

УДК 35:614(4-672ЄС)

DOI: 10.35432/tisb342025352533

Олексій Орлов*аспірант кафедри публічного управління та адміністрування**Університет Григорія Сковороди в Переяславі**<https://orcid.org/0009-0002-2519-0018>**e-mail: giperv2001@gmail.com*

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ІННОВАЦІЙНОСТІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄС

У статті здійснена систематизація досвіду впровадження принципів інноваційності публічного управління в системі охорони здоров'я в країнах ЄС, зокрема в Нідерландах, Німеччині, Великій Британії та Литві. Здійснено порівняльний аналіз принципів інноваційності публічного управління в системі охорони здоров'я в країнах ЄС. Запропоновано імплементувати досвід країн ЄС, зокрема адаптація принципів: створення стандартів і інституцій для сумісності; поєднання стратегічного бачення з операційними інструментами; надання підтримки інноваційному бізнесу і одночасне вимагання доказовості; розвиток людського капіталу; і, найголовніше, побудова довіри через прозорість і надійний захист даних.

Особливу увагу приділено механізмам цифрової трансформації, які виступають фундаментом для впровадження інноваційних моделей управління в державному секторі. Виявлено, що успіх реформування галузі в країнах ЄС безпосередньо залежить від рівня синергії між державними органами, приватним сектором та науковими установами. Обґрунтовано, що інтеграція європейських стандартів в українську систему охорони здоров'я дозволить підвищити якість надання медичних послуг та оптимізувати використання бюджетних ресурсів. Розроблено рекомендації щодо нормативно-правового забезпечення процесу діджиталізації, що базуються на успішному досвіді Литви та Нідерландів у сфері захисту персональних даних пацієнтів. Автором підсумовано, що перехід до інноваційного публічного управління потребує не лише технологічного оновлення, а й фундаментальної зміни організаційної культури в медичних інституціях.

Ключові слова: публічне управління, інноваційне управління, публічне управління в системі охорони здоров'я, система охорони здоров'я, принципи інноваційності публічного управління в системі охорони здоров'я.

Oleksiy Orlov*PhD student of the Department**of Public Management and Administration,**Hrigoriy Skovoroda University in Pereyaslav**<https://orcid.org/0009-0002-2519-0018>**e-mail: giperv2001@gmail.com*

SYSTEMATIZATION OF EXPERIENCE IN IMPLEMENTING THE PRINCIPLES OF INNOVATIVE PUBLIC MANAGEMENT IN THE HEALTHCARE SYSTEM IN EU COUNTRIES

The article systematizes the experience of implementing the principles of innovative public management within the healthcare systems of EU countries, specifically the Netherlands, Germany,

the United Kingdom, and Lithuania. A comparative analysis of these principles across the EU healthcare sector was conducted. The study proposes the implementation of EU experience, focusing on the adaptation of several key principles: establishing standards and institutions for interoperability; aligning strategic vision with operational tools; providing support for innovative businesses while simultaneously demanding evidence-based results; developing human capital; and, most importantly, building trust through transparency and robust data protection.

Particular attention is paid to the mechanisms of digital transformation, which serve as the foundation for implementing innovative management models in the public sector. It was found that the success of sectoral reforms in EU countries directly depends on the level of synergy between government bodies, the private sector, and academic institutions. The study substantiates that integrating European standards into the Ukrainian healthcare system will improve the quality of medical services and optimize the use of budgetary resources. Recommendations for the legal framework of the digitalization process were developed, based on the successful experience of Lithuania and the Netherlands in protecting patients' personal data. The author concludes that the transition to innovative public management requires not only technological updates but also a fundamental shift in the organizational culture of medical institutions.

