

А. А. Помаза-Пономаренко,
д. держ. упр., старший дослідник, начальник наукового відділу
з дослідження проблем державної безпеки, Науково-дослідний центр
Національного університету цивільного захисту України
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5666-9350>

О. О. Ахмедова,
д. держ. упр., доцент, доцент кафедри туризму та готельно-ресторанного бізнесу,
Київський національний університет технологій та дизайну
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1573-7710>

DOI: 10.32702/2306-6814.2024.23.168

ДІДЖИТАЛІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗБАР'ЄРНОСТІ ПОСЛУГ

A. Pomaza-Ponomarenko,
Doctor of Sciences in Public Administration, Senior Researcher, Head of the Scientific Department
for State Security Problems, Research Centre of the National University of Civil Protection of Ukraine
O. Akhmedova,
Doctor of Science in Public Administration, Associate Professor, Associate Professor of the Department
of Tourism, Hotel and Restaurant Business, Kyiv National University of Technology and Design

DIGITALISATION OF THE HEALTHCARE SYSTEM AND SOCIAL SECTOR AS A TOOL FOR ENSURING BARRIER-FREE SERVICES

Уточнено роль діджиталізації в системі охорони здоров'я та соціальної сфері з позиції забезпечення безбар'єрності послуг. Систематизовано напрями використання цифрових технологій, що дозволяють забезпечити розвиток системи охорони здоров'я (фізичний, ментальний і цифровий). Акцентовано, що однією з мало досліджених, але перспективних практик у цій сфері, може бути виважене використання штучного інтелекту. Аргументовано, що він має прийти не на заміну людського досвіду медпрацівників, а бути їхнім дієвим інструментом, який дозволить їм заздалегідь і більш ефективно діагностувати небезпечні захворювання, ставити більш точні діагнози, проводити операції, створювати ліки. Досліджено особливості впровадження реімбурсації, яку варто розглядати як соціально-економічну систему, покликану забезпечувати доступність для населення безкоштовних медичних послуг, лікарських препаратів і фармацевтичної допомоги загалом, що реалізується сукупністю публічних інституцій залежно від рівня їх управління за допомогою використання цифрових технологій. З'ясовано, що їхнє застосування є надзвичайно важливим для України, у якій збільшується кількість осіб, які потребують комплексного й оперативного задоволення своїх медичних потреб. Виявлено також тенденцію до поступального збільшення кількості осіб з інвалідністю в Україні через неоголошену війну рф. Установлено, що на вітчизняних теренах активно реалізується цифрова трансформація публічного управління системою охорони здоров'я, зокрема, Програма медичних гарантій, у межах якої надаються різні пакети послуг. Аналіз статистичної інформації щодо кількості укладених договорів у цій сфері дозволив з'ясувати таке: 1) збільшення кількості цих договорів у 1,5 рази протягом 9 міс. цього року; 2) регіони-лідери за укладеними договорами. Крім того, акцентовано на низькому рівні довіри населення до медзакладів приватної форми власності, а також небажанні та/або неспроможності останніх укладати договори на медобслуговування за програмою медичних гарантій в Україні. Відтак, обгрунтовано необхідність реалізації низки заходів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні.

The role of digitalization in the healthcare system and the social sphere from the perspective of ensuring barrier-free services has been clarified. The directions for using digital technologies to foster the development of the healthcare system (physical, mental, and digital) have been systematized. It is emphasized that one of the less researched but promising practices in this area could be the balanced integration of artificial intelligence. It is argued that it should not replace the human expertise of healthcare professionals but rather serve as an effective tool enabling them to diagnose dangerous diseases more efficiently and in advance, make more accurate diagnoses, perform surgeries, and create medications. The peculiarities of reimbursement mechanism implementation, which should be considered as a socio-economic system aimed at ensuring public access to free medical services, medicines, and pharmaceutical care, implemented by the combined efforts of public institutions at various management levels with the help of digital technologies, have been examined.

It has been established that their use is critically important for Ukraine, where the number of people requiring comprehensive and prompt fulfillment of their medical needs is increasing. A tendency towards a gradual rise in the number of people with disabilities in Ukraine due to the Russian Federation's undeclared war has also been identified. It has been determined that the digital transformation of public healthcare administration is being actively implemented in the country, particularly through the Medical Guarantee Program, which provides various service packages. An analysis of statistical data on the number of contracts signed in this area has revealed the following: 1) a 1.5-fold increase in the number of contracts over the past nine months of this year; 2) the regions that lead in terms of contracts signed. Additionally, attention has been drawn to the low level of public trust in private healthcare facilities and the reluctance and/or inability of the latter to enter into contracts for medical services under Ukraine's medical guarantee program. Therefore, the necessity of implementing a series of public administration measures for Ukraine's healthcare system has been substantiated.

Ключові слова: публічне управління, державна політика, соціальна безпека, соціальна сфера, соціальний захист, система охорони здоров'я, реформування, медичні послуги, адміністративні послуги, діджиталізація, ветерани війни, соціальні гарантії, медичні гарантії, особи з інвалідністю.

