



**Економіка**

УДК 614.2:005.52(100)

**DOI** <https://doi.org/10.5281/zenodo.15353051>

**Зарубіжний досвід та тенденції удосконалення управління медичними  
закладами в умовах реформування**

**Коркуна Іван Іванович**

к.е.н., Заслужений економіст України, доцент кафедри готельно-  
ресторанного бізнесу, ЛДУФК ім. І. Боберського,

<https://orcid.org/0009-0005-6282-6881>

**Маркевич Юрій Олексійович**

аспірант ЛДУФК ім. І. Боберського,

<https://orcid.org/0009-0005-3945-9008>

**Прийнято: 15.04.2025 | Опубліковано: 29.04.2025**

***Анотація.** Стаття присвячена комплексному аналізу зарубіжного досвіду та стратегічних тенденцій удосконалення управління медичними закладами в умовах реформування. Автором здійснено міждисциплінарне теоретичне осмислення сучасних моделей управлінської трансформації, виявлено логіку еволюції – від централізованих ієрархій до гнучких, пацієнтоорієнтованих і мережесевих структур. Окрема увага приділена критичній інтерпретації таких напрямів, як автономізація, цифровізація, децентралізація, запровадження систем результативності та залучення пацієнта до управлінського процесу. У роботі також відображено типологію підходів у провідних медичних системах світу, зокрема у країнах Північної Європи, Канаді, Великобританії та США, з окресленням умов їх ефективного функціонування.*



*В українському контексті виявлено суперечність між стратегічною волею до змін і наявною інституційною інерцією, що гальмує імплементацію прогресивних практик. Автор наполягає на необхідності не механічного запозичення, а адаптивного вивчення та переосмислення міжнародного досвіду з урахуванням соціокультурного середовища, ресурсної спроможності та викликів воєнного часу. Стаття завершується обґрунтуванням ключових орієнтирів майбутньої управлінської модернізації – стратегічної гнучкості, прозорості, довіри, професіоналізму та інтегративності рішень.*

**Ключові слова:** управління охороною здоров'я, зарубіжний досвід, автономізація, цифровізація, стратегія реформ, пацієнтоорієнтованість, інституційна адаптація.

## **Foreign Experience and Trends in Improving the Management of Medical Institutions under Reform Conditions**

**Korkuna Ivan Ivanovych**

PhD in Economics, Honored Economist of Ukraine, Associate Professor at the Department of Hotel and Restaurant Business, Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyj,  
<https://orcid.org/0009-0005-6282-6881>

**Markevych Yurii Oleksiiovych**

Postgraduate Student at the Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyj,  
<https://orcid.org/0009-0005-3945-9008>

**Abstract.** *The article presents a comprehensive analysis of foreign experience and strategic trends in improving the management of healthcare institutions under reform conditions. The author offers an interdisciplinary theoretical interpretation of*



*contemporary models of managerial transformation and identifies the logic of evolution—from centralized hierarchies to flexible, patient-centered, and networked structures. Special attention is paid to the critical interpretation of such vectors as autonomization, digitalization, decentralization, performance-based systems, and patient engagement in governance processes. The paper also outlines a typology of approaches in leading global healthcare systems, particularly in Northern Europe, Canada, the United Kingdom, and the United States, highlighting the conditions under which these models prove effective.*

*In the Ukrainian context, the study reveals a contradiction between the declared strategic commitment to change and the prevailing institutional inertia that hinders the implementation of progressive practices. The author emphasizes the importance of not merely borrowing international models but adaptively rethinking and contextualizing them in light of Ukraine's sociocultural realities, resource capacities, and the challenges of wartime. The article concludes by substantiating key benchmarks for future managerial modernization—strategic flexibility, transparency, trust, professionalism, and integrative decision-making.*

**Keywords:** *healthcare management, foreign experience, autonomization, digitalization, reform strategy, patient-centeredness, institutional adaptation.*

**Вступ.** Постановка проблеми. У добу перманентних реформ медична галузь дедалі виразніше постає як ключовий простір для реалізації стратегій стійкості, соціальної справедливості та інституційної модернізації. Система управління медичними закладами, що традиційно ґрунтувалася на ієрархічно-адміністративній моделі, сьогодні вимагає переосмислення у бік більшої автономності, адаптивності, цифрової чутливості та орієнтації на потреби пацієнта. Ці процеси не є винятково національним явищем — вони віддзеркалюють глобальні тенденції в трансформації публічного управління, що охоплюють як високорозвинені країни, так і держави з транзитивною економікою.



