УДК 342.9:614:004.8
DOI https://doi.org/10.32782/klj/2026.3.34

Сидорук А. В.,
аспірант кафедри конституційного права та галузевих дисциплін
Навчально-наукового інституту права та гуманітарних наук
Національного університету водного господарства та природокористування
ORCID: 0009-0004-1709-0660

АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ

Анотація. Технології штучного інтелекту вже застосовуються в українській медицині, зокрема в аналізі медичних знімків та діагностиці, тоді як нормативно-правове осмислення цього процесу відстає від його технологічного темпу. Чинна база регулювання залишається рамковою: профільна концепція та проєкт стратегії мають стратегічний, а не обов'язковий характер, спеціальний закон про штучний інтелект досі не ухвалено, а більшість зобов'язань за Регламентом (ЄС) 2024/1689, що відносить медичні системи ШІ до категорії високого ризику, набуває чинності вже влітку 2026 року.

На основі узагальнення вітчизняної практики застосування медичних інформаційних технологій та порівняльно-правового аналізу міжнародного досвіду, зокрема рекомендацій ОЕСР, автор встановлює, що чинне регулювання медичних інформаційних систем розраховане на технологію зі сталим алгоритмом: сертифікація перевіряє формат і збереження даних, а не клінічну достовірність висновків, тоді як єдиної державної процедури такої сертифікації перед підключенням системи до ЕСОЗ та норми про визначення відповідальної особи законодавство не передбачає взагалі. Це підтверджується й міжнародним досвідом: рекомендований ОЕСР реєстр медичних систем ШІ передбачає не одноразову сертифікацію, а постреєстраційний нагляд за системою після її допуску на ринок.

У підсумку автор доходить висновку, що жоден із наявних правових інструментів – ні право на пояснення рішення за Актом про штучний інтелект, що виключає медичні вироби зі ШІ, ні судова практика солідарної відповідальності, що діє лише постфактум, – не гарантує пацієнту знати про участь алгоритму в рішенні щодо власного лікування заздалегідь. Тому адміністративно-правове забезпечення цифрової трансформації охорони здоров'я має орієнтуватися не на одноразовий допуск чи компенсацію постфактум, а на безперервний нагляд за системами, здатними самостійно змінювати власні рішення – висновок, що набуває практичного значення з огляду на обіцяне ухвалення профільного закону протягом року.

Ключові слова: *цифровізація медицини; штучний інтелект; адміністративно-правове регулювання; державна політика у сфері охорони здоров'я; медичні інформаційні технології.*

Sydoruk A. V. Administrative and legal support for the digital transformation of healthcare in the context of the implementation of artificial intelligence technologies

Abstract. Artificial intelligence technologies are already being used in Ukrainian medicine, in particular in the analysis of medical images and diagnostics, while the regulatory and legal understanding of this process lags behind its technological pace. The current regulatory framework remains a framework: the profile concept and draft strategy are strategic, not mandatory, a special law on artificial intelligence has not yet been adopted, and most of the obligations under Regulation (EU) 2024/1689, which classifies medical AI systems as high-risk, will enter into force in the summer of 2026.

Based on the generalization of the domestic practice of applying medical information technologies and a comparative legal analysis of international experience, in particular the OECD recommendations, the author establishes that the current regulation of medical information systems is designed for technology with a stable algorithm: certification checks the format and storage of data, and not the clinical reliability of the conclusions, while the legislation does not provide for a single state procedure for such certification before connecting the

© Сидорук А. В., 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

system to the Unified Health Information System and the rules for determining the responsible person at all. This is also confirmed by international experience: the OECD-recommended register of medical AI systems provides not for a one-time certification, but for post-registration supervision of the system after its admission to the market.

As a result, the author concludes that none of the existing legal instruments – neither the right to an explanation of the decision under the Artificial Intelligence Act, which excludes medical devices with AI, nor the judicial practice of joint and several liability, which is valid only ex post facto – guarantees that the patient will know in advance about the participation of the algorithm in the decision regarding his own treatment. Therefore, the administrative and legal support for the digital transformation of healthcare should focus not on one-time admission or post-facto compensation, but on continuous supervision of systems capable of independently changing their own decisions – a conclusion that acquires practical significance given the promised adoption of a profile law within a year.

