

## Теоретичне обґрунтування сутності, функцій і принципів адміністративного управління у сфері охорони здоров'я

Маркевич Ю. О.<sup>1</sup>

Опубліковано	Секція	УДК
30.03.2025	Економіка	338.46:614

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15353254>

**Анотація.** Стаття присвячена теоретичному аналізу сутності, функцій і принципів адміністративного управління у сфері охорони здоров'я в контексті сучасного публічного управлінського знання. В умовах динамічної соціальної трансформації, зумовленої як глобальними викликами, так і повномасштабною агресією РФ проти України, управління медичною сферою втрачає риси класичного бюрократичного механізму й набуває характеристик ціннісно-орієнтованої публічної взаємодії. У роботі запропоновано осмислення адміністративного управління не як суто розпорядчої практики, а як багатовимірного простору, в якому функціональні блоки (планування, координація, моніторинг, інноваційність) переплетені з етичними орієнтирами (справедливість, прозорість, ефективність, субсидіарність).

Проаналізовано еволюцію управлінського змісту – від ієрархічного владного адміністрування до сервісно-інклюзивної моделі, що базується на партнерстві, відповідальності та стратегічному баченні. Особливу увагу приділено аналізу того, як у фазах стабільності, кризи та відновлення змінюється роль принципів – від формального інструменту до активного чинника адаптації й легітимації управлінських рішень. Виявлено парадокси нормативної досконалості, що заважають реальній імплементації задекларованих функцій і принципів, зокрема через інституційну інерцію, фрагментарність змін та асиметрію ресурсів.

У межах статті запропоновано модель функціональної ієрархії, яка структурує функції адміністративного управління відповідно до їх технічного, аналітичного та стратегічно-ціннісного змісту. Така візія дозволяє не лише глибше теоретизувати феномен адміністративного управління у сфері охорони здоров'я, а й сформувати аналітичну основу для подальшого переосмислення його архітекtonіки в умовах післявоєнного відновлення.

**Ключові слова:** адміністративне управління, охорона здоров'я, функції управління, принципи публічної політики, ефективність, субсидіарність, інституційна трансформація, стратегічне бачення.

### Theoretical substantiation of the essence, functions and principles of administrative management in the field of healthcare

**Abstract.** The article presents a theoretical analysis of the essence, functions, and principles of administrative governance in the field of healthcare within the framework of contemporary public administration theory. Amid dynamic social transformations driven by both global challenges and the full-scale aggression of the Russian Federation against Ukraine, the governance of the healthcare sector is shifting from a classical bureaucratic mechanism

<sup>1</sup> аспірант ЛДУФК ім. І. Боберського, <https://orcid.org/0009-0005-3945-9008>

toward a value-oriented model of public interaction. This study conceptualizes administrative governance not merely as a directive practice but as a multidimensional space in which functional components—such as planning, coordination, monitoring, and innovation—are interwoven with ethical imperatives, including justice, transparency, efficiency, and subsidiarity.

The paper explores the evolution of governance from hierarchical administrative control to a service-oriented and inclusive model grounded in partnership, responsibility, and strategic foresight. Particular attention is given to how the role of principles changes across phases of stability, crisis, and recovery—transforming from formal instruments into active tools for legitimizing and adapting public decisions. The article also highlights the paradoxes of normative excellence that hinder the practical implementation of declared functions and principles, especially due to institutional inertia, fragmented reform efforts, and resource asymmetry.

A functional hierarchy model is proposed, organizing administrative functions according to their technical, analytical, and strategic-value dimensions. This conceptual approach not only deepens the theoretical understanding of administrative governance in healthcare but also offers a robust analytical foundation for rethinking its architecture during the period of post-war recovery.

**Keywords:** administrative governance, healthcare, management functions, public policy principles, efficiency, subsidiarity, institutional transformation, strategic foresight.