Key words: public administration, public policy, social security, social sphere, social protection, health care system, reform, medical services, administrative services, digitalization, war veterans, social guarantees, medical guarantees, persons with disabilities.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Останніми роками соціальна сфера загалом і медична зокрема по всьому світу відчувають на собі потужний негативний вплив позасистемних факторів. Серед цих глобальних факторів варто виокремити виникнення та поширення пандемії COVID-19, а також війни та збройні конфлікти в Ізраїлі, Україні, країнах Африки та ін. [3; 7]. Ці фактори є позасистемними тому, що вони є складно прогнозованими, але можуть бути все ж таки переведені в стану "регульованих" у межах публічно-управлінських механізмів. Крім того, відмінною ознакою зазначених факторів є те, що вони зумовлюють появу нових потреб у населення, які повинні задовольнятися за будь-яких умов, у т.ч. невизначеності та/або воєнного стану [10]. Усе це засвідчує необхідність дієвого впровадження таких інструментів, що мають відповідати вимогам часу та суспільства щодо комплексності й оперативності надання послуг населенню, особливо в соціальній і медичній сферах, адже від стану їхнього функціонування залежить, з одного боку, життя та здоров'я людей, а з другого — державна безпека, на яку впливає соціальна апатія, суспільне невдоволення тощо. Саме люди є найвищою соціальною цінністю будь-якої держави, оскільки без них не буде й її. Одним із дієвих інструментів щодо підвищення державної та соціальної безпеки є діджиталізація, що має різні форми реалізації на практиці, наприклад, реімбурсація, якщо говорити про медичну сферу. Особливо цінним є використання

діджиталізації в Україні за сучасних умов її функціонування, яка має забезпечувати соціальну безпеку за умов неоголошеної війни РФ. У цьому контексті вважаємо, що діджиталізація системи охорони здоров'я та соціальної сфери в Україні крізь призму розвитку цифрових технологій є актуальним напрямком дослідження.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Організаційні, економіко-фінансові, правові, інституційні та інші аспекти публічного управління соціальною сферою загалом і системою охорони здоров'я зокрема є предметом дослідження вчених Л. Антоніної, С. Бєлая, В. Борщ, В. Долота, С. Домбровської, А. Колота, Е. Лібанової, Р. Моїсеєнко, О. Набхан, О. Новікової, І. Парубчака, О. Сидорчук, В. Удовиченка та ін. У той же час, відзначимо, що існує необхідність у системному аналізі (мережевому, регресійному тощо) аспектів розвитку діджиталізації в зазначених сферах суспільної життєдіяльності, адже ці аспекти набувають усе більшої актуальності, зокрема, у напрямку етичності та перспективності застосування штучного інтелекту.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Метою статті є дослідження особливостей розвитку діджиталізації публічного управління системою охорони здоров'я та соціальною сферою з позиції безбар'єрного надання високоякісних послуг.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Сьогодні щодо терміну діджиталізація відсутній єдиний підхід до визначення, а також у яких сферах його найбільш доречно застосовувати тощо [17]. Іще більшої складності додає те, що відсутнє спільне бачення в науковому середовищі щодо класифікації типів і форм діджиталізації. Серед останніх наукових напрацювань поширеною є думка, з якою ми погоджуємось загалом, що цифрові технології (технології діджиталізації) мають три форми вияву та впливу: 1) соціальну (згідно із нею населення є одержувачами послуг та інформації, а також її ретрансляторами); 2) фізичній (що передбачає застосування новітніх інструментів та інших технологій для отримання та передачі інформації); 3) віртуальну (цифрову), яка передбачає використання програмного забезпечення, сервісів та інших технологій [3; 16]. Крім того, учені пропонують групувати типи цифрових технологій, що є важливими для державного та приватного сектора, а саме: штучний інтелект; технології зв'язку, зберігання, аналітики, виготовлення, візуалізації й інтерфейсів, а також інтерактивні та сенсорні технології [там само]. Однозначно можна стверджувати, що вплив цих технологій позначається на всіх сферах суспільної життєдіяльності, і він може бути або позитивним, або негативним. Завданням же державного апарату та приватного сектору є вжити заходів для того, щоб вплив не був негативним або його максимально нейтралізувати.

Негативний аспект використання цифрових технологій стосується насамперед етичного боку (захисту персональних даних, у т.ч. пацієнтів, обмеження використання технологій штучного інтелекту тощо). Щодо позитивного аспекту, то на підтвердження можна зацентувати увагу на показниках використання цифрових технологій у період виникнення та поширення пандемії COVID-19, вони зросли в декілька разів у сфері освіти, медицини, пенсійного та ін. соціального забезпечення. Адже населення по всьому світу було ізольованим і не мало змоги задовольняти навіть базові потреби [8; 18]. На допомогу прийшов "усеомгутній" технологічний прогрес, що зумовив таке: 1) повсюдне впровадження технологій штучного інтелекту (далі — ШІ), активне застосування нейроаналітики, ШІ-додатків, поєднання ШІ з Інтернетом речей 2) діджиталізацію діяльності державного та приватного секторів з метою забезпечення комплексного та вчасного надання послуг населенню; 3) розвиток конвергентних систем на заміну традиційних сховищ даних, актуалізацію хмарних рішень і послуг; 4) використання моделі Zero Trust (нульової довіри) у цілях безпеки; 5) збільшення ролі мобільних додатків у цілому й інтерактивних платформ зокрема для надання високоякісних послуг населенню; 6) використання 3D друку, що важливо під час виготовлення тих самих протезів; 7) розвиток реімбурсації та ін. [9]. Щодо останнього терміну, то він є загальноприйнятим в усьому світі й означає соціально-економічну систему, метою якої є забезпечення доступності лікарських препаратів, фармацевтичної допомоги загалом, у т.ч. за рахунок цифрових технологій [11]. Суб'єктом цієї системи визнаються уповноважені органи, що здійснюють компенсаційні виплати з певних джерел фінансування, а об'єктом — певні категорії захворювань і хворих. Дане визначення суб'єктної підсистеми потребує розширення, як

