

## КОНТРАКТНА МОДЕЛЬ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ЄВРОПЕЙСЬКОГО ПРОСТОРУ МЕДИЧНИХ ДАНИХ: ВІД ВЕРИФІКАЦІЇ ДАНИХ ДО ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ З ФІНАНСОВИМИ РІШЕННЯМИ

©2026 ГЛУЩЕНКО Г. А.

УДК 351.84:004  
JEL Classification: H83; H51; I11; I18; O33

Глущенко Г. А.

**Контрактна модель Національної служби здоров'я України та Європейського простору медичних даних:  
від верифікації даних до зворотного зв'язку з фінансовими рішеннями**

У статті оцінено сумісність чинної контрактної моделі Національної служби здоров'я України (НСЗУ) з нормативно-правовою та архітектурною логікою Регламенту (ЄС) 2025/327 про Європейський простір медичних даних (EHDS) в умовах воєнного стану. Метою дослідження є визначення рівня реалізації контуру зворотного зв'язку між якістю електронних медичних записів та фінансовими рішеннями у Програмі медичних гарантій (ПМГ), а також ідентифікація системних розривів на шляху до євроінтеграції цифрової системи охорони здоров'я. Методологічний базис сформовано на основі системно-структурного аналізу нормативно-правової бази, статистичної обробки масиву відкритих даних автоматичного моніторингу НСЗУ щодо 857 надавачів за 1–10 місяці 2025 року та якісного узагальнення матеріалів 52 моніторингових візитів. Результати аналізу довели, що операційні інструменти НСЗУ (оплата за верифікованими даними, коефіцієнт 0, ризик-орієнтований контроль) є структурно суміжними з логікою первинного використання даних в EHDS. Водночас виявлено критичні системні розриви: масштабну семантичну фрагментацію медичних інформаційних систем (МІС), що призвела до необґрунтованих фінансових перерахунків на суму понад 3,15 млрд грн через некоректне визначення діагностично-споріднених груп (ДСГ), а також методологічну несумісність часових рядів даних первинної ланки після запровадження обов'язкового кодування у серпні 2025 року. Наукова новизна полягає в інтеграції аналітичної рамки EHDS у систему оцінки фінансових інструментів ПМГ, що дозволило кваліфікувати семантичні помилки кодування як прямий управлінський та фінансовий ризик. Практична цінність результатів полягає в обґрунтуванні авторської трирівневої концептуальної моделі (стандартизація – верифікація – вторинне використання), яка замикає контур зворотного зв'язку між якістю медичних даних і тарифоутворенням через створення Органу доступу до медичних даних (HDAB) та термінологічного FHIR-сервера, що мінімізує фінансові ризики для надавачів і підвищує прозорість розподілу бюджетних коштів.

**Ключові слова:** електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ); програма медичних гарантій (ПМГ); фінансування охорони здоров'я; верифікація даних; діагностично-споріднені групи (ДСГ); семантична сумісність.

**DOI:** <https://doi.org/10.32983/2222-0712-2026-2-391-401>

**Табл.:** 4. **Бібл.:** 23.

**Глущенко Ганна Анатоліївна** – аспірант кафедри публічного управління і адміністрування, Університет Григорія Сковороди в Переяславі (вул. Сухомлинського, 30, Переяслав, 08401, Україна)

**E-mail:** [annaanat1@gmail.com](mailto:annaanat1@gmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0005-9798-3844>

UDC 351.84:004  
JEL Classification: H83; H51; I11; I18; O33

**Hlushchenko H. A. National Health Service of Ukraine contract model and the European Health Data Space:  
from data verification to financial decision feedback**

The article evaluates the compatibility of the current National Health Service of Ukraine (NHSU) contract model with the regulatory and architectural logic of Regulation (EU) 2025/327 on the European Health Data Space (EHDS) under martial law. The study aims to determine the implementation level of the feedback loop between electronic health records quality and financial decisions within the Medical Guarantee Program (MGP), alongside identifying systemic gaps on the path toward European integration of the digital healthcare system. The methodological framework is built on a systematic-structural analysis of the regulatory framework, statistical processing of open data from the NHSU automatic monitoring regarding 857 healthcare providers for 1–10 months of 2025, and a qualitative generalization of 52 monitoring visits. The results prove that the NHSU operational tools (payments based on verified data, corrective coefficient 0, risk-oriented control) are structurally adjacent to the logic of primary data use in EHDS. At the same time, critical systemic gaps have been identified: a large-scale semantic fragmentation of medical information systems (MIS), which led to unjustified financial recalculations amounting to over 3.15 billion UAH due to incorrect diagnosis-related groups (DRG) determination, and a methodological incompatibility of primary care data time series after introducing mandatory coding rules in August 2025. The scientific novelty lies in integrating the EHDS analytical framework into the MGP financial tools evaluation, which allows classifying

*semantic coding errors as a direct managerial and financial risk. The practical value consists in substantiating a three-level conceptual model (standardization – verification – secondary use) that closes the feedback loop between health data quality and tariff-setting through the establishment of a Health Data Access Body (HDAB) and a terminology FHIR-server, minimizing financial risks for providers and enhancing budget allocation transparency.*

**Keywords:** *electronic health record system (eHealth); medical guarantee program (MGP); healthcare financing; data verification; diagnosis-related groups (DRGs); semantic interoperability.*

**Tabl.: 4. Bibl.: 23.**

**Hlushchenko Hanna A.** – Postgraduate Student of the Department of Public Administration and Administration, Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav (30 Sukhomlyns'koho Str., Pereiaslav, 08401, Ukraine)

**E-mail:** annaanat1@gmail.com

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0005-9798-3844>

**Вступ.** Модернізація фінансових інструментів програми медичних гарантій (ПМГ) відбувається в умовах воєнного стану та критичного дефіциту енергетичної інфраструктури. Національна Служба Здоров'я України (далі – НСЗУ) змінила підходи до фінансування на контрактне: виплати здійснюються виключно на підставі медичних записів, зафіксованих в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ). Прийнята Розпорядженням КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на 2030 рік» закріплює євроінтеграційний пріоритет і вимогу сумісності з EHDS [3]. Регламент (ЄС) 2025/327 про Європейський простір медичних даних (EHDS) від 11 лютого 2025 р. переводить ту саму логіку фінансування на основі верифікованих даних у форму загальноєвропейського стандарту [15].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Дослідження питань трансформації охорони здоров'я є досить актуальними, особливо враховуючи, що період реформування підходів до системи фінансування збігся з періодами великих кризових потрясінь – COVID-19 та повномасштабне вторгнення. Отримані виклики вимагали перегляду наявних підходів та швидкого прийняття управлінських рішень для забезпечення стійкості системи охорони здоров'я. Велика кількість досліджень пов'язана з переходом від кошторисної моделі до моделі оплати наданих послуг. Зокрема, особливості реформування системи бюджетного забезпечення галузі та специфіку функціонування ЕСОЗ вивчено у працях О. А. Музики-Стефанчук, М. О. Стефанчука та Н. Я. Якимчук. Серед міжнародних досліджень це роботи М. Портера та Е. Тайсберг, які описують фундаментальні основи системи фінансування з оплатою за конкретний випадок, а не за наявність «стін».

Питання інтеграції цифрових технологій у публічне управління та їхній безпосередній детермінуючий вплив на якість життєдіяльності населення висвітлено у дослідженнях С. Квітки та М. Миргородської. Водночас оцінку загальної макроекономічної стійкості фінансових моделей охорони здоров'я в умовах тривалих безпекових та геоекономічних шоків наведено у працях О. Тулай.