### Вступ

У системі координат сучасного публічного управління охорона здоров'я постає не лише як одна з галузей соціальної політики, а як критично важлива площина державної відповідальності, що поєднує інституційне, етичне та ресурсне виміри. В умовах війни та широкомасштабної гуманітарної дестабілізації управління цією сферою набуває особливого значення, оскільки саме його якість визначає межі соціальної витривалості, рівень довіри до держави і спроможність суспільства адаптуватися до системних викликів. У цьому контексті адміністративне управління не можна розглядати винятково як формальну організаційно-розпорядчу діяльність – воно стає концептом, через який держава артикулює свою здатність до організації справедливого доступу, ефективного реагування і довгострокового стратегічного планування.

Попри зростання кількості публікацій, присвячених реформам охорони здоров'я, концепт адміністративного управління часто трактується фрагментарно – як технічна процедура або сукупність повноважень органів влади. У працях О. Терзі [1] та М. Долгіх [2] представлено аналіз зарубіжного досвіду управління в медичній галузі, однак він має переважно описовий характер і рідко супроводжується спробами теоретичного узагальнення. Аналогічно, дослідження О. Галацана [3], Н. Авраменко [4], Д. Самофалова [5] містять цінні емпіричні спостереження, але не виходять на рівень глибокого аналізу природи функцій і принципів як системоутворюючих елементів управлінського впливу. Є. Кульгінський у дослідженні механізмів децентралізації охорони здоров'я [6] акцентує увагу на інституційних змінах, однак обминає питання аксіологічної наповненості управлінських принципів, що у воєнний і поствоєнний час набуває вирішального значення.

Брак фундаменталізованого осмислення адміністративного управління саме як багаторівневої функціонально-принципової конструкції є відчутним і в українському науковому полі. Здебільшого дослідження фокусуються на нормативно-правових, фінансових або організаційних аспектах, залишаючи осторонь філософсько-теоретичний вимір – а саме аналіз сутності, логіки функціонального наповнення та ціннісної орієнтації управлінських рішень. Це породжує хибну уяву про управління як нейтральний інструмент, а не як результат еволюції суспільного запиту на публічність,

справедливість і ефективність. Як показують спостереження М. Пристайї [8], навіть сучасні українські спроби оновлення публічного адміністрування не подолали розриву між ціннісними деклараціями і механізмами реалізації.

У зв'язку з цим виникає потреба у розробці концептуальної моделі, яка б дозволила не лише описати окремі елементи адміністративного управління у сфері охорони здоров'я, а й реконструювати його як цілісну теоретичну конструкцію – з чіткою сутнісною основою, ієрархією функцій та принципів, здатною забезпечити системну, а не реактивну логіку управлінського впливу.

**Метою** дослідження є здійснення теоретичного обґрунтування сутності, функцій і принципів адміністративного управління у сфері охорони здоров'я з позицій сучасного публічного управлінського знання, в контексті національного досвіду, глобальних викликів та післявоєнної відбудови. Для досягнення цієї мети передбачено:

- критично осмислити зміст категорії "адміністративне управління" у зв'язку з трансформацією управлінської парадигми;
- проаналізувати функціональні аспекти цього управління як системоутворюючі блоки публічного впливу;
- реконструювати принципи управління як етичну й інституційну рамку;
- виокремити сучасні суперечності між нормативною структурою управління та його фактичною реалізацією в українських умовах.

### Результати

Категорія адміністративного управління у сфері охорони здоров'я має складну історико-теоретичну еволюцію, в межах якої вона поступово трансформувалася з інструмента ієрархічного розпорядження в напрямку сервісно-комунікативної парадигми. На рівні класичного адміністративізму, що склався в добу модерного державотворення, управління вбачалося як послідовність наказів, розпоряджень і контролюючих дій, де ефективність ототожнювалася із дисципліною, стандартизацією і підпорядкуванням. Така логіка, закладена в основи централізованих медичних систем, особливо яскраво проявилася в радянській моделі, де охорона здоров'я функціонувала як частина бюрократичного апарату, жорстко підпорядкованого політичним рішенням [3].