і сама сфера застосування реімбурсації. Уважаємо, що серед зацікавлених акторів у зазначеній сфері слід виокремити суб'єктів публічного управління залежно від рівнів його реалізації (див. рис. 1): суб'єктів вищого, центрального, регіонального та місцевого рівня, що є найбільш наближеним до потреб населення. На наше переконання, перелік сфер діяльності суб'єктної підсистеми в межах системи охорони здоров'я також потребує доповнення, зокрема, у напрямку актуалізації саме ролі діджиталізації у цій сфері з метою забезпечення прозорості її функціонування. Практика засвідчує, що одними з векторів, у межах яких існує необхідність забезпечити цифрову трансформацію, є такі:

- сфера діяльності лікарських комісій чи інших аналогічних інституцій, що визначають рівень інвалідності в особі;

- забезпечення фізичного, ментального та технологічного безбар'єрного обрання сімейного лікаря й отримання його онлайн консультацій, лікарських рекомендацій, висновків, лікарняних виписок тощо;

- безперешкодне надання медичних послуг населенню по всій країні, і забезпечення нею безкоштовного отримання медичних гарантій шляхом лише цифрового звернення громадян та ін.

Щодо "цифрової" діяльності інституцій в системі охорони здоров'я, то в Україні всі вони підпорядковуються МОЗ, і останніми роками ними здійснено суттєвий прорив щодо діджиталізації та реформування цієї системи. Так, напрацьовується практика активного використання eHealth, що представляє собою електронну систему охорони здоров'я, яку ще охарактеризовано як екосистему інформаційних відносин учасників медичного середовища держави, що базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження [17].

Урядом України схвалено п'ятирічну Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я. При цьому напрацьовано дорожню карту, згідно з якою заплановано понад 120 цифрових проєктів, покликаних забезпечити якість, безпечність та доступність медичних послуг для пацієнтів. Крім того, на сьогодні триває розвиток ключових систем і реєстрів, необхідних для сфери охорони здоров'я. Зокрема, функціонує 13 інформаційно-комунікаційних систем та 45 реєстрів [там само].

Завдяки eHealth реалізуються такі медичні послуги: 1) електронні декларації; 2) електронні направлення; 3) електронні рецепти на препарати в межах урядової програми реімбурсації "Доступні ліки"; 4) електронні рецепти на антибіотики; 5) медичні висновки про народження дитини та послуга «Малютко»; 6) медичні висновки про тимчасову непрацездатність та електронні лікарняні; 7) COVID-сертифікати [там само].

Варто відзначити, що розробники eHealth слушно вказують на те, що кібербезпека у сфері охорони здоров'я стає одним із ключових питань для медичних закладів та держави. З цієї метою забезпечується кіберзахист, що передбачає такі заходи: 1) надання у відкритому доступі матеріалів для допомоги медичним працівникам, управлінцям, адміністраторам медичних за-

ладів та всім зацікавленим партнерам в отриманні основних знань про види і форми кіберзагроз та чіткі рекомендації щодо боротьби з ними; 2) захист від вірусів і хакерських атак; 3) запобігання підробці даних та іншим діям, наслідками яких можуть бути не тільки видалення або викрадення даних, а й потенційно шкідливий вплив на роботу і продуктивність співробітників закладу охорони здоров'я, використання незаконно отриманої інформації проти фізичної чи юридичної особи або взагалі зупинка процесу надання медичної допомоги та пов'язаних послуг [там само].

У той же час, серед науковців, особливо тих, які мають фахову медичну освіту, ширяться думки щодо обмежень, пов'язаних із застосуванням технологій ШІ у медичну сферу [15]. Оскільки на сучасному етапі розвитку цих технологій вони поки не можуть системно й об'єктивно оцінити стан хворого. ШІ — це ніщо інше як "самовдосконалювана система запитів і відповідей". Виважено та ґрунтовно оцінити поточний стан здоров'я хворого може безпосередньо лікар. Безперечно, що час не стоїть на місці, і ми не випадково вказали на те, що ШІ є системою, яка сама навчається й удосконалюється. Ці її властивості створять у майбутньому підґрунтя для залучення технологій ШІ в якості "електронного мозку" для надання консультацій і рекомендацій населенню щодо покращення поточного стану його здоров'я. Проте поки це усвідомлена гіпотеза щодо перспектив трансформації ШІ як позасистемного фактора в напрямку забезпечення його регульованості.

Інша справа, сучасне безпечне застосування технологій ШІ з метою надання консультацій щодо отримання медичних гарантій, чи стану реформування медичної сфери в країні, чи особливостей отримання медичних послуг за кордоном. У цьому контексті система ШІ є безумовно також корисною, оскільки здатна зібрати та проаналізувати великий масив інформації, наприклад, повну історію хвороби пацієнта, дані про його аналізи за всі роки лікування. У продовження відзначимо, що сьогодні для України цінним і перспективним може бути використання цифрових технологій (у т.ч. ШІ) під час установлення групи інвалідності тій чи іншій особі. Ці технології дозволять об'єктивно визначити певну групу інвалідності людині саме на кінцевому етапі, коли вже особа пройшла всі попередні процедури, пов'язані з оглядом пацієнта, здачею ним необхідних аналізів тощо на визначення факту інвалідності. Слід підкреслити, що на кінцевому етапі, про який йде мова, технології ШІ насамперед забезпечать об'єктивність і безпристрасність прийняття рішення по відношенню до конкретної людини: чи встановлювати їй інвалідність, чи ні. Крім того, використання ШІ розвантажить лікарські комісії, що є особливо актуально для нашої держави, в які збільшується кількість осіб з інвалідністю (рис. 1). До 2022 року в Україні було 2,7 млн осіб з інвалідністю,