Одночасно Україна чітко тримає свій євроінтеграційний вектор, який вимагає швидкої адаптації нормативно-правових документів та цифрових архітектур медичних даних до європейських вимог (EHDS). Проте поза увагою дослідників залишається аналіз впливу «цифрових помилок» та семантичної неоднорідності кодування на фінансо-

ве забезпечення закладів охорони здоров'я та формування їхньої фінансової стійкості для розвитку та функціонування в подальшому.

**Метою статті** є визначення, якою мірою наявна модель фінансування від НСЗУ реалізує механізм зворотного зв'язку між якістю даних і фінансовими рішеннями, ідентифікувати критичні структурні розриви крізь призму вимог EHDS та запропонувати концептуальну модель гармонізації. Наукова новизна полягає в тому, що більшість наявних досліджень зосереджені на фінансових механізмах НСЗУ або розглядають технічні аспекти цифровізації. Поєднання даних вимірів та використання аналітичного потенціалу EHDS дозволить здійснити діагностику слабких місць системи фінансування.

Шлях до EHDS-сумісності ускладнений кількома різнорідними чинниками: структурною асиметрією фінансування між рівнями допомоги, відсутністю правового режиму вторинного використання даних, а також критичним дефіцитом генерації електроенергії в 7 ГВт, що загрожують цілісності ЕСОЗ-записів у прифронтових регіонах [21]. Ця різнорідність є принциповою: перші два чинники є архітектурними, третій – ситуативним наслідком воєнного стану.

**Методологічну основу дослідження** становить комплексний аналітичний підхід до оцінки інструментів фінансування системи охорони здоров'я через призму архітектури великих даних (Big Data). З метою забезпечення відтворюваності результатів, аналітичний контур дослідження розподілено на три послідовні етапи.

1 етап – за допомогою методів системно-структурного та порівняльно-правового аналізу досліджено нормативний базис фінансових інструментів ПМГ (Постанова КМУ № 410/2018 та щорічні Порядки реалізації ПМГ) у зіставленні з вимогами Регламенту (ЄС) 2025/327 щодо первинного та вторинного обігу медичних даних.

2 етап – застосовано методи фінансово-статистичного аналізу. Об'єктом аналізу виступили первинні відкриті дані реєстрів контрактів і виплат НСЗУ за 2024–2025 роки (у форматі використання відкритих даних), а також оперативні звітні показники станом на 01.07.2026 року. Це дозволило розрахувати динаміку фінансових потоків між первинною та стаціонарною ланками та виявити структурну асиметрію фінансування (табл. 1). Для оцінки фінансових втрат надавачів через дефекти фіксації інформації оброблено масив даних автоматичного моніторингу НСЗУ за

1–10 місяці 2025 року щодо вибірки із 857 великих надавачів медичних послуг.

3 етап – метод якісного кейс-стаді (case study) було досліджено та узагальнено матеріали 52 звітів про моніторингові візити НСЗУ та 6 планів заходів з усунення порушень за 2024–2025 роки. Даний підхід дозволив верифікувати безпосередні матеріально-технічні та кадрові причини виникнення розбіжностей між електронними записами та реальними клінічними потужностями лікарень на прикладах Рокитнівської багатопрофільної лікарні та Херсонського обласного перинатального центру. Математична обробка та структурування числових даних здійснювалися за допомогою інструментів MS Excel.

**Викладення основного матеріалу.** Концепція ціннісно-орієнтованої охорони здоров'я (*value-based healthcare*), яка розроблена М. Портером та Е.Тайсбергом, ставить у центр медичної системи безпосередній клінічний результат для пацієнта, а не валовий обсяг наданих послуг [17]. У контексті державного управління ця парадигма означає перехід від фінансування ресурсів (ліжка, персонал, обладнання) до фінансування верифікованих результатів – тобто виплату коштів тоді, коли факт надання послуги підтверджено стандартизованим електронним записом. Ключовою відмінністю від попередніх підходів є механізм зворотного зв'язку: дані, акумульовані системою, не лише обґрунтовують поточні виплати, а й визначають архітектуру майбутніх фінансових рішень – зміну тарифів, перегляд пакетів, перерозподіл коштів між рівнями допомоги.

Для цього переходу необхідні взаємозалежні складові: цифрова інфраструктура, яка фіксує кожен медичний контакт у структурованому й ідентифікованому вигляді, механізм верифікації, що дозволяє перевірити достовірність записів автоматично або через незалежний аудит, правовий режим, який регулює умови доступу до накопичених даних для управлінських і фінансових рішень. Відсутність хоча б одного з цих елементів розриває систему взаємозв'язків: навіть бездоганно верифіковані дані не можуть бути ефективно використані в управлінні за відсутності законних механізмів їх застосування. EHDS переводить ці принципи у нормативні вимоги через Регламент (ЄС) 2025/327 та встановлює обов'язкові вимоги до семантичної сумісності MIC, стандартизації даних за профілями FHIR R4/IPS, верифікованого ідентифікатора пацієнта та правового режиму вторинного використання знеособле-

них медичних даних через авторизований орган – Health Data Access Body (HDAB) [14].

Важливо розрізняти два виміри EHDS. Первинне використання даних охоплює надання медичної допомоги в транскордонному просторі та ведення електронних медичних записів. Вторинне використання – це аналітика для наукових досліджень, навчання ШІ та доказового формування тарифів. З цього кута зору аналітичні інструменти НСЗУ (фінансовий моніторинг, коефіцієнт 0, автоматичний контроль ЕМЗ) за своєю природою є операційним контролем у сфері первинного використання, а не аналогом HDAB. Ця відмінність є принциповою для коректної оцінки поточного рівня відповідності НСЗУ вимогам EHDS, однак вона не применшує вагомості вже реалізованих механізмів.

Порівняння трьох моделей фінансування виявляє, що Україна знаходиться суттєво ближче до EHDS-архітектури, ніж це визнається в більшості аналітичних оглядів. Кошторисна модель фінансує заклад незалежно від результатів; страхова – страховий випадок незалежно від якості запису; контрактна модель НСЗУ – лише зафіксований та частково верифікований епізод. Останній підхід концептуально наближений до логіки EHDS, проте ця подібність має радше ситуативний, ніж цілеспрямований характер, що суттєво позначається на рівні фактичної сумісності.

Контрактна модель НСЗУ функціонує на підставі Постанови КМУ № 410/2018 та щорічних Порядків реалізації ПМГ [1; 2]. За 2025 рік система охоплює 6435 контрактів надавачами медичних послуг різної форми власності. У 2026 році (станом на 01.07.2026 року) кількість договорів складає – 6399. Загальний обсяг виплат у 2025 році становив ~165,7 млрд грн, що на 9,5% перевищує показник 2024 року (~151,3 млрд грн). Табл. 1 наводить ключові показники системи в динаміці.

Структура виплат виявляє принципову асиметрію: первинна медична допомога, отримує 14,3% загального фінансування. Стаціонарна допомога (загальна та пріоритетні стаціонарні послуги) поглинає 41,9% обсягу виплат. Ця структура відображає об'єктивну вартісну різницю між рівнями допомоги, проте водночас створює стимули для надмірної госпіталізації – проблему, з якою зіткнулися й системи EHDS-країн на ранніх етапах [14].