Зі зміною суспільного устрою та ускладненням економіки знання, відбулася поступова зміна вектора – від вертикального адміністрування до горизонтального координування. Це виявилось не лише в риторичних конструкціях, а й у зміні самої природи управлінського впливу: на зміну централізованим приписам почали приходити механізми делегування, субсидіарності, залучення заінтересованих сторін. Охорона здоров'я в цьому новому форматі почала розглядатися не як арена розподілу владних повноважень, а як середовище надання публічного сервісу, де громадянин не є пасивним об'єктом, а рівноправним учасником управлінських процесів. У цьому контексті знаковим є формування інституційного підходу до публічного управління, який замість інструментального розуміння адміністративного впливу акцентує на його нормативному та ціннісному навантаженні [1; 6].

У західній управлінській думці ця трансформація отримала втілення в концептах "нового публічного менеджменту", "належного врядування" (good governance) та "орієнтації на користувача", які поступово проникли й до національних моделей. В українському контексті ці ідеї реалізуються фрагментарно, з огляду на обмежену інституційну сталість і брак комплексного стратегування, однак поступово вкорінюються в управлінських практиках – особливо в умовах децентралізації та цифрової трансформації медичної галузі [5; 8].

Проте така зміна акцентів не означає відмови від владного компоненту управління. Навпаки, вона засвідчує зростання складності управлінського середовища, де влада

перестає бути уособленням примусу і дедалі частіше виступає як здатність організувати соціальні взаємодії, спрямовані на досягнення колективного блага. Адміністративне управління у сфері охорони здоров'я таким чином постає як гібридна форма впливу, що включає водночас координацію, сервіс, нагляд, стратегічне мислення й етичну відповідальність. У цій конструкції керування перестає бути справою винятково держави – воно стає справою публічного, тобто такою, що ґрунтується на спільності цінностей, прозорості процесів і відкритості до участі.

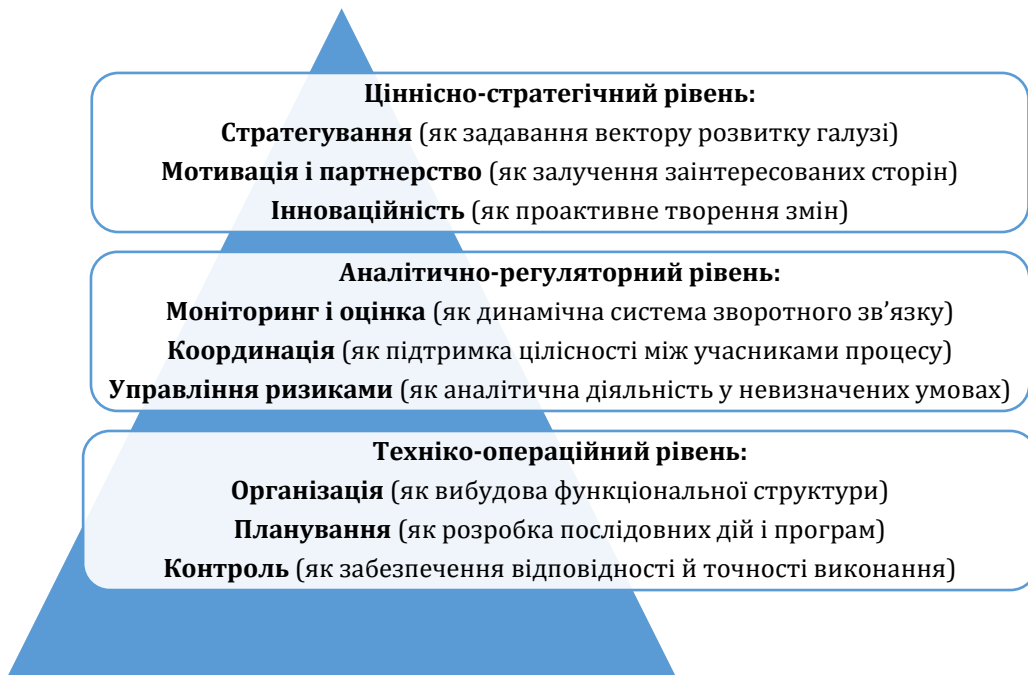
Водночас ця еволюція супроводжується низкою внутрішніх напружень. З одного боку, держава залишається гарантом доступу до базових послуг і має утримувати контроль над критично важливими процесами – зокрема у кризових ситуаціях, як-от пандемія чи воєнна агресія. З іншого – надання послуг із медичного забезпечення дедалі більше вимагає сервісної чутливості, інноваційності, адаптивності до індивідуальних потреб. У межах цього дуалізму формується специфічний вимір адміністративного управління – між владою як формальною компетенцією і сервісом як змістовним наповненням [9; 11]. Це означає, що сучасне теоретичне бачення адміністративного управління у сфері охорони здоров'я не може зводитися до схем компетенцій і функцій. Воно потребує осмислення як інтелектуально-гуманістичної практики, в якій взаємодіють процедурна раціональність, ціннісна визначеність і етична вимогливість. Лише така парадигма дозволяє вийти за межі формального регламенту до справжнього публічного служіння.

