

Л. М. Дубова,  
аспірант,  
Національний аерокосмічний університет "Харківський авіаційний інститут"  
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-6552-8861>

DOI: 10.32702/2306-6814.2026.6.409

# МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДІДЖИТАЛІЗАЦІЄЮ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ

L. Dubova,  
PhD student,  
National Aerospace University "Kharkiv Aviation Institute"

MECHANISMS OF PUBLIC ADMINISTRATION OF DIGITALIZATION OF MEDICAL SERVICES  
INSURANCE: WORLD EXPERIENCE AND PROSPECTS FOR UKRAINE

*У статті досліджено світовий досвід страхування медичних послуг задля вдосконалення механізмів публічного управління діджиталізацією цих процесів. Зокрема, з'ясовано сутність публічного управління діджиталізацією медичних послуг в Україні та визначити основні відповідні механізми; узагальнено й проаналізовано досвід країн світу щодо страхування медичних послуг в межах існуючих моделей охорони здоров'я; виокремлено основні напрями розвитку механізмів публічного управління діджиталізацією страхування медичних послуг в Україні з урахуванням світового досвіду страхування медичних послуг.*

*Зазначено, що публічне управління діджиталізацією медичних послуг в Україні базується на впровадженні електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка включає цифрову трансформацію державних і регіональних програм медичних гарантій, впровадження електронних рецептів та направлень, а також розвиток телемедицини.*

*Показано, що моделі охорони здоров'я залежать від типу організації медичної допомоги та форм власності постачальників послуг. У країнах з бюджетною й соціально-страховою моделями медична допомога знаходиться під управлінням урядових установ федерального та регіонального рівнів.*

*Зазначено, що у світовій практиці серед стратегій загальнодержавного рівня, спрямованих на збереження здоров'я населення, особливе місце займає стратегія врахування інтересів здоров'я в політиці всіх секторів економіки і соціальної сфери, спрямована на посилення взаємодії між державною політикою в галузі охорони здоров'я та політикою, що проводиться іншими секторами з метою збереження і поліпшення здоров'я населення.*

*Підкреслено, що найбільш перспективною стратегією розвитку охорони здоров'я, що стоїть поза конкуренцією з іншими підходами, як і раніше, залишається зміцнення первинної медичної допомоги. Висока соціальна та економічна ефективність застосування цієї стратегії доведена світовою практикою.*

**Виокремлено основні напрями розвитку механізмів публічного управління діджиталізацією страхування медичних послуг в Україні з урахуванням світового досвіду: посилення взаємодії між електронною системою охорони здоров'я та приватними страховиками для автоматичного підтвердження страхових випадків і розрахунків; використання штучного інтелекту; повне переведення процесів в межах державних і регіональних програм медичних гарантій в електронний формат; телемедицина та моніторинг; блокчейн-технології.**

**The paper studies the world experience of insurance of medical services in order to improve the mechanisms of public administration of digitalization of these processes. In particular, the essence of public administration of digitalization of medical services in Ukraine is clarified and the main relevant mechanisms is identified; the experience of the countries of the world on insurance of medical services within the existing models of health care is generalized and analyzed; the main directions of development of mechanisms of public administration of digitalization of insurance of medical services in Ukraine are allocated, taking into account the world experience of insurance of medical services.**

**It is specified that public administration of digitalization of medical services in Ukraine is based on the introduction of an electronic health system (eHealth), which includes digital transformation of state and regional programs of medical guarantees, the introduction of electronic prescriptions and referrals, as well as the development of telemedicine.**

**It is shown that health care models depend on the type of organization of medical care and ownership of service providers. It is shown that medical care is managed by government agencies at the federal and regional levels in countries with budgetary and social insurance models.**

**It is noted that in world practice, among the strategies of the national level aimed at preserving the health of the population, a special place is occupied by the strategy of taking into account the interests of health in the policies of all sectors of the economy and the social sphere, aimed at strengthening of the interaction between public health policy and policies pursued by other sectors in order to preserve and improve the health of the population.**

**It is emphasized that the most promising strategy for the development of health care, standing out from competition with other approaches, remains the strengthening of primary health care. The high social and economic effectiveness of this strategy has been proven by world practice.**

