

## EU HEALTH POLICIES

**Elena Trajkovska**

LL.M, Law Faculty, University of “Goce Delchev” – Shtip  
[trajkovskae23@yahoo.com](mailto:trajkovskae23@yahoo.com)

### **Abstract**

The idea of health policy at the time with the adoption of the Amsterdam Treaty (1997) was to achieve a new direction, ie to approach diseases, reduce the likelihood and prevent the future emergence of a danger to human health. However, with the advent of the global challenge called COVID-19, there was a need to put the health back on the pedestal as the most important, less neglected, aspect that institutions need to focus on, because there is no doubt that we are in a situation in which even world leaders have left room to express uncertainty about how to respond to the emerging, hitherto unknown situation for all of us, not knowing what lies ahead and what steps need to be taken to strengthen health capacities on national, regional and international level.

Health as a moving segment in the world that should be constantly taken into account, as well as the opening of the question of what health policies are pursued by the institutions of the European Union regarding health issues will be elaborated in detail in this scientific paper.

**Keywords:** EU, health policies, COVID-19, health

## ЗДРАВСТВЕНИ ПОЛИТИКИ НА ЕУ

**Елена Трајковска**

М-р, Правен факултет, Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип  
[trajkovskae23@yahoo.com](mailto:trajkovskae23@yahoo.com)

### **Апстракт**

Замислата за здравствената политика во времето на донесувањето на Договорот од Амстердам (1997) беше со цел да се оствари нов правец, т.е. пристап кон болестите, намалување на веројатноста и превинирање од идна појава на опасност по здравјето на луѓето. Сепак, со појавата на глобалниот предизвик наречен КОВИД-19, се јави потребата повторно да се стави на пиедестал, здравјето на луѓето како најважен, помалку занемарен, аспект на кој треба институциите да се фокусираат, затоа што е несомнено дека се најдовме во ситуација во која дури и светските лидери оставија простор да изразат несигурност како да одговорат на справувањето со новонастанатата, досега непозната ситуација за сите нас, не знаејќи што следува понатаму и какви чекори треба да се преземат со цел да се зајакнат здравствените капацитети на национално, регионално и меѓународно ниво.

Здравјето како движечки сегмент во светот за кој треба постојано да се води сметка, како и отварањето на прашањето какви здравствени политики се водат од страна на институциите на Европската Унија во однос на здравствените прашања детално ќе биде елабориран во овој научен труд.

**Клучни зборови:** ЕУ, здравствени политики, КОВИД-19, здравство

### **Вовед**

За една држава да е спремна да одговори на геополитичките предизвици, еден од есенцијалните фактори за црпење на сопствената (не)моќ ја гледаме директно во здравјето и благосостојбата на сопствениот народ. Преку софистицирањето на дигиталните подвизи кои се преземаат на глобално ниво неколку децении наназад, нивното осовршување овозможуваат поголема здравствена и социјална сигурност во иднина. Но, доколку погледнеме најпровидено од аспект на здравството, можеме лесно да разбереме дека и покрај сите напори кои се праваат од страна на (мулти)националните институции, сепак ќе уште, се соочуваме со низа несигурности на кои не секогаш е возможно навремено да се реагира.

Европа може легитимно да тврди дека игра пионерска улога во здравствената заштита и иновациите, квалитетот и безбедноста во здравствената заштита. Во Договорот од Лисабон, ЕУ се обврза да обезбеди високо ниво на здравствена заштита. Овој чекор значи започнување на нова ера каде аспектите на здравствената заштита мора да бидат вклучени во сите области на политиката. Активностите на ЕУ се насочени кон користење на синергии со цел да се подобри јавното здравје и да се спречат и контролираат ризиците од болести и по здравјето. Имено, Европската здравствена политика се заснова на блиската соработка меѓу националните здравствени системи во земјите-членки на ЕУ, со што се раководи од принципот дека треба да се заштити различноста на историски еволуираните национални системи за здравствена заштита и дека компетентноста за нивно слободно организирање не може непотребно да се ограничува. Во комплементарни надлежности на ЕУ се вбројува и постоење на одговорноста која треба да ја поседува секоја земја-членка. Имено, Европската здравствени политики се засноваат врз обврската земјите-членки да поседуваат единствена национална одговорност за креирање здравствени политики, ефективна администрација во нивниот национален здравствен систем и обезбедување здравствена заштита, вклучувајќи го и финансирањето и обемот на услугите.