Сучасне адміністративне управління у сфері охорони здоров'я вирізняється не стільки розгалуженістю функцій, скільки складною внутрішньою архітектонікою взаємодії між ними. Йдеться не про перелік дій або процедур, а про формування функціонального ландшафту, в якому кожна функція не лише виконує операційну роль, а й несе на собі світоглядне навантаження, віддзеркалюючи ідеали публічності, справедливості, ефективності. Такий підхід вимагає відмови від редуccionістського трактування функціональності як технічного інструментарію, натомість пропонуючи бачити її як динамічну конструкцію, що перебуває у постійній взаємодії зі зміною соціального контексту, технологічним середовищем і запитамі суспільства.

Функції адміністративного управління в охороні здоров'я історично формувалися у межах раціонально-бюрократичної моделі – планування, організація, контроль, мотивація. Проте в умовах цифрової трансформації, децентралізації й етичного переосмислення державної ролі ці функції змінюють свій зміст і логіку взаємодії. Планування стає стратегічно орієнтованим, організація – гнучкою й адаптивною, контроль – не лише інспекційним, а й аналітичним, мотивація – ціннісною й партнерською, що потребує нового типу управлінця – не лише виконавця процедур, а модератора публічних рішень, здатного балансувати між нормативним регламентом і контекстуальною унікальністю ситуації [13].

Деякі функції набувають переосмисленої ролі. Зокрема, координація, яка раніше сприймалась як механічне узгодження дій, у новій парадигмі постає як забезпечення системної цілісності через горизонтальну взаємодію. Моніторинг, як продовження функції контролю, трансформується в інструмент зворотного зв'язку, що не покликаний карати, а слугує механізмом корекції й навчання. Інноваційна функція, раніше відсутня у класичних теоріях адміністративного управління, сьогодні стає життєво необхідною у сфері, де стрімкість змін вимагає постійного перегляду усталених рішень і процедур [7; 12].

У цьому контексті доцільним є візуальне відображення багатовимірної структури функцій адміністративного управління у сфері охорони здоров'я, яке демонструє їхній взаємозв'язок і розподіл між технічними та ціннісними доменами (рис. 1).



