

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Навчально-науковий інститут економіки, управління, права та**  
**інформаційних технологій**  
**Кафедра економіки та публічного управління**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття ступеня вищої освіти  
Магістр

на тему: «**Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони  
здоров'я**»

Виконала: здобувач вищої освіти  
за освітньою програмою Зв'язки з  
громадськістю спеціальності  
281 Публічне управління та  
адміністрування другого  
(магістерського) рівня вищої  
освіти групи 1  
Карпенко Каріна Іванівна  
Рецензент: Кулаєць Марія  
Михайлівна

**Полтава – 2025 року**

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Навчально-науковий інститут економіки, управління, права та**  
**інформаційних технологій**  
**Кафедра економіки та публічного управління**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю  
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування  
Рівень вищої освіти другий (магістерський)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри**

Вікторія МЕДВІДЬ

22 вересня 2025 року

**ЗАВДАННЯ**  
**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ**

**Карпенко Каріни Іванівни**

1. Тема роботи: «Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я», керівник роботи доктор економічних наук, професор, професор кафедри економіки та публічного управління Дорофєєв О.В.  
Затверджено засіданням кафедри протокол № 5 від 22 вересня 2025 р.
2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи 28 листопада 2025 р.
3. Вихідні дані до роботи:  
інформація з офіційних веб-сайтів;  
інші інформаційні дані (нормативно-довідкова література, наукові джерела, Інтернет-джерела, власні спостереження автора)
4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити):  
Розділ 1. Теоретичні основи забезпечення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я  
Розділ 2. Практика забезпечення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я  
Розділ 3. Напрями підвищення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я
5. Перелік графічного матеріалу: схеми, рисунки, графіки, діаграми за темою та об'єктом дослідження

6. Дата видачі 22 вересня 2025 року

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів роботи	Строк виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Вибір і затвердження теми роботи	22.10.24 – 24.10.24	виконано
2	Складання і затвердження розгорнутого плану та завдання на кваліфікаційну роботу	28.10.24 – 26.11.24	виконано
3	Опрацювання джерел інформації	27.11.24 – 18.02.25	виконано
4	Збір, вивчення і обробка інформації, необхідної для виконання роботи	19.02.25 – 31.03.25	виконано
5	Виконання теоретико-методологічного розділу роботи	01.04.25 – 14.05.25	виконано
6	Виконання дослідницько-аналітичного розділу роботи	15.05.25 – 01.08.25	виконано
7	Виконання проектно-рекомендаційного розділу роботи	04.08.25 – 24.10.25	виконано
8	Оформлення тексту роботи	27.10.25 – 23.11.25	виконано
9	Нормоконтроль	24.11.25	виконано
10	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень і пропозицій	25.11.25 – 27.11.25	виконано
11	Попередній захист роботи на кафедрі	28.11.25	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	02.12.25	виконано

**Здобувач вищої освіти**

**Каріна КАРПЕНКО**

**Керівник роботи**

**Олександр ДОРОФЄЄВ**

## АНОТАЦІЯ

*Карпенко Каріна Іванівна.* Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти Магістр за освітньою програмою Зв'язки з громадськістю спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування. Полтавський державний аграрний університет, Полтава, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена обґрунтуванню теоретичних положень та розробленню практичних рекомендацій щодо вдосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження виступає процес удосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі удосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є сукупністю нормативно-правових, фінансових та інституційних заходів органів публічної влади, спрямованих на стимулювання медичних інновацій. Її концептуальним фундаментом є теорії провалів ринку, національних інноваційних систем та суспільних благ.

Нормативно-правова база державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я в Україні є розгалуженою, але фрагментарною. Критичними інституційними прогалинами залишаються: відсутність спеціалізованого агентства з підтримки медичних інновацій, незапровадженість механізму НТА та хронічне недофінансування медичних НДДКР (0,3% ВВП проти 1,8-2,5% у країнах ЄС).

Оцінка фактичного стану свідчить про поєднання значного прогресу з системними проблемами. До здобутків належать: ЕСОЗ (понад 49000 закладів, понад 5 млрд медичних записів), програма «Доступні ліки» (778 позицій, включення оригінальних інноваційних препаратів з травня 2026 р.), підготовка

MedTech Sandbox. Полтавська міська громада демонструє рівень погашення е-рецептів 85,6% (вище середнього по країні), повне підключення всіх закладів до ЕСОЗ. Водночас телемедицина, НТА та інноваційна екосистема залишаються нерозвиненими як на національному, так і на рівні громади.

Визначено шість стратегічних пріоритетів вдосконалення державної підтримки медичних інновацій в умовах євроінтеграції: запуск MedTech Sandbox; запровадження НТА (Регламент ЄС № 2021/2282); інтеграція ЕСОЗ з ЕНДС; розширення реімбурсації до орфанних препаратів; реалізація «Скринінгу 40+»; збільшення фінансування медичних НДДКР до 1% ВВП. Євроінтеграційний контекст підтверджується зростанням відповідності Угоді про асоціацію з 64% (2021) до 88% (2025).

Для Полтавської міської громади розроблено дорожню карту семи механізмів підвищення ефективності державної підтримки медичних інновацій: ДПП для реконструкції ПОКЛ та розробки телемедичної платформи; інноваційна екосистема з ПДМУ (637 НПП) зі створенням Центру трансляційної медицини; впровадження «Скринінгу 40+» у ЦПМСД ПМР (понад 15000 мешканців на рік); вдосконалення ЕСОЗ та е-направлень; локальна НТА-процедура; залучення міжнародних ресурсів (Ukraine Facility, EU4Health, USAID HRS); окремий бюджетний рядок на інновації від 2027 року (не менше 2% від бюджету ОЗ ПМГ). Комплексна реалізація заходів у 2026-2028 роках дозволить ПМГ стати регіональним лідером інноваційного розвитку охорони здоров'я України.

Ключові слова: державна підтримка, інноваційний розвиток, система охорони здоров'я.

#### ANNOTATION

*Karpenko Karina Ivanivna.* State support for innovative development of the healthcare system. Qualification work in the form of a manuscript.

Qualification work for the degree of higher education Master in the educational program Public Relations, specialty 281 Public Management and Administration. Poltava State Agrarian University, Poltava, 2025.

The qualification work is devoted to the substantiation of theoretical provisions and the development of practical recommendations for improving state support for innovative development of the healthcare system.

The object of the study is the process of improving state support for innovative development of the healthcare system.

The subject of the study is a set of theoretical, methodological and practical problems that arise in the process of improving state support for innovative development of the healthcare system.

State support for innovative development of the healthcare system is a set of regulatory, financial and institutional measures of public authorities aimed at stimulating medical innovations. Its conceptual foundation is the theory of market failure, national innovation systems and public goods.

The regulatory and legal framework for state support for innovative development of healthcare in Ukraine is extensive, but fragmented. Critical institutional gaps remain: the absence of a specialized agency to support medical innovations, the failure to implement the HTA mechanism and chronic underfunding of medical R&D (0.3% of GDP versus 1.8–2.5% in EU countries).

The assessment of the actual state indicates a combination of significant progress with systemic problems. The achievements include: the Unified Health Insurance System (49,000+ institutions, 5 billion+ medical records), the Affordable Medicines program (778 positions, inclusion of original innovative drugs from May 2026), the preparation of the MedTech Sandbox. The Poltava city community demonstrates an e-prescription redemption rate of 85.6% (above the national average), full connection of all institutions to the Unified Health Insurance System. At the same time, telemedicine, HTA and the innovation ecosystem remain underdeveloped both at the national and community levels. Six strategic priorities for improving state support for medical innovations in the context of European integration have been identified: launch of the MedTech Sandbox; introduction of HTA (EU Regulation No. 2021/2282); integration of the Unified Health Insurance System with the EHDS; expansion of reimbursement to orphan drugs;

implementation of "Screening 40+"; increasing funding for medical R&D to 1% of GDP. The European integration context is confirmed by the increase in compliance with the Association Agreement from 64% (2021) to 88% (2025).

A roadmap of seven mechanisms for increasing the efficiency of state support for medical innovations has been developed for the Poltava urban community: PPP for the reconstruction of the Medical Center and the development of a telemedicine platform; an innovation ecosystem with the Medical University of the Republic of Moldova (637 NPP) with the creation of the Center for Translational Medicine; implementation of "Screening 40+" in the PMR Primary Health Care Center (15,000+ residents per year); improvement of the EHIC and e-referrals; local HTA procedure; attraction of international resources (Ukraine Facility, EU4Health, USAID HRS); a separate budget line for innovations from 2027 (at least 2% of the PMG health budget). Comprehensive implementation of measures in 2026-2028 will allow the PMG to become a regional leader in the innovative development of healthcare in Ukraine.

Keywords: state support, innovative development, health care system.

### **Список опублікованих праць за темою кваліфікаційної роботи**

1. Карпенко К.І., Заказникова І.В. Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я : матеріали науково-практичної конференції за підсумками проходження здобувачами вищої освіти навчальних та виробничих практик, м. Полтава, 09-10 квітня 2025 року. Випуск 18. Полтава : ПДАУ. 2025. С. 157-159. URL: <https://www.pdau.edu.ua/sites/default/files/node/18444/zb2025.pdf>

2. Карпенко К.І., Заказникова І.В. Трансформація державної політики в системі охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми сучасної науки: теоретичні та практичні дослідження молодих учених* : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції. м. Полтава, 14-15 квітня 2025 р. Полтава, 2025. С. 464-467. URL: <https://drive.google.com/file/d/1oQccKxkw0OD-P6trC1950X1eQdUSmHag/view>

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ...	13
1.1. Сутність та концептуальні засади державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я .....	13
1.2. Зарубіжний досвід державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та можливості його використання в Україні .....	20
Висновки до розділу 1 .....	25
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ...	28
2.1. Нормативно-правове забезпечення та інституційні механізми державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні .....	28
2.2. Оцінка стану та проблеми реалізації державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні .....	33
Висновки до розділу 2 .....	38
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ .....	40
3.1. Стратегічні пріоритети вдосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції .....	40
3.2. Механізми підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні .....	45
Висновки до розділу 3 .....	52
ВИСНОВКИ .....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	58
ДОДАТКИ .....	65

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я є одним із визначальних чинників суспільного добробуту, конкурентоспроможності національної економіки та якості людського капіталу. В умовах стрімкого науково-технологічного прогресу, поширення цифрових технологій і зростання соціальних запитів суспільства здатність держави ефективно підтримувати медичні інновації перетворилася з бажаного доповнення до управлінської практики на її системну необхідність.

Актуальність обраної теми визначається трьома ключовими чинниками. Євроінтеграційний імператив. З отриманням Україною статусу кандидата на вступ до ЄС у 2022 році реформування системи охорони здоров'я набуло нового виміру: поряд із внутрішніми завданнями постала вимога гармонізації з правом ЄС. Скринінг відповідності українського законодавства за Розділом 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я», що тривав з 8 липня 2024 по 30 вересня 2025 року (34 зустрічі, понад 1200 актів ЄС), підтвердив: рівень виконання Угоди про асоціацію у сфері охорони здоров'я зріс з 64% (2021) до 88% (2025). Попереду адаптація до Регламенту ЄС про оцінку медичних технологій (HTA), інтеграція з Європейським простором медичних даних (EHDS) та участь у програмі «Горизонт Європа». Дослідження механізмів державної підтримки медичних інновацій є необхідною теоретичною передумовою для успішного виконання цих зобов'язань.

Незавершеність реформи та системні виклики. Попри значний прогрес у цифровізації охорони здоров'я, ЕСОЗ об'єднує більше 49000 закладів і містить більше 5 млрд медичних записів, в Україні досі відсутні повноцінний механізм оцінки медичних технологій (HTA), спеціалізований орган підтримки медичних інновацій та належне фінансування медичних НДДКР (0,3% ВВП проти 1,8-2,5% у країнах ЄС). Телемедицина перебуває на стадії пілотування, MedTech Sandbox ще не запущено. Подолання цих прогалин потребує науково обґрунтованих рекомендацій щодо оптимальних моделей та механізмів державної підтримки інновацій.

Потреба у регіональному та муніципальному вимірі. Децентралізація охорони здоров'я, що активно відбувається в Україні, поставила на порядок денний питання про роль органів місцевого самоврядування у підтримці медичних інновацій. Полтавська міська громада з розгалуженою мережею закладів ОЗ (КП «ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського», три ЦПМСД, МКЛ, Перинатальний центр) та потужним науковим потенціалом ПДМУ є репрезентативним майданчиком для вироблення практичних механізмів муніципальної підтримки медичних інновацій, що можуть бути тиражовані в інших містах України.

Різні аспекти державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я досліджували вітчизняні вчені: В. Ф. Москаленко, В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, Н. Г. Гойда, Н. О. Рингач, В. М. Рудень, І. М. Солоненко, В. М. Пашков – у сфері реформування та управління охороною здоров'я; О. А. Соломаха, Т. О. Савостенко, З. В. Гбур – у сфері механізмів державного регулювання медичних інновацій; С. Є. Антонова, М. Г. Пігарчук, О. М. Грицко – у сфері ДПП в охороні здоров'я. Серед зарубіжних дослідників вагомий внесок зробили К. J. Arrow, В.-Å. Lundvall, R. В. Saltman, E. Mossialos, В. Rechel, R. В. Battista. Разом з тим комплексних досліджень, що поєднували б аналіз загальнодержавних механізмів підтримки медичних інновацій з їх адаптацією до умов конкретної міської громади в євроінтеграційному контексті та в умовах воєнного стану, у вітчизняній науці недостатньо, що й зумовлює актуальність та наукову новизну обраної теми.

**Зв'язок роботи з науковими темами.** Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавської державної аграрної академії за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2017-2026 рр.).