Якісним проривом у посиленні контролю став запуск підсистеми «Облік медичного обладнання та довгостро-

Таблиця 1

Показники рівня фінансування НСЗУ 2024–2025 рр.

| Показник                                        | 2024 р. | 2025 р. | Динаміка |
|-------------------------------------------------|---------|---------|----------|
| Загальна сума виплат (ПМГ), млрд грн            | 151,3   | 165,7   | +9,5%    |
| Надавачів послуг (ПМГ)                          | 3625    | 3687    | +1,7%    |
| Виплати – первинна допомога, млрд грн (частка)  | 23,5    | 23,7    | +0,9%    |
| Виплати – стаціонарна допомога, млрд грн        | 65,4    | 69,4    | +6,1%    |
| Виплати приватним надавачам (без ФОП), млрд грн | 4,9     | 6,6     | +35,7%   |
| Виплати ФОП, млрд грн                           | 1,5     | 1,6     | +6,7%    |

Джерело: розраховано автором за первинними відкритими даними реєстрів контрактів і виплат НСЗУ (відкриті CSV-файли, офіційний портал НСЗУ), 2024–2025 рр.

ково замісних ресурсів (ДЗР) в ЕМЗ». До її впровадження поширеною була практика, коли заклади під час контракування декларували наявність дорогого обладнання задля отримання підвищеного фінансового коефіцієнта. Цифрове підтвердження справності обладнання стало складовою фінансового контролю НСЗУ. Якщо обладнання не генерує легітимні електронні медичні записи, система автоматично блокує фінансування за тим пакетом послуг, для якого його використання є обов'язковим [21].

Порядок реалізації ПМГ встановлює диференційовану систему тарифів [2]. Первинна медична допомога

фінансується за капітаційним принципом: базова ставка – 1007,3 грн/рік на одного задекларованого пацієнта з ваговими коефіцієнтами залежно від вікової групи (для дітей до 5 років –  $\times 2,465$ ; для осіб 65+ –  $\times 1,3$ ). Стаціонарна допомога фінансується за змішаною моделлю: 45% – глобальний бюджет та 55% – ставка за пролікований випадок (базова ставка 8 735 грн із ваговим коефіцієнтом конкретної діагностично-спорідненої групи). Система нараховує 85 діагностично-споріднених груп (ДСГ) із коефіцієнтами від 0,07 (психіатрія без ускладнень) до 85,3 (введення штучного серця). Табл. 2 наводить тарифи для пріоритетних пакетів.

Таблиця 2

Тарифи на медичні послуги за пріоритетними пакетами ПМГ-2026

| Пакет медичних послуг                                     | Тариф, грн              | Умова застосування        |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Гострий мозковий інсульт – ендovasкулярне втручання       | 131 472                 | Додаткові умови закупівлі |
| Гострий мозковий інсульт – тромболітична терапія          | 62 565                  | Базовий тариф             |
| Гострий мозковий інсульт – без спеціалізованого втручання | 15 643                  | Загальний тариф           |
| Гострий інфаркт міокарда – зі стентуванням                | 43 573                  | Базовий тариф             |
| Гострий інфаркт міокарда – без стентування                | 25 261                  | Загальний тариф           |
| Медична допомога при пологах (базова)                     | 15 137                  | Загальний тариф           |
| Пологи з комплексною допомогою матері та дитині           | 19 678 ( $\times 1,3$ ) | Відповідність дод. умовам |
| Первинна медична допомога (базова ставка/рік)             | 1 007,3                 | Без вікових коефіцієнтів  |

Джерело: складено автором за матеріалами Порядку реалізації ПМГ (бюджетний рік 2026) [2, п. 19, 45, 49, 53, 58]

Ключовою рисою існуючої системи, є нормативно закріплений зв'язок між якістю верифікованих даних і розміром виплати. Пункт 21 Порядку реалізації ПМГ-2026 встановлює коригувальний коефіцієнт 0 до базової капітаційної ставки за пацієнта, запис якого не має статусу «успішна верифікація» (VERIFIED) в Реєстрі пацієнтів ЕСОЗ [2]. Аналогічна логіка діє і для стаціонарних пакетів: згідно з п. 7 Порядку, НСЗУ застосовує коефіцієнт 0, якщо за результатами автоматичного моніторингу встановлено ознаки внесення понад 50% медичних записів із порушеннями повноти та достовірності [2].

Однак верифікація становить лише одну складову механізму зворотного зв'язку. Повноцінне функціонування такого контуру забезпечується тоді, коли накопичені дані не лише запобігають необґрунтованим або неякісним виплатам, а й використовуються для формування майбутніх рішень щодо розподілу фінансових ресурсів. У цьому контексті постає питання, чи відбувається в НСЗУ перехід від суто операційного контролю до аналітично обґрунтованого управління фінансуванням. Загалом відповідь є позитивною, хоча й з певними застереженнями. Показовим прикладом став проведений у 2025 році ВООЗ спільно з фахівцями НСЗУ аналіз даних ЕСОЗ щодо фінансування реабілітаційних послуг у межах Програми медичних гарантій. Результати дослідження виявили низку дисбалансів у розподілі ресурсів, зокрема спрямування коштів на послуги та випадки з нижчим рівнем пріоритетності. Отримані висновки були використані під час перегляду параметрів Програми медичних гарантій на 2026 рік, що свідчить про поступове впровадження практики ухвалення фінансових рішень на основі аналізу даних [20].

Цей приклад є важливим прецедентом, оскільки демонструє, що дані ЕСОЗ уже здатні безпосередньо впливати на структуру фінансових рішень у системі охорони здоров'я. Така практика є концептуально близькою до логіки ЕНДС, де дані використовуються не лише для обліку та контролю, а й для формування політики та розподілу ресурсів. Водночас наразі йдеться радше про поодинокі випадки, ніж про сталий інституційний механізм. Попри накопичення в ЕСОЗ понад 4,4 млрд медичних записів, системного процесу, який би регулярно трансформував цей масив інформації в інструмент перегляду тарифів, пакетів послуг і фінансових пріоритетів, поки що не сформовано. Ключовим стримувальним чинником залишається відсутність належно врегульованого правового режиму вторинного використання даних, що обмежує можливості їх повноцінного застосування для аналітики та управлінського планування.

ЕНДС – технічний інструмент обміну даними, може розглядатися як цілісна аналітична рамка управління охороною здоров'я, яка дає змогу точно локалізувати слабкі місця системи фінансування. Регламент (ЄС) 2025/327 описує замкнений цикл обігу медичних даних: інформація формується у стандартизованому форматі, проходить процедури верифікації, використовується як підстава для фінансування надавачів послуг і через механізм вторинного використання повертається до системи у вигляді доказової бази для оцінки результативності та коригування управлінських рішень. Порівняння цієї моделі з практикою функціонування НСЗУ дозволяє визначити, на якому етапі цього циклу Україна досягла найбільшого прогресу, а де зберігаються системні розриви. Зокрема, значних результатів до-

сягнуто у сфері збору та цифрової фіксації медичних даних, їх використання для контрагування та здійснення виплат за програмою медичних гарантій. Водночас менш розвинутою залишається ланка зворотного аналітичного зв'язку, коли накопичені дані систематично використовуються для оцінки ефективності фінансування, прогнозування потреб населення та коригування параметрів державної політики на основі доказів.

Зіставлення моделі EHDS із практикою функціонування НСЗУ виявляє точки конвергенції і фундаментальні відмінності. Насамперед українська система вже реалізує один із базових принципів цифрового фінансування охорони здоров'я – оплата за випадок «payment on data», оскільки виплати надавачам медичних послуг здійснюються виключно на підставі даних, внесених до ЕСОЗ. Важливим елементом цієї моделі є реєстр пацієнтів, який через механізми ідентифікації та верифікації забезпечує належний рівень унікальності облікових записів. Додаткове зміцнення правової основи цього процесу забезпечив Закон України від 29 червня 2023 р. щодо верифікації відомостей про пацієнтів, який передбачив автоматизовану перевірку

даних через три ключові державні інформаційні ресурси – ЄДРПОУ, Державний реєстр фізичних осіб – платників податків та Державний реєстр актів цивільного стану громадян [2].