Keywords: public administration, innovative management, public administration in the health care system, health care system, principles of innovative public administration in the health care system.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими та практичними завданнями. Вивчення закордонного досвіду впровадження принципів інноваційності у публічному управлінні системою охорони здоров'я є важливим, оскільки сучасні виклики – зростання попиту на медичні послуги, старіння населення, поширення хронічних захворювань, обмеженість фінансових і кадрових ресурсів – вимагають пошуку нових управлінських підходів. Аналіз того, як інші країни долають подібні проблеми, дає змогу скоротити час на пошук рішень, уникнути помилок та врахувати ефективні моделі організації, фінансування й цифровізації охорони здоров'я. Особливу цінність має можливість адаптації практик, що вже випробувані в міжнародному контексті: цифрові сервіси, інтеграція медичної та соціальної допомоги, перехід від стаціонарних форм до догляду на рівні громади, використання телемедицини й електронних реєстрів. Уроки інших країн демонструють, що інноваційні підходи потребують оновлення нормативної бази, регуляторних механізмів і схем фінансування, що дозволяє уникати затримок у реалізації реформ. Також значним є досвід залучення пацієнтів, медичних працівників, страховиків та місцевих органів влади до процесів змін, адже довіра та участь стейкхолдерів є ключовою умовою успіху. Водночас вивчення чужих досягнень і невдач допомагає передбачити ризики, зокрема технологічні, організаційні та етичні, і завчасно розробити запобіжні механізми. Закордонні приклади доводять, що інноваційність у сфері охорони здоров'я не лише покращує якість та доступність послуг, а й підвищує конкурентоспроможність національної системи, стимулює розвиток інноваційного бізнесу, сприяє підготовленості до кризових ситуацій, таких як пандемії чи надзвичайні події. У результаті системне вивчення міжнародних практик створює підґрунтя для формування стійкої, адаптивної та сучасної моделі публічного управління охороною здоров'я..

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор. Значний внесок у дослідження публічного управління в системі охорони здоров'я, розвиток і реформування публічного управління в системі охорони здоров'я здійснили вітчизняні науковці: С. Антонов, А. Барзилович, В. Борщ, Ю. Вороненко, В. Грабовський, П. Клименко, В. Кучеренко, Є. Латишев, Т. Носуліч, О. Пархоменко-Куцевіл, Я. Радиш, О. Свінцицька, І. Сурай, О. Худошина та ін. Водночас, на сьогодні відсутні системні дослідження досвіду впровадження принципів інноваційності

публічного управління в системі охорони здоров'я в країнах ЄС.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є здійснення системного аналізу досвіду впровадження принципів інноваційності публічного управління в системі охорони здоров'я в країнах ЄС.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Нідерланди часто наводять як приклад системи охорони здоров'я, де принципи інноваційності публічного управління впроваджуються системно: через національні програми, технічні стандарти, механізми співфінансування та мультистейкхолдерні ініціативи. Основні вектори інновацій – це масштабування цифрових сервісів, реформатування організації надання послуг (модель «правильна допомога в правильному місці»), розвиток інфраструктури для обміну даними та підтримка стартапів і малих інноваторів у секторі [1].

По-перше, центр компетенцій з цифрової інформації в охороні здоров'я – Nictiz – відіграє ключову роль у забезпеченні сумісності та стандартів обміну даними. Nictiz розробляє та підтримує технічні стандарти та клінічні «будівельні блоки», які дозволяють програмному забезпеченню різних постачальників розуміти один одного і забезпечують уніфіковану реєстрацію клінічних даних «на джерелі». Це важлива складова, бо без стандартів масштабування цифрових рішень у системі неможливе [1].

По-друге, на рівні політики та практики Нідерланди реалізують національний рух «Правильна допомога в правильному місці» – який спрямований на перенесення частини послуг із стаціонарного рівня до первинної, амбулаторної та домашньої допомоги, а також на пріоритет функціонування пацієнта перед вузькомедичною інтервенцією. Ініціатива акцентує увагу на профілактиці, самоменеджменті та мультидисциплінарних командах на місцях; для її реалізації використовуються як державні програми підтримки (наприклад, гранти на трансформацію), так і рекомендації для місцевих органів влади й страховиків [2].

