

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»

Кафедра публічного управління та державної служби

Кваліфікаційна робота магістра

на тему

МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Виконав студент 2 курсу,
групи ЗПУА-3-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічне управління та
адміністрування»

_____ Артур КАРАМЯН

Науковий керівник роботи:
кандидат медичних наук, професор

_____ Олег ВАШЕВ

Харків – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ	7
1.1 Сутність та зміст державної політики у сфері трансплантації органів.....	7
1.2 Механізми реалізації державної політики у сфері трансплантації: зарубіжний досвід	12
1.3 Нормативно-правове забезпечення державної політики у сфері трансплантації в Україні	18
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СТАНУ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	27
2.1 Організаційна структура та інституційне забезпечення трансплантації в Харківській області	27
2.2 Аналіз показників донорства та трансплантації органів у Харківській області	33
2.3 Фінансове забезпечення трансплантаційної діяльності на регіональному рівні	39
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	46
3.1 Удосконалення організаційно-управлінського механізму реалізації державної політики у сфері трансплантації	46
3.2 Оптимізація фінансово-економічного механізму забезпечення трансплантаційної діяльності	52
3.3 Розвиток інформаційно-комунікаційного механізму та підвищення рівня обізнаності населення щодо донорства органів	57
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66

ВСТУП

Актуальність теми. Трансплантація органів є одним із найбільш складних та відповідальних напрямів сучасної медицини, який безпосередньо впливає на збереження життя та здоров'я громадян. В Україні щороку понад 4000 пацієнтів потребують трансплантації життєво важливих органів, проте лише близько 500-600 операцій виконується щорічно. Така ситуація зумовлена недосконалістю механізмів реалізації державної політики у цій сфері, недостатнім рівнем розвитку трансплантаційної інфраструктури, дефіцитом донорських органів та низькою обізнаністю населення про донорство.

Харківська область, як один з найбільших регіонів країни, а також один із провідних у сфері охорони здоров'я, має потужну медичну базу, кваліфікований персонал та досвід виконання складних трансплантаційних втручань. Водночас, регіональна система трансплантації стикається з численними викликами: організаційними, фінансовими, правовими, етичними та інформаційними. Ефективна реалізація державної політики у сфері трансплантації на регіональному рівні потребує комплексного підходу, узгодженої взаємодії органів державної влади, закладів охорони здоров'я, громадських організацій та населення.

У контексті реформування системи охорони здоров'я України, інтеграції до європейського медичного простору та впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги, дослідження механізмів реалізації державної політики у сфері трансплантації набуває особливої актуальності. Харківська область може стати модельним регіоном для апробації та впровадження інноваційних підходів до організації трансплантаційної діяльності.

Необхідність удосконалення механізмів державного управління у цій сфері, а саме фокусування на прикладі Харківської області, підтверджується статистичними даними, які оприлюднені на офіційному сайті Спеціалізованої

державної установи «Український центр трансплант-координації», згідно з якими у досліджуваному регіоні майже зовсім не відбувається оперативних втручань з трансплантації органів. Недостатня розробленість теоретико-методологічних засад, обмеженість емпіричних досліджень регіональних практик та потреба у формуванні науково обґрунтованих рекомендацій зумовлюють актуальність обраної теми дослідження.

Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері трансплантації органів на регіональному рівні на прикладі Харківської області.

Для досягнення мети було визначено наступні завдання:

- розкрити сутність та зміст державної політики у сфері трансплантації органів як об'єкта державного управління;
- проаналізувати зарубіжний досвід реалізації механізмів державної політики у сфері трансплантації та визначити можливості його адаптації в Україні;
- дослідити нормативно-правове забезпечення державної політики у сфері трансплантації в Україні та виявити прогалини у законодавстві;
- проаналізувати організаційну структуру та інституційне забезпечення трансплантаційної діяльності в Харківській області;
- оцінити стан донорства та трансплантації органів у Харківській області на основі статистичних показників;
- дослідити фінансове забезпечення трансплантаційної діяльності на регіональному рівні;
- обґрунтувати напрями удосконалення організаційно-управлінського механізму реалізації державної політики у сфері трансплантації;
- розробити рекомендації щодо оптимізації фінансово-економічного механізму забезпечення трансплантаційної діяльності;
- запропонувати заходи з розвитку інформаційно-комунікаційного механізму та підвищення рівня обізнаності населення про донорство органів.

Об'єкт дослідження – державна політика у сфері трансплантації органів на регіональному рівні.

Предмет дослідження – механізми реалізації державної політики у сфері трансплантації органів в Харківській області.

Методи дослідження. Для досягнення мети і виконання завдань дослідження використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: системний підхід – для визначення сутності та взаємозв'язків елементів державної політики у сфері трансплантації; структурно-функціональний метод – для аналізу організаційної структури системи трансплантації; порівняльний аналіз – для вивчення зарубіжного досвіду та можливостей його адаптації; статистичний аналіз – для оцінки динаміки показників донорства та трансплантації; нормативно-правовий аналіз – для дослідження законодавчого забезпечення; метод експертних оцінок – для виявлення проблем та перспектив розвитку; SWOT-аналіз – для визначення сильних і слабких сторін регіональної системи трансплантації; метод узагальнення – для формулювання висновків та рекомендацій.

Інформаційна база дослідження. Інформаційну основу дослідження становлять законодавчі та нормативно-правові акти України у сфері охорони здоров'я та трансплантації органів, офіційні статистичні дані Міністерства охорони здоров'я України, Спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації», Національної служби здоров'я України. Також враховувались звітні документи Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, дані закладів охорони здоров'я Харківської області, які мають право здійснювати трансплантаційну діяльність, аналітичні матеріали міжнародних організацій, наукові праці вітчизняних та зарубіжних дослідників у сфері державного управління охороною здоров'я та трансплантології.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці конкретних рекомендацій, які можуть бути використані органами державної влади та місцевого самоврядування, медичними закладами Харківської області

для вдосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері трансплантації. Запропоновані заходи щодо оптимізації організаційної структури, фінансового забезпечення та інформаційно-комунікаційної діяльності мають прикладний характер і можуть бути впроваджені у практику регіонального управління.

Запропоновані у магістерській роботі теоретичні положення, висновки і рекомендації можуть бути використані:

- Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації при розробці регіональних програм розвитку трансплантології;

- закладами охорони здоров'я області при плануванні та організації трансплантаційної діяльності;

- громадськими організаціями при проведенні інформаційно-освітніх кампаній з пропаганди донорства органів;

- у навчальному процесі при викладанні дисциплін з державного управління охороною здоров'я.

Апробація результатів роботи і публікації. За темою магістерської роботи опубліковано 2 наукові праці, з них 1 стаття у фахових виданнях, 1 тези доповідей на конференціях.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ

1.1 Сутність та зміст державної політики у сфері трансплантації органів

Державна політика у сфері трансплантації органів є специфічним напрямом державного управління охороною здоров'я, який характеризується високим ступенем складності, міждисциплінарністю та необхідністю збалансування медичних, правових, етичних, соціальних та економічних аспектів. Для розуміння сутності цієї політики необхідно визначити базові теоретичні концепти, проаналізувати підходи різних наукових шкіл та сформулювати власне бачення предмета дослідження.

У науці державного управління існують різні підходи до трактування поняття «державна політика». Представники інституційної школи розглядають державну політику як систему рішень та дій органів державної влади, спрямованих на вирішення суспільно значущих проблем. Неоінституціоналісти акцентують увагу на ролі формальних і неформальних інститутів у формуванні та реалізації політики. Прихильники раціонального вибору розглядають державну політику як результат цілераціональних дій акторів, які прагнуть максимізувати суспільний добробут за умов обмежених ресурсів [6].

Вітчизняні дослідники державного управління визначають державну політику як діяльність органів публічної влади щодо визначення цілей, пріоритетів, завдань та напрямів розвитку окремих сфер суспільного життя, а також механізмів їх реалізації. У працях В. Мартиненка, Н. Нижник, В. Бакуменка, О. Амосова державна політика розглядається як цілісна система принципів, цілей, пріоритетів, програм та заходів, які розробляються та

впроваджуються органами державної влади для вирішення суспільних проблем [1, 15, 17, 18].

Державна політика у сфері охорони здоров'я має низку особливостей, які відрізняють її від інших напрямів державної політики. По-перше, ця політика безпосередньо впливає на фундаментальні цінності – життя та здоров'я людини, що зумовлює високу соціальну відповідальність держави. По-друге, медична галузь характеризується інформаційною асиметрією між надавачами та споживачами послуг, що вимагає активної регуляторної ролі держави. По-третє, охорона здоров'я є сферою із тривалим періодом віддачі інвестицій та значними зовнішніми ефектами [4, 7].

Трансплантація органів як напрям охорони здоров'я має додаткові специфічні характеристики. Вона потребує складної багаторівневої системи організації, високого технологічного забезпечення, міждисциплінарної взаємодії різних медичних спеціальностей, чіткого правового регулювання етичних аспектів донорства та трансплантації [13].

На основі аналізу наукових джерел та практики державного управління можна визначити державну політику у сфері трансплантації органів як цілеспрямовану діяльність органів державної влади щодо формування та реалізації системи принципів, цілей, завдань, механізмів та заходів, спрямованих на забезпечення доступності та якості трансплантації як методу лікування термінальних стадій недостатності життєво важливих органів, збереження життя та здоров'я громадян, дотримання етичних норм та прав людини у процесі донорства та трансплантації [13].

Ця політика охоплює широке коло питань:

- правове регулювання процедур експлантації та трансплантації органів;
- організація системи виявлення, обстеження та ведення потенційних донорів;
- створення інфраструктури трансплантаційних центрів;
- фінансове забезпечення трансплантаційних програм;
- підготовка кадрів для сфери трансплантології;

- ведення реєстрів донорів та реципієнтів;
- забезпечення біоетичних принципів;
- міжнародна співпраця у сфері трансплантації;
- протидія незаконній торгівлі органами;
- інформаційна та просвітницька робота з населенням.

Державна політика у сфері трансплантації базується на фундаментальних принципах, які визначені міжнародними документами, зокрема Керівними принципами ВООЗ щодо трансплантації людських клітин, тканин та органів, та закріплені у національному законодавстві:

1) принцип добровільності донорства передбачає, що вилучення органів може здійснюватися лише за згодою донора або його представників. Цей принцип є основою етичності трансплантації та захищає права людини;

2) принцип безоплатності донорства забороняє купівлю-продаж органів та тканин людини. Органи не можуть бути товаром, а донорство має здійснюватися з альтруїстичних мотивів або на основі презумпції згоди;

3) принцип справедливого розподілу означає, що органи для трансплантації розподіляються між реципієнтами на основі об'єктивних медичних критеріїв сумісності, терміновості та черговості у листі очікування, без дискримінації за соціальним статусом, матеріальним станом, національністю чи іншими ознаками;

4) принцип пріоритету прав та інтересів донора і реципієнта над інтересами науки та суспільства встановлює, що медичні, етичні та правові норми роботи з донорами та реципієнтами не можуть порушуватися заради наукових чи суспільних інтересів;

5) принцип конфіденційності гарантує захист персональних даних донорів та реципієнтів, нерозголошення медичної інформації;

6) принцип науково-медичної обґрунтованості передбачає, що трансплантаційна діяльність здійснюється відповідно до сучасних наукових знань, клінічних протоколів, стандартів якості;

7) принцип державного контролю означає, що держава здійснює нагляд за дотриманням законодавства у сфері трансплантації, ліцензуванням трансплантаційної діяльності, моніторингом результатів [35].

Стратегічною метою державної політики у сфері трансплантації є забезпечення максимально можливої кількості громадян, які потребують трансплантації органів, доступом до цього методу лікування, що дозволить зберегти їхнє життя, відновити здоров'я, а також покращити якість [26].

Для досягнення цієї мети визначаються наступні завдання:

- збільшення кількості донорських органів шляхом підвищення ефективності виявлення потенційних донорів, формування культури посмертного донорства у суспільстві, розвитку прижиттєвого родинного донорства;

- розвиток інфраструктури трансплантації через створення нових трансплантаційних центрів, модернізацію існуючих, забезпечення сучасним обладнанням;

- підготовка висококваліфікованих кадрів для всіх напрямів трансплантології;

- вдосконалення правового регулювання трансплантаційної діяльності відповідно до міжнародних стандартів;

- забезпечення фінансової стійкості трансплантаційних програм;

- створення ефективної системи управління та координації трансплантаційною діяльністю;

- інтеграція України до міжнародного простору з обміну досвідом;

- протидія незаконній торгівлі органами та трансплантаційному туризму;

- формування позитивного ставлення населення до донорства органів [38].

Формування та реалізація державної політики у сфері трансплантації здійснюється системою взаємодіючих суб'єктів на різних рівнях. На загальнодержавному рівні: Верховна Рада України – визначає законодавчі

основи; Кабінет Міністрів України – формує державну політику, затверджує національні програми; Міністерство охорони здоров'я України – розробляє нормативно-правову базу, Спеціалізована державна установа «Український центр трансплант-координації» – координує діяльність медичних закладів; Національна служба здоров'я України – забезпечує фінансування трансплантацій за програмою медичних гарантій. На регіональному рівні: обласні військові адміністрації – забезпечують реалізацію державної політики на місцях; департаменти охорони здоров'я – координують діяльність закладів охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я: центри трансплантації – виконують операції з трансплантації; заклади, діяльність яких пов'язана з наданням медичної допомоги методом трансплантації, в структурі яких наявні відділення інтенсивної терапії, – виявляють потенційних донорів та забезпечують дотримання процедур з діагностики смерті мозку. Громадянське суспільство: громадські організації пацієнтів – захищають права реципієнтів; волонтерські організації – проводять просвітницьку роботу [21].

Об'єктами державної політики у сфері трансплантації є:

- система організації трансплантаційної діяльності на всіх рівнях;
- заклади охорони здоров'я та їх матеріально-технічне забезпечення;
- людські ресурси у галузі трансплантології;
- механізми оплати трансплантацій;
- правові норми регулювання трансплантації;
- інформаційна система трансплантації;
- суспільна свідомість щодо донорства органів;
- міжнародна співпраця у сфері трансплантації.