Водночас система автоматичного моніторингу НСЗУ, що базується на ризик-орієнтованому підході до виявлення потенційних порушень і аномалій у даних, функціонально наближається до механізмів забезпечення якості даних та їх аудиту, передбачених Регламентом EHDS. Це свідчить про те, що на рівні збору, ідентифікації та контролю достовірності інформації українська модель значною мірою рухається у напрямі європейських стандартів цифрового управління охороною здоров'я.

Варто зважати, що НСЗУ будувала ці механізми з суто фінансово-адміністративних міркувань. Методологія верифікації НСЗУ є закритою для зовнішнього аудиту, а критерії визначення «недостовірності» запису не стандартизовані відповідно до міжнародних норм якості медичних даних. Відтак рівні «часткова відповідність» і «прообраз» у табл. 3 доречно розуміти як структурну суміжність, а не як підтверджену сумісність.

Таблиця 3

Матриця відповідності контрактної моделі НСЗУ вимогам EHDS

| Вимога EHDS                                    | Аналог у НСЗУ                                       | Рівень                                          | Ключовий розрив                                     |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Верифікований ID пацієнта                      | Реєстр ЕСОЗ; статус VERIFIED (наказ МОЗ №2755/2020) | Часткова $\Delta$                               | Відсутній міжнародний ідентифікатор (NCPeH)         |
| Оплата лише за верифікованими даними           | Коефіцієнт 0 без VERIFIED (п. 21 Порядку)           | Реалізовано <input checked="" type="checkbox"/> | Власна методологія НСЗУ; немає незалежного аудиту   |
| Семантична стандартизація (FHIR R4, SNOMED CT) | НК 025:2021 (МКХ-10), НК 026:2021                   | Часткова $\Delta$                               | Немає FHIR-профілів; різні термінологічні схеми МІС |
| Авт. моніторинг якості даних                   | Ризик-орієнтований моніторинг НСЗУ (Додаток 4)      | Прообраз <input checked="" type="checkbox"/>    | Методологія не прозора; не сертифікований           |
| Вторинне використання даних                    | Відсутній                                           | ×                                               | Немає закону; немає HDAB                            |
| Транскордонний обмін (MyHealth@EU)             | Відсутній                                           | ×                                               | Немає NCPeH; немає правових угод                    |
| Організаційна архітектура (HDAB)               | МОЗ / НСЗУ / ДП «Електронне здоров'я»               | Часткова $\Delta$                               | Немає формального HDAB                              |

Джерело: складено автором за матеріалами Регламенту (ЄС) 2025/327 [14], Постанов КМУ №410/2018 [1], №1808/2025 [2], Наказу МОЗ №2755/2020 [5]

Найгострішим технічним розривом залишається неоднорідність кодування медичних даних між різними МІС, підключеними до ЕСОЗ. Хоча Порядок реалізації ПМГ-2026 встановлює обов'язкове кодування послуг відповідно до НК 025:2021 та НК 026:2021, на практиці інтерпретація кодів різними системами суттєво відрізняється [2]. Незалежний аудит PRECISEU (2025) підтверджує цю оцінку, констатуючи, що стандарти SNOMED CT, LOINC, ICD та ICPC-2 застосовуються в Україні непослідовно, а впровадження HL7 FHIR залишається нерівномірним [18].

Ця проблема найвиразніше проявляється у даних автоматичного моніторингу НСЗУ за 1–10 місяці 2025 року. Серед виявлених причин фінансових перерахунків домінує невідповідність ДСГ J08 «Інші пересадки шкіри і видалення некротичних тканин» – 194,6 млн грн лише за одним нада-

вачем. Природа цих порушень полягає в розбіжності між задекларованим кодом медичного втручання та фактично проведеною процедурою – прямий наслідок семантичної неоднорідності МІС [9].

Масштаб виявлених невідповідностей, зафіксованих у 857 надавачів медичних послуг, а також необхідність здійснення перерахунків на сотні мільйонів гривень свідчать про системний характер проблеми. Повернення коштів, виплачених за відповідними кодами ДСГ, зумовлене тим, що фактичний зміст наданих послуг не завжди відповідав їхньому закодованому опису. Таким чином, ідеться не стільки про навмисне порушення правил фінансування, скільки про неузгодженість між нормативно визначеними вимогами до кодування послуг та практикою їх реалізації в різних медичних інформаційних системах.

Таблиця 4

## Найбільші фінансові перерахунки за результатами автоматичного моніторингу НСЗУ, 1–10 міс. 2025 р.

| Область           | Надавач                                                                                                                                                | Сума перерахунку, грн | % виплат | Основна причина                                                                   |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Запорізька        | "УкрМедГрупа"                                                                                                                                          | 233 283 208           | 86,2     | ДСГ J08                                                                           |
| Львівська         | ПП "Мережа Медичних Центрів<br>"Родина"                                                                                                                | 229 997 891           | 72,5     | ДСГ J08, I02, B03, E01 та ін.                                                     |
| Дніпропетровська  | ТОВ "Медікум-Лк"                                                                                                                                       | 61 365 638            | 70,7     | Нові алгоритми ДСГ                                                                |
| Львівська         | КНП "Львівське територіальне медичне об'єднання" Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги"          | 53 061 357            | 7,2      | Нові алгоритми ДСГ                                                                |
| Дніпропетровська  | ТОВ "Чеклайф"                                                                                                                                          | 44 309 373            | 85,0     | Нові алгоритми ДСГ                                                                |
| м. Київ           | КНП "Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги" Виконавчого Органу Київської Міської Ради (Київської Міської Державної Адміністрації) | 31 040 486            | 14,4     | невідповідністю тривалості застосування ШВЛ до тривалості госпіталізації пацієнта |
| Івано-Франківська | КНП "Обласна Клінічна Лікарня Івано-Франківської Обласної Ради"                                                                                        | 30 663 212            | 10,9     | Нові алгоритми ДСГ                                                                |
|                   | Загальна сума перерахунків по всіх надавачах послуг                                                                                                    | 3 150 029 095         | 9,8%     |                                                                                   |

Джерело: розраховано автором за первинними даними автоматичного моніторингу НСЗУ, 2025 р. [9]

Відповідно до принципів EHDS, послуги, які є підставою для здійснення фінансування, мають реєструватися за допомогою уніфікованих семантичних кодів, що виключають різночитання між інформаційними системами [14]. У цьому контексті семантична фрагментація даних постає не лише як технічна вада інформаційної інфраструктури, а як вагомий фінансово-управлінський ризик, що впливає на обґрунтованість розрахунків і ефективність використання коштів.

Аналіз 52 моніторингових візитів НСЗУ та 6 планів заходів щодо усунення виявлених порушень за період 2024–2025 років дав змогу виокремити та систематизувати основні причини невідповідності надавачів медичних послуг умовам закупівлі [7]. Найпоширенішими є порушення, пов'язані з відсутністю матеріально-технічного оснащення, обов'язкового відповідно до вимог конкретних пакетів медичних послуг, зокрема спіральних комп'ютерних томографів, централізованих систем киснезабезпечення та відкритих реанімаційних систем. Серед кадрових невідповідностей переважає нестача фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, наявність яких є обов'язковою умовою для надання послуг за реабілітаційними та окремими хірургічними пакетами.

Особливої ваги ці факти набувають у контексті вимог EHDS. Якщо заклад охорони здоров'я отримує фінансування за випадок, закодований певною ДСГ, але фактично не має необхідного обладнання або кадрового забезпечення для надання відповідної медичної послуги, це свідчить про розбіжність між даними, внесеними до ЕСОЗ, та реальним змістом клінічної практики. За таких умов медичний запис перестає бути достовірним відображенням фактично наданої допомоги.