**Мета і завдання дослідження.** Метою кваліфікаційної роботи є розробка й наукове обґрунтування теоретичних засад і практичних рекомендацій щодо вдосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

Відповідно до мети в роботі поставлено такі завдання:

- дослідити теоретичні засади державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я;
- проаналізувати ефективність державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України;
- розкрити напрями удосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

**Об'єкт дослідження.** Об'єктом дослідження виступає процес удосконалення механізмів державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

**Предмет дослідження.** Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі удосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України.

**Методи дослідження.** Методологічною та теоретичною основою дослідження є фундаментальні положення економічної теорії та теорії державного управління, а також наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань удосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. У роботі застосовано методи, що використовуються як на емпіричному, так і теоретичному рівнях, а саме: порівняльний аналіз; логіко-семантичний; історичний метод; аналізу та синтезу; системно-аналітичний; абстрактно-логічний.

**Інформаційна база.** Інформаційною базою слугували літературні джерела, довідково-нормативні матеріали та теоретичні напрацювання вітчизняних і зарубіжних вчених з питань удосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, інформація з мережі Internet та особисті спостереження автора.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

**набуло подальшого розвитку:**

окреслення стратегічних пріоритетів вдосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції;

узагальнення механізмів підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

**Практичне значення одержаних результатів.** Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення і висновки дослідження розширюють межі наукового аналізу з досліджуваної теми, визначають напрями вдосконалення державної політики та можуть бути використані при удосконаленні механізмів державного управління охороною здоров'я.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

**Публікації.** За результатами проведеного дослідження опубліковано тези:

– «Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я», яку включено до збірника матеріалів науково-практичної конференції за підсумками проходження здобувачами вищої освіти навчальних та виробничих практик, м. Полтава, 09-10 квітня 2025 року. Випуск 18. Полтава : ПДАУ. 2025. С. 157-159.

– «Трансформація державної політики в системі охорони здоров'я в Україні», яку включено до збірника матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасної науки: теоретичні та практичні дослідження молодих учених». м. Полтава, 14-15 квітня 2025 р. Полтава, 2025. С. 464-467.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 65 сторінках друкованого тексту, робота містить 5 таблиць та 1 додаток.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Сутність та концептуальні засади державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я

Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я є одним із ключових пріоритетів сучасної державної політики, що зумовлено стрімким науково-технологічним прогресом, зростанням соціальних запитів суспільства та необхідністю підвищення ефективності надання медичних послуг. Під впливом глобальних викликів: демографічних змін, поширення хронічних і інфекційних захворювань, цифрової трансформації, держави світу дедалі активніше формують механізми підтримки медичних інновацій, усвідомлюючи їх стратегічне значення для забезпечення здоров'я населення та конкурентоспроможності національних економік [24].

Осмислення сутності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я потребує насамперед з'ясування змісту базових понять. Категорія «інновація» стала предметом наукових дискусій ще з часів Й. Шумпетера, який у праці «Теорія економічного розвитку» (1912) визначив її як практичне втілення нових комбінацій виробничих факторів, що спричиняють якісні зміни в економічній системі. Стосовно сфери охорони здоров'я ця категорія набуває специфічного змісту. У науковій літературі поняття «інновація» у сфері охорони здоров'я трактується широко: від впровадження нових медичних технологій і лікарських засобів до реорганізації систем управління, моделей фінансування та форм надання медичної допомоги. Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, медична інновація – це «нова або вдосконалена продукція, послуга, процес, спосіб організації або нова модель фінансування, що покращує результати охорони здоров'я» [60]. Таке широке розуміння

акцентує увагу на тому, що інновації охоплюють не лише технологічний, але й організаційний та управлінський виміри функціонування галузі.

У вітчизняній науковій літературі питання класифікації медичних інновацій також знайшли відображення. Зокрема, В. Ф. Москаленко [12] та В. М. Лехан розглядають медичні інновації крізь призму системних змін у охороні здоров'я, виокремлюючи технологічний, організаційний, управлінський та фінансовий компоненти інноваційного процесу. На думку Г. О. Слабкого, інноваційний розвиток системи охорони здоров'я є невід'ємною складовою державної стратегії збереження та зміцнення здоров'я нації, що потребує відповідного державного регулювання. Н. О. Рингач та В. М. Рудень акцентують увагу на тому, що медичні інновації мають розглядатися не ізольовано, а в контексті загального функціонування системи охорони здоров'я, де держава відіграє роль ключового регулятора та координатора інноваційних процесів. Такий підхід відповідає системній парадигмі публічного управління та дозволяє уникнути фрагментарності у формуванні інноваційної політики у сфері охорони здоров'я [10].

Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я являє собою сукупність цілеспрямованих заходів органів державної влади, що забезпечують сприятливі умови для виникнення, поширення та практичного застосування інновацій у медичній сфері. З позицій теорії публічного управління така підтримка виступає різновидом державного регулювання, що поєднує елементи стимулювання (фінансові субсидії, податкові пільги, дослідницькі гранти), нормативно-правового регулювання (стандарти безпеки, реєстраційні процедури) та інституційного забезпечення (створення інноваційних агентств, технологічних парків, центрів трансферу технологій) [27].

Концептуальне підґрунтя державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я формується на перетині кількох наукових підходів. По-перше, теорія провалів ринку (market failures) обґрунтовує необхідність державного втручання через неспроможність ринкових механізмів

самостійно забезпечити суспільно оптимальний рівень інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я. Головними проявами таких провалів є: надмірна невизначеність результатів медичних досліджень; позитивні зовнішні ефекти (екстерналії) від впровадження інновацій, що не відображаються у ринкових цінах; інформаційна асиметрія між виробниками і споживачами медичних послуг та технологій; висока капіталомісткість і тривалість циклу медичних розробок [41].

Ще у 1963 році К. Ерроу у своїй фундаментальній праці «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care» довів, що ринок медичних послуг та медичних інновацій є принципово недосконалим через нездатність ринкових механізмів ефективно розподіляти ресурси в умовах значної невизначеності та інформаційної асиметрії. Ця теза не втратила своєї актуальності і сьогодні: навпаки, в умовах стрімкого розвитку біотехнологій, геноміки та штучного інтелекту в медицині невизначеність результатів і витрат інноваційних медичних розробок лише зростає. Розробка нового препарату потребує в середньому 10-15 років і 2-3 млрд доларів витрат, причому більше 90% кандидатів не долають стадію клінічних випробувань. За таких умов приватний сектор систематично недоінвестує в медичні дослідження порівняно із суспільно оптимальним рівнем, що і породжує необхідність державної компенсації цього дефіциту [41].

Концепція національних інноваційних систем (НІС), розроблена у працях Б. Лундвалла, Р. Нельсона та К. Фрімена, розглядає інноваційний розвиток як результат взаємодії держави, бізнесу, університетів та науково-дослідних установ у межах системної інституційної архітектури. Стосовно охорони здоров'я ця концепція набуває форми «інноваційних екосистем» охорони здоров'я, де держава виступає не лише регулятором, але й ключовим організатором інноваційного процесу. Б. Лундвалл особливо наголошує на ролі «інтерактивного навчання» між учасниками інноваційної системи: виробниками медичних технологій, клінічними закладами, пацієнтськими організаціями та регуляторами. Саме така взаємодія, підтримувана та

координована державою, забезпечує ефективну дифузію інновацій у систему охорони здоров'я [49].

Теорія суспільних благ підтверджує правомірність державної підтримки медичних інновацій у тих сегментах, де результати досліджень мають характер «квазіпублічного блага». Класична концепція суспільних благ П. Самуельсона визначає їх через дві властивості – несуперницьтво у споживанні та невиключуваність. Результати фундаментальних медичних досліджень (наприклад, відкриття нових молекулярних мішеней для лікування захворювань, розшифрування геномів збудників) повністю відповідають цим критеріям: ці знання доступні всім дослідникам і закладам одночасно та практично не можуть бути виключені з загального доступу. Саме тому держава зобов'язана фінансувати фундаментальну медичну науку – насамперед у сфері розробки орфанних препаратів, профілактичної медицини та боротьби з особливо небезпечними інфекціями [57].

Аналіз наукової літератури свідчить, що в сучасній теорії публічного управління сформувалося кілька підходів до класифікації форм і методів державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я. За критерієм характеру впливу виокремлюють прямі та непрямі форми підтримки. Прямі форми передбачають безпосереднє фінансування інноваційних проектів через державні бюджети, цільові фонди та державні агентства; формування державних замовлень на інноваційну продукцію; субсидіювання закупівель нових медичних технологій для державних медичних закладів. Непрямі форми включають надання податкових пільг підприємствам, що здійснюють витрати на дослідження і розробки у медичній сфері; спрощення регуляторних процедур реєстрації інноваційних продуктів; стимулювання приватних інвестицій через механізми державно-приватного партнерства [55].

За функціональним критерієм розрізняють підтримку на різних стадіях інноваційного циклу: фундаментальних досліджень, прикладних розробок, дослідно-конструкторських робіт, клінічних випробувань, комерціалізації та дифузії інновацій у систему охорони здоров'я. Кожна стадія характеризується

специфічними ризиками та потребує відповідних інструментів державного втручання. Так, на стадії фундаментальних досліджень домінуючою формою підтримки є грантове фінансування через наукові фонди; на стадії клінічних випробувань – спрощені регуляторні процедури та фінансова участь держави у покритті витрат на апробацію; на стадії дифузії – система реімбурсації та державних закупівель. «Долина смерті» – проміжок між стадіями прикладних розробок та комерціалізації – є особливо вразливим етапом, де ринкового фінансування, як правило, недостатньо, а результат ще не гарантований, що вимагає активної участі держави у вигляді венчурних фондів, гарантій або програм типу SBIR у США [28].

Важливим аспектом розуміння державної підтримки медичних інновацій є її часовий вимір. Дослідники виокремлюють три горизонти інноваційної підтримки: короткостроковий (до 3 років), що орієнтований на дифузію вже розроблених технологій і вдосконалення наявних регуляторних механізмів; середньостроковий (3-10 років), пов'язаний з фінансуванням клінічних випробувань і розбудовою інституційної інфраструктури; довгостроковий (понад 10 років), що охоплює фундаментальні дослідження і підготовку кадрів для інноваційної медицини. Ефективна державна підтримка має забезпечувати безперервність фінансування на всіх трьох горизонтах, не допускаючи «розривів» між ними [10].

Важливим концептуальним виміром державної підтримки є її просторово-управлінський аспект. У федеративних та децентралізованих державах інноваційна підтримка охорони здоров'я здійснюється на кількох рівнях публічного управління – загальнодержавному, регіональному та місцевому. При цьому між рівнями управління виникають як синергетичні ефекти, так і суперечності, пов'язані з різною спроможністю регіонів впроваджувати інновації, нерівномірним доступом до ресурсів і технологій [7]. Децентралізація охорони здоров'я, що активно відбувається в Україні, ставить на порядок денний питання про оптимальний розподіл функцій між центральними та місцевими органами влади у сфері стимулювання медичних

інновацій. Відповідно до принципу субсидіарності, закладеного в основу децентралізованого управління, рішення мають прийматися на максимально наближеному до громадян рівні, що означає необхідність формування дієздатних муніципальних механізмів підтримки медичних інновацій.

Окремої уваги заслуговує питання суб'єктно-об'єктної структури державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Суб'єктами підтримки виступають органи державної влади різних рівнів (міністерства охорони здоров'я, фінансів, науки і технологій; регіональні органи виконавчої влади; органи місцевого самоврядування), а також спеціалізовані агентства та фонди, що здійснюють інноваційну політику. Об'єктами підтримки є суб'єкти інноваційної діяльності у медичній сфері: науково-дослідні установи, університети, підприємства фармацевтичної та медичної промисловості, медичні заклади, стартапи у сфері медичних технологій (MedTech, HealthTech, BioTech). Важливо враховувати, що в умовах цифрової економіки традиційні межі між суб'єктами і об'єктами підтримки стають більш розмитими: технологічні компанії, що не мають медичного профілю, дедалі активніше виходять на ринок медичних інновацій, а заклади охорони здоров'я самі стають генераторами інновацій через впровадження та вдосконалення цифрових рішень [32].

Концептуально важливим є розмежування понять «державна підтримка» та «державне управління» інноваційним розвитком охорони здоров'я. Якщо державне управління охоплює весь спектр владних повноважень у регулюванні галузі, то державна підтримка є більш вузьким поняттям, що акцентує увагу на стимулюючій, заохочувальній ролі держави стосовно інноваційних суб'єктів. Водночас у реальній практиці публічного управління ці поняття тісно переплітаються: ефективна підтримка інновацій неможлива без відповідного управлінського забезпечення, а управлінські рішення у сфері охорони здоров'я неминуче позначаються на інноваційному кліматі галузі. Сучасна теорія публічного управління розглядає цей зв'язок крізь призму концепції «стейтменторства» (state mentoring), відповідно до

якої держава виступає не директивним регулятором, а стратегічним партнером і наставником для суб'єктів інноваційної діяльності [7].

Ключовим критерієм ефективності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є досягнення позитивних змін у стані здоров'я населення. Це означає, що оцінка результативності такої підтримки не може обмежуватися суто економічними показниками (обсяг фінансування, кількість патентів, частка ВВП на НДДКР), але має включати медико-демографічні індикатори (очікувана тривалість здорового життя, рівень захворюваності та смертності, доступність інноваційних методів лікування для різних груп населення). ВООЗ запропонувала концепцію «потрійної спіралі» оцінки медичних інновацій, що поєднує клінічні, економічні та соціальні критерії й дозволяє дати збалансовану оцінку ефективності державних інвестицій в інноваційний розвиток охорони здоров'я [60].