**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Порівняльний аналіз моделей управління медичними закладами засвідчує розмаїття підходів – від централізованих систем з домінуванням держави до децентралізованих і змішаних моделей із розвинутим приватним і громадським сектором. Зокрема, дослідження К. Гросіуса, І. Кіркпатріка, Е. Кульманн і Й. Магнуссена [1; 4; 6] фокусуються на еволюції систем управління в європейському просторі, демонструючи відмінності між північноєвропейською моделлю інтегрованого забезпечення, британською системою централізованої відповідальності та більш гнучкими підходами, характерними для Нідерландів або Франції. Водночас П. Гілсенрат і Дж. Вайнер [3; 9] досліджують американську традицію стратегічного менеджменту в охороні здоров'я, зокрема акценти на автономізацію, фінансову відповідальність і корпоративну модель адміністрування.

У канадському дискурсі – завдяки працям С. Самуельсон-Кіралі та А. Г. Хертеленді [2; 8] – акцент зроблено на кризовому управлінні та адаптації управлінських структур до екстремальних викликів, зокрема пандемій. Цінність такого досвіду полягає в моделюванні сценаріїв стійкості системи охорони здоров'я за умов невизначеності. Компаративну типологію систем країн ОЕСР узагальнює Н. Райблінг, виводячи параметри взаємодії між ринковими, корпоративними та державними інституціями [7].

В українському науковому полі активне осмислення теми представлено роботами В. В. Данька, С. О. Назарка, Р. П. Кірашука, Л. В. Сазоненка, І. І. Яремка, В. А. Шевченка [10–13; 15; 18], які зосереджують увагу на особливостях вітчизняної трансформації управління медичними закладами, викликах адаптації до європейських стандартів та імплементації автономізації. При цьому залишається відкритим питання інтеграції зарубіжного досвіду в українські управлінські практики з урахуванням національного контексту: інституційної пам'яті, кадрової спроможності, соціальної уразливості та масштабної збройної агресії рф.



**Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми.** Попри зростаючу увагу до іноземного досвіду реформування системи управління медичними закладами, український дискурс досі характеризується фрагментарністю у висвітленні комплексних механізмів адаптації та інституційної трансформації, з урахуванням викликів, породжених війною, демографічною нерівністю та хронічною недофінансованістю. Залишаються недостатньо дослідженими механізми узгодження національної системи охорони здоров'я з політиками сталого розвитку, цифровізації управлінських процедур, формування кадрового потенціалу для автономних закладів, а також синергії між державними й недержавними структурами у забезпеченні якості медичних послуг. Не до кінця проаналізованою лишається й можливість імплементації зарубіжних управлінських моделей із урахуванням специфіки правової, фінансової та культурної парадигми України. Саме ці лакуни становлять аналітичне поле, яке дана стаття покликана частково заповнити шляхом компаративного аналізу та теоретичного моделювання перспектив удосконалення управління медичними установами в українських реаліях.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Мета даної статті полягає у визначенні та концептуалізації провідних тенденцій реформування управління медичними закладами в провідних країнах світу з подальшою екстраполяцією релевантного досвіду на український ґрунт. Завданнями дослідження є: аналіз типології моделей управління у світовій практиці; узагальнення стратегій удосконалення управлінських підходів; діагностика національних бар'єрів і ресурсів для адаптації досвіду; формулювання теоретично обґрунтованих висновків щодо перспектив створення ефективної моделі управління в умовах постреформеного періоду.

**Результати.** У ХХІ столітті управління медичними закладами втрачає риси замкненої технократичної процедури й дедалі більше набуває статусу інституційної платформи, в якій перетинаються різнорівневі вектори – політичні, економічні, соціальні, технологічні, етичні. Така багатовимірність вимагає



методологічної рефлексії, що виходить за межі традиційного функціонального аналізу й апелює до інтердисциплінарного підходу, заснованого на діалозі управлінських наук, медицини, публічного адміністрування, соціології та філософії управлінських змін.