Процес формування та реалізації державної політики у сфері трансплантації проходить через класичні етапи політичного циклу. Починалось все з ідентифікації проблеми – визнання суспільством та владою існування проблеми з неможливістю отримання медичної допомоги методом трансплантації органів громадянами України на території власної

держави. Далі відбулось формулювання політики – аналіз причин проблеми, вивчення міжнародного досвіду, розробка альтернативних варіантів політики, визначення цілей, завдань, принципів. Легітимація політики – публічне обговорення, консультації із зацікавленими сторонами, схвалення політики через прийняття закону, постанов, затвердження програм. Реалізація політики – виконання заходів програм, функціонування центрів трансплантації, надання медичних послуг [15].

Державна політика у сфері трансплантації в Україні наразі перебуває на етапі активної реалізації. Початком реалізації такої політики можна сміливо вважати прийняття Верховною Радою України у 2018 році Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», проте активний розвиток системи розпочався лише з 2021 року. За майже п'ять років функціонування системи, звісно завдяки стало сформованій державній політиці, наявні неабиякі здобутки. Однак паралельна оцінкою досягнутих результатів дає можливість зрозуміти, що цих досягнень все ще недостатньо для покриття потреби населення України в наданні медичної допомоги методом трансплантації органів.

Таким чином, державна політика у сфері трансплантації органів є комплексним, багатовимірним напрямом державного управління, який вимагає системного підходу, міжсекторальної координації, балансування медичних, правових, етичних та економічних аспектів для досягнення головної мети – збереження життя та здоров'я громадян через забезпечення доступності трансплантації.

1.2 Механізми реалізації державної політики у сфері трансплантації: зарубіжний досвід

Ефективність державної політики у сфері трансплантації значною мірою залежить від правильного вибору та оптимального поєднання механізмів її реалізації. Вивчення зарубіжного досвіду дозволяє виявити найкращі

практики, уникнути помилок, адаптувати успішні моделі до українських реалій.

Організаційна модель системи трансплантації варіюється у різних країнах залежно від структури системи охорони здоров'я, адміністративно-територіального устрою, традицій державного управління. Іспанська модель вважається найбільш успішною у світі, адже ця країна утримує лідерство за показником донорів на мільйон населення вже протягом багатьох років. Наприклад, за показниками Всесвітнього реєстру донорства та трансплантації органів (IRODaT) у 2024 році в Іспанії реєструвалось майже 48 донорів на 1 мільйон населення [29]. Основними елементами іспанської моделі є наявність триступеневої системи координації. На національному рівні функції виконує Національна трансплантаційна організація (ONT) – централізована структура, яка координує всю трансплантаційну діяльність у країні, має високий рівень автономії та повноваження. На регіональному рівні наявні регіональні координатори у кожній автономній області, а на госпітальному – трансплант-координатори у кожній лікарні. Посада госпітального трансплант-координатора вкладає в себе повноваження висококваліфікованого лікаря, який поєднує клінічну роботу з організаційною функцією виявлення та ведення донорів, має відповідні повноваження та оплату праці. Окремо варто звернути увагу на законодавчу обов'язковість розглядати всіх померлих осіб в Іспанії як тих, то без запиту погоджується бути донором, тобто в цій країні діє презумпція згоди [37].

Модель США базується на приватно-державному партнерстві. Координацію донорства здійснюють 58 незалежних некомерційних організацій закупівлі органів (ОРО), які мають географічно визначені території обслуговування. United Network for Organ Sharing (UNOS) управляє загальнонаціональною мережею трансплантації та веде лист очікування. Федеральна влада здійснює регулювання, фінансування через програму Medicare, контроль якості. Ця модель забезпечує високу ефективність через конкуренцію між ОРО, але критикується за комерціалізацію [31].

Європейська модель представлена діяльністю міжнародних організацій координації трансплантації. Eurotransplant координує обмін органами між вісьмома країнами (Нідерланди, Бельгія, Люксембург, Німеччина, Австрія, Словенія, Хорватія, Угорщина). Це дозволяє оптимізувати розподіл дефіцитних органів, забезпечити кращу сумісність донорів та реципієнтів. Scandiatransplant об'єднує скандинавські країни. Ці організації розробляють спільні протоколи, алгоритми розподілу органів, стандарти якості [35].

Правові основи трансплантації у різних країнах базуються на двох основних концепціях отримання згоди на вилучення органів. Презумпція незгоди (opt-in система) діє у США, Великобританії, Німеччині, Данії. Вилучення органів можливе лише за наявності прижиттєвої згоди особи, зафіксованої у реєстрі донорів або донорській картці. Ця система відповідає принципу автономії особи, але призводить до дефіциту органів, оскільки багато людей не висловлюють свою волю.

Презумпція згоди (opt-out система) застосовується у Іспанії, Франції, Італії, Австрії, Бельгії. Передбачається, що особа за життя погоджується на посмертне донорство, якщо не висловила протилежної волі. Ця система значно збільшує кількість донорів, але викликає етичні дискусії щодо дотримання прав людини.

«М'яка» презумпція згоди практикується у Іспанії, Франції. Навіть за наявності презумпції лікарі обов'язково консультуються з родичами та не проводять вилучення у разі їхніх заперечень. Це компромісний підхід, який поєднує ефективність презумпції згоди з повагою до родинних цінностей.

«Тверда» презумпція згоди діє у Австрії. Думка родичів юридично не є обов'язковою для врахування. Проте навіть така авторитарна модель не дала можливості Австрії перебільшити показники Іспанії щодо донорства, адже в цій країні, наприклад у 2024 році, показник донорства на мільйон населення склав майже 19, що значно менше за іспанські показники.

Важливим правовим аспектом є встановлення критеріїв смерті. У більшості розвинених країн законодавчо закріплена концепція смерті мозку як

критерію смерті людини, що дозволяє здійснювати вилучення органів у донорів із серцебиттям. Чіткі протоколи діагностики смерті мозку, незалежність лікарів-неврологів та анестезіологів від трансплантаційної команди гарантують етичність процедури [31].

Системи фінансування трансплантації відрізняються залежно від моделі охорони здоров'я. Державне фінансування через загальне оподаткування застосовується у країнах з національними системами охорони здоров'я (Великобританія, Іспанія, скандинавські країни). В таких країнах трансплантація повністю безоплатна для пацієнтів, витрати покриваються з державного бюджету. Це забезпечує справедливий доступ незалежно від матеріального стану, але може призводити до обмеження бюджету та черг [3]. Соціальне медичне страхування функціонує у Німеччині, Франції, Нідерландах. Трансплантації фінансуються страховими фондами, куди роботодавці та працівники роблять внески. Пацієнти мають право на трансплантацію в межах страхового покриття. Ця система поєднує справедливість доступу з фінансовою стабільністю.

Приватне страхування домінує у США. Medicare покриває трансплантації для осіб старших 65 років та інвалідів, Medicaid – для малозабезпечених. Інші мають мати приватну страховку. Це призводить до нерівності доступу, коли незастраховані особи не можуть отримати трансплантацію [7].

Окремим питанням є фінансування імуносупресивної терапії після трансплантації, яка є довічною та дорогою. У більшості європейських країн держава повністю покриває ці витрати. У США Medicare оплачує імуносупресію лише протягом 36 місяців після трансплантації, потім пацієнти мають самостійно забезпечувати ліки, що призводить до відторгнення трансплантатів через фінансову неспроможність [36].

Сучасні системи трансплантації неможливі без потужних інформаційних технологій. Загальнонаціональні бази даних реципієнтів ведуться у всіх розвинених країнах. UNOS у США управляє листом очікування понад 100

тисяч пацієнтів. Eurotransplant координує лист очікування країн-учасниць. Бази містять детальну медичну інформацію, автоматично підбирають реципієнтів при появі донора за алгоритмами сумісності. Реєстри донорів дозволяють громадянам зареєструвати свою волю щодо посмертного донорства. У Великобританії понад 27 млн осіб зареєстровані у реєстрі донорів. Лікарі мають миттєвий доступ до інформації про волевиявлення особи.

Системи простежуваності органів забезпечують контроль на всіх етапах від вилучення до трансплантації. В різних країнах застосовуються різні практики, такі як штрих-коди, RFID-мітки для ідентифікації органів, моніторингу умов транспортування.

Телемедицина використовується для дистанційних консультацій при оцінці придатності органів, діагностики смерті мозку, супроводу реципієнтів після трансплантації.

Штучний інтелект впроваджується для прогнозування виживання трансплантатів, оптимізації розподілу органів, виявлення потенційних донорів.

Формування позитивного ставлення до донорства є критичним фактором успіху трансплантаційних програм. Іспанія проводить системні інформаційні кампанії через ЗМІ, соціальні мережі, освітні програми у школах. Рівень обізнаності населення про донорство перевищує 90%, підтримка донорства – близько 80% [28].

Великобританія використовує емоційні кампанії з участю реципієнтів та родин донорів, які розповідають особисті історії. День донора органів широко відзначається у медіа.

США активно залучають відомих осіб для популяризації донорства. Реєстрація у донорський реєстр інтегрована у процес отримання водійських прав.

Нідерланди запровадили систему активного вибору: кожен громадянин віком 18 років отримує лист з проханням висловити свою волю щодо донорства. Це підвищує усвідомленість теми.

Ефективними є програми у закладах освіти, де молодь отримує знання про донорство, трансплантацію, може зареєструватися донором. Важливу роль відіграють громадські організації пацієнтів, які проводять адвокаційну роботу.

Забезпечення високої якості трансплантаційних послуг є пріоритетом. Акредитація та ліцензування центрів трансплантації проводиться на основі суворих критеріїв матеріально-технічного забезпечення, кадрового потенціалу, дотримання протоколів. У США акредитацію здійснює UNOS, в Європі – національні агентства якості. Моніторинг результатів передбачає обов'язкову звітність центрів про виживання пацієнтів та трансплантатів. Дані публікуються, що забезпечує прозорість та стимулює покращення якості. Інспекції та аудити медичних закладів виявляють порушення стандартів, недоліки у роботі. Системи навчання та сертифікації персоналу гарантують компетентність лікарів, медсестер, трансплант-координаторів.

Глобальний характер проблеми дефіциту органів стимулює міжнародну співпрацю. Обмін органами між країнами практикується у рамках Eurotransplant, Scandiatransplant. Це розширює пул донорів для пацієнтів з рідкісними типами антигенів, які мають бути сумісними при співставленні пар донор-реципієнт.

Протидія трансплантаційному туризму координується через Стамбульську Декларацію, яка засуджує комерційну торгівлю органами. Країни зобов'язуються обмінюватися інформацією про підозрілу діяльність [39].

Обмін знаннями відбувається через міжнародні конференції, публікації, навчальні програми. ВООЗ розробляє глобальні керівні принципи [35].

Аналіз зарубіжного досвіду демонструє різноманітність моделей організації трансплантації, які можуть бути адаптовані до українських умов з

урахуванням специфіки національної системи охорони здоров'я, правової культури, економічних можливостей.

1.3 Нормативно-правове забезпечення державної політики у сфері трансплантації в Україні

Правове регулювання трансплантаційної діяльності в Україні базується на ієрархічній системі нормативно-правових актів, які визначають принципи, процедури, відповідальність учасників трансплантаційного процесу. Формування сучасної правової бази трансплантології в Україні є тривалим процесом, який розпочався у 1999 році з прийняттям базового Закону «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині». Проте така редакція закону все ще не дозволяла впроваджувати трансплантацію, адже містила кримінальні ризики для лікарів. Редакція Закону від 2018 року такі ризики ліквідувала, саме тому ця медична допомога в Україні стала можливою. Нормативно правове регулювання за роки відбудови системи має вже значні результати, але все ще продовжується дотепер шляхом удосконалення законодавства відповідно до міжнародних стандартів та потреб практики [21].

Конституція України закладає фундаментальні принципи, на яких базується законодавство про трансплантацію. Стаття 3 проголошує, що людина, її життя і здоров'я визнаються найвищою соціальною цінністю. Стаття 27 гарантує право кожного на життя, забороняє позбавлення життя. Стаття 28 закріплює право на повагу до гідності людини, забороняє катування, жорстоке поводження. Стаття 49 гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, встановлює обов'язок держави створювати умови для ефективного і доступного медичного обслуговування. Ці конституційні положення створюють правову основу для розвитку трансплантації як методу збереження життя та здоров'я громадян, водночас встановлюють межі державного втручання, вимагають поваги до автономії та гідності людини у процесі донорства та трансплантації [14].

Основним законодавчим актом, що регулює трансплантацію в Україні, є Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17 травня 2018 року № 2427-VIII, який набрав чинності 1 січня 2019 року. Цей Закон замінив попередній Закон 1999 року та суттєво модернізував правове регулювання трансплантації, надавши чіткі дефініції термінів «трансплантація», «донор», «реципієнт», «анатомічні матеріали», «смерть мозку», що усуває правову невизначеність та забезпечує однакове розуміння понять усіма суб'єктами правовідносин [21].

Презумпція незгоди. Стаття 16 встановлює, що вилучення анатомічних матеріалів у померлої особи може здійснюватися, лише у двох випадках: якщо ця особа за життя висловила побажання стати донором після смерті або якщо представники такої особи після її смерті готові пожертвувати анатомічні матеріали для донорства, відповідно підписавши згоду. Це стало можливим завдяки наявному в Законі зобов'язанні фіксувати та реєструвати волевиявлення осіб через Єдину державну інформаційну систему трансплантації (ЄДІСТ) [21].

Також Закон дав можливість проводити трансплантації від живого донора, але лише у випадку, якщо донор має родинний ступінь зв'язку з реципієнтом. Якщо є можливість прижиттєвого спорідненого донорства, воно має пріоритет над трупним донорством, оскільки результати трансплантації від живого донора зазвичай кращі. Живий донор, обов'язково повнолітня дієздатна особа, має бути повністю поінформований про можливі наслідки донорства для його здоров'я, мати право відмовитися на будь-якому етапі, його згода має бути добровільною, без примусу чи матеріальної винагороди.

Одне з ключових формулювань Закону – категорично забороняється купівля-продаж анатомічних матеріалів людини. Донорство може здійснюватися лише з гуманних мотивів. Встановлюється кримінальна відповідальність за торгівлю органами, а донорство та трансплантація, що для донора, що для реципієнта, має право здійснюватися лише за кошти державного бюджету.