Меѓутоа, улогата на ЕУ е ограничена на дополнување на политиките на земјите членки, промовирање на нивната соработка и поддршка на нивните активности, онаму каде што е потребно. Таков пример би бил споделувањето добри практики за безбедноста на пациентите и здружувањето на високо специјализирани медицински ресурси на ниво на европските референтни мрежи,

особено за ретки болести. Најважната финансиска алатка за спроведување на здравствената стратегија на ЕУ и унапредување на соработката меѓу земјите-членки е Здравствената програма на ЕУ (EU4HEALTH).<sup>1</sup>

Здравствените системи во Европа историски еволуирале со различни национални идентитети и ја одразуваат европската културна, економска и социјална разновидност. Овие системи се разликуваат, повеќе или помалку значително, и во однос на структурите за финансирање и услуги и во однос на регулаторните структури, но Унијата со своите 27 земји членки веќе неколку децении наназад успешно менаџира кохезијалност внатре која се покажува и однадвор. Иако секоја земја членка ЕУ помалку или повеќе се разликува од другите, што ја прави уникатна сама по себе, тоа значи дека и секој национален здравствен систем, покрај тоа што постапува според донесените регулативи, ужива индивидуалност, за што подетално ќе биде дискутирано во овој научен труд, со зачнување на прашањата за ковид-19, колку се успешни здравствените политики кои се водат во рамките на Унијата, како реагираат домашните системи на здравствените предизвици и какви се динамиките во справувањето со здравствени кризи.

### **Договорите на ЕУ: “The Holy Grail“ за ефикасно функционирање на Унијата**

Официјалната здравствена политика на ЕУ е изградена на нешто како парадокс. Здравствените и безбедносните одредби е она што ја чинат здравствената политика на Унија, но последователно на прогресот кој го ширеше ЕУ, прилично се разви како резултат на слободното движење на луѓе и стоки на внатрешниот пазар, со што се наложи координација и одржување на јавните здравствени прашања. При усогласување на мерките кои имаа за цел креирање на внатрешниот пазар, високото ниво на заштита ја формираше основата за предлози во областа на здравјето и безбедноста. Имено, системите за здравствена заштита произлегуваат од специфични историски, политички, културни и социо-економски традиции, а сето тоа резултираше да, организациските аранжмани и капацитети за здравствена заштита што ги поседува една држава значително се разликуваат од другите, како во распределбата на капиталот, така и во капацитетите на човечките ресурси.<sup>2</sup>

Со креирањето на единствениот европски пазар, но и зголемената миграција во рамките на ЕУ ја охрабрија понатамошна конвергенција на политиките и нови правци за размена на медицинска технологија, здравствени услуги, како и размена на работната сила. Но сепак, важно е да се истакне дека, креирањето здравствените политики цврсто се водат според принципот на супсидијарност,

<sup>1</sup> Види повеќе. [https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_en](https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en) (консултирано на ден 05.07.2022).

<sup>2</sup> Jakubowski E. Busse R. (1998). Health Care Systems in the EU a Comparative Study, European Parliament, Luxembourg. стр. 5.

па затоа усогласувањето на националните Закони на земјите-членки на Унијата е посебно исклучено согласно членот 129<sup>3</sup> од Договорот за Европската унија. *Bottom line*, поентата на ЕУ е, со донесувањето на секој нов договор во рамките на ЕУ има за цел да го замени претходниот во насока да се остварат одредени европски замисли кои претходно не биле исполнети.

Јавното здравје ја зајакнува својата улога во Унијата со донесувањето на Маастришкиот договор. Со овој Договор<sup>4</sup> од 1992 година се овозможи на ЕУ да се здобие со нови овласувања во областа на јавното здравство и поголем простор за меѓународна соработка, преку идентификување на заедничка акција со земјите членки за унапредување на здравјето и здравствена заштита на сите граѓани на Унијата, субвенционирање на медицински и здравствени истражувања, како и поголеми медицински достигнувања, но и воспоставување меѓународни информациски системи. Комисијата разви специфични политики во области како што се злоупотребата на тутун, СИДА, алкохолот и загадувањето на животната средина што е еден од најголемите чинители на лошото здравје. Дополнително, решението до кое ЕУ дојде со Договорот од Маастрихт беше да се остави простор за „охрабрување на соработката меѓу земјите-членки“ и „доколку е потребно, давање поддршка на нивните акции“ во јавното здравство<sup>5</sup>. Сепак, иако на ЕУ и беше дадена моќ да троши пари на здравствени проекти на европско ниво<sup>6</sup>, и беше забрането да донесува акти за усогласување на мерките за јавно здравје во земјите-членки.<sup>7</sup>

Кога овластувањата на ЕУ за здравствената политика беа ревидирани со Договорот од Амстердам од 1997 година, нејзината улога значително се зајакна. На ЕУ и беше наложено да обезбеди „високо ниво на заштита на човековото здравје“ во „дефинирањето и спроведувањето на сите политики и активности на [синдикатот]“ и активно да соработува со земјите-членки за подобрување на јавното здравје, спречување на болести и „отстранување на изворите на опасност за здравјето на луѓето“ (член 152, ст. 1). Притоа, усогласувањето на законите за јавно здравје на земјите-членки, ЕУ е обврзана да ги „целосно почитува“ одговорностите на земјите-членки за „организација и испорака на здравствени услуги и медицинска нега“. (член 152 ст.4, ст.5). ТФЕУ (Договор за функционирање на Европската унија) го зголеми значењето на здравствената политика со одредбите дека „ќе се обезбеди високо ниво на заштита на здравјето на луѓето при дефинирање и спроведување на сите