**Рис. 1. Структурна ієрархія функцій адміністративного управління у сфері охорони здоров'я**

Сформовано автором

Схема не лише демонструє вертикаль функціонального розгортання, а й акцентує на переході від інструментального управління до управління, вкоріненого в цінності. Така структуризація дозволяє аналітично осмислити й практично впорядкувати ті аспекти управлінської діяльності, які водночас і формалізуються, і наповнюються гуманістичним змістом. Пропонований підхід дає підстави говорити про функції не як про стабільні адміністративні ролі, а як про динамічні змістові поля, що здатні до трансформації у відповідь на зміну суспільних пріоритетів, технологій і викликів національного буття.

У парадигмі сучасного публічного управління принципи виступають не як формальні етичні декларації, а як внутрішні вектори логіки взаємодії між владою, інституціями та громадянами. Саме через них формуються довіра, передбачуваність, стабільність і легітимність у системі управління, що особливо актуально в делікатній сфері охорони здоров'я, де кожне рішення має не лише економічну, а й екзистенційну вагу.

Принципи адміністративного управління в охороні здоров'я виконують роль смислових орієнтирів, які утримують управлінську систему в умовах турбулентності. Вони не є незмінними, адже набувають різного значення, глибини і навіть внутрішнього наповнення залежно від фази соціальної динаміки: стабільності, кризи, трансформації. Відтак, актуальним є аналіз того, як ці принципи поведуться в умовах соціального збурення, яким чином вони адаптуються або, навпаки, втрачають регулятивний потенціал.

Пропонуємо узагальнити зазначені трансформації у вигляді порівняльної аналітичної таблиці, яка ілюструє динаміку змісту ключових принципів управління у фазах нормального функціонування, кризи та системної перебудови.

Таблиця 1.

Трансформація ключових принципів адміністративного управління охороною здоров'я залежно від фази соціальної динаміки

Принцип	Фаза стабільності	Фаза кризи (війна, пандемія)	Фаза трансформації (післявоєнне відновлення)
Ефективність	Орієнтація на результативність процедур, мінімізація витрат, оптимізація ресурсів	Перевага оперативності над економією, мобілізація ресурсів, відмова від бюрократії	Переосмислення поняття «результат» у довгостроковій перспективі, сталий розвиток
Транспарентність	Відкритість рішень, звітність, доступ до публічної інформації	Часткове обмеження інформації з міркувань безпеки, кризовий консенсус	Відновлення довіри через проактивну комунікацію, відкриття даних, цифрову прозорість
Субсидіарність	Делегування повноважень на рівень, найближчий до громадянина	Централізація в ім'я швидкого реагування, обмеження автономії	Гнучке перерозподілення повноважень, посилення ролі громад і професійного самоврядування
Справедливість	Баланс доступу до послуг, нейтральність розподілу ресурсів	Пріоритезація найвразливіших груп, етичне розмежування потреб	Переформулювання критеріїв справедливості через призму соціального зцілення й реінтеграції

Сформовано автором

Отже, жоден із принципів не втрачає своєї значущості навіть в умовах руйнування звичних структур – вони змінюють форму, але не функцію. Зокрема, принцип ефективності, що у мирний час ототожнюється з економічною доцільністю, у фазі кризи набуває сенсу як здатність швидко і точно діяти. Транспарентність, що в умовах стабільності означає публічність, у фазі загрози може поступитися оперативності, але згодом має бути відновлена як передумова довіри. Субсидіарність, яка у мирні часи сприяє розосередженню влади, під час надзвичайних ситуацій повертає повноваження центру, однак у трансформаційній фазі знову знижує рівень вертикалізації. Справедливість же, залишаючись моральним імперативом, змінює свою конкретну реалізацію в залежності від потреб – від формальної рівності до цільової підтримки постраждалих.

Слід зауважити, що система адміністративного управління охороною здоров'я в Україні перебуває у стадії формального вдосконалення. На рівні законодавства і стратегічних документів закріплені як функціональні напрями діяльності, так і принципи, що відображають сучасні стандарти публічного адміністрування: ефективність, прозорість, субсидіарність, орієнтація на потреби громадян. Однак реальна управлінська практика демонструє суперечливу картину – зазначені орієнтири або не реалізуються в повному обсязі, або трансформуються у формальні процедури без фактичного наповнення.

