DOI: https://doi.org/10.26642/ema-2026-1(115)-302-310
УДК 351.77:004:614(477)

А.О. Чечель, д.е.н., проф.
С.М. Верительник, доктор філософії, доц.
Маріупольський державний університет
І.В. Драган, д.н.держ.упр., проф.
ЗВО «Університет трансформації майбутнього»

Удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я України на основі цифрової трансформації

У статті обґрунтовано напрями вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я України на основі цифрової трансформації. Дослідження зосереджено на інституційному механізмі взаємодії Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства цифрової трансформації України, Національної служби здоров'я України, державного підприємства «Електронне здоров'я», органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я. На основі системного, структурно-функціонального, інституційного та порівняльного підходів, контент-аналізу наукових публікацій українських дослідників і логічного моделювання запропоновано модель цифрового врядування у сфері охорони здоров'я. Її зміст полягає у розмежуванні функцій формування галузевої політики і стандартів медичних даних, горизонтальної цифрової координації та безпосереднього впровадження цифрових рішень у медичних закладах із постійним зворотним зв'язком. Запропоновано формування постійної міжвідомчої координаційної взаємодії МОЗ – Мінцифри, єдиного портфеля цифрових проєктів галузі, цифрового паспорта зрілості закладу, уніфікованих вимог до інтероперабельності, механізму «одноразового введення даних», системи показників якості даних та результативності цифрових сервісів.

Для умов воєнного стану обґрунтовано формування резервних каналів зв'язку, автономні сценарії роботи інформаційних систем, резервування даних, телемедичну маршрутизацію, кіберзахист та збереження цифрової безперервності медичної допомоги. Визначено соціально-економічний ефект запропонованих заходів: скорочення адміністративних і трансакційних витрат, зменшення дублювання діагностичних процедур, підвищення продуктивності медичного персоналу, зменшення непрямих витрат пацієнтів, розширення доступу до спеціалізованої допомоги та посилення стійкості системи в умовах війни. Запропоновано систему індикаторів для оцінювання результативності цифровізації на рівні держави, регіону та окремого закладу охорони здоров'я.

Ключові слова: *державна політика; публічне управління; охорона здоров'я; цифрова трансформація; інтероперабельність; телемедицина; цифрова стійкість; медична інформаційна система.*

Постановка проблеми. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я України перестала бути вузькотехнологічним напрямом модернізації та набула ознак окремого механізму реалізації державної політики. Електронні медичні записи, електронні направлення й рецепти, медичні інформаційні системи, телемедицина, електронні кабінети та аналітичні інструменти змінюють не лише спосіб надання медичних послуг, але й архітектуру взаємодії органів публічної влади, платників, надавачів послуг і пацієнтів. Українські дослідники пов'язують розвиток eHealth із трансформацією управлінських процесів, підвищенням доступності послуг та формуванням нових інструментів державної політики [1–7].

Водночас інституційна структура цифрової охорони здоров'я залишається багатосуб'єктною. МОЗ відповідає за державну політику у сфері охорони здоров'я та змістовні вимоги до медичної допомоги; Мінцифри формує загальнодержавні підходи до цифровізації, електронних сервісів та взаємодії державних інформаційних ресурсів; НСЗУ використовує цифрові дані для контрактування і фінансування надавачів; державне підприємство «Електронне здоров'я» забезпечує технологічне функціонування центральної бази даних ЕСОЗ (електронна система охорони здоров'я); місцеві органи влади та власники закладів відповідають за інфраструктурну спроможність; заклади охорони здоров'я працюють через медичні інформаційні системи і фактично формують первинний масив даних. Така модель створює значний потенціал, але водночас породжує ризики розриву відповідальності, дублювання цифрових ініціатив, неоднорідності стандартів і різної цифрової зрілості медичних установ [2; 4; 8; 14].

Проблема особливо загострюється в умовах воєнного стану. Пошкодження інфраструктури, переміщення населення і медичних працівників, зміна маршрутів пацієнтів, перебої з електроенергією і зв'язком, кіберзагрози, підвищене навантаження на окремі регіони та потреба у дистанційній експертній

 © А.О. Чечель, С.М. Верительник, І.В. Драган, 2026

підтримці вимагають від цифрової системи не лише функціональності, а й стійкості. Досвід телемедичної допомоги у Донецькій області демонструє реальну здатність дистанційних технологій підтримувати доступ до спеціалізованих консультацій під час бойових дій [10]. Таким чином, цифрова політика в охороні здоров'я має оцінюватися не за кількістю створених сервісів, а за їх внеском у безперервність допомоги, доступність, якість, економію ресурсів та керованість системи.