По-третє, існує системний підхід до стимулювання інновацій через мережі, конкурси та інкубатори: приклади – Національна премія за інновації в охороні здоров'я, платформи Інновації в охороні здоров'я Нідерландів та регіональні ініціативи. Це формує «екосистему підтримки інноваторів», де стартапи отримують доступ до консультування з регуляторики, випробувань у клінічних умовах та контактів із закупівельниками, що зменшує бар'єри виходу на ринок [3].

По-четверте, уряд і дослідницькі установи приділяють увагу оцінюванню масштабування інновацій: існують навчальні оцінки та протоколи досліджень «до/після» для телемоніторингу й інших цифрових інтервенцій, щоб зрозуміти не лише ефективність, а й процес впровадження. Такі підходи допомагають визначити, які політичні та організаційні умови (наприклад, фінансування на трансформацію, зміни в оплаті праці, регламенти обміну даними) необхідні для сталого впровадження рішень [4].

По-п'яте, правова і фінансова архітектура системи створює як можливості, так і обмеження для інновацій. Голандська система охоплена чотирма базовими законами (Закон про страхування здоров'я; Закон про довгострокову допомогу; Закон про соціальну підтримку; Закон про молодь), які визначають, що входить у базовий пакет послуг, а також механізми фінансування через обов'язкове страхування. Це означає, що для масового впровадження інновації потрібно погодження з платниками і, часто, адаптація фінансових моделей (наприклад, оплата за результат або пакети послуг) [5].

Досвід Нідерландів у сфері публічного управління охороною здоров'я демонструє, що інституційні центри стандартів, такі як Nictiz, є ключовими для забезпечення взаємодії цифрових систем і створення довіри до електронної інфраструктури. Без єдиних технічних та клінічних стандартів масштабування цифрових рішень у системі неможливе, адже виникає фрагментація даних, що ускладнює їх обмін і використання. Водночас національні рухи, подібні до «Правильна допомога в правильному місці», показують, що зміни в клінічній

практиці не відбудуться лише завдяки ідеології чи ентузіазму – вони потребують супроводу у вигляді грантових програм, навчальних ініціатив і тимчасових моделей фінансування. Лише за наявності таких ресурсів трансформація може вийти за межі локальних експериментів і стати системною. Важливим елементом є також підтримка інноваційного бізнесу через національні та регіональні платформи, зокрема «Health Innovation Netherlands», які забезпечують стартапам доступ до консультацій, мереж партнерів і пілотних майданчиків у медичних закладах. Це значно скорочує час від розробки прототипу до масштабного впровадження. Не менш значущим є системне оцінювання процесів впровадження за підходом «навчальної оцінки», яке дозволяє зрозуміти, які організаційні бар'єри стримують інновації, та виробити механізми їх подолання. Адже одного ефективного продукту недостатньо – потрібні зміни у внутрішніх процесах, інфраструктурі та системах оплати. Окрему роль відіграє законодавство й модель фінансування, які задають рамки можливого. У Нідерландах це означає, що будь-яка інновація має бути вписана у наявні пакети страхового покриття або мати зрозумілі механізми додаткової оплати. Для інших країн важливим уроком є необхідність заздалегідь планувати нормативні та тарифні зміни, які відкриватимуть простір для нових рішень і забезпечуватимуть їхню сталість.

Німеччина впроваджує принципи інноваційності в публічне управління охороною здоров'я через поєднання законодавчих ініціатив, інституційної інфраструктури для обміну даними, фінансових механізмів стимулювання нових моделей надання допомоги та платформ для генерації доказової бази – усе це створює складну, але цілісну екосистему впровадження інновацій. Законодавчі кроки відкрили можливості для швидшої інтеграції цифрових рішень у систему, а державні агентства і програми створили технічні та організаційні передумови для масштабування [6].