Key words: *digitalization of medicine; artificial intelligence; administrative and legal regulation; state policy in the field of health care; medical information technologies.*

Постановка проблеми. Цифрова трансформація охорони здоров'я в Україні вже давно перестала бути питанням майбутнього. Технології штучного інтелекту у вітчизняній медицині – це вже не гіпотези, а елементи щоденної клінічної роботи: хмарний сервіс BrainScan аналізує комп'ютерні томограми і потрапив до українських лікарень як гуманітарна допомога від польських розробників, а системи автоматизованого розпізнавання туберкульозу на рентгенівських знімках поступово інтегруються в діагностичну практику, допомагаючи лікарям оцінювати результати обстежень і виявляти захворювання [1]. Проблема в тому, що технологічний та організаційний рівень цієї трансформації випереджає рівень її нормативно-правового осмислення, – і саме в цьому розриві криється предмет адміністративно-правового аналізу.

Показово, що чинна нормативна база залишається переважно рамковою. Ухвалена у грудні 2020 року Концепція розвитку штучного інтелекту в Україні [2] та підготовлений на розвиток цього документа проєкт Стратегії до 2030 року мають статус стратегічних, а не обов'язкових до виконання актів; окремого закону про ШІ досі не ухвалено, а 15 червня 2026 року профільне міністерство публічно підтвердило курс на ухвалення спеціального закону протягом року [3; 4]. До цього додається застаріла модель захисту персональних медичних даних, що спирається на закон 2010 року і гармонізацію якої з європейськими стандартами винесено за межі цієї статті, оскільки вона потребує окремого предметного розгляду. Не випадково фахівці з прав людини прямо констатують, що впровадження систем ШІ в медичній сфері України перебуває на початковому етапі й потребує подальшого законодавчого врегулювання [5].

Ця прогалина існує на тлі зростаючого зовнішнього тиску. Регламент (ЄС) 2024/1689 про штучний інтелект відносить системи, що застосовуються в охороні здоров'я, до категорії високого ризику, покладаючи на постачальників і розгортувачів обов'язки з оцінки відповідності, управління ризиками та людського нагляду, а основний масив цих зобов'язань набуває повної чинності вже у серпні 2026 року – тобто вже цього літа [6]. Для держави, яка на шляху євроінтеграції взяла курс на гармонізацію законодавства, відсутність вітчизняного аналога такого механізму означає не лише теоретичну, а й цілком практичну неготовність.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання цифровізації медицини та державної політики у сфері охорони здоров'я вже ставало предметом уваги вітчизняних дослідників, однак здебільшого поза контекстом технологій штучного інтелекту як самостійного об'єкта правового регулювання.

Так, Т.В. Шлапко, М.В. Старинський, В.В. Миргород-Карпова, А.І. Висоцький та Д.С. Шеін, аналізуючи трансформацію сфери охорони здоров'я в контексті медичної реформи та євроінтеграційних процесів, наголошують, що результативність діджиталізації прямо залежить від відкритого діалогу між державними органами й населенням та залучення зацікавлених сторін до всіх етапів реалізації інформаційних проєктів. Дослідники вказують на потребу звернення до досвіду країн Європейського Союзу та залучення кваліфікованих фахівців для усунення проблем

функціонування електронних сервісів, зокрема платформ Helsi.me та Doc.ua як основних майданчиків комунікації пацієнтів і лікарів, а окремо наголошують на заниженому темпі впровадження телемедицини в Україні та доцільності ухвалення спеціального закону, який визначив би правові, економічні й організаційні засади її функціонування та засади державної політики у цій сфері. При цьому автори принципово застерігають: поширення діджиталізації не повинно применшувати роль лікаря як фахівця, натомість вимоги до його цифрової компетентності стрімко зростають, що потребує нових напрямів підвищення кваліфікації [7].

