максимальну оцінку за цим індикатором.

Таким чином, Хорватія демонструє найбільш збалансовану та вчасну інституційну адаптацію, тоді як Польща та Румунія відзначаються високою повнотою, але зі слабшим результатом щодо строків транспозиції.

Інституційна спроможність

Таблиця 4. Оцінка інституційної спроможності країн-кейсів			
Індикатор	Польща	Румунія	Хорватія
Наявність електронних сервісів для оформлення ЄНІС, S1, S2 та заяв на попередній доступ та відшкодування	4	3	1
Наявність регіональної доступності до оформлення транскордонних документів (ЄНІС, S1, S2)	3	Н/Д	5
Кількість працівників, відповідальних за обробку документів із транскордонної охорони здоров'я на 1 млн населення	4	Н/Д	5
Час обробки заяв на отримання ЄНІС, S1, S2	3	1	3
Структура організаційної моделі (централізована чи децентралізована)	5	3	5

Інституційна спроможність країн-кейсів демонструє помітні відмінності, особливо у сфері цифровізації процедур, територіальної доступності та кадрового потенціалу (таблиця 4).

У сфері наявності електронних сервісів для оформлення ЄНІС, S1, S2 та подачі заяв за Директивою 2011/24/EU найкраще виглядає Польща, де забезпечено часткову

можливість електронної подачі заяв через платформи та регіональні офіси NFZ. Хорватія забезпечує онлайн подачу лише для ЕНІС, тоді як Румунія демонструвала фрагментарну наявність електронних можливостей залежно від практики окремих територіальних кас.

Рівень регіональної доступності послуг найвищий у Хорватії завдяки компактній території та великій кількості пунктів обслуговування. Польща має нижчий рівень доступності. Щодо Румунії, через брак централізованої інформації про кількість офісів, неможливо провести точну оцінку, що ускладнює порівняння.

Кадрова спроможність Польщі та Хорватії знаходиться на високому рівні, при цьому Хорватія має значно вищу кількість працівників на 1 млн населення. Дані щодо Румунії відсутні у відкритих джерелах, що не дозволяє провести повноцінне порівняння.

Час обробки заяв значно відрізняється між країнами. Польща обробляє заявки на отримання ЕНІС протягом 5-10 днів, а запити на S1, S2 і попередні дозволи - у межах 25-30 робочих днів. У Хорватії, попри окремі можливості швидкої обробки ЕНІС, обробка заяв на S1 та S2 може займати 30-60 робочих днів. Румунія має загалом добру швидкість видачі ЕНІС (до 7 днів), однак для інших документів терміни значною мірою не регламентовані і залежать від адміністративної практики територіальних кас.

Організаційна структура у Польщі та Хорватії є централізованою та стабільною. Польща має розвинену мережу регіональних і локальних офісів NFZ, що забезпечує координацію послуг на національному рівні. Хорватія має ще щільнішу мережу, що додатково зміцнює її позицію з погляду доступності. Натомість у Румунії функціонує децентралізована модель із високою автономією територіальних кас, що може створювати ризики нерівномірності реалізації процедур.

Таким чином, Хорватія демонструє високу інституційну спроможність серед досліджуваних країн, переважно завдяки високому рівню регіональної доступності та чисельності персоналу. Польща має такі ж показники користуючись з ефективної структури управління та цифровізації. Румунія відстає через фрагментованість цифрових сервісів та нерівномірну регіональну реалізацію політики.

Окремо варто зазначити, що до оцінки інституційної спроможності в контексті використання цифрових сервісів не було включено відомості щодо підключення та використання Electronic Exchange of Social Security Information (EESSI) (для обміну інформацією та документами між країнами-членами в процесах функціонування схем координації соціального забезпечення) та MyHealth@EU (для обміну медичними даними відповідно до статті 14 директиви 2011/24/EU). Поява технічної можливості та обов'язку застосовувати ці сервіси виникла значно пізніше періоду імплементації механізмів країнами-кейсами та наразі досі знаходиться на стадії ініціації або впровадження для більшості країн-членів ЄС.

Таблиця 5. Оцінка ефективності імплементації для країн-кейсів			
Індикатор	Польща	Румунія	Хорватія
Кількість інформаційних запитів щодо транскордонної охорони здоров'я	5	3	4
Використання права на отримання ЕНІС	4	2	5
Реалізація права на отримання планового лікування за S2	2	3	5
Реалізація права на отримання медичних послуг за S1	4	5	5
Обсяг запитів на попередній дозвіл лікування за Директивою 2011/24/ЄС	2	1	3
Обсяг запитів на відшкодування витрат за Директивою 2011/24/ЄС	5	3	4

Рівень ефективності імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я суттєво відрізняється між трьома країнами (Таблиця 5).

За кількістю інформаційних запитів громадян про транскордонну медичну допомогу Польща демонструє найвищу активність, що може свідчити про високий рівень інформованості та доступності консультаційних сервісів. Хорватія має дещо нижчий рівень активності, тоді як Румунія демонструє найнижчі показники серед трьох країн.

У сфері використання права на отримання Європейської картки медичного страхування найкращі результати демонструє Хорватія: кількість виданих карток на 1 млн застрахованих осіб перевищує 100 тисяч. Це вказує на високу мотивацію та обізнаність громадян щодо можливостей покриття отримання невідкладної медичної допомоги за кордоном. Польща має стабільно високий рівень використання цього права, хоча і нижчий за хорватський. Натомість у Румунії рівень використання механізму ЕНІС залишається низьким.

Реалізація права на планове лікування за процедурою S2 найбільш розвинена у Хорватії, де кількість виданих форм S2 на 1 млн населення суттєво перевищує показники інших країн-кейсів. У Румунії рівень використання цього механізму є середнім, тоді як у Польщі показники залишаються дуже низькими, що вказує на обмежене застосування цієї опції серед громадян.

Щодо реалізації права на отримання медичних послуг за формою S1, Хорватія і Румунія демонструють найвищі показники, що свідчить про належну організацію

трансферу права на медичне страхування для мобільних громадян. Польща також демонструє досить високий рівень за цим індикатором.

Стосовно запитів на попередній дозвіл на лікування за Директивою 2011/24/EU рівень активності у всіх країнах є загалом низьким. Хорватія має трохи вищі показники, тоді як Польща і Румунія демонструють дуже обмежене використання цієї процедури.

Щодо запитів на відшкодування витрат на лікування за кордоном за Директивою 2011/24/EU, Польща досягає найкращих результатів, що свідчить про активну практику забезпечення цього права. Хорватія демонструє стабільно середній рівень, тоді як у Румунії цей механізм використовується обмежено.

Таким чином, Хорватія демонструє загалом найвищу ефективність реалізації механізмів транскордонної охорони здоров'я, особливо у сфері планового лікування та використання права на отримання медичних послуг. Польща показує сильні результати у сфері інформаційної активності та компенсації витрат. Румунія, хоча і має певні позитивні результати, поступаються двом іншим країнам за більшістю індикаторів ефективності.

Тестування гіпотез

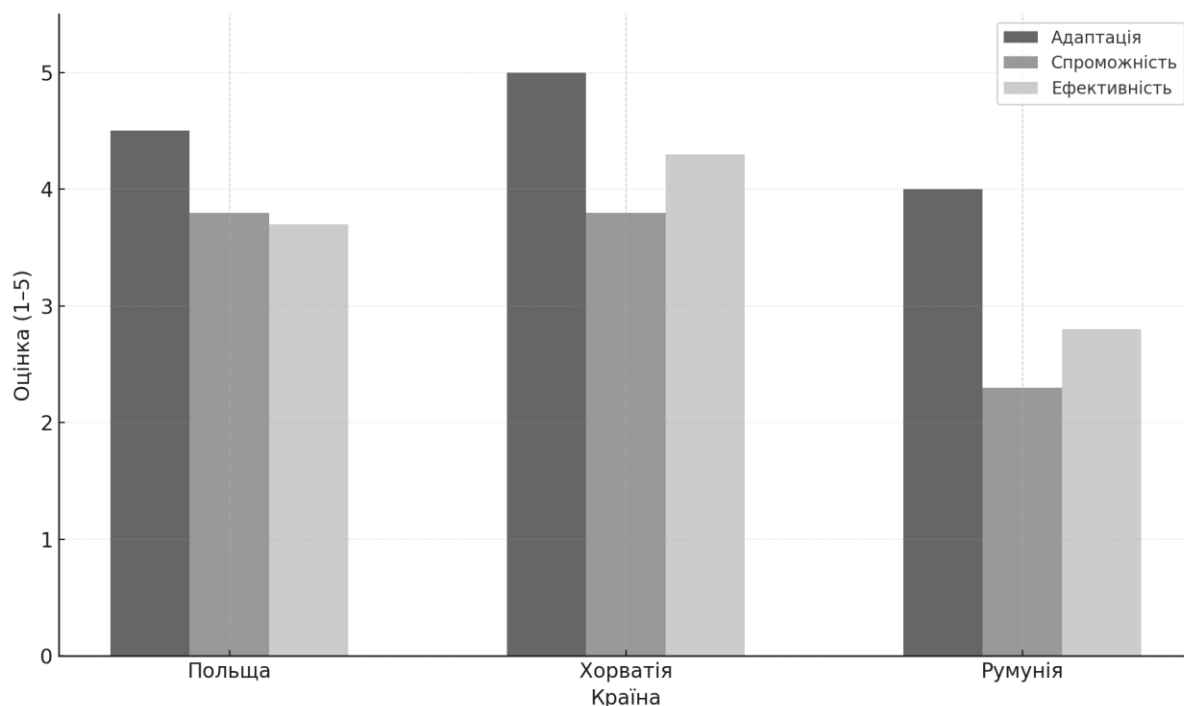
Для узагальнення результатів порівняльного аналізу оцінки за кожною змінною були агреговані шляхом розрахунку середнього балу за всіма індикаторами для кожної країни. У випадках, де дані були неповними (зокрема щодо кількості працівників та офісів CNAS та підпорядкованих їй кас у Румунії), середня обчислювалася лише на основі доступної інформації.

Підсумкова таблиця інтегрує результати оцінювання інституційної адаптації, інституційної спроможності та ефективності імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я у Польщі, Румунії та Хорватії (Таблиця 6).

Таблиця 6. Підсумкова таблиця оцінок для країн-кейсів			
Країна	Інституційна адаптація	Інституційна спроможність	Ефективність
Польща	4,5	3,8	3,7
Румунія	4,0	2,3	2,8
Хорватія	5,0	3,8	4,3

За результатами порівняльного аналізу рівня імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я у Польщі, Румунії та Хорватії виявлені помітні відмінності (графік 1).

Графік 1. Рівень інституційної адаптації, спроможності та ефективності імплементації у Польщі, Румунії та Хорватії



Примітка: відомості підсумкової таблиці оцінок ефективності щодо країн-кейсів

Зведені результати дозволяють зробити висновок, що може існувати позитивна кореляція між високими оцінками за інституційною адаптацією та інституційною спроможністю та вищим рівнем ефективності імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я.

Теоретичне очікування 1: чим вищий рівень інституційної адаптації, тим вищий рівень ефективності імплементації.

За даними підсумкових оцінок за змінними:

- Хорватія має найвищу інституційну адаптацію (5,0) → має найвищу ефективність (4,33)/
- Польща має середню інституційну адаптацію (4,5) → має середню ефективність (3,67).
- Румунія має найнижчу інституційну адаптацію (4,0) → має найнижчу ефективність (2,83)

Таким чином спостерігається послідовне співвідношення: чим вищий рівень інституційної адаптації → тим вища ефективність. **Теоретичне очікування 1 підтверджується** - у досліджуваних країнах вищий рівень інституційної адаптації асоціюється з вищим рівнем ефективності імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я.

Теоретичне очікування 2: чим вищий рівень інституційної спроможності, тим вищий рівень ефективності імплементації.

За даними підсумкових оцінок за змінними:

- Румунія має найнижчу інституційну спроможність (2,33) → має найнижчу ефективність (2,83)

- Польща і Хорватія мають однаковий рівень інституційної спроможності (3,8), але ефективність у Хорватії (4,33) помітно вище ніж у Польщі (3,67).

Таким чином спостерігається ситуація, за якої дуже низька спроможність (Румунія) може призводити до низької ефективності імплементації. Але при однаковій спроможності між Польщею та Хорватією ефективність все ж різна. **Теоретичне очікування 2 частково підтверджується.**

ВИСНОВКИ/ДИСКУСІЯ

Проведене дослідження показало, що рівень ефективності імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я у країнах-кейсах значною мірою зумовлений інституційними чинниками. Порівняльний аналіз Польщі, Румунії та Хорватії демонструє наявність зв'язку між рівнем інституційної адаптації, інституційної спроможності й тим, наскільки дієво реалізуються механізми, передбачені регламентами 883/2004, 987/2009 та директивою 2011/24/EU.

Найкращий рівень ефективності імплементації виявлено у Хорватії - країні, яка у процесі підготовки до вступу забезпечила повну адаптацію правових і процедурних вимог та побудувала інституційно спроможну систему адміністрування процесів транскордонної охорони здоров'я. Польща продемонструвала високий рівень нормативної адаптації, однак ефективність реалізації була дещо обмежена внаслідок несвоечасності та нерівномірної регіональної доступності. Найнижчі результати зафіксовано в Румунії, де як адаптаційні, так і організаційні механізми залишаються неповними або реалізованими з відставанням.