<sup>3</sup> Договор за основање на Европската заедница 12002E152 (консолидирана верзија во Ница -, Official Journal C 325 , 24/12/2002 P. 0100 – 0101, Official Journal C 340 , 10/11/1997 P. 0246 - Consolidated version, Official Journal C 224 , 31/08/1992 P. 0048).

<sup>4</sup> Договорот од Маастрихт е потпишан во 1992, а стапи во сила од 1993.

<sup>5</sup> Член 129, ст. 1, Договор од Маастрихт.

<sup>6</sup> Член 129, ст. 4, ст.5, Договор од Маастрихт.

<sup>7</sup> Duncan B. (2002). Health policy in the European Union: how it's made and how to influence it. *BMJ*. 2002;324:1027–1030. Стр. 1027.

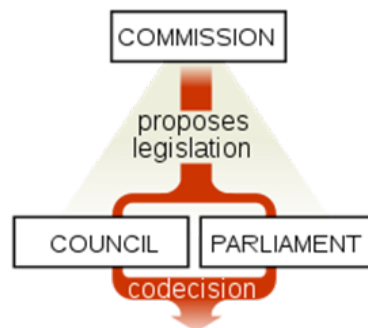
политики и активности на Заедницата“.<sup>8</sup> Примарната одговорност за одржување на постојаната здравствената заштита, а здравствените системи и понатаму остануваат одговорност на земјите-членки. Но неизоставен момент е дека Унијата има важна улога во подобрувањето на спречувањето и управувањето со болестите, ублажување на изворите на опасност по здравјето на луѓето, јавното здравје и усогласување на здравствените стратегии помеѓу земјите-членки.

Сепак, неспорно е дека земјите-членки имаат примарна одговорност за организирање и обезбедување здравствени услуги и медицинска нега, а здравствената политика на ЕУ служи како инструмент за дополнување на националните политики, за обезбедување на ефективна здравствена заштита во сите политики на ЕУ и за остварување на замислата посилна здравствена унија.<sup>9</sup>

### Заеднички карактеристики на институциите при креирање на ЕУ здравствени политики

Постои т.н. Институционален триаголник, кој, во сржта на креирање(то) политики во рамките на ЕУ лежи меѓусебното влијание помеѓу трите политички институции на Унијата:

- Комисијата,
- Парламентот и
- Советот на министри.<sup>10</sup>



Теоретски, процесот на креирање политики е едноставен. Комисијата предлага закони и политики, штитејќи ги интересите на Унијата, со оглед на тоа што е претставена како единствен орган кој е платен да размислува „Европски“,<sup>11</sup> а Парламентот и Советот потоа го одобруваат предлогот доставен од страна на Комисијата. Меѓутоа, во реалноста, Комисијата не работи во политички

<sup>8</sup> <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/en/sheet/49/public-health> (консултирано на ден 05.05.2022).

<sup>9</sup> Европска здравствена унија, креација на Европската Комисија има за цел да го заштити начинот на живеење, економиите и европските општества преку надоврзување кон заедничките напори на ЕУ за усогласување на односот на европските институции со економската средина преку вклучување во различни и поодржливи модели на економски раст.

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> “Interview with European Commission Secretary-General Catherine Day”. EurActiv. 25 September 2006. <https://www.euractiv.com/section/future-eu/interview/interview-with-european-commission-secretary-general-catherine-day/> (консултирано на ден 08.07.2022 година).

вакуум. Поединечните комесари и нивните службеници се обврзани редовно да присуствуваат на парламентарните комисии или состаноците на советот на министри и да ги објаснат своите постапки. Комисијата бара поддршка од другите две институции доколку сака да покрене нови иницијативи. И Советот и Парламентот заеднички го контролираат буџетот на Комисијата. Оттука, Комисијата често одговара во случај на загриженост покрената од страна на Парламентот и Советот: многу комисиски политики или законски предлози се резултат на тоа што одговара на „поканата“ од Советот или Парламентот да направи „нешто“.