Додатковою проблемою є те, що цифрові рішення часто впроваджуються як окремі проєкти, тоді як кінцевий результат залежить від узгодженості всього ланцюга: нормативних вимог, архітектури даних, закупівель ІТ-рішень, цифрових компетентностей персоналу, локальної інфраструктури, кіберзахисту, фінансування та зворотного зв'язку від користувачів. Дослідження І.Сороки засвідчує, що користувачі медичних інформаційних систем стикаються з проблемами швидкості, сумісності та зручності взаємодії з ЕСОЗ, що вказує на необхідність постійного управлінського циклу вдосконалення цифрової екосистеми [6]. Тому актуальним науковим завданням є розроблення цілісного механізму публічного управління, який поєднає міжвідомчу координацію, інтероперабельність, цифрову зрілість закладів, воєнну стійкість та оцінювання соціально-економічного ефекту.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичні й прикладні аспекти цифровізації охорони здоров'я України досліджуються у кількох взаємопов'язаних напрямах. Мохова Ю. та Токаренко В. узагальнили європейський досвід електронних послуг у сфері охорони здоров'я та обґрунтували значення інформаційно-комунікаційних технологій для підвищення якості публічних послуг [1]. Васюк Н. і Кузюк М. розглянули впровадження електронної системи охорони здоров'я як один із важливих напрямів трансформації медичної галузі та визначили проблеми її практичної реалізації [2]. Гавриченко Д. дослідив державні механізми надання електронних медичних послуг та підкреслив значення регуляторних, фінансових, інфраструктурних і кадрових компонентів цифрового розвитку [3].

Запорожец Т., Васюк Н., Єгорова Д. пов'язали удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з розробленням стратегії eHealth, що важливо для переходу від окремих технологічних рішень до стратегічного цифрового управління [4]. Устимчук О. проаналізувала електронний кабінет пацієнта як інструмент розвитку ЕСОЗ і посилення пацієнтоцентричності [5]. Сорока І. на основі опитування користувачів медичних інформаційних систем виявила проблеми інтероперабельності, технічної стабільності та підготовки користувачів, що має безпосереднє значення для формування державної політики, орієнтованої на досвід кінцевого користувача [6].

Квітка С., Миргородська М. дослідили цифрову трансформацію охорони здоров'я у взаємозв'язку з якістю життя населення, телемедициною та зміною моделі взаємодії лікаря і пацієнта [7]. Бурик З. зосередила увагу на електронізації як механізмі публічного управління, що забезпечує взаємодію пацієнта, медичного працівника, закладу та центральної бази даних [8]. Гуржий П. розглянула цифрові технології у внутрішньому управлінні закладами охорони здоров'я, зокрема управління ресурсами, застосування аналітики, штучного інтелекту, телемедицини та заходів кібербезпеки [9].

Окремий блок наукових результатів пов'язаний із цифровими інструментами в умовах війни. Гейко О. та Гутор Т. на основі практики Донецької області показали затребуваність телемедичних консультацій і можливість підтримання спеціалізованої допомоги в умовах воєнного стану [10]. Жарлінська Р., Тринчук А., Марчук І. обґрунтували роль телемедицини у забезпеченні доступності медичних послуг, зокрема в період війни [11]. Слободян Н. та співавтори визначили переваги електронних медичних записів для координації медичної допомоги, зменшення помилок і підвищення ефективності адміністративних процесів, одночасно наголосивши на кіберризиках та потребі у навчанні персоналу [12].

У новіших дослідженнях В.Лаврененко цифрова трансформація розглядається як фактор зміни бізнес-моделей закладів охорони здоров'я і розвитку телемедицини [13]. Квітка С., Шебанов В. запропонували інтегрований підхід до цифровізації охорони здоров'я в сільських територіальних громадах, який передбачає координацію центральної і місцевої влади, розвиток інфраструктури, кадрову підготовку та подолання цифрового розриву [14]. Опанасюк М. пов'язує сучасну модель фінансування охорони здоров'я із цифровою інфраструктурою, стратегічними закупівлями, підзвітністю та стійкістю системи [15]. Пархоменко-Куцевіл О. акцентує на необхідності системного розвитку електронної охорони здоров'я, нормативного забезпечення, телемедицини та підвищення цифрової готовності [16].

Незважаючи на значний науковий доробок, у наявних дослідженнях недостатньо поєднано три аспекти: механізм постійної взаємодії МОЗ і Мінцифри із закладами охорони здоров'я; управління цифровою стійкістю в умовах воєнного стану; оцінювання соціально-економічного ефекту цифровізації як результату державної політики. Саме інтеграція цих складових становить предмет цього дослідження.

Метою статті є обґрунтування пропозицій щодо удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я України на основі цифрової трансформації через формування узгодженого механізму взаємодії МОЗ, Мінцифри та закладів охорони здоров'я, а також визначення соціально-економічного ефекту його впровадження.

Виклад основного матеріалу. Удосконалення державної політики у сфері цифрової охорони здоров'я доцільно будувати не як збільшення кількості окремих електронних сервісів, а як перехід до керованої цифрової екосистеми. Її ключовою характеристикою має бути здатність держави забезпечити узгоджені правила, сумісні дані, надійні сервіси, рівний доступ і вимірюваний суспільний результат. Наукові публікації свідчать, що саме координація, інтероперабельність, цифрова готовність закладів та орієнтація на користувача визначають практичну результативність eHealth [2; 4; 6; 12; 14].

Першим напрямом має стати інституційне розмежування функцій і одночасне створення постійного механізму спільного прийняття рішень. У запропонованій моделі МОЗ є власником галузевої політики: визначає клінічні та управлінські потреби, перелік пріоритетних цифрових сервісів, стандарти змісту медичних даних, вимоги до маршруту пацієнта та критерії якості. Мінцифри забезпечує горизонтальну цифрову політику: архітектурні принципи державних інформаційних систем, інтероперабельність із загальнодержавними реєстрами та сервісами, принципи електронної ідентифікації, доступності, повторного використання державних даних і цифрової інклюзії. НСЗУ та ДП «Електронне здоров'я» доцільно закріпити як операційний напрям – зв'язок між політичними рішеннями і технологічною реалізацією, зокрема через вимоги до ЕСОЗ, контрактування, аналітику та контроль якості даних.