Закон передбачає створення централізованої електронної системи, яка веде реєстри донорів та реципієнтів, забезпечує розподіл донорських органів за медичними критеріями, фіксує інформацію про згоду та незгоду громадян на посмертне донорство.

Законодавчо закріплюється концепція смерті мозку як критерію смерті людини. Встановлюються чіткі медичні протоколи діагностики смерті мозку, вимоги до кваліфікації лікарів-діагностів, їх незалежності від трансплантаційної команди. Також Закон передбачає створення та встановлення вимоги до медичних закладів, які можуть виконувати трансплантації.

Закон 2018 року став значним кроком вперед у розвитку правового регулювання трансплантації, наблизив українське законодавство до європейських стандартів. Проте його реалізація виявила низку проблем, які потребують законодавчого врегулювання, саме це викликало необхідність розширення нормативно-правового регулювання на підзаконному рівні [21].

Деталізація положень базового Закону здійснюється через систему підзаконних актів, прийнятих Кабінетом Міністрів України та Міністерством охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 27 грудня 2018 року № 1211 затверджує порядок надання та порядок отримання письмової згоди на вилучення з тіла померлої особи анатомічних матеріалів з метою проведення трансплантації реципієнтам [9].

Постанова КМУ «Про затвердження Порядку ведення Єдиної державної інформаційної системи трансплантації» від 23 грудня 2020 № 1366 встановлює правила функціонування ЄДІСТ, види інформації, яка вноситься до системи, порядок доступу до даних, механізм фіксації незгоди на донорство [24].

Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році» від 24 грудня 2024 р. № 1503 затверджує порядок реалізації програми державних гарантій, складовою якого є надання медичної допомоги методом трансплантації. Саме ця постанова

регламентує тарифи на надання такої медичної допомоги, а пролонгація постанови відбувається наприкінці грудня попереднього року на наступний [10].

Одним з головних підзаконних актів вважається Наказ МОЗ України від 09 листопада 2020 р. № 2559 «Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я». Саме цим наказом затверджено порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини, а також визначено порядок припинення активних заходів щодо лікування. Чіткі та зрозумілі алгоритми у визначеній послідовності, вимоги до складу консилиуму лікарів з діагностики смерті мозку, які викладені у зазначеному вище наказі, дали можливість імплементувати таку діяльність у всіх закладах охорони здоров'я України [20].

Наказом МОЗ України від 21 липня 2021 р. № 1500 «Про затвердження Положення про врегулювання діяльності трансплант-координаторів» визначено особливості діяльності трансплант-координаторів. Набрання чинності цим наказом дало можливість закладам охорони здоров'я забезпечувати сталий моніторинг та контроль пацієнтів, які потребують медичної допомоги методом трансплантації. Окремо варто зазначити, що саме цей наказ дав чітке розуміння вимог для трансплант-координаторів [20].

Не менш важливим для вітчизняної системи трансплантації стало створення в Україні вимог та характеристик до бригад вилучення анатомічних матеріалів, адже в усіх країнах світу, в яких проводяться трансплантації, наявна чітка послідовність процесів від вилучення окремих органів до проведення трансплантації. Саме наказ МОЗ України від 11 червня 2021 р. № 1184 «Деякі питання організації посмертного донорства» дав можливість практикуючим лікарям зрозуміти послідовність та порядок процесів, які необхідно здійснити під час вилучення органів [8].

Окремо важливо звернути увагу, що Закон визначає лише основні елементи, при яких відбувається трансплантація, він не говорить про послідовність отримання анатомічних матеріалів реципієнтами, які включені в

Національний лист очікування. Саме тому в Україні наявний порядок розподілу, затверджений наказом МОЗ України від 18 лютого 2021 р. № 293 «Про затвердження Порядку розподілу анатомічних матеріалів та критеріїв встановлення пар донор-реципієнт» [25].

Також для можливої реалізації механізму прижиттєвого родинного донорства в Україні наявні умови вилучення анатомічних матеріалів у живого донора та перелік анатомічних матеріалів, дозволених до вилучення у живого донора, які затверджені наказом МОЗ України від 07 червня 2022 р. № 968. Саме цим наказом встановлена послідовність процесів при плануванні прижиттєвої донації, а також визначено особливості реалізації такої трансплантації реципієнтам [27].

Відносно нещодавно законотворцям вдалось розширити нормативно-правове регулювання системи шляхом створення окремого наказу МОЗ України, який визначає критерії якості та безпечності анатомічних матеріалів, які вилучаються у донора, з метою їх трансплантації реципієнтам. Також важливою складовою цього наказу стало викладення алгоритму проведення заходів кондиціонування донорів, адже саме цей процес, який вкрай важкий для реалізації лікарями, вкрай необхідний для отримання якісних анатомічних матеріалів [22].

Завдяки Розпорядженню Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках» в Україні створено стратегічний документ, який визначає пріоритети та заходи державної політики у сфері охорони здоров'я. Одним з таких пріоритетів є розвиток системи трансплантації, а для покращення такого розвитку в країні операційним планом дій визначено необхідність подальшого розширення нормативно-правової сфери системи трансплантації шляхом створення галузевих стандартів надання медичної допомоги методом трансплантації. Відповідні дії щодо створення таких стандартів вже активно відбуваються, наприклад, робочими групами з розробки медико-технологічних

документів вже опрацьовано та надано до Державного експертного центру Міністерства охорони здоров'я України проекти клінічних настанов, які в подальшому стануть основою для галузевого стандарту з трансплантації нирки та печінки [26].

Кримінальний кодекс України містить норми, які встановлюють відповідальність за злочини у сфері трансплантації. Стаття 143 «Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини» передбачає покарання за незаконне проведення трансплантації, вилучення органів без згоди донора, примушування до донорства. Стаття 144 «Насильницьке донорство» встановлює суворі санкції за примушування особи до донорства шляхом насильства, погроз, обману. Стаття 149 «Торгівля людьми» охоплює випадки торгівлі людьми з метою вилучення органів. Ці норми спрямовані на захист прав донорів та реципієнтів, протидію комерціалізації донорства, що також дає можливість запобігти таким ситуаціям [16].

Незважаючи на значний прогрес у розвитку правової бази в системі трансплантації України все ще залишаються недоліки. Один з таких – недостатня обізнаність населення щодо донорства та трансплантації органів. ЄДІСТ почала функціонувати лише у 2019 році, але механізм фіксації згода або незгоди громадян недостатньо відомий населенню. Відсутня масштабна інформаційна кампанія, яка б роз'яснила громадянам їхні права та можливості.

Відсутність механізму компенсації шкоди живому донору. Якщо внаслідок донорства виникають ускладнення для здоров'я донора, законодавство не передбачає чіткого механізму відшкодування витрат на лікування, втрати працездатності.

Відсутність врегулювання питань посмертного донорства від осіб, які померли від зупинки серця (донори з асистолією). Більшість донорів у світі – це донори із смертю мозку при збереженому серцебитті. Проте значний потенціал мають донори після зупинки серця, якщо органи швидко вилучаються та консервуються. Українське законодавство недостатньо врегулює цей напрям.

До прикладу, донорство після зупинки серця складає майже 30% від загальної кількості зареєстрованих донорів в Іспанії [33].

Обмеженість правового регулювання трансплантації від дитини-донора до дитини-реципієнта. Педіатрична трансплантація має свою специфіку, яка потребує деталізації у законодавстві. На жаль після реєстрації в країні донора дитячого віку не існує пріоритизації для проведення трансплантації реципієнту також дитячого віку.

У багатьох країнах функціонують спеціалізовані організації координації донорства з чітко визначеним правовим статусом, повноваженнями, фінансуванням. В Україні такою організацією є Спеціалізована державна установа «Український центр трансплант-координації» (Центр, УЦТК), проте ця установа не має таких стійких, можна навіть гучно зазначити – частково владних, повноважень, як більшість інших країн. В націй країні Центр виконує лише координуючу функцію, проте не має контролю над закладами, які надають медичну допомогу методом трансплантації та/або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією [29].

Окремою проблемою, яка потребує розширення правового регулювання, є недостатність фінансового забезпечення для осіб, які отримали медичну допомогу методом трансплантації. Звісно, в Україні створена система реімбурсації лікарських засобів, завдяки якій пацієнти після трансплантації мають можливість пожиттєво отримувати імуносупресивні препарати безкоштовно або з невеликою доплатою, але пацієнти також пожиттєво мають бути під наглядом та спостереженням профільних лікарів з можливістю отримувати специфічну діагностику, таку як біопсію трансплантованого органу або визначення концентрації імуносупресивного препарату в крові пацієнта. Такі методи діагностики на зараз покриваються державою лише протягом першого року після проведення трансплантації.

Україна є учасником низки міжнародних документів у сфері трансплантації. Керівні принципи ВООЗ щодо трансплантації людських клітин, тканин та органів, схвалені у 2010 році, встановлюють глобальні стандарти

етичності та безпеки трансплантації. Україна взяла на себе зобов'язання імплементувати ці принципи у національне законодавство. Це зобов'язання Україна виконала [35].

Конвенція Ради Європи про права людини та біомедицину (Конвенція Ов'єдо) та Додатковий протокол до неї про трансплантацію органів та тканин людського походження встановлюють європейські стандарти захисту прав людини у біомедичних дослідженнях та практиці. Україна підписала Конвенцію у 2002 році, але досі не ратифікувала, що обмежує повноту імплементатії європейських стандартів [32].

Стамбульська декларація про трансплантаційний туризм та торгівлю органами закликає держави протидіяти експлуатації донорів, комерціалізації трансплантації, трансплантаційному туризму. Україна підтримує принципи Декларації [39].

Директива 2010/53/ЄС Європейського Парламенту та Ради про стандарти якості та безпеки органів людини, призначених для трансплантації, встановлює вимоги до якості органів, процедур донорства, акредитації центрів. У контексті європейської інтеграції України актуальним є наближення національного законодавства до цієї Директиви [34].

Для повноцінної реалізації державної політики у сфері трансплантації необхідне подальше вдосконалення законодавства за наступними напрямками:

- ратифікація Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину;
- розробка та затвердження Постанови Кабінету Міністрів України щодо розширення повноважень УЦТК;
- врегулювання питань педіатричної трансплантації;
- встановлення гарантій безоплатного позиттивного забезпечення реципієнтів після трансплантації;
- запровадження цифрового шляху волевиявлення осіб щодо згоди або незгоди на посмертне донорство;
- створення ліцензійних умов для закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу методом трансплантації;

- гармонізація законодавства з європейськими стандартами якості та безпеки.

Таким чином, нормативно-правове забезпечення державної політики у сфері трансплантації в Україні пройшло значний шлях розвитку, проте потребує подальшого удосконалення для створення повноцінної правової основи ефективного функціонування системи трансплантації, захисту прав учасників трансплантаційного процесу, інтеграції до європейського правового простору.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

2.1 Організаційна структура та інституційне забезпечення трансплантації в Харківській області

Організація трансплантаційної діяльності в Харківській області здійснюється у межах загальнодержавної системи надання медичної допомоги населенню та регулюється Законом України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, розпорядженнями обласної державної адміністрації та регіональними програмами розвитку охорони здоров'я.

Харківська область посідає особливе місце у системі надання високоспеціалізованої медичної допомоги в Україні. Регіон має потужну медичну інфраструктуру, висококваліфікований кадровий потенціал та багаторічний досвід виконання складних хірургічних втручань, включаючи операції з трансплантації органів. Станом на 2025 рік у Харківській області наявна розгалужена мережа медичних закладів, яка могла б забезпечити всі етапи трансплантаційного процесу – від виявлення потенційних донорів до післяопераційного супроводу реципієнтів. Проте на жаль цього не відбувається.

Система організації трансплантації в Харківській області має ієрархічну структуру, яка включає регіональні, обласні та міські рівні управління. На регіональному рівні координацію та управління трансплантаційною діяльністю здійснює Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, який діє відповідно до Положення про департамент, затвердженого розпорядженням голови облдержадміністрації [30].

Департамент охорони здоров'я виконує наступні функції у сфері трансплантації:

- формування та реалізація регіональної політики у сфері трансплантації відповідно до загальнодержавних пріоритетів;
- координація діяльності медичних закладів області, які здійснюють трансплантаційну діяльність;
- забезпечення взаємодії з Спеціалізованою державною установою «Український центр трансплант-координації» в питаннях координації роботи закладів охорони здоров'я;
- забезпечення взаємодії з Національною службою здоров'я України щодо фінансування операцій з трансплантації органів;
- моніторинг показників донорства та трансплантації в регіоні;
- організація навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників у сфері трансплантології;
- здійснення контролю за дотриманням законодавства у сфері трансплантації;
- проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення щодо донорства органів.

Безпосереднє виконання трансплантаційних операцій та супутніх медичних процедур, відповідно до наказу МОЗ України, має право здійснюватися у спеціалізованих медичних закладах області. Такими закладами в Харківській області є:

- Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня» Харківської обласної ради – провідний багатопрофільний заклад охорони здоров'я регіону, який має ліцензію на провадження медичної практики з правом надання медичної допомоги методом трансплантації. Лікарня обладнана сучасною операційною базою, має відділення інтенсивної терапії, нефрологічне та гепатологічне відділення. У штаті лікарні наявний трансплант-координатор, який є головним фахівцем закладу з питань донорства та трансплантації органів, забезпечує організацію процесу виявлення потенційних донорів, організовує проведення діагностичних процедур та координацію із установою на національному рівні – УЦТК. На жаль в даному закладі не проводились

операції з трансплантації органів. Протягом 2025 року в закладі відбулось декілька констатацій смертей мозку, після яких в двох випадках було отриману згоду на вилучення анатомічних матеріалів з тіла померлої особи, що дало змогу провести трансплантації органів реципієнтам, проте ці реципієнти перебували в листах очікування центрів трансплантації інших регіонів країни;

- Філія «Університетська лікарня» Харківського національного медичного університету – науково-дослідна установа, яка поєднує клінічну практику з науковими дослідженнями у галузі. Включена до наказу МОЗ України, до цього цей заклад був включений до Пілотного проєкту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів з 2018 року, проте за всі роки в закладі не відбулось жодної констатації смерті мозку, також жодної трансплантації в закладі не відбулось;

- Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала» – єдиний заклад Харківської області, завдяки поєднаним діям керівного та виконавчого складу якого в регіоні відбуваються трансплантації нирок. На жаль, заклад, попри наявну спроможну науково-технічну базу, а також вагомий штатний професорський склад, виконує лише поодинокі трансплантації нирок від живого родинного донора. До прикладу, за 2025 рік, за даними Українського центру трансплант-координації», в закладі провели дві трансплантації нирок від двох родинних донорів [10].