Дослідницька цінність цієї роботи для цього дослідження полягає не лише у змістовних висновках, а й у самому методологічному підході: автори послідовно поєднують системний аналіз стану цифровізації медицини з порівняльно-правовим зверненням до досвіду Європейського Союзу і завершують розглядом конкретної нормопроєктувальної пропозиції – ухваленням закону про телемедицину. Саме ця логіка – від опису технологічного та організаційного стану галузі до формулювання конкретного законодавчого рішення – є методологічним орієнтиром і для цього дослідження, яке застосовує той самий підхід до новішого предмета: технологій штучного інтелекту в медицині. Не менш важливим є те, що автори розглядають діджиталізацію не як самодостатній технічний процес, а в нерозривному зв'язку з людським фактором – компетентністю лікаря та довірою пацієнта, – і саме ця логіка людиноцентричності є методологічною основою для подальшого адміністративно-правового регулювання застосування ШІ, де в центрі уваги так само залишається людина, а не технологія як така.

Управлінський вимір тієї самої проблематики розкриває П.О. Гуржий, яка розглядає цифрову трансформацію закладу охорони здоров'я як комплексний організаційний процес, метою якого є підвищення якості медичних послуг, ефективності діяльності закладу та доступності й безпеки даних. У запропонованій дослідницею моделі впровадження цифрових рішень передбачає формування довгострокової стратегії й дорожньої карти поетапної діджиталізації, розвиток цифрової інфраструктури та компетентності персоналу, розробку політики захисту даних, а також постійний моніторинг результатів. Серед напрямів цифрової трансформації авторка окремо виділяє використання великих даних і штучного інтелекту поряд із розвитком телемедицини, ефективним управлінням ресурсами та кібербезпекою, відносячи власне ШІ до переліку конкретних цифрових технологій нарівні з медичними інформаційними системами, електронними медичними записами та інтернетом медичних речей [8].

Управлінська модель, запропонована П.О. Гуржий, доповнює цю методологічну основу ще одним важливим елементом – розумінням цифрової трансформації як послідовного, керованого інституційного процесу: стратегія, дорожня карта, розвиток інфраструктури й компетентності персоналу, політика захисту даних, постійний моніторинг результатів. Цінність цього підходу полягає в тому, що він показує: впровадження штучного інтелекту в заклад охорони здоров'я – це керований процес зі своєю структурою та контрольними точками, а саме ця поетапність і дає змогу послідовно вбудовувати правові гарантії безпеки пацієнтів на кожному етапі – від стратегічного планування до моніторингу результатів.

Мета статті полягає у визначенні сутності та особливостей адміністративно-правового забезпечення цифрової трансформації охорони здоров'я в умовах впровадження технологій штучного інтелекту.

Виклад основного матеріалу. Перш ніж переходити до власне адміністративно-правового інструментарію, варто зафіксувати вихідну тезу, на якій ґрунтується подальший виклад: цифровізація охорони здоров'я – це не допоміжний технічний процес, а сутнісна умова функціонування сучасної медицини, і саме в цьому статусі вона потребує належного правового забезпечення.

О.А. Музика-Стефанчук, М.О. Стефанчук та Н.Я. Якимчук виходять із тези, що цифровізація медицини є не факультативним удосконаленням, а життєвою необхідністю для розвитку галузі та ефективного надання медичних послуг, а паперова медична документація має остаточно поступитися місцем електронній.

На їхню думку, цифрова медицина покликана забезпечити взаємодію між пацієнтами, медичними працівниками та закладами саме засобами інформаційно-комунікаційних технологій, а перехід медичного документообігу в електронний формат є одним із головних завдань цього процесу. Автори визначають цифрову медичну платформу як динамічний набір систематизованих електронних даних про стан здоров'я окремого пацієнта, що забезпечує інформаційний обмін між усіма учасниками виробництва й споживання медичних послуг, і окремо наголошують на важливості впровадження телесистем для надання дистанційних медичних послуг, особливо в сільській місцевості, де фізична доступність лікаря обмежена [9].

Описана авторами цифрова медична платформа виконує передусім функцію каналу обміну інформацією між пацієнтом, лікарем і закладом. Технології штучного інтелекту змінюють саму природу цього каналу: щойно платформа накопичує достатній масив систематизованих електронних даних, вона перестає бути лише передавальною ланкою і перетворюється на середовище, в якому ці дані обробляються алгоритмічно – з формуванням діагностичних припущень, пріоритизацією пацієнтів чи рекомендацій щодо лікування.