Заклади охорони здоров'я у цій моделі не повинні залишатися лише пасивними виконавцями технічних вимог. Саме на рівні закладу виникають дані, формуються практичні витрати часу, виявляються проблеми інтерфейсів і несумісності, а також визначається реальний вплив цифрових рішень на медичного працівника і пацієнта. Тому обов'язковим елементом має стати інституціоналізований зворотний зв'язок: регулярне подання проблемних кейсів, метрик затримок, помилок інтеграції, дублювання даних, скарг пацієнтів і пропозицій персоналу. Дані І.Сороки про середній рівень задоволеності користувачів і проблеми взаємодії різних МІС (медична інформаційна система) із центральною базою ЕСОЗ підтверджують доцільність такого механізму [6].

Розподіл функцій і механізмів взаємодії між ключовими суб'єктами цифрової трансформації сфери охорони здоров'я узагальнено в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл функцій і механізмів взаємодії між ключовими суб'єктами цифрової трансформації сфери охорони здоров'я

Рівень/суб'єкт	**Ключова функція**	**Запропонований інструмент**	**Очікуваний результат**
МОЗ України	Галузева політика, клінічні та інформаційні вимоги	Єдина дорожня карта цифрової охорони здоров'я; стандарти медичних даних; каталог пріоритетних сервісів	Єдність цілей та відсутність дублювання цифрових ініціатив
Мінцифри України	Горизонтальна цифрова політика та інтероперабельність	Архітектурні стандарти; інтеграція з державними цифровими сервісами; вимоги доступності	Сумісність, масштабованість і повторне використання цифрової інфраструктури
НСЗУ / ДП «Електронне здоров'я»	Операційна реалізація, дані та фінансово-аналітичний напрям	SLA для ЕСОЗ; контроль якості даних; аналітичні панелі; зв'язок із контрактуванням	Підзвітність, прозорість, кращий розподіл ресурсів
Медичні заклади	Надання послуг, первинне формування даних, локальне впровадження	Цифровий паспорт зрілості; локальний план цифровізації; канал зворотного зв'язку	Зменшення адміністративного навантаження та кращий користувацький досвід
Органи місцевого самоврядування / власники	Інфраструктурна та ресурсна спроможність	Співфінансування інфраструктури; резервне живлення і зв'язок; цифрові хаби	Зменшення територіального цифрового розриву

Практичною формою координації пропонується постійний міжвідомчий цифровий комітет у сфері охорони здоров'я з представниками МОЗ, Мінцифри, НСЗУ, ДП «Електронне здоров'я», представниками місцевого самоврядування та медичних закладів. Його функція має полягати не у дублюванні повноважень, а в управлінні єдиним портфелем цифрових змін. Кожна ініціатива повинна мати відповідального власника, опис проблеми, очікуваний суспільний результат, джерело фінансування,

вимоги до даних, показники результативності, ризики кібербезпеки та план масштабування. Такий підхід узгоджується з висновками про необхідність стратегічного розвитку eHealth [4], електронізації публічного управління [8] та інтегрованого підходу на рівні громад [14].

Другим напрямом є запровадження цифрового паспорта зрілості закладу охорони здоров'я. Однакові нормативні вимоги не означають однакових стартових умов. Великі міські лікарні, сільські амбулаторії, релоковані заклади та установи поблизу зони бойових дій мають різний рівень інфраструктури, кадрових ресурсів і кіберстійкості. Тому державна політика повинна перейти від формального контролю факту підключення до ЕСОЗ до оцінювання функціональної цифрової спроможності. Цифровий паспорт пропонується формувати за п'ятьма блоками: технічна інфраструктура; інтероперабельність та якість даних; кібербезпека і стійкість; цифрові компетентності персоналу; пацієнтоцентричність та доступність цифрових сервісів.

Оцінювання зрілості має виконувати подвійну функцію. По-перше, воно дає МОЗ і Мінцифри карту реальних вузьких місць і дозволяє спрямовувати інвестиції не за принципом рівномірного розподілу, а на усунення критичних розривів. По-друге, заклад отримує власний план розвитку з конкретними показниками. При цьому рейтинг не повинен бути каральним: заклади з нижчою зрілістю, особливо у громадах із слабшою фінансовою базою, мають отримувати пріоритетну технічну допомогу і цільове співфінансування. Такий підхід відповідає висновкам С.Квітки та В.Шебанова про необхідність подолання цифрового розриву між територіями [14].

Третім напрямом є перехід до принципу «одноразового введення даних». Сьогодні одні й ті самі факти можуть повторно вноситися в різні форми, локальні системи, статистичні звіти або фінансові документи. Це створює адміністративні витрати та ризик розбіжностей. У межах удосконалення державної політики слід встановити правило: якщо валідні дані вже містяться в авторитетному державному або медичному реєстрі, інша система повинна отримувати їх через інтеграцію, а не вимагати повторного ручного введення. Реалізація цього принципу потребує єдиного каталогу даних, чітких власників наборів даних, журналювання змін, єдиних ідентифікаторів, технічних API (Application Programming Interface) та стандартизованих вимог до МІС.