При креирањето на политиките, издвојуваме неколку видови на креирање здравствени политики на ЕУ, и тоа, директно креирање здравствени политики со што ЕУ идентификува здравствена цел и се стреми да ја реализира преку преземање на акции, било тоа преку донесување закони или финансирање или соработка меѓу земјите членки.<sup>12</sup> Но, покрај директното, постои и индиректно креирање здравствени политики. Имено, ЕУ се стреми кон друга цел освен здравјето, но здравствените размислувања играат важна улога во одредувањето на конечниот исход. Примери за ова би биле директивите кои сакаат да ја олеснат трговијата меѓу земјите-членки со даден производ преку воспоставување заеднички безбедносни стандарди, како и воспоставување на уедначена фармацевтска политика на ЕУ. Оваа политика се стреми да ја олесни трговијата и економската интеграција во ЕУ како нејзина примарна цел, но од 1960-тите, таа исто така имаше силен фокус на безбедноста на дрогата. Во групата на видови креирање [здравствени] политики, ќе ги издвоиме и политиките кои подлежат на намерамерно креирање. ЕУ во своето работење, спроведува цели значајни за економската или социјалната политика, но тоа влијае врз здравството на непланиран начин, преку донесување на акти<sup>13</sup> кои произведуваат, претходно непредвидени, ефекти врз здравствената политика со донесување на пресуди кои се резултат на дадени судски спорови. Пример за тоа би биле пресудите на Европскиот суд на правдата за слободното движење на пациентите.<sup>14</sup>

### **Одговорот на здравствената политика на ЕУ на Ковид-19: од национално до колективно делување**

Со појавата на ковид-19, ЕУ имаше две главни рамки на управување преку кои можеше да го организира својот непосреден одговор на јавно-здравствената криза. Првата рамка се однесуваше на здравствената безбедност воспоставена со Одлуката за сериозни прекугранични закани по здравјето од 2013 година,<sup>15</sup>

<sup>12</sup> Watson R. EU to phase out tobacco advertising despite ruling. *BMJ* 2000;321:915.

<sup>13</sup> Види. Lang T. Lobstein T. Robertson A. Baumhöfer E. Building a healthy CAP. *Eurohealth* 2001;7:34-40; Rayner M. European Union policy and health. *BMJ* 1995;311:1180-1.

<sup>14</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1172737/pdf/128.pdf> (консултирано на ден 07.07.2022)

<sup>15</sup> Види. Decision No 1082/2013/EU of the European Parliament and of the Council of 22 October 2013 on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 2119/98/EC.

која воспоставува структури за планирање, подготвеност и одговор при итни случаи. Втората рамка е Механизмот за цивилна заштита (Civil Protection Mechanism), кој ја олеснува соработката меѓу земјите-членки во случај на катастрофа. И двете работеа како што беше планирано и очекувано во првата фаза од кризата, но, како одраз на ограничените овластувања на ЕУ поврзани со здравјето, нивниот капацитет и досег беа неизбежно недоволни.

Одлуката за сериозни прекугранични закани по здравјето од 2013 година беше усвоена како последица на појавата на свинскиот грип. Со овој акт се дефинира улогата на земјите-членки и различните институции на ниво на ЕУ<sup>16</sup> со: (а) планирање и подготвеност за вонредни ситуации, (б) тековен надзор и собирање податоци и (в) одговор и координација во случај на криза. Земјите-членки треба да известуваат за нивното планирање и подготвеност за вонредни состојби на секои 3 години, така што ќе се олесни процесот при размена на информациите меѓу земјите-членки, кои се консултираат меѓусебно во рамките на Комитетот (Health Security Committee)<sup>17</sup> со цел да ги координираат националните одговори на сериозни прекугранични закани по здравјето, вклучително и ситуации каде се прогласува вонредна состојба за јавно здравје со пројавување на меѓународна загриженост од страна на Светската здравствена организација, а во согласност со Меѓународните здравствени регулативи.

Имено, Health Security Committee, составен од национални претставници на високо ниво, кои се потпомогнати од Комисијата и експерти од релевантните агенции - служи како место каде националните влади се консултираат за предложените мерки за борба против сериозните закани по здравјето на нивните територии или, каде што треба да се дејствува да се преземат итно, да ги информираат другите држави за таквите мерки кои се предмет на усвојување (de Ruijter 2019). Кога ситуацијата т.е. кризата го надминува капацитетот на одредена земја-членка, согласно член 11 ст. 4 од Одлуката (The Health Threats Decision) им наложува на националните влади да го активираат СРМ (Civil Protection Mechanism).

Напредокот на политиката за јавно здравје на ЕУ може да се мери во однос на криза и одговор (Greer, de Ruijter и Brooks 2020). На пример, појавата на тешкиот акутен респираторен синдром (SARS) во 2003 година се промовираше создавањето на Европскиот центар за превенција и контрола на болести (ECDC), а лошата координација за време на епидемијата на свински грип во 2009 година резултираше со создавање механизам за заеднички набавки на вакцини. Овие и други примери ја илустрираат т.н. „шема“ во која кризата вообичаено претходела на поединечни, но важни чекори во развојот и интеграцијата на здравствената политика на ЕУ. Оттука, со оглед на размерите на пандемијата

<sup>16</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013D1082> (консултирано на ден 08.07.2022 година).