Це прямо суперечить одному з ключових принципів EHDS - забезпеченню якості та достовірності даних на етапі їх первинного формування, що є необхідною передумовою їх подальшого використання для управлінських, аналітичних і дослідницьких цілей [14].

У цьому контексті виявлені порушення виходять за межі суто договірних або облікових невідповідностей. З позиції EHDS вони набувають ознак системного ризику, оскільки спотворення клінічного змісту первинних записів знижує якість усієї інформаційної бази охорони здоров'я. Наслідком цього є обмеження можливостей для здійснення доказово обґрунтованого управління, коли на основі недостовірних даних формуються управлінські рішення, планується фінансування та оцінюється ефективність надання медичної допомоги. Таким чином, порушення вимог до матеріально-технічного й кадрового забезпечення впливають не лише на якість послуг, а й на надійність даних, що лежать в основі функціонування всієї системи охорони здоров'я.

Показовими в цьому контексті є результати моніторингу окремих закладів охорони здоров'я:

Рокитнівська багатопрофільна лікарня продовжувала надавати послуги та отримувати фінансування за пакетом медичної допомоги при гострому мозковому інсульті, за відсутності спеціалізованого інсультного відділення та спірального комп'ютерного томографа, які належать до обов'язкових умов його контракування.

Херсонський обласний перинатальний центр не був забезпечений централізованою системою киснезабезпечення у пологовому блоці, хоча її наявність є необхідною вимогою для отримання підвищеного тарифу за надання допомоги при складних пологах.

Подібні невідповідності виявляються внаслідок застосування механізмів моніторингу та верифікації НСЗУ, які забезпечують контроль за дотриманням умов закупівлі медичних послуг.

Водночас з позицій EHDS виявлення порушень не повинно обмежуватися лише фінансовим коригуванням або поверненням коштів. Логіка EHDS передбачає використання накопичених даних про такі випадки як джерела доказової інформації для вдосконалення системи охорони здоров'я. Це означає, що статистика виявлених невідповідностей має застосовуватися для аналізу реалістичності вимог до оснащення закладів, оцінки ефективності чинних механізмів контрагування та перегляду тарифних умов. У такий спосіб дані моніторингу трансформуються із засобу контролю в інструмент системного управління, що дає змогу підвищувати якість медичної допомоги та обґрунтованість фінансових рішень.

Наведені вище приклади стосуються виключно стаціонарних пакетів, однак проблема верифікації на рівні первинної ланки є не менш показовою, хоча й принципово іншою за природою. Капітаційна ставка у розмірі 1 007,3 грн/рік на задекларованого пацієнта, не передбачає прив'язки до конкретного медичного втручання: лікар отримує виплату за сам факт наявності декларації. Ризик для якості даних тут не в кодуванні ДСТ, а в цілісності Реєстру пацієнтів: якщо задекларований пацієнт не пройшов верифікацію через УНЗР або ДРФ ОПП, НСЗУ застосовує коефіцієнт 0 і виплата не здійснюється [2].

Практична значущість стандартизації медичних даних підтверджується динамікою реєстрації профілактичних оглядів в ЕСОЗ. Згідно зі звітом НСЗУ за I–IV квартали 2025 року, в системі було зафіксовано 301 042 епізоди попередніх і періодичних медичних оглядів [8]. Водночас аналіз часової динаміки цих записів демонструє суттєвий вплив нормативного регулювання на статистичні показники. До затвердження Правил кодування у липні 2025 року щомісячна кількість зареєстрованих епізодів коливалася в межах 5–15 тис., тоді як уже в серпні 2025 року цей показник різко зріс до 51 914 випадків, після чого стабілізувався на рівні 44–55 тис. епізодів на місяць.

З позицій EHDS наведений приклад демонструє одну з фундаментальних проблем якості первинних даних у сфері охорони здоров'я. Різне зростання кількості зареєстрованих випадків, найімовірніше, відображає не фактичне збільшення обсягів профілактичної діяльності, а запровадження обов'язкових правил кодування та підвищення повноти внесення інформації до системи. Отже, статистичні показники ЕСОЗ можуть характеризувати не лише медичну активність, а й зміни в нормативних вимогах до реєстрації даних.

Для цілей доказового управління це має принципове значення, оскільки часові ряди, сформовані до та після впровадження нових правил кодування у серпні 2025 року, не є повністю порівнянними з методологічної точки зору. Відповідно, аналіз тенденцій охоплення населення профілактичними оглядами без урахування цього структурного розриву може призвести до хибної інтерпретації результатів та помилкових управлінських висновків. Саме тому підхід EHDS передбачає не лише накопичення даних,

а й документування умов їх формування, що дає змогу коректно інтерпретувати зміни показників та підвищувати надійність аналітичних висновків.

Найбільш суттєвим стратегічним обмеженням розвитку цифрової системи охорони здоров'я в Україні залишається відсутність нормативно врегульованого механізму вторинного використання медичних даних, подібного до передбаченого Розділом IV Регламенту (ЄС) 2025/327 про European Health Data Space (EHDS). На відміну від країн Європейського Союзу, де деперсоналізовані медичні дані активно використовуються для наукових досліджень, оцінки медичних технологій, формування політики у сфері охорони здоров'я та розроблення алгоритмів штучного інтелекту, суттєво обмежує можливості доказового управління в українській системі охорони здоров'я. Дані ЕСОЗ переважно виконують функції обліку медичних послуг і забезпечення фінансових розрахунків між надавачами та НСЗУ.

За оцінками ВООЗ, у системі вже накопичено понад 4 млрд медичних записів [22; 10], що формує безпрецедентний за масштабом інформаційний ресурс. За таких умов накопичені в ЕСОЗ дані не можуть повною мірою використовуватися для комплексної оцінки ефективності використання ресурсів і результативності медичних втручань. Унаслідок цього такі структурні проблеми, як дисбаланс між рівнями надання медичної допомоги, надмірна госпіталізація пацієнтів, неоптимальні маршрути лікування чи неефективні схеми медикаментозної терапії, залишаються складними для своєчасного виявлення та коригування. Відповідно, без створення належних правових та інституційних умов для вторинного використання медичних даних потенціал ЕСОЗ як інструменту стратегічного управління та підвищення ефективності державних витрат у сфері охорони здоров'я залишатиметься значною мірою нереалізованим.

Показовим у цьому контексті є випадок із виплатами за реабілітаційні послуги у 2025 році, результати аналізу яких стали підставою для коригування окремих положень Програми медичних гарантій на 2026 рік. Цей приклад демонструє потенціал використання даних ЕСОЗ для виявлення системних проблем фінансування та прийняття управлінських рішень на основі фактичних результатів функціонування системи. Проте наразі таке використання даних має радше винятковий, ніж системний характер і залишається окремим прикладом успішної аналітичної практики, а не інституціоналізованим механізмом формування політики.

За оцінками ВООЗ, Україна належить до країн із високою часткою прямих витрат домогосподарств на охорону здоров'я, яка суттєво перевищує середні показники держав Європейського Союзу, причому значна частина цих витрат припадає на придбання лікарських засобів в амбулаторному секторі [22]. У відповідь на цю проблему Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року передбачає розширення доступності програм реімбурсації шляхом збільшення частки міжнародних непатентованих назв (МНН) лікарських засобів, що підлягають відшкодуванню, з менш ніж 20 % до понад 40 % до 2030 року [3]. Досягнення цього показника потребує подальшої цифровізації процесів

призначення та відшкодування лікарських засобів, зокрема забезпечення повномасштабної автоматизації електронного рецепта та оперативної верифікації права пацієнтів на отримання пільг.

