

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління  
та національної безпеки  
Кафедра економічної теорії,  
інтелектуальної власності та публічного  
управління

Кваліфікаційна робота  
на правах рукопису

**ВЕРБИЧ ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 332.142.4  
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ІНСТИТУЦІОНАЛЬНА АРХІТЕКТОНІКА СФЕРИ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У КОНТЕКСТІ НОВОГО ПУБЛІЧНОГО  
МЕНЕДЖМЕНТУ**  
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»  
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр  
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело

О. В. ВЕРБИЧ  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:  
ХОДАКІВСЬКИЙ Євгеній Іванович  
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор  
(науковий ступінь, вчене звання)

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління**

за результатами попереднього захисту: **ВЕРБИЧ Олена Володимирівна**  
допущена до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» січня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК  
(власне ім'я та прізвище)

«\_\_\_\_\_» січня 2023 р.

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти **ВЕРБИЧ Олена Володимирівна** захистила  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:  
сума балів за 100-бальною шкалою \_\_\_\_\_  
за шкалою ECTS \_\_\_\_\_  
за національною шкалою \_\_\_\_\_

Секретар ЕК

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА  
(власне ім'я та прізвище)

## АНОТАЦІЯ

ВЕРБИЧ О.В. Інституціональна архітектоніка сфери охорони здоров'я України у контексті нового публічного менеджменту. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» – Поліський національний університет Міністерства освіти і науки України, Житомир 2023.

У кваліфікаційній роботі розглянуто теоретико-методичні основи та утилітарні характеристики з удосконалення побудови організаційної структури медичних закладів з точки зору системи публічного менеджменту та його ефективності. Для досягнення поставленої мети визначено суть організаційної структури закладу охорони здоров'я і обґрунтовано пріоритетні напрями державного управління організаційно-функціональним пацієнтоспрямованим структурним механізмом у системі охорони здоров'я для підвищення результативності здійснення його функціональних завдань у системному підході до формування платформи розвитку закладу.

*Ключові терміни: охорона здоров'я, публічне управління, організаційно-функціональна модель, лікарня, орієнтована на пацієнта, зміна лікарні, ефективність, адміністративні дані.*

## SUMMARY

VERBYCH O.V. Institutional architecture of the sphere of health care of Ukraine in the context of new public management. - Qualification Work on manuscript rights. Work on obtaining an educational degree «Master» in specialty 281 «Public Administration» – Polissia National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Zhytomyr 2023.

The qualification paper examines the theoretical and methodological foundations and utilitarian characteristics of improving the construction of the organizational structure of medical institutions from the point of view of the public management system and its effectiveness. To achieve the goal, the essence of the organizational structure of the health care institution is defined and the priority directions of the state management of the organizational and functional patient-oriented structural mechanism in the health care system are substantiated in order to increase the effectiveness of the implementation of its functional tasks in a systemic approach to the formation of the institution's development platform.

*Key terms: health care, public administration, organizational functional model, patient-centered hospital, hospital change, efficiency, administrative data.*

**ЗМІСТ**

ВСТУП		5
РОЗДІЛ 1	ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СТВОРЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СТРУКТУРИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
	ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	17
РОЗДІЛ 2	ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ КРАЩИХ ДІЮЧИХ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТРУКТУР ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	18
	ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	22
РОЗДІЛ 3	ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ УПРОВАДЖЕННЯ КРАЩИХ ПРИКЛАДІВ ОРГАНІЗАЦІЙНО- СТРУКТУРНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ	24
	ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	31
ВИСНОВКИ		32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		34
ДОДАТКИ		39

## ВСТУП

*Актуальність дослідження.* В останні десятиліття національні системи охорони здоров'я стикалися з підвищеним попитом на високоякісні та орієнтовані на пацієнта послуги, але обмежені ресурси часто заважали їх стійкості. З'являються нові вимоги та потреби, пов'язані із зростанням хронічних патологій, старінням населення, розвитком технологій, дефіцитом економічних ресурсів та зростанням усвідомлення людьми своїх прав на догляд та лікування. Зважаючи на цей демографічний, епідеміологічний та соціальний контекст, системи охорони здоров'я та лікарні в цілому повинні впроваджувати інновації, щоб відповідати новим потребам у догляді [1].

Мандат «робити більше з меншими витратами» заохочує політиків, менеджерів охорони здоров'я та науковців шукати інноваційні способи перебудови медичних послуг. Потреба в інноваціях часто переплітається з процесами організаційної перепланування в багатьох формах. Є багато прикладів організацій охорони здоров'я, які взяли на себе широкі зміни через реальні соціальні та економічні потреби. Значний потік змін стосується технологічних інновацій, таких як телемедицина [2]. Існує великий досвід активізації нових соціальних та інтегрованих мереж догляду. Вони розроблені, щоб діяти як мережі догляду на основі громади [3, 4].

Ученими зроблено внесок у наукову літературу, яка розглядає оцінку змін у системі охорони здоров'я та лікарнях, надаючи кількісну оцінку ефективності та результативності змін після впровадження моделі лікарні (Patient-Centered PC). Результати показують, що як ефективність, так і результативність значно зросли в середньому (major diagnostic categories - MDCs), таким чином підтверджуючи необхідність для політиків інвестувати в нові організаційні моделі, близькі до принципів структур лікарень ПК.

Все більше лікарень реагують на останні демографічні, епідеміологічні та управлінські виклики, переходячи від традиційної організаційної моделі до моделі лікарні, орієнтованої на пацієнта (PC). Хоча теоретична управлінська

література про модель лікарні з персональним комп'ютером є великою, кількісних оцінок діяльності лікарень, які перейшли від традиційної до організаційної структури з персональним комп'ютером, мало. Однак кількісний аналіз ефектів управлінських змін є важливим і може надати додатковий аргумент на підтримку інновацій.

Питанням структурної організації медичних закладів та їх взаємодії приділяли увагу вітчизняні та зарубіжні вчені: Бондарук Н., Вороненко Ю., Гбур З., Гойда Н., Горачук В., Данилюк К., Діденко Н., Дубич К., Коломоєць А., Кошова С., Мойсеєнко Р., Мостепан Т., Магльона В., Михальчук В., Микитин Т., Митник З., Михальчук В., Писаренко В., Ратушняк Н., Радиш Я., Стовбан М., Шніцар В., Щиріна К., Pencheon D., Mohrman S., Kanter M., Gorli M., Galuppo L., Liberati E., Hernandez S., Conrad D., Reed P., Rathert C., Wyrwich M., Berwick D., Gorli M., Galuppo L., Liberati E., Scaratti G., Lega F., DePietro C., Cicchetti A., Salge T., Vera A., Waring J., Bishop S. та ін.