<sup>17</sup> [https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/preparedness-and-response/health-security-committee-hsc\\_en](https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/preparedness-and-response/health-security-committee-hsc_en) (консултирано на ден 08.07.2022 година).

ковид-19, би се очекувало да се видат суштински промени во здравствената агенда на ЕУ.<sup>18</sup> Целосниот обем на каква било промена на овластувањата и агендата на здравствената политика на ЕУ во последните две години постојано се допрецизира, но, од усвоените иницијативи и тековните дебати, потенцијалните параметри на оваа промена веќе може да се идентификуваат.

Последователниот недостаток на пренесување на релевантни информации до националните капацитети ја ограничи релевантноста на упатствата кои ги дава European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), а со тоа само дополнително се нагласи проблемот и ги истакна слабостите кои веќе постојат. ECDC се потпира на податоците што се пренесуваат од националните власти, на кои вообичаено им недостига т.н. „инфраструктура“ за собирање на податоците и транспарентно соопштување на истите, а самиот Центар е недоволно моќен во спроведување на националното известување.<sup>19</sup> Иако ЕУ има признаено дека станува збор за проблем на кој треба да се работи за негово решавање, ограничувањата со кои се соочува ECDC, а вклучувајќи го и недоволниот капацитет, со кој располага, да ги поддржи земјите-членки, беа дополнително истакнати од пандемијата Ковид-19.

Но, и покрај недостатоците со кои се соочува ECDC, се преземаат активности и политики во рамките на Унијата од аспект на јавното здравство кои имаат за цел да го заштитат и подобрат здравјето на граѓаните на ЕУ, преку поддржување на модернизацијата и дигитализацијата на здравствените системи, подобрувајќи ги европските здравствени системи, а во случај на појава на нова пандемија се подготвуваат земјите членки за подобро спречување и справување со идните пандемии. Стратешките здравствени прашања се дискутирани од претставници на националните власти и на Европската комисија во работната група на високо ниво за јавно здравје. Институциите на ЕУ, земјите, регионалните и локалните власти и другите интересни групи придонесуваат за спроведувањето на здравствената стратегија и годишните работни програми на ЕУ.<sup>20</sup> Но, потребно е да се истакне дека улогата на Унијата во здравството и не е толку голема, бидејќи националните влади сакаат да ја задржат контролата врз нивните здравствени политики и системи. Сегашните договори и дозволуваат на ЕУ да ги усогласува националните закони во мал сет на специфични области, како што се фармацевтски производи и медицински помагала. Во сите други области на здравството, вклучително и одговорање во случај на епидемски т.е. пандемски кризи, набавка на лекови и управување со заразни болести, улогата на ЕУ е ограничена поради индивидуалните национални политики.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Brooks E. & Geyer R. (2020). The development of EU health policy and the Covid-19 pandemic: trends and implications. *Journal of European Integration*, 42(8), 1057–1058.

<sup>19</sup> Greer S. (2012). The European Centre for Disease Prevention and Control: Hub or Hollow Core?. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 37, No. 6, December 2012. page 1003.

<sup>20</sup> [https://ec.europa.eu/health/eu-health-policy/overview\\_en](https://ec.europa.eu/health/eu-health-policy/overview_en) (консултирано на ден 08.05.2022).

<sup>21</sup> Ibid.



### **Недоречености во здравствени политики на ЕУ во време на Ковид-19**

Комплексноста, која потекнува од природните науки, како општ термин опфаќа широк опсег на сложени, адаптивни, појавни системи и феномени.<sup>22</sup> Иако не постои ниту една општоприфатена теорија на Комплексност, пристапите на Комплексноста имаат заедничко испитување на цели системи, наместо нивните поединечни компоненти и, како такви, ги предизвикуваат традиционалните, линеарни, редукционистички пристапи кон научното истражување.<sup>23</sup> Од 1990-тите, комплексноста се рашири низ општествените и политичките науки,<sup>24</sup> и доби особена сила во здравствената и здравствената политика.<sup>25</sup>