Для медичних закладів це означатиме скорочення часу на адміністративні операції, а для держави – підвищення достовірності аналітики. Впровадження електронних медичних записів уже розглядається українськими дослідниками як засіб поліпшення координації, зменшення медичних помилок і підвищення ефективності адміністративних процесів [12]. Водночас технічні проблеми МІС показують, що економія часу виникає лише за умови стабільності та сумісності систем [6]. Таким чином, держава повинна оцінювати цифрове рішення не за фактом запуску, а за показником чистої економії часу користувачів.

Четвертим напрямом є встановлення обов'язкових вимог інтероперабельності у закупівлях і підключенні медичних інформаційних систем. Кожне нове програмне рішення, яке закуповується за публічні кошти або використовується для виконання державної програми, повинно мати документовані інтерфейси обміну, підтримувати затверджені класифікатори та формати, забезпечувати експорт даних і не створювати технологічної залежності від одного постачальника. Це знижує ризик «цифрових островів», які ускладнюють обмін інформацією між рівнями медичної допомоги. Підвищення сумісності є також передумовою розвитку електронного кабінету пацієнта і безперервного цифрового маршруту [5; 6].

П'ятим напрямом є перехід від цифровізації окремої послуги до цифровізації маршруту пацієнта. Пацієнт не повинен самостійно переносити результати обстежень між закладами, повторно пояснювати анамнез або шукати, де доступний необхідний спеціаліст. Цифровий маршрут має поєднувати первинну допомогу, електронне направлення, діагностику, консультацію, госпіталізацію, реабілітацію, рецепт і подальше спостереження. Телемедицина в цій моделі виступає не паралельним каналом, а інтегрованою точкою маршруту, яка активується тоді, коли дистанційний формат є клінічно та організаційно доцільним. Наукові результати підтверджують особливу роль телемедицини у підвищенні доступності і в умовах війни [7; 10; 11].

Шостим напрямом має бути розвиток цифрових компетентностей не як разових тренінгів, а як постійної системи. Для управлінців закладів потрібні компетентності у сфері даноорієнтованого управління, оцінювання цифрових інвестицій, управління змінами та кіберризиками. Для медичних працівників – компетентності роботи з ЕСОЗ/МІС, телемедициною, електронними записами і правилами захисту даних. Для пацієнтів – доступні інструкції та альтернативні канали отримання послуг, щоб цифровізація не перетворювалася на новий бар'єр. Проблема підготовки користувачів прямо простежується у дослідженнях функціонування МІС та електронних медичних записів [6; 12].

В умовах воєнного стану до базового механізму має додаватися спеціальний напрям цифрової стійкості. Його головна мета – гарантувати, що критично важливі медичні процеси можуть продовжуватися за часткового руйнування інфраструктури або недоступності окремих цифрових компонентів. На рівні закладу це передбачає резервне енергоживлення, щонайменше два незалежні канали зв'язку для критичних установ, локальні сценарії роботи при тимчасовій недоступності

центральних сервісів, регулярне резервне копіювання та перевірку відновлення даних. На рівні держави – правила пріоритетного відновлення критичних сервісів, єдиний порядок інформування про інциденти, резервні маршрути обміну даними і типові плани безперервності.

Окремо слід передбачити «деградований режим» роботи. У звичайних умовах цифрова система прагне максимальної інтеграції в реальному часі; у кризових умовах пріоритетом стає мінімально необхідний набір даних для безпечної допомоги. Тому заклади повинні мати затверджені сценарії: які дані мають залишатися доступними локально; як ідентифікувати пацієнта при перебоях зв'язку; як фіксувати медичні події офлайн із подальшою синхронізацією; як забезпечити доступ до критичних відомостей про алергії, хронічні стани і призначення; як передавати дані під час евакуації. Це дозволяє перенести логіку цифрової трансформації з «онлайн за будь-яку ціну» на «безперервність допомоги за будь-яких умов».

Телемедичний компонент воєнної стійкості має включати регіональні центри дистанційної експертної підтримки та можливість швидкого перерозподілу консультацій між регіонами. Практичний досвід Донецької області демонструє, що телемедичні консультації можуть підтримувати доступ до фахівців навіть за тривалих бойових дій [10]. На цій основі доцільно створити державний каталог телемедичних спроможностей: перелік закладів і спеціальностей, доступних для дистанційної підтримки; правила маршрутизації; часові нормативи відповіді; порядок фінансування; інтеграцію результату консультації в електронний медичний запис. Це перетворює телемедицину з гуманітарного або локального проєкту на штатний інструмент державної політики.

Складові забезпечення цифрової стійкості системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та відповідні показники їх контролю узагальнено в таблиці 2.