Ключовим елементом стала прийнята 2019 року норма, відома як «Закон про цифрове забезпечення» – яка впровадила механізм включення цифрових медичних застосунків до системи відшкодування через обов'язкове державне страхування. Закон про цифрове забезпечення запровадив прискорену процедуру оцінки й реєстрації цифрових медичних застосунків, що дає розробникам можливість швидко пройти процедуру затвердження у Федеральному інституті лікарських засобів і медичних виробів та отримати відшкодування, за умови надання доказів ефективності у подальшому. Цей підхід поєднує стимул для інновацій з вимогою збирати реальні докази ефективності, що змінює спосіб виходу цифрових рішень на ринок і їхнього фінансування [6].

Паралельно держава інвестувала у цифрову інфраструктуру лікарень: «Закон про майбутнє для лікарень» виділив значні кошти на модернізацію цифрових систем, електронну документацію та інтероперабельні рішення в стаціонарах. Це дозволяє поєднати інвестиційну хвилю з політикою фінансування – не лише стимулювати розробки, але й створювати технічні можливості для їхнього практичного застосування у великих лікувальних закладах [7].

За технічну архітектуру взаємодії в Німеччині відповідає низка організацій; серед найважливіших – Gematik, яка координує телематичну інфраструктуру і ролі у впровадженні електронної пацієнтської документації. Створення національної інфраструктури для безпечного обміну медичними даними сприяє сумісності систем і дозволяє медичним працівникам, пацієнтам і постачальникам цифрових сервісів працювати з узгодженими форматами даних. Водночас практика показала, що технічна інфраструктура має супроводжуватися чіткими правилами доступу до даних, моделями управління згодою пацієнта та заходами кібербезпеки [8].

Інтеграція даних для наукових та клінічних цілей просувається через національні ініціативи, зокрема Медична інформатична ініціатива, яка має на меті поєднати дані університетських клінік, дослідницьких установ і практичної медицини для створення узгодженої інфраструктури даних та пришвидшення трансферу знань між дослідженням і

практикою. Такий підхід має вирішальне значення для формування «системи, що навчається», коли дані лікування повертаються у вигляді знань, які покращують якість послуг і допомагають валідувати інноваційні підходи [9].

Фінансові та організаційні стимули створюють окремі фонди й механізми: Фонд інновацій при Федеральному об'єднаному комітеті фінансує проекти нових моделей надання допомоги та дослідження в сфері охорони здоров'я, що дозволяє тестувати комплексні моделі організації догляду поза вузькими комерційними інтересами. На рівні міністерства працює Хаб інновацій у сфері охорони здоров'я, який транслює практики, допомагає оцінювати технології та сприяє взаємодії між розробниками, науковцями й політиками. Це забезпечує одночасну підтримку розробки, пілотування й масштабування інновацій [10].

Німецький підхід робить наголос на доказовій базі та оцінюванні процесів: швидкі канали доступу поєднуються з обов'язком проводити адекватні дослідницькі або оцінювальні заходи, щоб з'ясувати реальний вплив інновацій на результати лікування, доступність та витрати. У практиці це означає, що держава не просто дозволяє фінансування цифрових рішень, а вимагає від виробників і постачальників збирати дані про ефективність у реальних умовах та коригувати політики відшкодування відповідно до результатів [11].

Великобританія формувала модель впровадження інноваційності в публічне управління охороною здоров'я через сукупність політичних стратегій, спеціалізованих інституцій, механізмів прискореного впровадження та системи вимог до доказової бази – тобто не через одну «лабораторну» ініціативу, а через паралельну роботу інструментів на національному, регіональному й місцевому рівнях. Ключовою довгостроковою орієнтацією стала «Довгострокова стратегія Національної служби охорони здоров'я» із публічними цілями переходу від «аналогового до цифрового» та зміщення акценту на профілактику і первинну допомогу; вона задала рамки для масштабних цифрових програм і створення можливостей для інновацій [12].