Во европската интеграција, комплексноста делува како мост помеѓу попозитивистичките и рефлективистичките теоретски перспективи и ја препознава важноста на уредните структури и институции и способноста да се изнесуваат позитивистички тврдења за нив. Сепак, исто така ја препознава и вродената непредвидливост и несигурност во сите сложени системи и неверојатната разновидност и разновидност на човечки толкувања на тие системи - оттука и важноста на рефлексивноста. Така, со брзиот неочекуван замав на ковид-19 кој почна неприродно брзо да се шири низ Европа и светот, земјите-членки се најдоа во ситуација да морат да ја проценат отпорноста и подготвеноста на нивните здравствени системи со цел полесно справување со новонастанатата ситуација. Способноста на Европската унија да реагира ефективно и максимално, тргнувајќи со максимата *Bona diagnosis, Bona curatio*, но уште на почетокот од пандемијата, беше ограничена со здравствените надлежности што и се доделени во основачките договори на Унијата. Земјите, незнаејќи кое е вистинското решение на долгорочен план, се најдоа во ситуација да преземат мерки на исклучително кратки временски интервали со цел спречување преоптоварување на домашните здравствени системи со пациенти заболени од корона вирусот. Затоа, неизбежно, владите на земјите-членки на ЕУ презедоа драстични мерки за да го спречат ширењето на вирусот и да се заштити здравјето на своите граѓани. Овие мерки се однесуваа првично социјалното дистанцирање. Тие вклучија, меѓу другото, затворање на несуштински бизниси, училишта, забрана за настани, меѓународни ограничувања при патување и најважното од сè - барањата од граѓаните да останат дома.<sup>26</sup> Појавата на корона вирусот ковид-19 ја истакна потребата за постоење на прилагодливи здравствени

<sup>22</sup> Coveney P. Highfield R., & Mermin, N. D. (1996). *Frontiers of Complexity: The Search for Order in a Chaotic World*. стр 46.

<sup>23</sup> Geyer R. Rihani S. (2010). *Complexity and Public Policy: A new approach to twenty-first century politics, policy and society*.

<sup>24</sup> Byrne D. and Callaghan G. (2014). *Complexity Theory and the Social Sciences: The State of the Art*. Routledge, London. стр 42.

<sup>25</sup> Greenhalgh T. Papoutsis C. (2016). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16(1). doi:10.1186/s12916-018-1089-4. стр 2.

<sup>26</sup> Hale T. Webster S. Petherick A. Phillips T. & Kira, B. (2020). *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*. Blavatnik School of Government.

системи во секоја држава во светот, затоа што со недостатокот на каков било вид вишок капацитет придонесе зголемување на ранливост кај земјите со појава на неочекуван пораст на побарувачката за здравствена заштита и немоќност да се справат со дадената ситуација.

Во почетокот од пандемијата се јавија рани повици за ревизија на договорот во контекст на здравствените аспекти и за зголемување на формалните здравствени овластувања на ЕУ, но беа брзо отфрлени како неостварливи и непотребни. Консензус меѓу академската правна фела е дека правната основа на ЕУ во однос на здравствените прашања веќе дозволува преземање значителна акција каде што тоа е поддржано од политичка волја<sup>27</sup>, и дека се поставува прашањето: Дали тоа ја ограничува тековната активност веројатно ќе ја попречи формалната промена на договорот (Клеменс и Бренд 2020)?<sup>28</sup>



Покрај ковид-19 и активно преземање мерки за негово спречување и овозможување на заштита, година дена порано беа направени истражувања за здравствените состојби и здравствени профили на ЕУ земјите за 2019 година од страна на Европската Комисија со што се нагласуваат различни причини и манифестации на разлики во покриеноста на здравствени услуги низ ЕУ.<sup>29</sup> Имено, во некои земји, како што се Бугарија<sup>30</sup> и Кипар<sup>31</sup>, големи групи на

<sup>27</sup> Hervey T. de Ruijter A. (2020). The Dynamic Potential of European Union Health Law. Forthcoming in the European Journal of Risk Regulation, Amsterdam Law School Research Paper No. 2020-44, Amsterdam Centre for European Law and Governance Research Paper No. 2020-06, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3675358> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3675358>.

<sup>28</sup> Clemens T. Brand H. (2020). Will COVID-19 lead to a major change of the EU Public Health mandate? A renewed approach to EU's role is needed. The European Journal of Public Health, Vol. 30, No. 4, 625–626.

<sup>29</sup> State of Health in the EU, Companion Report 2019, European Commission, Luxembourg, стр 32.

<sup>30</sup> Bulgaria: Country Health Profile 2019, European Commission, Luxembourg.

<sup>31</sup> Cyprus: Country Health Profile 2019, European Commission, Luxembourg.

население се уште се исклучени од опфатот, земајќи ги предвидфинансиските бариери и времето на чекање кои се едни од главните причини за недобивање навремени медицински услуги на пациентите во Европа. Ваквата покриеност возраста исто така претставува фактор, земјаќи ги Шведска и Словенија не можеме да забележиме празнини во однос на покривањето и задоволување на медицинските потреби од аспект на возраста кај овие две држави, гледаме една сосема поразлична слика кај постарите лица во Хрватска и Грција или младите лица во Данска и Германија кои се соочуваат со неисполнети медицински потреби. Сепак, празнините од аспект на здравството може да се однесуваат и на специфични болести, недоволно пружање на медицинска помош за пациенти со ретки болести кои се регистрирани според извештаите на Комисијата во Естонија, Австрија, Хрватска, Полска, Летонија, Малта и Холандија, како и деца со проблеми со менталното здравје во Полска, Австрија и Малта. Земјите-членки на Унијата, исто така, се соочуваат со предизвици во случај на пристапност и добивање на навремен одговор кога се работи за (не)медицинска нега за пациенти со рак.

