

Рішення
разової спеціалізованої вченої ради
про присудження ступеня доктора філософії

Здобувач ступеня доктора філософії ТУЗ Сергій Станіславович, 1980 року народження, громадянин України, освіта вища: має освітній ступінь магістра за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» (Дніпропетровський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України спеціальність «Публічне управління та адміністрування», період навчання з 2019 по 2021 роки).

У 2021 році вступив до аспірантури Національного технічного університету «Дніпровська політехніка» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» (наказ про зарахування від 23.09.2021 № 834-с). Упродовж 2021-2026 рр. (з перериванням на академічну відпустку) Туз С.С. навчався в аспірантурі з дотриманням усіх вимог до виконання індивідуального плану наукової роботи й індивідуального навчального плану та виконав акредитовану освітньо-наукову програму «Публічне управління та адміністрування» на кафедрі державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління.

Туз С.С. має військове звання полковник медичної служби.

Разова спеціалізована вчена рада, утворена рішенням Вченої ради Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», МОН України, м. Дніпро від 21 липня 2026 року (Протокол № 14) у складі:

Голова разової спеціалізованої ради:

Бородін Євгеній Іванович, доктор історичних наук, професор, професор кафедри державного управління і місцевого самоврядування НТУ «Дніпровська політехніка», м. Дніпро.

Рецензенти:

– **Баштанник Віталій Володимирович**, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри державного управління і місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», м. Дніпро

Хожило Ірина Івановна, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри державного управління і місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», м. Дніпро.

Офіційні опоненти:

– **Шевченко Сергій Олексійович**, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри адміністративно-правових дисциплін та публічного

управління Дніпровського державного університету внутрішніх справ, м. Дніпро.

– **Вашев Олег Єгорович**, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції Навчально-наукового інституту «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, м. Харків

на засіданні 28 серпня 2026 року прийняла рішення про присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» ТУЗУ Сергію Станіславовичу на підставі публічного захисту дисертації на тему «Розвиток публічного управління у сфері медичної підтримки Сил безпеки і оборони України» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування».

Дисертацію виконано у Національному технічному університеті «Дніпровська політехніка», МОН України, м. Дніпро.

Науковий керівник – доктор наук з державного управління, професор Липовська Наталія Анатоліївна, професор кафедри державного управління і місцевого самоврядування НТУ «Дніпровська політехніка».

Дисертацію подано у вигляді спеціально підготовленого рукопису, українською мовою.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в розробці й обґрунтуванні теоретичних положень, техніко-методичного інструментарію та моделей для комплексного вирішення наукового завдання, що полягає в обґрунтуванні концептуального підходу до розвитку публічного управління в сфері медичної підтримки Сил безпеки і оборони України в умовах війни.

Найважливіші наукові результати, що характеризують новизну і розкривають логіку та зміст дисертаційного дослідження, полягають у тому, що:

у перше:

– обґрунтовано концептуальний підхід до розвитку публічного управління в сфері медичної підтримки Сил безпеки і оборони України в умовах війни; розроблено та формалізовано математичну модель оцінювання ефективності системи медичної евакуації на основі диференційованої системи вагових коефіцієнтів (K_1 – K_{15}), яка інтегрує медичні, оперативно-тактичні, логістичні та технологічні чинники впливу в єдиний прогностичний комплекс з обчисленням інтегральних показників догоспітальної ($K_{\text{догосп}}$) та госпітальної ($K_{\text{госп}}$) медичної евакуації, і на її основі створено програмний прогностичний модуль «МЕДЕВАК-ПРО» для інтеграції в державну систему ситуаційної обізнаності «Дельта»;

удосконалено:

- інформаційно-аналітичне забезпечення прийняття управлінських рішень у сфері медичної підтримки сил безпеки і оборони шляхом розроблення технічного завдання та створення інформаційно-аналітичної системи автоматизованого збору, очищення та візуалізації знеособлених даних медичної евакуації «МААС 001» на основі методів геопросторового аналізу первинних медичних карток (форма № 001/о);

- організаційно-управлінський підхід до реалізації регіональних програм медико-соціальної підтримки військовослужбовців і ветеранів війни на основі порівняльного аналізу практик Кіровоградської, Івано-Франківської та Дніпропетровської областей;

набули подальшого розвитку:

- наукове обґрунтування економічної доцільності управлінських рішень у сфері медичної підтримки сил оборони на основі адаптації міжнародних методологій оцінювання (Value of Statistical Life, показник DALY) до умов вітчизняного оборонного сектору;

- понятійно-категоріальне та класифікаційне забезпечення механізмів публічного управління медичною підтримкою сил безпеки і оборони шляхом систематизації відповідності вітчизняної рівневої системи медичної допомоги (Role 1–4) стандартам НАТО та класифікації цифрових інструментів (ІКС МІС ЗСУ, електронна первинна медична картка, цифровізація військово-лікарської комісії) як складових організаційно-управлінського механізму;

- теоретичне обґрунтування моделі інтеграції військової та цивільної систем охорони здоров'я в єдиний медичний простір в умовах воєнного стану, включно з рівневою структурою медичної евакуації (Forward AE, Theater MEDEVAC, STRATEVAC) та механізмом розподілу повноважень між центральними і регіональними органами публічного управління.

Здобувач має 9 наукових публікацій за темою дисертації, з них 3 статті у наукових фахових виданнях України, стаття у медичному фаховому виданні, 5 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій, що засвідчують апробацію результатів дисертації, зокрема:

1. Туз С.С. (2026). Аналіз регіональних програм підтримки як інструмент публічного управління медичною реабілітацією військовослужбовців та ветеранів. *Суспільство та національні інтереси*. № 2(22). С. 1515-1528. [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-2\(22\)-1515-1528](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2026-2(22)-1515-1528)

2. Туз С.С. (2026). Особливості третього і четвертого етапу медичної допомоги медичної доктрини організації системи охорони здоров'я збройних сил країн Альянсу НАТО. *Успіхи і досягнення у науці* 2026. № 1(23). с. 1220-1230. [https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-1\(23\)-1220-1230](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2026-1(23)-1220-1230)

3. Туз С.С. (2026). Механізми реалізації стратегії публічного управління медичним забезпеченням військовослужбовців у регіональних закладах охорони здоров'я в умовах ведення активних бойових дій. *Національні інтереси України*. № 2(19). с.1649-1662. [https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-2\(19\)-1649-1662](https://doi.org/10.52058/3041-1793-2026-2(19)-1649-1662)
4. Верба А.В., Остащенко Т.М., Пліс І.Б., Туз С.С. (2023). Досвід використання зведених медичних загонів у складі передової госпітальної бази в умовах збройного конфлікту високої інтенсивності. *Український журнал військової медицини*. №4 (1). с. 13-20. DOI: [10.46847/ujmm.2023.1\(4\)-013](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1(4)-013)

У дискусії взяли участь (голова, рецензенти, офіційні опоненти).

Голова ради:

1. Бородін Євгеній Іванович, доктор історичних наук, професор, професор кафедри державного управління і місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», м. Дніпро.

Зауважень немає. Оцінка роботи позитивна.

Запитання 1. Спираючись на власний бойовий досвід, чи можете Ви назвати найбільш критичний фактор, який сьогодні визначає успішність медичної евакуації? Чи співпадає він із результатами Вашого наукового дослідження?

Запитання 2. Які основні проблеми сьогодні стримують розвиток системи медичної підтримки?

Туз С.С. відповідь на:

Запитання 1. На практиці може скластися враження, що головним фактором є швидкість евакуації. Дійсно, час має надзвичайно важливе значення, особливо на догоспітальному етапі. Однак результати проведеного дослідження дозволяють зробити ширший висновок.

Найважливішим фактором є не окремо швидкість, транспорт чи рівень підготовки медичного персоналу, а узгодженість функціонування всієї системи медичної підтримки. Навіть найшвидша евакуація не забезпечить належного результату, якщо відсутня інформація про наявність вільних місць у лікувальних закладах, якщо маршрути не скоординовані або якщо різні суб'єкти працюють за різними алгоритмами.

Саме тому в дисертації медична евакуація розглядається як складова єдиного управлінського процесу, який охоплює збір інформації, прийняття рішень, логістичне забезпечення, координацію між рівнями медичної допомоги, цифровий супровід пацієнта та подальшу реабілітацію.