*Мета дослідження.* Визначити головні фактори побудови сучасної системи інституційного забезпечення організаційно-функціональної структури медичного закладу для ефективного публічного управління наданням медичної допомоги і створенням медичних послуг населенню.

Задля досягнення поставленої мети на вирішення поставлено ряд завдань:

- дослідити національну інституційну базу щодо функціональної структури закладів охорони здоров'я;
- вказати функції організаційної структури медичних установ;
- описати типову організаційну структуру лікарні за сучасними характеристиками кращих практик західних країн;
- здійснити оцінку організаційних змін у сфері охорони здоров'я на прикладі пацієнтоорієнтованої моделі лікарні;
- дослідити основні типи організаційної структури медичного закладу;
- дати характеристику ієрархічній структурі, як основі функціонування медичного закладу;

- обґрунтувати напрями для можливого впровадження у національну практику кращих прикладів побудови структурної моделі управління медзакладом.

*Об'єкт дослідження* – процес поєднання соціальних взаємин та фактів у створенні ефективної моделі структури медичного закладу.

*Предмет дослідження* теоретико-методологічні площини покращення результативності системи публічного управління в галузі охорони здоров'я.

*Методи дослідження* – застосовано: нормативно-правовий, системно-структурного аналізу, бібліографічний, монографічний, соціологічних досліджень, проблемно-орієнтований, описування, спостереження і компаративний, наукового факту, мисленого експерименту, уявного моделювання, абстрагування, аналізу і синтезу, гіпотетичний та ін.

*Інформаційна основа дослідження* базується на нормативно-правових документах забезпечення публічного управління щодо організації структури медичних закладів, міжнародні наукові публікації, аналітичний матеріал, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених з питань організаційно-функціональних систем закладів медичної допомоги.

*Перелік публікацій автора за темою дослідження.* Основні результати кваліфікаційної роботи знайшли відображення в трьох публікаціях.

*Практичне значення отриманих результатів роботи* полягає у наданні обґрунтованих пропозицій побудови ефективної структури закладів охорони здоров'я у процесі здійснення медичних реформ в Україні.

*Структура та обсяг роботи.* Роботу структуризовано наступним чином: вступ, три дослідницьких розділи з висновками до кожного, загальні висновки, список використаних у дослідженні наукових джерел та нормативних актів. Загальний обсяг роботи становить 38 сторінок.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СТВОРЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СТРУКТУРИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Україна має ряд нормативно-правових актів, що врегульовують деякі питання організації закладів охорони здоров'я.

- Конституція України Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР;
- Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII;
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII;
- Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII;
- Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII4;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби охорони здоров'я»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»;



- Наказ Міністерство охорони здоров'я України 28.10.2002 № 385 Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я;
- Проект Закону України від 31.10.2011 № 9386 Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я;
- Проект Закону України від 04.09.2017 № 7065 Про організацію медичного обслуговування населення в Україні;
- Проект Закону України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги від 01.07.2022 № 2347-IX;
- Верховна Рада ухвалила законопроект №6306, який дає початок інфраструктурній частині реформи системи охорони здоров'я, яка передбачає створення госпітальних округів за принципом кластерів. «...мережа закладів охорони здоров'я в області, об'єднана в один госпітальний округ, буде додатково поділена на госпітальні кластери, з урахуванням: меж адміністративно-територіальних одиниць; географічних особливостей регіону та стану автомобільних доріг; поточних і прогнозованих демографічних показників чисельності населення, структури захворюваності і смертності; оптимальних клінічних маршрутів пацієнтів задля своєчасного доступу до медичної та реабілітаційної допомоги, що ґрунтується на принципах доказової медицини; навантаження на медичних працівників та фахівців із реабілітації.

Згідно з видами медичної допомоги, яка надається в закладах охорони здоров'я госпітального кластера, мережа закладів охорони здоров'я буде поділена на надкластерні, кластерні та загальні лікарні» [39].

Згідно Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабміну №1013-р 30 листопада 2016 року, реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення повинен здійснювати новий центральний

орган виконавчої влади, Національна служба здоров'я України (НСЗУ), який буде єдиним національним замовником медичних послуг лікарських засобів та укладатиме договори про медичне обслуговування із надавачами медичних послуг (зкладами охорони здоров'я усіх форм власності та фізичними особами - підприємцями, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики).

НСЗУ є національним страховиком, який замовлятиме медичні послуги та лікарські засоби за програмою медичних гарантій та оплачуватиме їх за встановленими тарифами» [39].

Постанова № 215 внесла зміни до двох постанов КМУ: «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 15.07.1997 № 765; «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 № 285, якими було спрощено акредитацію закладів охорони здоров'я.

Ще у 2017 р. урядом змінено ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо добровільного проходження акредитації за правилами КМУ. Цю модернізацію занормували Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, що став чинним 30 січня 2018 р.

Нині за українським законодавством існують такі медичні заклади: *амбулаторія*, яка подає меддопомогу за однієї чи декількома основними лікарськими спеціальностями, *поліклініка*, з багатьма лікарськими спеціальностями. Вони лікуватимуть і вдома. *Амбулаторія загальної практики* є первинною ланкою охорони здоров'я і призначена здійснювати профілактичні заходи, диспансеризацію та спостереження стану пацієнта. *Лікарня* є вторинним рівнем охорони здоров'я для стаціонарної меддопомоги. Лікарні можуть бути монопрофільними, поліпрофільними та спеціалізованими, з поліклінікою чи амбулаторією. *Диспансери* існують для диспансеризації та лікування окремих визначених захворювань та можуть утримувати стаціонар.

Існує також і цілий ряд інших регуляторних документів з управління, організації медичного забезпечення, медико-біологічного захисту та охорони праці. До їх числа належать закони України, акти КМУ, МВС, спільні накази МВС з іншими центральними органами виконавчої влади, МНС, ДСНС, Міністерства оборони.

Ми проаналізували вищевказані нормативно-правові документи і можемо стверджувати, що конкретних пропозицій безпосередньо структуризації закладів охорони здоров'я вони не торкаються. Тому для нашого дослідження представляє конкретний інтерес те, яким чином здійснюється побудова внутрішньої архітекtonіки сучасних лікарняних закладів у розвинених країнах світу.