Необхідно відмітити, що саме телесистеми для сільської місцевості, на важливості яких наголошують автори, є тим сегментом, де ця трансформація найбільш відчутна: лікар загальної практики без доступу до вузького спеціаліста дедалі частіше може покладаєтися на алгоритмічний аналіз знімка чи лабораторного дослідження, отриманий дистанційно. Завершена цифрова інфраструктура є, отже, не самоціллю, а передумовою, без якої технології ШІ в медицині взагалі неможливі; водночас саме вона перетворює технічне питання про обмін даними на юридичне питання про те, хто відповідає за рішення, ухвалене на відстані й за участю алгоритму.

Порівняльний погляд на структурні складові такої готовності пропонує М. Опанасюк, який на основі узагальнення міжнародного досвіду виокремлює чотири групи показників цифрової готовності системи охорони здоров'я – аналітичну готовність, готовність даних, технологічну готовність та людський фактор [10]. Із дванадцяти індикаторів, застосованих дослідником, для адміністративно-правового аналізу принципове значення мають лише ті, що проєктуються на конкретні правові інститути, а не лишаються суто технічною чи управлінською характеристикою.

Найбільш показовим є сам індикатор "розвиток штучного інтелекту": він засвідчує, що впровадження ШІ в медицині вже є усталеним об'єктом міжнародного порівняльного вимірювання, а не гіпотетичною перспективою, причому лідерство в ньому стабільно збігається з наявністю в цих країнах хоча б початкових форм спеціального регулювання медичного ШІ – тобто технологічне лідерство емпірично йде в парі з інституційним. Не менш важливим є індикатор "якість ІТ-рішень", змістом якого є сертифікація постачальників цифрових медичних систем: на відміну від інших показників, він вимірює не наявність технології, а існування самої адміністративної процедури допуску, а тому найточніше відповідає предмету цього дослідження [10].

Індикатор "інтероперабельність" цінний тим, що позначає межу між технічною сумісністю систем і юридичним обов'язком: сумісність стає правовою категорією лише тоді, коли відповідні стандарти закріплені як обов'язкові, а не рекомендаційні. "Управління даними" та "кібербезпека", своєю чергою, окреслюють не так технічний захист, як юридично визначену відповідальність за якість і безпеку медичних даних на кожному етапі їх алгоритмічної обробки, а не лише зберігання [10].

Окремої уваги заслуговує "стратегічне управління": наявність ухваленої, а не проєктної, національної стратегії цифрової охорони здоров'я вже у 35 країнах ОЕСР перетворює сам факт ухвалення такого документа на визнаний у світовій практиці критерій готовності – і саме за ним Україна, де стратегія досі залишається проєктом, поки не проходить. Нарешті, "залучення стейкхолдерів" важливе тим, що переводить участь громадян і лікарів з побажання в конкретну адміністративну процедуру публічних консультацій, без якої державна політика у сфері охорони здоров'я в частині ШІ ризикує формуватися без урахування позиції тих, кого вона безпосередньо стосується [10].

Емпіричне підтвердження цих критеріїв – а отже, і практичну актуальність адміністративно-правового забезпечення цифровізації медицини – дають Р.В. Янковий, Г.В. Жосан та Д.С. Возний, які на основі огляду практики впровадження медичних інформаційних технологій у закладах охорони здоров'я виокремлюють проблеми інтероперабельності – низьку сумісність нових цифрових систем із наявними та фрагментованість інформаційного простору через відсутність єдиних стандартів даних, – а також ризики кібербезпеки, пов'язані з підвищеною ймовірністю несанкціонованого доступу до медичних даних. Дослідники також фіксують дефіцит кваліфікованих ІТ-фахівців у штаті медичних закладів і недостатній рівень цифрових компетентностей керівників та персоналу. Ці спостереження важливі тим, що підтверджують емпірично, на рівні окремого закладу, ту саму закономірність, яку на міжнародному рівні фіксує порівняльна таблиця готовності: інтероперабельність і кібербезпека – це не абстрактні індикатори державної політики у сфері охорони здоров'я, а вже наявні, ідентифіковані на практиці проблеми українських медичних закладів [11].