Таким чином дослідження підтвердило, що ефективність імплементації є похідною від рівня інституційної підготовленості. У випадках коли адаптація обмежується формальним прийняттям норм без належного забезпечення процедур, цифрової інфраструктури та організаційної координації, механізми транскордонної охорони здоров'я залишаються недостатньо доступними для громадян на практиці.

Отримані результати підтверджують сформульовані в дослідженні теоретичні очікування. У всіх трьох кейсах вищий рівень інституційної адаптації та спроможності корелює з кращими показниками ефективності імплементації механізмів транскордонної охорони здоров'я.

У Хорватії, яка забезпечила як повну нормативну адаптацію, так і достатньо функціональну організаційну модель, зафіксовано найвищий рівень реалізації механізмів, передбачених європейським правом. Польща, попри достатні рівні адаптації та спроможності, демонструє дещо нижчу ефективність, що узгоджується з очікуванням. У випадку Румунії обидва показники залишаються на низькому рівні - що супроводжується відповідно низькою ефективністю реалізації. Таким чином, емпіричні дані підтверджують, що обидва чинники - адаптація та спроможність - є необхідними для досягнення повноцінної реалізації транскордонних механізмів.

Відповідність отриманих результатів теоретичним очікуванням посилює аргументацію на користь поєднання підходів інституційного аналізу та європеїзації в аналізі складних політик у сфері охорони здоров'я, особливо в країнах, що перебувають в процесі активної імплементації регулювання ЄС.

Дослідження доповнює академічну дискусію щодо імплементації європейських політик у сфері транскордонної охорони здоров'я. На відміну від більшості робіт, які аналізують директиву 2001/24/EU або Регламенти 883/2004 та 987/2009 окремо, у цьому дослідженні розглядаються обидві схеми регулювання як взаємопов'язані механізми, що співіснують у практичній площині реалізації.

Окрім того, робота зосереджена на країнах, які проходили процес імплементації або в момент набуття членства в ЄС, або в його перші роки. Це дозволило зафіксувати динаміку адаптаційного тиску ЄС і виявити, як різні рівні інституційної готовності впливають на результат. Таким чином, дослідження вносить уточнення у загальне розуміння механізмів європеїзації в секторальних політиках, підтверджуючи значення не лише формального законодавчого узгодження, але й організаційної спроможності як критичного чинника ефективної реалізації.

Робота також демонструє приклад операціоналізації ефективності імплементація через комбінацію якісних та напівкількісних індикаторів що може бути використана для подальших досліджень у суміжних галузях політики.

Попри підтвердження теоретичних очікувань і системний характер проведеного аналізу, дослідження має низку обмежень, пов'язаних як із доступністю даних, так з особливостями обраного підходу.

По-перше, дослідження ґрунтується на аналізі лише трьох кейсів, що обмежує можливість загального узагальнення на всі країни кандидати. По-друге, для окремих індикаторів (зокрема, щодо кадрової спроможності та регіональної доступності в Румунії), не вдалося отримати повний набір кількісних показників. У таких випадках оцінювання проводилося на основі описового аналізу або з використанням усереднення лише по наявних даних. Це може впливати на точність порівняння між країнами, хоча не заперечує загальних тенденцій.

Крім того, оцінювання ефективності імплементації здійснюється за допомогою шкал, що поєднують описові та кількісні критерії. Такий підхід дозволяє структурувати дані та забезпечує внутрішню логіку порівняння, однак не виключає суб'єктивного елементу в оцінці, особливо у випадках фрагментованих або непрямих джерел.

З огляду на ці обмеження, результати дослідження варто інтерпретувати як аналітичну реконструкцію причинно-залежних механізмів на основі порівняння типових кейсів, а не як узагальнення, що підлягає екстраполяції на всі країни кандидати ЄС. Попри окремі прогалини в даних, зібраної емпіричної інформації виявилось достатньо для досягнення цілей дослідження та перевірки сформульованих теоретичних очікувань. По кожній країні вдалося отримати повний або переважно повний набір значень для індикаторів інституційної адаптації, інституційної спроможності та ефективності, що дозволило провести порівняння між країнами за кожною змінною.

У випадках, коли кількісні дані були відсутні або неповні, оцінювання здійснювалося на основі контент-аналізу офіційних документів, звітів та структурних характеристик систем охорони здоров'я. Усі оцінки були засновані на чітко визначених шкалах, що дозволяє вважати отримані результати внутрішньо послідовними та логічно обґрунтованими.

Крім того, використання пошукового дизайну дозволяє не вимагати повної репрезентативності вибірки: аналітична мета полягає не у статистичному узагальненні, а в реконструкції механізмів, через які інституційні характеристики впливають на

ефективність імплементації. Для цього якісного та напівкількісного матеріалу виявилось достатньо.

Проведене дослідження відкриває низку напрямків для подальшого вивчення процесів імплементації політик транскордонної охорони здоров'я. По-перше, доцільним є розширення порівняльного аналізу на інші країни-члени ЄС, зокрема ті, що мали схожі умови вступу або демонструють гібридні моделі адміністрування у сфері охорони здоров'я (наприклад, Болгарія, Словаччина, Литва).

По-друге, перспективним виглядає кількісний аналіз на ширшій вибірці країн з використанням офіційних статистичних баз ЄС (наприклад, даних про форми S1/S2/ENIC та запити на відшкодування) для перевірки казуальних зв'язків на рівні Євросоюзу. Також можливим є застосування панельного аналізу або методів Data Envelopment Analysis (як у Ibrahim et al., 2018) для формалізації висновків про ефективність.

Нарешті, окремого дослідження потребує ситуація в Україні, яка ще не є стороною цих механізмів, але активно працює на адаптацію до них у контексті майбутнього членства в ЄС. Аналіз адміністративної, цифрової та інституційної готовності української системи охорони здоров'я до імплементації відповідних регулювань може слугувати не лише академічною вправою, а й практичним внеском у процеси інтеграції.

ПРОПОНОВАНІ ЗМІНИ ДО ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ

Результати дослідження підтверджують, що імплементація транскордонної охорони здоров'я відповідно до Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/EU потребує від України глибокої перебудови інституційних механізмів, внесення змін до нормативної бази та розбудови нових процесів. Формальне зобов'язання забезпечити повну відповідність (згідно з результатами скринінгу за розділом 28 *acquis*) наразі не супроводжується національними програмами, концепціями чи чітко артикульованими політичними рішеннями.

Варто підкреслити розподіл відповідальності стосовно імплементації обох схем транскордонної охорони здоров'я між українськими органами державної влади. Впровадження механізму координації соціального забезпечення (Регламенти 883/2004 та 987/2009) належить до сфери відповідальності Міністерства соціальної політики України. А що стосується правового режиму індивідуального доступу відповідно до Директиви 2011/24/EU - відповідальність концентрується на Міністерстві охорони здоров'я.

Відповідно до Плану заходів з виконання рекомендацій Європейської Комісії, представлених у Звіті про прогрес України в рамках Пакета розширення Європейського Союзу 2024 року, затвердженому Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 березня 2025 р. № 300-р (Кабінет Міністрів України, 2025), до завдань МОЗ України було додано затвердження дорожньої карти імплементації Регламенту 883/2004 Європейського Парламенту та Ради від 29 квітня 2004 р. про координацію систем соціального забезпечення в частині універсального медичного страхування та впровадження картки медичного страхування, що дозволить надалі забезпечити більш скоординовану імплементацію обох схем транскордонної охорони здоров'я.

Україна вже володіє частковими елементами потенційної інфраструктури - зокрема, розвиненими цифровими інструментами, досвідом адміністрування програми медичних гарантій для близько 35 млн громадян та адміністрування програми МОЗ щодо направлення громадян на лікування за кордоном. Це створює передумови для обґрунтованого і поетапного переходу від декларацій відповідності до фактичного впровадження.

У цьому розділі сформульовано вісім пропозицій до публічної політики, які не є інструкціями до реалізації, а можуть слугувати орієнтирами для прийняття політичних і адміністративних рішень у сфері імплементації транскордонної охорони здоров'я.

1. Запустити моделювання сценаріїв імплементації з урахуванням двосторонньої мобільності пацієнтів

На сьогодні відсутня будь-яка публічна доступна оцінка потенційного навантаження на систему охорони здоров'я пов'язаного з реалізацією механізмів транскордонної охорони здоров'я. Однак результати дослідження підкреслюють, що імплементація передбачає не лише обробку звернень громадян України щодо лікування в інших країнах-членах ЄС, а й надання медичної допомоги громадянам ЄС в Україні. В обох випадках система охорони здоров'я повинна мати ресурси для обслуговування, механізми верифікації документів, тарифікації послуг, обліку

звернень, формування фінансових претензій до компетентних установ інших країн-членів ЄС та забезпечення таких претензій отриманих від них.

Моделювання має охоплювати такі компоненти:

- кількість потенційних звернень за ЕНІС, S1, S2, запитами на відшкодування та обсяги фінансового навантаження при використанні цих інструментів;
- обсяги надання допомоги громадянам інших країн ЄС з прогнозуванням регіонального розподілу навантаження;
- адміністративну здатність обробляти запити громадян України та інших країн-членів ЄС;
- ризики переплати або недоотримання компенсації через відсутність прозорості та відповідної схематранскордонної охорони здоров'я тарифної системи.

Без моделювання ці процеси залишаться непрозорими й ризиковими для системи охорони здоров'я як з фінансової, так і з управлінської парадигми. Додатково варто підкреслити потребу в оцінці потенційного впливу поточного рівня міграції українців до країн-членів ЄС з врахуванням того, що ті громадяни України, які на момент набуття Україною членства, залишатимуться під механізмами за стандартами тимчасового захисту відповідно Директиви 2001/55/ЄС та поза штатними системами соціального та медичного страхування в країнах свого перебування, потенційно спровокують пікове навантаження на систему охорони здоров'я України. Це потребує додаткового детального бюджетного моделювання на систему фінансування охорони здоров'я з напрацюванням релевантних системних та процесних запобіжників або формуванням відповідних положень переговорної позиції України.

2. Паралельно передбачити освітню та аналітичну підтримку управлінських структур

Порівняльний аналіз досвіду країн-членів ЄС, що реалізували транскордонні механізми охорони здоров'я на різних етапах членства, свідчить про важливість достатнього інституційного розуміння політики ще до моменту її формальної імплементації. З огляду на це, в Україні доцільно до початку практичної імплементації передбачити базову аналітичну та освітню підтримку установ, які потенційно будуть залучені до реалізації:

- підготовка стислих пояснювальних матеріалів щодо логіки механізмів Директиви 2011/24/EU та Регламентів 883/2004, 987/2009;
- уточнення ролей інструментів (ЕНІС, S1, S2, запити на компенсацію тощо);
- за можливості - інтеграція теми транскордонної охорони здоров'я в поточні програми навчання у сфері публічного адміністрування охорони здоров'я.

Ці заходи можуть знизити ризики концептуального розриву між нормами *acquis* та інституційною готовністю до їх реалізації.

3. Сформулювати інституційну модель реалізації транскордонної охорони здоров'я

Досвід країн-членів ЄС свідчить що ефективна імплементація механізмів транскордонної охорони здоров'я потребує не лише формального нормативного узгодження, а й чіткого інституційного розподілу функцій. У випадках, коли такі функції залишалися невизначеними або розпорошеними між кількома установами (наприклад, Румунія), запуск системи відбувався із затримками та низьким рівнем використання механізмів пацієнтами.

Для України, де замість моделі соціального медичного страхування діє система фінансування охорони здоров'я через державну програму медичних гарантій, питання інституційного закріплення функцій має вирішальне значення. Відсутність механізмів індивідуального відшкодування витрат пацієнтам (як це передбачено директивою 2011/24/EU), а також відсутність механізму довгострокової реєстрації права на медичне обслуговування в іншій країні (аналогічно до S1) - потребують окремого нормативного регулювання та уточнення повноважень між установами.

У подальшому формуванні політики доцільно:

- визначити інституційну рамку з чітким розмежуванням функцій між органами, відповідальними за:
 - формування політик у сфері координації систем соціального забезпечення в цілому та в частині медичних послуг в натуральній формі зокрема (компетентні органи);
 - адміністрування транскордонних механізмів введення реєстрів застрахованих осіб та адміністрування процесів транскордонної охорони здоров'я (компетентні установи);
 - забезпечення функціонування Національного контактного центру;
 - фізичний прийом документів, ідентифікацію пацієнтів у регіонах (для осіб поза цифровими інструментами);
- забезпечення внутрішньоурядову координацію між МОЗ, НСЗУ, Мінсоцполітики та ПФУ;
- розглянути можливість делегування окремих сервісних функцій, наприклад отримання та первинне опрацювання заяв у паперовій формі до мережі Центрів надання адміністративних послуг (ЦНАП) - за умови збереження операційного контролю за профільною компетентною установою.

У разі відсутності такого рішення до моменту проєктування цифрових і процедурних компонентів зростає ризик дублювання повноважень, фрагментації процесів та зниження ефективності реалізації політик в цілому.

4. Підготувати та затвердити концепцію впровадження транскордонної охорони здоров'я

Формування єдиної концепції впровадження транскордонної охорони здоров'я є необхідним кроком до системного запуску відповідної політики. Як свідчить порівняльний досвід країн-членів ЄС, відсутність узгодженого бачення щодо адміністративної логіки, розподілу повноважень, рівня цифровізації процесів і джерел фінансування - призводила до фрагментованої імплементації, що не гарантувала фактичного доступу пацієнтів до послуг.