#### *Опис структури лікарні*

Лікарні надають дуже важливі послуги, і це має бути зроблено за високими стандартами якості. Проте кожна лікарня є складним утворенням, тому її необхідно правильно організувати. Щоб успішно надавати медичну допомогу, лікарні розробляють спеціальні організаційні структури, які складаються з кількох відділів. Хоча такі структури відрізняються залежно від різних факторів, вони здебільшого засновані на бюрократії та ієрархії. Основною метою цієї роботи є обговорення організаційної структури даної лікарні. Лікарня має жорстку організаційну структуру (рис. 1.1.), необхідну для координації відділень лікарні. Її основною управлінською одиницею є рада директорів. Правління контролює всю організацію. Деякі з обов'язків правління включають розробку стратегій, контроль за головним виконавчим директором, забезпечення високої якості послуг і представництво лікарні

Рада директорів незмінно є верхівкою більшості організаційних структур у сфері охорони здоров'я. Ця рада може бути сформована голосуванням довірених осіб в організації-засновнику або зацікавленими сторонами франшизи лікарні. Як правило, у ньому працюють лікарі з більшою кваліфікованою професійною діяльністю, як-от лікарі та дослідники, але багато з них також забезпечені місцевими юристами, підприємцями, політиками та

навіть знаменитостями, які можуть допомогти надати лікарні конкурентну перевагу.

У медичному закладі часто є одна група керівників, які наглядають за працівниками, безпосередньо залученими до догляду, та інші керівники, які наглядають за немедичною адміністрацією.

Президент або генеральний директор лікарні зазвичай відповідає за підзвітність правлінню та виконання її фінансових, нормативних та дослідницьких ініціатив. Цей начальник часто є членом або навіть головою ради директорів, щоб надати фактичним підприємствам і їхнім працівникам принаймні одне крісло за столом. Багато некомерційних установ складатимуть дошку відповідно до своєї місії. Наприклад, у правлінні католицької лікарні часто працюють релігійні та медичні лідери, кожен зосереджений на іншому елементі місії.

Лікарні зазвичай мають поєднання ієрархічної та відділеної організаційної структури.

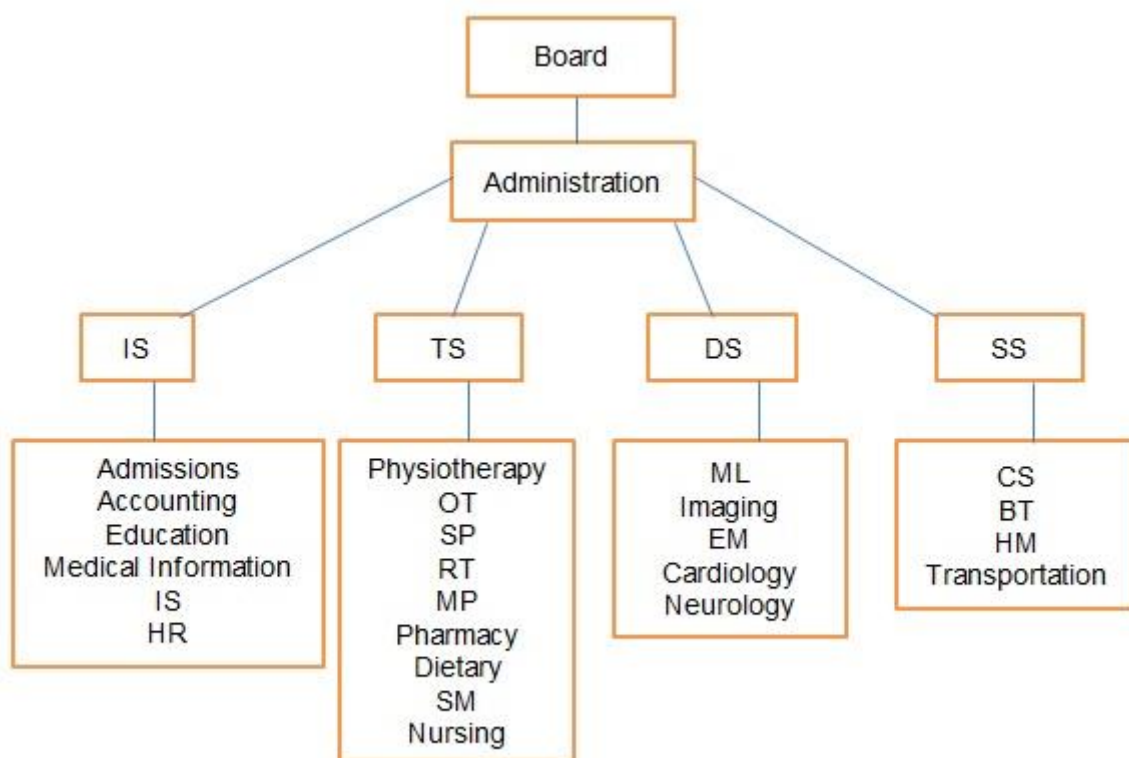
Президент зазвичай має адміністративний кабінет. Цей невеликий штат фахівців часто включає головного фінансового директора, судово-медичного експерта та генерального радника з судових справ. Ці топ-менеджери можуть мати невеликий штат, наприклад, персонал приймальної комісії під керівництвом контролера. Їхні обов'язки в організаційних структурах охорони здоров'я здебільшого полягають у тому, щоб служити президенту та правлінню, а не виконувати функції безпосередніх надавачів послуг пацієнтам.

Лікарні організовані для догляду за пацієнтами за спеціальністю, з такими послугами, як терапевтичне лікування.

Поряд з адміністративними лідерами в найближчому штабі президента є інші топ-менеджери, які займаються доглядом за пацієнтами або повсякденною роботою лікарні. Головний операційний директор утримує відділи, які безпосередньо не пов'язані з обслуговуванням пацієнтів. Головний лікар часто керує тими відділами, які надають послуги пацієнтам. У багатьох лікарнях

також призначається головний медсестер. Усі інші керівники відділів підпорядковані одному або всім цим трьом топ-менеджерам.

Лікарні найчастіше організуються для надання допомоги пацієнтам за спеціальністю, з такими послугами, як діагностична, терапевтична, невідкладна та стаціонарна допомога. Вони працюють в окремих департаментах, у кожному з яких керують директори та помічники директора. Під керівництвом директора або віце-президента з діагностики в ланцюжку командування, наприклад, буде більше директорів або помічників директорів ключових спеціалізованих служб, таких як візуалізація, інтенсивна терапія та відділення невідкладної допомоги.



**Рис. 1.1. Організаційна структура лікарні та відділи [3].**

Informational Services (IS)

Інформаційна служба

Therapeutic Services (TS)

Терапевтичні послуги

Occupational Therapy (OT)

Ерготерапія

Speech Pathology (SP)

Патологія мови

Respiratory Therapy (RT)

Респіраторна терапія

Medical psychology (MP)

Медична психологія

Sports Medicine (SM)	Спортивна медицина
Diagnostic Services (DS)	Діагностичні послуги
Support Services (SS)	Служби підтримки
Central Supply (CS)	Центральне постачання
Biomedical Technology (BT)	Біомедичні технології
Housekeeping and Maintenance (HM) and Transportation	господарське обслуговування та обслуговування і транспорт

Наступний відділ – адміністрація. Він також має багато функцій. По-перше, наймає весь персонал лікарні. Тому адміністрація несе відповідальність за професійну компетентність кожного працівника. По-друге, він координує та контролює функції кожного відділу. По-третє, він керує записами пацієнтів.