**The main directions of development of mechanisms of public administration of digitalization of insurance of medical services in Ukraine are allocated, taking into account the world experience: strengthening of interaction between the electronic health care system and private insurers for automatic confirmation of insurance cases and calculations; use of artificial intelligence; complete translation of processes within the state and regional programs of medical guarantees into electronic format; telemedicine and monitoring; blockchain technology.**

*Ключові слова: механізми публічного управління, діджиталізація, страхування медичних послуг, електронна система охорони здоров'я, моделі охорони здоров'я.*

*Key words: mechanisms of public administration, digitalization, health insurance, electronic health care system, health care models.*

## ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Жодна розвинена країна світу не може забезпечити всіх потреб в медичних послугах, ліки й інші технології виключно з громадських коштів без залучення програм приватного страхування та соплатежів. Обсяг програм державних гарантій надання медичної допомоги неоднаковий в різних країнах, нерідко гарантії щодо надання конкретних видів медичної допомоги, забезпечення ліками та медичними виробами не прописані або нечітко прописані в нормативних документах. Однак у всіх розвинених країнах на практиці забезпечується

рівний доступ всіх громадян до необхідних послуг охорони здоров'я, надаються пільги для широких груп соціально незахищеного населення. Діджиталізація страхування медичних послуг в Україні реалізується через впровадження електронних полісів, інтеграцію страхових систем з Електронною системою охорони здоров'я (eHealth), мобільні додатки для клієнтів, телемедицину та використання штучного інтелекту для оцінки ризиків. Це підвищує прозорість, швидкість обслуговування та доступність медичної допомоги. Проте, для подальшого розвитку цього напрямку в Україні слід досконало дослідити закордонний досвід страхування медичних послуг. Вищезазначене обумовлює актуальність обраної теми дослідження.

## АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Дослідження механізмів публічного управління діджиталізацією медичного страхування в Україні зосереджені на трансформації ролі держави від прямого надавача послуг до архітектора цифрових екосистем та гаранта фінансової доступності. Це підтверджується публікаціями численних авторів, зокрема, Г. Кришталь, М. Кривоберець, Д. Самофалов та ін. Проте недостатньо уваги приділяється врахування досвіду країн світу щодо застосування механізмів публічного управління діджиталізацією страхування медичних послуг.

## ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ (ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ)

Метою роботи є дослідження світового досвіду страхування медичних послуг задля вдосконалення механізмів публічного управління діджиталізацією цих процесів.

Для досягнення поставленої мети в роботі пропонується поставити та вирішити такі завдання:

- з'ясувати сутність публічного управління діджиталізацією медичних послуг в Україні та визначити основні відповідні механізми;

- дослідити досвід країн світу щодо страхування медичних послуг в межах існуючих моделей охорони здоров'я;

- виокремити основні напрями розвитку механізмів публічного управління діджиталізацією страхування медичних послуг в Україні з урахуванням світового досвіду страхування медичних послуг.

## ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Публічне управління діджиталізацією медичних послуг в Україні базується на впровадженні електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка включає цифрову трансформацію державних і регіональних програм медичних гарантій, впровадження електронних рецептів та направлень, а також розвиток телемедицини. Ключові заходи у цьому зв'язку включають законодавче забезпечення, застосування інформаційно-комунікаційних інструментів та моніторинг діяльності медичних закладів.

Механізми діджиталізації управління охороною здоров'я включають впровадження електронної системи охорони здоров'я, державні та регіональні програми медичних гарантій, телемедицини, електронних рецептів та направлень. Ключовими інструментами у цьому зв'язку є державна політика з трансформації, використання Big Data для аналітики, розвиток цифровізованих послуг та підвищення кібербезпеки медичних даних [1; 3].

Відповідно, основні публічного управління діджиталізацією страхування медичних послуг включають наступні.

Нормативно-правовий механізм: розробка законодавства для функціонування електронної системи охорони здоров'я, захисту персональних даних та регулювання телемедицини.

Організаційний механізм: впровадження електронних інструментів, таких як електронні направлення та рецепти, що забезпечує прозорість взаємодії між пацієнтом, лікарем та державою.