Мій практичний досвід повністю підтверджує цей висновок. У бойових умовах успішність евакуації визначається не стільки окремими діями медичного працівника, скільки здатністю всієї системи діяти як єдиний організм. Саме тому у своєму дослідженні я акцентував увагу на вдосконаленні механізмів публічного управління, адже вони створюють організаційні умови для ефективної роботи всіх ланок медичної підтримки – від місця поранення до спеціалізованого лікування та реабілітації. Такий підхід, на моє переконання, є ключовою передумовою підвищення рівня збереження життя і здоров'я військовослужбовців.

Запитання 2. Під час дослідження було встановлено, що ці проблеми мають комплексний характер.

Передусім це недостатня інтеграція інформаційних систем різних органів державної влади, що призводить до дублювання інформації та уповільнення прийняття управлінських рішень.

Другим суттєвим чинником є недостатній рівень міжвідомчої координації між Міністерством оборони, Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України та регіональними органами влади.

Наступною проблемою є нерівномірний розвиток регіональних програм медико-соціальної підтримки військовослужбовців і ветеранів.

Крім того, актуальними залишаються питання розвитку аеромедичної евакуації, стандартизації інформаційних потоків, кадрового забезпечення та формування єдиного цифрового медичного простору.

Саме на подолання цих проблем спрямовані запропоновані в дисертації механізми розвитку системи публічного управління.

Рецензенти:

2. Баштанник Віталій Володимирович, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри державного управління і місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», м. Дніпро.

Рецензія позитивна. Зауваження і дискусійні положення:

У дисертації модуль «МЕДЕВАК-ПРО» заявлений як програмна реалізація моделі, однак не зазначено, чи це working prototype, чи концептуальний дизайн – відсутні технічні характеристики продуктивності, навантажувального тестування, оцінки надійності алгоритму «стоп-фактору».

2. Незрозумілий логічний перехід від історико-теоретичного розділу 1 до практично-управлінського розділу 2 – бракує сполучної ланки, яка б показувала, як саме теоретичні висновки визначили методологію емпіричного аналізу.

3. Твердження про те, що модель «комплексного медико-психологічного хабу» демонструє «найвищу результативність», потребує зазначення критеріїв і показників, за якими проводилося порівняння регіональних моделей – інакше висновок виглядає оціночним, а не доведеним.

4. Виникає питання щодо правового статусу пропозиції про «законодавче закріплення окремої медичної послуги для військовослужбовців у межах Програми медичних гарантій» – чи узгоджується це з чинною архітектурою Програми медичних гарантій та компетенцією НСЗУ.

5. Стратегія «Евакуація – Реабілітація – Реінтеграція» заявлена як обґрунтований результат дослідження, проте в дисертації не показано, чим вона відрізняється від уже наявних державних стратегічних документів у сфері ветеранської політики.

Разом із тим наведені зауваження та рекомендації мають переважно дискусійний характер, не впливають на загальну позитивну оцінку дисертаційної роботи, не знижують її наукової новизни, теоретичної та практичної цінності й можуть бути враховані автором у подальшій науковій діяльності.

Запитання 1. Чому предметом Вашого дослідження стало саме публічне управління у сфері медичної підтримки, а не безпосередньо військова медицина?

Запитання 2. Які рекомендації можуть бути впроваджені вже сьогодні без внесення змін до законодавства?

Туз С.С. відповідь на:

Запитання 1: Предметом дослідження було обрано саме публічне управління, оскільки сучасна система медичної підтримки Сил безпеки і оборони є не лише медичною, а передусім складною державно-управлінською системою. Її результативність залежить від якості організації взаємодії між органами державної влади, військового управління, закладами охорони здоров'я, органами місцевого самоврядування та іншими суб'єктами, які забезпечують медичну допомогу військовослужбовцям.

Як показало проведене дослідження, навіть найсучасніше медичне обладнання або високий професійний рівень лікарів не забезпечують належного результату за відсутності ефективних управлінських механізмів координації, логістики, фінансування, цифрового інформаційного обміну та нормативного регулювання.

Саме тому основна увага була зосереджена не на клінічних аспектах лікування, а на механізмах державного управління, які забезпечують безперервність медичної підтримки від моменту поранення військовослужбовця до його реабілітації та повернення до служби або цивільного життя. Такий підхід

повністю відповідає предметній області спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування».

Запитання 2: Далеко не всі запропоновані заходи потребують законодавчих змін.