Наступні чотири відділи є підпорядкованими безпосередньому управлінню. Перший відділ – інформаційні служби ((IS). Він зберігає медичну інформацію пацієнтів, обробляє їхні записи, збирає необхідні дані, проводить аналіз, підтримує кодування, сприяє медичним дослідженням і розробляє навчальні програми, пов'язані з інформаційними системами. Наступне відділення – Терапевтична служба (TS). Подає великий обсяг послуг. Деякі з них - дихальна терапія, неврологія, фізіотерапія, трудотерапія та харчування. Фізіотерапія спрямована на поліпшення рухливості м'язів. Ерготерапія (OT) допомагає пацієнтам функціонувати самостійно. Логопед (SP) допомагає пацієнтам з різними порушеннями мовлення. Респіраторна терапія (RT) вирішує проблеми, зв'язані із хворобами серця та легенів. Медична психологія (MP) покращує емоційне благополуччя пацієнтів. В аптеці відпускаються ліки згідно виписаних замовлень. Дієтологічний відділ – Dietary розробляє спеціальні дієти та допомагає їх дотримуватися. Спортивна медицина (SM) пропонує реабілітаційну допомогу професійним спортсменам. Сестринська допомога необхідна для надання допомоги пацієнтам за планами лікування.

Наступний відділ – Діагностична служба (DS). Це сприяє якісній діагностиці. Відділення включає медичну лабораторію (ML), візуалізацію,

невідкладну медичну допомогу (ЕМ) та кардіологію. Ці служби надають невідкладну, амбулаторну, геріатричну та реабілітаційну допомогу. У лікувально-діагностичних службах працюють лікарі, медсестри, техніки та аналітики.

Останній відділ – Служби підтримки (SS). Цей відділ відповідає за надання послуг, які забезпечують роботу всієї організації. Сюди входять такі послуги, як Центральне постачання (CS), Біомедичні технології (BT), Прибирання та обслуговування (HM) і транспорт. Вони необхідні для підтримки всіх внутрішніх процесів, щоб медичний персонал міг надавати якісну допомогу. Також цей відділ має значний вплив на ефективність роботи співробітників.

Щоб працювати, лікарні потребують точності у здійсненні функціональних обов'язків і кількох рівнів підзвітності. Щоб досягти цього, лікарні користуються організаційно-функціональною конструкцією з багатьма рівнями управління.

Розуміння повної організаційної структури лікарні гарантує, що працівники лікарні знають свої власні обов'язки, обов'язки тих, хто їх оточує, кому вони звітують і з ким говорити про конкретні обов'язки чи галузі знань.

#### *Організація та управління лікарнею.*

Усі лікарні мають певну форму керівного органу, відповідального за прийняття рішень високого рівня щодо організації. Рада директорів є найвищою в системі управління лікарнею і складається з експертів у своїх галузях. Релігійні лікарні часто включають священнослужителів до своїх рад директорів. Навчальні лікарні часто включають викладачів університетів із медичної школи, з якою вони пов'язані.

#### *Керівники.*

У структурі керівництва лікарні керівники відповідають за управління організацією, прийняття фінансових рішень і нагляд за бізнес-стратегією. Менеджери медичних послуг можуть контролювати цілі практики або клінічні області. У лікарні зазвичай є головний фінансовий директор, який займається

фінансовими аспектами бізнесу, і головний операційний директор або головний виконавчий директор, відповідальний за бізнес-стратегію та прийняття рішень на високому рівні.

*Адміністратори відділу.*

Адміністратори відділень підпорядковуються керівництву лікарні та керують повсякденною діяльністю структури відділення лікарні. Начальник хірургії, наприклад, відповідає за нагляд за повсякденною діяльністю в хірургічному відділенні, а також за виконання операції. Начальник хірургії може займатися діяльністю зі зв'язків з громадськістю, збором коштів і підбором персоналу. Інші сегменти лікарні, як-от персонал транскрипції чи комутаторів, також мають адміністраторів відділень.

*Менеджери з догляду за пацієнтами.*

Медсестри-менеджери та лікарі-спостерігачі одночасно є менеджерами з догляду за пацієнтами. Ці персони розпоряджаються нечисленними гуртами професіоналів, які здійснюють пряме піклування за хворими. Вони гарантують, що накази виконуються, що працівники лікарні належним чином виконують свої обов'язки та що працівники дотримуються вимог законодавства.

*Постачальники послуг.*

Переважна більшість працівників лікарень є надавачами послуг: лікарі, медсестри, санітари, фізіотерапевти, працівники пралень та багато інших людей, необхідних для функціонування лікарні. Вони забезпечують догляд за пацієнтами, ведуть записи та гарантують, що лікарня здатна надавати допомогу пацієнтам ефективним чином. Постачальники послуг мають власну ієрархічну структуру в системі охорони здоров'я. Наприклад, лікарі часто дають накази медсестрам, які можуть делегувати санітарам.

*Піднятися в ієрархії лікарні.*

Онлайн програми з адміністрування охорони здоров'я від Rivier University (MBA) дають студентам навички та знання, необхідні для роботи на керівних посадах у лікарні. Програми проходять у зручному та гнучкому



навчальному онлайн-середовищі, яке враховує особистий та робочий графіки студентів [4].

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Підсумовуючи сказане можна констатувати, що система управління в лікарняних закладах організована ієрархічно. Усі обов'язки по управлінню у відділеннях розподілені та контролюються адміністрацією лікарні. Відділи взаємодіють між собою через структурні підрозділи, функції яких жорстко адмініструються. Таким чином, це забезпечує рівномірний розподіл обов'язків між спеціалістами лікарні. Крім того, організаційна структура спрямована на полегшення процесу надання медичної допомоги. Тому, всі елементи управління мають спільні цілі та допомагають ефективно їх реалізувати. Теоретико-методичний аналіз показав, що зміна інституційного забезпечення діяльності медичних установ, в напрямку удосконалення організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я, дозволить побудувати в галузі інноваційну модель публічного менеджменту та покращити рівень надання медичних послуг.

## РОЗДІЛ 2.

### ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ КРАЩИХ ДІЮЧИХ ОРГАНІЗАЦІЙНО- ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТРУКТУР ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Основний рух у розробці політики визначає «підхід, орієнтований на пацієнта», як ключовий важіль для того, щоб система надання медичної допомоги поважала поточні потреби та вимоги та реагувала на них [5–8]. Підхід, орієнтований на пацієнта, представляє чіткі формулювання, принципи догляду та оперативні практики, а також призводить до різних дизайнів моделей догляду в лікарнях [9].