Для України концепція має виконувати функцію перехідного рамкового документа, що поєднує вимоги acquis з особливостями моделі системи охорони здоров'я, яка функціонує в Україні. Її розробка доцільна як передумова для подальших нормативних змін, розбудови цифрової інфраструктури та двосторонньої співпраці з країнами ЄС.

До змісту концепції мають увійти:

- етапність впровадження ключових механізмів;
- окремі сценарії для громадян України за кордоном та іноземців які звертаються за допомогою в Україні
- узгоджена інституційна модель реалізації (відповідальні органи, взаємодія, делегування функцій, обмеження або квоти)
- цифрова логіка (які функції реалізуються в електронній системі охорони здоров'я та/або в інших системах, як здійснюється інтеграція);
- можливості пілотного запуску механізмів у рамках двосторонніх угод з країнами-членами

Концепція може бути ухвалена на рівні рішення Кабінету Міністрів України з подальшим перетворенням на національний план імплементації. Її публічне обговорення та міжвідомче погодження також сприятиме усуненню потенційних конфліктів повноважень та узгодженню бачення між ключовими органами.

5. Підготувати нормативно-правову основу реалізації транскордонної охорони здоров'я

Після завершення етапів моделювання, погодження інституційної моделі та затвердження концепції впровадження, наступним кроком має стати розробка відповідної нормативно-правової бази. Вона повинна забезпечити правову визначеність для ключових механізмів транскордонної охорони здоров'я, закріпити повноваження відповідальних органів, унормувати процедури для пацієнтів та створити умови для проведення фінансових розрахунків.

Доцільним є розгляд варіанту ухвалення окремого Закону України Про транскордонну охорону здоров'я, який би:

- структурував реалізацію механізмів передбачених Директивою 2011/24/EU та Регламентами 883/2004, 987/2009;
- закріпив перелік компетентних органів та установ, їх зони відповідальності, а також порядок взаємодії;
- визначив статус та особливості функціонування Національного контактного пункту;
- передбачив інструменти подання, обробки та верифікації звернень громадян України та громадян інших країн-членів ЄС;
- надав рамку для визначення в порядку компенсації, тарифікації, форм претензій та каналів обміну інформацією з фондами інших країн-членів.

У межах цього ж закону доцільно передбачити внесення змін до інших галузевих законів (зокрема у сфері охорони здоров'я, державних фінансових гарантій,

соціального страхування та адміністративних процедур) - відповідно до того, як це впливе з погоджених процесів.

Зміст цих змін має бути обґрунтований на основі попередніх аналітичних етапів та розробленої інституційної конфігурації.

6. Розробити цифрову модель реалізації механізмів транскордонної охорони здоров'я

Цифрова інфраструктура є критичним елементом для ефективного впровадження транскордонної охорони здоров'я. Як свідчить досвід країн-членів ЄС, лише за умови цифрової інтеграції між національними системами охорони здоров'я, фондами соціального забезпечення та пацієнтами можливе повноцінне ефективне адміністрування інструментів транскордонної охорони здоров'я. Водночас спонтанне або технічно ізольоване впровадження окремих цифрових сервісів до завершення моделювання процесів може призвести до дублювання функціоналу, неузгодженості систем та невиправданого навантаження на установи.

Для України яка вже має технічну основу у вигляді електронної системи охорони здоров'я і досить цифрової комунікації з громадянами, доцільно сформувати цифрову архітектуру як похідну від затвердженої інституційної моделі. Ще одним важливим елементом є врахування вимог до сумісності з ключовою європейською інфраструктурою (EESSI, MyHealth@EU). На даному етапі критично значущим буде також синхронізація з напрямком інтеграції України до Європейського простору даних про здоров'я (EHDS) відповідно до імплементації Регламенту 327/2025 (European Union, 2014).

7. Забезпечити інституційну спроможність та кадрову готовність для реалізації транскордонної охорони здоров'я

Реалізація транскордонної охорони здоров'я передбачає появу значної кількості нових управлінських, процедурних та технічних процесів, які потребуватимуть окремих інституційних структур, фахових команд і сталої підтримки. Як свідчить досвід країн-членів ЄС, інституції, які адмініструють ці процеси, мають кадрові ресурси, розподілені між функціями перевірки прав, реєстрації, обробки запитів, верифікації документів, комунікації з фондами інших країн та супроводу цифрових рішень.

На момент написання дослідження в Україні відсутні спеціалізовані підрозділи, відповідальні за впровадження механізмів Регламентів 883/2004, 987/2009 чи Директиви 2011/24/EU. Потенційна передача таких функцій Національній службі здоров'я України (НСЗУ) без нарощення її спроможності, зокрема кадрової та технологічної, створить високі ризики фрагментованої реалізації, перевантаження системи та зниження ефективності поточних процесів.

Для мінімізації таких ризиків доцільно:

- передбачити створення спеціалізованих підрозділів у визначених компетентними органах та установах, відповідальних за реалізацію механізмів транскордонної охорони здоров'я;

- оцінити необхідну чисельність персоналу на основі моделювання очікуваного навантаження;
- забезпечити довгострокову кадрову підтримку - включно з навчанням, оновленням процедур та можливістю розширення у разі масштабування механізмів.

Цей напрям потребує нормативного підкріплення шляхом визначення повноважень відповідних органів та забезпечення відповідного фінансування.

8. Розглянути можливість поетапного пілотного впровадження в межах двосторонніх механізмів

У процесі адаптації до регулювання ЄС важливо забезпечити не лише нормативну та інституційну готовність, а й поступову практичну апробацію механізмів. Пілотні проєкти у сфері транскордонної охорони здоров'я можуть дати змогу виявити практичні бар'єри, уточнити цифрові та адміністративні рішення, а також створити основу для двосторонньої координації з країнами-членами ЄС.

Водночас пілотування немає відбуватися до завершення базових аналітичних кроків - зокрема моделювання процесів, затвердження концепції і базового нормативного регулювання. Без цього пілот ризикує перетворитися на фрагментований експеримент без інституційної наступності.

Після завершення попередніх етапів можливо:

- розглянути пілотне впровадження окремих механізмів в рамках рамкових двосторонніх угод з країнами-сусідами, які мають спільні регіони;
- використовувати пілотні проєкти як інструмент перевірки технічних сценаріїв обміну інформацією, узгодження тарифів, інтерфейсів та комунікацій з фондами інших країн;
- забезпечити супровід пілотних проєктів аналітикою, щоб результати лягли в основу масштабування механізмів після набуття членства.

Пілотування немає замінювати загальнонаціональну політику, але може слугувати її логічним мостом - за умови чіткої процесної рамки та наявності ресурсів для реалізації

Запропоновані орієнтири окреслюють ключові передумови для впровадження транскордонної охорони здоров'я в Україні: від моделювання процесів до розробки нормативної бази, цифрової та інституційної інфраструктури. Вони не замінюють політичних рішень, але можуть слугувати рамкою для формування політики, що відповідатиме як вимогам ЄС, так і інтересам пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Кабінет Міністрів України. (2025). *Розпорядження від 28 березня 2025 р. № 300-р “Про затвердження плану заходів з виконання рекомендацій Європейської Комісії, представлених у Звіті про прогрес України в рамках Пакета розширення Європейського Союзу 2024 року”*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/300-2025-%D1%80#Text>

Azzopardi-Muscat, N., Funk, T., Buttigieg, S. C., Grech, K. E., & Brand, H. (2016). Policy challenges and reforms in small EU member state health systems: a narrative literature review. *The European Journal of Public Health*, 26(6), 916-922.

Baeten, R. (2011). Past impacts of cross-border health care. In M. Wismar (Ed.), *Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and Analysing Practices and Policies*. World Health Organization.

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

Baeten, R., Spasova, S., Coster, S., & Vanhercke, B. (2018). *Inequalities in Access to Healthcare: A Study of National Policies 2018*. Publications Office of the European Union.

Bortfeldt, A. (2020). *Disparities in EU legal instruments regarding crossborder healthcare : A comparative study of Regulation 883/2004 and Directive 2011/24/EU and their potential effect on Union goals; especially the free movement provisions* [Dissertation]. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-185270>

Börzel, T., & Risse, T. (2000). When Europe hits home: Europeanization and domestic change. *European integration online papers (EIoP)*, 4(15).

Börzel, T., & Risse, T. (2003). Conceptualizing the Domestic Impact of Europe. In K. Featherstone & C. M. Radaelli (Eds.), *The Politics of Europeanization*. OUP Oxford.

Brooks, E., & Guy, M. (2021). EU health law and policy: shaping a future research agenda. *Health Economics, Policy and Law*, 16(1), 1-7.

Cassell, C., & Symon, G. (Eds.). (2004). *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. SAGE Publications.

Council of the European Union. (2022). *Council Implementing Decision (EU) 2022/382 of 4 March 2022 establishing the existence of a mass influx of displaced persons from Ukraine within the meaning of Article 5 of Directive 2001/55/EC*. Official Journal of the European Union. https://eur-lex.europa.eu/eli/dec_impl/2022/382/oj/eng

Court of Justice of the European Union. (1998). *Raymond Kohll v Union des caisses de maladie* (Case C-158/96) (ECLI:EU:C:1998:171). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:61996CJ0158>

Court of Justice of the European Union. (2006). *Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust* (Case C-372/04) (ECLI:EU:C:2006:325). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:62004CJ0372>

Court of Justice of the European Union. (2010). *Rosenbladt Elchinov v Natsionalna zdravnoosigurnitelna kasa* (Case C-173/09) (ECLI:EU:C:2010:581). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:62009CJ0173>

Craig, P., & de Búrca, G. (2011). *EU Law: Text, Cases, and Materials*. OUP Oxford, USA.

Croatia. (1993). *Zakon o zdravstvenom osiguranju* [Law on Health Insurance]. *Narodne novine*, No. 75/1993. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/1993_08_75_1535.html

Croatia. (2013a). *Zakon o provedbi uredbi Europske unije o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti* [Law on the implementation of European Union regulations on the coordination of social security systems]. *Narodne novine*, No. 54/2013. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2013_05_54_1078.html

Croatia. (2013b). *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju* [Law on Mandatory Health Insurance]. *Narodne novine*, No. 80/2013. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2013_06_80_1666.html

Croatia. (2013c). *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj* [Law on Mandatory Health Insurance and Healthcare for Foreigners in the Republic of Croatia]. *Narodne novine*, No. 80/2013. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2013_06_80_1667.html

European Commission. (2016). *Coordination of social security systems at a glance*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <https://op.europa.eu/s/z5Lb>

European Commission. (2017a). *Coordination of social security systems at a glance*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <https://op.europa.eu/s/z5Lc>

European Commission. (2017b). *Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Year 2015*. Directorate-General for Health and Food Safety https://health.ec.europa.eu/latest-updates/member-state-data-cross-border-healthcare-year-2015-2016-10-24_en

European Commission. (2018a). *Coordination of social security systems at a glance*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <https://op.europa.eu/s/z5Le>

European Commission. (2018b). *Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Year 2016*. Directorate-General for Health and Food Safety https://health.ec.europa.eu/publications/member-state-data-cross-border-healthcare-year-2016_en

European Commission. (2019a). *Coordination of social security systems at a glance*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <https://op.europa.eu/s/z5Ld>

European Commission. (2019b). *Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Year 2017*. Directorate-General for Health and Food Safety https://health.ec.europa.eu/publications/member-state-data-cross-border-healthcare-year-2017_en

European Commission. (2020a). *Coordination of social security systems at a glance*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <https://op.europa.eu/s/z5Lb>

European Commission. (2020b). *Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Year 2018*. Directorate-General for Health and Food Safety https://health.ec.europa.eu/publications/member-state-data-cross-border-healthcare-year-2018_en

European Commission. (2021a). *Coordination of social security systems at a glance*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <https://op.europa.eu/s/z5La>

European Commission. (2021b). *Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Year 2019*. Directorate-General for Health and Food Safety https://health.ec.europa.eu/latest-updates/member-state-data-cross-border-healthcare-year-2019-2021-03-17_en

European Commission. (2022). *Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Year 2020*. Directorate-General for Health and Food Safety https://health.ec.europa.eu/latest-updates/member-state-data-cross-border-healthcare-year-2020-2021-12-17_en

European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. (2022). *Study on enhancing the implementation of the Cross-Border Healthcare Directive 2011/24/EU to ensure patient rights in the EU* [Final report]. <https://health.ec.europa.eu/publications/study->

[enhancing-implementation-cross-border-healthcare-directive-201124eu-ensure-patient-rights-eu_en](#)

European Union. (2001). *Council Directive 2001/55/EC of 20 July 2001 on minimum standards for giving temporary protection in the event of a mass influx of displaced persons and on measures promoting a balance of efforts between Member States in receiving such persons and bearing*. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2001/55/oj>

European Union. (2009). *Regulation (EC) No 987/2009 of the European Parliament and of the Council of 16 September 2009 laying down the procedure for implementing Regulation (EC) No 883/2004 on the coordination of social security systems*. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32009R0987>

European Union. (2011). *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*. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024>

European Union. (2012). *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>

European Union. (2014). *Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems*. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32004R0883>

European Union. (2018). *Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU)*. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A12008E>

European Union. (2025). *Regulation (EU) 2025/327 of the European Parliament and of the Council of 7 February 2025 on the European Health Data Space and amending Regulation (EU) No 910/2014*. Official Journal of the European Union. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj/eng>

European Union & Ukraine. (2014). *Association Agreement between the European Union and its Member States, of the one part, and Ukraine, of the other part*. Official Journal of the European Union. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A22014A0529\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A22014A0529(01))

George, A. L., & Bennett, A. (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences (BCSIA Studies in International Security)*. MIT Press.

- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A Typology of Cross-border Patient Mobility. *Health & place*, 16(6), 1145-1155.
- Greer, S., Hervey, T. K., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Health law and policy in the European Union. *The Lancet*, 381(9872), 1135-1144.
- Greer, S. L. (Ed.). (2022). *Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies But Were Afraid to Ask*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ibrahim, M. D., Hocaoglu, M. B., Numan, B., & Daneshvar, S. (2018). Estimating efficiency of Directive 2011/24/EU cross-border healthcare in member states. *Journal of comparative effectiveness research*, 7(8), 827-834.
- Jäkel, C. (2015). *Cross-border Healthcare in the European Member States—An exploratory study on the adaption of the Directive 2011/24/EU* [Bachelor's thesis, University of Twente].
- Jorens, Y., & Van Overmeiren, F. (2009). General principles of coordination in Regulation 883/2004. *European journal of social security*, 11(1-2), 47-79.
- Kifmann, M., & Wagner, C. (2013). Implications of the EU Patients' Rights Directive in Cross-Border Healthcare on the German Sickness Fund System. In R. Levaggi & M. Montefiori (Eds.), *Health Care Provision and Patient Mobility: Health Integration in the European Union*. Springer Milan.
- Knill, C., & Lenschow, A. (2005). Compliance, competition and communication: Different approaches of European governance and their impact on national institutions. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 43(3), 583-606.
- Lamping, W., & Steffen, M. (2009). European union and health policy: the “chaordic” dynamics of integration. *Social Science Quarterly*, 90(5), 1361-1379.
- Levaggi, R., & Montefiori, M. (Eds.). (2013). *Health Care Provision and Patient Mobility: Health Integration in the European Union*. Springer Milan.
- Martinsen, D. S., & Schrama, R. (2021). Networked health care governance in the European Union. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 46(1), 93-116.
- Mossialos, E. (Ed.). (2010). *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*. Cambridge University Press.
- Mossialos, E., McKee, M., Palm, W., Karl, B., & Marhold, F. (2001). *The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union* [Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union].

Nordeng, Z., & Veggeland, F. (2020). The implementation of European Union (EU) rules on cross-border care: moving towards convergence? *Health Economics, Policy and Law*, 15(2), 141-159.

Ostrom, E. (2009). *Understanding Institutional Diversity*. Princeton University Press.

Palm, W., & Glinos, I. A. (2010). Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination. In E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, & T. K. Hervey (Eds.), *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*. Cambridge University Press.

Poland. (2003). *Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* [Act of 23 January 2003 on general insurance in the National Health Fund]. *Dziennik Ustaw*, 2003(45), poz. 391. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20030450391>

Poland. (2004). *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* [Act on health care services financed from public funds of 27 August 2004]. *Dziennik Ustaw*, 2004(210), poz. 2135. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>

Poland. (2013). *Ustawa z dnia 8 listopada 2013 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrożeniem Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* [Act of 8 November 2013 amending certain acts in connection with the implementation of the Electronic Exchange of Social Security Information (EESSI) system in the territory of the Republic of Poland]. *Dziennik Ustaw*, 2013(1623). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001623>

Poland. (2014). *Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* [Act of 10 October 2014 amending the Act on health care services financed from public funds and certain other acts]. *Dziennik Ustaw*, 2014(1491). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20140001491>

Radaelli, C. M. (2002). The domestic impact of European Union public policy: Notes on concepts, methods, and the challenge of empirical research. *Politique européenne*, 5(1), 105-136.

Romania. (1997). *Legea nr. 145/1997 privind asigurările sociale de sănătate* [Law No. 145/1997 on social health insurance]. *Monitorul Oficial al României*, Partea I, Nr. 178. <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/11801>

Romania. (2006). *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății* [Law No. 95/2006 on healthcare reform]. *Monitorul Oficial al României*, Partea I, Nr. 372. <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>

Romania. (2014). *Legea nr. 112/2014 pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 2/2014 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății* [Law No. 112/2014 approving Government Emergency Ordinance No. 2/2014 amending and supplementing Law No. 95/2006 on healthcare reform]. *Monitorul Oficial al României*, Partea I, Nr. 506. <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/162001>

Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & van Ginneken, E. (2011). *Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and Analysing Practices and Policies*. World Health Organization.

ДОДАТКИ

Додаток 1. Особливості функціонування документів застрахованих осіб в ЄС

Документ	Регулювання	Що регулює	Для чого використовується	Коли та де застосовується	Хто оплачує медичну допомогу
Портативний документ A1 (PD A1)	Регламент 883/2004: ст. 11–16	Визначення законодавства, що застосовується до працівника (тимчасове відрядження, робота в кількох країнах), включаючи правила щодо форми A1	Підтверджує, що особа залишається застрахованою в країні походження, у т.ч. для того медичних прав	Відрядження, робота в кількох країнах. Працедавець, працівник, податкові органи та інспекції праці в іншій країні.	Країна, що видала PD A1 (через систему форм, зокрема S1 або EHIC)
	Регламент 987/2009: ст. 14–19	Основні правила визначення однієї системи соціального забезпечення			
Європейська картка медичного страхування (EHIC)	Регламент 883/2004: ст. 19	Право на негайну медичну допомогу під час тимчасового перебування за кордоном	Доступ до невідкладної медичної допомоги під час тимчасового перебування в іншій країні ЄС	Відпустка, короткий візит, навчання. Будь-яка країна ЄС/ЄАВТ під час короткострокового перебування (відрядження, відпустка тощо)	Країна страхування (виставляється рахунок через EHIC)
	Регламент 987/2009: ст. 25–26	Опис механізму використання EHIC, обмін інформацією між установами			
Форма S1 (Реєстрація в системі охорони здоров'я в країні проживання)	Регламент 883/2004: ст. ст. 17, 24–26	Право на медичну допомогу в країні проживання для застрахованих в іншій країні (пенсіонери, прикордонники, члени сімей)	Реєстрація у системі охорони здоров'я країни проживання, якщо страхування збережено в іншій країні	Тривале проживання в іншій країні (пенсіонери, сім'ї) Медичні заклади у країні проживання (за	Країна страхування (оплачує витрати через реєстрацію S1)

Документ	Регулювання	Що регулює	Для чого використовується	Коли та де застосовується	Хто оплачує медичну допомогу
	Регламент 987/2009: ст. ст. 24–30	Технічні деталі застосування, реєстрація S1, адміністративні правила		кордоном)	
Форма S2 (Попередній дозвіл на планове лікування за кордоном)	Регламент 883/2004: ст. 20	Право на планове лікування за кордоном за дозволом установи (NFZ) та коштом системи страхування	Отримання планової медичної допомоги за кордоном із дозволом та компенсацією	Планове лікування за кордоном при медичних підставах. Заклади охорони здоров'я в країні лікування	Країна страхування (за попереднім дозволом)
	Регламент 987/2009: ст. 26	Процедури видачі дозволу, форма S2 (раніше E112)			

Додаток 2. Розроблені шкали для оцінки індикаторів

Змінна	Індикатор	5	4	3	2	1
Інституційна адаптація	1. Повнота законодавчих змін для імплементації Регламенту 883/2004 та Директиви 2011/24/ЄС	законодавчі зміни повністю імплементують Регламент і Директиву	переважно повна імплементація з незначними прогалинами	часткова імплементація, важливі положення пропущено	мінімальні законодавчі зміни	законодавчі зміни відсутні або абсолютно неадекватні
	2. Своєчасність прийняття законодавчих змін	законодавчі зміни прийняті вчасно або із затримкою до 6 місяців	затримка 6–12 місяців	затримка 1–2 роки	затримка 2–3 роки	затримка понад 3 роки або відсутність реальної транспозиції
	3. Своєчасність імплементації адміністративних процедур	адміністративні механізми запущені одночасно з прийняттям законодавства або із затримкою до 6 місяців	затримка запуску 6–12 місяців	затримка 1–2 роки	затримка 2–3 роки	затримка понад 3 роки або відсутність функціонування механізмів

Змінна	Індикатор	5	4	3	2	1
	4. Наявність правових колізій у національному законодавстві після завершення імплементації	відсутність правових колізій після імплементації	дрібні процедурні розбіжності без істотного впливу	помітні правові колізії, що ускладнюють реалізацію прав	значні суперечності між нормами права	прямі правові колізії, що унеможливають реалізацію транскордонних прав
Інституційна спроможність	1. Наявність електронних сервісів для оформлення ЄНІС, S1, S2 та заяв на попередній доступ та відшкодування	Можливість онлайн-подачі заяв для всіх 5 видів документів (централізовано або через регіональні платформи)	Можливість онлайн-подачі заяв для 3-4 видів документів (централізовано або через регіональні платформи)	Можливість онлайн-подачі заяв для 1-2 видів документів або більшої кількості але без централізованого регулювання через регіональні платформи	Можливість онлайн-подачі заяв для 1 виду документів	Відсутність навіть часткової онлайн-подачі
	2. Наявність регіональної доступності до оформлення транскордонних документів (ЄНІС, S1, S2)	Середня площа на 1 офіс < 1 000 км ²	1 000 км ² - 2 000 км ² на 1 офіс	2 000 км ² - 3 000 км ² на 1 офіс	3 000 км ² - 4 000 км ² на 1 офіс	> 4 000 км ² на 1 офіс

Змінна	Індикатор	5	4	3	2	1
	3. Кількість працівників компетентних установ, відповідальних за обробку документів із транскордонної охорони здоров'я на 1 млн населення	>150 працівників на 1 млн населення	100–150 працівників	70-100 працівників	40-70 працівників	<40 працівників
	4. Час обробки заяв на отримання ЕНІС, S1, S2	Заяви обробляються в межах 10 робочих днів для більше ніж 2 з 5 заяв	11–20 робочих днів для більше ніж 2 з 5 заяв	21–30 робочих днів для більше ніж 2 з 5 заяв	31–60 робочих днів для більше ніж 2 з 5 заяв	>60 робочих днів або строки не регламентовані для більше ніж 2 з 5 заяв
	5. Структура організаційної моделі (централізована чи децентралізована)	Централізована або ефективно врегульована децентралізована модель	Переважно централізована, але деякі елементи потребують координації	Часткова децентралізація, наявні координаційні проблеми	Відсутня чітка модель, високий рівень фрагментації	Повна дезорганізація, розпорошеність компетенцій
Ефективність	1. Кількість інформаційних запитів щодо транскордонної охорони здоров'я	> 500	300–500	150–299	50–149	<50
	2. Доступність оформлення ЕНІС	> 100 000	70 000–100 000	30 000–69 999	10 000–29 999	<10 000

Змінна	Індикатор	5	4	3	2	1
	3. Реалізація права на отримання планового лікування за S2	> 100	50–100	10–49	1–9	<1
	4. Реалізація права на отримання медичних послуг за S1	> 500	300–499	100–299	50–99	<50
	5. Обсяг запитів на попередній дозвіл лікування за Директивою 2011/24/ЄС	>5	3–5	1–2	0,5–0,9	<0,5
	6. Обсяг запитів на відшкодування витрат за Директивою 2011/24/ЄС	>100	50–99	20–49	10–19	<10

Додаток 3. Профіль країни-кейса - Польща

1. Загальні відомості²³⁴

Офіційний сайт МОЗ	https://www.gov.pl/web/zdrowie
Видача PD A1	Установа соціального страхування (Zakład Ubezpieczeń Społecznych - ZUS)
EHIC	Національний фонд здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ)
S1	Національний фонд здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ)
S2	Національний фонд здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ)
Компетентні органи по координації	Ст. 1 Закону Польщі про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів визначає Міністерство охорони здоров'я Польщі (Ministerstwo Zdrowia), в частині охорони здоров'я ст. 3 Закону Польщі про систему соціального страхування визначає Міністерство сім'ї, праці і соціальної політики (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej) в частині решти напрямів
Компетентні установи по координації	Ст. 25–27 та 51–53 Закону Польщі про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів визначає Національний фонд здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ), в частині охорони здоров'я Закон Польщі про систему соціального страхування визначає Фонд соціального страхування сільського господарства (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)), в частині сільського господарства Установу соціального страхування (Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS) в частині решти напрямків
Національний контактний пункт відповідно до Директиви	https://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/ Національний фонд здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ)
Дата і підстава створення Національний фонд здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ)	1.04.2003 / Закон від 23 січня 2003 р. про загальне страхування в Національному фонді здоров'я (Zakon o zdrowstvenom osiguranju https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20030450391) *Закон було скасовано як антиконституційний і на його заміну прийнято 27.08.2004 новий який застосовується до сьогодні

² <https://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/>

³ <https://isap.sejm.gov.pl/>

⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie>

2. Графік імплементації Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС у Польщі⁵⁶⁷⁸