Фінансовий механізм: використання програм медичних гарантій для фінансування медичних послуг через цифрові договори, що сприяє ефективному розподілу коштів.

Технологічний механізм: використання інфраструктури хмарних обчислень, забезпечення функціонування медичних інформаційних систем (MIC), а також аналіз великих даних (Big Data) для прийняття управлінських рішень.

Інформаційно-комунікаційний механізм: функціонування центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я та розвиток мобільних додатків для пацієнтів.

Ці механізми спрямовані на підвищення якості, доступності та ефективності медичних послуг, особливо в умовах зростання потреби в оперативному задоволенні медичних потреб [2; 4].

Однак, для більш досконалого розвитку зазначених механізмів, необхідним є дослідження специфіки страхування медичних послуг в межах існуючих моделей охорони здоров'я в країнах світу.

Так, в Німеччині держава гарантує доступ громадян до встановленого законом набору медичних послуг та продуктів високої якості. Страхові плани лікарняних кас стандартизовані, а їх вартість контролюється державою. Більш ефективно працюють страхові фонди, котрі можуть використовувати вивільнені кошти на повернення частини страхових премій або на розширення страхового покриття за межі стандартного набору послуг та медичних продуктів.

У Швеції після прийняття Закону про здоров'я та медичних послуг в 1982 року все населення (крім нелегальних іммігрантів) отримало рівний доступ до послуг охорони здоров'я, які фінансуються державою. В країні немає законодавчо затвердженого пакету медичних послуг, що підлягають обов'язковому покриттю з громадських коштів. У той же час в рамках державної системи надання медичної допомоги оплачується досить широке коло послуг, включаючи:

- практику охорони здоров'я, в тому числі вакцинацію;
- профілактику;
- первинну медичну допомогу;
- амбулаторну та стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу;
- швидку медичну допомогу;
- психіатричну допомогу;
- реабілітацію;
- підтримку осіб з обмеженими можливостями;
- транспортування пацієнтів до місця лікування;
- догляд на дому і довготривалий догляд, в тому числі в будинках для людей похилого віку;
- стоматологічну допомогу дітям і молодим громадянам в повному обсязі;
- стоматологічну допомогу дорослим громадянам (частково);
- забезпечення амбулаторними і стаціонарними рецептурними ліками [3; 5].

Оскільки охоплення державними послугами охорони здоров'я значний, тільки 4% жителів Швеції купують додаткові приватні страхові плани.

У Канаді теж відсутній законодавчо затверджений пакет медичних послуг, що підлягають обов'язковому

покриття з громадських коштів. На національному рівні в рамках Медікейр для всього населення покриваються витрати на необхідні послуги, включаючи допомогу сімейних лікарів, надання більшості видів спеціалізованої медичної допомоги, а також медикаментозне забезпечення та лікування в стаціонарах. У Канаді коло відшкодовуються в рамках ОМС послуг і технологій (адміністративні та соціальні послуги, що надаються органами місцевого самоврядування (сільськими, селищними, міськими радами та їх виконками) для забезпечення потреб громади) більш вузький: не покриваються послуги стоматологів, офтальмологів, андрологів, допомога та догляд на дому, а також амбулаторні рецептурні ліки. Як наслідок, ці ліки, а також послуги зазначених фахівців оплачуються в рамках приватних страхових планів, з коштів самих пацієнтів та благодійних фондів.

У деяких країнах законодавчо закріплено пріоритет ОМС над приватним. Так, в Німеччині приватне медичне страхування може використовуватися як єдиний вид страхування тільки заможними громадянами, чий дохід перевищує встановлений законом рівень в 49 950 євро в рік (2018 р). Решта громадян мають право використовувати послуги приватних страховиків тільки як доповнення до обов'язкового медичного страхування для поліпшення якості послуг [2; 4].

Приватне страхування використовується для покриття витрат на перебування в приватних лікарнях та отримання додаткових послуг, не охоплених державними гарантіями, а також на покриття обов'язкових соплатежів населення за субсидовані державою медичні послуги. Цей вид страхування дозволяє прискорити отримання медичних послуг та доступ до послуг підвищеної якості. Держава, як правило, регулює соплатежі населення при оплаті медичних послуг, приймаючи спеціальні заходи щодо забезпечення їх доступності для вразливих категорій громадян. Регулювання соплатежів здійснюється у формі встановлення максимальної або стандартної межі.