Насправді все більше авторів [10–13] припускають, що інновації в охороні здоров'я повинні розвиватися до моделі, орієнтованої на пацієнта (РС), змінюючи форму лікарень з метою переходу від функціональних організаційних форм до орієнтованих на процеси, зосереджуючись саме на процес надання допомоги замість функціональних самореферентних відділень у лікарні. Щоб перейти до моделі РС, лікарні зазвичай проходять процес редизайну, який охоплює кілька дій з реструктуризації як організаційної структури, так і фізичної побудови [14].

Хоча теоретична управлінська література про модель РС є великою, оцінки ефективності лікарень, які перейшли від функціональної до організаційної структури РС, є нечисленними (за кількома винятками) [15, 16].

Складність діючих змінних, чутливість даних, які не завжди доступні для дослідження, різноманітність патологій і типів пацієнтів, а також багато інших елементів наразі зробили побудову методологічної основи для оцінки моделі лікарні для РС надзвичайно складною. Тому перехід до інших моделей лікарень може відповідати міжнародним тенденціям та інтересам, які не завжди пов'язані з чіткою попередньою оцінкою впливу [17].

Однак без будь-яких оціночних досліджень будь-які інновації ризикують сприймати місцеві громади та співробітники організацій як такі, що зумовлені радше політичними причинами чи управлінськими тенденціями, ніж серйозною

оцінкою їх переваг з точки зору ефективності та ефективності. Щоб підійти до оцінки моделі РС, дослідники почали з розгляду та оцінки двох тверджень, які є основними рушійними силами політиків для інновацій у моделі РС:

- модель РС відповідає потребі зменшити відступи, отже, підвищити ефективність лікарні;
- модель персонального комп'ютера відповідає потребі змінити процеси надання допомоги відповідно до потреб пацієнтів, підвищуючи ефективність лікування [18];

Керуючись переконанням, що оцінка важливих організаційних змін має вирішальне значення, дослідниками показано, як це можливо за наявності квазіексперименту та відповідних адміністративних даних. Дослідження було зосереджено на наданні медичних послуг у регіоні Ломбардія, найбагатшому та одному з найбільших регіонів Італії. Наприкінці 2010 р. три важливі лікарні перейшли на модель госпіталю РС, тоді як решта лікарень Ломбардії залишилися з традиційною функціональною організаційною структурою. Ученими запропоновано емпіричну стратегію для абсолютної оцінки загального впливу моделі РС на існуючу, дотримуючись традиційних оціночних досліджень, у яких ефекти політичного втручання вимірюються за допомогою відповідних економетричних методів на наборі вибраних показників результату [19].

Актуальність цього дослідження пов'язана не лише з оцінкою впливу моделі лікарні РС, яка пропонується як основний фокус аналізу. Здійснене дослідження свідчить про те, що фактична оцінка організаційних змін за допомогою статистичних даних є актуальною для інформування про наслідки політики та служить рушієм для майбутніх інновацій.

### **Модель лікарні, орієнтованої на пацієнта**

Лікарні часто розглядалися як функціональні організаційні структури, в яких пацієнтів, які потребують подібної сфери знань, об'єднують у незалежно контрольовані відділення. Хоча в деяких країнах така організація протягом тривалого часу здавалася найбільш прийнятною для підтримки та сприяння

розвитку знань, необхідних медичній науці, функціональна структура показала серйозні недоліки, що складаються головним чином з економічної та організаційної неефективності.

Насправді, функціональна організація часто не має можливості контролювати робочий потік у відділах і, таким чином, координацію діяльності з догляду в межах траєкторії догляду за пацієнтом. Крім того, у функціональній організації ресурси, як правило, дублюються, спричиняючи марнотратство, а автономія у використанні ресурсів спеціальності часто переважає над підзвітністю, що в деяких випадках знижує ефективність лікування.

Неефективність і складність, виявлені у функціональній організації лікарень, призвели до багатьох форм організаційних інновацій. Приклади можна знайти в процесно-орієнтованому дизайні ([20]), у філософії бережливого виробництва [21] або в експерименті з новими лікарняними умовами. Ще один запланований процес змін – це той, який визначається як модель лікарні, орієнтованої на пацієнта (РС), до якої об'єднуються лікарні по всьому світу, наприклад, в Англії [22], Нідерландах [23], Іспанії [24], Швеції [25] та Італії [26].

Модель РС являє собою спробу переробити процес надання медичної допомоги шляхом формування структур і процесів, залучених до надання медичної допомоги відповідно до потреб пацієнтів. У традиційних моделях лікарень пацієнти приймаються під керівництвом окремих клініцистів-спеціалістів, які залишаються за ними або передаються під опіку іншого клініциста. Щоб інновувати модель РС, лікарні проходять процес редизайну, який охоплює кілька дій реструктуризації [27].

По-друге, це трансформація концепції організаційного підрозділу, необхідного для задоволення потреб пацієнтів у догляді та для управління зв'язками між спеціальностями. Критерії віднесення пацієнтів до лікарняних відділень змінюються від вузькоспеціалізованих відділень до багатопрофільних відділень, які диференціюються за рівнем потреб пацієнтів у клінічній та допоміжній допомозі, а не за їхніми специфічними патологіями. Насправді

основний принцип моделі РС полягає в наданні необхідного лікування та догляду пацієнтам у найбільш прийнятних умовах відповідно до стану їх здоров'я. По-третє, оскільки модель РС потребує інтегрованого догляду, багатопрофесійні та багатопрофільні команди зміцнюються та готові співпрацювати. Це узгоджується з іншим аналізом орієнтованості на пацієнта [28, 29].

Зрозуміло, що організаційна модель РС характеризується місцевими варіаціями залежно від стратегічного вибору рад, розмірів лікарень, складу робочої сили, середніх характеристик пацієнтів тощо. Хоча цей тип різноманітності важко передбачити, і його краще розглядати шляхом аналізу конкретних випадків [30, 31]. Не дивно, що на даний момент існує дуже мало досліджень, які надають фактичний аналіз впровадження моделі РС. Очікується, що застосування принципів РС покращить якість, підвищить задоволеність пацієнтів, посилить задоволеність персоналу роботою та піднесе ефективність [32]. Звіти про нові РС-лікарні висвітлюють позитивні аспекти зручного для пацієнтів і персоналу дизайну [33].