У практичній площині британська система робить ставку на механізми прискорення і масштабування вже апробованих рішень: існує «Прискорена колаборація доступу», що поєднує урядові структури, регуляторів, пацієнтські групи й індустрію для видалення бар'єрів і просування рішень у клінічну практику; в її рамках працюють програми тестових майданчиків, ініціативи з прискореного прийняття продуктів та інші інструменти, спрямовані на швидкий перехід від пілота до системного використання. Прискорена колаборація доступу і пов'язані програми допомагають узгоджувати клінічні пріоритети з практичними ресурсами для впровадження [13].

Однією з важливих складових екосистеми є Інноваційний прискорювач Національної служби охорони здоров'я та Академічна мережа охорони здоров'я. Інноваційний прискорювач підбирає і підтримує «молодших лідерів інновацій» і високопотенційні рішення, забезпечуючи менторство, доступ до національної мережі і практичні інструменти для масштабування; Академічні мережі охорони здоров'я працюють регіонально, зв'язуючи розробників, клініки, університети й місцеві системи для тестування і поширення рішень у різних географіях [14]. Така комбінація – національна «стратегія + експертна підтримка» і регіональна «впроваджувальна інфраструктура» – дозволяє прискорити відбір корисних інновацій і адаптувати їх до локальних контекстів.

Британська модель робить сильний акцент на стандартизації вимог до доказової бази для цифрових технологій: Національний інститут здоров'я і якості допомоги створив Рамку доказових стандартів для цифрових технологій охорони здоров'я, яка класифікує цифрові інструменти здоров'я за рівнями ризику і визначає очікувані типи доказів для кожного рівня (клінічні, економічні, реалізаційні). Це дозволяє комісіонерам і лідерам системи приймати обґрунтовані рішення про закупівлі і масштабування, а розробникам – чітко розуміти стандарти, необхідні для впровадження [15].

Регуляторна й правова рамка в Британії поєднує кілька інституцій: Агентство з

лікарських засобів і медичних виробів розробляє підходи до програмного забезпечення та штучного інтелекту, що кваліфікуються як медичні вироби, а Національний інститут здоров'я і якості допомоги, Прискорена колаборація доступу та інші органи координують питання впровадження й відшкодування. Таке розмежування ролей – регуляція безпеки і якості (Агентство з лікарських засобів і медичних виробів), стандарти доказовості (Національний інститут здоров'я і якості допомоги) та механізми прискорення впровадження (Агентство з лікарських засобів і медичних виробів, Національний інститут здоров'я і якості допомоги, Академічні мережі охорони здоров'я) – підвищує передбачуваність для виробників і створює чіткі «ворота» на шлях від розробки до оплати та реальної клінічної практики [16].

Паралельно реалізовано масштабні програми інвестицій в інфраструктуру від національних ініціатив щодо електронних пацієнтських записів і доступу пацієнта до своїх даних (наприклад, NHS App – додаток Національної служби охорони здоров'я, Summary Care Record – Стислий медичний запис) до програм модернізації лікарняних систем і національних платформ обміну даними. Частина технічних функцій і сервісів була інтегрована в інституційну структуру Національна служба охорони здоров'я Англії, що мало на меті централізувати відповідальність за цифрову трансформацію і покращити координацію. Водночас держава і національні фонди забезпечують фінансування досліджень, тестування та перевірки, що дає можливість поєднувати інновації з академічною оцінкою та доказовими дослідженнями [16].

Практичні «полігонні» програми, як-от тестові майданчики та національна ініціатива з віртуальних відділень, показали, що поєднання цифрових інструментів (телемоніторинг, додатки, носимі пристрої), переглянутої клінічної траєкторії та локального навчання дозволяє впроваджувати нові моделі догляду швидше – але тільки за умови чіткого супроводу: навчання персоналу, визначення відповідальних процесів, інтеграції з маршрутами пацієнта та реального фінансового планування. Оцінки реалізації тестові майданчики і масове розгортання віртуальних відділень під час пандемії дали цінні уроки про необхідність супроводжувального навчання, зрозумілих протоколів, а також про те, що «технічний продукт» без зміни процесів і робочих ролей не дає очікуваного ефекту [13].