Моделі охорони здоров'я залежать від типу організації медичної допомоги та форм власності постачальників послуг. У країнах з бюджетною й соціально-страховою моделями медична допомога знаходиться під управлінням урядових установ федерального та регіонального рівнів. У США система надання медичної допомоги децентралізована та контролюється приватними страховими медичними організаціями. Однак уряди штатів беруть участь в регулюванні діяльності страхових компаній, які зобов'язані пройти акредитацію в Національному комітеті із забезпечення якості (NationalCommitteeforQualityAssurance), надавши звітність по 30 показникам та підтверджуючи відповідність своєї діяльності прийнятим стандартам в 60 різних сферах [1; 3].

Практично у всіх розвинених країнах наданням медичної допомоги займаються установи обох форм власності, що сприяє розвитку конкуренції а також, відповідно, підвищенню якості медичних послуг.

Первинну медичну допомогу повсюдно надають приватні лікарі або приватні лікарські практики. Виняток становить Ісландія, де домінуючу роль в наданні первинної медичної допомоги відіграють лікарі, які є державними службовцями, а також частково Швеція, де склалася змішана система. У Швеції з 1 100 центрів по наданню первинної допомоги тільки одна третина є приватними. Конт-

роль за відкриттям та акредитацією нових центрів здійснюють обласні ради (ландстинги). Вимоги по акредитації державних і приватних медичних практик стандартизовані, застосовуються однакові методи й рівні оплати послуг, незалежно від форми власності постачальника.

В Австралії більшість лікарів загальної практики, а також фахівців є індивідуальними підприємцями. Фахівці мають право суміщати роботу в державних та приватних лікарнях. Австралійський уряд реалізує ряд програм, націлених на зміцнення центрів первинної медичної допомоги та їх взаємодії з іншими постачальниками медичних послуг. Зокрема, в рамках Програми розвитку клініки загальної практики вищого рівня уряд надає фінансову підтримку багатопрофільним центрам медичної допомоги. В рамках іншої програми надається підтримка місцевим об'єднанням лікарів загальної практики чисельністю від 100 до 300 осіб. Відповідно до Угоди про національну реформу охорони здоров'я, уряд надає постачальникам послуг первинної медичної допомоги гранти на створення локальних груп Медікейр (MedicareLocals), метою яких є поліпшення координації та усунення прогалів у наданні первинної медичної допомоги на місцях [2; 5].

У США первинна медична допомога, як правило, надається приватно-практикуючими сімейними лікарями, які працюють або самостійно, або в складі груп. Сімейні лікарі складають одну третину від загальної кількості лікарів в країні. Більшість приватно-практикуючих лікарів первинної медичної допомоги зайняті в невеликих клініках, штат яких не перевищує 5 осіб. Пацієнти мають право вільного вибору лікаря в рамках мережі зареєстрованих постачальників послуг. Для отримання послуг фахівця попередні відвідини сімейного лікаря в більшості випадків не потрібно. Лікарі-фахівці можуть поєднувати індивідуальну практику й роботу в лікарнях.

У США держава й приватні страхові компанії активно підтримують всілякі ініціативи, спрямовані на вдосконалення обслуговування пацієнтів. В останні роки широкого поширення набули моделі надання медичної допомоги за принципом "медичний будинок, орієнтований на пацієнта" (patient-centeredmedicalhome). Згідно з цим принципом, пацієнт є центральною фігурою і повинен отримувати доступну, безперервну та сфокусовану виключно на його потреби допомогу свого сімейного лікаря. Передбачається, що такий підхід має сприяти зміцненню інституту первинної медичної допомоги як за рахунок більшої уваги до профілактики та ефективності лікування, так і за рахунок усунення невинуватених витрат та підвищення ролі самих пацієнтів [1; 3].