Причини цього явища не обов'язково свідчать про управлінську неспроможність. Навпаки, вони здебільшого пов'язані з глибшими структурними та культурними чинниками. Передусім слід звернути увагу на інституційну інерцію, яка зберігає у багатьох ланках системи охорони здоров'я риси командно-адміністративної моделі. У такому середовищі принципи управління, зокрема прозорість або партнерськість, можуть бути сприйняті не як орієнтири дії, а як зовнішній тиск або символічні формули, що не вимагають втілення. Крім того, кадрові обмеження – насамперед дефіцит управлінців нового типу, здатних працювати у відкритому, сервісному форматі, – також уповільнюють реалізацію реформ [10]. Ще один чинник – фрагментарність впровадження змін, коли інновації запроваджуються без достатньої підготовки інституційної основи або правової синхронізації з уже наявними нормами. У результаті з'являються «сліпі зони», в яких стара управлінська логіка конфліктує з новими принципами. Наприклад, впровадження електронної системи охорони здоров'я мало потужний ефект на рівні доступу до даних і моніторингу, але водночас виявило проблему інформаційної асиметрії між центром і периферією, що ускладнило реальне застосування принципу субсидіарності [5].

Певна частина складнощів також пов'язана з контекстуальними викликами, зокрема воєнною агресією РФ, яка змістила акценти з системного реформування на кризове реагування. У таких умовах природно зростає рівень централізації, жорсткішають процедури, а пріоритети зміщуються на забезпечення життєво необхідних процесів, що неминуче впливає на реалізацію ціннісних принципів, закладених у мирний час.

Разом із тим, аналіз цих парадоксів дозволяє окреслити позитивні рекомендації, спрямовані на подолання розриву між нормативною досконалістю і практичною результативністю. Насамперед, потребує системного підсилення інституційна спроможність, включно з оновленням стандартів управлінської компетентності, цифрової грамотності й аналітичної культури. Доцільно також розширити практику індикаторного управління, яке дозволяє оцінювати реалізацію функцій і принципів не декларативно, а через вимірювані результати. Важливим елементом є створення механізмів зворотного зв'язку, які дозволять не лише ідентифікувати збої, а й коригувати управлінські практики в реальному часі.

У перспективі варто акцентувати не на критиці системи, а на нарощуванні управлінської чутливості – здатності бачити не лише норми, а й конкретні контексти їх застосування; не лише принципи, а й траєкторії їх реального втілення. У цьому – ключ до формування нової управлінської культури, що поєднає силу інституцій із гнучкістю реагування, технологічну ефективність із гуманістичним змістом.

### **Висновки**

Адміністративне управління у сфері охорони здоров'я постає не як механічний набір регламентарних процедур, а як багаторівнева, динамічна і водночас ціннісно навантажена система публічного впливу, яка функціонує на перетині владного мандата, суспільного запиту та етичної відповідальності. Розгортання цього управління в українському контексті – особливо в умовах воєнного стану та масштабних викликів до соціального устрою – потребує не лише адміністративного оновлення, а й глибокого теоретичного переосмислення його сутнісних основ.

Проведений аналіз дозволяє стверджувати, що категорія "адміністративне управління" більше не може розглядатися у вузькому значенні організаційно-розпорядчої діяльності. У нових історичних і цивілізаційних координатах вона вимагає осмислення як простору для інтеграції функціонального мислення з аксіологічною чутливістю. Зазначені функції управління – від планування й організації до моніторингу, інноваційного реагування та партнерської координації – репрезентують не лише

інструментарій впливу, а й структуру відповідальності перед суспільством. Принципи – ефективності, прозорості, субсидіарності, справедливості – не зводяться до декларацій, а виступають формами логіки, в межах якої вибудовується довіра між управлінцем і громадянином.