Теоретичною опорою для осмислення феномену управління медичними закладами слугує концепт трансформаційного управління, що передбачає не лише адаптацію до змін, а й проактивне формування середовища, здатного самостійно ініціювати та втримувати інноваційні зрушення. Важливим методологічним акцентом є переосмислення медичного закладу не як виробничої одиниці чи підрозділу державної вертикалі, а як відкритої соціальної системи з високим ступенем взаємозалежності з локальним і глобальним контекстами. У такому підході акцент зміщується з адміністративного контролю на побудову систем довіри, інституційної відповідальності й стратегічної гнучкості.

Застосування компаративної методології дозволяє простежити, як різні держави розв'язують спільні проблеми – дефіциту ресурсів, підвищеного запиту на якість, кризової навантаженості, нерівного доступу до медичних послуг – через різні організаційні конструкції. Наприклад, типологізація систем управління, запропонована Н. Райблінгом [7], демонструє як структурна логіка управління – централізована, децентралізована, змішана – безпосередньо впливає на ефективність рішень в умовах соціального стресу. Водночас роботи І. Кіркпатріка, Ф. Леги, Е. Кульманн [4-5] актуалізують метод аналізу взаємодії між лікарською автономією, управлінським наглядом і публічною відповідальністю, що дає змогу зрозуміти, як співвідношення влади й компетенцій формує інституційний клімат у межах медичного закладу.

У методологічному сенсі варто також спиратися на стратегічний підхід до оцінки ефективності: оцінювання відбувається не лише за фінансовими показниками чи чисельністю персоналу, а за здатністю інституції досягати цілей у змінному середовищі – зокрема в умовах воєнного стану, цифрових реформ або



соціальних трансформацій. У цьому контексті набувають актуальності напрацювання С. Самуельсон-Кіралі й А. Хертеленді, які демонструють, як кризове управління змінює саму парадигму рішень у медичній сфері [2; 8].

Не менш важливим є принцип контекстуалізму – розуміння того, що імплементація зарубіжних моделей в українське середовище неможлива без урахування історичної спадщини, кадрових практик, довіри до інституцій і стану правового поля. Це вимагає застосування не уніфікованої матриці, а гнучкого, адаптивного аналізу з урахуванням культурних, економічних та управлінських відмінностей. Саме такий підхід дає підстави говорити не про механічне запозичення, а про стратегічну трансформацію з опорою на кращі практики світової управлінської думки.

Загалом, етодологічна рамка осмислення управління медичними закладами в сучасну епоху ґрунтується на поєднанні компаративного аналізу, інституціонального контекстуалізму, стратегічної гнучкості й ціннісного підходу до оцінки ефективності, що дозволяє подолати редукціонізм суто нормативного або процедурного бачення і відкрити шлях до справді модерного управління, заснованого на чутливості до викликів, відкритості до змін та орієнтації на сталий розвиток.

Світовий досвід переконливо свідчить, що у сфері охорони здоров'я немає універсальної моделі управління, яка б гарантувала ефективність незалежно від соціального, політичного чи економічного контексту. Різноманіття управлінських підходів є не лише відображенням відмінностей у ресурсному забезпеченні чи інституційній традиції, а й результатом глибших структурних виборів, пов'язаних із тим, як держава, суспільство та ринок вибудовують свої відносини довіри, відповідальності та контролю. Типологізація моделей управління медичними закладами дозволяє окреслити кілька провідних логік, які не є ізольованими, а часто взаємодіють у гібридних формах, що розвиваються відповідно до викликів доби.



У загальному вигляді можна виокремити чотири ключові моделі управління: централізовану, децентралізовану, ринково-орієнтовану (неоліберальну) та інтегровану (кооперативну). Їх класифікація спирається не лише на формальні ознаки (рівень підпорядкування, спосіб фінансування, юридичний статус закладів), а й на філософію управлінської взаємодії, цінності, що лежать в основі моделі, та тип відносин із пацієнтом як суб'єктом системи.

