

РІШЕННЯ
разової спеціалізованої вченої ради
про присудження ступеня доктора філософії

Разова спеціалізована вчена рада Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

Міністерства освіти і науки України, м. Харків прийняла рішення
про присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 28 Публічне управління та адміністрування

на підставі прилюдного захисту дисертації «Державна політика розвитку системи охорони здоров'я в Україні в умовах Європейської інтеграції» за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування

«27» серпня 2026 року.

Замчий Сергій Володимирович, 1979 року народження, громадянин України
освіта вища, в 2007 році закінчив Харківський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, зі спеціальності публічне управління та адміністрування,
на момент захисту приватний підприємець,

Дисертацію виконано у Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна Навчально-науковому інституті «Інститут державного управління» Міністерства освіти і науки України, м. Харків

Науковий керівник Карамішев Дмитро Васильович, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри публічної політики Навчально-наукового інституту «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

Дисертацію подано у вигляді спеціально підготовленого рукопису українською мовою. Зміст, структура та обсяг дисертації відповідають нормативним вимогам пункту 6 Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти, наукової установи про присудження ступеня доктора філософії, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 року № 44 (зі змінами).

Здобувач має 9 наукових публікацій за темою дисертації, з них 3 статті у наукових фахових виданнях України:

1. Карамішев Д. В., Дідок Ю. В., Замчий С. В. Адаптивне управління структурними змінами організацій публічної сфери на основі проєктного підходу. Державне будівництво. 2022. № 2 (32). С. 15–27.

2. Замчій С.В. Інституційні засади формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Державне будівництво. 2023. №1(33). С.203–219.

3. Замчій С. Реалізація державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції на засадах стратегії управління ризиками. *Теорія та практика державного управління*. 2023. №2(77), С.155-172.

4. Карамішев Д. В., Гордієнко Л. П., Родина Н. С., Дідок Ю. В., Замчій С. В. Глобальний індекс безпеки здоров'я як орієнтир кризового управління у забезпеченні стійкості системи громадського здоров'я. Державне будівництво. 2024. № 1(35). С.269-280

5. Замчій С. В. Реалізація інноваційних проєктів цифрового розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. Державне будівництво. 2024. № 2 (36). 681–694.

6. Карамішев Д. В., Дворник В. М., Гордієнко Л. П., Замчій С. В. Модернізація системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я у закладах вищої освіти за трансформаційних умов. *Теорія та практика державного управління*. 2025. №1(80). С. 292–308.

7. Карамішев Д.В., Замчій С.В. Нормативно-правове та організаційне забезпечення реалізації державної політики щодо системи підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я за трансформаційних умов. Державне будівництво. 2025. № 1 (37). С.516–532.

8. Замчій С. В. Організаційно-управлінські аспекти сучасної підготовки професійних керівників галузі охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2025. №13. С. 18-24.

9. Замчій С. В. Порівняльний аналіз моделей державної політики розвитку охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу. *Теорія та практика державного управління*. 2025. Вип. 2 (81). С. 204–217.

У дискусії взяли участь голова і члени разової спеціалізованої вченої ради та присутні на захисті фахівці:

Офіційний рецензент кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції ННІ «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Вашев Олег Єгорович оцінив роботу позитивно та висловив такі зауваження:

1. Критичного осмислення потребує практична реалістичність запропонованої у п. 1.3 конструкції конвергентної адаптивно-динамічної структурно-функціональної моделі реалізації державної політики охорони здоров'я в умовах євроінтеграції на основі

узгодження національних пріоритетів зі стратегічними цілями ЄС. Прагнення поєднати в одній моделі гнучкість і адаптивність із жорсткою алгоритмізацією та регламентацією процедур створює внутрішню суперечність в умовах мінливого оточення, що може призвести до надмірної бюрократизації процесів замість очікуваної системності та динамізму.