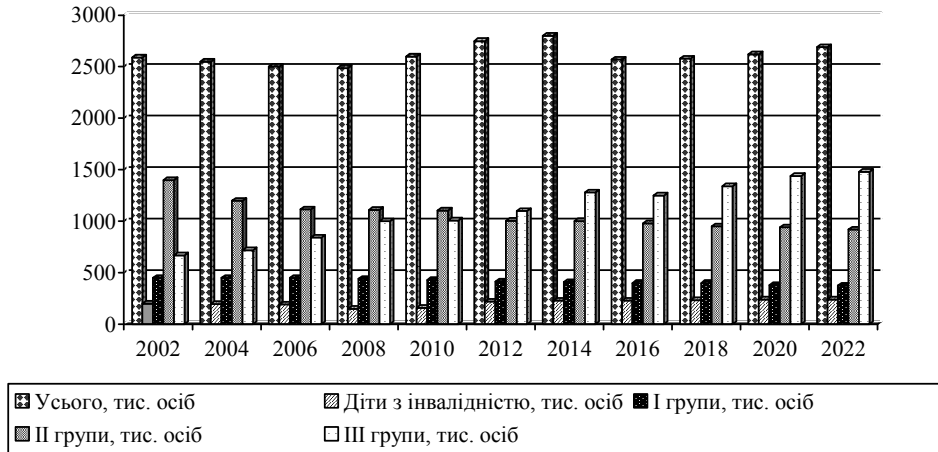


Рис. 1. Кількість осіб з інвалідністю в Україні (2002–2022 рр.)

Джерело: складено на підставі [5].

серед яких дітей — понад 160 тис. Однак станом на 2024 рік кількість українців з інвалідністю зростає до 3 млн осіб, тобто на 10% [2]. Ця інвалідність виникає внаслідок бойових дій і ворожих обстрілів рф мирних українських міст. Тому зараз потрібно продовжити будувати безбар'єрне суспільство, здійснюючи це надзвичайно швидко й урахувавши контекст війни [там само].

Останнім часом для України дане питання є надзвичайно актуальним і на нього нашаровується, на додачу, корупційні правопорушення, пов'язані з функціонуванням МСЕК [14]. Вони є спеціальними закладами в системі охорони здоров'я, що проводять медико-соціальну експертизу особам, які звертаються для встановлення інвалідності. МСЕК утворені в Україні 1992 р. на заміну радянським лікарсько-трудова експертним комісіям. У той же час, у вересні-жовтні 2024 р. було викрито низку схем корупційних правопорушень серед МСЕК в Україні. Це зумовило необхідність у перевірці діяльності МСЕК на всій її території та прийнятті на вищому рівні управління рішення щодо ліквідації таких спеціальних інституцій у системі охорони здоров'я. Згідно із планом протидії корупційним правопорушенням серед МСЕК, що затверджений прем'єр-міністром України 25.10.2024 р., МСЕК будуть ліквідовані у тому вигляді, що наразі існують до кінця 2024 р. При цьому зауважимо, що паралельно реалізуються заходи, по-перше, щодо створення групи для перегляду рішень, які ухвалювались у МСЕК, а також проведення аудиту всіх пенсійних виплат по інвалідності посадовим особам. По-друге, щодо передавання функцій центральної МСЕК Українському державному науково-дослідному інституту медико-соціальних проблем інвалідності. По-третє, у листопаді МОЗ разом із Мінцифрою представлять рішення щодо цифровізації проходження всіх етапів МСЕК. І по-четверте, МОЗ і Мінсоцполітики мають невідкладно винести на засідання уряду законопроекти щодо комплексної реформи МСЕК [14].

На погляд урядовців, передача функцій центральної МСЕК до Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем дозволить максимально швидко оптимізувати процес на центральному рівні. За рішенням МОЗ України, необхідно передати, зокрема, функції щодо розгляду оскаржень та проведення перевірок обґрунтованості рішень, прийня-

тих МСЕК регіонального рівня, що має значно спростити процес проходження експертизи для людей [там само].

Варто підтримати дослідників, що основним принципом упровадження процесів реімбурсації та діджиталізації в системі охорони здоров'я є забезпечення економічної доступності (ціна) і фізичної доступності (наявність на ринку країни) медикаментів та/або послуг для населення, що забезпечується за рахунок дієвих механізмів державної політики системою охорони здоров'я загалом і регулювання ціноутворення зокрема [11]. При цьому доступність ліків для населення визначається країною проживання з урахуванням особливостей державної політики в галузі фармації, відмінностей в організації систем медичного страхування, систем компенсації вартості ліків, цінової та податкової політики. Системи компенсації вартості лікарських препаратів населенню існують майже в усіх країнах. Основним завданням реімбурсації є мінімізація витрат громадян за рахунок державного бюджету на придбання ліків [там само].