Пропонована нижче таблиця узагальнює відмінності між цими моделями, звертаючи увагу на стратегічні, організаційні, правові та етичні аспекти управління.

**Таблиця 1.**

**Порівняльна характеристика світових моделей управління  
медичними закладами**

| Критерій аналізу              | Централізована модель                                 | Децентралізована модель                                | Ринково-орієнтована модель                              | Інтегрована (кооперативна) модель                                        |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Домінуючий суб'єкт управління | Держава, зазвичай через міністерство охорони здоров'я | Органи місцевого самоврядування, регіональні агентства | Автономізовані установи, корпорації, приватні оператори | Мережі партнерства між публічними, приватними й громадськими структурами |
| Фінансування                  | Переважає з державного бюджету                        | Змішане фінансування: субвенції, місцеві бюджети       | Страхові внески, приватні платежі, конкурентні гранти   | Змішане, із високим рівнем контрактної інтеграції                        |
| Рівень автономії закладів     | Мінімальний, централізований контроль                 | Високий у межах локального самоврядування              | Максимальний, визначається ринковими умовами            | Помірний, регулюється угодами та мережевими домовленостями               |
| Тип взаємодії з пацієнтом     | Патерналістський, пацієнт як об'єкт політики          | Орієнтація на громадську участь                        | Пацієнт як клієнт, акцент на виборі та конкуренції      | Пацієнт як партнер, фокус на співуправлінні                              |
| Інструменти управління        | Адміністративні накази, уніфіковані протоколи         | Локальні програми, участь громадськості                | Контрактування, маркетингові стратегії, KPI             | Гнучкі домовленості, мультидисциплінарні комітети                        |



|                               |                                               |                                                  |                                                          |                                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Стратегічна гнучкість</b>  | Низька, обмежена централізованими процедурами | Середня, залежить від політичної волі регіонів   | Висока, швидка реакція на виклики                        | Висока, за умови збереження довіри між учасниками |
| <b>Тип відповідальності</b>   | Вертикальна, перед центральними органами      | Горизонтальна, перед місцевими громадами         | Індивідуальна або корпоративна, визначається контрактами | Колективна, за логікою спільного прийняття рішень |
| <b>Етична парадигма</b>       | Солідарність і контроль                       | Партисипативна відповідальність                  | Конкуренція та ефективність                              | Співпраця і взаємна підтримка                     |
| <b>Типовий приклад країни</b> | Польща (до реформ), Угорщина, Румунія         | Норвегія, Швеція, Німеччина (регіональні моделі) | США, частково Канада, Нідерланди                         | Данія, Фінляндія, Іспанія (деякі автономії)       |

Узагальнено автором

Представлена типологія, безумовно, не вичерпує усього розмаїття управлінських підходів у глобальному вимірі. Багато сучасних систем рухаються у бік гібридних моделей, що поєднують централізовані елементи на рівні планування з децентралізованими формами виконання або запроваджують корпоративну автономію в межах публічного контролю [1; 4; 6-7]. Така динаміка свідчить про потребу в гнучкому управлінні, яке спроможне балансувати між ефективністю, доступністю та демократичністю – і саме тому має стати об'єктом осмисленого запозичення для країн, що перебувають у стані реформування, як от Україна.

Останнє десятиріччя ознаменувалося стрімким оновленням управлінської парадигми в сфері охорони здоров'я. Системи, що раніше тяжіли до стабільності та інституційної інерції, сьогодні змушені реагувати на посилення невизначеності, зростання соціальних очікувань, цифрові прориви та епідеміологічні кризи глобального масштабу. Відповідно, управління медичними закладами у розвинених країнах усе частіше вибудовується не як адміністрування усталених процедур, а як процес стратегічного маневрування, орієнтований на результат, інновації та взаємодію з багатьма стейкхолдерами.