Дата	Нормативний акт / подія	Що сталося / зміст в контексті транскордонної охорони здоров'я
31.03.1998	Початок переговорів про вступ	
13.12.2002	Завершення переговорів про вступ	
16.04.2003	Підписання Договору про вступ	
01.05.2004	Польща приєднується до ЄС	Автоматичне застосування Регламентів 1408/71 та 574/72 в Польщі
01.10.2004	Вступає в дію прийнятий 27.08.2004 Закон Польщі про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів (Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135)	Польща з запізненням імплементувала виконання регламентів 1408/71 та 574/72 в національне законодавство: - створено інституційно-процедурні основи для реалізації положень Регламентів ЄС; - визначено NFZ виконує функції компетентним органом; - встановлено функціонування документів що підтверджують права осіб та визначено ширше коло на кого поширюється обов'язкове страхування
01.06.2004	Регламент 883/2004 набирає чинності	Регламент набрав чинності, але не починає застосовуватися
27.10.2009	Регламент 987/2009 набирає чинності	Регламент набрав чинності, але не починає застосовуватися
01.05.2010	Регламенти 883/2004 та 987/2009 починають застосовуватися	Регламенти 883/2004 та 987/2009 починають застосовуватися в Польщі

⁵ <https://eur-lex.europa.eu/>

⁶ <https://isap.sejm.gov.pl/>

⁷ <https://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/>

⁸ <https://www.gov.pl/web/zdrowie>

Дата	Нормативний акт / подія	Що сталося / зміст в контексті транскордонної охорони здоров'я
24.04.2011	Директива 2011/24/ЄС набирає чинності	Початок процесу транспозиції в Польщі
25.10.2013	Кінцевий термін транспозиції Директиви	Польща мала завершити імплементацію Директиви, проте не завершила
01.05.2014	Вступає в дію прийнятий 08.11.2013 Закон Польщі про внесення змін до деяких законів у зв'язку з впровадженням електронного обміну інформацією про соціальне забезпечення на території Республіки Польща (Ustawa z dnia 8 listopada 2013 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrożeniem Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001623)	Польща даним законом в тому числі формально актуалізувала перелік регламентів, які є чинними та застосовуються
14.11.2014	Вступає в дію прийнятий 10.10.2014 Закон Польщі про внесення змін до Закону про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів, та деяких інших законів (Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1491) https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20140001491)	Польща завершила імплементацію Директиви з запізненням: - Визначено правила відшкодування витрат на лікування в іншій державі-члені ЄС; - Запроваджено механізм попереднього дозволу на певні види лікування за кордоном; - Встановлено функціонування Національного контактного пункту (Krajowy Punkt Kontaktowy – KPK NFZ); - Гармонізовано польське законодавство із Директивою 2011/24/ЄС відповідно до вимог ЄС.

3. Процеси отримання документів в межах Регламентів 883/2004, 987/2009⁹¹⁰¹¹

⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie>

¹⁰ <https://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/>

¹¹ <https://www.nfz.gov.pl/>

а. PD A1

Хто подає заяву?

Зазвичай роботодавець подає заяву на отримання PD A1 для свого працівника, якого відряджає на роботу за кордон.

Самозайняті особи подають заяву самостійно.

Де подати заяву?

Заяву можна подати в ZUS. Це можна зробити:

Електронно через платформу ZUS PUE (Platforma Usług Elektronicznych ZUS - Платформа електронних послуг ZUS). Це найзручніший спосіб.

У паперовій формі в будь-якому відділенні ZUS.

Процедура:

Потрібно заповнити відповідну форму заяви (наприклад, ZUS US-2).

Надати необхідні документи (наприклад, трудовий договір, інформацію про роботу за кордоном).

ZUS розглядає заяву та видає документ PD A1 (якщо всі умови виконано).

Важливість:

PD A1 є обов'язковим для працівників та самозайнятих осіб, які тимчасово працюють в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії.

Він звільняє від сплати внесків на соціальне страхування в країні, де виконується робота.

б. ЕНІС

Хто подає заяву?

Зазвичай роботодавець подає заяву на отримання PD A1 для свого працівника, якого відряджає на роботу за кордон.

Самозайняті особи подають заяву самостійно.

Де подати заяву?

Заяву можна подати в ZUS. Це можна зробити:

Електронно через платформу ZUS PUE (Platforma Usług Elektronicznych ZUS - Платформа електронних послуг ZUS). Це найзручніший спосіб.

У паперовій формі в будь-якому відділенні ZUS.

Процедура:

Потрібно заповнити відповідну форму заяви (наприклад, ZUS US-2).

Надати необхідні документи (наприклад, трудовий договір, інформацію про роботу за кордоном).

ZUS розглядає заяву та видає документ PD A1 (якщо всі умови виконано).

Важливість:

PD A1 є обов'язковим для працівників та самозайнятих осіб, які тимчасово працюють в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії.

Він звільняє від сплати внесків на соціальне страхування в країні, де виконується робота.

с. Форма S1

NFZ відіграє ключову роль у таких аспектах:

Реєстрація формуляра S1: Коли особа, застрахована в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії/Великобританії, переїжджає до Польщі для постійного проживання, вона повинна зареєструвати свій формуляр S1 в NFZ, щоб отримати доступ до медичних послуг у Польщі.

Надання інформації про формуляр S1: NFZ надає інформацію громадянам про їхні права та процедури, пов'язані з формуляром S1.

Визначення права на медичне обслуговування на підставі формуляра S1: NFZ перевіряє чинність формуляра S1 та визначає обсяг медичних послуг, на які має право його власник у Польщі.

Де саме в NFZ розглядаються питання S1?

Хоча NFZ як організація несе загальну відповідальність, конкретні завдання, пов'язані з формуляром S1, зазвичай виконуються на різних рівнях:

Відділення NFZ (Oddziały Wojewódzkie NFZ): Регіональні відділення NFZ є основними місцями, куди громадяни звертаються для реєстрації своїх формулярів S1 та отримання інформації.

Центральне управління NFZ (Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia): Центральне управління може розробляти загальну політику та настанови щодо формуляра S1 та контролювати їх застосування.

d. Форма S2

Роль NFZ у питаннях, пов'язаних з формуляром S2:

NFZ відіграє важливу роль у процесі отримання та використання формуляра S2, а саме:

Прийом заяв на S2: NFZ приймає заяви від осіб, які бажають отримати дозвіл на планове лікування в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії/Великобританії.

Оцінка заяв та видача S2: NFZ оцінює подані заяви на відповідність критеріям, визначеним законодавством ЄС, та видає формуляр S2 у разі їх схвалення.

Інформування про використання S2: NFZ надає інформацію пацієнтам про те, як використовувати формуляр S2 для отримання медичної допомоги за кордоном.

Де саме в NFZ розглядаються питання S2?

Як і у випадку з ЕНІС, питання S2 можуть розглядатися на різних рівнях в межах NFZ:

Регіональні відділення NFZ (Oddziały Wojewódzkie NFZ): Це місцеві офіси, куди пацієнти зазвичай подають заяви на отримання формуляра S2.

Вони відіграють ключову роль у розгляді заяв та видачі документів.

Центральне управління NFZ (Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia): Центральне управління може розробляти загальні правила та процедури, пов'язані з видачою та використанням формуляра S2.

Важливо пам'ятати:

Формуляр S2 дає право на отримання лише планового лікування, попередньо узгодженого та дозволеного NFZ.

Лікування має бути надане в рамках державної системи охорони здоров'я країни, де воно проводиться.

Якщо вам потрібна детальна інформація про конкретні вимоги та процедури, пов'язані з формуляром S2 в Польщі, рекомендую звернутися до офіційного веб-сайту NFZ (www.nfz.gov.pl) або зв'язатися з ними безпосередньо.

4. Відомості щодо використання механізмів Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС у 2015-2020 роках

Кількість інформаційних запитів щодо транскордонної охорони здоров'я (Директива 2011/24/ЄС) ¹²								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Письмових	Телефоном	Особисте звернення	Загальна	Запитів на 1 млн населення
2015	Польща	37 986 412	33 594 006	1 321	25 745	4 670	31 736	835
2016	Польща	37 970 087	35 030 191	1 085	11 648	3 406	16 139	425
2017	Польща	37 974 826	33 876 567	697	24 413	4 598	30 698	808
2018	Польща	37 974 750	33 938 793	805	17 548	5 880	24 233	638
2019	Польща	37 965 475	34 053 648	890	7 808	1 494	10 192	268
2020	Польща	37 899 070	34 052 570	243	1 914	332	2 489	66
								~507

Кількість запитів на попередній дозвіл (Директива 2011/24/ЄС) ¹³									
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Отримано	Надано	Відхилено	Відкликано/не прийнято	Отримано на 1 млн населення	Надано на 1 млн населення
2015	Польща	37 986 412	33 594 006	42	3	4	29	1,11	0,08
2016	Польща	37 970 087	35 030 191	38	1	1	25	1,00	0,03
2017	Польща	37 974 826	33 876 567	30	1	4	21	0,79	0,03
2018	Польща	37 974 750	33 938 793	21	1	1	н/д	0,55	0,03
2019	Польща	37 965 475	34 053 648	18	0	0	18	0,47	0,00
2020	Польща	37 899 070	34 052 570	9	0	0	9	0,24	0,00

¹² European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

¹³ European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

Кількість запитів на попередній дозвіл (Директива 2011/24/ЄС) ¹³									
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Отримано	Надано	Відхилено	Відкликано/ не прийнято	Отримано на 1 млн населення	Надано на 1 млн населення
								~0,69	

Кількість запитів на відшкодування (Директива 2011/24/ЄС) ¹⁴									
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Отримано	Відшкодовано	Відхилено	Відкликано/ не прийнято	Отримано на 1 млн населення	Відшкодовано на 1 млн населення
2015	Польща	37 986 412	33 594 006	4 872	3 747	82	271	128	99
2016	Польща	37 970 087	35 030 191	10 637	8 646	45	404	280	228
2017	Польща	37 974 826	33 876 567	18 974	17 146	249	560	500	452
2018	Польща	37 974 750	33 938 793	18 666	15 751	808	446	492	415
2019	Польща	37 965 475	34 053 648	14 741	15 575	392	257	388	410
2020	Польща	37 899 070	34 052 570	9 174	9 333	388	441	242	246
								~338	

Кількість Європейських карток медичного страхування (ЕНІС) (Регламенти 883/2004, 987/2009) ¹⁵								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Кількість виданих ЕНІС	Кількість виданих тимчасових посвідчень	Загальна кількість ЕНІС в обігу	% застрахованих осіб з ЕНІС	ЕНІС в обігу на 1 млн застрахованих осіб
2015	Польща	37 986 412	33 594 006	2 624 803	17 679	1 849 664	5,51	55 059

¹⁴ European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

¹⁵ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

Кількість Європейських карток медичного страхування (ЕНІС) (Регламенти 883/2004, 987/2009) ¹⁵								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Кількість виданих ЕНІС	Кількість виданих тимчасових посвідчень	Загальна кількість ЕНІС в обігу	% застрахованих осіб з ЕНІС	ЕНІС в обігу на 1 млн застрахованих осіб
2016	Польща	37 970 087	35 030 191	2 870 186	17 555	1 988 588	5,68	56 768
2017	Польща	37 974 826	33 876 567	3 381 324	19 741	3 322 208	9,81	98 068
2018	Польща	37 974 750	33 938 793	3 441 571	21 629	3 631 899	10,70	107 013
2019	Польща	37 965 475	34 053 648	3 686 722	22 000	4 164 201	12,23	122 284
2020	Польща	37 899 070	34 052 570	1 326 832	20 087	3 973 446	11,67	116 686
								~92 646

Планове лікування (форма S2)/Переміщення (форма S1) (Регламенти 883/2004, 987/2009) ¹⁶								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Кількість форм S2 видано	Кількість форм S2 видано на 1 млн населення	Кількість форм S1 в обігу, виданих країною-кейсом	Кількість форм S1 в обігу, виданих країною-кейсом на 1 млн населення	Кількість форм S1 в обігу, отриманих країною-кейсом
2015	Польща	37 986 412	33 594 006	108	3,21	12 599	375	120 643
2016	Польща	37 970 087	35 030 191	100	2,85	14 006	400	139 108
2017	Польща	37 974 826	33 876 567	111	3,28	14 967	442	157 067
2018	Польща	37 974 750	33 938 793	81	2,39	16 428	484	174 776
2019	Польща	37 965 475	34 053 648	58	1,70	17 215	506	184 957
2020	Польща	37 899 070	34 052 570	44	1,29	17 521	515	192 249
					~2,45		~453	

¹⁶ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

Статистичні дані загальні					
Рік	Країна-кейс	Населення ¹⁷	Кількість застрахованих осіб ¹⁸	Кількість співробітників компетентної установи ¹⁹	Кількість співробітників компетентної установи на 1 млн населення
2015	Польща	37 986 412	33 594 006	5 254	138
2016	Польща	37 970 087	35 030 191	5 307	140
2017	Польща	37 974 826	33 876 567	5 378	142
2018	Польща	37 974 750	33 938 793	5 442	143
2019	Польща	37 965 475	34 053 648	5 586	147
2020	Польща	37 899 070	34 052 570	5 564	147

5. Відомості про особливості реалізації механізмів Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС

Онлайн подача заяви на отримання	ENIC	Особисто в філії NFZ; онлайн через кабінет громадянина чи через кабінет пацієнта; традиційною або електронною поштою до регіонального офісу; через додаток кабінету пацієнта
	S1	Особистим зверненням до регіонального офісу NFZ або традиційною поштою
	S2	Особистим зверненням до головного офісу NFZ, традиційною або електронною поштою

¹⁷ https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2023&most_recent_year_desc=true&start=2015&view=chart

¹⁸ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

¹⁹ <https://www.nfz.gov.pl/>

Онлайн подача документів відповідно Директиві 2011/24/ЄС	попередня авторизація	Особистим зверненням до головного офісу NFZ, традиційною або електронною поштою
	запит на відшкодування	Особистим зверненням до регіонального офісу NFZ, традиційною або електронною поштою
Національний контактний центр	Онлайн-портал НКП	https://www.kpk.nfz.gov.pl/
	Пошук інформації	Сайт досить детальний, надає інструкції і по Директиві, і по дотичним питанням Регламенту
	Способи інформаційного запиту	Телефон, письмово (в тому числі онлайн), особисто в офісі
Обмін EESSI	Підключення	07.2019
	Повноцінний обмін S1, S2 та ЕНІС	07.2019
Обмін EHR (MyHealth@EU)	Рецепти	Підключена до MyHealth@EU з 2022 року
	Загальна інформація про пацієнта (Summery)	Не підключена. Планує в 2025 році
Час обробки заяв	S1	Нормативно не встановлено. Практично: 1–2 тижні
	S2	25/30 робочих днів
	ЕНІС	до 5 робочих днів (може бути до 10 днів в періоди пікових навантажень)
	Попередня авторизація	25/30 робочих днів
	Запит на відшкодування	30/60 робочих днів
	Коментар щодо часу обробки заяв	У Польщі для S2 та запиту на попередній дозвіл є формалізовані строки в розпорядженні (дуже конкретно прописано).