Організаційна модель системи трансплантації в Харківській області базується на принципах координації, централізації інформації та децентралізації виконання медичних процедур. Ключовим елементом цієї моделі є УЦТК – національний координатор, який координує діяльність всіх закладів. На обласному рівні частіше за все з УЦТК відбувається співпраця з представниками трансплант служби на базі Обласної клінічної лікарні [29].

Відповідно до чинного законодавства, на базі обласних лікарень мають функціонувати області діагностичні бригади, які, у випадку виявлення

ймовірного донора в закладах охорони здоров'я регіону, мажуть надати організаційно-методичне забезпечення при проведенні процедури з діагностики смерті мозку. Саме тому обласна лікарня має забезпечувати:

- цілодобовий моніторинг наявності потенційних донорів у медичних закладах області;
- координація взаємодії між закладами охорони здоров'я, де виявлено потенційних донорів, та УЦТК;
- забезпечення зв'язку із ЄДІСТ;
- організація логістики транспортування донорських органів;
- ведення реєстру реципієнтів;
- документальне супроводження процесу трансплантації [20].

Взаємодія медичних закладів у процесі трансплантації здійснюється за встановленими протоколами. Якщо у будь-якому лікувальному закладі області виявляється потенційний донор з діагностованою смертю мозку, лікарі негайно інформують УЦТК. Спеціалісти центру проводять попередню оцінку придатності органів для трансплантації, організують необхідні діагностичні процедури, та, у випадку встановлення медичних передумов до донорства, перевіряють інформацію в ЄДІСТ щодо наданої за життя згоди. Якщо такої згоди за життя не було зареєстровано в ЄДІСТ, представники УЦТК повідомлять про це трансплант-координатора потенційного донора для того, щоб він організував проведення розмови з представниками померлої особи [23].

Після отримання згоди на вилучення органів ЄДІСТ відповідно до медичних критеріїв сумісності та черговості у листі очікування визначає пари донор-реципієнт, а представник УЦТК взаємодіє із трансплант-координаторами центрів трансплантацій для того, щоб вони підтвердили або спростували готовність закладу провести трансплантацію визначеному ЄДІСТ реципієнту. Після підтвердження готовності всіх представників бригади вилучення формується мультидисциплінарна бригада забору органів, забезпечується транспортування донорських органів, координується робота операційних команд [25].

Кадровий потенціал є визначальним фактором успішності трансплантаційної програми. Станом на 2025 рік у Харківській області працює близько 40 лікарів, які мають кваліфікацію у галузі трансплантології, включаючи хірургів-трансплантологів, нефрологів, гастроентерологів, урологів, кардіологів, кардіохірургів, анестезіологів-реаніматологів. Окрему групу становлять трансплант-координатори – спеціалісти, які забезпечують організаційну роботу з виявлення донорів, взаємодію із родичами, документальне оформлення [2, 3, 30].

Проте кадрове забезпечення залишається одним із проблемних аспектів розвитку трансплантації в регіоні. Спостерігається дефіцит фахівців, особливо трансплант-координаторів у районних та міських лікарнях. Деякі заклади охорони здоров'я взагалі не мають доступу до ЄДІСТ. Недостатньою є система мотивації медичних працівників, які беруть участь у трансплантаційному процесі. Потребує розширення система підготовки та підвищення кваліфікації трансплантологів [29].

Матеріально-технічна база трансплантаційних центрів Харківської області включає спеціалізовані операційні зали, обладнані сучасною апаратурою для виконання складних хірургічних втручань, відділення інтенсивної терапії з апаратами штучної вентиляції легень, діалізу, моніторингу життєвих функцій. Забезпечення медикаментами для імуносупресивної терапії здійснюється через систему реімбурсації, яка реалізується Національною службою здоров'я України.

Водночас існують проблеми технічного оснащення. Частина медичного обладнання є застарілою та потребує модернізації чи заміни. Недостатньою є забезпеченість спеціалізованим транспортом для швидкого транспортування донорських органів. Обмеженими є можливості проведення окремих видів високоточної діагностики цілодобово, що є вкрай важливим для донорства, адже більшість пов'язаних з цим процесом процедур припадають саме на нічний час.

Регіональне правове регулювання трансплантаційної діяльності здійснюється через прийняття обласних програм розвитку охорони здоров'я, розпоряджень та наказів Департаменту охорони здоров'я. У 2021 році, після набрання чинності наказом МОЗ України № 2559, обласні адміністрації мали затвердити наказ про виїзні діагностичні бригади, які можуть бути долучені при проведенні діагностики смерті мозку в закладах Харківської області. Представники Харківської обласної лікарні, які також мають бути включені до зазначеного вище наказу, повідомляють про його наявність, проте представники інших закладів охорони здоров'я області за допомогою у вирішенні більшості питань при проведенні діагностики смерті мозку звертаються до УЦТК.

Окрема проблема реалізації програми полягає в особливому періоді, а саме в умовах воєнного стану, коли ресурси охорони здоров'я спрямовані переважно на надання допомоги пораненим та постраждалим. І це дійсно колосальна проблема для Харкова, як для прифронтового міста, в якому великий об'єм медичної допомоги покладений саме на лікування військових. Через це закладам не вдається розмежувати потоки пацієнтів, забезпечити вчасне виявлення ймовірних донорів, а через дефіцит кадрів – вчасно провести необхідні процедури.

Попри всі наявні проблеми харківські трансплантаційні центри активно співпрацюють із провідними клініками інших регіонів України, передусім Києва, Львова, Запоріжжя. Здійснюється обмін досвідом, спільні консилиуми у складних клінічних випадках, взаємодія у рамках загальнодержавної системи розподілу донорських органів.

Розвивається міжнародна співпраця з трансплантаційними центрами Європи. Харківські спеціалісти проходять стажування у клініках Іспанії, Німеччини, Польщі, Ізраїлю. Відбувається участь у міжнародних конференціях, науковий обмін, впровадження передових технологій.

Аналіз організаційної структури та інституційного забезпечення трансплантації в Харківській області виявляє низку системних проблем. По-перше, відсутність спеціалізованого регіонального центру координації

донорства та трансплантації як окремої юридичної особи із власним бюджетом, штатом, повноваженнями. Наразі координаційні функції частково виконуються на базі Обласної клінічної лікарні, що обмежує можливості ефективного управління. По-друге, недостатня координація між різними рівнями системи охорони здоров'я. Районні та міські лікарні, де потенційно можуть виявлятися донори, не інтегровані в ЄДІСТ через відсутність в таких закладах трансплант-координатора. Медичний персонал цих закладів недостатньо обізнаний із протоколами виявлення та ведення потенційних донорів. По-третє, обмеженість повноважень регіональних органів управління охороною здоров'я у сфері трансплантації. Більшість рішень приймається на загальнодержавному рівні, регіони мають обмежені можливості адаптації політики до місцевих умов та потреб. По-четверте, недосконалість системи моніторингу та оцінки ефективності трансплантаційної діяльності на регіональному рівні. Відсутні чіткі індикатори, регулярна звітність, механізми відповідальності за результати. Удосконалення інституційного забезпечення трансплантації в Харківській області потребує системних змін, спрямованих на створення ефективної моделі управління, яка забезпечить координацію всіх учасників трансплантаційного процесу, оптимальне використання ресурсів та підвищення доступності трансплантації для населення регіону.

2.2 Аналіз показників донорства та трансплантації органів у Харківській області

Оцінка стану донорства та трансплантації органів в Харківській області базується на аналізі статистичних показників, які характеризують динаміку, структуру та ефективність трансплантаційної діяльності у регіоні. Аналіз здійснено на основі даних Міністерства охорони здоров'я України, Українського центру трансплант-координації, Національної служби здоров'я України за період 2019-2025 років.

Харківська область з населенням близько 2,6 млн осіб (станом на 2022 рік) є одним із найбільш населених регіонів України. За оцінками фахівців, щорічна потреба у трансплантації нирок становить близько 150-180 пацієнтів, печінки – 30-40 пацієнтів, серця – 15-20 пацієнтів. Ці показники розраховуються виходячи із середньоєвропейської статистики захворюваності на термінальні стадії ниркової, печінкової та серцевої недостатності.

Станом на грудень 2025 року у листі очікування трансплантації в Харківській області перебувають 20 пацієнтів, які потребують трансплантації нирки. Варто зазначити, що з трьох закладів Харківської області, лише в Центрі урології наявний лист очікування. Відповідно, потреба з трансплантації печінки та серця в Харківській області не може бути покрита, через що реципієнти вимушені перебувати на обліку в листах очікування центрів трансплантації інших регіонів. Ці дані свідчать про значний незадоволений попит на трансплантацію у регіоні.

За даними ЄДІСТ в листах очікування різних центрів трансплантації країни перебуває близько 200 реципієнтів, при реєстрації в системі яких вказано адресу проживання у Харківському регіоні. Переважна більшість з них очікують на трансплантацію нирки. З 2021 по 2025 роки, також за даними ЄДІСТ, в Україні було проведено 97 трансплантацій органів реципієнтам, представникам Харківщини. Але лише 20 з 97 реципієнтів отримали медичну допомогу методом трансплантації на території Харківської області. Ці дані підтверджують зазначену вище проблему з неможливістю закладів охорони здоров'я покривати потребу в наданні медичної допомоги методом трансплантації.

Аналіз статистичних даних за 2019-2025 роки дозволяє оцінити тенденції розвитку посмертного донорства в Харківській області. У 2019 році, коли набрав чинності новий Закон про трансплантацію, за даними Національної служби здоров'я України, в регіоні не відбулось жодної констатації смерті мозку. З 2020 по 2022 рік на Харківщині було проведено 7 діагностик смертей мозку, проте про ці діагностичні процедури не було повідомлено УЦТК так

само як і не було проведено розмов з представниками померлих осіб щодо готовності надати згоду на вилучення анатомічних матеріалів. У 2023 році, попри повномасштабне вторгнення та складну безпекову ситуацію у регіоні, представниками УЦТК спостерігалось збільшення частоти інформування про встановлення діагнозу смерть мозку пацієнтам регіону, проте, в жодному з таких випадків не було отримано згоду на вилучення органів. Революційним для Харківщини став 2024 рік, тоді пацієнту в Харківській обласній лікарні було діагностовано смерть мозку, від родичів померлого було отримано згоду на вилучення анатомічних матеріалів. Проте під час внесення інформації про донора в ЄДІСТ для подальшого забезпечення автоматизованого співставлення пар донор-реципієнт, відбулось падіння гемодинамічних показників у донора з зупинкою серцевої діяльності. Такі випадки зупинки серцевої діяльності нерідкість в системі трансплантації, адже процес кондиціонування донора, як і лікування пацієнтів, також потребує фахових компетентностей та відповідного досвіду [29, 30].

У 2025 році представникам Харківської обласної лікарні все ж вдалось доєднатись до національного тренду з донорства органів. Можливо цьому сприяли плани Національної служби здоров'я України в рамках Програми медичних гарантій на 2026 рік впровадити індикаторний показника у кількості 5% проведених процедур з діагностики смерті мозку пацієнтам від загальної кількості летальних наслідків з приводу уражень головного мозку протягом 2025 року. Відповідно до цієї вимоги заклади, які протягом 2025 року не забезпечать проведення 5% діагностик від загальної кількості летальних наслідків з приводу уражень головного мозку протягом 2025 року, не матимуть змоги підписати договір з НСЗУ у 2026 році.

Проте це лише здогадки, головне, що на грудень 2025 року у Харківській обласній лікарні двічі відбулось влучення анатомічних матеріалів. Загальна кількість – 6 анатомічних матеріалів (2 серця, 4 нирки) було пересаджено реципієнтам, які перебували у листах очікування центрів трансплантації Київ та Львова [29].

Позитивна динаміка 2025 року пов'язана з покращенням координації донорства, навчанням персоналу. Водночас показник 0,8 донорів на млн населення Харківщини залишається значно нижчим за європейські стандарти (середній показник ЄС – близько 20 донорів на млн населення, Іспанії – понад 46 на млн) та потенціал регіону.

За оцінками фахівців, потенційна кількість донорів у Харківській області може становити 40-50 осіб щорічно, виходячи з кількості пацієнтів із смертю мозку у відділеннях інтенсивної терапії регіону. Реалізація 2 донорів означає використання лише 4% потенціалу. Основними причинами низької реалізації є: недостатня обізнаність медичного персоналу про протоколи виявлення та ведення донорів, відмови родичів донорів, організаційні проблеми координації між медичними закладами, відсутність трансплант-координаторів у районних лікарнях, а також відсутність стимулювання керівниками закладів дотичних до відповідних процедур лікарів.

Серед посмертних донорів, зареєстрованих по всій країні, основні причини смерті мозку: геморагічні інсульти (65%), ішемічні інсульти з масивним набряком мозку (20%), черепно-мозкові травми внаслідок дорожньо-транспортних пригод (10%), інші причини (5%). Воєнні дії з 2022 року не вплинули на цю картину, адже відповідно до Закону, особи, які загинули внаслідок бойових дій, як цивільні, так і військові, не можуть розглядатись як донори.

На грудень 2025 року в Україні зареєстровано 146 ефективних посмертних донорів. На рисунку 2.1 зазначена кількість ефективних донорів у розрізі регіонів України, яка опублікована на офіційному сайті УЦТК. 2025 рік став першим в історії незалежності України, коли на такій мапі з'явився Харків.

Кількість виконаних трансплантацій органів у Харківській області за 2021-2025 роки демонструє хвилеподібну динаміку. У 2021 році у Харківському урологічному центрі було проведено 7 трансплантацій нирки від живого донора, у 2022 – 2, у 2023 – 6, у 2024 – 3, у 2025 – 2. Загально в області

виконано 20 трансплантацій органів: всі нирки і всі від живого родинного донора.



Рисунок 2.1 – Кількість ефективних донорів-трупів за період січень-грудень 2025 року

Для порівняння на рисунку 2.2 наведена кількість виконаних центрами трансплантацій протягом року станом на 10.12.2025.