2. У другому розділі, автор розкриває сутність та особливості визначення складових механізму забезпечення стійкості системі охорони здоров'я через імплементацію принципу колективної спроможності, як здатності системи до реалізації комплексу превентивних заходів на всіх ієрархічних рівнях управління до оперативного реагування на небезпечні події, а також застосування інтегрованих екосистемних підходів до управління ризиками в системі охорони здоров'я на основі концепції безпеки здоров'я (Health Security) як захисту населення від біологічних, соціальних та екологічних загроз. Водночас, в тексті винесеного положення недостатньо розкрито інституційну суб'єктність цього «безпекового контуру» за браком його нормативно-правового забезпечення.

3. Удосконалюючи концепцію кризового управління в системі охорони здоров'я, автор розмежовує процеси і чинники на «керовані» та «некеровані», стверджуючи, що ефективність превенції полягає у запобіганні трансформації керованих процесів у некеровані. Проте, залишаються нерозкритими критерії розмежування між цими двома категоріями в умовах динамічної кризи, обумовленої воєнним станом. Твердження, що стосовно некерованих детермінант слід застосовувати суто «тактику нейтралізації наслідків», звужує потенціал стратегічного адаптивного управління, оскільки без надання чіткої кваліметричної моделі вимірювання «ступеня керованості» існує ризик суб'єктивної помилки суб'єкта управління, коли складний, але керований ризик буде передчасно визнано «некерованим», що призведе до пасивної тактики очікування наслідків замість активного протистояння загрозі.

4. Здобувач пропонує алгоритм оптимізації часових і фінансових ресурсів через верифікацію даних та усунення дублювання функцій. Однак у роботі неналежним чином розкрито механізми подолання цифрової та інфраструктурної нерівності між закладами охорони здоров'я різного рівня. Запровадження інноваційних цифрових практик у багатьох комунальних закладах наразі блокується високим рівнем зносу комп'ютерного обладнання, дефіцитом профільних ІТ-кадрів та необхідністю утримання подвійного (паперового та електронного) документообігу через законодавчу затримку повної скасованості окремих застарілих форм звітності. За таких умов розроблений алгоритм ризикує залишитися теоретичною моделлю, яка реалізується лише у високоресурсних медичних центрах.

Офіційний опонент Рачинський Анатолій Петрович, доктор наук з державного управління, професор, професор закладу вищої освіти кафедри регіональної політики Навчально-наукового інституту публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка оцінив роботу позитивно та висловив такі зауваження:

1. У першому розділі дисертації, автор розглядає концептуальний підхід «Здоров'я в усіх політиках» та системний аналітичний механізм оцінки впливу на здоров'я, акцентуючи увагу на важливості синергії між соціально-економічними детермінантами та превентивними стратегіями, спрямованими на підвищення впливу всіх секторів державного управління у забезпеченні ефективності системи охорони здоров'я, протиставляючи їх «традиційним уявленням». Проте в тексті недостатньо розкрито, за рахунок яких саме організаційно-правових та фінансово-економічних важелів буде досягатися така ефективність.
2. Визнаючи практичну спрямованість та комплексний характер запропонованих здобувачем напрямів оптимізації моделі управління наданням медичних послуг, вважаємо за необхідне вказати на певні внутрішні суперечності та недостатню правову й економічну обґрунтованість окремих положень. Зокрема, пропозиція щодо «диференціації джерел фінансування на первинному рівні», яка передбачає залучення страхових коштів для покриття додаткових потреб, входить у певну суперечність із діючим в Україні законодавством про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, що створює ризики фрагментації медичного простору та виникнення соціальної нерівності в доступі до медичних послуг.
3. У другому розділі дисертації, автор декларує інтеграцію концепцій *Health Security* (безпека здоров'я) та *One Health* («Єдине здоров'я»), яка фокусується на взаємозв'язку ризиків та впливу на здоров'я людини, тварин та довкілля, поєднуючи їх із шістьма механізмами (превентивним, фінансово-економічним, цифровим, інфраструктурним, кадровим та реабілітаційно-відновлювальним). Проте, залишається нерозкритим, у який саме спосіб досягається практична взаємодія між зазначеними концепціями та механізмами, враховуючи, що в умовах воєнного стану, прямої військової загрози та обмеженості ресурсів управлінські тактики уникнення та впливу на ризики є об'єктивно ускладненими.
4. Здобувач декларує багаторівневий підхід до кризового управління системою охорони здоров'я, що охоплює «поетапну декомпозицію антикризових стратегій», «оцінювання ймовірності сценаріїв» та «синхронізацію оперативного реагування на основі поєднання ресурсного та функціонального потенціалів». Проте, залишається нерозкритим алгоритм реалізації, зважаючи з одного боку на тривалість сценарного аналізу, а з іншого, на