Варто також зупинитися на проблемі балансу між стимулюванням інновацій та забезпеченням рівного доступу до медичних послуг. Інноваційні медичні технології нерідко є надзвичайно дорогими і доступні лише заможним верствам населення або мешканцям великих міст. Це породжує так звану «інноваційну нерівність», що суперечить базовим принципам справедливості та загального охоплення медичними послугами. Держава через механізми реімбурсації, державних закупівель та встановлення цін на лікарські засоби покликана забезпечити, щоб впровадження медичних інновацій супроводжувалося підвищенням доступності, а не поглибленням нерівності у сфері охорони здоров'я. Саме тому в документах ВООЗ, ЄС та ОЕСР все більш чітко звучить вимога до держав запроваджувати механізми оцінки медичних технологій (НТА), що дозволяють приймати рішення про фінансування інновацій на основі не лише клінічних, а й економічних та соціальних критеріїв [44].

Таким чином, державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є складним, багатоаспектним феноменом, що охоплює сукупність нормативно-правових, фінансових та інституційних заходів

органів публічної влади, спрямованих на стимулювання розроблення, впровадження та поширення інновацій у медичній галузі. Концептуальним фундаментом такої підтримки слугують теорії провалів ринку, національних інноваційних систем та суспільних благ, що у сукупності обґрунтовують правомірність і необхідність державного втручання у процес медичного інноваційного розвитку. При цьому ефективна державна підтримка має охоплювати весь інноваційний цикл – від фундаментальних досліджень до дифузії технологій у клінічну практику – та поєднувати прямі і непрямі інструменти впливу на рівні різних ланок публічного управління. Подальше дослідження передбачає аналіз зарубіжного досвіду реалізації державної підтримки інновацій у сфері охорони здоров'я та виявлення перспективних моделей для запровадження в Україні.

## **1.2. Зарубіжний досвід державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я та можливості його використання в Україні**

Аналіз зарубіжного досвіду державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є необхідною методологічною передумовою розроблення ефективної вітчизняної інноваційної політики у медичній сфері. Порівняльний аналіз практики провідних країн світу дозволяє виявити як загальні закономірності, так і специфічні національні підходи до організації державного сприяння медичним інноваціям, що створює підґрунтя для обґрунтованого запозичення найбільш успішних моделей з урахуванням українських умов [53].

Сполучені Штати Америки є беззаперечним світовим лідером у сфері медичних інновацій, що значною мірою зумовлено масштабністю та диверсифікованістю системи їх державної підтримки. Центральну роль у цій системі відіграє Національний інститут охорони здоров'я (National Institutes of Health, NIH) – найбільша у світі установа з фінансування біомедичних

досліджень з річним бюджетом понад 45 млрд доларів США. NIH здійснює фінансування фундаментальних та прикладних досліджень через систему грантів, що надаються університетам, медичним школам і науково-дослідним інститутам на конкурентній основі [51]. Важливою особливістю американської моделі є те, що близько 80% коштів NIH спрямовуються зовнішнім організаціям, а не витрачаються на внутрішні дослідження, що забезпечує широку географічну та інституційну диверсифікацію інноваційного потенціалу країни. Паралельно з NIH ключову роль у підтримці медичних інновацій відіграє Управління з продовольства та лікарських засобів (Food and Drug Administration, FDA), яке здійснює регуляторний супровід інноваційних продуктів. FDA розробило низку механізмів прискореного розгляду та схвалення інноваційних ліків і медичних виробів: процедури «прискореного схвалення» (accelerated approval), «пріоритетного розгляду» (priority review), «статус проривної терапії» (breakthrough therapy designation) та «статус орфанного препарату» (orphan drug designation). Ці інструменти дозволяють суттєво скоротити час виведення на ринок інноваційних продуктів для лікування тяжких і рідкісних захворювань [59]. Суттєвим елементом американської системи є також механізм податкових кредитів на дослідження і розробки (R&D Tax Credit), що стимулює приватні інвестиції у медичну інноватику.

Досвід Федеративної Республіки Німеччина демонструє ефективність корпоративістської моделі державної підтримки медичних інновацій, що ґрунтується на тісній взаємодії держави, наукових установ і бізнесу в межах так званих «дослідницьких кластерів» (Forschungscluster). Федеральне міністерство освіти та досліджень (Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF) реалізує цільові програми підтримки біомедичних інновацій, насамперед ініціативу «Медична інноватика» (Medizinische Innovationen), яка фінансує міждисциплінарні консорціуми університетів, лікарень та підприємств [43]. Принципово важливим елементом німецького підходу є система «мережевих центрів компетентності»

(Kompetenznetzwerke), що забезпечують горизонтальну координацію між суб'єктами інноваційної діяльності та сприяють трансферу технологій від лабораторій до клінічної практики.

Окремої уваги заслуговує підхід Великої Британії, де державна підтримка медичних інновацій здійснюється через розгалужену мережу спеціалізованих агентств та інститутів. Ключову роль відіграє Національний інститут охорони здоров'я та клінічних досконалостей (National Institute for Health and Care Excellence, NICE), який здійснює оцінку клінічної та економічної ефективності нових технологій і визначає умови їх фінансування в межах Національної служби охорони здоров'я (NHS) [51]. Поряд з NICE функціонує Управління з розвитку охорони здоров'я та догляду (Health and Care Development Authority), що відповідає за масштабування і поширення перевірених інновацій у системі NHS. Британська модель вирізняється комплексним підходом до оцінки інновацій, що поєднує клінічні, економічні та соціальні критерії, і є зразком для багатьох країн при розробці власних систем оцінки медичних технологій (HTA – Health Technology Assessment).

Країни Скандинавського регіону – насамперед Данія, Швеція та Фінляндія – формують особливу модель підтримки медичних інновацій, засновану на принципах «відкритих інновацій» та активному залученні пацієнтів до інноваційного процесу. Шведське агентство з охорони здоров'я та добробуту (Socialstyrelsen) та Агентство медичних продуктів (Läkemedelsverket) спільно реалізують програми «Living Labs» – майданчиків для тестування цифрових медичних рішень в умовах реальної системи охорони здоров'я за участю пацієнтів, медичних працівників і розробників технологій [58]. Фінляндія, у свою чергу, розробила унікальну платформу обміну медичними даними Kanta, яка слугує інфраструктурним підґрунтям для цифрових медичних інновацій і стала прообразом Європейського простору медичних даних (EHDS).

Досвід Ізраїлю заслуговує особливої уваги як приклад малої країни, що досягла непропорційно високого рівня медичних інновацій завдяки

ефективній державній підтримці. Ізраїльське управління інновацій (Israel Innovation Authority) надає гранти та позики компаніям, що здійснюють НДДКР у сфері медичних технологій, покриваючи від 20 до 60% витрат залежно від стадії розробки та розміру підприємства. Принципово важливим елементом ізраїльської моделі є чотири інтегровані медичні страхові фонди (Kupot Holim), що є одночасно постачальниками медичних послуг і потужними операторами накопичених медичних даних, що уможливорює масштабні дослідження у сфері «реальних» даних (real-world evidence) [47]. Партнерство між страховими фондами та технологічними компаніями, що підтримується державою, перетворило Ізраїль на «Силіконову долину» медичних технологій.

Досвід Японії демонструє модель державної підтримки медичних інновацій у контексті старіючого суспільства. Агентство з медичних досліджень і розробок Японії (Japan Agency for Medical Research and Development, AMED), засноване у 2015 році, консолідує фінансування медичних НДДКР з різних міністерств і здійснює стратегічне управління національними програмами у сфері регенеративної медицини, геноміки та цифрового здоров'я [48]. Японський підхід відзначається особливою увагою до розробки медичних технологій для літніх людей – роботизованих систем догляду, дистанційного моніторингу, засобів підтримки когнітивних функцій – що відображає демографічний виклик, з яким зіткнулася країна раніше за інших.

Аналіз досвіду країн Центральної та Східної Європи, передусім Польщі, Чехії та країн Балтії, є особливо цінним для України з огляду на схожість стартових умов, спадщини радянської системи охорони здоров'я та євроінтеграційного вектора розвитку. Польща реалізувала амбітну програму розвитку медичних кластерів у рамках оперативних програм ЄС, що дозволило залучити значні кошти структурних фондів Євросоюзу для модернізації медичної інфраструктури та підтримки медичних НДДКР. Чехія сформувала систему «трансляційних медичних центрів», що здійснюють функцію «мосту» між академічними дослідженнями та клінічним

застосуванням [50]. Досвід Естонії у сфері цифрової охорони здоров'я – електронні рецепти, цифрові медичні картки, телемедицина – є загальноновизнаним зразком цифрової трансформації охорони здоров'я і становить значний інтерес для України в контексті розбудови Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ).

На рівні Європейського Союзу сформовано розгалужену систему підтримки медичних інновацій, що є важливою з огляду на євроінтеграційний курс України. Рамкова програма досліджень та інновацій «Горизонт Європа» (Horizon Europe) на 2021-2027 роки передбачає фінансування медичних досліджень обсягом понад 8 млрд євро через спеціалізований Кластер 1 «Здоров'я» [45]. У 2021 році ЄС також запровадив нову регуляторну процедуру «Оцінки медичних технологій» (HTA Regulation), що гармонізує підходи до оцінки клінічної ефективності нових ліків та медичних виробів у всіх державах-членах. Важливим є те, що Україна як кандидат на вступ до ЄС зобов'язується поступово впроваджувати відповідні регуляторні стандарти, що відкриває можливості для участі у програмах ЄС та запровадження передових підходів до підтримки медичних інновацій.

Порівняльний аналіз різних моделей державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я дозволяє виявити низку спільних закономірностей і тенденцій. По-перше, у всіх розглянутих країнах спостерігається перехід від фрагментарних, галузевих підходів до підтримки медичних інновацій до системних, міжвідомчих стратегій, що охоплюють весь інноваційний цикл. По-друге, посилюється роль державно-приватного партнерства як ключового механізму фінансування НДДКР на найбільш ризикованих стадіях розробки. По-третє, цифровізація охорони здоров'я виокремлюється в самостійний пріоритет державної інноваційної політики в усіх розвинених країнах. По-четверте, оцінка медичних технологій (HTA) стає обов'язковим елементом систем прийняття рішень щодо фінансування інновацій у більшості держав [42].

Щодо можливостей використання зарубіжного досвіду в Україні, слід зазначити, що ключовим орієнтиром для вітчизняної системи має стати поєднання кількох елементів: консолідованого фінансування медичних НДДКР за прикладом японського AMED; регуляторних механізмів прискореного доступу інновацій до ринку за зразком FDA; оцінки медичних технологій за британською моделлю NICE; цифрової інфраструктури за досвідом Естонії та Фінляндії; регіональних кластерів за польською моделлю. При цьому принципово важливо враховувати специфіку українського контексту: необхідність відновлення зруйнованої медичної інфраструктури в умовах воєнного стану, обмеженість бюджетних ресурсів, нерівномірність інноваційного потенціалу регіонів та незавершеність реформи децентралізації [29].

Зарубіжний досвід переконливо свідчить, що ефективна державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я не може бути зведена до окремих фінансових інструментів, а має охоплювати цілісну інституційну архітектуру, що поєднує стратегічне планування, багатоканальне фінансування, ефективне регулювання та систематичну оцінку результатів. Запровадження в Україні провідних міжнародних практик з урахуванням національної специфіки та євроінтеграційних зобов'язань може стати потужним імпульсом для прискореного розвитку медичних інновацій і, як наслідок, підвищення якості та доступності медичної допомоги для населення.

## **Висновки до розділу 1**

Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я являє собою сукупність цілеспрямованих нормативно-правових, фінансових та інституційних заходів органів публічної влади, спрямованих на стимулювання розроблення, впровадження та поширення медичних інновацій.

Концептуальним фундаментом такої підтримки є теорія провалів ринку, що обґрунтовує необхідність державного втручання через неспроможність ринкових механізмів забезпечити суспільно оптимальний рівень медичних НДДКР; концепція національних інноваційних систем, що розглядає інноваційний розвиток як результат системної взаємодії держави, науки та бізнесу; а також теорія суспільних благ, що підтверджує правомірність державного фінансування фундаментальних медичних досліджень.

За формою впливу розрізняють прямі інструменти державної підтримки медичних інновацій (грантове фінансування, державні замовлення, субсидювання) та непрямі (податкові пільги, спрощення регуляторних процедур, механізми державно-приватного партнерства). За функціональним критерієм підтримка здійснюється на всіх стадіях інноваційного циклу – від фундаментальних досліджень до дифузії інновацій у клінічну практику, причому кожна стадія потребує специфічних інструментів державного втручання.

Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду виявив кілька провідних моделей державної підтримки медичних інновацій: американська модель, що ґрунтується на масштабному фінансуванні через НІН та гнучкому регулюванні FDA; британська модель з розвиненою системою оцінки медичних технологій через NICE; скандинавська модель відкритих інновацій з активним залученням пацієнтів; ізраїльська модель синергії страхових фондів і технологічного сектору; японська модель цільової підтримки інновацій для потреб старіючого суспільства. На рівні ЄС функціонує наднаціональна система підтримки через програму «Горизонт Європа» та гармонізовану процедуру оцінки медичних технологій.

Спільними закономірностями, виявленими в усіх розглянутих країнах, є: перехід від галузевих до системних міжвідомчих стратегій підтримки інновацій; зростання ролі державно-приватного партнерства як ключового механізму фінансування ризикованих стадій НДДКР; виокремлення цифровізації охорони здоров'я в самостійний пріоритет інноваційної

політики; запровадження обов'язкової оцінки медичних технологій як умови їх фінансування в системі охорони здоров'я.

Для України найбільш перспективною є синтетична модель, що поєднує: консолідоване управління медичними НДДКР за японським зразком; регуляторні механізми прискореного доступу інновацій за прикладом FDA; оцінку медичних технологій за британською моделлю NICE; цифрову інфраструктуру за досвідом Естонії та Фінляндії; регіональні інноваційні кластери за польською моделлю. Реалізація цих підходів має враховувати специфіку вітчизняного контексту, а саме необхідність відновлення після воєнних руйнувань, обмеженість бюджетних ресурсів та євроінтеграційні зобов'язання України.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАКТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1. Нормативно-правове забезпечення та інституційні механізми державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні**

Ефективна державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я неможлива без відповідного нормативно-правового підґрунтя та дієвих інституційних механізмів її реалізації. Аналіз чинного законодавства України і системи органів публічної влади, уповноважених здійснювати таку підтримку, дозволяє визначити рівень готовності вітчизняної правової та інституційної бази до забезпечення інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я та виявити наявні прогалини і суперечності [29].