Аналіз структури трансплантацій показує домінування трансплантацій нирки, які становлять 60% від усіх операцій. Це відповідає загальносвітовим тенденціям, оскільки хронічна ниркова недостатність є найбільш поширеним показанням до трансплантації, а технологія трансплантації нирки найбільш відпрацьована. На жаль на сьогоднішній день це єдиний вид трансплантації, який можливий у Харківській області.

Оцінка результатів трансплантацій здійснюється за показниками виживання пацієнтів та трансплантатів. Харківський обласний центр урології демонструє результати, які відповідають міжнародним стандартам. Оскільки політика Міністерства охорони здоров'я України не передбачає висвітлення показників щодо виживаності реципієнтів та графтів на офіційних ресурсах, абсолютні показники у роботі не наведено.

Середній час очікування трансплантації у листі очікування є критичним показником доступності. У Харківській області цей показник значно варіюється залежно від органу та групи крові. Попри не найбільшу кількість реципієнтів у листі очікування Харківського центру урології варто зазначити, що в закладі вже трансплантовані реципієнти, які були поставлені на облік у 2021 році. Така тенденція, для порівняння, наявна не в усіх регіонах країни.

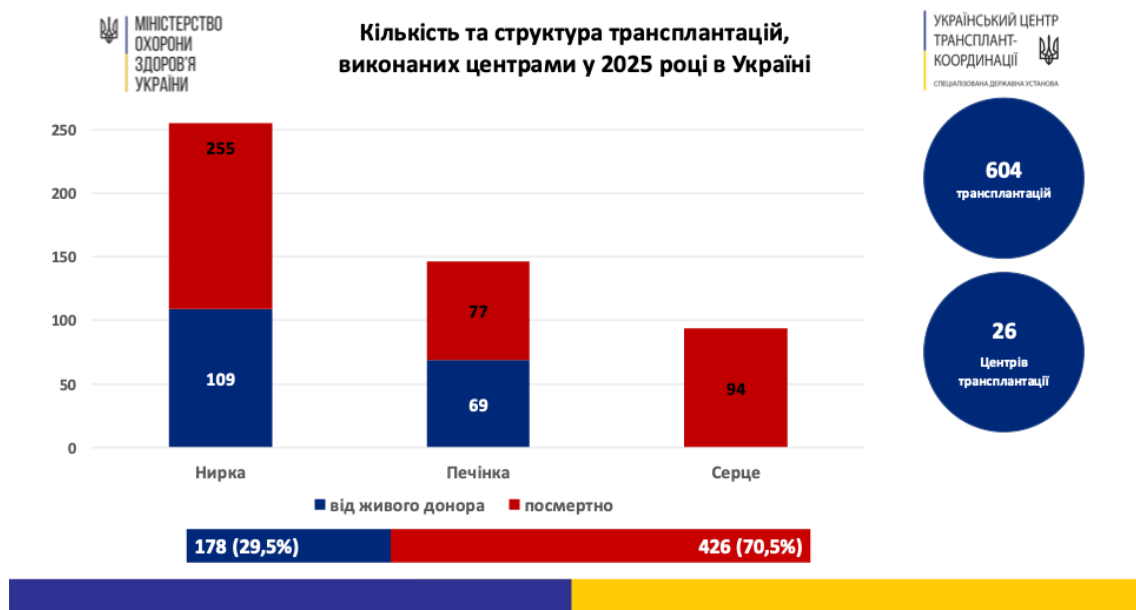


Рисунок 2.2 – Кількість та структура трансплантацій, виконаних центрами у 2025 році в Україні

Харківський обласний центр трансплантації на базі урологічного центру посідає 19 місце в Україні по кількості виконаних трансплантацій органів протягом 2025 року. Харківська обласна лікарня посідає 16 місце в Україні за реалізованих вилучень анатомічних матеріалів протягом 2025 року. За показником донорів на мільйон населення (0,8 у 2025 році) Харківщина значно поступається середньому показнику по Україні (4,11). Ця позиція обумовлена пізнім стартом впровадження процедур з діагностики смерті мозку, що можливо через наближеність регіону до лінії бойового зіткнення та навантаженість закладів охорони здоров'я діяльністю, пов'язаною з бойовою травмою. Проте потенціал харківської медицини, наявність кваліфікованих кадрів, підтримка обласної влади дає можливість покращити показники через більш ефективне

виявлення донорів, розширення мережі трансплант-координаторів, покращення інформованості населення.

Аналіз статистичних даних дозволяє зробити деякі висновки. По-перше, спостерігається позитивна тенденція зростання кількості донорів та трансплантацій у Харківській області, особливо у 2025 році після відновлення від наслідків воєнних дій. По-друге, існує значний розрив між потребою у трансплантації та реальною кількістю операцій. Близько 20 пацієнтів очікують трансплантацію, тоді як виконується 2-6 операцій на рік, що означає, що більшість пацієнтів очікують роками. По-третє, реалізується лише 4% потенціалу донорства, що свідчить про організаційні проблеми виявлення та ведення донорів. По-четверте, результати трансплантацій у харківському центрі відповідають міжнародним стандартам, що підтверджує високу кваліфікацію медичних команд. По-п'яте, існують резерви покращення ефективності використання донорських органів через розширення спектру трансплантованих органів, покращення логістики. Ці висновки визначають напрями удосконалення механізмів реалізації державної політики у сфері трансплантації на регіональному рівні, які будуть розглянуті у третьому розділі роботи.

2.3 Фінансове забезпечення трансплантаційної діяльності на регіональному рівні

Фінансове забезпечення трансплантаційної діяльності на регіональному рівні є ключовою умовою для стійкого розвитку системи трансплантації, розширення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Ефективна організація трансплантаційної інфраструктури передбачає поєднання централізованого фінансування з боку держави та локальних механізмів підтримки, що формуються обласними адміністраціями, органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я. На практиці це створює багаторівневу

фінансову систему, де кожен рівень відіграє специфічну роль у забезпеченні комплексності та стабільності процесів донорства й трансплантації.

Національний рівень фінансування формує базову рамку для регіональної діяльності, оскільки більша частина витрат на проведення трансплантацій, закупівлю необхідного обладнання, навчання персоналу, а також створення та функціонування національних інформаційних реєстрів покривається за рахунок державного бюджету. Однак саме регіональний вимір визначає реальну здатність системи працювати безперебійно, забезпечувати оперативність рішень та адаптуватися до специфіки місцевих медичних закладів і потреб населення.

Фінансові ресурси на рівні областей зазвичай формуються за рахунок спеціальних програм розвитку охорони здоров'я, обласних бюджетів, місцевих цільових фондів та співфінансування з боку територіальних громад. У розвинених регіонах, де підтримка трансплантації визнана одним із пріоритетів медичної політики, сформовані окремі бюджетні програми, що забезпечують закупівлю сучасного діагностичного обладнання, розвиток відділень інтенсивної терапії та реанімації, впровадження системи посмертного донорства, а також навчання профільного персоналу у провідних національних центрах. У таких регіонах спостерігається значно вища ефективність трансплантаційної діяльності, включаючи більшу кількість потенційних донорів, раціональніший розподіл ресурсів та вищий рівень взаємодії між лікарнями.

Разом з тим, у низці областей України фінансування трансплантаційних програм залишається фрагментованим, ситуативним або недостатнім. Це зумовлюється нерівномірністю розподілу бюджетних можливостей, відсутністю стратегічного планування, обмеженими кадровими ресурсами та застарілою матеріально-технічною базою. У таких регіонах основним викликом є створення умов для ідентифікації потенційних донорів, адже відсутність підготовлених фахівців з координування донорства, дефіцит трансплантаційних відділень та нестача фінансування діагностичних процедур ускладнюють

реалізацію повноцінного трансплантаційного процесу. Це формує дисбаланс між загальнонаціональною політикою та реальними можливостями на місцях.

Суттєвим фактором, що впливає на регіональні фінансові механізми, є рівень взаємодії між медичними закладами різних форм власності. У регіонах, де лікарні мають можливість залучати додаткові позабюджетні ресурси через механізми партнерства з приватними установами, грантові програми чи міжнародні проєкти, забезпечення трансплантаційної діяльності є більш стабільним. Це дає змогу фінансувати важливі елементи, не покриті державним бюджетом, такі як оновлення лабораторного обладнання, підвищення кваліфікації персоналу, розбудова інформаційних систем, логістичне забезпечення трансплантаційних команд та підтримка координаційних центрів.

Важливою складовою розвитку фінансування трансплантації є зростання ролі Національної служби здоров'я України, яка забезпечує оплату трансплантаційних пакетів за договорами з медичними закладами. Цей механізм створює фінансову мотивацію для регіональних лікарень розвивати трансплантаційні програми, адже кожна проведена трансплантація генерує цільове фінансування. Проте для повноцінного використання цих можливостей регіони мають інвестувати у підготовку установ, приведення їх до вимог НСЗУ, розроблення клінічних маршрутів пацієнтів та забезпечення роботи мультидисциплінарних команд.

Окрему увагу слід приділити проблемі фінансування посмертного донорства. На регіональному рівні саме цей напрям потребує найбільшої кількості вкладень, оскільки для його ефективності критично важливо забезпечити цілодобову роботу донорських координаторів, транспортних бригад, відділень інтенсивної терапії та діагностичної інфраструктури. У тих областях, де ці інвестиції здійснюються системно, рівень донорської активності суттєво перевищує середні показники по країні. Там, де фінансування залишається обмеженим, відсутність необхідних умов фактично блокує реалізацію програм посмертного донорства.

Фінансове забезпечення є критичним фактором функціонування системи трансплантації, оскільки трансплантаційні операції належать до найбільш ресурсомістких видів медичної допомоги. Аналіз фінансових механізмів на прикладі Харківської області дозволяє виявити особливості, проблеми та резерви оптимізації фінансування трансплантації на регіональному рівні.

Фінансування трансплантаційної діяльності в Харківській області, як і в інших регіонах країни, здійснюється за рахунок коштів державного бюджету. Джерелом є Програма медичних гарантій, яка фінансується Національною службою здоров'я України за рахунок коштів державного бюджету. З 2024 року, коли трансплантація була включена до Програми медичних гарантій, НСЗУ укладає договори з медичними закладами на надання послуг з трансплантації та оплачує їх за пакетними тарифами. Для Харківської області у 2024 та 2025 роках НСЗУ сплатила в повному обсязі послугу, надані пацієнтам в межах лікування методом трансплантацій [10].

Обласний бюджет виділяє кошти на підтримку інфраструктури трансплантаційних центрів, модернізацію обладнання, а також розвиток кадрового потенціалу. Міжнародна технічна допомога надходить через програми підтримки медичної галузі України в умовах війни. Зокрема, у 2023-2024 роках міжнародні організації (ВООЗ, благодійні фонди ЄС, США) виділили близько 1,8 млн доларів США на закупівлю обладнання, медикаментів, навчання персоналу для трансплантаційних центрів Харківської області [30].

НСЗУ встановлює пакетні тарифи на трансплантаційні послуги, які покривають весь комплекс медичних процедур. За трансплантація нирки НСЗУ сплачує близько 800 тис. грн, за трансплантацію печінки – близько 1,5 млн. грн, за трансплантацію серця – 2 млн. грн, легень – 2,6 млн. грн. Цей тариф включає лише трансплантаційний період та розпочинається від моменту госпіталізації пацієнта з метою проведення трансплантацій, а закінчується випискою пацієнта зі стаціонару. Обстеження реципієнта для постановки в лист очікування, а також динамічне спостереження за реципієнтом протягом першого року

очікування сплачується закладу охорони здоров'я Національною службою здоров'я Україні окремо. Річне спостереження на дотрансплантаційному етапі кошту близько 50 тис. грн, на посттрансплантаційному, яке також забезпечується протягом одного року після виконання трансплантацій, близько 200 тис. грн [10].

Проте навіть такі високі тарифи, найбільші в системі охорони здоров'я України в межах ПМГ, викликають критику у представників різних центрів трансплантації. В першу чергу через те, що тарифи не оновлювались ще з 2018 року. Експертні оцінки та дані медичних закладів свідчать про недостатність встановлених тарифів для повного покриття реальних витрат на трансплантацію. По-перше, тарифи не повною мірою враховують вартість високотехнологічного обладнання, яке використовується при трансплантації. Наприклад, витратні матеріали для апаратів екстракорпоральної мембранної оксигенації (ЕКМО), які застосовуються при складних трансплантаціях, коштують 200-300 тис. грн, проте не відшкодовуються окремо. По-друге, не враховується амортизація дорогого обладнання. Операційні столи для трансплантації, системи штучного кровообігу, апарати УЗД експертного класу коштують мільйони гривень та мають обмежений термін служби. По-третє, тарифи базуються на нормативах витрат персоналу, які не відповідають реальним зарплатам висококваліфікованих трансплантологів на ринку праці. Для утримання досвідченої команди медичні заклади вимушені доплачувати. Для компенсації дефіциту заклади використовують кошти обласного бюджету на утримання інфраструктури, благодійні внески, інші напрями фінансування.

Критично важливим питанням є забезпечення реципієнтів імуносупресивними препаратами після трансплантації. Програма реімбурсації імуносупресивних лікарських засобів, яка реалізується НСЗУ, забезпечує пацієнта пожиттєво, проте на практиці виникають проблеми. Програма «Доступні ліки» покриває базові імуносупресанти (циклоспорин, такролімус, мікофенолова кислота), проте не завжди включає препарати нового покоління, біологічні препарати, які можуть бути необхідні при розвитку резистентності

або непереносимості базових ліків. Також через війну, логістичні проблеми, обмеження бюджету періодично виникають дефіцити окремих препаратів у аптеках, що змушує пацієнтів купувати ліки за власні кошти або переходити на інші схеми терапії, що підвищує ризик відторгнення.

За даними опитування реципієнтів у Харківській області, близько 35% пацієнтів стикалися з проблемами забезпечення імуносупресантами протягом другого року після трансплантації та пізніше. Близько 12% зізналися, що періодично пропускають прийом ліків або зменшують дозу через фінансові труднощі, що є основним фактором ризику відторгнення трансплантата.