Одним із ключових трендів є автономізація медичних закладів як інструмент підвищення оперативності рішень, гнучкості в управлінні персоналом і ресурсами, а також відповідальності за результати. Ця стратегія активно впроваджувалась у Великобританії, Нідерландах і Данії, де заклади отримували не лише юридичну самостійність, а й простір для стратегічного розвитку в межах узгоджених з державою цілей [1; 6; 9]. Водночас, приклад Канади демонструє, що автономізація не повинна означати втрату підзвітності – навпаки, розбудова систем індикаторів якості, як показали дослідження С. Самуельсон-Кіралі, дозволяє посилити прозорість і мотивацію до сталого вдосконалення [2; 8].

Іншим потужним вектором трансформації стало запровадження цифрових систем управління: від електронного документообігу до аналітики великих даних і систем підтримки управлінських рішень. Цифрова трансформація дозволяє не лише оптимізувати внутрішні процеси, а й підвищити контроль за якістю медичної допомоги, виявляючи «вузькі місця» в режимі реального часу. Практики країн ЄС у цьому аспекті свідчать про ефективність цифрової інтеграції, особливо у Швеції та Естонії [4; 6-7].

Значущою тенденцією стала переорієнтація на результативність як головний критерій управлінської ефективності. У провідних системах світу – зокрема у США, Великобританії та Італії – запроваджуються моделі Value-Based Healthcare, що передбачають співвіднесення ресурсів не з кількістю процедур, а з досягнутими ефектами для пацієнта. Це спричиняє зміни в логіці бюджетування, системі мотивації персоналу та взаємодії з постачальниками послуг [3; 5].

Четвертим напрямом стало залучення пацієнтів до управління – не лише через механізми зворотного зв'язку, а й шляхом участі в наглядових радах, стратегічних групах, дорадчих платформах. Досвід Фінляндії, Нідерландів і окремих канадських провінцій свідчить про те, що такий підхід підвищує



легітимність рішень, покращує комунікацію і формує довіру до медичних інституцій [4; 8].

Окреме місце в стратегічному ландшафті займають інтегровані системи управління, що об'єднують надання медичних, соціальних та профілактичних послуг у єдину логіку. Такі моделі, зокрема реалізовані у Каталонії та в деяких регіонах Німеччини, передбачають мультидисциплінарне планування, єдину IT-інфраструктуру, міжорганізаційне фінансування й фокус на довгостроковому здоров'ї, а не лише на лікуванні [4; 7].

Бачимо, що загальносвітові стратегії удосконалення управління медичними закладами базуються на принципах гнучкості, відкритості до інновацій, орієнтації на результат і зростаючій взаємодії з громадянським суспільством. Ці тенденції не можуть бути механічно перенесені в українську реальність без адаптації, однак вони формують базу для критичної рефлексії щодо стратегічного оновлення нашої системи управління в умовах реформування та післявоєнного відновлення.

Україна, опинившись у вирі затяжних соціально-політичних трансформацій та вимушено прийнявши виклик масштабної збройної агресії РФ, водночас зберігає на порядку денному питання реформування сфери охорони здоров'я – як базового чинника суспільної стійкості, гуманітарної безпеки та державної легітимності. Водночас модернізаційні зрушення, започатковані медичною реформою, часто впираються у глибоко вкорінену інституційну інерцію, яка гальмує ефективність управлінських змін. Така подвійність – модернізаційний імпульс з одного боку та системна повільність з іншого – формує специфічну ситуацію гетерохронності, коли змістовні новації впроваджуються у формах, не здатних їх адекватно втілити.

Незважаючи на проголошену автономізацію закладів охорони здоров'я, на практиці більшість із них залишаються функціонально залежними від вертикальних рішень і фінансових трансфертів, що істотно обмежує їхню стратегічну самостійність. Такі реалії відзначаються в наукових розвідках С.



Назарка, Р. Кірашука, І. Яремка [11–13; 18], де простежується суперечність між декларованими цілями реформи та організаційною спроможністю системи до їх досягнення. Особливо вразливою у цьому контексті є первинна ланка, яка, попри впровадження нових механізмів фінансування, не отримала належного посилення інституційної підтримки та кадрової модернізації.

Ще однією ознакою інституційної інерції є обмежене запровадження цифрових інструментів управління. Попри наявність Національної служби здоров'я України як агента змін, більшість управлінських рішень у медичних закладах приймаються у ручному режимі, без системного аналізу даних, що суттєво знижує прозорість і адаптивність системи. Як слушно зазначено В. А. Шевченком [15], сам факт наявності електронної звітності не гарантує переходу до цифрового мислення в управлінні.