Таблиця 2

Складові забезпечення цифрової стійкості системи охорони здоров'я

Компонент стійкості	**Мінімальна вимога**	**Показник контролю**	**Публічно-управлінський ефект**
Енергетична автономність	Резервне живлення критичних робочих місць і мережевого обладнання	Години автономної роботи	Зменшення ризику зупинки допомоги
Комунікаційна резервованість	Основний і резервний канал зв'язку для критичних закладів	Частка закладів із резервним каналом	Безперервність обміну медичними даними
Дані та резервування	Регулярні резервні копії, тест відновлення, локальний мінімальний набір критичних даних	RPO/RTO; успішність тестів відновлення	Зниження ризику втрати інформації
Кібербезпека	Рольовий доступ, багатофакторна автентифікація, журналювання, план реагування	Кількість інцидентів; час локалізації	Захист довіри та критичної інфраструктури
Телемедицина	Каталог дистанційної експертизи та правила маршрутизації	Час до консультації; частка завершених кейсів	Доступ до фахівців у віддалених і небезпечних районах
Деградований режим	Офлайн-фіксація критичних подій із подальшою синхронізацією	Час відновлення повного цифрового напряму	Безпечне надання допомоги при перебоях

Сьомим напрямом є прив'язка фінансування цифровізації до результату. На практиці цифрові інвестиції можуть збільшувати витрати на першому етапі: закупівля обладнання, ліцензій, кіберзахисту, навчання і міграція даних потребують ресурсів. Тому економічний ефект необхідно оцінювати не за зменшенням ІТ-бюджету, а за сукупною зміною витрат у системі. Опанасюк М. підкреслює, що цифрова інфраструктура стає складовою сучасного фінансового механізму охорони здоров'я та інструментом підзвітності [15]. Лаврененко В. показує, що цифрова трансформація змінює самі моделі надання медичних послуг [13]. Таким чином, доцільно оцінювати повну вартість цифрового рішення разом з ефектом для персоналу, пацієнта, фінансування та якості допомоги.

Восьмим напрямом є формування системи стимулів. Частину цільового фінансування цифрового розвитку доцільно спрямовувати не лише на придбання техніки, а й на досягнення функціональних показників: підвищення якості даних, інтеграцію різних ланок допомоги, скорочення часу адміністративних процесів, забезпечення резервованості та навчання персоналу. При цьому фінансове стимулювання не повинно посилювати нерівність: слабші заклади потребують базового грантового або субвенційного компонента для досягнення мінімального рівня зрілості, тоді як додаткове фінансування може залежати від підтвердженого прогресу. Такий підхід відповідає логіці стратегічного використання фінансування, підзвітності та цифрових механізмів, описаній М.Опанасюком [15].

Дев'ятим напрямом є перехід від звітності про цифровізацію до відкритої системи управлінських показників. На рівні держави доцільно публікувати агреговану панель цифрової трансформації охорони здоров'я: стабільність ЕСОЗ, швидкість ключових операцій, рівень цифрової зрілості закладів, частку інтегрованих систем, доступність телемедицини, кількість критичних інцидентів, показники якості даних та цифрової інклюзії. Відкритість таких даних сприятиме підзвітності, науковому аналізу й довірі, але має реалізовуватися без розкриття персональної медичної інформації.

Десятим напрямом є включення механізмів участі пацієнтів і медичних працівників у дизайн цифрових сервісів. Електронний кабінет пацієнта та інші цифрові канали мають оцінюватися не лише за функціональністю, а й за зрозумілістю, доступністю, довірою та спроможністю вирішити конкретну проблему [5; 7]. Для цього доцільно запровадити регулярні короткі опитування після використання сервісу, фокус-групи з медичними працівниками, облік типових причин звернення в підтримку та публічне реагування на системні проблеми. У державному управлінні такий механізм переводить цифровізацію з технократичної моделі в пацієнтоцентричну.

Запропонований механізм доцільно реалізовувати у три етапи. На першому етапі – інвентаризація цифрових систем, визначення власників даних, запуск цифрового паспорта зрілості та затвердження єдиних критеріїв інтероперабельності. На другому – створення міжвідомчого портфеля проєктів, пілотування принципу одноразового введення даних, телемедичних маршрутів і системи показників результативності. На третьому – масштабування рішень із підтвердженим соціально-економічним ефектом, прив'язка частини фінансування до результатів, інтеграція цифрової стійкості в стандартні плани безперервності діяльності закладів. Паралельно має тривати навчання персоналу і модернізація кіберзахисту.

Очікуваний соціально-економічний ефект реалізації запропонованих заходів має проявлятися на трьох рівнях. На рівні громадянина – у скороченні часу пошуку і отримання допомоги, зменшенні кількості фізичних поїздок, доступі до власної медичної інформації, більшій безперервності лікування при переміщенні та кращій доступності консультацій. На рівні закладу – у зменшенні ручної адміністративної роботи, підвищенні продуктивності, кращому управлінні ресурсами, зниженні дублювання та більшій стійкості до кризових подій. На рівні держави – у підвищенні прозорості фінансування, якості даних для управлінських рішень, можливості швидше перерозподіляти ресурси, виявляти територіальні дисбаланси та оцінювати фактичний результат державних програм.

В умовах воєнного стану соціальний ефект цифровізації має додатковий вимір: збереження життєво важливого доступу до допомоги. Для населення небезпечних і віддалених територій цифровий канал може бути єдиним способом отримати консультацію фахівця без ризикової поїздки. Для релокованих пацієнтів доступність електронної історії зменшує інформаційний розрив між попереднім і новим надавачем. Для медичних закладів дистанційна експертна підтримка дає змогу компенсувати локальний дефіцит окремих спеціалістів. Саме тому телемедицина й цифрова безперервність мають розглядатися не як допоміжні інновації, а як елементи стійкості системи охорони здоров'я [10; 11].