Благодійні організації та волонтери частково допомагають пацієнтам у придбанні ліків, проте це не є системним рішенням. Необхідне розширення державних гарантій безоплатного забезпечення імуносупресантами протягом усього життя після трансплантації або принаймні протягом перших 5 років, коли ризик відторгнення найвищий.

Оцінка ефективності використання фінансових ресурсів може здійснюватися через показник вартості збереження одного року якісного життя пацієнта (QALY – quality-adjusted life year). Міжнародні дослідження показують, що трансплантація нирки є однією з найбільш економічно ефективних високотехнологічних медичних процедур [31, 36, 38].

Трансплантація нирки коштує близько 800 тис. грн, забезпечує у середньому 12 років додаткового життя з високою якістю (коефіцієнт якості 0,85), що дає 10,2 QALY. Вартість одного QALY становить 79 тис. грн. Для порівняння, підтримання пацієнта на хронічному діалізі коштує близько 200 тис. грн на рік, забезпечує життя з низькою якістю (коефіцієнт 0,55). За 10 років діалізу витрати становлять 2 млн грн, отримано 5,5 QALY, вартість одного QALY – 364 тис. грн. Таким чином, трансплантація нирки у 4,6 разів ефективніша за діаліз з фінансової точки зору, крім значно кращої якості життя пацієнта. Це обґрунтовує доцільність збільшення фінансування трансплантаційних програм.

Таким чином, фінансове забезпечення трансплантаційної діяльності в Харківській області характеризується зростаючими обсягами фінансування, проте потребує вирішення системних проблем стабільності фінансування для повноцінного розвитку трансплантології у регіоні.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

3.1 Удосконалення організаційно-управлінського механізму реалізації державної політики у сфері трансплантації

На основі проведеного аналізу стану реалізації державної політики у сфері трансплантації в Харківській області, вивчення зарубіжного досвіду та виявлених проблем можна сформулювати комплекс заходів щодо удосконалення організаційно-управлінського механізму, які дозволять підвищити ефективність трансплантаційної системи, збільшити кількість донорських органів та трансплантацій, покращити доступність цього виду медичної допомоги для населення регіону.

Ключовою пропозицією щодо удосконалення організаційної структури є створення спеціалізованого регіонального центру трансплант-координації Харківської області у вигляді філіалу УЦТК. До функцій такого філіалу можна віднести наступне:

- цілодобова координація виявлення, обстеження та ведення потенційних донорів у всіх закладах охорони здоров'я області;
- вчасне внесення до Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин інформації про потенційних донорів;
- організація взаємодії між закладами, де виявлено донорів, та центрами трансплантації;
- забезпечення логістики транспортування донорських органів;
- забезпечення нагляду над веденням листа очікування центрів трансплантації регіонів, моніторинг стану реципієнтів;
- навчання та методична підтримка трансплант-координаторів у закладах охорони здоров'я області;

- проведення інформаційно-просвітницької роботи серед населення;
- аналіз та моніторинг показників донорства та трансплантації у регіоні;
- міжнародна співпраця у сфері трансплантації.

Очікувані результати: створення регіонального центру дозволить збільшити кількість виявлених та реалізованих донорів на 40-50% протягом двох років через професійну цілодобову координацію, систематичне навчання персоналу медичних закладів, покращення логістики. Світовий досвід (Іспанія, Франція) показує, що створення спеціалізованих структур координації є найбільш ефективним організаційним рішенням для розвитку донорства.

Для ефективного виявлення потенційних донорів необхідно запровадити посади госпітальних трансплант-координаторів у всіх багатопрофільних лікарнях області, які мають відділення інтенсивної терапії (реанімації), де можуть траплятися випадки смерті мозку.

Модель організації наступна. У великих багатопрофільних лікарнях міст обласного значення (Харків, Ізюм, Куп'янськ, Лозова, Первомайський, Чугуїв) – штатна посада трансплант-координатора з повним робочим днем, у районних лікарнях – суміщення функцій трансплант-координатора з основною посадою (лікар-анестезіолог, лікар відділення інтенсивної терапії, лікар-терапевт) з додатковою оплатою за виконання координаційних функцій.

До функції госпітального трансплант-координатора можна віднести:

- щоденний моніторинг пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії для виявлення потенційних донорів;
- ініціювання та супровід діагностики смерті мозку;
- координація з регіональним центром координації донорства;
- робота з родичами потенційного донора – інформування, отримання згоди;
- організація медичного ведення донора до вилучення органів;
- документальне оформлення процесу донорства;
- навчання персоналу лікарні протоколам донорства.

Система мотивації: трансплант-координатори мають отримувати додаткову винагороду за кожного реалізованого донора (15-20 тис. грн), що стимулює активну роботу. Крім того, необхідне регулярне навчання трансплант-координаторів за рахунок регіонального центру, участь у конференціях, можливості обміну досвідом з колегами з інших регіонів та країн.

Кількість координаторів: для Харківської області необхідно близько 25-30 координаторів (8 штатних у великих лікарнях, 20-22 сумісники у районних закладах).

На рівні Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації необхідно розробити та затвердити Регламент взаємодії медичних закладів Харківської області у процесі донорства та трансплантації, який чітко визначить:

- порядок інформування регіонального центру трансплант-координації донорства про виявлення потенційного донора;
- алгоритм дій медичного персоналу при діагностиці смерті мозку;
- процедури роботи з родичами донора;
- порядок підтримання функцій органів донора до моменту вилучення;
- логістику прибуття бригади вилучення органів;
- документообіг;
- відповідальність за невиконання протоколів.

Регламент має бути затверджений наказом Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації, доведений до всіх медичних закладів, включений у програми навчання персоналу.

Для забезпечення контролю за реалізацією державної політики у сфері трансплантації необхідно запровадити систему регулярного моніторингу ключових показників ефективності (KPI).

Показники донорства:

- кількість донорів на млн населення;
- кількість органів від одного донора;

- частка реалізованих донорів від кількості потенційних;
- частка відмов родичів від донорства;
- час від діагностики смерті мозку до вилучення органів.

Показники трансплантації:

- кількість трансплантацій по видах органів;
- час очікування у листі очікування;
- смертність у листі очікування;
- виживаність пацієнтів та трансплантатів.

Показники якості:

- частка ускладнень після трансплантації;
- частка повторних госпіталізацій;
- задоволеність пацієнтів.

Регіональний центр трансплант-координації має щомісячно готувати аналітичні звіти про стан донорства та трансплантації, щоквартально – проводити наради з представниками медичних закладів для обговорення проблем та шляхів покращення, щорічно – готувати публічний звіт про стан трансплантації у регіоні.

Окремим напрямом удосконалення організації трансплантації є розвиток педіатричної трансплантації. Діти з термінальною органною недостатністю мають особливі потреби, які потребують спеціалізованого підходу:

- створення спеціалізованої педіатричної трансплантаційної команди у складі дитячих хірургів, анестезіологів, нефрологів;
- обладнання операційного залу та відділення інтенсивної терапії для дітей;
- розробка протоколів педіатричної трансплантації з урахуванням вікових особливостей;
- організація психологічної підтримки дітей-реципієнтів та їхніх родин;
- налагодження взаємодії з дитячими лікарнями для раннього виявлення дітей-донорів.

Харківська область має потенціал стати провідним регіональним центром педіатричної трансплантації для сходу України, що дозволить зменшити потребу у направленні дітей до Києва.

Використання телемедицини може значно підвищити ефективність трансплант-координації та супроводу реципієнтів. Дистанційні консультації трансплант-координаторів районних лікарень з фахівцями регіонального центру координації при виявленні потенційного донора, телемедичні консилиуми для діагностики смерті мозку у складних випадках, відеоконференції з родичами донорів, які перебувають у віддалених районах значно підвищують відсоток реалізованих ефективних донацій органів. Для супроводу реципієнтів телемедицина також має свої переваги, адже дистанційний моніторинг стану реципієнтів після трансплантації через мобільні додатки, онлайн-консультації з трансплантологами без необхідності приїзду до Харкова, телереабілітація дистанційна психологічна підтримка дозволять знизити витрати пацієнтів на транспорт, підвищити доступність консультацій, забезпечити більш регулярний контроль стану здоров'я.

Міжнародна співпраця має включати:

- навчання харківських трансплантологів у провідних європейських центрах;
- запрошення іноземних експертів для консультацій, проведення майстер-класів;
- участь у міжнародних дослідницьких проєктах;
- можливість направлення складних пацієнтів за кордон у випадках, коли необхідна трансплантація, яка не виконується в Україні (легені, кишечник, мультиорганна трансплантація).

Для визначення стратегічних пріоритетів доцільно провести SWOT-аналіз системи трансплантації Харківської області:

Сильні сторони:

- потужна медична база, кваліфіковані кадри;
- досвід виконання складних операцій;

- наявність наукових установ, які розвивають трансплантологію;
- підтримка обласної влади;

Слабкі сторони:

- недостатня трансплант-координація;
- дефіцит координаторів у районних лікарнях;
- обмежені фінансові ресурси;
- низька обізнаність населення про донорство;
- застаріле обладнання у частині медичних закладів.

Можливості:

- створення регіонального центру координації;
- залучення міжнародної допомоги;
- розвиток телемедицини;
- впровадження інновацій;
- міжрегіональна співпраця.

Загрози:

- продовження війни, ризику руйнування інфраструктури;
- міграція кваліфікованих кадрів;
- економічна криза, скорочення бюджетного фінансування;
- зростання цін на медикаменти та обладнання;
- можливі зміни законодавства, які можуть ускладнити надання такої

медичної допомоги у цьому регіоні.

На основі SWOT-аналізу пріоритетною стратегією є використання сильних сторін та можливостей для компенсації слабких сторін: створення регіонального центру трансплант-координації (використання можливості) дозволить покращити трансплант-координацію (усунення слабкої сторони), розвиток телемедицини (можливість) компенсує обмеженість фінансування транспортування пацієнтів (слабка сторона).

Удосконалення організаційно-управлінського механізму через запропоновані заходи дозволить збільшити кількість донорів до 25-30 на рік (показник 10-12 на млн населення), кількість трансплантацій – до 70-80 на

рік протягом 3-5 років, що суттєво підвищить доступність трансплантації для населення Харківської області.

3.2 Оптимізація фінансово-економічного механізму забезпечення трансплантаційної діяльності

Оптимізація фінансово-економічного механізму забезпечення трансплантаційної діяльності є одним із ключових напрямів удосконалення системи охорони здоров'я, що визначає сталість, доступність і результативність трансплантаційної допомоги населенню. Від ефективності економічних інструментів залежить не лише обсяг виконаних операцій, але й якість підготовки донорів та реципієнтів, рівень матеріально-технічного забезпечення центрів трансплантації, а також мотивація персоналу. У сучасних умовах реформування медичної системи та інтеграції України до європейського медичного простору фінансове забезпечення трансплантології потребує комплексного перегляду та оптимізації.

Фінансове забезпечення є одним з критичних факторів розвитку трансплантології, а наявні механізми характеризуються недостатністю, нестабільністю та фрагментарністю. На основі виявлених проблем необхідним є визначення та реалізація заходів, спрямованих на підвищення ефективності фінансово-економічного механізму. Насамперед актуальним є перегляд пакетних тарифів Національної служби здоров'я України на трансплантаційні послуги з метою приведення їх у відповідність до реальної собівартості операцій. Це потребує підготовки з боку Департаменту охорони здоров'я Харківської області та центрів трансплантації обґрунтованого звернення до Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ, яке має містити детальні розрахунки витрат.

Обґрунтування необхідності збільшення тарифів включає низку аспектів: врахування фактичної вартості витратних матеріалів, що зростає через інфляційні процеси та девальвацію; включення амортизації

високовартісного обладнання, необхідного для проведення трансплантацій; приведення до ринкового рівня оплати праці висококваліфікованого медичного персоналу; забезпечення фінансування програм навчання та підвищення кваліфікації; створення резервів на покриття непередбачених витрат та ускладнень. Підвищення тарифів на 15–20% дозволить медичним закладам повніше покривати витрати, здійснювати інвестиції у розвиток матеріально-технічної бази, а також підвищувати якість трансплантаційних послуг.

З метою розширення фінансових можливостей пропонується створення Обласного фонду підтримки трансплантації як інструменту акумулювання додаткових ресурсів з різноманітних джерел. До джерел надходжень можуть належати цільові субвенції обласного бюджету, благодійні внески бізнесу та фізичних осіб, міжнародна технічна допомога, кошти, отримані від проведення благодійних заходів і акцій, а також добровільні внески закладів охорони здоров'я від господарської діяльності. Кошти Фонду доцільно направляти на фінансову підтримку реципієнтів у придбанні імуносупресивних препаратів у разі недостатнього державного забезпечення; компенсацію витрат живим донорам, пов'язаних з обстеженням та лікуванням можливих ускладнень; доплати трансплант-координаторам за понаднормову та результативну діяльність; закупівлю додаткового обладнання та витратних матеріалів; фінансування освітніх програм; підтримку інформаційних кампаній; розвиток наукових досліджень у галузі трансплантології.

Особливої уваги потребує проблема посттрансплантаційного супроводу реципієнтів після завершення першого року післяопераційного періоду. На державному рівні доцільно віднести таких пацієнтів до категорії осіб, які мають право на гарантоване безоплатне забезпечення імуносупресивною терапією довічно або принаймні протягом перших п'яти років після трансплантації. На регіональному рівні проблему можна частково вирішити за рахунок коштів обласного бюджету та Фонду підтримки трансплантації,

компенсуючи витрати пацієнтів у випадках, коли строк державного забезпечення завершився.

Додаткового вдосконалення потребує система оплати донорського етапу. Наявний механізм не передбачає контролю за розподілом коштів, що знижує мотивацію залучених працівників. Для посилення зацікавленості пропонується запровадження диференційованої системи оплати праці трансплант-координаторів, базованої на ключових показниках ефективності (KPI). Зокрема, із базового тарифу, за яким заклад охорони здоров'я отримує 312 тис. грн за вилучення органів у донора, передбачити обов'язкову премію для трансплант-координатора в розмірі не менше 10 000 грн за кожного реалізованого донора. Така винагорода має доповнювати основну заробітну плату та формувати дієву мотиваційну систему.