Зокрема, вже сьогодні можуть бути реалізовані управлінські рішення щодо удосконалення міжвідомчого інформаційного обміну, впровадження єдиних форматів електронної документації, використання інформаційно-аналітичних модулів підтримки прийняття рішень, стандартизації управлінської звітності та розвитку цифрових сервісів.

Також можуть бути затверджені методичні рекомендації щодо функціонування комплексних медико-психологічних хабів та єдиних підходів до моніторингу регіональних програм.

Таким чином значна частина практичних рекомендацій має управлінський, а не законодавчий характер.

3. Хожило Ірина Іванівна, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри державного управління і місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», м. Дніпро.

Рецензія позитивна. Зауваження і дискусійні положення:

1. Окремі положення дисертації мають дискусійний характер, зокрема щодо універсальності запропонованої математичної моделі для всіх видів медичної евакуації, однак це не знижує наукової цінності дослідження, а лише відкриває перспективи подальших наукових пошуків.

2. У роботі недостатньо уваги приділено аналізу кадрового забезпечення військово-медичної системи, хоча саме людський ресурс є одним із ключових факторів її ефективності.

3. Під час аналізу нормативно-правового забезпечення варто було б більш детально охарактеризувати перспективи імплементації стандартів НАТО після завершення правового режиму воєнного стану.

4. У роботі варто було б ширше висвітлити питання взаємодії державних органів із волонтерськими, благодійними та міжнародними гуманітарними організаціями, які сьогодні відіграють вагомий роль у системі медичної підтримки.

5. Окремі положення третього розділу мають прикладний характер і могли б бути систематизовані у вигляді комплексної концепції реформування системи медичної підтримки на середньострокову перспективу.

Разом із тим, зазначені зауваження не применшують наукової цінності дисертаційного дослідження. Загальна оцінка роботи позитивна.

Запитання 1. Чому Ви орієнтувалися саме на стандарти НАТО?

Запитання 2. У чому полягає наукова новизна інформаційно-аналітичної системи «МААС 001»?

Туз С.С. відповідь на:

Запитання 1. Такий вибір обумовлений кількома причинами.

По-перше, інтеграція України до європейського та євроатлантичного безпекового простору визначена одним із стратегічних напрямів державної політики.

По-друге, стандарти НАТО сьогодні є найбільш апробованими під час проведення сучасних військових операцій. Вони ґрунтуються на багаторічному практичному досвіді організації медичної підтримки, медичної евакуації, сортування поранених, логістики та міжвідомчої взаємодії.

По-третє, проведений аналіз показав, що Україна вже значною мірою перейшла на систему рівнів Role 1–Role 4, активно впроваджує цифрові інструменти та поступово адаптує доктринальні документи до підходів Альянсу.

Водночас у роботі не ставилося завдання механічного копіювання стандартів НАТО. Навпаки, запропоновано їх адаптацію з урахуванням українського досвіду ведення широкомасштабної війни, який сьогодні є унікальним для світової військової медицини.

Запитання 2. Новизна полягає не стільки у створенні програмного забезпечення, скільки у формуванні нового управлінського підходу до використання медичних даних.

Запропонована система забезпечує автоматизований збір, очищення, стандартизацію, геопросторовий аналіз та візуалізацію знеособлених даних медичної евакуації.

Особливістю системи є використання алгоритмів обробки природної мови, автоматичного визначення географічних координат населених пунктів, рольової моделі доступу до інформації та журналу аудиту.

У результаті керівники різних рівнів отримують достовірну аналітичну інформацію практично в режимі реального часу, що істотно підвищує якість управлінських рішень.

Офіційні опоненти.

4. Шевченко Сергій Олексійович, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри адміністративно-правових дисциплін та публічного управління Дніпровського державного університету внутрішніх справ, м. Дніпро.

Відгук позитивний. Зауваження і дискусійні положення:

1. У дисертації достатньо повно розкрито понятійний апарат дослідження, однак потребувало більш ґрунтовного обґрунтування авторське визначення категорії «публічне управління у сфері медичної підтримки Сил безпеки і оборони України» із чітким відмежуванням від понять «медичне забезпечення», «військово-медичне забезпечення» та «управління охороною здоров'я».

2. У роботі досліджено міжнародний досвід держав-членів НАТО, проте аналіз міг бути доповнений практиками держав, які не входять до Альянсу, але мають значний досвід ведення сучасних воєн (Ізраїль, Південна Корея), що дозволило б розширити порівняльну базу дослідження.