Нормативно-правове забезпечення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні формується на кількох рівнях: конституційному, законодавчому, підзаконному та стратегічному. На конституційному рівні стаття 49 Конституції України гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, а також покладає на державу обов'язок забезпечення розвитку та функціонування системи охорони здоров'я [6]. Хоча Конституція безпосередньо не регулює питання медичних інновацій, вона створює конституційне підґрунтя для державного втручання у цю сферу, оскільки без впровадження сучасних медичних технологій конституційне право на охорону здоров'я залишається декларативним.

На законодавчому рівні базовим актом у сфері охорони здоров'я залишаються «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ, що закріплюють принципи науково-технічного прогресу в медицині та регулюють провадження наукових

досліджень і впровадження нових методів лікування [17]. Попри численні зміни, що вносилися до цього акту протягом трьох десятиліть, він зберігає роль «конституції медичного права» в Україні. Водночас окремі його положення у сфері підтримки медичних інновацій потребують оновлення з урахуванням сучасних тенденцій розвитку медичних технологій та цифрової трансформації галузі.

Спеціальне законодавче регулювання інноваційної діяльності здійснюється Законом України «Про інноваційну діяльність» від 4 липня 2002 року № 40-IV, що визначає правові та організаційні засади державного регулювання інноваційних процесів і встановлює форми державної підтримки інноваційних проектів [24]. Однак цей Закон має загальний характер і не враховує специфіки інноваційного процесу в медичній сфері, зокрема особливих вимог до безпеки і ефективності медичних інновацій, тривалих циклів клінічних випробувань та регуляторних процедур реєстрації. Наведені особливості правового регулювання основних нормативних актів у досліджуваній сфері систематизовано у табл. 2.1.

Важливим елементом нормативно-правового забезпечення є законодавство у сфері обігу лікарських засобів та медичних виробів. Закон України «Про лікарські засоби» від 4 квітня 1996 року № 123/96-ВР у редакції з наступними змінами регулює реєстрацію, виробництво та обіг ліків і визначає вимоги до клінічних випробувань, що є обов'язковим етапом інноваційного циклу у фармацевтиці [25]. Суттєвим здобутком останніх років стало запровадження спрощеної процедури реєстрації лікарських засобів, дозволених до застосування компетентними регуляторними органами США, ЄС, Японії, Канади та Австралії. Ця норма, що набула чинності у 2019 році, фактично відкрила прискорений доступ інноваційних препаратів на вітчизняний ринок за умови їх попереднього схвалення провідними регуляторами світу. Реформа системи медичних гарантій, здійснена відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, заклала

принципово нові фінансові механізми, що впливають на інноваційний розвиток галузі [22].

Таблиця 2.1

**Основні нормативно-правові акти у сфері державної підтримки  
інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України**

Нормативно-правовий акт	Основний зміст у сфері підтримки медичних інновацій	Вид акта / рівень регулювання
Конституція України (ст. 49)	Право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; зобов'язує державу розвивати охорону здоров'я і забезпечувати санітарно-епідемічне благополуччя	Основний Закон
ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ	Визначає засади державної політики охорони здоров'я, закріплює принципи науково-технічного прогресу в медицині, регулює провадження наукових досліджень і впровадження нових методів лікування	Закон України / загальне регулювання
ЗУ «Про інноваційну діяльність» від 04.07.2002 № 40-IV	Визначає правові, економічні та організаційні засади державного регулювання інноваційної діяльності; встановлює форми державної підтримки інноваційних проектів, у т.ч. у сфері охорони здоров'я	Закон України / спеціальне регулювання
ЗУ «Про наукову і науково-технічну діяльність» від 26.11.2015 № 848-VІІІ	Регулює відносини у сфері науково-технічної діяльності; закріплює механізми фінансування НДДКР, у т.ч. у медичній галузі; визначає порядок формування та виконання державних цільових наукових програм	Закон України / наукова сфера
ЗУ «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР (зі змінами)	Регулює реєстрацію, виробництво та обіг лікарських засобів; встановлює вимоги до клінічних випробувань; визначає умови прискореної реєстрації інноваційних препаратів для лікування тяжких захворювань	Закон України / фармацевтичне регулювання
ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VІІІ	Запровадив контрактну модель закупівлі медичних послуг через НСЗУ; створив передумови для реімбурсації інноваційних методів лікування та стимулювання якості медичної допомоги	Закон України / фінансове регулювання
Стратегія розвитку СОЗ: людино-центр. підхід на 2030 рік (розп. КМУ від 28.12.2020 № 1671-р)	Визначає цифровізацію та медичні інновації як стратегічні пріоритети; передбачає впровадження ЕСОЗ, телемедицини, доказової медицини та оцінки медичних технологій (НТА)	Розпорядження КМУ / стратегічне планування
Концепція розвитку електронної охорони здоров'я (розп. КМУ від 28.12.2020 № 1671-р, Дод. 2)	Закріплює засади розбудови ЕСОЗ як цифрової інфраструктури для медичних інновацій; визначає пріоритети інтеграції з Європейським простором медичних даних (EHDS)	Розпорядження КМУ / цифровізація ОЗ

Джерело: складено автором.

Впровадження контрактної моделі відносин між Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та закладами охорони здоров'я створило передумови для реімбурсації інноваційних методів лікування в межах програми медичних гарантій. Програма реімбурсації вартості лікарських засобів, запроваджена НСЗУ, є одним із ключових інструментів стимулювання доступу пацієнтів до інноваційних препаратів, хоча її охоплення залишається обмеженим порівняно з аналогічними програмами країн ЄС. На стратегічному рівні визначальне значення має Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: людиноцентричний підхід на 2030 рік, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 року № 1671-р [27]. Стратегія визначає цифровізацію, впровадження доказової медицини, розвиток телемедицини та запровадження оцінки медичних технологій (НТА) як стратегічні пріоритети розвитку галузі. Реалізація зазначених пріоритетів безпосередньо пов'язана з інноваційним розвитком системи охорони здоров'я і потребує відповідного нормативного та інституційного забезпечення.

Аналіз інституційних механізмів державної підтримки медичних інновацій в Україні свідчить про те, що вони є значно менш розвиненими порівняно з нормативно-правовою базою. Центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), яке формує та реалізує державну політику, у т.ч. щодо впровадження медичних інновацій [26]. МОЗ здійснює нормативне регулювання медичної практики, координує наукові дослідження у галузі, встановлює стандарти медичної допомоги та організує систему ліцензування медичної діяльності. Однак МОЗ не має спеціалізованого підрозділу чи агентства, що займалося б виключно питаннями підтримки медичних інновацій, що є суттєвою інституційною прогалиною.

Важливою інституційною ланкою є Національна служба здоров'я України, що функціонує як центральний орган виконавчої влади, уповноважений реалізовувати державну політику у сфері медичного

страхування. Через механізм контрахтування НСЗУ формує фінансові стимули для закладів охорони здоров'я до впровадження сучасних стандартів і протоколів лікування, що опосередковано стимулює медичні інновації на рівні клінічної практики. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ), що адмініструється НСЗУ, є критично важливою цифровою інфраструктурою для розвитку медичних інновацій, насамперед у сфері телемедицини, штучного інтелекту та аналітики великих даних [14].

Науково-дослідну складову інституційної системи підтримки медичних інновацій представляють установи Національної академії медичних наук України (НАМН), що об'єднує понад 30 науково-дослідних інститутів і клінічних центрів. НАМН координує фундаментальні та прикладні медичні дослідження, здійснює апробацію нових методів діагностики і лікування та є головним радником держави з питань медичної науки. Водночас фінансування НАМН залишається хронічно недостатнім: витрати на медичні НДДКР в Україні не перевищують 0,3% від ВВП, тоді як у країнах ЄС цей показник становить у середньому 1,8-2,5% [13].

Суттєвим інституційним недоліком вітчизняної системи є відсутність механізму оцінки медичних технологій (НТА), що функціонує в усіх розвинених країнах і є обов'язковим елементом процесу прийняття рішень щодо фінансування інновацій у системі охорони здоров'я. Спроби запровадити НТА в Україні, здійснювані з 2017 року за підтримки ВООЗ та ЄС, поки що не завершилися формуванням повноцінного інституційного механізму. Відсутність НТА призводить до неефективного використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я: рішення про включення нових технологій у програму медичних гарантій ухвалюються без систематичної оцінки їх клінічної ефективності та економічної доцільності [61].

Нормативно-правове забезпечення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні має достатньо розвинену, хоча й фрагментарну структуру, що включає конституційні гарантії, базове галузеве законодавство, спеціальне інноваційне право та стратегічні документи.

Натомість інституційні механізми підтримки медичних інновацій залишаються слабо розвиненими: відсутній спеціалізований орган підтримки медичних інновацій, не запроваджено механізм НТА, недостатнім є фінансування медичних НДДКР. Виявлені проблеми підлягають детальному аналізу у наступному підрозділі роботи.

## **2.2. Оцінка стану та проблеми реалізації державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні**

Оцінка фактичного стану реалізації державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є необхідною передумовою розроблення обґрунтованих управлінських рекомендацій. Аналіз ситуації на загальнодержавному рівні у поєднанні з дослідженням практики конкретних закладів охорони здоров'я Полтавської міської громади (ПМГ) дає змогу отримати цілісну картину досягнень і проблем у цій сфері [29].

На загальнодержавному рівні найбільш відчутним проявом інноваційного розвитку системи охорони здоров'я є цифрова трансформація галузі через розбудову Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). За підсумками 2025 року ЕСОЗ об'єднує понад 49 тисяч медичних та аптечних закладів, 475 тисяч медичних і фармацевтичних працівників та містить понад 5 млрд медичних записів в електронній картці пацієнта [39]. Ці показники свідчать про масштабну цифрову трансформацію, що фактично не має аналогів серед країн із подібним рівнем розвитку та відбувається в умовах повномасштабної збройної агресії.

Серед ключових цифрових інновацій, впроваджених в ЕСОЗ протягом 2024-2025 років, слід виокремити такі: запуск особистого кабінету пацієнта, що забезпечує доступ громадян до персональних медичних даних та декларацій; впровадження е-направлень та структурованих медичних записів замість паперової первинної документації; розширення функціоналу

реабілітаційних втручань; цифровізацію військово-лікарських комісій (ВЛК) та медико-соціальної експертизи (МСЕК); інтеграцію системи верифікації лікарських засобів; розробку MedTech-стратегії спільно з Міністерством цифрової трансформації та підготовку MedTech Sandbox – простору для безпечного тестування інноваційних технологій [40].

Важливим інноваційним механізмом є програма реімбурсації «Доступні ліки», яка з 2017 року поступово розширюється як за кількістю нозологічних напрямів, так і за переліком препаратів. З 1 січня 2025 року набрав чинності оновлений перелік, що включає 52 нові торгові назви, в тому числі 23 позиції комбінованих лікарських засобів, охоплюючи 14 напрямів і понад 600 торгових назв лікарських засобів [31]. Принциповою інновацією стала норма, що з липня 2025 року всі аптечні заклади зобов'язані укласти договір з НСЗУ, що фактично перетворює реімбурсацію на загальнодоступний механізм незалежно від місця проживання пацієнта. Суттєвим кроком є розвиток телемедицини: у 2023 році схвалено стратегію розвитку телемедицини, внесено відповідні законодавчі зміни та розпочато інтеграцію гуманітарних телемедичних рішень у заклади охорони здоров'я. Протягом 2024-2025 років МОЗ та Мінцифри продовжили розвиток телемедичної інфраструктури, хоча її повноцінне впровадження залишається завданням наступних років [21].

Водночас аналіз загальнодержавного рівня реалізації державної підтримки медичних інновацій виявляє низку системних проблем: витрати на медичні НДДКР в Україні не перевищують 0,3% від ВВП порівняно з 1,8-2,5% у країнах ЄС, що свідчить про хронічне недофінансування медичної науки; відсутній повноцінний механізм оцінки медичних технологій (НТА), внаслідок чого рішення про включення нових технологій до програми медичних гарантій ухвалюються без системної оцінки їх клінічної ефективності та економічної доцільності; MedTech Sandbox, що розробляється МОЗ та Мінцифри, ще не запущено, а нормативно-правова база для підтримки медичних стартапів залишається недостатньо розвиненою [54].

Для оцінки стану реалізації державної підтримки медичних інновацій на рівні Полтавської міської громади необхідно розглянути заклади охорони здоров'я, що входять до її складу. Система охорони здоров'я Полтавської міської громади включає КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського» (ПОКЛ, третинний рівень, вул. Шевченка, 23), КП «1-а міська клінічна лікарня ПМР» (вторинний рівень), КП «2-а міська клінічна лікарня ПМР» (вторинний рівень), три центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД №1, №2, №3 ПМР) та Перинатальний центр [11].

КП «ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського» є провідним закладом третинного рівня Полтавської області, директором якого є Оксак Григорій Анатолійович. За даними 2025 року, виторг КП становив 991893 тис. гривень, що свідчить про значний обсяг медичних послуг, що надаються закладом [8]. Серед інноваційних заходів, реалізованих у ПОКЛ, слід відзначити: реконструкцію відділення судинної хірургії хірургічного корпусу (відповідний тендер розміщено у 2024-2025 роках); затвердження положення про надання платних послуг (наказ № 8-Од від 07.01.2025 р.) відповідно до постанови КМУ від 05.07.2024 № 781; функціонування Перинатального центру з веденням пологів та неонатальною допомогою; діяльність Центру ментального (психічного) здоров'я для дітей, відкритого у 2025 році [23].