Суттєвим елементом оптимізації є забезпечення належного транспортування донорських органів. Пропонується придбання двох спеціалізованих реанімобілів для регіонального центру трансплант-координації, обладнаних системами для підтримання органів під час транспортування. Орієнтовна вартість одного автомобіля становить близько 4 млн грн, а фінансування може здійснюватися за рахунок обласного бюджету, міжнародної технічної допомоги та благодійних внесків. Після завершення воєнного стану доцільно укласти угоди з авіакомпаніями, які надають послуги медичної евакуації, щодо пріоритетного транспортування донорських органів. Це дозволить забезпечити оперативну логістику у віддалених районах, де час доїзду наземним транспортом перевищує допустиму тривалість холодової ішемії органів.

Для забезпечення ефективного використання фінансових ресурсів необхідним є впровадження системи фінансового моніторингу, яка передбачатиме щомісячний аналіз витрат у розрізі основних статей, порівняння фактичних показників із плановими, виявлення відхилень, аналіз вартості однієї трансплантації та пошук шляхів оптимізації витрат. Система має включати звітність перед Департаментом охорони здоров'я,

Піклувальною радою Фонду підтримки трансплантації та обов'язкову публічну звітність для забезпечення прозорості та довіри суспільства.

Реалізація запропонованих заходів дозволить збільшити загальний обсяг фінансування трансплантаційної діяльності в Харківській області на 30–40% протягом трьох років. Це забезпечить створення стійкої фінансової платформи для розвитку трансплантології, зростання кількості трансплантацій, підвищення якості медичної допомоги та зміцнення позицій регіону як ключового центру трансплантаційної діяльності в Україні.

Суттєвим компонентом ефективного фінансово-економічного механізму є удосконалення системи тарифікації трансплантаційних послуг. Адекватність тарифів є визначальною умовою для покриття фактичних витрат медичного закладу та створення мотиваційних стимулів для постійного розвитку інфраструктури та персоналу. У світовій практиці розрахунок тарифів для трансплантацій базується на точних даних про пряму та непряму собівартість процедури, тривалість перебування пацієнта в стаціонарі, кількість необхідних обстежень, витрати на анестезіологічне забезпечення, медикаменти, лабораторні дослідження, інтенсивну терапію, а також ускладнення, що можуть виникати у післяопераційний період. Українська система тарифікації наразі не враховує усіх цих чинників у повному обсязі, що створює розрив між реальною собівартістю та оплатою, яку отримують медичні заклади.

Для забезпечення прозорості розрахунків пропонується впровадити стандартизовану методику визначення повної собівартості трансплантаційних операцій. Методика має включати структуру витрат за категоріями, такими як: витратні матеріали, медикаменти, оплата праці, енергоносії, амортизація обладнання, логістика донорських органів, лабораторні дослідження, витрати на інтенсивну терапію та реабілітацію. Такий підхід дозволить уникнути недофінансування та створить основу для коректного формування тарифів у НСЗУ.

Окремої уваги потребує питання фінансування системи трансплант-координації. Координаційна діяльність є основою ефективного функціонування трансплантології, адже саме трансплант-координатори забезпечують виявлення потенційних донорів, узгодження дій між різними медичними підрозділами, взаємодію з родичами донорів, оформлення необхідної документації та логістичну підтримку вилучення органів. Без належної фінансової мотивації трансплант-координаторів кількість реалізованих донорів неминуче знижується, що призводить до зменшення загальної кількості трансплантацій. Запровадження системи диференційованої оплати праці на основі показників ефективності є важливим елементом формування якісної системи мотивації.

Підвищення рівня оплати трансплант-координаторів повинно супроводжуватися створенням умов для професійного розвитку, зокрема фінансуванням спеціалізованих курсів, участі у міжнародних освітніх програмах, стажуванням у провідних центрах трансплантології. Забезпечення високої кваліфікації персоналу позитивно вплине на якість виявлення донорів, оптимізацію донорського етапу та підвищення безпеки пацієнтів.

Важливою складовою фінансово-економічного забезпечення трансплантології є розвиток матеріально-технічної бази, яка включає високоточне медичне обладнання, системи моніторингу, лабораторну техніку, апаратуру для вилучення і зберігання органів, а також спеціалізований транспорт. Інвестиції у цю сферу здатні значно скоротити час транспортування органів, зменшити ризики оперативних ускладнень та підвищити успішність пересадок. Наприклад, використання спеціалізованих транспортних рішень дозволяє забезпечити підтримання стабільного температурного режиму органів і зменшити ризик їх пошкодження.

Створення сучасної логістичної мережі для транспортування донорських органів включає не лише закупівлю санітарного транспорту, але й впровадження цифрових систем відстеження переміщення органів у режимі реального часу, автоматизацію обліку донорських органів, а також протоколів

взаємодії між регіональними та національними центрами трансплантації. У перспективі це дозволить перейти до формування єдиної цифрової системи медичної логістики, яка забезпечуватиме оперативність і точність усіх етапів трансплантаційної діяльності.

Подальший розвиток фінансово-економічного механізму забезпечення трансплантаційної діяльності потребує глибшого обґрунтування структурних змін та формування довгострокових фінансових стратегій. Важливим завданням є створення багатоканальної моделі фінансування, яка включатиме не лише державні кошти, але й ресурси місцевих бюджетів, приватного сектору, міжнародних донорів та страхових організацій. Така модель має ґрунтуватися на принципах стабільності, прогнозованості, цільового використання та прозорості фінансових потоків, що забезпечить можливість стратегічного планування діяльності трансплантологічних центрів.

3.3 Розвиток інформаційно-комунікаційного механізму та підвищення рівня обізнаності населення щодо донорства органів

Формування позитивного ставлення населення до донорства органів є критичним фактором успіху трансплантаційних програм. Міжнародний досвід показує, що країни з високим рівнем обізнаності та підтримки донорства населенням мають значно більшу кількість донорів. Для Харківської області необхідно розробити та реалізувати комплексну інформаційно-комунікаційну стратегію.

Пропонується розробити та затвердити Регіональну інформаційну стратегію з пропаганди донорства органів на 2026-2030 роки, яка визначить наступні питання. Цілі стратегії:

- підвищення рівня обізнаності населення Харківської області про донорство та трансплантацію до 80% (з нинішніх 20-35%);
- формування позитивного ставлення до донорства у 70% населення (з нинішніх 15-25%);

- збільшення кількості громадян, які висловили згоду на посмертне донорство в ЄДІСТ, до 5% населення;

- зменшення частки відмов родичів від донорства з 60% до 25%.

Цільові аудиторії:

- молодь (15-25 років) – найбільш відкрита до нових ідей, формування проактивної позиції;

- працююче населення (26-55 років) – потенційні донори та родичі потенційних донорів;

- медичні працівники – ключові агенти впливу на думку населення;

- лідери думок, журналісти – мультиплікатори інформації;

- реципієнти та родини донорів – носії особистих історій.

Ключові меседжі:

- донорство рятує життя – один донор може врятувати до 5 життів;

- донорство не суперечить релігії – всі основні релігії підтримують донорство як акт милосердя;

- донорство не спотворює тіло – вилучення органів проводиться з повагою, тіло донора повертається родині для поховання;

- кожен може потребувати трансплантації – хвороби не вибирають;

- презумпція незгоди – пояснення, як висловити згоду, якщо людина має бажання стати донором після смерті;

- родичі донорів не несуть фінансових витрат – всі процедури безоплатні.

Канали комунікації:

- традиційні ЗМІ (телебачення, радіо, преса);

- цифрові медіа (соціальні мережі, YouTube, сайти);

- зовнішня реклама (білборди, ситілайти, транспорт);

- освітні заклади (школи, університети);

- медичні заклади (поліклініки, лікарні);

- масові заходи (фестивалі, спортивні події);

- особисті комунікації (розмови з лікарями, близькими).

Необхідно організувати системну присутність теми донорства у регіональних медіа шляхом виробництва серії соціальних роликів тривалістю 30-60 секунд з реальними історіями реципієнтів та родин донорів, розміщення на обласних телеканалах у прайм-тайм. Також пропонується організація щомісячних програм або сюжетів у новинах про донорство та трансплантацію, участь лікарів-трансплантологів у ранкових шоу, ток-шоу для роз'яснення медичних аспектів. Значно покращити громадську думку може виробництво документального фільму про становлення трансплантації в Харківській області.

Регулярні радіоспоти на провідних радіостанціях області, прямі ефіри з лікарями, реципієнтами у популярних ранкових програмах, організація спеціальної рубрики «Донорство рятує життя» на одній з радіостанцій, а також щомісячні публікації у регіональних газетах, спеціальні тематичні вкладки до Всесвітнього дня донора органів, інтерв'ю з реципієнтами, лікарями, експертами дадуть можливість населенню постійно задумуватись про донорство.

Бюджет медійної кампанії: орієнтовно 3-4 млн грн на рік (виробництво контенту – 1,5 млн, розміщення у ЗМІ – 1,5-2,5 млн). Джерела фінансування: обласний бюджет, Фонд підтримки трансплантації, міжнародні гранти, безкоштовне розміщення у медіа як соціальна реклама. «»

Цифрові медіа є найбільш ефективним каналом для досягнення молодого аудиторії, тому ці елементи комунікації варто враховувати через створення офіційних акаунтів в соціальних мережах та залучення до їх ведення кваліфікованих спеціалістів. Офіційні сторінки регіонального центру трансплант-координації та центрів трансплантації у Facebook, Instagram, TikTok, Telegram з публікаціями регулярних дописів з інформацією про донорство, історіями реципієнтів, родин донорів та лікарів дадуть змогу молодому населенню більше зрозуміти про особливості такої тендітної тематики як трансплантація. Відповіді на поширені запитання від

трансплантологів підвищать обізнаність населення про хворобливі стани, єдиним методом лікування яких може бути трансплантація.

Також рекомендовано впроваджувати співпрацю з популярними харківськими блогерами та селебріті-амбасадорами донорства, які мають велику аудиторію, для поширення інформації про донорство, організації челенджів у соціальних мережах (#ЯДонор, #ДонорствоРятуєЖиття).

Розміщення 20-30 білбордів у різних районах Харкова та обласних містах з меседжами про донорство, оновлення креативів кожні 2-3 місяці для підтримання уваги, використання емоційних образів – фото реципієнтів з родинами, дітей після трансплантації більшість зацікавленість громадян тематикою донорства.

Окрему увагу варто приділити інформаційним стендам в закладах охорони здоров'я. Великі банери варто розміщувати перед центрами трансплантацій з закликом для реципієнтів обирати саме цей центр. Звісно на білборді мають бути зазначені переваги такого центру. На інших закладах в кімнатах очікування відділень реанімації рекомендовано розміщувати листівки про можливості рятувальних операцій навіть тоді, коли всі шанси здаються втраченими. З практичного досвіду відеоролики на екранах у залах очікування відділень реанімації викликають зацікавленість у відвідувачів.

Окрему увагу варто приділити додипломній, дипломній та післядипломній освіті. Розробка освітнього модуля трансплант-координаторами регіонального центру з демонстрацією лекційного матеріалу про донорство та трансплантацію на всіх етапах освітнього процесу стимулюватиме розвиток культури донорства у майбутніх поколіннях.

Реалізація інформаційно-комунікаційної стратегії дозволить протягом 3-5 років підвищити рівень обізнаності населення до 80%, підтримку донорства – з до 70%, що створить сприятливе соціально-культурне середовище для розвитку трансплантації, зменшить частку відмов родичів від донорства до 25%, що призведе до підвищення якості життя реципієнтів.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено комплексне дослідження механізмів реалізації державної політики у сфері трансплантації органів на регіональному рівні на прикладі Харківської області. На основі теоретичного аналізу, вивчення зарубіжного досвіду, дослідження практики функціонування системи трансплантації у Харківській області сформульовано наступні висновки.

1. Визначено сутність та зміст державної політики у сфері трансплантації органів як цілеспрямованої діяльності органів державної влади щодо формування та реалізації системи принципів, цілей, завдань, механізмів та заходів, спрямованих на забезпечення доступності та якості трансплантації, збереження життя та здоров'я громадян. Виявлено, що ця політика базується на фундаментальних принципах добровільності, безоплатності, справедливого розподілу донорських органів, дотримання прав донорів та реципієнтів.

2. Проаналізовано зарубіжний досвід реалізації механізмів державної політики у сфері трансплантації та визначено найкращі практики, які можуть бути адаптовані в Україні. Іспанська модель організації донорства з триступеневою системою координації, інституцією госпітальних трансплант-координаторів та культурою активного виявлення донорів забезпечує найвищі у світі показники. Європейські системи міжнародного обміну органами (Eurotransplant) оптимізують розподіл дефіцитних органів. Презумпція згоди, яка діє у деяких європейських країнах, недостовірно збільшує кількість донорів порівняно з країнами, в яких діє презумпція незгоди.

3. Досліджено нормативно-правове забезпечення державної політики у сфері трансплантації в Україні та виявлено, що законодавство пройшло значний шлях модернізації. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» 2018 року запровадив шляхи виявлення згоди, створив основу для функціонування Єдиної державної інформаційної системи трансплантації, встановив підстави для визначення чітких критеріїв смерті мозку. Водночас виявлено прогалини у законодавстві: недостатне

врегулювання довготермінового посттрансплантаційного періоду, обмеженість правового регулювання трансплант-координації, відсутність контролюючого органу за діяльністю системи та неповна імплементація європейських стандартів якості.

4. Проаналізовано організаційну структуру та інституційне забезпечення трансплантації в Харківській області та встановлено, що регіон має потужну медичну базу, кваліфікований персонал, досвід виконання складних операцій. В області, з переліку визначених МОЗ України центрів трансплантації, функціонують три, проте за весь час функціонування системи трансплантації така діяльність відбувалась лише в одному. Виявлено системні проблеми: відсутність спеціалізованого регіонального центру трансплант-координації, недостатня інтеграція районних лікарень у трансплантаційну систему, дефіцит трансплант-координаторів в закладах охорони здоров'я, обмеженість повноважень регіональних органів управління.