Споредваквитеизвештаитеод2019, основнитепоказатели занеисполнување на потребите и овозможување медицинска нега се детерминирани на веќе постоечки фактори поврзано со трошоците, оддалеченоста на патувањето или времето на чекање, како и достапноста на услугите. Ваквите податоци добиени од направените извештаи, се доведува во прашање нивната веродостојност, затоа што популацијата опфатени во анкетните примероци може да има нереална перцепција за сопствените потреби и очекувања за здравствената заштита на која имаат право да ја добијат. Исто така, најверојатно е дека примероците на податоци не ги опфаќаат соодветно некои ранливи групи. Сумирано, генерално ниското ниво на неисполнети здравствени потреби на пациентитесо направените истражувања од The State of Health<sup>32</sup> не треба да биде основа за целосната состојба во дадена држава.<sup>33</sup>

ЕУ има корист од постоење на цврста правна рамка што поддржува навлегување на научни откритија кои придонесуваат за здравјето на пациентите, но сепак, не постои гаранција дека сите пациенти од ЕУ можат да пристапат до лековите, бидејќи дефиницијата за правата за покривање на основните потреби имајќи придобивки и стапката на партиципација на самите земји се разликуваат во голема мера внатре во рамките на самите земји. Постоенето на финансиско оптоварување наспроти јавните расходи за лекови ги поттикнуваат

<sup>32</sup> Европската Комисија изготвува извештаи во однос на здравствен профил на секоја земја членка, наречен The State of Health – циклус кој трае секои 2 години, со цел да овозможи на Комисијата да собере што е можно понови податоци во однос на здравјето на граѓаните во рамките на Унијата, истите да бидат опширни што ќе се создаде подобра слика каква е нивната здравствена состојба.

<sup>33</sup> Aristodemou K., Buchhass L., Claringbould D., (2021). The COVID-19 crisis in the EU: the resilience of healthcare systems, government responses and their socio-economic effects, Eurasian Economic Review.

финансиските тешкотии пријавени од пациентите за пристап до медицинска нега, кои значително се разликуваат во земјите-членки во согласност со големите разлики во јавната покриеност на медицинската нега. Досега, напорите на ниво на ЕУ се фокусираат на побрзо носење производи на пазарот (како што е PRIME<sup>34</sup>) кои им се потребни на одредени целни групи. Затоа, се препорачува позасилена рамка за прекугранична соработка за заштита од сите здравствени закани со цел подобра заштита на човечкиот живот, но и внатрешниот пазар, како и одржување на највисоките стандарди во заштитата на човековите права и граѓанските слободи, зајакнувајќи ја улогата на ЕУ во меѓународната координација и соработка за спречување и контрола на прекуграничните здравствени закани и подобрување на глобалната здравствена безбедност.<sup>35</sup>

### Заклучок

Животот човечки е клучот за правилно функционирање во здраво општество. Да се биде здрав значи да се биде слободен. ЕУ и земјите-членки му придадеа огромно значење и тежина на здравствениот аспект за кој се врати на „големата сцена“ фокусирајќи се како најважен, најесенцијален двигател во светот, иако претходно малку подзаборавен земајќи предвид дека акцентот беше ставен на други економски, социјални, политички прашања, аспекти за заштита на животната средина, правата на миграни, ЛЦБТ заедницата... ЕУ воведувајќи, преку сопствени механизми со цел да не се остави на случајност во иднина, низа решенија кои ефективно ја креираа Европската Здравствена Унија која, инаку, се смета дека претставува иднина за зголемување на заштитата на европските граѓани, преку штитење на начинот на живеење, економиите и европските општества воопшто. Доколку јавното здравје е во опасност, тоа значи дека и економијата неминовно трпи, а за една држава да биде спремна да одговори на сите геополитички предизвици, како еден од есенцијалните фактори за црпење на својата моќ ја гледаме во здравјето и благосостојбата на сопствениот народ. ЕУ и нејзините здравствени политики оставаат можност за ефикасно функционирање на националните здравствени системи како во сегашноста така и во иднина и превенција од идни пандемии со цел заштита на здравјето на луѓето во рамките на ЕУ и надвор. Европската здравствена политика, кога се работи за јавното здравје, е насочена кон остварување на заштита и овозможување на подобра здравје на граѓаните на унијата, издигнување и воведување на подобра здравствена инфраструктура во земјите-членки на ЕУ преку модернизирање и зајакнување на ефикасноста при нејзино

<sup>34</sup> PRIME е шема на Европската агенција за лекови (ЕМА) која има за цел зајакнување на поддршка за развој на лекови кои несекогаш се ставени на располагање. Оваа доброволна шема се базира на постоење ран дијалог со компании кои развиваат на т.н. ветувачки лекови, за може да се оптимизираат развојните планови и да се забрза евалуацијата како овие лекови би стигнале порано и брзо до пациентите.