У країнах з бюджетною моделлю більшість лікарень перебуває у державній власності. Однак ситуація змінюється. У Великобританії в останні роки з'явилися приватні лікарні, які працюють в системі NHS. В Італії та Іспанії, де переважають державні лікарні, ряд приватних некомерційних установ також активно бере участь в наданні медичної допомоги в рамках державної системи охорони здоров'я.

У країнах зі страховою моделлю частка приватних некомерційних та комерційних лікарень значна й може становити 50% а то й навіть досягати 100%. Так, в Нідерландах практично всі лікарні приватні, але вони займаються наданням медичних послуг в рамках системи обов'язкового медичного страхування.

У США на приватні некомерційні лікарні доводиться 70% всього ліжкового фонду, на приватні комерційні та державні — по 15%. Державні лікарні мають право обслуговувати приватних пацієнтів. Послуги лікарень незалежно від форми власності оплачуються однако- вим чином — методом плати за послугу або за день пе- ребування на ліжку.

Універсальний доступ до послуг охорони здоров'я в поєднанні з незалежністю та ініціативою приватних постачальників не тільки сприяє розвитку конкуренції та підвищенню якості послуг, але й дозволяє країнам з бюджетною та страховою моделями домагатися збалан- сованості витрат на охорону здоров'я й скорочувати управлінські витрати. Однак в умовах переважання яко- гось одного каналу фінансування нерідко виникає про- блема зайвої бюрократизації, що в ряді країн (Канада, Великобританія) призводить до невиправдано великих черг на отримання медичних послуг й тим самим стиму- лює попит на приватне страхування [2; 5].

Кардинально відрізняється модель США, яка мало підходить для європейських та інших країн з глибокими тра- диціями соціальної держави. У США при надзвичайно ви- соких витратах відсутня цілісна система охорони здоров'я, а значна частина населення не має гарантованої медичної допомоги. У той же час споживачам (але не всім) надається велика свобода вибору, доступ до самих передових техно- логій та більш висока якість медичної допомоги.

Серед стратегій загальнодержавного рівня, спрямо- ваних на збереження здоров'я населення, особливе місце займає стратегія врахування інтересів здоров'я в політиці всіх секторів економіки і соціальної сфери, спрямована на посилення взаємодії між державною політикою в галузі охорони здоров'я та політикою, що проводиться іншими секторами з метою збереження і поліпшення здоров'я населення. При цьому розгля- дається вплив на здоров'я, наприклад, сільського гос- подарства, освіти, охорони навколишнього середови- ща, державної фінансової політики, житлового будів- ництва, транспорту та ін. Основним елементом даної стратегії є розвиток всіх сфер суспільного життя з ура- хуванням можливості їх позитивного впливу на здоро- в'я, що реалізується на основі міжсекторальних ме- ханізмів і єдності цілей в галузі охорони здоров'я [1; 4].

Найбільш яскраве вираження механізм міжсекто- рального підходу отримав в розробленій ВООЗ стра- тегії профілактики алкоголізму. Конкретний досвід здійснення "антиалкогольної політики" в європейських країнах будується на двох основних положеннях: регу- лювання пропозиції алкоголю за допомогою адмініст- ративних та економічних важелів, й заходи, спрямовані на обмеження попиту та надання відповідної медико- санітарної допомоги особам з алкогольними проблемами. Заходи в цій області включають:

- регулювання і контроль за рекламою алкоголь- ної продукції (в тому числі й непрямий);
- санітарна освіта населення про шкоду алкоголю для здоров'я;
- вживання помірного й малого споживання алко- гольних напоїв та споживання слабоалкогольних напоїв;
- контроль за якістю алкогольної продукції;
- проведення пропагандистських кампаній із залу- ченням ЗМІ на національному та регіональному рівні

щодо скорочення вживання алкоголю, особливо серед вагітних жінок та молоді, а також спеціальні інфор- маційні антиалкогольні кампанії в школах та армії;

— широке залучення лікарів загальної практики до профілактичної і лікувальної антиалкогольної роботи серед питушого населення;

— моніторинг та регулювання продажу алкоголь- них напоїв в місцях відпочинку, особливо під час спортивних та культурних заходів, а також на автосто- янках й автозаправках;

— контроль за цінами на алкогольні напої;

— контроль за зміст чистого алкоголю в алкоголь- них напоях та сприяння виробництву слабоалкогольних напоїв;

— контроль за водіями автомобілів, профілактика водіння в нетверезому вигляді [2; 3].