Важливим механізмом є функціонування регіональних структур, які забезпечують зв'язок між науковими розробками та практикою. Академічні мережі охорони здоров'я у Великій Британії виступають такими «мостами», що сприяють адаптації інновацій до локальних умов і створюють можливості для їх масштабування. Одночасно необхідно передбачати супровідні механізми впровадження: навчання персоналу, перехідні моделі оплати, пілотні фонди та системи оцінювання процесів реалізації. Без таких заходів навіть найперспективніші технології ризикують залишитися ізольованими проектами, що не змінюють систему на рівні.

Литва поступово формує комплексну політику інноваційності в системі охорони здоров'я, де ключову роль відіграє цифрова інфраструктура, нормативно-організаційні інструменти та місцева екосистема підтримки стартапів і дослідницьких проєктів. На національному рівні запроваджено централізовану платформу «E.sveikata» (е-охорона здоров'я), яка об'єднує електронні рецепти, записи про візити, результати лабораторних досліджень і виписки – це дозволяє пацієнтам і медичним працівникам мати доступ до узгоджених медичних даних і створює технічну основу для подальших цифрових сервісів. Впровадження мобільного застосунку для пацієнтів підсилює доступ і зручність користування електронними послугами, що важливо для підвищення довіри та цифрової включеності населення [17].

Нормативно-стратегічна робота в Литві ведеться у взаємозв'язку з європейськими ініціативами: на національному рівні розроблялися стратегії eHealth за участю різних стейкхолдерів, а також відбувався аналіз політик для узгодження національної архітектури з європейськими стандартами. Такий підхід допомагає уникнути локальної фрагментації

систем і забезпечити сумісність рішень між закладами охорони здоров'я та з ЕУ-рішеннями. Водночас робота з політиками eHealth підкреслює необхідність паралельного розвитку правових рамок, кібербезпеки та процедур управління згодою пацієнтів на обробку даних [18].

Регулювання телемедицини в Литві демонструє гнучкість і прагнення інтегрувати дистанційні сервіси в систему: законодавчі акти і нормативні накази вже дозволяють як лікарську взаємодію «лікар – лікар», так і обмежений спектр «лікар – пацієнт» у дистанційному форматі, а під час пандемії саме віддалені консультації стали рутиною в первинній ланці. Це означає, що для масштабування телемедицини в країні є як технічна, так і нормативна база, але одночасно виникає потреба у стандартах якості, перевірці клінічної ефективності й моделі фінансування таких послуг у рамках громадського страхування [19].

Оцінювання і впровадження методів оцінки медичних технологій в Литві проходить еволюційно: відповідні процеси і органи (наприклад, Державний контроль ліків та інші агенції) розвивають підходи до систематичної оцінки клінічних, економічних і організаційних аспектів нових технологій. Розбудова оцінювання медичних технологій потрібна для того, щоб рішення про включення інновацій у перелік фінансованих публічним страхуванням послуг базувалися на доказовій і економічно обґрунтованій основі – це важливий крок для забезпечення раціонального розподілу ресурсів [20].

Окремим елементом є розвиток системи адміністрування й повторного використання медичних даних: національні системи страхування й адміністрування (наприклад, «Sveidra» як система збору даних про надані послуги) дозволяють створювати великі адміністративні масиви для аналізу, планування й досліджень. Однак перетворення «сирих» адміністративних даних на цінні аналітичні ресурси вимагає інвестицій у стандартизацію, очищення даних, механізми доступу для науковців і чіткі правила передачі даних, щоб збалансувати потенціал досліджень і захист приватності громадян. Створення прозорих процедур повторного використання даних і ясних шляхів доступу для дослідників підвищує можливість формування «системи, що навчається».