3. Під час розроблення програмного модуля «МЕДЕВАК-ПРО» доцільно було б докладніше висвітлити результати його апробації, зокрема навести кількісні показники ефективності функціонування системи та результати порівняння з існуючими алгоритмами прийняття управлінських рішень.

4. У роботі значну увагу приділено цифровізації медичної підтримки, однак питання кібербезпеки, захисту медичної інформації та стійкості цифрових систем в умовах кібератак висвітлено недостатньо.

5. Автор переконливо обґрунтовує інтеграцію військової та цивільної систем охорони здоров'я, проте механізми управління міжвідомчою взаємодією на рівні територіальних громад потребували б більшої деталізації.

Разом із тим, зазначені зауваження мають дискусійний характер та не знижують наукової цінності дисертаційного дослідження. Загальна оцінка роботи є позитивною.

Запитання 1: Якби Вам сьогодні доручили реформувати систему медичної евакуації в одному з оперативно-тактичних угруповань військ, які три першочергові управлінські рішення Ви запропонували б на основі результатів свого дослідження?

Запитання 2: Які напрями подальших досліджень Ви вважаєте найбільш перспективними?

Туз С.С. відповідь на:

Запитання 1. На мою думку, першочерговими мають бути саме управлінські рішення, які забезпечують системний ефект.

По-перше, необхідно завершити формування єдиного цифрового інформаційного простору медичної підтримки. Сьогодні значна частина інформації продовжує циркулювати між різними відомствами не в повністю інтегрованому форматі, що збільшує час прийняття рішень. Саме тому одним із

ключових напрямів дослідження стало обґрунтування інтеграції інформаційних систем та створення інструментів автоматизованого аналізу медичних даних.

По-друге, необхідно максимально перевести управління медичною евакуацією від реактивного до прогностного принципу. У сучасних бойових діях недостатньо лише реагувати на вже отримані втрати. Необхідно прогнозувати навантаження на маршрути евакуації, потребу у транспорті, медичних підрозділах і госпіталях. Саме для цього в дисертації запропоновано математичну модель оцінювання ефективності медичної евакуації та програмний модуль «МЕДЕВАК-ПРО», який дозволяє аналізувати різні сценарії розвитку ситуації ще до виникнення критичних перевантажень. По-третє, необхідно забезпечити єдині стандарти міжвідомчої взаємодії. Практика показує, що навіть за достатнього ресурсного забезпечення втрати часу часто виникають через недостатньо відпрацьовані алгоритми взаємодії між військовими медичними підрозділами, цивільними закладами охорони здоров'я та органами управління. Саме тому у роботі запропоновано модель інтеграції військової та цивільної систем охорони здоров'я із чітким розподілом функцій між усіма учасниками процесу.

На моє переконання, саме поєднання цифровізації, прогностного управління та міжвідомчої координації дасть найбільший ефект для підвищення ефективності медичної евакуації.

Запитання 2. Проведене дослідження відкриває декілька перспективних напрямів.

Перший – використання технологій штучного інтелекту для прогнозування медичних втрат та підтримки прийняття управлінських рішень.

Другий – створення цифрових двійників військово-медичної системи для моделювання різних сценаріїв функціонування.

Третій – розроблення методик оцінювання ефективності реабілітації військовослужбовців.

Четвертий – дослідження функціонування єдиного медичного простору після завершення воєнного стану та оцінювання результативності інтеграції військової й цивільної систем охорони здоров'я.

Усі ці напрями є логічним продовженням виконаного дослідження.

5. Ваше́в Олег Єгорович, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції Навчально-наукового інституту «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, м. Харків

Відгук позитивний. Дискусійні положення і зауваження:

1. Високо оцінюючи запропонований автором підхід до адаптації міжнародних методик економічного оцінювання, зокрема методики визначення вартості статистичного життя та показника років здорового життя, втрачених

унаслідок передчасної смерті чи інвалідності, до потреб сектору безпеки і оборони України, варто зазначити, що це питання потребує подальшої наукової дискусії. Насамперед це стосується методичного забезпечення практичного використання зазначених інструментів у системі публічного управління. Доцільним видається більш детально визначити критерії їх застосування, підходи до інтерпретації отриманих результатів, а також окреслити нормативно-правові засади їх використання під час прийняття управлінських рішень у сфері медичної підтримки Сил безпеки і оборони України. Це сприяло б посиленню практичної цінності та прикладної спрямованості запропонованих у дисертації положень.