Безпосередньо в межах адміністративно-правового регулювання медичних інформаційних технологій ці ж проблеми фіксують Л.В. Терещенко, С.Д. Смеречук та Ю.В. Корж, аналізуючи інтеграцію аптечних закладів у ЕСОЗ. Дослідники визнають, що чинне регулювання діяльності МІС заклало інституційне підґрунтя для входження аптечного сектору в єдиний цифровий простір. Проте виявлене ними за результатами аналізу нормативно-правових актів регулювання залишається фрагментарним і нерівномірним, особливо в частині стандартизації функціональних можливостей МІС [12].

На практиці йдеться про одночасне використання програмних рішень із різним обсягом функцій, рівнем технічної сумісності та якістю реалізації ключових сервісів. Принципове значення для цього дослідження має виявлена авторами відсутність єдиної державної системи сертифікації та верифікації МІС, яка передбачала б експертну оцінку відповідності системи технічним, функціональним і безпековим вимогам ще до її підключення до ЕСОЗ, а також прогалини в регулюванні контролю якості МІС на етапах їх подальшої експлуатації та оновлення – зокрема відсутність процедур регулярного моніторингу, аудиту змін і повторного тестування оновлених версій. Не менш показовим є висновок дослідників про відсутність у законодавстві норми, яка зобов'язувала б суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я визначати уповноважену особу, відповідальну за належне функціонування МІС, що послаблює механізми юридичної відповідальності й прямо підважує правові гарантії безпеки пацієнтів, чиї персональні та медичні дані обробляються в системі [12].

Кожна з виявлених дослідниками прогалин, однак, розрахована на модель медичної інформаційної системи, що обробляє й передає дані за незмінним алгоритмом, і тому недостатня, щойно йдеться про технології штучного інтелекту, здатні приймати рішення на основі самонавчання. Сертифікація звичайної МІС технічно зводиться до перевірки того, чи коректно система зберігає, передає й відображає визначений формат даних, – це одноразова й статична перевірка. Для системи ШІ аналогічна процедура має підтверджувати не формальну відповідність технічним вимогам, а клінічну достовірність її висновків, що є принципово іншим за змістом і складністю завданням, яке чинна модель сертифікації МІС просто не передбачає.

Вважаємо, що зміст такої відповідальності повинен передбачати саме безперервний, а не одноразовий контроль. Тезу про це підтверджує й найновіший міжнародний досвід: оприлюднений на початку 2026 року звіт ОЕСР, підготовлений у співпраці з Європейською Комісією для оцінки впровадження Скоординованого плану ЄС зі штучного інтелекту в секторі охорони здоров'я, формулює практично той самий висновок на рівні конкретних управлінських рекомендацій. Особливої уваги заслуговує пропозиція створити загальноєвропейський реєстр схвалених медичних систем ШІ – платформу, що об'єднувала б інформацію про сертифіковані рішення за зразком реєстру медичних пристроїв Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США [13].

Така платформа фіксувала б не лише факт допуску системи на ринок, а й дані про навчальну вибірку, результати клінічної валідації та подальший постреєстраційний нагляд за нею. Іншими словами, допуск медичної системи ШІ на ринок не може обмежуватися одноразовим актом сертифікації: він має від початку проєктуватися як реєстр, що живиться постреєстраційним наглядом, – тим самим механізмом безперервного контролю, відсутність якого в чинному регулюванні медичних інформаційних систем була зафіксована вище.

Відмітимо, що навіть у межах значно розвиненішої нормативно-правової бази Європейського Союзу окремо фіксується потреба узгодити вимоги Загального регламенту про захист даних, регламенту про медичні вироби та Акта про штучний інтелект в єдиному дороговказі для розробників і закладів охорони здоров'я – тобто фрагментарність правового регулювання, виявлена вище на прикладі українських нормативно-правових актів, є не суто вітчизняною хворобою становлення, а системним викликом самого способу регулювання технологій, що самонавчаються. Це знімає із завдання, поставленого в цій статті, ілюзію простого надолуження: ідеться не про копіювання вже готової європейської моделі, а про паралельну розбудову власного адміністративно-правового механізму, здатного спиратися на вже випробувані інструменти – реєстр із постреєстраційним наглядом, єдину методику клінічної валідації, регуляторну пісочницю та акредитаційний важіль компетентності, – адаптовані до умов, у яких ця розбудова в Україні відбувається [13].