Джерела фінансування, умови надання компенсації, методи державного регулювання цін, принципи відбору ліків для компенсації та інші чинники є основними в організаційних структурах систем реімбурсації в різних країнах. Так, у Європі відмінності методів надання компенсації на придбання ліків визначаються насамперед під час вибору критеріїв адресатів і рівнів відшкодування, якими є такі:

- категорія споживача (соціально незахищені верстви населення, люди, які страждають на захворювання з тяжким перебігом або хронічні та інші);
- вид фармацевтичної допомоги (стаціонарна, амбулаторна);
- вартість придбаних препаратів за певний період;
- властивості препарату (внесення до "позитивного списку", ціна).

Складові встановлення цін й обсягів компенсації в межах процесу реімбурсації такі: отримання дозволу на реалізацію препарату, відповідність препарату критеріям ефективності, безпеки та якості, перемовини із закладами, що здійснюють виплату компенсацій та ін. [11].

Аналіз напрацювань у сфері системи охорони здоров'я дозволяє визначити такі соціально-економічні стратегії реалізації процесу реімбурсації крізь призму діджиталізації цієї сфери:

1) державна система медичної та фармацевтичної допомоги (має суто соціальний характер), у межах якої лікарські препарати відпускаються загалом як частка надання первинної медичної допомоги, стаціонарного лікування і фінансуються з джерел державного бюджету, фондів соціального страхування й а обов'язкового медичного страхування;

2) недержавна система (перевага надається недержавному, тобто приватному характеру фармацевтичної допомоги), у межах якої відбувається зростання цінової конкуренції, включаючи заміну лікарських препаратів аналогічними, контроль оптових і роздрібних цін, що передбачає використання джерел фінансування й компенсації вартості лікарських препаратів як за рахунок суспільних внесків, так і внесків добродійних фондів та іншого.

Основною метою в будь-якій системі реімбурсації (що добре себе проявила в межах діджиталізації, тобто під час онлайн звернень й оформлення запитів тощо) є досягнення стабільних джерел фінансування, зменшення витрат на лікарські препарати і безперешкодне їх замовлення й отримання населенням [11]. Очевидно, що функціонування недержавної системи реімбурсації і забезпечення доступності лікарських засобів для населення здебільшого здійснюється в умовах зростання цінової конкуренції.

У залежності від особливостей системи охорони здоров'я країни використовують такі механізми реімбурсації:

1) подання пацієнтом рахунку витраченої на лікування суми безпосередньо страховій компанії (діє у Франції та ін.);

2) для аптек та медичних закладів надходять безпосередньо від страхової компанії на підставі домовленості між страховим фондом, медичним та аптечним закладом (діє в ФРН, КНР та ін.) [там само].

Щодо України, то постановами Уряду України затверджено перелік лікарських препаратів, що закуповуються за бюджетні кошти, а також визначено особливості функціонування системи компенсації вартості лікарських препаратів, що передбачена залежно від типу захворювання, його тяжкості та від категорії пацієнта. У 2017 році МОЗ запустило новий проєкт реімбурсації вартості ліків [6]. Наразі механізм реімбурсації має такий вигляд: пацієнт звертається до сімейного лікаря (у т.ч. у межах режиму відео конференції), він виписує пацієнту рецепт на ліки з переліку лікарських препаратів, які можна купувати за бюджетні кошти, і це фіксується онлайн у медичній інформаційній системі. Пацієнт може отримати ці ліки безкоштовно та безпосередньо в аптеці, яка бере участь у програмі реімбурсації. Ця аптека отримує компенсацію завдяки програмі реімбурсації на основі контракту з Національною службою охорони здоров'я України (далі — НСЗУ), який укладається через медичну інформаційну систему.

Слід зазначити, що в Україні запроваджена програма "Доступні ліки", особливості реалізації якої визначені в Законі України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" від 19.10.2017 р. № 2168-VIII, Постановою КМУ "Деякі питання реімбурсації лікарських засобів" від 27.02.2019 р. № 135, "Деякі питання реімбурсації лікарських засобів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення" від 28.07.2021 р. № 854 [4] тощо.

У продовження відзначимо, що в Україні запроваджено програму державних гарантій медичного обслуговування населення. Відповідно до Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" від 19 жовтня 2017 № 2168-VIII дана програма держгарантій визначає перелік й обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів держбюджету згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [там само]. На порталі НЗСУ можна ознайомитись із переліком медичних закладів, які безкоштовно для

пацієнта надають медичні послуги [12; 13]. До речі, у 2024 році на Програму медичних гарантій виділять на 16 млрд грн більше, ніж торік — 159 млрд грн [1]. Інші загальні статистичні дані, зокрема, щодо динаміки кількості укладених договорів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій представлено на рис. 2.

Із рис. 2 видно, що за 9 місяців кількість договорів про медобслуговування населення за програмою медичних гарантій зросла майже у 1,5 рази. У січні 2024 року кількість цих договорів становила 3580, а вже у вересні 2024 року — 5271. Даний факт є свідченням зростання необхідності в українців скористатись перевагами Програми медгарантій. З огляду на ранжування складових фінансування договорів про медобслуговування населення можна визначити таке: переважна кількість договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій була укладена за комунальною формою власності надавача послуг, а на другому місці — за приватною формою власності [5]. Цей факт вказує на низький рівень довіри населення до медзакладів приватної форми власності, а також небажання та неспроможність останніх укласти договори на медичне обслуговування населення за програмою медгарантій. Так, за інформацією НСЗУ, станом на вересень 2024 року розподіл надавачів медичних послуг за програмою медгарантій за формою власності був таким: комунальна форма власності — 2331 од.; приватна форма (юридичні особи) — 1302 од.; ФОП — 1608 од. У звітному періоді розподіл сум договорів за формою власності надавача медичних послуг був таким: комунальна форма власності — 142,6 млн грн; приватна форма (юридичні особи) — 4,3 млн грн; ФОП — 1,4 млн грн [там само].