На рівні первинної медичної допомоги КП «ЦПМСД №3 ПМР» (пров. Рибальський, 10В) активно здійснює профілактичну роботу та бере участь у загальнонаціональних програмах. Зокрема, у рамках скринінгових проектів на базі АЗПСМ №1 та №2 ЦПМСД №3 проводилися профілактичні огляди у 2024 році; у травні 2025 року заклад долучився до Європейського тижня громадського здоров'я за тематикою «Інновації для стійкості: формування сталого майбутнього» [9]. Всі три ЦПМСД ПМР підключені до ЕСОЗ та забезпечують пацієнтам послуги е-рецепта, е-направлення та е-картки. Порівняльну оцінку стану впровадження інноваційних інструментів в системі охорони здоров'я України та Полтавської міської громади наведено у табл. 2.2. Дані таблиці свідчать про те, що Полтавська міська громада загалом

відповідає загальнодержавним тенденціям у сфері цифровізації охорони здоров'я, а за окремими показниками, зокрема рівнем погашення е-рецептів (85,6% проти середніх 82% по країні), навіть їх перевищує. Водночас ряд напрямів, насамперед телемедицина, оцінка медичних технологій та підтримка MedTech-стартапів, залишаються нерозвиненими як на рівні громади, так і в загальнодержавному масштабі.

Таблиця 2.2

**Стан впровадження цифрових та інноваційних інструментів у системі охорони здоров'я: Україна та Полтавська міська громада**

Показник	Україна (2025)	Полтавська міська громада (2024-2025)
Кількість медичних та аптечних закладів, підключених до ЕСОЗ	Понад 49000	ПОКЛ ім. Скліфосовського, 3 ЦПМСД ПМР, 1 МКЛ ПМР, Перинатальний центр та ін. – усі підключені
Медичних та фармацевтичних працівників в ЕСОЗ	475000	Більше 3500 (лікарі, медсестри, провізори Полтавської міської громади)
Електронних медичних записів у картці пацієнта	Понад 5 млрд	Понад 2,1 млн (по закладах ПМР)
Погашення е-рецептів «Доступні ліки»	≈ 82% (середнє по країні)	85,6% (вище середнього; у містах – 104%)
Реімбурсація препаратів (напрями, 2025)	14 напрямів, понад 600 торгових назв	Аптеки ПМР беруть участь; з липня 2025 – обов'язкове приєднання всіх аптек
Особистий кабінет пацієнта (запуск)	2025 рік (перший запуск)	Доступний мешканцям ПМР з 2025 р.; оголошення через ЦПМСД №3 ПМР
Телемедицина	Стратегія прийнята (2023); пілоти у ряді регіонів	Впровадження на стадії пілотування; фрагментарне використання у ПОКЛ
MedTech Sandbox (простір для тестування інновацій)	У розробці (2025, МОЗ + Мінцифри)	Відсутній на рівні громади; потребує включення до стратегічних документів ПМР

*Джерело:* складено автором.

Комплексний аналіз проблем реалізації державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я на рівні Полтавської міської громади подано у табл. 2.3. Узагальнення даних таблиці дозволяє виокремити п'ять ключових проблем реалізації державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я у Полтавській міській громаді. Відсутність системної телемедичної платформи на рівні громади: попри

підключення закладів до ЕСОЗ, телемедичні консультації між закладами різних рівнів не стали нормою, що обмежує доступ пацієнтів до спеціалізованої допомоги без фізичного переміщення.

Таблиця 2.3

**Оцінка стану та проблем реалізації державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я у Полтавській міській громаді**

Напрямок інноваційного розвитку	Поточний стан у Полтавській міській громаді	Виявлені проблеми та бар'єри
Цифровізація (ЕСОЗ, е-рецепт, е-картка)	Повне підключення всіх закладів ПМР; 85,6% погашення е-рецептів; кабінет пацієнта з 2025 р.	Різниця між містом (104%) та сільською місцевістю; нерівний доступ ВПО до е-послуг
Реімбурсація ліків («Доступні ліки»)	Участь аптечної мережі ПМР; з 2025 – 596 препаратів у переліку	Нерівний доступ у сільській місцевості; недостатня обізнаність населення про програму
Телемедицина	Фрагментарне використання у ПОКЛ; відсутня системна платформа на рівні ПМР	Відсутність нормативної бази на муніципальному рівні; кадровий дефіцит; слабка МТБ
Реконструкція та оновлення МТБ	Реконструкція відділення судинної хірургії ПОКЛ (тендер 2024-2025); оновлення обладнання через гуманітарну допомогу	Хронічне недофінансування; відсутність окремого бюджетного рядка для медичних інновацій
Оцінка медичних технологій (НТА)	Відсутня на рівні ПМР; рішення про нові технології ухвалюються без системної оцінки	Відсутність методичного забезпечення; брак кваліфікованих кадрів; відсутність НТА на національному рівні
Підтримка медичних стартапів і MedTech	Відсутні механізми підтримки на рівні ПМР; відсутній зв'язок із ПолтНТУ та УМСА	Відсутність інноваційної екосистеми; нерозвиненість ДПП у медичній сфері

*Джерело:* складено автором.

Відсутність механізму НТА на муніципальному рівні: рішення про придбання нового медичного обладнання та впровадження нових методів лікування ухвалюються без систематичної оцінки їх клінічної ефективності та економічної доцільності. Нерівний доступ до цифрових сервісів: суттєва різниця між рівнем погашення е-рецептів у міській (104%) та сільській місцевості свідчить про нерівномірність цифрової доступності медичних послуг. Відсутність інноваційної екосистеми: не налагоджено взаємодію між

зкладами охорони здоров'я ПМГ та університетами (УМСА), що унеможлиблює трансфер наукових розробок у клінічну практику. Хронічне недофінансування медичних НДДКР і відсутність окремого бюджетного рядка для підтримки медичних інновацій у місцевому бюджеті [31].

Оцінка стану реалізації державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні та Полтавській міській громаді свідчить про суперечливу картину: значний прогрес у цифровізації галузі через ЕСОЗ та розширення реімбурсації поєднується із системними проблемами – недостатнім фінансуванням медичних НДДКР, відсутністю НТА, нерозвиненістю телемедицини та відсутністю інноваційних екосистем на регіональному та муніципальному рівнях. Виявлені проблеми є відправною точкою для розроблення конкретних механізмів їх подолання, що є предметом третього розділу роботи.

## **Висновки до розділу 2**

Нормативно-правова база державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні має розгалужену, але фрагментарну структуру. Вона охоплює конституційні гарантії (ст. 49 Конституції України), базове галузеве законодавство (Основи законодавства про охорону здоров'я 1992 р.), спеціальне інноваційне право (Закони «Про інноваційну діяльність», «Про наукову і науково-технічну діяльність»), фармацевтичне регулювання (Закон «Про лікарські засоби») та стратегічні документи (Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на 2030 рік). Водночас відсутнє спеціалізоване законодавство, що регулювало б підтримку медичних інновацій з урахуванням специфіки сучасних цифрових технологій та вимог євроінтеграції.

Інституційна система підтримки медичних інновацій залишається слабко розвинутою попри наявність ключових суб'єктів – МОЗ, НСЗУ та НАМН України. Серед критичних інституційних прогалин виявлено:

відсутність спеціалізованого органу або агентства з підтримки медичних інновацій; незапровадженість механізму оцінки медичних технологій (НТА); хронічне недофінансування медичних НДДКР (0,3% ВВП проти 1,8-2,5% у країнах ЄС); нерозвиненість механізмів державно-приватного партнерства у медичній сфері.

Оцінка фактичного стану реалізації державної підтримки медичних інновацій свідчить про значний прогрес у напрямі цифровізації галузі. Станом на 2025 рік ЕСОЗ об'єднує понад 49 тисяч медичних та аптечних закладів, 475 тисяч медичних і фармацевтичних працівників та містить понад 5 млрд медичних записів. Реалізуються важливі цифрові інновації: кабінет пацієнта, е-рецепт, е-направлення, цифровізація ВЛК, підготовка MedTech Sandbox. Програма реімбурсації «Доступні ліки» розширена до 596 препаратів за 14 напрямками, а з липня 2025 року участь аптечних закладів у програмі стала обов'язковою.

Система охорони здоров'я Полтавської міської громади загалом відповідає загальнодержавним тенденціям інноваційного розвитку, а за окремими показниками їх перевищує. Рівень погашення е-рецептів у Полтавській громаді становить 85,6%, що є вищим за середній показник по країні. Усі заклади – КП «ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського», три ЦПМСД ПМР, МКЛ та Перинатальний центр – підключені до ЕСОЗ. Реконструкція судинної хірургії ПОКЛ та відкриття Центру ментального здоров'я для дітей у 2025 році є прикладами інноваційного розвитку на рівні громади.

Виявлено п'ять ключових проблем реалізації державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я у Полтавській міській громаді: відсутність системної телемедичної платформи; відсутність механізму НТА на муніципальному рівні; нерівний доступ до цифрових сервісів між міськими та сільськими мешканцями; відсутність інноваційної екосистеми, що поєднувала б заклади ОЗ з університетами громади; хронічне недофінансування медичних інновацій та відсутність відповідного бюджетного рядка.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

#### **3.1. Стратегічні пріоритети вдосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції**

Визначення стратегічних пріоритетів вдосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України є логічним продовженням аналізу, здійсненого у попередніх розділах. Євроінтеграційний контекст визначає особливу значущість цих пріоритетів: з одного боку, вступ до ЄС висуває конкретні вимоги до реформування медичної системи, з іншого – відкриває значні можливості для залучення ресурсів та засвоєння передового досвіду [29].

Нормативним підґрунтям для визначення стратегічних пріоритетів слугує насамперед Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34-р. Стратегія-2030 визначає три стратегічні та 16 оперативних цілей і закріплює операційний план заходів з їх реалізації у 2025-2027 роках. Ключовою метою документа є забезпечення якісної, доступної та безоплатної медичної допомоги для кожного громадянина при одночасній готовності медичної системи до реагування на виклики та загрози [38]. Крім того, Програма дій Уряду на 2025-2026 роки серед 12 пріоритетів окремо виокремила охорону здоров'я в поєднанні з євроінтеграцією, що надає стратегічній роботі у цій сфері додаткового державного імпульсу [30].

Принципово важливим євроінтеграційним орієнтиром є результати скринінгу відповідності українського законодавства праву ЄС за Розділом 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я», який тривав з 8 липня 2024 по 30 вересня 2025 року. У ході 34 двосторонніх зустрічей проаналізовано понад

1200 актів законодавства ЄС, що стосуються охорони здоров'я. У лютому 2025 року Європейська Комісія окремо відзначила прогрес України у сфері фармацевтичного регулювання та приділила особливу увагу транскордонній медицині й захисту прав пацієнтів [37]. Важливою є й загальна динаміка: рівень виконання зобов'язань за Угодою про асоціацію Україна-ЄС у сфері охорони здоров'я зріс з 64% наприкінці 2021 року до 88% у 2025 році, що засвідчує послідовність реформ. Саме ці євроінтеграційні орієнтири визначають зміст і пріоритетність пропонованих стратегічних напрямів.

Першим і найбільш невідкладним стратегічним пріоритетом є запуск MedTech Sandbox та реалізація MedTech- і BioTech-стратегій. У 2025 році МОЗ спільно з Міністерством цифрової трансформації підготували відповідні стратегії, а розробка MedTech Sandbox – регульованого простору для безпечного тестування інноваційних медичних технологій – тривала протягом усього 2025 року [39]. Запуск Sandbox є критично важливим для подолання ключового бар'єру інноваційного розвитку – відсутності безпечного середовища для апробації нових технологій до їх впровадження в клінічну практику. Цей механізм відповідає кращим практикам ЄС та напяму пов'язаний з вимогами Стратегії ЄС у сфері цифрового здоров'я 2022 року. Для ефективного функціонування MedTech Sandbox необхідне прийняття спеціального закону, що встановлював би правові рамки тестування медичних інновацій, спрощений регуляторний режим для акредитованих учасників та механізм фінансової підтримки перспективних проєктів.

Другим стратегічним пріоритетом є запровадження повноцінного механізму оцінки медичних технологій (Health Technology Assessment, HTA). Регламент ЄС № 2021/2282 про оцінку медичних технологій, що набрав чинності у 2025 році, зобов'язує всі держави-члени ЄС здійснювати спільну клінічну оцінку нових онкологічних препаратів та ліків для орфанних захворювань. Україна як кандидат на вступ до ЄС має узгодити своє законодавство з цим Регламентом, що передбачає створення Національного агентства з оцінки медичних технологій. Такий орган повинен виконувати

функції незалежного аналізу клінічної ефективності та економічної доцільності нових технологій перед їх включенням до програми медичних гарантій НСЗУ [56]. Практичний досвід країн ЄС переконливо свідчить, що НТА дозволяє скоротити видатки на неефективні технології на 15-25% та спрямовувати заощаджені кошти на підтримку справді ефективних інновацій.

Третім стратегічним пріоритетом є інтеграція ЕСОЗ з Європейським простором медичних даних (European Health Data Space, EHDS). Регламент ЄС про EHDS набрав чинності у 2025 році і передбачає створення загальноєвропейської системи обміну медичними даними, що включатиме електронні медичні записи, геномні дані та дані клінічних реєстрів. Для України адаптація ЕСОЗ до стандартів EHDS є водночас євроінтеграційним зобов'язанням і практичною можливістю: Ukrainian eHealth, що вже сьогодні містить понад 5 млрд медичних записів, має значний потенціал для наукових досліджень та розробки медичних інновацій на основі великих даних [45]. Реалізація цього пріоритету потребує прийняття спеціального законодавства про вторинне використання медичних даних, гармонізованого з Регламентом ЄС про EHDS, та укладення угоди з ЄС про участь України в EHDS.