Питання про те, хто саме несе відповідальність за наслідки алгоритмічного рішення, уже отримало часткову відповідь у судовій практиці. І.О. Богомазова звертає увагу на те, що рішення Верховного Суду підтверджують доцільність застосування солідарної відповідальності до випадків лікарської помилки, допущеної через помилку системи ШІ, що дає пацієнту змогу вимагати компенсацію від усіх залучених сторін одночасно, а не встановлювати частку вини кожної окремо. Дослідниця пов'язує ефективне й етичне використання ШІ в медицині з дотриманням автономії пацієнта, справедливості, прозорості та відповідальності [14].

Слід зазначити, що навіть профільний Акт про штучний інтелект ЄС, за спостереженням Х. ван Кольфсхотен та Я. ван Ойрсхот, не будує довкола пацієнта окремої системи індивідуальних прав, покладаючи обов'язки переважно на постачальників і розгортувачів систем ШІ. Право на пояснення індивідуального рішення за статтею 86 Акта в принципі поширюється й на відносини лікаря з пацієнтом, однак авторки звужують сферу його застосування до випадків, де водночас дотримано кількох умов: рішення ухвалено системою високого ризику, і воно суттєво та негативно вплинуло на здоров'я, безпеку чи основоположні права людини. Найсуттєвіше обмеження полягає в тому, що це право прямо не поширюється на медичні вироби зі штучним інтелектом. Право ж на поінформовану згоду, хоч і гарантоване в усіх державах-членах ЄС, традиційно стосується самого втручання, а не окремо факту участі алгоритму в його призначенні [15].

Ці два висновки доповнюють, а не дублюють один одного. Солідарна відповідальність є судовим інструментом компенсації вже після настання шкоди, тоді як прогалина, зафіксована в Акті про ШІ, стосується іншого моменту: чи знає пацієнт про участь алгоритму в рішенні ще до того, як шкода настала. При цьому навіть найрозвиненіша наразі модель регулювання прямо виключає з права на пояснення саме медичні вироби зі ШІ. Це та категорія, де правові гарантії безпеки пацієнтів потребують найбільшого, а не найменшого підсилення, тож таке виключення виглядає радше як прогалина в найчутливішому місці, ніж як обґрунтована межа обсягу права.

Висновки. Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що наявні правові інструменти не покривають специфіки систем штучного інтелекту саме тому, що розраховані або на технологію зі сталим, наперед визначеним алгоритмом, або на вже завдану шкоду, а не на можливість запобігти їй. Сертифікація медичних інформаційних систем нині зводиться до перевірки формату та збереження даних, залишаючи поза увагою клінічну достовірність висновків, які формує система, а єдиної державної процедури такої сертифікації перед

підключенням системи до ЕСОЗ, як і норми про визначення особи, відповідальної за функціонування системи, законодавство взагалі не передбачає. Головний ж висновок дослідження полягає в тому, що адміністративно-правове забезпечення цифрової трансформації охорони здоров'я має орієнтуватися не на одноразовий допуск чи компенсацію постфактум, а на безперервний нагляд за системами, здатними самостійно змінювати власні рішення.

Перспективним напрямом подальших досліджень є трансформація запропонованого підходу з концептуального рівня в конкретні зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я та нормативно-правових актів, що регулюють функціонування ЕСОЗ, зокрема в частині розмежування повноважень Міністерства охорони здоров'я та Міністерства цифрової трансформації щодо допуску систем штучного інтелекту на ринок медичних послуг. Свідомо залишено поза межами цього дослідження питання гармонізації законодавства про захист персональних медичних даних із європейськими стандартами як таке, що потребує самостійного предметного аналізу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Телелеков Д. Правове регулювання використання штучного інтелекту в медичних закупівлях. Foreign trade: economics, finance, law. 2024. Т. 137, № 6. С. 20-35. URL: https://doi.org/10.31617/3.2024(137)02