Три держави – члени ЄС ілюструють різні підходи до інтеграції цифрових даних у фінансові рішення. Порівняння з Україною є принципово неточним: ці країни будували свої системи у мирний час, з розвиненими державними інституціями. Проте саме через EHDS-рамку ці кейси перетворюються на діагностичний інструмент – вони показують не лише «як потрібно», а й де саме в українській системі відсутні ключові ланки зворотного зв'язку.

Естонія побудувала систему, де X-Road є технічною основою як для надання медичних послуг, так і для розрахунків Каси здоров'я. Кожен медичний контакт, зафіксований будь-якою МІС, передається в єдиний реєстр зі стандартизованим ідентифікатором пацієнта, що забезпечує практично нульову семантичну фрагментацію [11]. Для України цей досвід є прямим аргументом на користь термінологічного сервера FHIR на базі ECO3, коли навіть без повної реформи МІС єдиний сервер усуває семантичну неоднорідність на рівні передачі даних. У фінансовому вимірі це означає усунення першопричини перерахунків через нові алгоритми ДСГ та аналогічних порушень.

Фінляндія через Findata запровадила авторизований доступ до знеособлених медичних даних для дослідницьких цілей, що дозволило спиратися на реальні клінічні дані під час фінансових рішень у системі охорони здоров'я [15]. НСЗУ критично бракує безпечного аналітичного середовища для перетворення ECO3 – масиву на інструмент управління. Польський досвід підключення до MyHealth@EU в рамках електронного рецепта свідчить, що підключення потребує насамперед правових угод та визначення відповідальної організації (NCPeH) [12]. Для України це означає, що визначальним обмеженням подальшого розвитку ECO3 є відсутність належної інституційної та правової бази для використання накопичених даних, а не рівень її технічної зрілості. Саме нормативна неврегульованість сьогодні стримує реалізацію її повного потенціалу як інструменту доказового управління охороною здоров'я.

Проект EU HEALS (Project ID 101233682, програма EU4Health, 2025–2028) є першим системним зовнішнім механізмом, що забезпечує Україні методологічну та фінансову підтримку для практичного наближення до EHDS [13]. Його значення виходить за межі грантового фінансування: проект структурує послідовність кроків і задає часові рамки, критично важливі для координації між МОЗ, НСЗУ та ДП «Електронне здоров'я».

Технічний компонент передбачає розробку FHIR-профілів для Patient Summary та e-Prescription у транскордонному форматі. Для НСЗУ це означає практичну можливість стандартизувати формати медичних записів в ECO3 так, щоб вони одночасно відповідали вимогам ПМГ і профілям EHDS. Правовий компонент включає формалізацію процедур підключення до MyHealth@EU та підготовку проектів відповідних нормативних актів. Пілотний компонент передбачає тестове підключення до MyHealth@EU – що дозволяє виявити вузькі місця до масштабування.

Результати аналізу дозволили сформулювати тривірнову концептуальну модель контрагування, що інтегрує переваги чинної системи фінансування та нейтралізує її структурні дефекти. Розподіл моделі на три пласти (стандартизація, верифікація, вторинне використання) є доцільним для її теоретичного опису, проте в реальних умовах ці рівні функціонують нерозривно. Зокрема, якісна стандартизація потребує чіткої нормативної бази, а результативність моніторингу прямо залежить від однорідності вхідних даних ECO3. Головний акцент у запропонованому підході зміщено на створення замкненого управлінського циклу: масив електронних медичних записів має вийти за межі суто розрахункової функції й перетворитися на доказовий базис для оптимізації тарифів і перегляду структури пакетів Програми медичних гарантій.

#### I. Стандартизація даних:

- впровадження профілів FHIR R4 для всіх електронних медичних записів, що використовуються як підстава для здійснення виплат;
- узгодження між класифікаторами НК 025:2021, НК 026:2021 та міжнародною термінологічною системою SNOMED CT;
- реєстр сертифікованих медичних інформаційних систем із обов'язковою підтримкою стандартизованих API-інтерфейсів та впровадження єдиного термінологічного FHIR-сервера на базі ECO3.

Результат – усунення семантичної неоднорідності між МІС, яка нині є однією з основних причин фінансових коригувань і перерахунків.

#### II. Верифікація та аудит:

- запровадження незалежного аудиту даних на основі відкритої та публічно доступної методології;
- встановлення прозорих критеріїв застосування коригувальних санкцій, зокрема коефіцієнта 0;
- ефективний механізм адміністративного оскарження для надавачів медичних послуг.

Результат – трансформація системи контролю з інструменту реагування на порушення у передбачуваний та зрозумілий механізм регуляторного впливу.

#### III. Вторинне використання медичних даних:

- створення володільця деперсоналізованих моделей даних (Національного офісу медичних даних (Health Data Access Body, HDAB));
- створення законодавчої основи використання даних;
- оцінювання результативності медичних інтервенцій на основі реальних клінічних даних;
- виявлення неефективних моделей лікування, аналізу продуктивності бюджетних витрат;
- обґрунтований перегляд тарифів і пакетів Програми медичних гарантій.

Інтеграція принципів EHDS у національну систему контрагування медичних послуг забезпечує перехід від моделі, орієнтованої переважно на облік і фінансовий контроль, до системи доказового управління, у якій дані стають не лише об'єктом адміністрування, а й стратегічним ресурсом для прийняття управлінських рішень.

Воєнний контекст є найпотужнішим і найменш передбачуваним чинником. За даними ВООЗ, лише у 2025 році

зафіксовано 582 верифіковані атаки на заклади охорони здоров'я – абсолютний максимум з початку повномасштабного вторгнення, що призвело до 19 загиблих і 204 поранених серед медичного персоналу та пацієнтів [20]. Станом на квітень 2026 р. кумулятивна кількість атак досягла 2 970 [21]. У найбільш постраждалих регіонах 17% медичних установ отримали структурні пошкодження, шість областей класифіковано ВООЗ як зони найвищого ризику [21].

Важливим викликом залишається залежність реформ від зовнішнього фінансування. Досвід 2025–2026 років засвідчив вразливість Офісу ВООЗ в Україні до раптових скорочень донорської підтримки, що спричинило фінансові труднощі та потребувало реструктуризації діяльності [20]. За відсутності належного інституційного закріплення результатів проекту EU HEALS у національній нормативній базі існує ризик втрати досягнутого прогресу та уповільнення процесів гармонізації після завершення донорського фінансування.

Важливо також враховувати обмеження проведеного дослідження. Матриця відповідності НСЗУ–EHDS (таблиця 3) базується на авторській якісній оцінці та не є результатом формалізованого аудиту, проведеного за акредитованою методологією. Відповідно, категорії «часткова відповідність» і «прообраз» відображають дослідницьке судження автора, а не офіційну експертну оцінку. Крім того, аналіз взаємозв'язку між якістю медичних записів і фінансовими перерахунками ґрунтується на звітних даних НСЗУ, які не були верифіковані незалежним аудитом. Тому залишається відкритим питання, якою мірою виявлені перерахунки зумовлені фактичними семантичними помилками в медичній документації, а якою — застосуванням нових алгоритмів контролю до практик кодування, що раніше вважалися допустимими. Встановлення цього співвідношення потребує окремого дослідження із залученням незалежної перевірки даних.