необхідність оперативного прийняття управлінських рішень під час надзвичайних кризових ситуацій (наприклад, масованих ракетних обстрілів чи раптових техногенних аварій). Вважаємо, що за умов реальної кризи та небезпеки надмірний комплекс інструментів, способів і засобів ризикує перевантажити управлінську ланку багаторівневими узгодженнями, перетворивши оперативне реагування на тривалу процедуру.

5. Визнаючи прагнення автора збагатити менеджмент охорони здоров'я сучасними інструментами із корпоративного сектору, варто вказати на певну методологічну еклектичність та ідеалізацію пропонованого підходу. Здобувач пропонує запровадити Agile-управління в межах функціонально-матричної структури для поєднання рутинних медичних процесів та інфраструктурних проєктів. Водночас, намагання перенести гнучкі методології (Agile), розроблені для ІТ-сектору та умов високої невизначеності, на заклади охорони здоров'я може порушити нормативну галузеву регламентацію процесів. Зокрема, в умовах дефіциту ресурсів і жорсткого часового ліміту перерозподіл медичного персоналу між виконанням обов'язкових клінічних функцій (в межах Програми медичних гарантій) та участю у «проєктних Agile-групах» загрожує зниженням якості надання безпосередньої медичної допомоги та розмиванням юридичної відповідальності між лінійними керівниками та проєктними менеджерами.

Офіційний опонент Липовська Наталія Анатоліївна, доктора наук з державного управління, професора, професора закладу вищої освіти кафедри державного управління і місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», зауважив що:

1. Відзначаючи прагнення автора у першому розділі дисертації класифікувати чинники впливу на систему охорони здоров'я як соціального інституту на функціональні (чинники саморегуляції та розвитку) та дисфункціональні (дестабілізуючі чинники), слід зауважити, що запропоноване формулювання потребує чіткішої аргументації, окрім перенесення загальновідомого інституційного підходу на сферу охорони здоров'я. Зокрема, щодо механізмів інтеграції державного інституційного впорядкування з ринковими інструментами впливу на систему, оскільки державна регламентація процедур може вступати у протиріччя з ринковою гнучкістю.

2. У п.1.3. дисертації, автор декларує розробку «конвергентної адаптивно-динамічної структурно-функціональної моделі державної політики охорони здоров'я», яка спирається на систему «інституційних і ресурсних обмежень-фільтрів». Проте в тексті дисертації недостатньо чітко розкрито механізм операціоналізації цих категорій. Зокрема, залишається невизначеним, у який саме спосіб будуть використовуватися запропоновані «обмеження-фільтри» та як саме використання моделі сприятиме розв'язанню виявлених

суперечностей між солідарним фінансуванням та нееластичністю ресурсів в умовах воєнного стану.

3. Автор пропонує структурування концептуальної архітектури дорожньої карти розвитку охорони здоров'я за трьома векторами (аналітично-прогностичним, оперативно-координаційним та ресурсним) і наголошує на використанні «ризико-орієнтованого підходу» та «безпекових протоколів». Проте в тексті винесених положень залишається нерозкритим, за рахунок яких саме інституційних суб'єктів має здійснюватися координація між цими трьома векторами, аби уникнути їх розриву на практиці. Крім того, автор не визначив, як саме пропоноване «оцінювання стратегічних резервів» узгоджуються з умовами критичного дефіциту ресурсів і високого рівня невизначеності. Потребує більш чіткого визначення методика квантифікації (вимірювання) ризиків та окреслення рамок «безпекових протоколів».