2. Про схвалення Концепції розвитку штучного інтелекту в Україні : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 02.12.2020 № 1556-р : станом на 29 груд. 2021 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-2020-р#Text

3. Як Україна розвиватиме ШІ до 2030 року – презентували драфт стратегії. Міністерство цифрової трансформації України. URL: https://ai.thedigital.gov.ua/news/How%20Ukraine%20will%20develop%20AI%20until%202030:%20Draft%20strategy%20presented

4. Від саморегуляції до європейських правил: готуємо профільний закон про штучний інтелект в Україні. Міністерство цифрової трансформації України. URL: https://thedigital.gov.ua/news/shtuchnyy-intelekt/vid-samorehuliatsiyi-do-yevropeyskykh-pravyl-hotuyemo-profilnyy-zakon-pro-shtuchnyy-intelekt-v-ukrayini

5. Штучний інтелект в медицині: чи загрожують інновації правам людини? Українська Гельсінська спілка з прав людини. URL: https://www.helsinki.org.ua/articles/shtuchnyy-intelekt-v-medytsyni-chy-zahrozhuiut-innovatsii-pravam-liudyny/

6. Як AI Act змінює розробку, контракти та вихід українських IT-продуктів на ринок ЄС – Юридична Газета. Юридична газета – онлайн версія. URL: https://yur-gazeta.com/dumka-eksperta/-yak-ai-act-zminyue-rozrobku-kontrakti-ta-vihid-ukrayinskih-itproduktiv-na-rinok-es.html

7. Шлапко Т.В., Старинський М.В., Миргород-Карпова В.В., Висоцький А.І., Шеін Д.С. Правове забезпечення трансформації сфери охорони здоров'я у світлі медичної реформи з огляду на євроінтеграційні процеси. Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство». 2022. № 3. С. 141-147. URL: https://doi.org/10.24144/2788-6018.2021.03.27

8. Гуржий П. Цифрові технології в управлінському процесі закладів охорони здоров'я. Економіка та суспільство. 2024. № 70. URL: https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-70-113

9. Музика-Стефанчук О.А., Стефанчук М.О., Якимчук Н.Я. Система охорони здоров'я в умовах цифровізації та реформування фінансування. Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство». 2023. № 5. С. 359-365. URL: https://doi.org/10.24144/2788-6018.2023.05.64

10. Опанасюк М. Світові тенденції цифрової трансформації системи охорони здоров'я як об'єкта публічного управління. Економіка, управління та адміністрування. 2026. № 1(115). С. 212-222. URL: https://doi.org/10.26642/ema-2026-1(115)-212-222

11. Янковой Р. В., Жосан Г. В., Возний Д.С. Управління цифровими змінами у медичних закладах. ЗВО «МНТУ імені Академіка Юрія Бугая», Херсонський державний аграрно-економічний університет. URL: https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7ff8501a-895a-4a31-a7a4-8917b9635544/content

12. Терещенко, Л. В., Смеречук, С. Д., Корж, Ю. В. Аналіз правового регулювання цифрової трансформації охорони здоров'я та впровадження медичних інформаційних систем у фармацевтичне обслуговування населення. Соціальна фармація в охороні здоров'я. 2026. Т. 12, № 1. С. 58-69. URL: https://doi.org/10.24959/sphhcj.26.379

13. OECD (2026), Progress in Implementing the European Union Coordinated Plan on Artificial Intelligence (Volume 2): Uptake in High-Impact Sectors, OECD Publishing, Paris, URL: https://doi.org/10.1787/3ac96d41-en.

14. Богомазова І. О. Використання штучного інтелекту в сфері охорони здоров'я: юридичні та етичні виміри. Медичне право. 2024. № 2(34). С. 9-16. URL: https://doi.org/10.25040/medicallaw.2024.02.009

15. van Kolfschooten H., van Oirschot J. The EU Artificial Intelligence Act (2024): Implications for healthcare. Health Policy. 2024. Vol. 149. P. 105152. URL: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105152

Дата першого надходження статті до видання: 02.07.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 03.08.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 16.11.2026