Організаційна модель	Структура	"Централізована. Структура Національного фонду здоров'я складається: Головне управління Національного фонду здоров'я 16 провінційних відділень близько 110 локацій, включаючи центральний офіс, регіональні управління, територіальні служби та їхні відділення Площа країни – 306 190 км²²⁰ Середня площа на один офіс – 2 784 км²
-----------------------------	------------------	---

²⁰ <https://data.worldbank.org/indicator/AG.LND.TOTL.K2?end=2020&start=2015>

Додаток 4. Профіль країни-кейса - Румунія

1. Загальні відомості²¹²²²³

Офіційний сайт МОЗ	https://www.ms.ro/ro/
Видача PD A1	Національна каса публічних пенсій (Casa Națională de Pensii Publice - CNPP)
EHIC	Національна каса соціального медичного страхування (Casa Națională de Asigurări de Sănătate - CNAS) – територіальні каси
S1	Національна каса соціального медичного страхування (Casa Națională de Asigurări de Sănătate - CNAS) – територіальні каси
S2	Національна каса соціального медичного страхування (Casa Națională de Asigurări de Sănătate - CNAS) – територіальні каси
Компетентні органи по координації	Закон Румунії № 95/2006 про реформу охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я Румунії (Ministerul Sănătății) в частині охорони здоров'я Законом Румунії № 263/2010 про пенсійне забезпечення, у сфері пенсійного страхування Міністерство праці та соціального захисту (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej) в частині решти напрямів
Компетентні установи по координації	Закон Румунії № 95/2006 про реформу охорони здоров'я Національна каса соціального медичного страхування (Casa Națională de Asigurări de Sănătate - CNAS) Закон Польщі про систему соціального страхування визначає Національна каса публічних пенсій (Casa Națională de Pensii Publice - CNPP)
Національний контактний пункт відповідно до Директиви	https://www.cnas-pnc.ro Національна каса соціального медичного страхування (Casa Națională de Asigurări de Sănătate - CNAS) та Міністерство охорони здоров'я (ministrului sănătății) визначають функціонування, а фінансує CNAS.
Дата і підстава створення Національна каса соціального медичного страхування (Casa Națională de Asigurări de Sănătate - CNAS)	01.01.1999 ЗАКОН № 145 від 24 липня 1997 року соціальне медичне страхування (LEGEA nr. 145 din 24 iulie 1997 asigurărilor sociale de sănătate https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/11801)

²¹ <https://www.cnas-pnc.ro>

²² <https://cnas.ro/>

²³ <https://www.ms.ro/ro/>

2. Графік імплементації Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС у Румунії²⁴²⁵²⁶²⁷

Дата	Нормативний акт / подія	Що сталося / зміст в контексті транскордонної охорони здоров'я
15.02.2000	Початок переговорів про вступ	Початок переговорів про вступ
01.06.2004	Регламент 883/2004 набирає чинності	
08.12.2004	Завершення переговорів про вступ	Завершення переговорів про вступ
25.04.2005	Підписання Договору про вступ	Підписання Договору про вступ
01.05.2006	Вступає в дію прийнятий 28.04.2006 Закон Румунії про реформу охорони здоров'я (LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135)	Румунія імплементувала виконання регламентів 1408/71 та 574/72 в національне законодавство: - створено інституційно-процедурні основи для реалізації положень Регламентів ЄС; - визначено NFZ виконує функції компетентним органом; - встановлено функціонування документів що підтверджують права осіб та визначено ширше коло на кого поширюється обов'язкове страхування
01.01.2007	Румунія приєднується до ЄС	Автоматичне застосування Регламентів 1408/71 та 574/72 в Румунії
27.10.2009	Регламент 987/2009 набирає чинності	Регламент набрав чинності, але не починає застосовуватися
01.05.2010	Регламенти 883/2004 та 987/2009 починають застосовуватися	Регламенти 883/2004 та 987/2009 починають застосовуватися в Румунії
2010–2013	Інструкції CNAS / MMPS	Встановлення процедур для PD A1, S1, S2, EHIC
24.04.2011	Директива 2011/24/ЄС набирає чинності	Початок процесу транспозиції в Румунії

²⁴ <https://eur-lex.europa.eu/>

²⁵ <https://www.cnas-pnc.ro>

²⁶ <https://www.ms.ro/ro/>

²⁷ <https://cnas.ro/>

Дата	Нормативний акт / подія	Що сталося / зміст в контексті транскордонної охорони здоров'я
25.10.2013	Кінцевий термін транспозиції Директиви	Румунія мала завершити імплементацію Директиви проте не завершила
09.10.2014	Закон № 132/2014	Офіційна імплементація Директиви 2011/24/ЄС
10.10.2014	Вступає в дію прийнятий Закон Румунії № 132 від 9 жовтня 2014 року про затвердження надзвичайного розпорядження уряду № 2/2014 про внесення змін та доповнень до Закону № 95/2006 про реформу в галузі охорони здоров'я, а також про внесення змін і доповнень до деяких нормативних актів (LEGE nr. 132 din 9 octombrie 2014 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 2/2014 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139)	Румунія завершила імплементацію Директиви на рівні законів з запізненням. Цей закон завершив нормативний процес імплементації директиви, зокрема: · затвердив попередній урядовий указ (OUG 18/2014), · врахував зміни, внесені через OUG 68/2014, · офіційно ввів у силу зобов'язання за Директивою на національному рівні.

3. Процеси отримання документів в межах Регламентів 883/2004, 987/2009282930

а. PD A1

Компетентна установа: В Румунії органом, відповідальним за видачу Портативного документа A1 (PD A1), є Casa Națională de Pensii Publice (CNPP). Це перекладається як Національна каса публічних пенсій.

Роль CNPP у видачі PD A1:

CNPP є установою, яка підтверджує, законодавство якої країни соціального забезпечення застосовується до працівника, який працює в іншій країні ЄС/ЄЗ, Швейцарії або Великобританії.

²⁸ <https://www.ms.ro/ro/>

²⁹ <https://cnas.ro/>

³⁰ <https://www.cnas-pnc.ro>

Документ PD A1, виданий CNPP, підтверджує, що працівник залишається застрахованим у румунській системі соціального забезпечення, і внески мають сплачуватися в Румунії.

Ключові моменти щодо довідки A1 в Румунії:

Вона має вирішальне значення для працівників, яких відряджають (тимчасово направляють) для роботи в іншу країну, щоб уникнути сплати внесків на соціальне страхування в цій країні.

Заяву на отримання довідки A1 подають роботодавці (при відрядженні працівників) або самозайняті особи (при тимчасовій роботі в іншій країні).

Процес подачі заяви та необхідні документи обробляються CNPP, і вони надають відповідні інструкції.

Важливо пам'ятати, що хоча CNPP є основною установою для довідок A1, інші румунські органи (наприклад, Міністерство праці та соціального захисту) також відіграють певну роль у ширшому контексті соціального забезпечення та руху працівників.

в. ЕНІС

Установа, відповідальна за ЕНІС в Румунії:

Установою, відповідальною за видачу Європейської картки медичного страхування (ЕНІС) в Румунії, є Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (CNAS). Це перекладається як Національна каса соціального медичного страхування.

Роль CNAS у питаннях ЕНІС:

CNAS відіграє центральну роль у:

Видачі ЕНІС: CNAS є органом, який надає картки ЕНІС особам, які мають на це право, в Румунії.

Визначенні прав на ЕНІС: CNAS встановлює правила та умови, за яких громадяни Румунії можуть використовувати ЕНІС в інших країнах ЄС/ЄЕЗ, а також умови використання ЕНІС в Румунії громадянами цих країн.

Наданні інформації про ЕНІС: CNAS надає інформацію громадськості про призначення картки ЕНІС та процедури її отримання.

Ключові аспекти видачі та використання ЕНІС в Румунії:

Право на отримання: Право на отримання ЕНІС мають особи, застраховані в системі соціального медичного страхування Румунії.

Способи подачі заяви:

Заяви на отримання ЕНІС подаються до Casa de Asigurări de Sănătate (Кас медичного страхування). Це регіональні або місцеві відділення CNAS.

Заяви можна подавати особисто, поштою або онлайн (якщо така можливість надається онлайн-сервісами CNAS).

Використання картки:

ЕНІС забезпечує доступ до необхідної з медичної точки зору державної медичної допомоги під час тимчасового перебування в іншій країні ЄС/ЄЕЗ.

Важливо пам'ятати, що ЕНІС не покриває витрати на планове медичне лікування, якщо метою поїздки є саме отримання цього лікування.

c. Форма S1

Установа, відповідальна за S1 в Румунії:

В Румунії питаннями, пов'язаними з формуляром S1, займається Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (CNAS), тобто Національна каса соціального медичного страхування.

Роль CNAS у питаннях, пов'язаних з формуляром S1:

CNAS відіграє важливу роль у таких аспектах:

Видача формуляра S1: CNAS видає формуляр S1 особам, які мають право на отримання медичної допомоги за рахунок іншої країни ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії/Великобританії.

Реєстрація формуляра S1: CNAS може також бути установою, де реєструється формуляр S1, виданий іншою країною, якщо особа переїжджає до Румунії.

Визначення права на медичне обслуговування на підставі формуляра S1: CNAS визначає, які медичні послуги покриваються формуляром S1 в Румунії.

Ключові моменти щодо формуляра S1 в Румунії:

Призначення формуляра S1: Формуляр S1 використовується для реєстрації права на медичне обслуговування в країні проживання, коли особа застрахована в іншій країні. Це особливо актуально для пенсіонерів, які переїжджають, або для працівників, яких відряджають на тривалий термін.

Процедури подачі заяви:

Процедури подачі заяви на отримання формуляра S1 в Румунії можуть відрізнятися залежно від конкретної ситуації (наприклад, пенсіонери, працівники).

Важливо звертатися до CNAS для отримання точної інформації про те, які документи та процедури потрібні у вашому випадку.

Реєстрація S1 в Румунії:

Якщо ви отримали формуляр S1 з іншої країни та переїжджаєте до Румунії, вам потрібно буде зареєструвати цей документ у CNAS, щоб мати право на повний доступ до медичних послуг у Румунії.

d. Форма S2

Установа, відповідальна за S2 в Румунії:

В Румунії питаннями, пов'язаними з формуляром S2, займається Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (CNAS), тобто Національна каса соціального медичного страхування.

Роль CNAS у питаннях, пов'язаних з формуляром S2:

CNAS відіграє важливу роль у процесі отримання та використання формуляра S2, зокрема:

Видача формуляра S2: CNAS видає формуляр S2, коли особі потрібне планове лікування в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії/Великобританії, і витрати на це лікування мають бути відшкодовані її країною страхування.

Розгляд заяв на S2: CNAS розглядає заяви на отримання формуляра S2, щоб перевірити, чи відповідає заплановане лікування критеріям, встановленим законодавством ЄС.

Ключові моменти щодо формуляра S2 в Румунії:

Призначення формуляра S2: Формуляр S2 дає право на отримання планового медичного лікування в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії/Великобританії, якщо таке лікування схвалене CNAS.

Процедура подачі заяви:

Заява на отримання формуляра S2 подається до CNAS.

Заява має містити:

Медичні документи, що обґрунтовують необхідність лікування за кордоном.

Інформацію про заплановане лікування (вид, місце, терміни).

Важливість попереднього схвалення: Для отримання відшкодування за лікування, проведене за кордоном, необхідно заздалегідь отримати формуляр S2 від CNAS.