Висновки. Цифрова трансформація може стати дієвим інструментом удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я лише за умови переходу від фрагментарного впровадження електронних сервісів до цілісного механізму цифрового врядування. Проведений аналіз наукових праць українських дослідників засвідчив, що основними проблемними зонами залишаються координація суб'єктів, інтероперабельність інформаційних систем, неоднорідність цифрової зрілості закладів, кадрові компетентності, кіберризики та нерівність доступу до цифрових медичних послуг.

Запропоновано трирівневу модель взаємодії, у якій МОЗ забезпечує галузеву політику і стандарти медичних даних, Мінцифри – горизонтальні цифрові стандарти та інтероперабельність, а НСЗУ, ДП «Електронне здоров'я» і заклади охорони здоров'я формують операційний напрям реалізації. Ключовим організаційним інструментом визначено постійний міжвідомчий механізм управління єдиним портфелем цифрових проєктів із чіткими власниками, показниками результативності і системою зворотного зв'язку.

Запропоновано поєднання в одному механізмі чотирьох складових: цифрового паспорта зрілості закладів; принципу одноразового введення даних та обов'язкової інтероперабельності; спеціального напряму цифрової стійкості для умов воєнного стану; системи оцінювання соціально-економічного ефекту цифровізації. Цифровий паспорт дає змогу спрямовувати ресурси відповідно до реального стану

інфраструктури, кадрової готовності та кіберстійкості, а не лише формального факту підключення до цифрових систем.

Для умов воєнного стану обґрунтовано необхідність резервних каналів зв'язку й живлення, перевіреного відновлення даних, деградованих режимів роботи, телемедичної маршрутизації та регулярного тестування планів безперервності.

Список використаної літератури:

1. *Мохова Ю.Л.* Європейський досвід використання електронних послуг у сфері охорони здоров'я / *Ю.Л. Мохова, В.Л. Токаренко* // Право та державне управління. – 2020. – № 2. – С. 188–195. DOI: 10.32840/pdu.2020.2.29.
2. *Васюк Н.О.* Запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) як важливий напрям трансформації медичної галузі / *Н.О. Васюк, М.Г. Кузюк* // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2022. – № 1. DOI: 10.32702/2307-2156-2022.1.37.
3. *Гавриченко Д.Г.* Державні механізми надання електронних послуг в медичній галузі: європейський аспект / *Д.Г. Гавриченко* // Публічне управління і адміністрування в Україні. – 2022. – Вип. 28. – С. 60–65. DOI: 10.32843/pma2663-5240-2022.28.12.
4. *Запорожець Т.В.* Розроблення стратегії електронної системи охорони здоров'я (eHealth) як один із напрямів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я України / *Т.В. Запорожець, Н.О. Васюк, Д.Є. Єгорова* // Інвестиції: практика та досвід. – 2022. – № 21. – С. 95–99. DOI: 10.32702/2306-6814.2022.21.95.
5. *Устимчук О.* Впровадження електронного кабінету пацієнта як важливої складової функціонування електронної системи охорони здоров'я в Україні / *О.Устимчук* // Аспекти публічного управління. – 2023. – Т. 11, № 3. – С. 102–108. DOI: 10.15421/152341.
6. *Сорока І.М.* Удосконалення медичних інформаційних систем як компонент розвитку системи охорони здоров'я / *І.М. Сорока* // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2023. – № 3. – С. 62–69. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.3.14224.
7. *Квітка С.* Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: фактори впливу на якість життя населення / *С.Квітка, М.Миргородська* // Аспекти публічного управління. – 2024. – Т. 12, № 1. – С. 14–21. DOI: 10.15421/152402.
8. *Бурик З.М.* Публічне управління в секторі охорони здоров'я: механізми електронізації / *З.М. Бурик* // Інвестиції: практика та досвід. – 2024. – № 20. – С. 233–239. DOI: 10.32702/2306-6814.2024.20.233.
9. *Гуржий П.* Цифрові технології в управлінському процесі закладів охорони здоров'я / *П.Гуржий* // Економіка та суспільство. – 2024. – № 70. DOI: 10.32782/2524-0072/2024-70-113.
10. *Гейко О.В.* Досвід використання засобів телемедицини для надання медичної допомоги на території Донецької області під час воєнного стану в Україні / *О.В. Гейко, Т.Г. Гутор* // Львівський медичний часопис. – 2024. – Т. 30, № 1–2. – С. 109–119. DOI: 10.25040/aml2024.1-2.109.
11. *Жарлінська Р.* Маркетинг у телемедицині: методологічні аспекти дослідження доступності медичних послуг у сучасній системі охорони здоров'я / *Р.Жарлінська, А.Тринчук, І.Марчук* // Економіка та суспільство. – 2024. – № 70. DOI: 10.32782/2524-0072/2024-70-89.
12. Впровадження електронних медичних записів: переваги, виклики та роль в управлінні закладами охорони здоров'я / *Н.О. Слободян, Н.Я. Панчишин, В.В. Кондратюк та ін.* // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2025. – № 1 (103). – С. 46–51. DOI: 10.11603/1681-2786.2025.1.15342.
13. *Лаврененко В.* Розвиток ринку медичних послуг та цифрова трансформація бізнес-моделей сфери охорони здоров'я України / *В.Лаврененко* // Modeling the Development of the Economic Systems. – 2025. – № 2. – С. 192–199. DOI: 10.31891/mdes/2025-16-24.
14. *Квітка С.* Цифровізація системи охорони здоров'я в сільських територіальних громадах України: інтегрований підхід / *С.Квітка, В.Шебанов* // Аспекти публічного управління. – 2025. – Т. 13, № 2. – С. 75–84. DOI: 10.15421/152522.
15. *Опанасюк М.* Трансформація парадигм управління у сфері фінансового забезпечення систем охорони здоров'я / *М.Опанасюк* // Економіка, управління та адміністрування. – 2025. – № 3 (113). – С. 173–181. DOI: 10.26642/ema-2025-3(113)-173-181.
16. *Пархоменко-Куцевіл О.* Сучасні аспекти розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні / *О.Пархоменко-Куцевіл* // Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. – 2024. – № 9. – С. 134–141. DOI: 10.31470/2786-6246-2024-9-134-141.