5. Проаналізовано статистичні показники донорства та трансплантації у Харківській області, що дозволило окреслити ключові тенденції та проблемні зони. Встановлено позитивну динаміку: після відновлення роботи закладів у 2025 році спостерігається зростання кількості донорів і трансплантацій. Разом із тим зафіксовано суттєвий дисбаланс між потребою та фактичним виконанням операцій: близько 20 пацієнтів перебувають у листі очікування, тоді як щороку виконується лише 2–6 втручань, що зумовлює багаторічне очікування трансплантації. Реалізація донорського потенціалу становить лише 4%, що свідчить про системні організаційні труднощі у виявленні та веденні донорів. Якість результатів трансплантацій відповідає міжнародним стандартам, що підтверджує професійний рівень трансплантаційних команд області. Водночас визначено наявність резервів підвищення ефективності використання донорських органів – зокрема через розширення спектра трансплантацій та удосконалення логістичних процесів.

6. Проаналізовано фінансове забезпечення трансплантаційної діяльності в Харківській області, яке формується переважно за рахунок державного

бюджету через Програму медичних гарантій, що адмініструється НСЗУ. Із 2024 року НСЗУ укладає договори з медичними закладами та оплачує трансплантації за пакетними тарифами, які покривають весь стаціонарний етап лікування. Додатковими джерелами є обласний бюджет, спрямований на підтримку інфраструктури та кадрового потенціалу, а також міжнародна технічна допомога, що надходила на розвиток матеріально-технічної бази та навчання персоналу. Разом із тим встановлено, що чинні тарифи НСЗУ не враховують реальну вартість високотехнологічного обладнання, витратних матеріалів та ринкових зарплат фахівців, що спричиняє дефіцит фінансування та змушує заклади залучати додаткові ресурси. Виявлено також проблеми забезпечення пацієнтів імуносупресивними препаратами, які хоча й передбачені державною програмою, на практиці часто недоступні через перебої постачання та обмеженість переліку препаратів. Частина пацієнтів змушена купувати ліки власним коштом або змінювати схему лікування, що підвищує ризик відторгнення трансплантата. Аналіз економічної ефективності засвідчив суттєву перевагу трансплантації над довготривалим діалізом: трансплантація забезпечує більшу тривалість і якість життя при нижчій вартості одного року якісного життя (QALY). Це підтверджує доцільність збільшення інвестицій у трансплантаційні програми та необхідність удосконалення механізмів фінансування на регіональному рівні.

7. Обґрунтовано напрями удосконалення організаційно-управлінського механізму реалізації державної політики у сфері трансплантації. Ключовою пропозицією є створення спеціалізованого регіонального центру трансплант-координації Харківської області як філіалу УЦТК. Запропоновано розвиток мережі госпітальних трансплант-координаторів (25-30 координаторів у закладах охорони здоров'я області), впровадження системи моніторингу ключових показників ефективності, розвиток телемедичних технологій для координації та супроводу пацієнтів, міжрегіональну та міжнародну співпрацю. Реалізація цих заходів дозволить збільшити кількість донорів до 25-30 на рік, трансплантацій – до 70-80 на рік протягом 3-5 років.

8. Розроблено рекомендації щодо оптимізації фінансово-економічного механізму забезпечення трансплантаційної діяльності. Запропоновано перегляд тарифів НСЗУ з їх збільшенням на 15-20% для покриття реальної собівартості, створення Обласного фонду підтримки трансплантації з очікуваним обсягом 15-20 млн грн протягом 3-5 років, забезпечення довготермінового посттрансплантаційного періоду реципієнтів, впровадження диференційованої системи оплати праці трансплант-координаторів зі стимулюючими бонусами, оптимізацію витрат на транспортування органів через закупівлю спеціалізованого транспорту, залучення приватних інвестицій та міжнародних грантів. Загальне збільшення фінансування на 30-40% створить надійну основу для розвитку трансплантології.

9. Запропоновано заходи з розвитку інформаційно-комунікаційного механізму та підвищення рівня обізнаності населення щодо донорства органів. Розроблено Регіональну інформаційну стратегію на 2026-2030 роки з бюджетом 9,5-11 млн грн на рік, яка передбачає: системні кампанії у традиційних та цифрових медіа, зовнішню рекламу, освітні програми у школах та університетах, навчання медичних працівників, взаємодію з громадськими організаціями, організацію спеціальних акцій та подій. Використання особистих історій реципієнтів та родин донорів як основного інструменту емоційного впливу. Реалізація стратегії дозволить підвищити рівень обізнаності населення до 80%, підтримку донорства – до 70%, зменшити частку відмов родичів до 25%, що означатиме додатково 5-7 донорів на рік.

Доведено, що комплексна реалізація запропонованих заходів з удосконалення організаційно-управлінського, фінансово-економічного та інформаційно-комунікаційного механізмів дозволить протягом 3-5 років збільшити кількість донорів у Харківській області до 25-30 на рік (показник 10-12 на млн населення), кількість трансплантацій – до 70-80 на рік, скоротити час очікування трансплантації на 30-40%, знизити смертність у листі очікування, підвищити доступність трансплантації для населення регіону. Харківська область має потенціал стати модельним регіоном реалізації державної політики

у сфері трансплантації з можливістю тиражування успішного досвіду на інші регіони України.

Результати дослідження мають практичне значення для органів державної влади та місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я Харківської області при плануванні та реалізації заходів розвитку трансплантології. Запропоновані рекомендації можуть бути використані Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації при розробці регіональних програм, центрами трансплантації при оптимізації діяльності, громадськими організаціями при проведенні адвокаційної роботи.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності впровадження запропонованих механізмів, дослідженням етичних аспектів трансплантації у контексті української культури, аналізом можливостей розвитку педіатричної трансплантації, вивченням перспектив використання штучного інтелекту та телемедицини для оптимізації розподілу донорських органів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бакуменко В. Д., Князєв В. М., Сурмін Ю. П. *Методологія державного управління : підручник*. Київ : НАДУ, 2012. 248 с.
2. Вежновець Т. А. Кадрові ризики організаційно-управлінського генезу в установах охорони здоров'я / Т. А. Вежновець // *Лік. справа*. – 2017. – № 1/2. – С. 141–149.
3. Вороненко Ю. В. *Бізнес-планування в охороні здоров'я: навч.-метод. посіб. для керівників закл. охорони здоров'я* / Ю. В. Вороненко, В. М. Пащенко. – Київ: Генеза, 2016. – 334 с.
4. Гладун З.С. *Державне управління в галузі охорони здоров'я*. Тернопіль: Академкнига, 2000. 312 с.
5. Гладченко Л., Сивульська Н., Волковський Є. Незалежний державний фінансовий контроль в Україні на шляху до євроінтеграції. *Економіка та суспільство*. 2024. № 66. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-66-96> (дата звернення: 28.11.2025).
6. *Державне управління: підручник : у 2 т. / за ред. В. М. Князєва, В. Д. Бакуменка*. Т. 1. Київ : НАДУ, 2013. 364 с.
7. *Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку: кол.моногр./*(кол.авт.; упоряд. Проф. Я.Ф.Радиш, передм. Т.Д.Бахтеєвої; за заг. Ред. Проф. М.М. Білинської, проф.Я.Ф.Радиша). – К.: НАДУ, 201.-424с.
8. Деякі питання організації посмертного донорства: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 червня 2021 р. № 1184: станом на 05.06.2025р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0967-21#Text> (дата звернення: 11.12.2025).
9. Деякі питання реалізації Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 р. № 1211: станом на 12.05.2021 р. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1211-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.12.2025).

10. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503: станом на 10.11.2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1211-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.12.2025).

11. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад.: Ю. П. Сурмін та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ: НАДУ, 2010. 820 с.

12. Звіт про діяльність Національної служби здоров'я України за 2024 рік. Київ: НСЗУ, 2025. 156 с.

13. Каліпарі М. Біоетика і трансплантація органів. Антологія біоетики / за ред. Ю. І. Кундієва. Львів: БаК, 2003. С. 336–348.

14. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. Дата оновлення: 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 15.10.2025).

15. Коротич О. Б. Державна політика у сфері охорони здоров'я : теорія і практика публічного адміністрування: монографія. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2019. 262 с.

16. Кримінальний кодекс України: Закон України від 5 квітня 2001 р. № 2341-III. Дата оновлення: 17.06.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 11.12.2025).

17. Мартиненко В. М. Державне управління: шлях до нової парадигми (теорія та методологія): монографія. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2018. 256 с.

18. Набока Л. В. Запровадження оцінювання якості та результативності діяльності служб управління персоналом в органах публічної влади. Державне будівництво. 2019. №2. URL: <http://db.journal.kharkiv.ua/index.php/db/article/view/63>.

19. Новікова О.Ф., Сидорчук О.Г., Панькова О.В. Стан та перспективи соціальної безпеки в Україні. Львівський регіональний інститут державного управління НАДУ; НАН України, Інститут економіки промисловості. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2018. 184 с.

20. Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 9 листопада 2020 р. № 2559. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1259-20#Text> (дата звернення: 11.12.2025).

21. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 р. № 2427-VIII. Дата оновлення: 09.01.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19> (дата звернення: 10.12.2025).

22. Про затвердження Вимог до якості та безпечності анатомічних матеріалів людини та внесення зміни до Умов зберігання вилучених анатомічних матеріалів людини, їх підготовки до перевезення та умов перевезення вилучених анатомічних матеріалів людини: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 серпня 2024 р. № 1388. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1387-24#Text> (дата звернення: 11.12.2025).

23. Про затвердження Положення про врегулювання діяльності трансплант-координаторів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 червня 2021 р. № 1500: станом на 17.06.2022р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1238-21#Text> (дата звернення: 10.12.2025).

24. Про затвердження Положення про Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 р. № 1366: станом на 12.05.2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1211-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.12.2025).

25. Про затвердження Порядку розподілу анатомічних матеріалів та критеріїв встановлення пар донор-реципієнт: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 лютого 2021 р. № 293: станом на 08.07.2022р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0527-21#Text> (дата звернення: 11.12.2025).

26. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-p#Text> (дата звернення: 10.12.2025).

27. Про затвердження Умов вилучення анатомічних матеріалів у живого донора та Переліку анатомічних матеріалів, дозволених до вилучення у живого донора (у тому числі анатомічних матеріалів, здатних до регенерації (самовідтворення)): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 7 червня 2022 р. № 968: станом на 02.12.2022р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1069-22#Text> (дата звернення: 11.12.2025).

28. Солоненко І.М. Державне регулювання й ринкові механізми в охороні здоров'я: Політика і стратегія української держави в галузі охорони здоров'я: матеріали наук.-практ. конф. (Одеса, 20–21 травня 1999 р.). – Одеса. – ОМП, 1999. – с. 65–68.

29. Статистична інформація про трансплантацію органів в Україні. Офіційний сайт Українського центру трансплант-координації. URL: <https://utcc.gov.ua/statystyka/> (дата звернення: 11.12.2025).

30. Річний звіт Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації за 2023 рік. Харків, 2024. 98 с.

31. Abadie A., Gay S. The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study. *Journal of Health Economics*. 2006. Vol. 25, No. 4. P. 599-620.

32. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Council of Europe, 1997. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164> (дата звернення: 18.10.2025).

33. Domínguez-Gil B., Haase-Kromwijk B., Van Leiden H. et al. Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transplant International*. 2011. Vol. 24, No. 7. P. 676-686.

34. Directive 2010/53/EU of the European Parliament and of the Council on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation. *Official Journal of the European Union*, 2010. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32010L0053> (дата звернення: 10.12.2025).

35. Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. World Health Organization. Geneva, 2010. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21235034/> (дата звернення: 11.12.2025).

36. Johnson E. J., Goldstein D. Do defaults save lives? *Science*. 2003. Vol. 302, No. 5649. P. 1338-1339.

37. Matesanz R., Domínguez-Gil B., Coll E. et al. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? *Transplant International*. 2011. Vol. 24, No. 4. P. 333-343.

38. Rosenblum A. M., Horvat L. D., Siminoff L. A. et al. The authority of next-of-kin in explicit and presumed consent systems for deceased organ donation: an analysis of 54 nations. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2012. Vol. 27, No. 6. P. 2533-2546.

39. Social safety aspects in the conditions of reforming the financial providing of the health system in Ukraine. /Vashev, O., & Lytvynenko, M. *EAST JOURNAL OF SECURITY STUDIES*, 2019. 4(1), 93-104. Retrieved from URL: <https://ejss.nuczu.edu.ua/index.php/ejss/article/view/12> (дата звернення: 18.11.2025)

40. Single payer healthcare: pluses, minuses, and what it means for you. Stay on top of latest health news from harvard medical school. URL: https://www.health.harvard.edu/blog/single-payer-healthcare-pluses-minuses-means-201606279835?utm_source=chatgpt.com

41. Spain: Country Health Profile 2023. State of Health in the EU. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/spain-country-health-profile-2023>
42. Standardization of medical service indicators: A useful technique for hospital administration / L. Wu et al. *PLoS One*. 2018. Vol. 13(11). P. e0207214
43. The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism. The Transplantation Society, 2008. URL: <https://www.declarationofistanbul.org> (дата звернення: 18.11.2025).
44. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals / C. D. Shaw et al. *Int J Qual Health Care*. 2014. Vol. 26(suppl 1). P. 100–7.
45. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review / M. Hussein et al. *BMC Health Serv Res*. 2021. Vol. 21(1) P. 1057.
46. The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective / P. Bloland et al. *PLoS Med*. 2012. Vol. 9(4). P. e1001199.
47. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact / D. Greenfield et al. *BMC Health Serv Res*. 2012. Vol. 12(1). P. 329.
48. Tarricone R. et al. Improving the methods for the economic evaluation of medical devices // *Health Economics*. – 2017. – Т. 26. – №. S1. – С. 70-92
49. Vashev, O. Ye., Khyzhniak, S. V. (2024). Public-private partnership: conceptual basis and features of implementation in Ukraine. *State Formation*, no. 2(36), 68–82. URL: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-2-05> [in Ukrainian]
50. Vashev O., Khyzhniak S. Efficiency of public-private partnership in reforming the Health care system: global experience and prospects for Ukraine / *ScientificWorldJournal Bulgaria*, Svishtov, Issue No27.Part 2. September. 2024. C.26-37

51. World Health Organization (WHO). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 (Draft). Geneva: Health Workforce Department, WHO; 2015.

52. WHO, Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005 (WHA58/2005/REC/1). URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21475en/s21475en.pdf> (дата звернення: 18.11.2025)

53. WHO, The World health report 2000 : health systems: improving performance. – URL: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf (дата звернення: 18.11.2025)