#### *Емпірична модель*

Ключовим компонентом оцінки наслідків переходу до РС від функціональної моделі є спостереження в групі порівнюваних лікарень за змінами в групі лікарень (підрозділів, які надають лікування), на відміну від інших (підрозділів контролю) з часом. Рішення про перехід від функціонально організованої моделі лікарні до РС зазвичай приймається на рівні лікарні; однак його впровадження може значно відрізнятись залежно від кожної основної діагностичної категорії, оскільки на деякі (major diagnostic categories - MDCs) більше впливає організація, тоді як інші дотримуються дуже суворих протоколів незалежно від прийнятої організаційної моделі. У нашій моделі ми визначаємо ефект переходу від функціональної до РС моделі організації лікарень, використовуючи мінливість результатів здоров'я в різних медичних центрах. Для таких організаційних змін немає потреби у високочастотних даних (наприклад, щоденних), оскільки вони, ймовірно, вплинуть на роботу

лікарні протягом місяців або років, або в індивідуальних даних, оскільки основна увага приділяється середній ефективності та ефективності MDC у лікувальних лікарняних відділеннях порівняно з нелікувальними. Однак таке емпіричне налаштування вимагає наявності великих наборів даних щодо характеристик усіх MDC у кількох лікарнях протягом певного часу. Зростаюча доступність адміністративних даних про карти виписок із лікарень (далі HDC) дозволяє нам подолати цю важливу вимогу до даних.

Включаючи всі можливі попарні взаємодії, ми визначаємо коефіцієнт інтересу шляхом оцінки емпіричних моделей, наведених вище, методом звичайних найменших квадратів, припускаючи, що варіація, що залишилася, пояснюється фіктивною змінною, яка визначає прийняття моделі PC. З методологічної точки зору, надмірний контроль у моделі лінійної регресії подібний до статистичного зіставлення (наприклад, оцінка схильності), і моделі дають дуже схожі результати [34].

У своєму дослідженні вчені скористалися щасливим збігом квазі-експериментальних умов щодо всіх MDC у трьох лікарнях важливого регіону Італії та доступністю унікального набору адміністративних даних для розробки фактичної оцінки інновації з від традиційної функціональної моделі до організаційної моделі PC у лікарнях [35].

Ми запропонували кількісну структуру для подолання деяких поточних проблем у політиці оцінки організаційних моделей лікарень (про подібний підхід до аналізу політики в охороні здоров'я див. [36, 37]).

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

У цьому розділі представлено кількісну оцінку ефективності та результативності змін після впровадження моделі лікарні PC у великому регіоні

Італії. Використовуючи переваги квазіекспериментального налаштування та детального адміністративного набору даних, ученими виконано фактичну оцінку інноваційної організації лікарні шляхом переходу від традиційної

функціональної моделі до організаційної моделі РС. Ми надаємо надійні докази, для середнього MDC, статистично значущого та позитивного ефекту впровадження моделі ПК як на ефективність, так і на ефективність. Зокрема, підвищення ефективності відбувається за рахунок скорочення середньої тривалості перебування, тоді як щодо ефективності наші результати показують зниження частоти повторних госпіталізацій лікарень, які перейшли на організацію РС.

Ці результати узгоджуються з теоретичною основою дослідників, яка припускає підвищення ефективності та результативності медичних закладів з РС і надає гарний приклад кількісної оцінки організаційного втручання з використанням контрфактичного підходу.

### РОЗДІЛ 3.

## ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ УПРОВАДЖЕННЯ КРАЩИХ ПРИКЛАДІВ ОРГАНІЗАЦІЙНО-СТРУКТУРНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ

Розуміння повної організаційної структури в охороні здоров'я гарантує, що працівники лікарні знають свої власні обов'язки, обов'язки тих, хто їх оточує, кому вони звітують і з ким говорити про конкретні обов'язки чи галузі знань.

#### *Організаційна структура закладу охорони здоров'я.*

Лікарні зазвичай мають поєднання ієрархічної та відділеної організаційної структури. Рада директорів незмінно є верхівкою більшості організаційних структур у сфері охорони здоров'я.

#### *Функціональна організаційна структура в охороні здоров'я.*

Лікарні часто розглядалися як функціональні організаційні структури, в яких пацієнтів, які потребують подібної сфери знань, об'єднують у незалежно контрольовані відділення.

#### *Призначення закладу охорони здоров'я.*

Заклади охорони здоров'я - це місця, де надається медична допомога. До них належать лікарні, клініки, центри амбулаторної допомоги та центри спеціалізованої допомоги, такі як пологові центри та центри психіатричної допомоги. Коли ви обираєте медичний заклад, ви можете розглянути: Наскільки близько він до місця вашого проживання чи роботи.

#### *Мета організаційної структури.*

Мета організаційної структури полягає в тому, щоб допомогти організації досягти її цілей і завдань, а працівникам – ефективно та результативно виконувати свою роботу. Організаційна структура розподіляє між працівниками призначені робочі ролі та обов'язки та допомагає керівництву координувати та контролювати діяльність.

#### *4 типи організаційних структур у сфері охорони здоров'я.*



Чотири типи організаційних структур: функціональна, багаторозділова, плоска та матрична.

*Найкраща організаційна структура для лікарні.*

Типова організаційна структура лікарні, як правило, поєднує ієрархічну структуру та структуру підрозділів, оскільки існує ланцюг командування, де деякі рівні знаходяться під іншим рівнем, але працівники організовані у відділи чи відділи, які мають власні завдання.

*Важливість організаційна структура в сестринській справі.*

У сфері охорони здоров'я очевидними організаційними цілями можуть бути безпека та якість медичної допомоги, зниження витрат та підвищення ефективності. Розуміння організаційної структури допомагає медсестрам бути ефективнішими та ефективнішими у своєму робочому житті.

*Тип організаційної структури більшості лікарень.*

Як правило, лікарні мають ієрархічну та підрозділену структуру. Ця структура означає, що персонал різних рівнів — від високого до нижчого — відповідає за інших у своїх відповідних підрозділах.

*Функції організаційної структури.*

Чотири типи організаційних структур: плоска, матрична, дивізійна та згадана раніше функціональна структура. Структури в кінцевому підсумку впливають на стосунки між керівництвом і працівниками, на те, як відбувається спілкування, розподіляють обов'язки та як керівництво контролює компанію.

*Яка найважливіша організаційна структура?*

Ієрархічна структура, також відома як лінійна організація, є найпоширенішим типом організаційної структури. Його підпорядкування – це той, який, швидше за все, спадає на думку, коли ви думаєте про будь-яку компанію: влада переходить від ради директорів до генерального директора через решту компанії зверху вниз.

*Які три цілі організаційної діаграми?*

*Що є прикладом організаційної структури?*

Організаційна схема у формі піраміди, про яку ми згадували раніше, відома як ієрархічна організаційна схема. Це найпоширеніший тип організаційної структури — ланцюжок командування йде зверху (наприклад, генеральний директор або менеджер) вниз (наприклад, працівники початкового та нижчого рівнів), і кожен працівник має керівника.

*Організаційний дизайн охорони здоров'я.*

Формальний організаційний дизайн включає в себе відокремлення того, що організація буде робити сама, а не купувати в інших, розподіл підзавдань і розподіл ролей, вибір або розробку технології, а також встановлення та впровадження політик і процедур.