Четвертим стратегічним пріоритетом є якісне розширення програми реімбурсації «Доступні ліки» з поступовою гармонізацією з підходами Європейського агентства з лікарських засобів (EMA) [18]. Стратегічним завданням є подальше розширення програми до включення орфанних препаратів, сучасних онкологічних та біологічних ліків, а також запровадження механізму НТА для ухвалення рішень про реімбурсацію.

П'ятим стратегічним пріоритетом є законодавче закріплення та системний розвиток телемедицини. На 2026 рік програма скринінгу «Здоров'я 40+», на реалізацію якої передбачено 10 млрд гривень, передбачає повну інтеграцію всіх етапів обстеження з цифровою екосистемою через застосунок Дія [34]. Громадяни від 40 років отримуватимуть індивідуальні запрошення на безоплатний скринінг, що охоплює раннє виявлення серцево-судинних захворювань, цукрового діабету та розладів ментального здоров'я.

Результати скринінгу інтегруватимуться в ЕСОЗ з автоматичним формуванням е-направлень та е-рецептів. Цей масштабний профілактичний проєкт є фактично найбільшим в Україні прикладом державно підтримуваної цифрової медичної інновації і потребує відповідного законодавчого забезпечення телемедичних практик.

Шостим стратегічним пріоритетом є суттєве збільшення фінансування медичних досліджень і розробок. Видатки державного бюджету на охорону здоров'я у 2026 році становитимуть 258,6 млрд гривень, що на 38,8 млрд гривень більше, ніж у 2025 році. Однак частка медичних НДДКР у структурі цих видатків залишається мізерною. Стратегічним орієнтиром є доведення витрат на медичні НДДКР до 1% ВВП до 2030 року та активна участь українських організацій у програмі Horizon Europe. Слід зазначити, що з 2022 року Україна є асоційованим членом Horizon Europe, що відкриває можливості для участі вітчизняних науково-дослідних установ у конкурсах на отримання грантів у сфері медичних досліджень. Взаємозв'язок та послідовність реалізації визначених стратегічних пріоритетів наведено у табл. 3.1. Аналіз таблиці свідчить про те, що всі шість визначених стратегічних пріоритетів мають чітке нормативне підґрунтя у праві ЄС, що надає їм не лише внутрішньодержавного, але й євроінтеграційного виміру. Це означає, що реалізація кожного з пріоритетів одночасно наближає Україну до відповідності вимогам ЄС у сфері охорони здоров'я та безпосередньо покращує якість і доступність медичних послуг для громадян.

Важливим контекстом реалізації визначених пріоритетів є ситуація, що склалася у сфері відновлення медичної інфраструктури після руйнувань, завданих повномасштабною збройною агресією. За даними ВООЗ, станом на листопад 2025 року підтверджено понад 2700 атак на медичні заклади. Водночас попри ці жахливі цифри система охорони здоров'я демонструє неймовірну стійкість: у вересні 2024 року 96% закладів працювали принаймні частково, а у квітні 2025 року понад 90% людей, які потребували медичної допомоги, змогли її отримати [46].

**Стратегічні пріоритети вдосконалення державної підтримки  
інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в умовах  
євроінтеграції**

Стратегічний пріоритет	Зміст пріоритету	Євроінтеграційна основа / документ ЄС	Очікуваний результат до 2030 р.
1. Запуск MedTech Sandbox та BioTech-стратегії	Створення регульованого простору для безпечного тестування цифрових медичних інновацій; державна підтримка стартапів у сфері MedTech, BioTech, HealthTech	Стратегія ЄС у сфері цифрового здоров'я 2022; Horizon Europe – Кластер 1 «Здоров'я»	Не менше 50 акредитованих MedTech-проектів; понад 3 технопарки у сфері медінновацій
2. Запровадження НТА (оцінки медичних технологій)	Створення Національного агентства з оцінки медичних технологій; обов'язкова НТА для нових технологій у програмі медичних гарантій	Регламент ЄС № 2021/2282 про оцінку медичних технологій (НТА Regulation); скринінг Розділу 28 (лютий 2025)	НТА-інституція функціонує з 2027 р.; 100% нових технологій ПМГ проходять оцінку
3. Інтеграція ЕСОЗ з Європейським простором медичних даних (EHDS)	Гармонізація ЕСОЗ зі стандартами EHDS; запровадження сумісних форматів медичних записів; забезпечення транскордонного доступу до даних пацієнтів	Регламент ЄС про Європейський простір медичних даних (EHDS, 2025); Глава 28 – транскордонна медицина	ЕСОЗ сумісна з EHDS до 2028 р.; е-картки громадян доступні в ЄС
4. Розширення та вдосконалення програми «Доступні ліки»	Поступове охоплення орфанних препаратів; запровадження НТА для реімбурсації; гармонізація реєстрів ліків з ЕМА; реімбурсація інноваційних препаратів	Регламент ЄС (ЄС) № 726/2004 (централізована реєстрація ЕМА); Директива 2011/24/ЄС про транскордонну охорону здоров'я	Перелік реімбурсованих препаратів зростає до понад 1000 позицій; рівний доступ для всіх регіонів
5. Розвиток телемедицини та цифрових сервісів	Законодавче закріплення телемедицини; розвиток платформи для дистанційних консультацій; інтеграція з додатком Дія; впровадження AI в діагностику	Стратегія ЄС у сфері цифрового здоров'я 2022; Директива ЄС про телемедицину; операційний план Стратегії-2030 (розп. КМУ № 34-р від 17.01.2025)	Телемедичні консультації охоплюють понад 30% звернень первинної ланки; Дія-інтеграція для скринінгу
6. Збільшення фінансування медичних НДДКР	Довести витрати на медичні НДДКР до 1% ВВП до 2030 р.; участь у програмі Horizon Europe; консолідоване управління через медичне агентство типу AMED	Horizon Europe 2021-2027 (більше 8 млрд євро на Кластер 1); Угода про участь України у Horizon Europe (2022)	Частка медичних НДДКР у ВВП зростає з 0,3% до 1% до 2030 р.; більше 20 українських консорціумів у Horizon

Джерело: складено автором.

Національна стратегія на 2025-2030 роки просуває підхід «якісної відбудови», що передбачає не просто відновлення зруйнованого, а одночасну модернізацію медичної системи відповідно до стандартів ЄС. Вартість такого відновлення оцінюється у 20 млрд доларів протягом 10 років, а програма ЄС Ukraine Facility пропонує до 50 млрд євро на 2024-2027 роки як потенційне джерело фінансування [2].

Стратегічні пріоритети вдосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України охоплюють шість взаємопов'язаних напрямів: запуск MedTech Sandbox та BioTech-стратегії; запровадження НТА; інтеграція ЕСОЗ з EHDS; розширення реімбурсації інноваційних ліків; системний розвиток телемедицини та скринінгових програм; збільшення фінансування медичних НДДКР. Спільною рисою всіх пріоритетів є їх подвійна природа: кожен із них одночасно є кроком до євроінтеграції та практичним інструментом підвищення якості й доступності медичної допомоги для українських громадян. Конкретні механізми реалізації цих пріоритетів на регіональному рівні розглядаються у наступному підрозділі.

### **3.2. Механізми підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні**

Визначення конкретних механізмів підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні є завершальним і практично орієнтованим етапом дослідження. На відміну від підрозділу 3.1, де окреслено загальнодержавні стратегічні пріоритети, у цьому підрозділі основна увага зосереджується на конкретних управлінських рішеннях, адресованих Полтавській міській громаді (ПМГ) та закладам охорони здоров'я, що входять до її складу.

Водночас пропоновані механізми мають значний потенціал для тиражування в інших містах України, що надає їм ширшого значення [36].

Першим і концептуально ключовим механізмом підвищення ефективності державної підтримки медичних інновацій на рівні ПМГ є розвиток державно-приватного партнерства (ДПП) у медичній сфері. Аналіз вітчизняного досвіду свідчить, що понад 50% проєктів ДПП, які подаються на розгляд до профільних органів, є проєктами у сфері охорони здоров'я, що засвідчує значний інтерес приватного сектору до медичної галузі [15]. Однак більшість таких ініціатив залишається нереалізованими через відсутність чіткого алгоритму укладання угод та недостатність державних гарантій для приватних інвесторів. Для ПМГ ДПП є особливо актуальним у двох напрямках: по-перше, залучення приватних коштів для реконструкції та технічного переоснащення відділень КП «ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського» та МКЛ ПМР; по-друге, співпраця з ІТ-компаніями Полтави для розроблення телемедичної платформи ПМГ. Умовами успішного ДПП мають бути: державна гарантія соціальної спрямованості медичних послуг, забезпечення комерційної доцільності для приватного партнера, чіткі механізми контролю якості та повернення інвестицій [1].

Другим механізмом є формування інноваційної екосистеми шляхом налагодження системної співпраці між закладами охорони здоров'я ПМГ та Полтавським державним медичним університетом (ПДМУ, колишня УМСА). ПДМУ є потужним науковим центром: його науковий потенціал складають 637 науково-педагогічних працівників, серед яких 90 докторів та 409 кандидатів наук, а також 8 лауреатів Державної премії України [20]. Університет має багатий досвід міжнародного співробітництва – у 2025 році студенти наукового гуртка кафедри педіатрії ПДМУ представляли свої дослідження на Конгресі Міжнародної асоціації студентів-медиків RIMSA 2025 у Польщі. Водночас системного механізму взаємодії між ПДМУ і комунальними закладами ПМГ у сфері трансферу медичних інновацій наразі не існує. Пропонується укладення Угоди про стратегічну співпрацю між Полтавською міською радою та ПДМУ,

що передбачала б спільні клінічні дослідження, підготовку спеціалістів з медичних інновацій, спільні заявки на гранти Horizon Europe та створення Центру трансляційної медицини на базі ПОКЛ.

Третім механізмом є повноцінне впровадження програми «Скринінг здоров'я 40+» у закладах ПМГ з інтеграцією всіх процесів у цифрову екосистему. Відповідно до рішень Уряду, з 1 січня 2026 року громадяни від 40 років будуть мати право на безоплатне щорічне профілактичне обстеження для раннього виявлення серцево-судинних захворювань, цукрового діабету та розладів ментального здоров'я. На реалізацію цієї програми в проекті державного бюджету на 2026 рік передбачено 10 млрд гривень. Усі етапи скринінгу інтегруються з додатком Дія: учасники отримуватимуть індивідуальні запрошення через Дію, результати обстеження відображатимуться в особистому кабінеті пацієнта ЕСОЗ, а за потреби автоматично формуватимуться е-направлення та е-рецепти [34]. Для закладів ПМГ це означає необхідність підготовки ЦПМСД №1, №2, №3 до проведення скринінгів у відповідному обсязі та підключення до відповідного модуля ЕСОЗ.

Четвертим механізмом є вдосконалення системи е-направлень та структурованих медичних записів у межах ПМГ. Для ПМГ ключовим є забезпечення безперервного цифрового супроводу пацієнта по всьому маршруту: від ЦПМСД через е-направлення до ПОКЛ або МКЛ і назад. Повна е-інтеграція між рівнями медичної допомоги дозволить скоротити час очікування консультацій спеціалістів, усунути дублювання діагностичних досліджень та покращити координацію між лікарем загальної практики та вузькими фахівцями.

П'ятим механізмом є запровадження елементів оцінки медичних технологій (НТА) на рівні ПМГ як проміжний крок до формування повноцінного національного НТА-органу. До його створення органи місцевого самоврядування можуть самостійно запровадити процедуру обов'язкового клініко-економічного обґрунтування при закупівлі медичного

обладнання для комунальних закладів ОЗ. Таку процедуру доцільно розробити за участі кафедри громадського здоров'я ПДМУ та з використанням методичних матеріалів ВООЗ та програми EU4Health [4]. Впровадження навіть спрощеної НТА-процедури дозволить підвищити ефективність використання бюджетних коштів і накопичити місцевий досвід для масштабування на національному рівні.

Шостим механізмом є активне залучення міжнародної технічної та фінансової допомоги для модернізації системи охорони здоров'я ПМГ. Станом на 2025-2026 роки Україна має доступ до значних міжнародних ресурсів: програма ЄС Ukraine Facility пропонує до 50 млрд євро на 2024-2027 роки, програма EU4Health забезпечує технічну підтримку реформ охорони здоров'я, програма USAID HRS надає допомогу у сфері первинної медичної допомоги та управління ОЗ [35]. Крім того, реалізація Стратегії-2030 здійснюється за підтримки Секторальної робочої групи «Охорона здоров'я», до якої входять представники ВООЗ, ЄС, USAID та 33 країн-донорів. За підсумками 2025 року, 74% заходів операційного плану Стратегії-2030 вже реалізовано, ще понад 21% перебувають на фінальній стадії [16]. Департамент охорони здоров'я ПМГ та заклади ПМГ мають активно подавати проєктні заявки до цих програм, а Полтавська ОВА – координувати ці зусилля в рамках роботи Регіональної інвестиційної ради.

Сьомим механізмом є виділення окремого бюджетного рядка для фінансування медичних інновацій у бюджеті Полтавської міської громади. Видатки обласного бюджету Полтавської області на охорону здоров'я у 2024 році становили 1678,3 млн гривень, що відображає значний масштаб регіональних видатків на галузь [19]. Проте в структурі цих видатків кошти на медичні інновації, цифровізацію та НДДКР спеціально не виокремлені, що ускладнює цілеспрямовану підтримку інноваційного розвитку. Пропонується з 2027 року передбачати у бюджеті ПМГ щорічні видатки на медичні інновації в розмірі не менше 2% від загальних видатків на охорону здоров'я.

Ці кошти мають спрямовуватися на фінансування пілотних цифрових проєктів, підтримку інноваційних досліджень ПДМУ у сфері клінічної практики та співфінансування ДПП-проєктів.