Отримані результати аналізу контрактної моделі НСЗУ крізь аналітику рамки EHDS відкривають простір для наукової дискусії щодо сутності трансформації фінансових систем в умовах цифровізації публічного управління. Проведена діагностика свідчить про те, що реалізований в Україні принцип «оплати за верифіковані дані» (payment on data) є значним кроком уперед порівняно з класичними кошторисними моделями. Водночас виявлений обсяг фінансових перерахунків (понад 3,15 млрд грн лише за 10 місяців 2025 року) вказує на наявність системного явища, яке можна охарактеризувати як «технологічно-фінансове покарання» надавачів. Домінування помилок щодо некоректного застосування діагностично-споріднених груп у структурі фінансових санкцій доводить, що лікарні часто втрачають фінансовий ресурс не через неотримання допомоги пацієнтом, а через семантичну неузгодженість та розбіжності в інтерпретації кодів різними MIC, що підтверджується також незалежним аудитом PRECISEU [18]. На відміну від досвіду Естонії, де усунення семантичної фрагментації покладено на централізовану державну інфраструктуру X-Road, українська модель перекладає ризики цифрової незрілості безпосередньо на бюджети медичних

установ. В умовах воєнного стану, постійних атак на заклади охорони здоров'я та критичного дефіциту енергогенерації в 7 ГВт, вимоги щодо бездоганного кодування стають для прифронтових лікарень додатковим фактором фінансової дестабілізації.

**Висновок.** Контрактна модель НСЗУ є структурно суміжною з логікою EHDS у кількох ключових аспектах:

1. Фінансування медичних послуг здійснюється виключно на підставі записів, внесених до ЕСОЗ.
2. Верифікація ідентифікатора пацієнта є обов'язковою нормативною умовою для отримання оплати.
3. Автоматизований моніторинг якості даних супроводжується безпосередніми фінансовими наслідками для надавачів медичних послуг.

Прецедент 2025 року, коли результати спільного аналізу даних ЕСОЗ, проведеного ВООЗ та НСЗУ щодо реабілітаційних послуг, були використані для формування підходів до Програми медичних гарантій на 2026 рік, можна розглядати як перший верифікований приклад замкненого циклу управління: дані → виявлення проблеми → коригування політики.

Водночас між чинною українською моделлю та вимогами EHDS зберігаються системні розриви. Перший пов'язаний із семантичною фрагментацією медичних інформаційних систем, яка залишається однією з основних причин фінансових перерахунків, що для окремих надавачів обчислюються сотнями мільйонів гривень. У перспективі EHDS ця проблема набуває не лише технічного, а й фінансово-управлінського значення, оскільки безпосередньо впливає на якість даних, що використовуються для прийняття рішень та розподілу ресурсів. Другий розрив полягає у відсутності повноцінного правового режиму вторинного використання медичних даних. Унаслідок цього масив наявних медичних записів в ЕСОЗ залишається недостатньо інтегрованим у процеси аналітичної підтримки управлінських і фінансових рішень, що обмежує можливість формування доказової політики в охороні здоров'я. Третій розрив стосується невизначеності інституційної моделі функціонування національної контактної точки eHealth (NCPeH) та органу доступу до медичних даних (HDAB), що фактично унеможливує практичне підключення України до інфраструктури MyHealth@EU.

Запропонована концептуальна модель гармонізації ґрунтується на реалістичній оцінці наявної інституційної спроможності. Її реалізація не потребує створення нової цифрової архітектури, а передбачає послідовне усунення виявлених нормативних, організаційних і семантичних розривів у межах уже функціонуючої системи. У цьому контексті гармонізація з EHDS має значення, що виходить далеко за межі формальної відповідності європейським вимогам.

Вона створює передумови для розвитку доказового управління фінансуванням охорони здоров'я, підвищення інвестиційної привабливості українського HealthTech-сектора та забезпечення безперервності медичного обслуговування і мобільності мільйонів громадян України в європейському просторі охорони здоров'я.

## БІБЛІОГРАФІЯ

1. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410 (в ред. 2026 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF>
2. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 2025 р. № 1808. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1808-2025-%D0%BF>
3. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80>
4. Квітка С., Миргородська М. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: фактори впливу на якість життя населення. *Аспекти публічного управління*. 2024. Т. 12. № 1. С. 14–21. DOI: <https://doi.org/10.15421/152402>
5. Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.11.2020 № 2755. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0044-21>
6. Музика-Стефанчук О. А., Стефанчук М. О., Якимчук Н. Я. Система охорони здоров'я в умовах цифровізації та реформування фінансування. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2023. № 5. С. 359–365. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2023.05.64>
7. Звіт про проведені НСЗУ у 2024 та 2025 роках моніторингу виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій шляхом моніторингових візитів // Національна служба здоров'я України. 2025. URL: <https://nszu.gov.ua/diyalnist/monitoring/monvizit>
8. Звіт про актуальний стан фіксації в електронній системі охорони здоров'я результатів попередніх і періодичних профілактичних медичних оглядів за I–IV квартали 2025 року : документ № 10-12/331-25 // Національна служба здоров'я України. 29.12.2025. URL: <https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/26/01/01/Hpt4C8xLLhnk87ZvaLBPO7saWH3Jse2wbOogJl8O.pdf>
9. Інформація щодо розрахункових сум перерахунків фактичної вартості послуг після проведення автоматичного моніторингу (пакети 3, 4, 47) за 1–10 місяці 2025 року // Національна служба здоров'я України. 2025. URL: <https://nszu.gov.ua/diyalnist/monitoring/avtomonitor>
10. Результати автоматичного моніторингу медичних записів за окремими пакетами медичної допомоги у 2025 році // Національна служба здоров'я України. URL: <https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/25/12/22/fbSwAUjUjbnPwiWTOh4XV8XMIM2BEGfWH6qCcQrt.xlsx>
11. Нові цифрові можливості для лікарів та пацієнтів у 2025 році // eHealth Ukraine. 2026. URL: <https://ehealth.gov.ua/news/novi-cifrovi-mozlivosti-dlya-likariv-ta-paciyentiv-u-2025-roci>
12. Annual report 2023: Digital health services and cross-border data exchange // Estonian Health Insurance Fund. 2024. URL: <https://www.haigekassa.ee/en/about-us/annual-reports>
13. Electronic cross-border health services (MyHealth@EU) // European Commission. 2024. URL: [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services\\_en](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en)
14. EU HEALS – EU Health Evidence & Learning for Systems : Project ID 101233682 // European Commission. 2025. URL: <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/eu4h-2024-pj-ind-04>
15. Regulation (EU) 2025/327 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2025 on the European Health Data Space. *Official Journal of the European Union*. 2025. P. 1–102. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj/eng>
16. About Findata: Secondary use of health and social data in Finland // Findata – Finnish Social and Health Data Permit Authority. 2024. URL: <https://findata.fi/en/about-findata/>
17. Ukraine's HealthTech industry – Technological challenges and the path to European integration // IT Ukraine Association. 2025. URL: <https://itukraine.org.ua/en/healthtech-report-2025.html>
18. Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care : монографія. Boston : Harvard Business School Press, 2006. P. 3–28, 98–132.
19. PRECISEU Readiness Framework: Assessing Readiness to EHDS : Deliverable D4.1. Horizon Europe, Grant Agreement № 101161301 // PRECISEU Consortium. 2025. URL: <https://cordis.europa.eu/project/id/101161301>
20. Tulai O., Karpysheva N., Savchuk S., Rusin V., Nytko S. Modification stability of health care financing systems in conditions of geoeconomic instability. *Financial and Credit Activity: Problems of Theory and Practice*. 2022. Vol. 6. No. 47. P. 365–376. DOI: <https://doi.org/10.55643/fcaptop.6.47.2022.3915>
21. Annual report 2025 // WHO Country Office in Ukraine. 2026. WHO/EURO:2026-13373-53147-83083. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/383083>
22. Ukraine: 2026 Summer risk assessment // WHO Regional Office for Europe. 2026. WHO/EURO:2026-12414-52188-83065. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/383065>
23. Ukraine's journey to data-driven primary health care. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2025. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062299>

**Фінансування:** Дослідження не отримувало зовнішнього фінансування.

**Конфлікт інтересів:** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Внесок авторів (CRediT):**

Усі етапи дослідження виконані автором одноосібно: концептуалізація, методологія, фінансово-статистичний аналіз, написання оригінального тексту та редагування.