References:

1. Mokhova, Yu.L. and Tokarenko, V.L. (2020), «Yevropeiskyi dosvid vykorystannia elektronnykh posluh u sferi okhorony zdorovia», *Pravo ta derzhavne upravlinnia*, No. 2, pp. 188–195, doi: 10.32840/pdu.2020.2.29.
2. Vasiuk, N.O. and Kuziuk, M.H. (2022), «Zaprovadzhennia elektronnoi systemy okhorony zdorovia (e-Health) yak vazhlyvyi napriam transformatsii medychnoi haluzi», *Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok*, No. 1, doi: 10.32702/2307-2156-2022.1.37.
3. Havrychenko, D.H. (2022), «Derzhavni mekhanizmy nadannia elektronnykh posluh v medychnii haluzi: yevropeiskyi aspect», *Publichne upravlinnia i administruvannia v Ukraini*, Issue 28, pp. 60–65, doi: 10.32843/pma2663-5240-2022.28.12.

4. Zaporozhets, T.V., Vasiuk, N.O. and Yehorova, D.Ye. (2022), «Rozroblennia stratehii elektronnoi systemy okhorony zdorovia (eHealth) yak odyn iz napriamiv udoskonalennia derzhavnoi polityky u sferi okhorony zdorovia Ukrainy», *Investytsii: praktyka ta dosvid*, No. 21, pp. 95–99, doi: 10.32702/2306-6814.2022.21.95.
5. Ustymchuk, O. (2023), «Vprovadzhennia elektronnoho kabinetu patsiienta yak vazhlyvoi skladovoi funktsionuvannia elektronnoi systemy okhorony zdorovia v Ukraini», *Aspekty publichnoho upravlinnia*, Vol. 11, No. 3, pp. 102–108, doi: 10.15421/152341.
6. Soroka, I.M. (2023), «Udoskonalennia medychnykh informatsiinykh system yak komponent rozvytku systemy okhorony zdorovia», *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy*, No. 3, pp. 62–69, doi: 10.11603/1681-2786.2023.3.14224.
7. Kvitka, S. and Myrhorodska, M. (2024), «Tsyfrova transformatsiia systemy okhorony zdorovia: faktory vplyvu na yakist zhyttia naselennia», *Aspekty publichnoho upravlinnia*, Vol. 12, No. 1, pp. 14–21, doi: 10.15421/152402.
8. Buryk, Z.M. (2024), «Publichne upravlinnia v sektori okhorony zdorovia: mekhanizmy elektronizatsii», *Investytsii: praktyka ta dosvid*, No. 20, pp. 233–239, doi: 10.32702/2306-6814.2024.20.233.
9. Hurzhyi, P. (2024), «Tsyfrovi tekhnolohii v upravlinskomu protsesi zakladiv okhorony zdorovia», *Ekonomika ta suspilstvo*, No. 70, doi: 10.32782/2524-0072/2024-70-113.
10. Heiko, O.V. and Hutor, T.H. (2024), «Dosvid vykorystannia zasobiv telemedytsyny dlia nadannia medychnoi dopomohy na terytorii Donetskoi oblasti pid chas voiennoho stanu v Ukraini», *Lvivskyi medychnyi chasopys*, Vol. 30, No. 1–2, pp. 109–119, doi: 10.25040/aml2024.1-2.109.
11. Zharlinska, R., Trynchuk, A. and Marchuk, I. (2024), «Marketynh u telemedytsyni: metodolohichni aspekty doslidzhennia dostupnosti medychnykh posluh u suchasnii systemi okhorony zdorovia», *Ekonomika ta suspilstvo*, No. 70, doi: 10.32782/2524-0072/2024-70-89.
12. Slobodian, N.O., Panchyshyn, N.Ya., Kondratiuk, V.V. et al. (2025), «Vprovadzhennia elektronnykh medychnykh zapysiv: perevahy, vyklyky ta rol v upravlinni zakladamy okhorony zdorovia», *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy*, No. 1 (103), pp. 46–51, doi: 10.11603/1681-2786.2025.1.15342.
13. Lavrenenko, V. (2025), «Rozvytok rynku medychnykh posluh ta tsyfrova transformatsiia biznes-modelei sfery okhorony zdorovia Ukrainy», *Modeling the Development of the Economic Systems*, No. 2, pp. 192–199, doi: 10.31891/mdes/2025-16-24.
14. Kvitka, S. and Shebanov, V. (2025), «Tsyfrovizatsiia systemy okhorony zdorovia v silskykh terytorialnykh hromadakh Ukrainy: intehrovanyi pidkhid», *Aspekty publichnoho upravlinnia*, Vol. 13, No. 2, pp. 75–84, doi: 10.15421/152522.
15. Opanasiuk, M. (2025), «Transformatsiia paradyhm upravlinnia u sferi finansovoho zabezpechennia system okhorony zdorovia», *Ekonomika, upravlinnia ta administruvannia*, No. 3 (113), pp. 17–18, doi: 10.26642/ema-2025-3(113)-173-181.
16. Parkhomenko-Kutsevil, O. (2024), «Suchasni aspekty rozvytku elektronnoi systemy okhorony zdorovia v Ukraini», *Publichne upravlinnia: kontseptsii, paradyhma, rozvytok, udoskonalennia*, No. 9, pp. 134–141, doi: 10.31470/2786-6246-2024-9-134-141.