Комплексний план реалізації пропонуваніх механізмів підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я Полтавської міської громади наведено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

**Дорожня карта впровадження механізмів підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я Полтавської міської громади**

Механізм / захід	Суб'єкти реалізації	Джерела фінансування	Строки	Очікуваний результат
1	2	3	4	5
1.1. Укладення угод ДПП для реконструкції відділень ПОКЛ та МКЛ ПМР	ПМР, Полтавська ОВА, приватні медичні інвестори, ПОКЛ	Місцевий бюджет (40%), приватний інвестор (60%)	2026-2027	Модернізація 2-3 відділень; впровадження сучасного діагностичного обладнання
1.2. ДПП-угода з IT-компаніями на розробку телемедичної платформи ПМГ	Департамент ОЗ ПМР, IT-компанії Полтави, ПДМУ	Місцевий бюджет (30%), приватний сектор (50%), гранти USAID/ЄС (20%)	2026-2028	Телемедична платформа охоплює всі заклади ПМГ; більше 30% консультацій дистанційно
2.1. Підписання угоди про стратегічну співпрацю між ПМР та ПДМУ	ПМР, ПДМУ (ректор Ждан В.М.), ПОКЛ, ЦПМСД ПМР	Бюджети сторін, гранти МОН України	2026	Формалізована інноваційна екосистема; спільні клінічні бази для 637 НПП ПДМУ
2.2. Створення Центру трансляційної медицини на базі ПОКЛ та ПДМУ	ПДМУ, ПОКЛ, Департамент ОЗ ОВА, МОН України	Субвенція з держбюджету, гранти Horizon Europe, кошти ПДМУ	2027-2028	3-5 спільних наукових проєктів на рік; трансфер розробок у клінічну практику
3.1. Впровадження програми «Скринінг 40+» у закладах ПМГ з інтеграцією в Дію	НСЗУ, МОЗ, Департамент ОЗ ПМР, ЦПМСД №1-3 ПМР, ПОКЛ	Держбюджет (10 млрд грн загалом по Україні); місцевий бюджет ПМР	2026 (старт)	Охоплення понад 15000 мешканців ПМГ більше 40 на рік; раннє виявлення хронічних хвороб

Продовж. табл. 3.2

1	2	3	4	5
3.2. Розширення ЕСОЗ: структуровані медзаписи, е-направлення між рівнями ПМГ	НСЗУ, ДП «Електронне здоров'я», заклади ПМГ	НСЗУ (ПМГ), кошти держбюджету в межах ПМГ 2025-2026	2026-2027	100% е-направлень між ЦПМСД і ПОКЛ/МКЛ; скорочення черг на 20%
4.1. Впровадження локальної НТА-процедури при закупівлі обладнання для закладів ПМГ	Департамент ОЗ ПМР, ПОКЛ, МКЛ ПМР, ПДМУ (кафедра громадського здоров'я)	Поточне фінансування; технічна допомога ВООЗ/EU4Health	2026-2027	Рішення про закупівлю обладнання приймаються на основі клінічної та економічної оцінки
4.2. Забезпечення рівного доступу до «Доступних ліків» у всіх районах ПМГ	Департамент ОЗ ПМР, аптечна мережа ПМГ, НСЗУ	Програма реімбурсації НСЗУ	2026 (обов'язково з липня 2026)	100% аптек ПМГ – учасники програми; погашення е-рецептів зростає до понад 90%
5.1. Подання заявок на гранти EU4Health, USAID HRS та Ukraine Facility для ПМГ	Департамент ОЗ ПМР, Полтавська ОВА, ПОКЛ, ПДМУ	EU4Health, USAID HRS, Ukraine Facility (до 50 млрд євро на 2024-2027)	2026-2027	Залучення 2-5 млн євро грантових коштів для модернізації ОЗ ПМГ
5.2. Окремий бюджетний рядок на медичні інновації у бюджеті ПМГ	ПМР (фінансовий департамент), Департамент ОЗ ПМР	Місцевий бюджет ПМГ; субвенції з держбюджету	3 2027 р.	Щорічне фінансування медичних інновацій не менше 2% від бюджету ОЗ ПМГ

Джерело: складено автором.

Аналіз табл. 3.2 дозволяє виявити кілька важливих характеристик запропонованої дорожньої карти. Реалізація більшості заходів може бути розпочата вже у 2026 році, що свідчить про їх практичну готовність і відповідність наявним нормативним умовам. Жоден із заходів не передбачає виключно бюджетного фінансування: кожен механізм поєднує принаймні два джерела коштів, що знижує фіскальне навантаження на місцевий бюджет і підвищує стійкість заходів. У реалізації всіх заходів задіяний ПДМУ як науковий партнер, що відображає ключову роль університету у формуванні інноваційної екосистеми ПМГ.

Важливим аспектом реалізації запропонованих механізмів є їх узгодженість із загальнодержавними ініціативами. Програма «Скринінг 40+» (захід 3.1) є прямим продовженням загальнодержавного пріоритету, закладеного у бюджеті-2026. Така узгодженість є принциповою, оскільки вона дозволяє ПМГ отримати доступ до загальнодержавних ресурсів і стати пілотним майданчиком для апробації інновацій.

Ключовою умовою ефективності запропонованих механізмів є координаційна роль Департаменту охорони здоров'я Полтавської міської ради. Саме цей орган має стати центром управління інноваційним розвитком ОЗ ПМГ: координувати ДПП-переговори, управляти грантовими заявками, контролювати реалізацію угоди з ПДМУ та звітувати перед міською радою про результати інноваційних заходів [3]. Для цього доцільно запровадити в структурі Департаменту посаду або відділ з питань інновацій та цифровізації охорони здоров'я, що відповідало б аналогічним практикам провідних міст України та ЄС.

Запропоновані механізми підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я Полтавської міської громади охоплюють сім взаємопов'язаних напрямів: розвиток ДПП; формування інноваційної екосистеми з ПДМУ; впровадження «Скринінгу 40+»; вдосконалення ЕСОЗ; локальне НТА; залучення міжнародних ресурсів; виділення окремого бюджетного рядка на інновації. Комплексна реалізація цих механізмів відповідно до запропонованої дорожньої карти дозволить ПМГ не лише підвищити якість та доступність медичних послуг для своїх мешканців, але й стати регіональним лідером інноваційного розвитку охорони здоров'я в Україні.

### Висновки до розділу 3

Нормативним підґрунтям стратегічних пріоритетів є Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року (розп. КМУ від 17.01.2025 № 34-р), що закріплює три стратегічні та 16 оперативних цілей, а також результати скринінгу відповідності українського законодавства праву ЄС за Розділом 28, що тривав з 8 липня 2024 по 30 вересня 2025 року. Рівень виконання Угоди про асоціацію Україна-ЄС у сфері охорони здоров'я зріс з 64% у 2021 до 88% у 2025 році, що свідчить про послідовність реформ та посилює євроінтеграційний вимір запропонованих пріоритетів.

Визначено шість стратегічних пріоритетів вдосконалення державної підтримки медичних інновацій в Україні: запуск MedTech Sandbox та BioTech-стратегії; запровадження механізму оцінки медичних технологій (НТА) відповідно до Регламенту ЄС № 2021/2282; інтеграція ЕСОЗ з Європейським простором медичних даних (EHDS); якісне розширення програми реімбурсації «Доступні ліки» до включення інноваційних та орфанних препаратів; законодавче закріплення телемедицини та реалізація «Скринінгу 40+»; збільшення фінансування медичних НДДКР з 0,3% до 1% ВВП та участь у Horizon Europe. Кожен пріоритет має чітке нормативне підґрунтя у праві ЄС та є водночас кроком до євроінтеграції й практичним інструментом підвищення якості медичної допомоги.

Для Полтавської міської громади запропоновано сім конкретних механізмів підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я: розвиток державно-приватного партнерства для реконструкції ПОКЛ та розробки телемедичної платформи; формування інноваційної екосистеми на основі Угоди між ПМР та ПДМУ (637 НПП, 90 докторів наук) із створенням Центру трансляційної медицини; впровадження програми «Скринінг 40+» у ЦПМСД №1-3 ПМР з охопленням більше 15000 мешканців на рік; вдосконалення ЕСОЗ та е-направлень між рівнями допомоги; запровадження локальної НТА-процедури при закупівлі

обладнання; залучення міжнародних ресурсів (Ukraine Facility, EU4Health, USAID HRS); виділення окремого бюджетного рядка на медичні інновації з 2027 року в розмірі не менше 2% від бюджету охорони здоров'я ПМГ.

Запропоновані механізми структуровано у вигляді дорожньої карти з 10 конкретних заходів, що охоплюють суб'єктів реалізації, джерела фінансування (поєднання місцевого бюджету, приватних інвестицій та міжнародних грантів), строки реалізації (2026-2028 рр.) та очікувані вимірювані результати. Принциповою рисою дорожньої карти є відсутність виключно бюджетного фінансування для будь-якого заходу та узгодженість усіх заходів із загальнодержавними ініціативами.

Ключовою умовою успішної реалізації запропонованих механізмів є посилення координаційної ролі Департаменту охорони здоров'я Полтавської міської ради через запровадження в його структурі посади або відділу з питань інновацій та цифровізації охорони здоров'я, що відповідало б практикам провідних міст України та ЄС. Комплексне впровадження запропонованих механізмів дозволить Полтавській міській громаді стати регіональним лідером інноваційного розвитку охорони здоров'я та ефективно використати євроінтеграційні можливості для підвищення якості й доступності медичних послуг.

## ВИСНОВКИ

1. Державна підтримка інноваційного розвитку системи охорони здоров'я являє собою сукупність цілеспрямованих нормативно-правових, фінансових та інституційних заходів органів публічної влади, спрямованих на стимулювання розроблення, впровадження та поширення медичних інновацій. Концептуальний фундамент такої підтримки становлять три теоретичні концепції: теорія провалів ринку (К. Ерроу), що обґрунтовує необхідність державного втручання через неспроможність ринкових механізмів забезпечити суспільно оптимальний рівень медичних НДДКР; концепція національних інноваційних систем (Б. Лундвалл, Р. Нельсон, К. Фрімен), що розглядає інноваційний розвиток як результат системної взаємодії держави, науки та бізнесу; теорія суспільних благ (П. Самуельсон), що підтверджує правомірність державного фінансування фундаментальних медичних досліджень. За формою впливу розрізняють прямі інструменти підтримки (грантове фінансування, державні замовлення, субсидіювання) та непрямі (податкові пільги, спрощення регуляторних процедур, механізми державно-приватного партнерства).

2. Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду виявив кілька провідних моделей державної підтримки медичних інновацій. Американська модель базується на масштабному фінансуванні через NIH (понад 45 млрд дол. на рік) та гнучкому регулюванні FDA із механізмами прискореного схвалення. Британська модель відзначається розвиненою системою оцінки медичних технологій через NICE. Скандинавська модель реалізує принципи відкритих інновацій та залучення пацієнтів через формати Living Labs. Ізраїльська модель поєднує страхові фонди як оператори медичних даних із активною підтримкою MedTech-сектору. Японська модель орієнтована на розвиток технологій для літніх людей через консолідований орган AMED. На рівні ЄС функціонує наднаціональна система підтримки через програму «Горизонт Європа» та гармонізовану процедуру оцінки медичних технологій (HTA

Regulation). Спільними закономірностями для всіх розглянутих країн є: перехід від галузевих до системних стратегій підтримки, зростання ролі ДПП, виокремлення цифровізації в самостійний пріоритет та запровадження обов'язкової НТА. Для України найбільш перспективною є синтетична модель, що поєднує консолідоване управління НДДКР за японським зразком, регуляторні механізми FDA, НТА за британською моделлю, цифрову інфраструктуру за досвідом Естонії та регіональні кластери за польською моделлю.

3. Нормативно-правова база державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я в Україні має розгалужену, але фрагментарну структуру. Вона охоплює конституційні гарантії (ст. 49 Конституції України), базове галузеве законодавство (Основи законодавства про охорону здоров'я 1992 р.), спеціальне інноваційне право (Закони «Про інноваційну діяльність», «Про наукову і науково-технічну діяльність»), фармацевтичне регулювання (Закон «Про лікарські засоби» з нормою про спрощену реєстрацію ліків, схвалених EMA/FDA) та стратегічні документи (Стратегія-2030, розп. КМУ від 17.01.2025 № 34-р). Водночас відсутнє спеціалізоване законодавство, що регулювало б підтримку медичних інновацій з урахуванням сучасних цифрових технологій та вимог євроінтеграції. Серед критичних інституційних прогалин виявлено: відсутність спеціалізованого агентства з підтримки медичних інновацій на кшталт японського AMED; незапровадженість механізму НТА; хронічне недофінансування медичних НДДКР (0,3% ВВП проти 1,8-2,5% у країнах ЄС); нерозвиненість механізмів ДПП у медичній сфері.

4. Оцінка фактичного стану реалізації державної підтримки медичних інновацій виявила суперечливу картину поєднання значного прогресу та системних проблем. З позитивних досягнень: станом на 2025 рік ЕСОЗ об'єднує понад 49 тисяч медичних та аптечних закладів, 475 тисяч медичних і фармацевтичних працівників та містить понад 5 млрд медичних записів; запроваджено особистий кабінет пацієнта; цифровізовано ВЛК та МСЕК;

програма реімбурсації «Доступні ліки» розширена до 747 позицій; розроблено стратегії MedTech та BioTech; підготовлено MedTech Sandbox. Разом з тим зберігаються системні проблеми: відсутній повноцінний механізм НТА; MedTech Sandbox ще не запущено; телемедицина перебуває на стадії пілотування; витрати на медичні НДДКР залишаються критично низькими.