Проблеми управління загострюються в умовах воєнного стану, коли медичні заклади змушені функціонувати не лише в умовах дефіциту ресурсів, а й під тиском етичних, гуманітарних і безпекових дилем. За таких обставин надзвичайно важливою стає інституційна гнучкість – здатність змінювати організаційні моделі, швидко адаптувати управлінські рішення до динамічного контексту, працювати з непередбачуваними сценаріями. Утім, така гнучкість часто блокується як нормативною надмірністю, так і психологічною закритістю управлінців до ризику, що підриває можливість запровадження інновацій навіть за їх очевидної доцільності [10; 12; 16].

На тлі зазначених обмежень водночас актуалізується запит суспільства на модернізацію. Це стосується не лише якості послуг чи справедливості розподілу ресурсів, а й ціннісної основи управління: пацієнт перестає бути пасивним реципієнтом допомоги й прагне стати учасником процесів планування, контролю та оцінювання. Проте впровадження моделей партнерського управління залишається в зародковому стані, що свідчить про потребу у глибшому переосмисленні управлінської парадигми як такої [11; 17; 19].



Відтак зауважимо, що український контекст демонструє суперечливу ситуацію: з одного боку – наявність стратегічної волі до змін, з іншого – обмеженість інституційних інструментів, кадрових ресурсів і організаційної культури для їх реалізації. Розв’язання цієї суперечності потребує не лише зміни формального законодавства, а й запуску глибинних процесів внутрішньої трансформації управлінського мислення, яке б відповідало викликам часу й очікуванням суспільства.

**Висновки.** Аналіз зарубіжного досвіду управління медичними закладами крізь призму сучасних трансформаційних тенденцій засвідчує наявність системної еволюції – від вертикальних, ієрархічно зорієнтованих моделей до мережових структур із розвинутими механізмами автономізації, цифровізації та багаторівневого стратегування. Стратегії провідних країн світу демонструють прагнення не лише до організаційної ефективності, а й до досягнення системної стійкості, результативності, прозорості та підзвітності в управлінні закладами охорони здоров’я. У цьому контексті особливу увагу привертає поєднання технократичних інструментів із гуманітарною чутливістю, що формує сучасну парадигму управління як синтез процедурності, відповідальності та інноваційної відкритості.

Водночас українська система охорони здоров’я залишається у полі складного діалогу між інституційною інерцією і модернізаційним запитом. Формально впроваджені механізми реформування – автономізація, нові моделі фінансування, електронне адміністрування – у багатьох випадках не мають повноцінного функціонального наповнення через обмеженість кадрового потенціалу, нормативну фрагментарність та слабку культуру стратегічного управління. У результаті вітчизняна управлінська модель потребує не лише технічного оновлення, а й ціннісного перезавантаження, у межах якого пацієнт постає не об’єктом адміністрування, а партнером і носієм легітимних очікувань.

Стратегічне значення має також адаптація світових практик до українського середовища. Мова не йде про механічне запозичення, а про уважну



інтерпретацію релевантних рішень з урахуванням контексту збройної агресії рф, соціальної вразливості та вимог до поствоєнного відновлення. Визначальними у цьому процесі мають стати принципи гнучкості, контекстуальності, прозорості та довіри – як у внутрішніх процесах управління, так і у відносинах між державою, медичними інституціями та громадянським суспільством.

Отже, перспективи вдосконалення управління медичними закладами в Україні визначаються не лише нормативними реформами, а передусім здатністю до критичного осмислення світових тенденцій, переосмислення власного досвіду та формування нового управлінського мислення – орієнтованого на якість життя, цінність людського капіталу й національну безпеку в найширшому її вимірі.