4. Визнаючи значну практичну цінність та беззаперечну актуальність запропонованих здобувачем заходів щодо підвищення інфраструктурної стабілізації закладів охорони здоров'я в умовах безпекових загроз, вважаємо за необхідне вказати на певну суперечливість між теоретичним обґрунтуванням та запропонованим практичним інструментарієм. А саме, залишається нерозкритим, за рахунок яких саме науково обґрунтованих критеріїв здійснюється адаптивне прогнозування в умовах «високої невизначеності», і як конкретно цифрові системи аналізу здатні компенсувати дефіцит матеріально-технічних та людських ресурсів у критичні моменти (наприклад, під час інтенсивних бойових дій у прифронтових зонах).

5. Задекларований автором «інтеграційний механізм» оптимізації функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я базується на конвергенції солідарних принципів і адаптивних механізмів координації та регулюючих інструментів, а також синергії п'яти ключових компонентів: 1) нормативного, 2) ресурсного, 3) інноваційного, 4) професійного, 5) кризового. Проте автор не розкриває за допомогою яких саме внутрішніх зв'язків чи економіко-управлінських інструментів забезпечується взаємне підсилення цих компонентів, а також як розв'язується потенційна суперечність між «солідарними принципами» (які передбачають соціальний розподіл) та «адаптивними механізмами» (які базуються на гнучкості та ринкових/конкурентних засадах).

6. Віддаючи належне прагненню автора до впровадження сучасних інструментів менеджменту, слід вказати на певну суперечність між заявленими цілями та обраним інструментарієм у контексті умов дефіциту ресурсів. Здобувач пропонує здійснити перехід від лінійно-функціонального до проєктно-функціонального управління закладами охорони здоров'я в умовах обмеження наявних ресурсів. Проте, залишається

неналежним чином врахованим організаційно-економічний тягар впровадження цих нововведень. Запровадження проєктного принципу управління у державних і комунальних закладах охорони здоров'я може затребувати додаткових адміністративних витрат, що замість оптимізації може призвести до розпилення ресурсів та ускладнення звітності для закладів охорони здоров'я.

Офіційний опонент Дегтярьова Ія Олександрівна, доктора наук з державного управління, професора, ректора Приватного закладу вищої освіти «Дніпровський інститут медицини та громадського здоров'я», оцінила роботу позитивно та висловила такі зауваження:

1. Визнаючи слушність запропонованих у дисертації методичних підходів до визначення пріоритетів та моніторингу реалізації стратегій у сфері охорони здоров'я, вважаємо за необхідне вказати на певну громіздкість та ризики щодо впровадження окресленого інструментарію. Зокрема, пропозиція стосовно інтеграції інструментів збалансованої системи показників (BSC), аналізу витрат і вигід (CBA) та процедур багаторівневої валідації експертних оцінок вимагає залучення значних аналітичних, часових та фінансових ресурсів органів публічної влади. За умов високого рівня невизначеності, динамічності зовнішнього середовища та дефіциту фінансів існує ризик перетворення запропонованої системи моніторингу на надмірно складний процес, де витрати на саме проведення аналізу можуть перевищувати його практичну віддачу.

2. Віддаючи належне науковій обґрунтованості підходу до вибору допустимого рівня ризику прийняття управлінських рішень в системі охорони здоров'я, вважаємо за необхідне вказати на певну суперечність щодо етичного та правового виміру концепції «допустимого ризику». Реагування на загрози для мінімізації відхилень від цільових показників, спираючись на баланс між доцільністю, технологічними можливостями та соціально-економічними наслідками реалізації управлінських сценаріїв не завжди спрацьовує у галузі охорони здоров'я, де кінцевим цільовим показником є життя та здоров'я, а категорія доцільності при прийнятті ризикових рішень містить високий ризик етичних та правових колізій. Залишається нерозкритим, де саме проходить нормативно-правова та етична межа «допустимості» ризику, коли мова йде про критичні медичні інтервенції чи обмеження доступу до медичної допомоги.