На національному рівні більшість європейських країн вже протягом останніх тридцяти років реалізують прин- цип забезпечення рівної доступності охорони здоров'я незалежно від можливостей і здібностей людей оплачу- вати послуги. Так, зростає частка населення, чий медико- санітарні витрати оплачуються за рахунок державного фінансування. Системи переважного фінансування охоро- ни здоров'я з бюджету діють в Данії, Фінляндії, Ірландії, Італії, Норвегії, Португалії, Іспанії, Швеції, Великобританії, на основі соціального медичного страхування — у Франції, Німеччині, Люксембурзі, Нідерландах. Соціальне страху- вання здоров'я є обов'язковим до виконання. Розмір внесків при цьому страхуванні не пов'язаний з урахуван- ням ризиків, а самі внески, як правило, відокремлені від інших обов'язкових податків. У різних країнах обов'язко- вим медичним страхуванням охоплено або все населення, або значна його частина. Для осіб, які не охоплені систе- мою соціального медичного страхування, передбачені інші механізми покриття витрат на охорону здоров'я: паралель- на система фінансування з бюджету або укладення дого- ворів медичного страхування.

У Західній Європі широко використовується систе- ма співучасті споживачів в оплаті медичних послуг. Ця система використовується для збільшення інвестицій, коли система фінансування охорони здоров'я не може покрити всі витрати за рахунок оподаткування або соці- ального страхування, а також з метою обмеження над- мірного використання медичних послуг. При цьому не- обхідно зазначити, що часткове відшкодування витрат за рахунок споживачів використовується в окремих випадках, тому що може порушити принцип справедливо- го доступу до медичного обслуговування різних верств населення. Від прямих платежів звільняються соціально вразливі групи населення (особи з низьким доходом, без- робітні, пенсіонери), а також хронічні хворі (наприклад, особи з цукровим діабетом та ін.), вагітні жінки [2; 4].

Проблема територіальної несправедливості в доступі до медичного обслуговування вирішується багатьма краї- нами протягом майже півстолітнього періоду, однак досяг- ти позитивних результатів та вирівняти рівні медичного об- слугування міського й сільського населення вдалося лише окремим з них. ВООЗ підкреслює, що кожній з країн необхі- дно провести оцінку характеру та масштабів відмінностей в доступності медичної допомоги різних соціальних груп на- селення, як з точки зору географічної складової, так і з ура- хуванням економічних та культурних аспектів.

Найбільш перспективною стратегією розвитку охорони здоров'я, що стоїть поза конкуренцією з іншими підходами, як і раніше, залишається зміцнення первинної медичної допомоги. Висока соціальна та економічна ефективність застосування цієї стратегії доведена світовою практикою. У більшості країн Європейського регіону пріоритетом розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) став принцип загальнолікарської / сімейної практики. Надання медичної допомоги сімейними лікарями отримало в світі широке поширення та охопило такі країни як Канада, Великобританія, Австралія, Нова Зеландія, Скандинавські держави, Греція, Іспанія, Португалія, Ізраїль, Індія, Сінгапур. Високий інтерес до сімейного принципу надання первинної медичної допомоги відзначається в Китаї і Японії. На Кубі за рахунок впровадження загальнолікарської практики на тлі тривалої соціально-економічної кризи була істотно знижена смертність населення.

Разом з тим, подальший розвиток принципу загальнолікарської практики в Західній Європі відбувався в напрямку формування лікарських об'єднань (центрів), що мало місце в Данії, Нідерландах, окремих регіонах Сполученого Королівства, Фінляндії та Швеції. У Німеччині були створені великі лікувально-профілактичні установи, в яких об'єднані первинна допомога, діагностичні служби та спеціалізовані види допомоги. Тобто вектор розвитку був спрямований від загальнолікарських практик до формування поліклінічних установ. На цьому тлі ситуація, що склалася в окремих країнах Центральної та Східної Європи, наприклад, в Угорщині, Естонії, котрі, починаючи з середини 1990-х років, прагнули перепрофілювати значне число поліклінічних фахівців в індивідуально працюючих лікарів загальної практики, різко контрастувала з загальними тенденціями. У ряді країн пішли шляхом створення, так званих, "денних" клінік, в яких пацієнти із загальними симптомами проходять повне обстеження за один день [1; 5].