Чечель Анна Олександрівна – доктор економічних наук, професор, професор кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету, м. Київ.

Наукові інтереси:
– публічне управління та адміністрування;
– механізми державного управління.

https://orcid.org/0000-0003-4307-5574.

E-mail: v.tokareva@mu.edu.ua.

Верительник Світлана Мельсиківна – доктор філософії з публічного управління та адміністрування, доцент кафедри публічного управління та адміністрування Маріупольського державного університету, м. Київ.

Наукові інтереси:
– публічне управління та адміністрування;
– сталий регіональний розвиток.

https://orcid.org/0000-0002-6960-3737.

E-mail: s.verytelnyk@mu.edu.ua.

Драган Ірина Василівна – доктор наук з державного управління, старший науковий співробітник, професор кафедри бізнесу, адміністрування та права ЗВО «Університет трансформації майбутнього», м. Чернігів.

Наукові інтереси:
– публічне управління та адміністрування;
– державна безпека.

https://orcid.org/0000-0002-6906-5000.

E-mail: dragan2011@i.ua.

Chechel A.O., Verytelnyk S.M., Dragan I.V.

Improving public policy in Ukraine's healthcare sector through digital transformation

It is demonstrated that digital transformation can serve as an effective tool for improving public policy in the healthcare sector only if there is a shift from the fragmentary implementation of electronic services to a holistic mechanism of digital governance. An analysis of scholarly works by Ukrainian researchers indicates that the primary challenges remain the coordination of stakeholders, the interoperability of information systems, disparities in the digital maturity of institutions, staff competencies, cyber risks, and unequal access to digital healthcare services. The article substantiates directions for improving public policy in Ukraine's healthcare sector through digital transformation from a public administration perspective. The study focuses on the institutional interaction among the Ministry of Health of Ukraine, the Ministry of Digital Transformation of Ukraine, the National Health Service of Ukraine, the state enterprise eHealth, local authorities, and healthcare institutions. Based on systemic, structural-functional, institutional and comparative approaches, content analysis of Ukrainian scholarly publications, and logical modelling, a three-level digital governance model for healthcare is proposed. The model separates sectoral policy and medical data standard-setting, horizontal digital coordination, and implementation of digital solutions by healthcare providers, while establishing a permanent feedback loop. The article proposes an interministerial coordination framework between the Ministry of Health and the Ministry of Digital Transformation, a unified portfolio of sectoral digital projects, a digital maturity passport for each healthcare institution, mandatory interoperability requirements, a once-only data entry principle, and a system of data-quality and service-performance indicators. A mechanism is proposed that combines four components: a digital maturity passport for institutions; the «once-only» data entry principle and mandatory interoperability; a dedicated digital resilience track tailored for martial law conditions; and a system for evaluating the socio-economic impact of digitalization. The digital passport enables the allocation of resources based on the actual state of infrastructure, personnel readiness, and cyber resilience – rather than merely on the formal fact of connectivity to digital systems. For martial-law conditions, a separate digital resilience layer is justified, including backup communications, offline and degraded-mode operational scenarios, data redundancy, telemedicine routing, cybersecurity and continuity of essential medical services. The socio-economic effects are conceptualised as reductions in administrative and transaction costs, fewer duplicated diagnostic procedures, higher labour productivity of healthcare personnel, lower indirect costs for patients, improved access to specialised care, more transparent resource allocation and stronger system resilience during wartime. A set of measurable indicators is proposed for evaluating digitalisation outcomes at national, regional and healthcare-institution levels. The scientific contribution consists in integrating interinstitutional coordination, healthcare interoperability, digital maturity and wartime resilience into a single public-policy mechanism oriented toward measurable social value and economic efficiency.

Keywords: public policy; public administration; healthcare; digital transformation; interoperability; telemedicine; digital resilience; medical information system.

Стаття надійшла до редакції 13.02.2026.