4. Відомості щодо використання механізмів Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС у 2015-2020 роках

Кількість інформаційних запитів щодо транскордонної охорони здоров'я (Директива 2011/24/ЄС) ³¹								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Письмових	Телефоном	Особисте звернення	Загальна	Запитів на 1 млн населення
2015	Румунія	19 815 616	17 191 563	1 600	785	0	2 385	120
2016	Румунія	19 702 267	17 130 940	1 200	1 300	0	2 500	127
2017	Румунія	19 588 715	16 157 167	2 200	1 500	0	3 700	189
2018	Румунія	19 473 970	н/д	2 400	1 700	0	4 100	211
2019	Румунія	19 371 648	17 551 619	3 500	1 900	0	5 400	279
2020	Румунія	19 265 250	17 551 619	2 300	1 200	0	3 500	182
								~185

³¹ European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

Кількість запитів на попередній дозвіл (Директива 2011/24/ЄС) ³²									
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Отримано	Надано	Відхилено	Відкликано/не прийнято	Отримано на 1 млн населення	Надано на 1 млн населення
2015	Румунія	19 815 616	17 191 563	7	5	1	0	0,35	0,25
2016	Румунія	19 702 267	17 130 940	1	0	1	0	0,05	0,00
2017	Румунія	19 588 715	16 157 167	11	4	5	0	0,56	0,20
2018	Румунія	19 473 970	н/д	7	6	1	н/д	0,36	0,31
2019	Румунія	19 371 648	17 551 619	3	2	0	1	0,15	0,10
2020	Румунія	19 265 250	17 551 619	3	2	0	1	0,16	0,10
								~0,27	

Кількість запитів на відшкодування (Директива 2011/24/ЄС) ³³									
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Отримано	Відшкодовано	Відхилено	Відкликано/не прийнято	Отримано на 1 млн населення	Відшкодовано на 1 млн населення
2015	Румунія	19 815 616	17 191 563	530	240	123	16	27	12
2016	Румунія	19 702 267	17 130 940	429	130	54	23	22	7
2017	Румунія	19 588 715	16 157 167	635	190	77	24	32	10
2018	Румунія	19 473 970	н/д	1 102	331	91	26	57	17
2019	Румунія	19 371 648	17 551 619	1 488	901	80	23	77	47
2020	Румунія	19 265 250	17 551 619	754	495	68	20	39	26
								~42	

³² European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

³³ European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

Кількість Європейських карток медичного страхування (ЕНІС) (Регламенти 883/2004, 987/2009)³⁴								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Кількість виданих ЕНІС	Кількість виданих тимчасових посвідчень	Загальна кількість ЕНІС в обігу	% застрахованих осіб з ЕНІС	ЕНІС в обігу на 1 млн застрахованих осіб
2015	Румунія	19 815 616	17 191 563	279 308	19 811	132 476	0,77	7 706
2016	Румунія	19 702 267	17 130 940	278 484	1 248	225 657	1,32	13 172
2017	Румунія	19 588 715	16 157 167	27 196	12 145	258 738	1,60	16 014
2018	Румунія	19 473 970	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
2019	Румунія	19 371 648	17 551 619	21 162	181 892	299 426	1,71	17 060
2020	Румунія	19 265 250	17 551 619	125 736	7 636	221 771	1,26	12 635
								~13 317

Планове лікування (форма S2)/Переміщення (форма S1) (Регламенти 883/2004, 987/2009)³⁵								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Кількість форм S2 видано	Кількість форм S2 видано на 1 млн населення	Кількість форм S1 в обігу, виданих країною-кейсом	Кількість форм S1 в обігу, виданих країною-кейсом на 1 млн населення	Кількість форм S1 в обігу, отриманих країною-кейсом
2015	Румунія	19 815 616	17 191 563	775	45,08	19 043	1 108	9 498
2016	Румунія	19 702 267	17 130 940	610	35,61	20 667	1 206	12 924
2017	Румунія	19 588 715	16 157 167	711	44,01	23 488	1 454	15 268
2018	Румунія	19 473 970	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
2019	Румунія	19 371 648	17 551 619	808	46,04	30 114	1 716	22 918

³⁴ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

³⁵ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

Планове лікування (форма S2)/Переміщення (форма S1) (Регламенти 883/2004, 987/2009) ³⁵								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Кількість форм S2 видано	Кількість форм S2 видано на 1 млн населення	Кількість форм S1 в обігу, виданих країною-кейсом	Кількість форм S1 в обігу, виданих країною-кейсом на 1 млн населення	Кількість форм S1 в обігу, отриманих країною-кейсом
2020	Румунія	19 265 250	17 551 619	529	30,14	31 235	1 780	26 249
					~40,17		~1453	

Статистичні дані загальні					
Рік	Країна-кейс	Населення ³⁶	Кількість застрахованих осіб ³⁷	Кількість співробітників компетентної установи ³⁸	Кількість співробітників компетентної установи на 1 млн населення
2015	Румунія	19 815 616	17 191 563	н/д	н/д
2016	Румунія	19 702 267	17 130 940	н/д	н/д
2017	Румунія	19 588 715	16 157 167	н/д	н/д
2018	Румунія	19 473 970	н/д	н/д	н/д
2019	Румунія	19 371 648	17 551 619	н/д	н/д
2020	Румунія	19 265 250	17 551 619	н/д	н/д

³⁶ https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2023&most_recent_year_desc=true&start=2015&view=chart

³⁷ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

³⁸ <https://cnas.ro/>

5. Відомості про особливості реалізації механізмів Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС

Онлайн подача заявки на отримання	ЕНІС	З 2024 Онлайн подача заявки на отримання https://www.cardeuropean.ro А до того - особистим зверненням до регіонального або спеціального страховика CJAS. Подання поштою чи онлайн визначається кожною CJAS окремо
	S1	Особистим зверненням до регіонального або спеціального страховика CJAS. Подання поштою чи онлайн визначається кожною CJAS окремо
	S2	Особистим зверненням до регіонального або спеціального страховика CJAS. Подання поштою чи онлайн визначається кожною CJAS окремо
Онлайн подача документів відповідно Директиві 2011/24/ЄС	попередня авторизація	Особистим зверненням до регіонального або спеціального страховика CJAS. Подання поштою чи онлайн визначається кожною CJAS окремо
	запит на відшкодування	Особистим зверненням до регіонального або спеціального страховика CJAS. Подання поштою чи онлайн визначається кожною CJAS окремо
Національний контактний центр	Онлайн-портал НКП	https://www.cnas-pnc.ro/
	Пошук інформації	Дуже обмежена кількість інформації та відсутні прозорі та зрозумілі інструкції
	Способи інформаційного запиту	Телефон, письмово (в тому числі онлайн)
Обмін EESSI	Підключення	07.2020
	Повноцінний обмін S1, S2 та ЕНІС	01.2021

Обмін EHR (MyHealth@EU)	Рецепти	Не підключена. Планує в 2025 році
	Загальна інформація про пацієнта (Summery)	Не підключена. Планує в 2025 році
Час обробки заяв	S1	Нормативно не встановлено. Практично: 2–4 тижні.
	S2	Адміністративна практика CJAS передбачає до 30 календарних днів
	ЕНІС	максимальний термін 7 днів
	Попередня авторизація	Нормативно не встановлено. В адміністративній практиці CJAS обробка заяви займає до 30 календарних днів.
	Запит на відшкодування	Нормативно не встановлено. В адміністративній практиці CJAS обробка заяви займає до 30 календарних днів.
	Коментар щодо часу обробки заяв	Строки залежать від практики окремих CJAS
Організаційна модель	Структура	Децентралізована. CJAS окремі структури по відношенню до CNAS, хоча знаходяться в підпорядкуванні. CNAS підпорядковується 43 будинки медичного страхування, з яких 42 будинки мають статус округу (включаючи Будинки медичного страхування муніципалітету Бухареста з акронімом CASMB) і один будинок зі спеціальним статусом, Дім медичного страхування армії, громадського порядку, національної безпеки та судових органів (CASAOPSNAJ). Площа країни – 230 080 км²³⁹ Середня площа на один офіс – показник відсутність з причини відсутності відомостей про фактичну кількість офісів CJAS

³⁹ <https://data.worldbank.org/indicator/AG.LND.TOTL.K2?end=2020&start=2015>

Додаток 5. Профіль країни-кейса - Хорватія

1. Загальні відомості⁴⁰⁴¹⁴²

Офіційний сайт МОЗ	https://zdravstvo.gov.hr/
Видача PD A1	Хорватський інститут пенсійного страхування (Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje - HZMO)
EHIC	Хорватський фонд обов'язкового медичного страхування (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje - HZZO) – Регіональні управління (Regionalni uredi) та філії (Područne službe)
S1	Хорватський фонд обов'язкового медичного страхування (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje - HZZO) – Регіональні управління (Regionalni uredi) та філії (Područne službe)
S2	Хорватський фонд обов'язкового медичного страхування (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje - HZZO) – Регіональні управління (Regionalni uredi) та філії (Područne službe)
Компетентні органи по координації	ст 3 Закону про імплементацію постанов Європейського Союзу про координацію систем соціального забезпечення: Компетентним органом для імплементації регламентів ЄС щодо координації системи соціального забезпечення та цього Закону у сфері визначення застосовного законодавства, у сфері пенсійного страхування, яка включає виплати по інвалідності, допомоги по старості, допомоги членам сім'ї, що залишилися в живих, а також у сфері прав у зв'язку з безробіттям, є міністерство, відповідальне за роботу та пенсійну систему. При цьому Міністерство виконує обов'язки координатора за всім напрямком координації системи соціального захисту населення. Компетентним органом для імплементації регламентів ЄС щодо координації системи соціального забезпечення та цього Закону у сфері обов'язкового медичного страхування та охорони здоров'я, що включає допомогу у зв'язку з хворобою, у тому числі допомогу за травми на виробництві та професійні захворювання, є міністерство, відповідальне за здоров'я. Компетентним органом для імплементації регламентів ЄС щодо координації системи соціального забезпечення та цього Закону у сфері сімейних допомог, які згідно зі спеціальним положенням належать до міністерства, відповідального за соціальну політику та допомогу у справах молоді та материнства та тих самих допомог для батьківства, є міністерство, відповідальне за соціальну політику та молодь.

⁴⁰ <https://hzzo.hr/en/national-contact-point-ncp>

⁴¹ <https://narodne-novine.nn.hr>

⁴² <https://zdravstvo.gov.hr/>

Компетентні установи по координації	ст. 8 Закону про імплементацію постанов Європейського Союзу про координацію систем соціального забезпечення: Компетентними установами для впровадження регламентів ЄС щодо координації системи соціального забезпечення та цього Закону є: Хорватський інститут пенсійного страхування, Хорватський інститут медичного страхування, Хорватський інститут зайнятості та Центральний реєстр застрахованих осіб
Національний контактний пункт відповідно до Директиви	https://hzzo.hr/en/national-contact-point-ncp Хорватський фонд обов'язкового медичного страхування (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje - HZZO)
Дата і підстава створення Національний фонд здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ)	21.08.1993 Закон про медичне страхування від 5 серпня 1993 року (Zakon o zdravstvenom osiguranju) https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/1993_08_75_1535.html)

2. Графік імплементації Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС у Польщі⁴³⁴⁴⁴⁵⁴⁶

Дата	Нормативний акт / подія	Що сталося / зміст в контексті транскордонної охорони здоров'я
01.06.2004	Регламент 883/2004 набирає чинності	
03.10.2005	Початок переговорів про вступ	Початок переговорів про вступ
27.10.2009	Регламент 987/2009 набирає чинності	
01.05.2010	Регламенти 883/2004 та 987/2009 починають застосовуватися	

⁴³ <https://eur-lex.europa.eu/>

⁴⁴ <https://narodne-novine.nn.hr>

⁴⁵ <https://hzzo.hr/en/national-contact-point-ncp>

⁴⁶ <https://zdravstvo.gov.hr/>

Дата	Нормативний акт / подія	Що сталося / зміст в контексті транскордонної охорони здоров'я
24.04.2011	Директива 2011/24/ЄС набирає чинності	
30.06.2011	Завершення переговорів про вступ	Завершення переговорів про вступ
09.12.2011	Підписання Договору про вступ	Підписання Договору про вступ
01.07.2013	Вступає в дію прийнятий 07.05.2013 Закон Хорватії про імплементацію постанов Європейського Союзу про координацію систем соціального забезпечення (NN 54/2013 (7.5.2013.), Zakon o provedbi uredbi Europske unije o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2013_05_54_1078.html)	Цей закон визначає Хорватський інститут пенсійного страхування (HZMO) як компетентний орган для: · встановлення застосовного законодавства про соціальне забезпечення; · видачі форми PD A1 відповідно до Регламентів (ЄС) № 883/2004 та № 987/2009; · інші норми розподілу повноважень та координації Цей закон прямо посилається на обов'язковість застосування зазначених регламентів у Хорватії.
01.07.2013	Вступає в дію прийняті 21.06.2013 Закони Хорватії про обов'язкове медичне страхування та про обов'язкове медичне страхування та медичне обслуговування іноземців (NN 80/2013 (28.06.2013), Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2013_06_80_1666.html), (NN 80/2013 (28.6.2013.), Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2013_06_80_1667.html)	Основні аспекти NN 80/2013 (28.06.2013), Закону про обов'язкове медичне страхування Хорватії в контексті транскордонної медицини та законодавства ЄС: · Визначено права застрахованих на отримання планової та невідкладної медичної допомоги за кордоном згідно з Регламентом 883/2004 та Директивою 2011/24/ЄС,

Дата	Нормативний акт / подія	Що сталося / зміст в контексті транскордонної охорони здоров'я
		включаючи умови отримання дозволів (S2) та відшкодування витрат. · Врегульовано використання Європейської картки медичного страхування (EHIC) хорватськими громадянами за кордоном та надання медичної допомоги в Хорватії на підставі EHIC іноземцям. · Імплементовано положення Директиви 2011/24/ЄС, включаючи право на інформацію, порядок отримання дозволів на лікування за кордоном, правила відшкодування та роль Національної контактної точки. · Визначено адміністративні процедури та відповідальні органи (насамперед HZZO) для реалізації прав у сфері транскордонної медицини, видачі документів (EHIC, S1, S2) та розгляду запитів.
01.07.2013	Хорватія приєднується до ЄС	Автоматичне застосування Регламентів 883/2004 та 987/2009
25.10.2013	Кінцевий термін транспозиції Директиви	Хорватія завершила імплементацію Директиви: Статті 26-32 цього Закону про обов'язкове медичне страхування конкретно транспонували положення Директиви 2011/24/ЄС і набрали чинності 25 жовтня 2013 року , що відповідало загальноєвропейському терміну транспонування директиви.