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Проведений аналіз досвіду впровадження принципів інноваційності публічного управління в системі охорони здоров'я в країнах ЄС, що всі країни мають спільні напрями – цифровізація, телемедицина, персоналізація послуг і розвиток оцінки медичних технологій. Водночас відмінності полягають у структурі управління: у Нідерландах – децентралізація й орієнтація на страховиків; у Німеччині – федеральна законодавча база й цифрові додатки; у Великій Британії – централізований NHS і акцент на прискореному впровадженні інновацій; у Литві – централізовані цифрові платформи та опора на стартап-екосистему.

Імплементация досвіду Нідерландів, Німеччини, Великої Британії та Литви в Україні – це не копіювання «чужої моделі», а адаптація принципів: створення стандартів і інституцій для інтеграбельності; поєднання стратегічного бачення з операційними інструментами; надання підтримки інноваційному бізнесу і одночасне вимагання доказовості; розвиток людського капіталу; і, найголовніше, побудова довіри через прозорість і надійний захист даних. Такий збалансований підхід забезпечить, що інновації не лише будуть впроваджені, а й принесуть очікувані покращення у якості, доступності та ефективності медичної допомоги в Україні.

Перспективами подальших розвідок у даному напрямку можуть бути дослідження імплементації закордонного досвіду принципів інноваційності публічного управління в системі охорони здоров'я в Україні.

Список використаних джерел

1. About. Nictiz. URL: <https://nictiz.nl/about-nictiz/>

2. BMBF provides funding for the Medical Informatics Initiative. URL: <https://www.medizininformatik-initiative.de/en/bmbf-provides-funding-medical-informatics-initiative>
3. Bringing Health Innovation to the next level. URL: <https://www.healthinnovation.nl/>
4. De Bekker A., Beijer M., Lemmens L. Towards an integrative approach of healthcare: implementing positive health in three cases in the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2024. Vol. 24, no. 1. P. 882. DOI: 10.1186/s12913-024-11247-x.
5. Digital healthcare in Lithuania. Gnius. URL: <https://gnius.esante.gouv.fr/en/decode-ehealth-internationally/digital-health-in-lithuania>
6. Digital transformation. NHS England. URL: <https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/>
7. eHealth strategy and implementation activities in Lithuania : country report. URL: https://ehealth-strategies.eu/database/documents/Lithuania_eHealth-ERA_country_report.pdf
8. Elektronische Patientenakte. KBV. URL: <https://www.kbv.de/praxis/digitalisierung/anwendungen/elektronische-patientenakte>
9. Evidence standards framework for digital health technologies. NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/what-nice-does/digital-health/evidence-standards-framework-esf-for-digital-health-technologies>
10. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vom 19.12.2019. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/digitale-versorgung-gesetz-dvg.html>
11. Health innovation hub of the German Federal Ministry of Health. Dime Society. URL: <https://dimesociety.org/health-innovation-hub-of-the-german-federal-ministry-of-health/>
12. Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauszukunftsgesetz.html>
13. Lithuania: Transforming primary health care during the pandemic. WHO. URL: <https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/primary-health-care-lithuania-eng.pdf>
14. National Institute for Health and Care Research. URL: <https://www.nihr.ac.uk/>
15. NHS Accelerated Access Collaborative. URL: <https://www.england.nhs.uk/aac/>
16. NHS Innovation Accelerator. URL: <https://www.england.nhs.uk/aac/what-we-do/how-can-the-aac-help-me/nhs-innovation-accelerator/>
17. Schliess F. et al. The German Fast Track Toward Reimbursement of Digital Health Applications: Opportunities and Challenges for Manufacturers, Healthcare Providers, and People With Diabetes. J Diabetes Sci Technol. 2024. Vol. 18, no. 2. P. 470–476. DOI: 10.1177/19322968221121660.
18. State Medicines Control Agency Of Lithuania: Health technology assessment. URL: <https://vvkt.lrv.lt/en/health-technology-assessment/>
19. The Dutch health care system. Zorginstituut Nederland. URL: <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands>
20. The right care in the right place : report taskforce. URL: https://www.zorgakkoord.nl/.uc/fcef77d2b01028d5c0000bd7ca7026baaac90942d76c900/The%20Oright%20care%20in%20the%20right%20place_report%20taskforce.pdf

References

1. About. (n.d.). Nictiz. <https://nictiz.nl/about-nictiz/> [in English].
2. BMBF provides funding for the Medical Informatics Initiative. (n.d.). Medical Informatics Initiative. <https://www.medizininformatik-initiative.de/en/bmbf-provides-funding->

medical-informatics-initiative [in English].