2. Безперечною перевагою дисертації є розроблення математичної моделі оцінювання ефективності системи медичної евакуації та створення програмного прогностичного модуля «МЕДЕВАК-ПРО». Водночас дискусійним залишається питання практичного впровадження запропонованого програмного продукту в інформаційне середовище сектору безпеки і оборони України. Зокрема, доцільно було б більш детально висвітлити механізми його інтеграції з існуючими інформаційними системами, питання сумісності форматів даних, адміністрування, супроводу та оновлення програмного забезпечення, а також можливі обмеження його функціонування в умовах бойових дій та нестабільної роботи каналів зв'язку.

3. Запропонована автором концепція інтеграції військової та цивільної систем охорони здоров'я в єдиний медичний простір є логічною та науково обґрунтованою. Разом із тим окремі аспекти її практичної реалізації могли б бути деталізовані більшою мірою. Насамперед це стосується визначення механізмів міжвідомчої взаємодії між Міністерством оборони України, Міністерством охорони здоров'я України, Національною службою здоров'я України та іншими суб'єктами публічного управління, а також розмежування їхніх управлінських функцій на різних рівнях. Більш ґрунтовне опрацювання зазначених питань сприяло б посиленню прикладної цінності запропонованої моделі.

4. Позитивно оцінюючи результати аналізу регіональних практик медико-соціальної підтримки військовослужбовців та ветеранів війни, варто відзначити, що проведене дослідження відкриває можливості для подальших порівняльних досліджень. На нашу думку, додаткове залучення регіонів, які суттєво відрізняються за рівнем безпекових викликів, інтенсивністю бойових дій, демографічною структурою та ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я, дало б змогу ширше оцінити універсальність запропонованих організаційно-управлінських рішень. Водночас зазначене не впливає на обґрунтованість зроблених автором висновків.

5. Значну увагу в дисертації приділено цифровій трансформації системи медичної підтримки Сил безпеки і оборони України, що повною мірою відповідає сучасним тенденціям розвитку публічного управління. Разом із тим предметом подальшої наукової дискусії можуть бути питання забезпечення кібербезпеки, захисту персональних медичних даних, інтегрованості державних інформаційних ресурсів та безперервності функціонування цифрових сервісів в умовах воєнного стану. Більш детальне опрацювання цих аспектів дозволило б комплексніше оцінити перспективи розвитку цифрової інфраструктури військової медицини та ризики її функціонування в кризових умовах.

Разом із тим наведені зауваження та рекомендації мають переважно дискусійний характер, не впливають на загальну позитивну оцінку дисертаційної роботи, не знижують її наукової новизни, теоретичної та практичної цінності й можуть бути враховані автором у подальшій науковій діяльності.

Запитання 1. Одним із завдань розробленої моделі є мінімізація впливу людського фактору на прийняття рішень щодо медичної евакуації. Чи не створює надмірна формалізація управлінського рішення ризику недооцінки ситуаційних факторів, які складно або неможливо кількісно представити в математичній моделі?

Запитання 2. Ви обґрунтовуєте модель інтеграції військової та цивільної систем охорони здоров'я в єдиний медичний простір із розмежуванням повноважень між МОУ, МОЗ та регіональними органами публічного управління. Який, на Вашу думку, має бути ключовий механізм координації цих суб'єктів, щоб уникнути дублювання повноважень та забезпечити єдину відповідальність за результат медичної підтримки військовослужбовця на всіх етапах – від евакуації до реабілітації та реінтеграції?

Туз С.С. відповідь на:

Запитання 1. Дякую за запитання. На мою думку, це дійсно один із принципових ризиків будь-якої математичної моделі, особливо якщо вона застосовується в умовах високої невизначеності.

При розробленні моделі я виходив із того, що її метою не є заміна людини, командира або медичного фахівця математичним алгоритмом. Основним призначенням моделі є підтримка прийняття управлінського рішення та зменшення впливу необґрунтованих суб'єктивних чинників, але не повна формалізація всього процесу управління. Це важливе розмежування.