3. Процеси отримання документів в межах Регламентів 883/2004, 987/2009⁴⁷⁴⁸⁴⁹

а. PD A1

Видача PD A1 в Хорватії

Відповідальна установа: В Хорватії за видачу документа PD A1 відповідає Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO), тобто Хорватський інститут пенсійного страхування.

Призначення документа PD A1:

PD A1 є документом, який підтверджує, яке законодавство соціального забезпечення застосовується до працівника або самозайнятої особи, коли вони тимчасово працюють в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії.

Він гарантує, що внески на соціальне страхування сплачуються в країні, яка видала документ (у цьому випадку - Хорватія), а не в країні, де виконується робота.

Процес отримання PD A1 в Хорватії:

Подання заяви:

Заява на отримання PD A1 подається до HZMO.

Заяву подає роботодавець (для працівників) або самозайнята особа.

Необхідні документи:

Залежно від конкретної ситуації, можуть знадобитися різні документи, наприклад:

Трудовий договір (для працівників).

Інформація про характер та тривалість роботи за кордоном.

Інформація про діяльність, яку здійснює роботодавець у Хорватії.

Розгляд заяви та видача документа:

HZMO розглядає подані документи та приймає рішення про видачу документа PD A1.

Якщо всі вимоги виконано, HZMO видає документ PD A1.

Важливі моменти:

Документ PD A1 є обов'язковим для працівників та самозайнятих осіб, яких тимчасово відряджають для роботи в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії.

Він дозволяє уникнути подвійної сплати внесків на соціальне страхування.

⁴⁷ <https://zdravstvo.gov.hr/>

⁴⁸ <https://narodne-novine.nn.hr>

⁴⁹ <https://hzzo.hr/en/national-contact-point-ncp>

ь. ЕНІС

Ви можете подати заявку та отримати свою ЕНІС особисто в будь-якому з цих офісів HZZO. Під час подання заявки вам, як правило, потрібно буде пред'явити свою національну картку медичного страхування або інші документи, що посвідчують особу.

Крім того, HZZO також пропонує онлайн-заявку на ЕНІС через свій веб-портал (e-Usluge HZZO). Ви можете обрати отримання картки поштою на свою адресу або забрати її у визначеному офісі HZZO. У деяких регіональних офісах (Загреб, Спліт, Рієка, Осієк) ви також можете отримати ЕНІС через кіоски самообслуговування (redomat), відсканувавши свою національну картку медичного страхування.

Отже, хоча немає єдиної конкретної "філії" з виключною відповідальністю, регіональні та філії HZZO є оперативними підрозділами, які займаються видачою ЕНІС особам, які мають на це право.

с. Форма S1

Регіональні управління (Regionalni uredi) та філії (Područne službe) Хорватського фонду обов'язкового медичного страхування (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje - HZZO) є адміністративними підрозділами, відповідальними за видачу формуляра S1 у Хорватії.

Формуляр S1 є довідкою про право на отримання медичної допомоги, якщо ви не проживаєте в країні, де застраховані. Він дозволяє особам, застрахованим в одній з країн ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії/Великобританії, отримувати медичну допомогу в країні свого проживання так само, якби вони були там застраховані.

У Хорватії HZZO видає формуляр S1 особам, які є:

Пенсіонерами, які набули місця проживання в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії/Великобританії.

Відрядженими працівниками, направленими своїм роботодавцем для тимчасової роботи в іншій країні ЄС/ЄЕЗ або Швейцарії/Великобританії на термін понад один рік.

Прикордонними працівниками, які працюють в одній країні, але проживають в іншій.

Щоб отримати формуляр S1 від Хорватії, особи, які мають на це право, повинні звернутися безпосередньо до HZZO. Пенсіонерам, які проживають за кордоном, зазвичай потрібно подати запит до свого місцевого офісу HZZO в Хорватії перед переїздом або незабаром після прибуття до нової країни проживання. Зазвичай запит на формуляр S1 для відряджених працівників подає їхній роботодавець через HZZO.

d. Форма S2

Щоб отримати формуляр S2 від Хорватії, застраховані особи повинні подати заяву до свого компетентного регіонального або філіального офісу HZZO до поїздки на лікування. Заява зазвичай вимагає:

Письмовий запит із зазначенням запланованого лікування та назви медичного закладу в іншій країні.

Медичну документацію від лікуючого лікаря в Хорватії, що обґрунтовує необхідність конкретного лікування та підтверджує, що необхідне лікування не може бути надане протягом медично обґрунтованого терміну в Хорватії з урахуванням поточного стану здоров'я пацієнта та ймовірного перебігу захворювання.

Інформацію про заплановане лікування, включаючи заплановану дату або можливі дати госпіталізації в медичному закладі за кордоном.

HZZO оцінюватиме заяву на основі критеріїв, викладених у Регламенті (ЄС) № 883/2004, зокрема у статті 20, яка регулює планове лікування за кордоном. Якщо дозвіл буде надано, HZZO видасть формуляр S2. Цей формуляр потім потрібно буде пред'явити медичному закладу в країні, де буде проводитися лікування. Лікування буде надано на тих самих умовах та за тими самими правилами оплати, що й для застрахованих осіб у цій країні.

4. Відомості щодо використання механізмів Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС у 2015-2020 роках

Кількість інформаційних запитів щодо транскордонної охорони здоров'я (Директива 2011/24/ЄС) ⁵⁰								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Письмових	Телефоном	Особисте звернення	Загальна	Запитів на 1 млн населення
2015	Хорватія	4 151 725	4 326 925	212	381	0	593	143
2016	Хорватія	4 106 867	4 189 493	437	531	0	968	236
2017	Хорватія	4 041 407	4 130 237	691	503	0	1 194	295
2018	Хорватія	3 988 775	4 103 600	522	503	0	1 025	257
2019	Хорватія	3 949 390	4 104 966	523	576	0	1 099	278
2020	Хорватія	3 914 206	4 097 710	3 525	2 304	0	5 829	1 489
								~450

⁵⁰ European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

Кількість запитів на попередній дозвіл (Директива 2011/24/ЄС) ⁵¹									
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Отримано	Надано	Відхилено	Відкликано/не прийнято	Отримано на 1 млн населення	Надано на 1 млн населення
2015	Хорватія	4 151 725	4 326 925	14	4	10	0	3,37	0,96
2016	Хорватія	4 106 867	4 189 493	8	1	6	1	1,95	0,24
2017	Хорватія	4 041 407	4 130 237	6	2	4	0	1,48	0,49
2018	Хорватія	3 988 775	4 103 600	3	1	1	н/д	0,75	0,25
2019	Хорватія	3 949 390	4 104 966	4	0	4	0	1,01	0,00
2020	Хорватія	3 914 206	4 097 710	1	0	1	0	0,26	0,00
								~1,47	

Кількість запитів на відшкодування (Директива 2011/24/ЄС) ⁵²									
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Отримано	Відшкодовано	Відхилено	Відкликано/не прийнято	Отримано на 1 млн населення	Відшкодовано на 1 млн населення
2015	Хорватія	4 151 725	4 326 925	108	73	35	0	26	18
2016	Хорватія	4 106 867	4 189 493	283	199	81	3	69	48
2017	Хорватія	4 041 407	4 130 237	309	191	95	23	76	47
2018	Хорватія	3 988 775	4 103 600	375	270	99	6	94	68
2019	Хорватія	3 949 390	4 104 966	339	221	108	10	86	56
2020	Хорватія	3 914 206	4 097 710	231	162	54	15	59	41
								~68	

⁵¹ European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

⁵² European Commission. Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU: Years 2015-2020. Directorate-General for Health and Food Safety

Кількість Європейських карток медичного страхування (ЕНІС) (Регламенти 883/2004, 987/2009) ⁵³								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Кількість виданих ЕНІС	Кількість виданих тимчасових посвідчень	Загальна кількість ЕНІС в обігу	% застрахованих осіб з ЕНІС	ЕНІС в обігу на 1 млн застрахованих осіб
2015	Хорватія	4 151 725	4 326 925	257 516	4 022	279 105	6,45	64 504
2016	Хорватія	4 106 867	4 189 493	134 837	3 364	401 072	9,57	95 733
2017	Хорватія	4 041 407	4 130 237	114 228	3 337	501 614	12,14	121 449
2018	Хорватія	3 988 775	4 103 600	156 441	3 327	484 950	11,82	118 177
2019	Хорватія	3 949 390	4 104 966	143 385	4 023	535 294	13,04	130 402
2020	Хорватія	3 914 206	4 097 710	65 484	1 592	465 943	11,37	113 708
								~92 646

Планове лікування (форма S2)/Переміщення (форма S1) (Регламенти 883/2004, 987/2009) ⁵⁴								
Рік	Країна-кейс	Населення	Кількість застрахованих осіб	Кількість форм S2 видано	Кількість форм S2 видано на 1 млн населення	Кількість форм S1 в обігу, виданих країною-кейсом	Кількість форм S1 в обігу, виданих країною-кейсом на 1 млн населення	Кількість форм S1 в обігу, отриманих країною-кейсом
2015	Хорватія	4 151 725	4 326 925	485	112,09	2 070	478	26 903
2016	Хорватія	4 106 867	4 189 493	466	111,23	2 251	537	27 311
2017	Хорватія	4 041 407	4 130 237	460	111,37	2 070	501	41 341
2018	Хорватія	3 988 775	4 103 600	460	112,10	1 929	470	31 514
2019	Хорватія	3 949 390	4 104 966	460	112,06	1 854	452	34 448
2020	Хорватія	3 914 206	4 097 710	288	70,28	3 067	748	33 330
					~105		~531	

⁵³ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

⁵⁴ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

Статистичні дані загальні					
Рік	Країна-кейс	Населення ⁵⁵	Кількість застрахованих осіб ⁵⁶	Кількість співробітників компетентної установи ⁵⁷	Кількість співробітників компетентної установи на 1 млн населення
2015	Хорватія	4 151 725	4 326 925	2306	555
2016	Хорватія	4 106 867	4 189 493	2321	565
2017	Хорватія	4 041 407	4 130 237	2211	547
2018	Хорватія	3 988 775	4 103 600	2140	537
2019	Хорватія	3 949 390	4 104 966	2285	579
2020	Хорватія	3 914 206	4 097 710	2331	596

5. Відомості про особливості реалізації механізмів Регламентів 883/2004, 987/2009 та Директиви 2011/24/ЄС

Онлайн подача заяви на отримання	ЕНІС	Онлайн, особистим зверненням, термінали видачі на підставі внутрішньої картки медичного страхування
	S1	Особистим зверненням до регіонального офісу HZZO. Про можливість подати в електронній формі інформація відсутня

⁵⁵ https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2023&most_recent_year_desc=true&start=2015&view=chart

⁵⁶ European Commission. Coordination of social security systems at a glance 2015-2020. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

⁵⁷ <https://zdravstvo.gov.hr/>

	S2	Особистим зверненням до регіонального офісу HZZO. Про можливість подати в електронній формі інформація відсутня
Онлайн подача документів відповідно Директиві 2011/24/ЄС	попередня авторизація	Особистим зверненням до регіонального офісу HZZO. Про можливість подати в електронній формі інформація відсутня
	запит на відшкодування	Особистим зверненням до регіонального офісу HZZO. Про можливість подати в електронній формі інформація відсутня
Національний контактний центр	Онлайн-портал НКП	https://hzzo.hr/en/national-contact-point-ncp
	Пошук інформації	Не змогла знайти інформацію по S1, S2 хоча в контексті директиви це не обов'язково для цього ресурсу. Інформації багато, але не все
	Способи інформаційного запиту	Телефон, письмово (в тому числі онлайн)
Обмін EESSI	Підключення	08.2019
	Повноцінний обмін S1, S2 та EHIC	08.2019
Обмін EHR (MyHealth@EU)	Рецепти	Підключена до MyHealth@EU з 2019 року
	Загальна інформація про пацієнта (Summery)	Підключена до MyHealth@EU з 2019 року
Час обробки заяв	S1	30/60 робочих днів. У практиці: 7–15 днів
	S2	30/60 робочих днів

	ЕНІС	Відразу
	Попередня авторизація	30/60 робочих днів
	Запит на відшкодування	30/60 робочих днів
	Коментар щодо часу обробки заяв	Окремо не встановлюється максимальні граничні терміни розгляду і регулюються загальним регулюванням що визначає терміни на обробку запитів та звернень до державних органів. На практиці обробка займає від кількох днів до кількох тижнів (не знайшла офіційних даних)
Організаційна модель	Структура	Централізована. Згідно з офіційною інформацією на сайті HZZO, станом на 2020 рік організаційна структура включала: 1 центральний офіс у Загребі 4 регіональні управління: Загреб, Осіек, Спліт, Рієка 16 територіальних служб 134 локації, включаючи центральний офіс, регіональні управління, територіальні служби та їхні відділення Ця структура залишається стабільною протягом останніх років Площа країни – 55 964 км²⁵⁸ Середня площа на один офіс – 418 км²

⁵⁸ <https://data.worldbank.org/indicator/AG.LND.TOTL.K2?end=2020&start=2015>