3. У третьому розділі здобувач зазначає, що інтеграційний механізм оптимізації функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я «синхронізує» фінансові, цифрові, кадрові, контрольні та ризикоорієнтовані складові. Однак у наведеному формулюванні залишається нерозкритою інституційна архітектура цієї синхронізації.

4. Об'єднання в єдину систему інструментів різного спрямування - від суворо регламентованого державного регулювання в умовах надзвичайних ситуацій до ініціативного громадського аудиту - створює ризик функціональних суперечностей. На нашу думку, автору слід було би більш чітко розмежувати субординаційні (вертикальні) та координаційні (горизонтальні) зв'язки між цими суб'єктами.

Щодо модернізації підготовки управлінських кадрів, варто вказати на певну суперечливість між декларацією глибокої індивідуалізації навчання та реальними можливостями її нормативно-інституційної імплементації. Здобувач пропонує комплексну модель, яка одночасно враховує мультидисциплінарність, індивідуальні траєкторії, проєктне навчання та диференціацію за організаційно-правовими формами закладів. Водночас, у роботі недостатньо висвітлено механізм гармонізації методичних підходів, що узгоджують високий ступінь диференціації з вимогами стандартів вищої за відповідними спеціальностями та програм післядипломної освіти. Бажано було би навести конкретні приклади такого позитивного досвіду.

5. Автор пропонує розглядати медичний заклад як «автономне підприємство» та «активний суб'єкт інвестиційного процесу» із застосуванням інструментів брендингу й позиціонування. Однак у роботі недостатньо враховано інституційні обмеження публічно-правового статусу закладів охорони здоров'я (зокрема комунальних некомерційних підприємств). Автор не розкриває, як саме розв'язується імманентна суперечність між корпоративною прагматикою (орієнтованою на окупність, ресурсоефективність та залучення інвестицій) та конституційним обов'язком держави гарантувати загальну доступність і безоплатність базової медичної допомоги. Позиціонування закладу як інвестиційного суб'єкта в умовах лімітованих ресурсів створює ризик переміщення фокусу з надання доступних медико-соціальних послуг населенню на комерціалізацію діяльності та фінансування непрофільних маркетингових витрат.

Результати відкритого голосування:

"За" _5_ членів ради,

"Проти" __0__ членів ради,

"Утримались" __0__ членів ради

На підставі результатів відкритого голосування разова спеціалізована вчена рада присуджує Замчію Сергію Володимировичу ступінь доктора філософії з галузі знань 28

Публічне управління та адміністрування за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування

Відеозапис трансляції захисту дисертації додається.

Голова разової спеціалізованої вченої
ради _____

Володимир БУЛЬБА

ПРОТОКОЛ
створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

Дата та час: 13:11:04 31.08.2026

Назва файлу з підписом: Замчій_РІШЕННЯ_разової_спецради.pdf
Розмір файлу з підписом: 223.7 КБ

Перевірені файли:

Назва файлу без підпису: Замчій_РІШЕННЯ_разової_спецради.pdf
Розмір файлу без підпису: 189.1 КБ

Результат перевірки підпису: Підпис створено та перевірено успішно. Цілісність даних підтверджено

Підписувач: БУЛЬБА ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ

П.І.Б.: БУЛЬБА ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ

Країна: Україна

РНОКПП: 1943900991

Організація (установа): ФІЗИЧНА ОСОБА

Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для підпису від Надавача): 13:10:59
31.08.2026

Сертифікат виданий: КНЕДП АЦСК АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

Серійний номер: 5E984D526F82F38F04000000DDA56701E8792307

Алгоритм підпису: ДСТУ 4145

Тип підпису: Удосконалений

Тип контейнера: Підписаний PDF-файл (PAdES)

Формат підпису: З повними даними для перевірки (PAdES-B-LT)

Сертифікат: Кваліфікований

Версія від: 2026.08.19 13:00