Дослідники загалом визначають декілька типів організаційних структур.

1. Ієрархічна структура. В ієрархічній організаційній структурі співробітники групуються та призначаються керівники.
2. Функціональна структура.
3. Матрична структура.
4. Плоска структура.
5. Дивізіональна структура.
6. Структура мережі.
7. Лінійна структура.
8. Командна структура.

Організаційна структура національної системи охорони здоров'я – NHS.

NHS насправді складається з кількох організацій, кожна з яких має власну групу найму та список вакансій. Благодійні та соціальні підприємства – організації, які надають допоміжні послуги NHS.

*Мета NHS.*

NHS належить народу. Вона є для того, щоб покращити здоров'я та добробут, допомагаючи підтримувати психічне та фізичне здоров'я, одужувати, коли ми хворіємо, і, коли не можемо повністю одужати, залишатися такими ж здоровими до кінця життя.

*Який тип організації – лікарня.*

Лікарні є корпораціями, тому їх контролюють ради директорів. Некомерційні лікарні мають ради, які часто складаються з впливових представників охорони здоров'я та місцевих громад. Багато лікарень були засновані релігійною групою та зберігають релігійну приналежність [38].

Враховуючи важливість та найбільшу поширеність ієрархічної системи організаційної будови лікарняного закладу ми розглянемо саме цей тип.

Значення ієрархічної системи полягає в тому, що ієрархічна система або організація - це та, в якій люди мають різні ранги або посади, в залежності від того, наскільки вони важливі.

Ієрархічні зв'язки – це ширші та вузчі дочірні поєднання між логічними записами (де кожен запис представляє поняття). Ієрархічний зв'язок є первинною ознакою, яка виводить тезаурус або таксономію з простих контрольованих списків і списків синонімічних кілець. Для більш широкого розуміння ми знайшли декілька синонімів, для високопоставлених, ієрархічних, наприклад: гетерархічний, структурний, ієрархічний, реляційний, детермінований, високий рівень, найвищий рейтинг, верхній рівень, піднесений, великий, високий, підвищений, вищий за посадою чи званням.

Ієрархічна структура відноситься до командного ланцюга компанії, як правило, від вищого керівництва та керівників до загальних працівників. Тобто, ця структура поширюється на організації з одноосібним керівником і потоком підлеглих під ними, що і визначає ієрархічний рівень.

Також відома як порядок або структура влади, ієрархія - це формалізоване або просто неявне розуміння того, хто зверху або що найважливіше. Існує три основних типи організаційної структури: функціональна структура, дивізійна структура і поєднання двох, званих матричною структурою.

Ієрархічна система або організація - це та, в якій люди мають різні ранги або посади, в залежності від того, наскільки вони важливі.

Ієрархічне лідерство можна визначити як «чітко окреслений ланцюжок командування від найнижчого до вищого рівнів всередині організації». Це не

рідкість у великих організаціях, в тому числі і в корпоративному світі, що і визначає ієрархічний стиль керівництва.

*Чотири типи ієрархії:*

- Функціональна структура. У функціональній структурі організації поділяються на спеціалізовані групи з конкретними ролями і обов'язками.
- Дивізійна структура. У дивізійній структурі різні команди працюють поруч один з одним задля однієї спільної мети.
- Плоска структура.
- Матрична структура.

Функціональна організаційна структура — це структура, яка використовується для організації працівників. Вони згруповані на основі їхніх конкретних навичок і знань. Він вертикально структурує кожен відділ із ролями від президента до фінансового відділу та відділу продажів, обслуговування клієнтів і до співробітників, призначених для одного продукту чи послуги. Функціональні організації містять спеціалізовані підрозділи, які підпорядковуються одному органу, який зазвичай називається вищим керівництвом.

Кожен функціональний підрозділ обслуговує один аспект продукту чи послуги, що надається, наприклад:

- інформаційні технології
- маркетинг
- розвиток
- дослідження тощо.

Їх називають «силосами», оскільки вони функціонують незалежно та мають власну вертикальну структуру управління. Працівники кожного функціонального відділу спілкуються один з одним виключно, а потім керівники відділів спілкуються один з одним. Ця структура добре працює в стабільному середовищі, яке має безперервну роботу. Метою функціональної структури є об'єднання всіх інформаційних і людських ресурсів, необхідних

для однієї діяльності, в одному місці. Функціональна організаційна структура допомагає організаціям вести бізнес і отримувати прибуток.

#### Переваги функціональної структури

Коли співробітники зі схожими навичками та досвідом об'єднуються разом, це робить виробництво ефективнішим і якіснішим. Ролі та завдання не сильно змінюються, тому на навчання витрачається мало часу, а підзвітність чітка. Оскільки ієрархія проста, співробітники знають одного керівника, якому вони повинні відповідати, а не кількох людей. Це спрощує спілкування та зменшує плутанину серед співробітників. Співробітники можуть бути впевнені в тому, що вони роблять, оскільки це стандартизовано. Вони, швидше за все, відчуватимуть лояльність до свого відділу та організації в цілому. Це підвищує моральний дух і трудову етику, оскільки підвищується гарантія роботи. Існує чіткий шлях зростання для співробітників, який забезпечує мотивацію, і вони, швидше за все, будуть спілкуватися з людьми у своєму відділі. Функціональна організаційна структура забезпечує ідеальне середовище для навчання нових співробітників (особливо нових випускників коледжів), які навчаються застосуванню теоретичної інформації в реальному житті.

#### Недоліки функціональної організаційної структури

Співробітникам може бути нудно повторювати те саме завдання знову і знову, і з часом вони втрачають ентузіазм. Якщо просування по службі обробляються неналежним чином, працівник може бути знеохочений, якщо колега з нижчими показниками буде підвищений замість нього. Серед керівництва можуть виникнути проблеми, якщо керівники відділів зосереджені лише на своєму відділі та не спілкуються ефективно з іншими відділами. Це може спричинити поганий зв'язок і «розриви», які занадто незалежні один від одного. Якщо співробітники та керівництво лояльні лише до своїх команд, буде брак командної роботи та координації.

Це жорстка структура, де зміни, інновації та гнучкість важко впровадити. Співробітник будь-якого відділу може не мати інформації про всі інші відділи. Менеджери, як правило, приймають рішення без попередньої консультації з

відділом, що може призвести до проблем. Відділ може стати занадто авторитарним і поставити свої цілі вище цілей організації в цілому. З такою кількістю фахівців, залучених до процесу, важко покласти провину за несправність конкретного продукту чи послуги на будь-кого.

Великі організації найкраще підходять для функціональної організаційної структури. Більшим компаніям краще використовувати функціональну організаційну структуру, особливо тим, які виробляють лише кілька видів товарів або послуг. Меншим компаніям ця структура може не знадобитися або вважатиме її занадто обмежувальною. Для проектів, у яких глибина знань важливіша, ніж широта інформації, доречна функціональна організаційна структура. Наприклад, програма фундаментальних досліджень і розробок добре підходить для функціональної організаційної структури, оскільки проект може використовувати досвід відділу [40].