3. Bringing Health Innovation to the next level. (n.d.). Health Innovation Netherlands. <https://www.healthinnovation.nl/> [in English].

4. de Bekker, A., Beijer, M., & Lemmens, L. (2024). Towards an integrative approach of healthcare: Implementing positive health in three cases in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 24(1), 882. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11247-x> [in English].

5. Digital healthcare in Lithuania. (n.d.). Gnius. <https://gnius.esante.gouv.fr/en/decode-ehhealth-internationally/digital-health-in-lithuania> [in English].

6. Digital transformation. (n.d.). NHS England. <https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/> [in English].

7. eHealth strategy and implementation activities in Lithuania: Country report. (n.d.). eHealth-ERA. https://ehealth-strategies.eu/database/documents/Lithuania_eHealth-ERA_country_report.pdf [in English].

8. Elektronische Patientenakte [Electronic patient record]. (n.d.). KBV. <https://www.kbv.de/praxis/digitalisierung/anwendungen/elektronische-patientenakte> [in English].

9. Evidence standards framework for digital health technologies. (n.d.). NICE. <https://www.nice.org.uk/what-nice-does/digital-health/evidence-standards-framework-esf-for-digital-health-technologies> [in English].

10. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vom 19.12.2019 [Act for better supply through digitalization and innovation (Digital Healthcare Act – DVG) of 19.12.2019]. (2019). Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/digitale-versorgung-gesetz-dvg.html> [in English].

11. Health innovation hub of the German Federal Ministry of Health. (n.d.). Dime Society. <https://dimesociety.org/health-innovation-hub-of-the-german-federal-ministry-of-health/> [in English].

12. Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern [Hospital Future Act for the digitalization of hospitals]. (n.d.). Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauszukunftsgesetz.html> [in English].

13. Lithuania: Transforming primary health care during the pandemic. (n.d.). World Health Organization. <https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/primary-health-care-lithuania-eng.pdf> [in English].

14. National Institute for Health and Care Research. (n.d.). <https://www.nihr.ac.uk/> [in English].

15. NHS Accelerated Access Collaborative. (n.d.). NHS England. <https://www.england.nhs.uk/aac/> [in English].

16. NHS Innovation Accelerator. (n.d.). NHS England. <https://www.england.nhs.uk/aac/what-we-do/how-can-the-aac-help-me/nhs-innovation-accelerator/> [in English].

17. Schliess, F., Affini Diconzo, T., Gaus, N., Bourez, J. M., Stegbauer, C., Szecsenyi, J., Jacobsen, M., Müller-Wieland, D., Kulzer, B., & Heinemann, L. (2024). The German fast track toward reimbursement of digital health applications: Opportunities and challenges for manufacturers, healthcare providers, and people with diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 18(2), 470–476. <https://doi.org/10.1177/19322968221121660> [in English].

18. State Medicines Control Agency of Lithuania: Health technology assessment. (n.d.). <https://vvkt.lrv.lt/en/health-technology-assessment/> [in English].

19. The Dutch health care system. (n.d.). Zorginstituut Nederland. <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands> [in English].

20. The right care in the right place: Report taskforce. (n.d.). Zorgakkoorden. <https://www.zorgakkoorden.nl/.uc/fcef77d2b01028d5c0000bd7ca7026baaac90942d76c900/The%2>

Oright%20care%20in%20the%20right%20place_report%20taskforce.pdf [in English].