**Вдячності:** Не передбачені.

**Використання ШІ:** Генеративна мовна модель Gemini використовувалася виключно для мовного редагування та стилістичного структурування тексту.

**Заява про оригінальність:** Наданий матеріал раніше не публікувався та в іншій видання не надсилався.

**Funding:** This research received no external funding.

**Conflict of interest:** The author declares no conflict of interest.

**Author contributions (CRediT):**

Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Writing – original draft, Writing – review & editing: H.A.H.

**Acknowledgments:** Not applicable.

**AI use statement:** The generative AI tool Gemini was used solely for language editing and stylistic structuring of the text.

**Originality statement:** The submitted material has not been previously published and has not been submitted to any other journal.

## REFERENCES

- eHealth Ukraine. (2026). Novi tsyvrovi mozhlyvosti dlia likariv ta patsientiv u 2025 rotsi [New digital opportunities for doctors and patients in 2025]. <https://ehealth.gov.ua/news/novi-cifrovi-mozlivosti-dlya-likariv-ta-paciyentiv-u-2025-roci>
- Estonian Health Insurance Fund. (2024). Annual report 2023: Digital health services and cross-border data exchange. <https://www.haigekassa.ee/en/about-us/annual-reports>
- European Commission. (2025). EU HEALS – EU Health Evidence & Learning for Systems: Project ID 101233682. <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/eu4h-2024-pj-ind-04>
- European Commission. (2024). Electronic cross-border health services (MyHealth@EU). [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services\\_en](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en)
- Findata – Finnish Social and Health Data Permit Authority. (2024). About Findata: Secondary use of health and social data in Finland. <https://findata.fi/en/about-findata/>
- IT Ukraine Association. (2025). Ukraine's HealthTech industry – Technological challenges and the path to European integration. <https://itukraine.org.ua/en/healthtech-report-2025.html>
- Kvitka S. & Myrhorodska M. (2024). Tsyfrova transformatsiia systemy okhorony zdorovia: faktory vplyvu na yakist zhyttia naselennia [Digital transformation of the healthcare system: factors influencing the quality of life of the population]. *Aspekty publichnoho upravlinnia*, 1(12), 14–21. <https://doi.org/10.15421/152402>
- Muzyka-Stefanchuk O. A., Stefanchuk M. O. & Yakymchuk N. Ya. (2023). Systema okhorony zdorovia v umovakh tsyvrovizatsii ta reformuvannia finansuvannia [Healthcare system in conditions of digitalization and financing reform]. *Analitichno-porivnialne pravoznavstvo*, 5, 359–365. <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2023.05.64>
- Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. (2025, December 29). Zvit pro aktualnyi stan fiksatsii v elektronni systemi okhorony zdorovia rezultativ poperednikh i periodychnykh profilaktychnykh medychnykh ohliadiv za I–IV kvartaly 2025 roku: dokument № 10-12/331-25 [Report on the current state of recording in the electronic healthcare system the results of preliminary and periodic preventive medical examinations for Q1–Q4 2025: document No. 10-12/331-25]. <https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/26/01/01/Hpt4C8xLLhnk87ZvaLBPO7saWH3Jse2wbOogJl8O.pdf>
- Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. (2025). Rezultaty avtomatichnoho monitorynhu medychnykh zapysiv za okremymy paketamy medychnoi dopomohy u 2025 rotsi [Results of automated monitoring of medical records for individual medical care packages in 2025]. <https://backend.nszu.gov.ua/storage/application/25/12/22/fbSwAUjUjbnPwiWTOh4XV8XMIM2BEGf-WH6qCcQrt.xlsx>
- Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. (2025). Zvit pro provedeni NSZU u 2024 ta 2025 rokakh monitorynh vykonannia umov dohovoriv pro medychne obsluhovuvannia naselennia za prohramoiu medychnykh harantii shliakhom monitorynhovykh vizytiv [Report on monitoring conducted by the NHSU in 2024 and 2025 on compliance with the terms of agreements on medical care for the population under the medical guarantee program through monitoring visits]. <https://nszu.gov.ua/diynalist/monitoryng/mon-vizit>
- Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. (2025). Informatsiia shchodo rozrakhunkovykh sum pererakhunkiv faktychnoi vartosti posluh pislia provedennia avtomatichnoho monitorynhu (pakety 3, 4, 47) za 1–10 misiatsi 2025 roku [Information on estimated recalculated amounts of the actual cost of services after automated monitoring (packages 3, 4, 47) for months 1–10 of 2025]. <https://nszu.gov.ua/diynalist/monitoryng/avtomonitor>
- Porter M. E. & Teisberg E. O. (2006). *Redefining health care: monohrafia*. Boston: Harvard Business School Press.
- PRECISEU Consortium. (2025). PRECISEU Readiness Framework: Assessing Readiness to EHDS: Deliverable D4.1. Horizon Europe, Grant Agreement № 101161301. <https://cordis.europa.eu/project/id/101161301>
- Regulation (EU) 2025/327 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2025 on the European Health Data Space (2025). *Official Journal of the European Union*, 1–102. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj/eng>
- Tulai O., Karpysyn N., Savchuk S., Rusin V. & Nytko S. (2022). Modification stability of health care financing systems in conditions of geoeconomic instability. *Financial and Credit Activity: Problems of Theory and Practice*, 47(6), 365–376. <https://doi.org/10.55643/fcaptop.647.2022.3915>
- WHO Country Office in Ukraine. (2026). Annual report 2025. <https://iris.who.int/handle/10665/383083>
- WHO Regional Office for Europe (2025). *Ukraine's journey to data-driven primary health care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289062299>
- WHO Regional Office for Europe. (2026). Ukraine: 2026 Summer risk assessment. <https://iris.who.int/handle/10665/383065>
- zakon.rada.gov.ua. (2025). Deiaki pytannia realizatsii prohramy derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia u 2026 rotsi: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 2025 r. № 1808 [Some issues of implementation of the program of state guarantees of medical care of the population in 2026: Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of 2025 No. 1808]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1808-2025-%D0%BF>
- zakon.rada.gov.ua. (2025, January 17). Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku: Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 17.01.2025 № 34-r [On approval of the Strategy for the development of the healthcare system for the period up to 2030: Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated January 17, 2025 No. 34-r]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80>
- zakon.rada.gov.ua. (2018, April 25). Pro dohovory pro medychne obsluhovuvannia naselennia za prohramoiu medychnykh harantii: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 25.04.2018 № 410 (v red. 2026 r.) [On agreements on medical care for the population under the medical guarantee program: Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated April 25, 2018 No. 410 (as amended in 2026)]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF>
- zakon.rada.gov.ua. (2020, November 30). Pro zatverdzhennia Poriadku vedennia Reiestru patsientiv v elektronni systemi okhorony zdorovia: Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 30.11.2020 № 2755 [On approval of the Procedure for maintaining the Patient Register in the electronic healthcare system: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated November 30, 2020 No. 2755]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0044-21>

Стаття надійшла до редакції 04.06.2026 р.

Статтю прийнято до публікації 20.06.2026 р.

Оприлюднено 11.08.2026 р.