Згідно з даними НСЗУ, регіонами-лідерами за кількістю укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2024 році є Дніпропетровська, Львівська, Харківська й Одеська області, а також м. Київ [5]. Очевидно, що на кількість укладених договорів про медобслуговування не впливає рівень безпеки в регіоні. Для прикладу, Харківська області, що перебуває під постійними обстрілами входить у список перших п'яти регіонів-лідерів укладених договорів, у порівнянні з більш "безпечними" областями — Волинською, Житомирською, Закарпатською, Черкаською та іншими областями. На наше переконання, на кількість укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій впливає стан розвиненості системи охорони здоров'я в окремо взятому регіоні (якщо цей стан є незадовільним, то скільки б люди не прагнули лікуватись у "безпечних" областях України, у них не з'явиться така можливість). Це викликає стурбованість у населення, адже таким чином обмежується його конституційне пра-

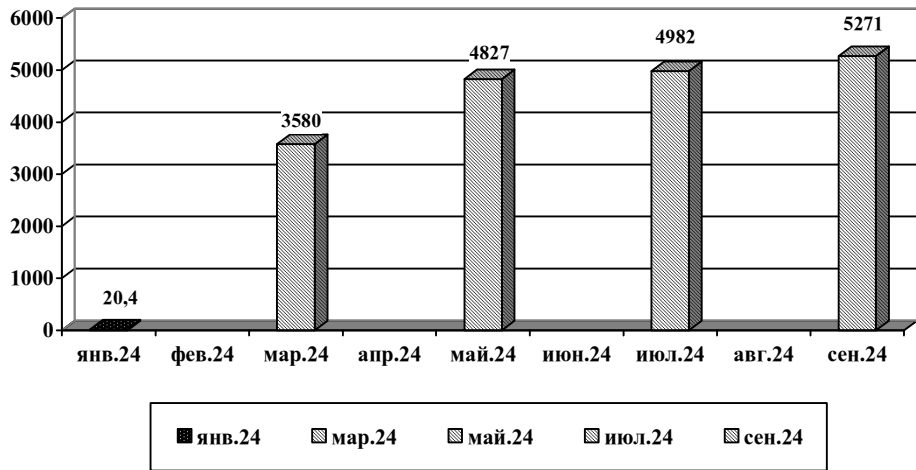


Рис. 2. Загальна статистика про укладені договори на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій в Україні (станом на вересень 2024 р.)

Джерело: складено на підставі [5].

во на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (див. ст. 49 Основного Закону України [4]).

До новацій у системі охорони здоров'я в Україні можна також віднести те, що у 2024 році Програмою медичних гарантій заплановано 44 пакети безкоштовної допомоги, серед яких три нові — щодо лікування безпліддя, трансплантації органів та стовбурових клітин [5]. Усе це засвідчує позитивний розвиток реімбурсації та цифрову трансформацію публічного управління системою охорони здоров'я в Україні. У той же час, відзначимо, що це лише старт для цифровізації та реімбурсації системи охорони здоров'я України, при цьому наявні напрямки, що не охоплені Програмою системи гарантій, а також слід закріпити термін реімбурсація у вітчизняному законодавстві. Крім того, потребує вдосконалення соціо-комунікативний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я, адже багато українців не знають про дану програму та можливості в отриманні державних фінансових гарантій медичного обслуговування.

Підсумовуючи, хочеться відзначити, що використання технологій ШІ у сферах, що стосуються життя та здоров'я людей, має бути виваженим. Це розуміють, наприклад, у судовій системі, тому в США застосовується програма "COMPAS" із метою розвантаження роботи суддів і пришвидшення процесу визначення особи запобіжного заходу. Проте це відбувається лише в справах, що передбачають покарання за незначні правопорушення, адже були зафіксовані збої в роботі "COMPAS" через помилки в його алгоритмі. З огляду на це було прийнято рішення, що в інших справах роботу щодо визначення запобіжного заходу має виконувати безпосередньо суддя [8]. Так і медична сфера, як одна з найважливіших, має визначити вектори обмеженого застосування технологій ШІ, а саме: 1) для медичної візуалізації аномалій у стані пацієнта; 2) у клінічних випробуваннях і розробці ліків, тому що ШІ здатен створювати нові хімічні формули і підбирати медичні препарати для лікування тієї чи іншої хвороби пацієнтів [15] та ін. Це є необхідним для того, щоб ШІ не наробив іще більшої шкоди життю та здоров'ю людей, які є найвищою соціальною цінністю.

ВИСНОВКИ

На підставі проведеного дослідження можна зробити такі висновки:

1. Науково-технологічний прогрес впливає на всі сфери суспільної життєдіяльності, що особливо відчутно в тих, які пов'язані з життям і здоров'ям населення. Серед цих сфер варто виокремити публічне управління соціальною безпекою загалом і системою охорони здоров'я зокрема. Вони вимагають вчасного та комплексного надання медичних і супутніх соціальних послуг, допомогу у відшкодуванні медичних препаратів тощо.