5. Система охорони здоров'я Полтавської міської громади загалом відповідає загальнодержавним тенденціям інноваційного розвитку, а за деякими показниками їх перевищує. Рівень погашення е-рецептів становить 85,6% (вище середнього по країні); у міській місцевості – 104%. Усі заклади ПМГ – КП «ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського» (виторг 991,9 млн грн у 2025 р.), три ЦПМСД ПМР, МКЛ та Перинатальний центр – підключені до ЕСОЗ. До позитивних інновацій на рівні громади належать: реконструкція відділення судинної хірургії ПОКЛ, відкриття Центру ментального здоров'я для дітей у 2025 році, активна участь закладів у Європейському тижні громадського здоров'я «Інновації для стійкості». Разом з тим виявлено п'ять ключових проблем ПМГ: відсутність системної телемедичної платформи; відсутність механізму НТА на муніципальному рівні; нерівний доступ до цифрових сервісів між міською та сільською місцевостями; відсутність інноваційної екосистеми, що поєднувала б заклади ОЗ з ПДМУ; хронічне недофінансування медичних інновацій та відсутність окремого бюджетного рядка.

6. Стратегічними пріоритетами вдосконалення державної підтримки інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції визначено шість взаємопов'язаних напрямів. Запуск MedTech Sandbox та реалізація MedTech- і BioTech-стратегій. Запровадження повноцінного механізму НТА відповідно до Регламенту ЄС № 2021/2282 зі створенням Національного агентства з оцінки медичних технологій. Інтеграція ЕСОЗ з Європейським простором медичних даних (EHDS) відповідно до Регламенту ЄС про EHDS (2025). Якісне розширення програми «Доступні ліки» до включення орфанних препаратів та гармонізація реєстрів з ЕМА. Законодавче закріплення телемедицини та реалізація «Скринінгу

40+» як найбільшого державно підтримуваного цифрового медичного проєкту. Збільшення фінансування медичних НДДКР з 0,3% до 1% ВВП та активна участь у Horizon Europe. Важливим євроінтеграційним контекстом є те, що рівень виконання Угоди про асоціацію у сфері охорони здоров'я зріс з 64% (2021) до 88% (2025) за підсумками скринінгу Розділу 28 (липень 2024 – вересень 2025), що свідчить про послідовність реформ і надає визначеним пріоритетам практичної реалістичності.

7. Для Полтавської міської громади розроблено дорожню карту з семи механізмів підвищення ефективності державної підтримки інноваційного розвитку охорони здоров'я. Розвиток ДПП для реконструкції відділень ПОКЛ та МКЛ ПМР і розробки телемедичної платформи ПМГ за участі ІТ-компаній Полтави. Формування інноваційної екосистеми на основі Угоди між ПМР та ПДМУ (637 НПП, 90 докторів наук) зі створенням Центру трансляційної медицини та спільними заявками на Horizon Europe. Впровадження «Скринінгу 40+» у ЦПМСД №1-3 ПМР з охопленням більше 15000 мешканців ПМГ на рік та інтеграцією через Дію. Вдосконалення ЕСОЗ: забезпечення 100% е-направлень між рівнями допомоги та скорочення черг на 20%. Запровадження локальної НТА-процедури при закупівлі медичного обладнання за участі кафедри громадського здоров'я ПДМУ та методиками BOO3/EU4Health. Активне залучення міжнародних ресурсів: Ukraine Facility, EU4Health, USAID HRS з метою залучення 2-5 млн євро грантових коштів для модернізації ОЗ ПМГ. Виділення окремого бюджетного рядка на медичні інновації з 2027 року (не менше 2% від бюджету ОЗ ПМГ) та запровадження відділу інновацій і цифровізації в структурі Департаменту охорони здоров'я ПМР. Реалізація дорожньої карти розрахована на 2026-2028 роки та ґрунтується на поєднанні місцевого бюджету, приватних інвестицій і міжнародних грантів, що мінімізує фіскальне навантаження на громаду.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова С. Є., Пігарчук М. Г. Державна підтримка розвитку приватної медицини: фінансовий аспект. Інвестиції: практика та досвід. 2023. № 11. DOI: 10.32702/2306-6814.2023.11.157.
2. Відновлення системи охорони здоров'я України: стратегічні пріоритети і міжнародний досвід. *Health-ua*. URL: <https://health-ua.com/pediatrics/mizdisciplinari-problemi/81990> (дата звернення: 09.10.2025).
3. *Департамент охорони здоров'я Полтавської міської ради* : офіційний сайт. URL: <https://www.rada-poltava.gov.ua/ua/department-of-health-of-poltava-city-council> (дата звернення: 09.10.2025).
4. Державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2025. № 33. URL: <http://taais.oridu.odessa.ua/article/view/323996> (дата звернення: 09.10.2025).
5. Заюков І.В. Удосконалення системи фінансування охорони здоров'я як важливий чинник розвитку трудового потенціалу України. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2017. Т. 2. № 6. С. 46-51.
6. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 15.10.2025).
7. Концепція розвитку цифрової економіки та суспільства України на 2018-2020 роки : схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17.01.2018 № 67-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/67-2018-р> (дата звернення: 06.10.2025).
8. *КП «ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського ПОР»* : офіційний сайт. URL: <http://okl.poltava.ua> (дата звернення: 09.10.2025).
9. *КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 Полтавської міської ради»* : офіційний сайт. URL: <https://cpmsd3.pl.ua> (дата звернення: 09.10.2025).
10. Лехан В., Слабкий Г., Шевченко М. Стратегія розвитку системи

охорони здоров'я: Український вимір. Київ : Четверта хвиля, 2009. 384 с.

11. Мережа закладів охорони здоров'я Полтавської області. Департамент охорони здоров'я ОВА. URL: <http://uoz.gov.ua/мережа-закладів/> (дата звернення: 09.10.2025).

12. Москаленко В. Ф. Охорона здоров'я України: теорія і практика реформування. Київ : Медицина, 2019. 352 с.

13. Національна академія медичних наук України. Про НАМН. URL: <https://www.amnu.gov.ua> (дата звернення: 08.10.2025).

14. Національна служба здоров'я України. Про НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu> (дата звернення: 08.10.2025).

15. Нова модель охорони здоров'я є привабливою для приватних інвесторів. Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/nova-model-ohoroni-zdorovya-ye-privablivo-yu-dlya-privatnih-investoriv> (дата звернення: 09.10.2025).

16. Новації програми медичних гарантій у 2025 році. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: [https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-05/az\\_medgarantii\\_ukr\\_0206.pdf](https://niss.gov.ua/sites/default/files/2025-05/az_medgarantii_ukr_0206.pdf) (дата звернення: 09.10.2025).

17. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 07.10.2025).

18. Перелік лікарських засобів, які підлягають реімбурсації: оновлення з 04.10.2025. НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 09.10.2025).

19. Полтавська обласна рада. Звіт про виконання обласного бюджету за 2024 рік. URL: <https://oblrada-pl.gov.ua> (дата звернення: 09.10.2025).

20. *Полтавський державний медичний університет* : офіційний сайт. URL: <https://pdmu.edu.ua> (дата звернення: 09.10.2025).

21. Понад 100 проєктів із цифровізації сфери охорони здоров'я заплановано на 2024 рік. Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/ponad-100-proektiv-iz-tsyfrovizatsii-sfery-okhorony-zdorovia-zaplanovano-na-2024-rik> (дата звернення: 09.10.2025).

22. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 07.10.2025).

23. Про затвердження Переліку та тарифів платних послуг КП «ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського ПОР» : наказ № 8-Од від 07.01.2025 р. URL: <http://okl.poltava.ua> (дата звернення: 09.10.2025).

24. Про інноваційну діяльність : Закон України від 04.07.2002 № 40-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/40-15> (дата звернення: 05.10.2025).

25. Про лікарські засоби : Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр> (дата звернення: 07.10.2025).

26. Про Міністерство охорони здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п> (дата звернення: 08.10.2025).

27. Про наукову і науково-технічну діяльність : Закон України від 26.11.2015 № 848-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/848-19> (дата звернення: 05.10.2025).

28. Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні : Закон України від 08.09.2011 № 3715-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3715-17> (дата звернення: 05.10.2025).

29. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: людиноцентричний підхід на 2030 рік : розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-р> (дата звернення: 06.10.2025).

30. Програма дій Уряду на 2025-2026 роки. Міністерство економіки, довкілля та сільського господарства України. URL: <https://me.gov.ua> (дата звернення: 09.10.2025).

31. Програма «Доступні ліки» доповнилася новими напрямками. eHealth Ukraine. URL: <https://ehealth.gov.ua/2025/01/10/programa-dostupni-lykodorovnylasya-novumu-napryamamy/> (дата звернення: 08.10.2025).

32. Савостенко Т. О., Шевченко Л. Г., Соломаха О. А. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання: стан і проблеми. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2022. № 2. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.2.6>.

33. Сіташ Т.Д., Підгаєць С.В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: прагматика та пріоритети. *Інноваційна економіка*. 2015. № 2 (28). С. 316-318.

34. Скринінги здоров'я: у МОЗ обговорили підготовку до запуску програми щорічних профілактичних обстежень із 2026 року. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/skriningi-zdorov-ya-u-moz-obgovorili-pidgotovku-do-zapusku-programi-shorichnih-profilaktichnih-obstezhen-iz-2026-roku> (дата звернення: 09.10.2025).

35. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року: представлено ключові результати реалізації за 2025 рік. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/strategiya-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku-predstavleno-klyuchovi-rezultati-realizaciyi-za-2025-rik> (дата звернення: 09.10.2025).

36. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/tendentsiyi-rozvytku-sistemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh> (дата звернення: 09.10.2025).

37. Україна демонструє високу динаміку в сфері охорони здоров'я на євроінтеграційному шляху. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ukrayina-demonstruye-visoku-dinamiku-v-sferi-ohoroni-zdorov-ya-na-yevrointegracijnomu-shlyahu> (дата звернення: 09.10.2025).

38. Уряд схвалив Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/uryad-shvaliv-strategiyu-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku> (дата звернення: 09.10.2025).

39. Цифрова трансформація охорони здоров'я: підсумки 2025 року. eHealth Ukraine. URL: <https://ehealth.gov.ua/2025/11/10/tsyfrova->

transformatsiya-ohorony-zdorov-ya-pidsumky-2025-roku/ (дата звернення: 08.10.2025).

40. Цифровізація охорони здоров'я у 2024 році – які сервіси будуть впроваджені. Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/tsyfrovizatsiia-okhorony-zdorovia-u-2024-rotsi-iaki-servisy-budut-vprovadzheni> (дата звернення: 08.10.2025).

41. Arrow K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. 1963. Vol. 53, № 5. P. 941-973.

42. Battista R. N. Health technology assessment: Accomplishments, challenges and priorities. *Medical Care*. 2006. Vol. 44, № 3. P. 55-60.

43. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Berlin : BMBF, 2021. 68 S. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de> (дата звернення: 07.10.2025).

44. European Commission. European Health Data Space: Building a European Health Data Infrastructure. Brussels : EC, 2022. 56 p. URL: [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_en](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en) (дата звернення: 06.10.2025).

45. European Commission. Horizon Europe Work Programme 2023-2024. Health Cluster. Brussels : EC, 2023. 312 p. URL: <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/programmes/horizon> (дата звернення: 07.10.2025).

46. Hellowell M., Kasyanchuk S., Habicht T. et al. Harnessing wartime recovery to transform healthcare in Ukraine. *BMJ*. 2026. Vol. 392. e086343. DOI: 10.1136/bmj-2025-086343.

47. Israel Innovation Authority. Annual Report 2023. Jerusalem : ІІА, 2023. 104 p. URL: <https://innovationisrael.org.il/en/reports> (дата звернення: 07.10.2025).

48. Japan Agency for Medical Research and Development. AMED Overview 2023. Tokyo : AMED, 2023. 56 p. URL: <https://www.amed.go.jp/en/aboutus/index.html> (дата звернення: 07.10.2025).

49. Lundvall B.-Å. National Systems of Innovation: Toward a Theory of Innovation and Interactive Learning. London : Pinter Publishers, 1992. 342 p.

50. Ministerstwo Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej. Strategia Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia w Polsce 2021-2027. Warszawa : MZ, 2021. 136 s. URL: <https://www.gov.pl/web/zdrowie> (дата звернення: 07.10.2025).

51. National Institutes of Health. NIH Budget. URL: <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/budget> (дата звернення: 06.10.2025).

52. National Institute for Health and Care Excellence. About NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/about> (дата звернення: 07.10.2025).

53. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris : OECD Publishing, 2023. 248 p. URL: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (дата звернення: 06.10.2025).

54. OECD. Health at a Glance: Europe 2022. Paris : OECD Publishing, 2022. 220 p. URL: <https://doi.org/10.1787/507433b0-en> (дата звернення: 08.10.2025).

55. OECD. Health Innovation Policy: Steering Committee Report 2022. Paris : OECD Publishing, 2022. 112 p. URL: <https://www.oecd.org/health/health-innovation-policy> (дата звернення: 06.10.2025).

56. Regulation (EU) 2021/2282 of the European Parliament and of the Council of 15 December 2021 on health technology assessment. Official Journal of the European Union. L 458. 22.12.2021. P. 1-32.

57. Samuelson P. A. The pure theory of public expenditure. Review of Economics and Statistics. 1954. Vol. 36, № 4. P. 387-389.

58. Swedish Agency for Health and Care Services Analysis. Innovation in health care: conditions and challenges. Stockholm : Vårdanalys, 2022. 92 p.

59. U.S. Food and Drug Administration. Breakthrough Therapy Designation: Questions and Answers. URL: <https://www.fda.gov/patients/fast-track-breakthrough-therapy-accelerated-approval-priority-review/breakthrough-therapy> (дата звернення: 06.10.2025).

60. World Health Organization. Innovation for health: a new era in global health. Geneva : WHO Press, 2023. 84 p.

61. World Health Organization. Health technology assessment. URL: <https://www.who.int/health-topics/health-technology-assessment> (дата звернення: 08.10.2025).

## **ДОДАТКИ**