<sup>35</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0724&qid=1605690513438> (консултирано на 08.07.2022).

функционирање, формирање работни групи од страна на Европската комисија за дискутирање на стратешки здравствени прашања заедно со претставници на националните власти со цел одржливост на јавното здравје на високо ниво. Институциите на Унијата, земјите членки, регионалните и локалните власти имаат обврска да придонесуваат за имплементација на здравствената стратегија на ЕУ, затоа примарна одговорност на земјите членки на ЕУ се согледува во организирањето, давањето на здравствени услуги, како и овозможувањето на потребна медицинска нега, додека здравствените политики на Унијата претставуваат механизам за дополнување на националните политики, но и обезбедување на здравствената заштита при водење на националните политики од аспект на европското право.

### **БИБЛИОГРАФИЈА:**

1. Jakubowski E. Busse R. (1998). Health Care Systems in the EU a Comparative Study, European Parliament, Luxembourg.
2. Договор за основање на Европската заедница 12002E152 (консолидирана верзија во Ница - Official Journal C 325 , 24/12/2002 P. 0100 – 0101, Official Journal C 340 , 10/11/1997 P. 0246 - Consolidated version, Official Journal C 224 , 31/08/1992 P. 0048).
3. Договор од Мастрихт.
4. Договор од Мастрихт.
5. Duncan B., (2002) Health policy in the European Union: how it's made and how to influence it. *BMJ*. 2002;324:1027–1030.
6. "Interview with European Commission Secretary-General Catherine Day". *EurActiv*. 25 September 2006. <https://www.euractiv.com/section/future-eu/interview/interview-with-european-commission-secretary-general-catherine-day/>.
7. Watson R. EU to phase out tobacco advertising despite ruling. *BMJ* 2000;321:915.
8. Lang T, Lobstein T, Robertson A, Baumhöfer E. Building a healthy CAP. *Eurohealth* 2001;7:34-40; Rayner M. European Union policy and health. *BMJ* 1995;311:1180-1.
9. Decision No 1082/2013/EU of the European Parliament and of the Council of 22 October 2013 on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 2119/98/EC.
10. Greer S. (2012). The European Centre for Disease Prevention and Control: Hub or Hollow Core?. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 37, No. 6, December 2012.
11. Brooks E. & Geyer R. (2020). The development of EU health policy and the Covid-19 pandemic: trends and implications. *Journal of European Integration*, 42(8).
12. Coveney P. Highfield R. & Mermin N. D. (1996). *Frontiers of Complexity: The Search for Order in a Chaotic World*.

13. Geyer R. Rihani S. (2010). Complexity and Public Policy: A new approach to twenty-first century politics, policy and society.
14. Byrne D. and Callaghan G. (2014). Complexity Theory and the Social Sciences: The State of the Art. Routledge, London.
15. Greenhalgh T., Papoutsi C., (2016). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. BMC Medicine, 16(1). doi:10.1186/s12916-018-1089-4.
16. Hale T. Webster S. Petherick A. Phillips T. & Kira, B. (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker. Blavatnik School of Government.
17. Hervey T. de Ruijter, A. (2020). The Dynamic Potential of European Union Health Law. Forthcoming in the European Journal of Risk Regulation, Amsterdam Law School Research Paper No. 2020-44, Amsterdam Centre for European Law and Governance Research Paper No. 2020-06, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3675358> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3675358>
18. Clemens T. Brand H. (2020). Will COVID-19 lead to a major change of the EU Public Health mandate? A renewed approach to EU's role is needed. The European Journal of Public Health, Vol. 30, No. 4.
19. State of Health in the EU, Companion Report 2019, European Commission, Luxembourg.
20. Bulgaria: Country Health Profile 2019, European Commission, Luxembourg.
21. Cyprus: Country Health Profile 2019, European Commission, Luxembourg.
22. Aristodemou K. Buchhass L. Claringbould D. (2021). The COVID-19 crisis in the EU: the resilience of healthcare systems, government responses and their socio-economic effects, Eurasian Economic Review.

***Консултирани веб страни:***

1. [https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_en](https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en)
2. <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/en/sheet/49/public-health>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1172737/pdf/128.pdf>
4. [https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/preparedness-and-response/health-security-committee-hsc\\_en](https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/preparedness-and-response/health-security-committee-hsc_en)
5. [https://ec.europa.eu/health/eu-health-policy/overview\\_en](https://ec.europa.eu/health/eu-health-policy/overview_en)
6. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013D1082>
7. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0724&qid=1605690513438>