2. Доведено, що зазначені аспекти охоплюються терміном діджиталізація як дієвого інструмента в наданні на комплексній основі якісних послуг населенню, серед яких на вітчизняних теренах стрімко зростає кількість нових потреб, зумовлених неоголошеною війною рф. Для їхнього повноцінного задоволення важливим є розвиток реімбурсації, системи медичних гарантій тощо в межах віртуальної, фізичної та соціальної форм цифрових технологій. Вони покликані усунути будь-які бар'єри (фізичні, ментальні та цифрові) для всіх категорій українців, серед яких збільшується кількість осіб з інвалідністю та ветеранів війни, які отримали фізичні понівечення через дії рф.

3. Установлено, що в Україні активно реалізується цифрова трансформація публічного управління системою охорони здоров'я, зокрема, Програма медичних гарантій, у межах якої надаються різні пакети послуг. З'ясовано, що в 2024 році цей перелік було розширено: безкоштовні медичні послуги надаються під час лікування трансплантації органів, стовбурових клітин та ін. Крім того, у 2024 році збільшено обсяг фінансування укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій в Україні на 16 млрд грн. Аналіз загальної статистичної інформації щодо кількості укладених договорів у цій сфері дозволив виявити таке: 1) збільшення кількості цих договорів у 1,5 рази протягом січня — вересня 2024 р.; 2) регіональні лідери за укладеними договорами, причому на кількість укладених договорів про медичне обслуговування населення в регіоні впливає не рівень безпеки в ньому, а стан розвиненості системи охорони здоров'я. Акцентовано на низькому рівні довіри населення до медичних закладів приватної форми власності в Україні, а також небажанні та неспроможності останніх укладати договори на медичне обслуговування населення за програмою медгарантій.

4. У цьому контексті обгрунтовано реалізацію таких заходів: повсюдне використання eHealth; розширення напрямків реалізації Програми медичних гарантій в Україні; законодавчо закріпити термін "реімбурсація" як форми діджиталізації медичної сфери; удосконалити соціо-комунікативний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я, адже багато українців не знають про дану програму; розвивати публічно-приватне партнерство у цій сфері шляхом активізації приватного сектору в наданні державних фінансових гарантій медичного обслуговування населенню в умовах неоголошеної війни рф.

5. Оцінено перспективи розвитку штучного інтелекту у медичній сфері, що має прийти не на заміну людського досвіду лікарів, а бути їхнім дієвим інструментом,

який дозволить їм заздалегідь і більш ефективно діагностувати небезпечні захворювання, ставити більш точні діагнози, проводити операції, створювати ліки.

Література

1. В Україні затвердили програму медичних гарантій-2024: що вона передбачає // Українська правда. 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/65859fe508c73/> (дата звернення 18.11.2024).

2. В Україні понад 3 млн людей з інвалідністю — це люди з величезним потенціалом, навичками, ідеями, силою // Міністерство соціальної політики України. 2024. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/23795.html> (дата звернення 18.11.2024).

3. Галушко С.П. Підходи до вдосконалення системи публічного управління у сфері національної безпеки України в умовах цифровізації // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2024. № 11. URL: <https://www.nauka.com.ua/index.php/dy/issue/archive> (дата звернення 18.11.2024).

4. Законодавство України // Офіційний веб-сайт Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/> (дата звернення 18.11.2024).

5. Кількість осіб з інвалідністю // Набори даних. URL: <https://skilky-skilky.info/datasets/kilkist-osib-z-invalidnistiu-na-pochatok-roku/> (дата звернення 18.11.2024).

6. Міністерство охорони здоров'я планує з 1 січня 2017 року запустити проект реімбурсації вартості ліків // Урядовий портал. 2016. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/249379594> (дата звернення 18.11.2024).

7. Помаза-Пономаренко А.Л., Вербицький О.В., Виклики соціальної (гуманітарної, міграційної, інформаційної та ін.) безпеки України в ситуаціях ковідного / надзвичайного характеру як фактори позасистемності й трансформації // Вісник Національного університету цивільного захисту України (Серія "Державне управління"). 2021. № 1 (14). С. 298—304.

8. Помаза-Пономаренко А.Л., Лободенко К.В. Наукові перспективи розвитку правозахисної державної політики України: монографія. Харків: НУЦЗ України, 2020. 188 с.

9. Помаза-Пономаренко А.Л., Панченко О.Г. Публічно-управлінські аспекти забезпечення воєнної безпеки: організаційно-правові, кадрові й інформаційні // Успіхи і досягнення в науці. 2024. № 11. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/sas/issue/archive> (дата звернення 18.11.2024).

10. Помаза-Пономаренко А.Л., Тарадуда Д.В. Державне управління як критична інфраструктура // Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2024. № 4. URL: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/archive> (дата звернення 18.11.2024).

11. Реімбурсація // Енциклопедія Вікіпедія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%96%D0%BC%D0%B1%D1%83%D1%80%D1%81%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F> (дата звернення 18.11.2024).

12. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій // Національна служба здоров'я України. 2024. URL: <https://>

/edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts (дата звернення 18.11.2024).

13. Українці можуть безкоштовно лікувати безпліддя у 15 медзакладах: перелік // Українська правда. 2024. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/de-bezkostovno-likuvati-bezplidnya-perelik-likaren-po-ukrajini-300118/> (дата звернення 18.11.2024).

14. Уряд затвердив план протидії корупційним правопорушенням серед МСЕК // Суспільне новини. 2024. URL: <https://suspihne.media/865779-urad-zatverdiv-plan-protidii-korupcijnim-pravoporushennam-sered-msek/> (дата звернення 18.11.2024).