У вітчизняній охороні здоров'я, починаючи з 90-х років, також прагнули перенести акцент на первинну медичну допомогу, однак, спроби збільшення кількості загальнолікарських практик не привели до масштабного впровадження даної технології, а, незважаючи на розвиток денних стаціонарів, ліжковий фонд зменшувався повільно, велика частина фінансування, як і раніше, йшла на стаціонарну допомогу.

## ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМІ

Враховуючи проведені у роботі дослідження, слід виділити основні напрями розвитку механізмів публічного управління діджиталізацією страхування медичних послуг в Україні з урахуванням світового досвіду:

— інтеграція та екосистеми: посилення взаємодії між електронною системою охорони здоров'я та приватними страховиками для автоматичного підтвердження страхових випадків і розрахунків;

— використання штучного інтелекту: Впровадження штучного інтелекту для предиктивної аналітики захворюваності, персоналізації страхових планів та автоматизованого аудиту медичних записів з метою запобігання шахрайству;

— цифровізація: повне переведення процесів в межах державних і регіональних програм медичних гарантій в електронний формат, включаючи цифрову трансформацію МСЕК;

— телемедицина та моніторинг: розширення нормативної бази та технічних можливостей для дистанційних консультацій, що інтегровані в страхові пакети;

— блокчейн-технології: застосування блокчейну для гарантування безпеки, конфіденційності медичних даних та прозорості фінансових транзакцій у системі "держава-пацієнт-страховик".

## Література:

1. Данилевич Ю. О., Наумова Л. В., Мілевська-Вовчук Л. С. Роль інформаційно-комунікативних технологій у навчальному процесі. Медична освіта. 2021. № 1. С. 83—88.

2. Кришталь, Г., Скиба, Г., Кривоберець М. Цифрові технології як фактор підвищення фінансової доступності медичного страхування в Україні. Сталій розвиток економіки. 2025. № 5 (56). С. 159—163.

3. Саєнко М. С., Моховець Г. Ю. Використання інформаційно-комунікаційних технологій у майбутній професійній діяльності в процесі вивчення медичної інформатики. Імідж сучасного педагога. 2018. № 3 (180). С. 18—21.

4. Самофалов Д. О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. Державне управління та місцеве самоврядування. 2020. № 1 (44). С. 92—99.

5. Чуницька І.І., Ясентюк А.С. Функціонування страхового ринку України в умовах сучасної цифрової трансформації. Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія "Економіка": науковий журнал. 2021. № 23 (51). С. 89—94.

## References:

1. Chynyska, I.I. and Yasentiuk, A.S. (2021), "Functioning of the insurance market of Ukraine in the conditions of modern digital transformation", *Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu "Ostrozka akademiia". Seriya "Ekonomika"*, vol. 23 (51), pp. 89—94.

2. Danylevych, Yu. O., Naumova, L. V. and Milevska-Vovchuk, L. S. (2021), "The role of information and communication technologies in the educational process", *Medychna osvita*, vol. 1, pp. 83—88.

3. Kryshchal, H., Skyba, H. and Kryvobereets, M. (2025), "Digital technologies as a factor in increasing of the financial accessibility of health insurance in Ukraine". *Staliy rozvytok ekonomiky*, vol. 5 (56), pp. 159—163.

4. Saienko, M. S. and Mokhovets, H. Yu. (2018), "The use of information and communication technologies in future professional activities in the process of studying of medical informatics", *Imidzh suchasnoho pedahoha*, vol. 3 (180), pp. 18—21.

5. Samofalov, D. O. (2020), "Implementation of the electronic health system as a component of public administration of health: world experience", *Derzhavne upravlinnia ta mistseve samovriaduvannia*, vol. 1 (44), pp. 92—99.

*Отримано редакцією журналу / Received: 03. 03.26*

*Професійно рецензовано / Revised: 09. 03.26*

*Схвалено до друку / Accepted: 17.03.26*