Разом із тим, наявність нормативного наповнення функцій і принципів ще не гарантує їх реалізації на практиці. Сучасна українська реальність, ускладнена війною, ресурсною напругою та інституційною інерцією, демонструє низку парадоксів, у яких формальна досконалість системи стикається з обмеженнями її застосування. Втім, ці виклики не заперечують потенціалу розвитку, а навпаки – вказують на точки зростання: потребу в адаптивному управлінні, в аналітичному моделюванні, у кадровому оновленні, у створенні горизонтальних зв'язків між рівнями влади та в посиленні публічної комунікації.

Доходимо висновку, що, адміністративне управління охороною здоров'я у XXI столітті – це не просто галузева технологія, а інституційна форма суспільної етики, яка вимагає концептуального перегляду своєї архітектоники. Майбутнє цієї системи – за тими моделями, які вміють поєднувати нормативну чіткість із контекстуальною гнучкістю, цифрову інфраструктуру з гуманістичним орієнтиром, а також функціональну структурність із відкритістю до змін. Українське післявоєнне відновлення, у цьому сенсі, дає шанс не лише на реорганізацію адміністративних процедур, а й на формування нового сенсового ядра публічного управління, здатного забезпечити стійкість, довіру і справжнє служіння.

#### Список використаних джерел

1. Терзі, О. (2018). Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Jurnalul juridic national: teorie și practică*, 33(5), 96-99. [https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/96-99\\_1.pdf](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/96-99_1.pdf)
2. Долгіх, М. В. (2020). Закордонний досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*, 2(1), 107-114. [http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/1\\_2020/tom\\_2/17.pdf](http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/1_2020/tom_2/17.pdf)
3. Галацан, О. В. (2004). Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я. *Автореф. канд. дис. з держ. упр*, 25. <https://mydisser.com/dfiles/13758264.doc>
4. Авраменко, Н. В. (2010). Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення: монографія. *Запоріжжя: КПУ*.
5. Самофалов, Д. О. (2020). Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*, (44), 92-99. <https://journals.politehnica.dp.ua/index.php/public/article/download/218/191>
6. Кульгінський, Є. (2015). Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*, (2), 147-159. [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IM AGE FILE DOWNLOAD=1&Image file name=PDF/dums\\_2015\\_2\\_17.pdf](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IM AGE FILE DOWNLOAD=1&Image file name=PDF/dums_2015_2_17.pdf)
7. Карамишев, Д. В. (2005). Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. *Університетські наукові записки*, (3), 330-333. [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IM AGE FILE DOWNLOAD=1&Image file name=PDF/Unzap\\_2005\\_3\\_62.pdf](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IM AGE FILE DOWNLOAD=1&Image file name=PDF/Unzap_2005_3_62.pdf)
8. Пристая, М. (2023). Особливості публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія:*

- Право*, 1(80), 557-562. <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/download/297181/290097>
9. Барзилович, А. Д. (2020). Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*, (2), 134-140. [http://www.investplan.com.ua/pdf/2\\_2020/23.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf)
  10. Савіна, Т. В. (2017). Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. *Інвестиції: практика та досвід*, (15), 94-98. [http://www.investplan.com.ua/pdf/15\\_2017/19.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/15_2017/19.pdf)
  11. Сазоненко, Л. В., & Толстанов, О. К. (2021). Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*, (16), 86-92. [http://www.investplan.com.ua/pdf/16\\_2021/15.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/16_2021/15.pdf)
  12. Грабовський, В. А., & Клименко, П. М. (2014). Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*, (3), 136-142. [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/Vnadu\\_2014\\_3\\_20.pdf](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Vnadu_2014_3_20.pdf)
  13. Смирнов, С. О., & Бикова, В. Г. (2016). Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*, (3), 78-83. [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/Uproz\\_2016\\_3\\_14.pdf](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Uproz_2016_3_14.pdf)