### Список використаних джерел

1. Grosios, K., Gahan, P. B., & Burbidge, J. (2010). Overview of healthcare in the UK. *EPMA journal*, 1, 529-534.  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s13167-010-0050-1.pdf>
2. Hertelendy, A. J., Tochkin, J., Richmond, J., & Ciottone, G. R. (2021). Preparing for the next COVID-19 wave in Canada: managing the crisis facing emergency management leaders in healthcare organisations. *BMJ leader*.
3. Hilsenrath, P. E. (2012). Healthcare management education settings in the United States: History and perspective. *Journal of Management History*, 18(4), 386-401.
4. Kirkpatrick, I., Kuhlmann, E., Hartley, K., Dent, M., & Lega, F. (2016). Medicine and management in European hospitals: a comparative overview. *BMC Health Services Research*, 16, 7-14.  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12913-016-1388-4.pdf>
5. Kuhlmann, E., Burau, V., Larsen, C., Lewandowski, R. A., Lionis, C., & Repullo, J. (2011). Medicine and management in European healthcare systems: how do they matter in the control of clinical practice?. *International Journal of Clinical Practice*, 65(7), 722.



6. Magnussen, J. (2009). The Scandinavian healthcare system. *Medical Solutions*.  
Essay Series: Healthcare Systems–Scandinavia.  
[https://cdn0.scrvt.com/39b415fb07de4d9656c7b516d8e2d907/1800000000068243/cb0dfc126b65/Essay\\_Medical\\_Solutions\\_May\\_2009\\_Scandinavia\\_1800000000068243.pdf](https://cdn0.scrvt.com/39b415fb07de4d9656c7b516d8e2d907/1800000000068243/cb0dfc126b65/Essay_Medical_Solutions_May_2009_Scandinavia_1800000000068243.pdf)
7. Reibling, N., Ariaans, M., & Wendt, C. (2019). Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*, 123(7), 611-620.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301083>
8. Samuelson-Kiraly, C., Montague, T., Nemis-White, J., MacPherson, N., Martin, L., Aylen, J., ... & Mitchell, J. I. (2020, November). Access and quality of health care in Canada: Insights from 1998 to the present. In *Healthcare Management Forum* (Vol. 33, No. 6, pp. 253-258). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.
9. Weiner, J. (1988). A comparison of primary care systems in the USA, Denmark, Finland and Sweden: lessons for Scandinavia?. *Scandinavian journal of primary health care*, 6(1), 13-27. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/02813438809009285>
10. Данько, В. В. (2017). Управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах: теоретичний аспект.  
<https://repo.btu.kharkov.ua/bitstream/123456789/7223/1/Danko%20.pdf>
11. Кіращук, Р. П., & Пархоменко-Куцевіл, О. І. (2021). Стилi керівництва та роль i місце керівника в управлінні закладом охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*, (5), 88-94. [http://www.investplan.com.ua/pdf/5\\_2021/16.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/5_2021/16.pdf)
12. Назарко, С. О. (2019). Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Проблеми i перспективи економіки та управління*, (4 (20)), 170-175.  
<http://ppeu.stu.cn.ua/article/download/204590/204469>
13. 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)



14. Сафонов, Ю. М., Борщ, В. І., Сафонов, Ю. Н., & Борщ, В. И. (2019). Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. <https://anthropology.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/12238/Safonov.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Шевченко, В. А. (2016). Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*, (6 (2)), 9-13. [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/evzdia\\_2016\\_6\(2\)\\_3.pdf](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/evzdia_2016_6(2)_3.pdf)
16. Шкільняк, М., Кривокульська, Н., Шкільняк, М., & Кривокульская, Н. (2018). Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Електронне наукове фахове видання "Соціально-економічні проблеми і держава"*, (2 (19)), 151-159. <https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/27328/8/18smmpps.pdf>
17. Шульга, О. А. (2023). Зарубіжний досвід управління нововведеннями в організації сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*, 3(73), 47-51. [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/47730/1/O\\_Shulha\\_BN\\_3\\_73\\_2023\\_FEU.pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/47730/1/O_Shulha_BN_3_73_2023_FEU.pdf)
18. Яремко, І. І. (2021). Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*, 2(6), 127-138. <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2021/nov/25522/nzmened-127-139.pdf>
19. Графська О.І. (2025). Механізми оцінювання ефективності управління персоналом у медичній сфері. *Бізнес-Навігатор*. <https://doi.org/10.32782/business-navigator.80-5>