Людський фактор у системі медичної евакуації може мати як негативний, так і позитивний вплив. Негативний проявляється у ситуаціях, коли рішення приймається поспіхом, під впливом стресу, на основі неповної інформації або

виключно особистого досвіду. Саме для зменшення такого впливу модель пропонує формалізовану оцінку основних факторів, що впливають на ефективність евакуації. Водночас існують ситуаційні чинники, які дійсно неможливо повністю описати кількісно. Наприклад, раптова зміна безпекової обстановки, непередбачуване порушення логістичних маршрутів, особливості конкретної оперативної ситуації, зміна доступності медичних ресурсів або інші обставини, які можуть виникнути вже після формування початкового управлінського рішення.

Саме тому запропонована модель не повинна розглядатися як жорстка система автоматичного управління. Вона має рекомендаційний і прогностичний характер. Її результатом є не безумовна команда щодо здійснення конкретної евакуації, а формування аналітично обґрунтованої оцінки ситуації, яка використовується уповноваженою особою при прийнятті остаточного рішення. Інакше кажучи, остаточна відповідальність за управлінське рішення залишається за людиною.

На мій погляд, найбільш ефективною є модель взаємодії «людина – алгоритм», за якої алгоритм швидко обробляє великий обсяг структурованої інформації, виявляє критичні фактори та пропонує можливі сценарії, а фахівець оцінює ті обставини, які не можуть бути повною мірою формалізовані.

Таким чином, я не розглядаю математичну модель як альтернативу професійному рішення медичного працівника чи військового керівника. Навпаки, її цінність полягає в тому, що вона створює додатковий рівень об'єктивізації управлінського процесу.

Запитання 2. На мою думку, ключовим механізмом має бути створення наскрізної системи міжвідомчої координації, побудованої не лише навколо окремих органів влади, а навколо безперервного маршруту військовослужбовця як отримувача медичної та реабілітаційної допомоги.

На сьогодні основна складність полягає в тому, що різні етапи медичної підтримки перебувають у сфері відповідальності різних суб'єктів. Медична евакуація та військово-медична допомога значною мірою належать до сфери відповідальності системи Міністерства оборони. Наступні етапи лікування можуть здійснюватися в цивільній системі охорони здоров'я, яка функціонує у сфері координації Міністерства охорони здоров'я. Реабілітація, соціальна підтримка та реінтеграція можуть вимагати участі органів регіонального та місцевого рівня. Тому проста передача військовослужбовця від одного суб'єкта до іншого не забезпечує системності. У такій ситуації виникає ризик, що кожна інституція відповідатиме лише за окремий етап, але не буде суб'єкта, відповідального за кінцевий результат.

Саме тому я вважаю, що координація має здійснюватися на основі єдиного наскрізного управлінського циклу: медична евакуація – спеціалізована медична допомога – лікування – реабілітація – реінтеграція.

При цьому важливо розмежовувати два поняття: розподіл функціональних повноважень і розподіл відповідальності за кінцевий результат.

Функціональні повноваження мають бути чітко розподілені. Наприклад, один суб'єкт відповідає за організацію певного етапу медичної підтримки, інший – за наступний. Однак відповідальність за безперервність маршруту не повинна припинятися в момент передачі військовослужбовця з однієї системи до іншої, тому практичним інструментом координації має стати єдина міжвідомча координаційна платформа, яка поєднуватиме організаційний та інформаційний механізми.

Таким чином, я бачу оптимальний механізм координації як поєднання трьох взаємопов'язаних елементів: чітке нормативне розмежування повноважень; єдина міжвідомча координаційна система; спільний цифровий інформаційний простір із наскрізним супроводом маршруту військовослужбовця. У результаті повинна функціонувати система, у якій МОУ, МОЗ та регіональні органи не дублюють один одного, а відповідають за різні, але взаємопов'язані етапи єдиного процесу. Саме така логіка, на мою думку, дозволить перейти від фрагментованої моделі відомчого управління до справді інтегрованого медичного простору, у центрі якого перебуває не окрема інституція, а потреба конкретного військовослужбовця у безперервній медичній, реабілітаційній та соціальній підтримці.

Результати відкритого голосування:

«За» _____ 5 _____ членів ради,
«Проти» ____ - _____ членів ради.

На підставі публічного захисту та результатів відкритого голосування разова спеціалізована вчена рада присуджує **Тузу Сергію Станіславовичу** ступінь доктора філософії з галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування».

Голова разової спеціалізованої
вченої ради




Євгеній БОРОДІН