15. Штучний інтелект в медицині: чи загрожують інновації правам людини? // Українська Гельсінська спілка з прав людини. 2024. URL: <https://www.helsinki.org.ua/articles/shtuchnyy-intelekt-v-medytsynichy-zahrozhuut-innovatsii-pravam-liudyny/> (дата звернення 18.11.2024).

16. Galushko S. Typology of digital technologies and their socio-political and state-legal effects on the sphere of national security // Public administration and state security aspects. 2024. Vol. 1. Pp. 15—32.

17. eHealth. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/ehealth>.

18. Pomaza-Ponomarenko A., Hren L., Durman O., Bondarchuk N., Vorobets V. Management mechanisms in the context of digitalization of all spheres of society // Revista San Gregorio. Special edition-2020. Num. 42. URL: <http://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/issue/view/RSAN42/showToc> (дата звернення 18.11.2024).

References:

1. The Ukrainian truth (2023), "In Ukraine, the program of medical guarantees-2024 was approved: what it provides", available at: <https://life.pravda.com.ua/society/65859fe508c73/> (Accessed 18 Nov 2024).

2. Ministry of Social Policy of Ukraine (2024), "In Ukraine, more than 3 million people with disabilities are people with enormous potential, skills, ideas, and strength", available at: <https://www.msp.gov.ua/news/23795.html> (Accessed 18 Nov 2024).

3. Galushko, S.P. (2024), "Approaches to improving the system of public administration in the sphere of national security of Ukraine in the conditions of digitalization", Derzhavne upravlinnya: udoskonalennya ta rozvytok, vol. 11, available at: <https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/issue/> (Accessed 18 Nov 2024).

4. Official website of the Verkhovna Rada of Ukraine (2024), "Legislation of Ukraine", available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/> (Accessed 18 Nov 2024).

5. The Data sets (2022), "Number of persons with disabilities", available at: <https://skilky-skilky.info/datasets/kilkist-osib-z-invalidnistiu-na-pochatok-roku/> (Accessed 18 Nov 2024).

6. Ministry of Health of Ukraine (2016), "The Ministry of Health plans to launch a drug reimbursement project starting January 1, 2017", available at: <https://www.kmu.gov.ua/news/249379594> (Accessed 18 Nov 2024).

7. Pomaza-Ponomarenko, A.L. and Verbytskyi, O.V. (2021), "Challenges of social (humanitarian, migration, informational, etc.) security of Ukraine in situations of a

covid/emergency nature as factors of extra-systemicity and transformation", Visnyk Natsional'noho universytetu tsvyvil'noho zakhystu Ukrayiny (Seriya "Derzhavne upravlinnya"), vol. 1 (14), pp. 298—304.

8. Pomaza-Ponomarenko, A.L. and Lobodenko, K.V. (2020), Naukovi perspektyvy rozvytku pravozakhysnoyi derzhavnoyi polityky Ukrayiny [Scientific prospects for the development of human rights state policy of Ukraine], NUCZU, Kharkiv, Ukraine.

9. Pomaza-Ponomarenko, A.L. and Panchenko, O.H. (2024), "Public-administrative aspects of ensuring military security: organizational, legal, personnel and information", Uspikhy i dosyahnennya v nauksi, vol. 11, available at: <http://perspectives.pp.ua/index.php/sas/issue/archive> (Accessed 18 Nov 2024).

10. Pomaza-Ponomarenko, A.L. and Taraduda, D.V. (2024), "Public administration as a critical infrastructure", Dniprovskyy naukovyy chasopys publichnoho upravlinnya, psykholohiyi, prava, vol. 4, available at: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/archive> (Accessed 18 Nov 2024).

11. Encyclopedia Wikipedia (2024), "Reimbursement", available at: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%96%D0%BC%D0%B1%D1%83%D1%80%D1%81%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F> (Accessed 18 Nov 2024).

12. National Health Service of Ukraine (2024), "Concluded agreements on medical care of the population under the program of medical guarantees", available at: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts> (Accessed 18 Nov 2024).

13. The Ukrainian truth (2024), "Ukrainians can treat infertility for free in 15 medical facilities: list", available at: <https://life.pravda.com.ua/health/de-bezkostovno-likuvati-bezplidnya-perelik-likaren-po-ukrajini-300118/> (Accessed 18 Nov 2024).

14. The Social News (2024), "The government approved a plan to combat corruption offenses among МСЕК", available at: <https://suspihne.media/865779-urad-zatverdiv-plan-protidii-korupcijnim-pravoporushennam-sered-msek/> (Accessed 18 Nov 2024).

15. Ukrainian Helsinki Human Rights Union (2024), "Artificial intelligence in medicine: do innovations threaten human rights", available at: <https://www.helsinki.org.ua/articles/shtuchnyy-intelekt-v-medytsynichy-zahrozhuut-innovatsii-pravam-liudyny/> (Accessed 18 Nov 2024).

16. Galushko, S. (2024), "Typology of digital technologies and their socio-political and state-legal effects on the sphere of national security", Public administration and state security aspects, vol. 1, pp. 15—32.

17. Ministry of Health of Ukraine (2024), "eHealth", available at: <https://moz.gov.ua/uk/news/ehealth> (Accessed 18 Nov 2024).

18. Pomaza-Ponomarenko, A., Hren, L., Durman, O., Bondarchuk, N. and Vorobets, V. (2020), "Management mechanisms in the context of digitalization of all spheres of society", Revista San Gregorio. Special edition-2020, N'm. 42. available at: <http://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/issue/view/RSAN42/showToc> (Accessed 18 Nov 2024).

Стаття надійшла до редакції 18.11.2024 р.