Ієрархія зазвичай візуалізується як піраміда, де висота рейтингу або особи (вершина) зображує їх владний статус, а ширина цього рівня показує, скільки людей або ділових підрозділів знаходиться на цьому рівні щодо цілого - найвищі люди знаходяться на вершині і їх дуже мало.

Ієрархічні системи ранжують категорії зверху вниз. Наприклад, в типовій сімейній системі найбільший авторитет мають батьки, за ними йдуть діти, потім йдуть вихованці.

Ієрархічні системи ранжують категорії зверху вниз. Наприклад, в типовій сімейній системі найбільший авторитет мають батьки, за ними йдуть діти, потім йдуть вихованці. Озирніться навколо себе; Ви можете знайти більше прикладів ієрархії, ніж ви думаєте! Саме людське тіло є ієрархією.

Основна мета ієрархії полягає в тому, що ієрархія допомагає налагодити ефективні шляхи комунікації між співробітниками, відділами і підрозділами компанії. Керівник кожного відділу стає адміністратором відділу, а будь-яка інформація, яка має відношення до відділу, віддається керівнику.

Ієрархія - це градуїрована система або розташування осіб або речей. Зазвичай особи, що знаходяться внизу ієрархії - це ті, хто має найменшу владу.

Кастова система є ієрархічною системою, і даліти (недоторкані) вважаються на найнижчому кінці.

Традиційна ієрархія: це найпоширеніша структура, часто відома як стиль управління «зверху вниз». Більш плоскі організації: засновані на меншій кількості шарів, ніж традиційні ієрархічні компанії.

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Медична галузь — це складна мережа закладів медичного догляду за пацієнтами та сукупність працівників, головною метою яких є догляд за пацієнтами економічно ефективними способами, що сприяють покращенню механізмів управління наданням медичних послуг. З цією метою організаційні структури охорони здоров'я, як правило, зосереджуються на ефективності та нагляді. Хоча багато лікарень можуть відрізнятися за структурою — особливо між великими та малими організаціями або тими, хто має комерційну чи некомерційну місію — більшість дотримується прийнятих моделей ієрархії, добре встановлених у сфері бізнесу. Ми прийшли до висновку, що медична галузь в цілому, повинна застосовувати інноваційні інструменти публічного менеджменту, більшість яких має бути запозичена з корпоративної культури управління бізнесовими структурами, які орієнтовані на досягнення високих соціально-економічних ефектів. Побудова в Україні моделі пацієнтоорієнтованої клініки, дасть можливість покращити інституційне забезпечення менеджменту в системі охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

В дослідженні зроблено висновок, що функціональна та організаційна структура медичних установ має бути трансформована в напрямку корпоративної управлінської культури, що підтримує ефективну організацію у веденні свого бізнесу і отриманні прибутку шляхом групування співробітників на основі їхніх навичок і досвіду. Це забезпечує чітку ієрархію та мінімізує витрати пов'язані з кадровим забезпеченням, покращує взаємодію між співробітниками, які можуть не знати, кому вони мають звітувати. Це ефективний спосіб ведення бізнесу, але він може мати вади, бо може стати причиною відсутності спілкування між відділами та відсутність ентузіазму працівників.

Незважаючи на те, що організаційні зміни в бік формування моделі пацієнтоорієнтованої клініки можуть бути дорогим процесом, який передбачає перерозподіл та балансування обов'язків і повноважень між персоналом лікарні, наші результати свідчать про те, що перехід до моделі ПК може бути корисним як з точки зору ефективності, так і якості надання медичних послуг. Ці докази можуть бути використані для інформування та підтримки керівників лікарень і політиків у їхніх зусиллях щодо проектування лікарні та для інформування про переваги інновацій у лікарняних організаціях, серед персоналу та під час громадських дебатів.

Допомога, орієнтована на пацієнта, широко підтримана багатьма найвпливовішими постачальниками послуг, політиками, регуляторними органами, дослідницькими організаціями та спонсорами. Це зміцнило підхід, орієнтований на пацієнта, не лише як спосіб створення більш привабливого досвіду для пацієнтів, але й як фундаментальну практику для надання меддопомоги високої якості, що безпосередньо впливає на організаційні моделі та процеси лікарні.



Описані нами результати дослідження є першими відомими кількісними оцінками такого важливого і такого, що часто зустрічається організаційного середовища в лікарнях.

Дослідникам вдалося оцінити моделі різниць у відмінностях, які підтверджують деякі теоретичні твердження моделі РС в цілому. Зокрема, схоже, що модель РС впливає на ефективність, яка є важливим виміром якості медичних послуг. Рівень повторних госпіталізацій у стаціонарах РС дещо зменшується, менше ніж на 1%, без істотного впливу на рівень смертності пацієнтів. Найсильніший вплив виявлено у змінній ефективності, яка вимірює тривалість госпіталізації. Ці результати відповідають теоретичній основі, викладеній у підрозділі «Емпірична модель», яка передбачає підвищення ефективності та результативності лікарень з РС. Зокрема, підвищення ефективності відбувається за рахунок скорочення тривалості госпіталізації. Що стосується ефективності, то результати, що демонструють скорочення число регоспіталізацій, свідчать про підвищення рівня ефективності лікарень, які перейшли на організацію РС. Відсутність статистичної значущості показників смертності свідчить про те, що це організаційне нововведення навряд чи матиме якийсь вплив на такий результат.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Pencheon D. Developing a sustainable health and care system: lessons for research and policy. *J Health Serv Res Policy*. 2013;18(4):193–4. doi: 10.1177/1355819613503633. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 30.12.2022).
2. Mohrman SA, Kanter M. Designing for health: learning from Kaiser Permanente. In: Mohrman SA, Kanter M, Shany ABR, editors. *Organizing for Sustainable Healthcare*. London: Emerald; 2012. [Google Scholar] (дата звернення: 20.12.2022).
3. Burnham JC. *Health Care in America: A History*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2015. [Google Scholar] (дата звернення: 19.12.2022).
4. Gorli M, Galuppo L, Liberati EG. Hospital innovations in the light of patient engagement. Insights from the organizational field. In: Graffigna G, Barello S, Triberti S, editors. *Patient engagement: a consumer-centered model to innovate healthcare*. Warsaw: Gruyter Open; 2015. [Google Scholar] (дата звернення: 13.12.2022).
5. Hernandez SE, Conrad DA, Marcus-Smith MS, Reed P, Watts C. Patient-centered innovation in health care organizations: A conceptual framework and case study application. *Health Care Manage Rev*. 2013;38(2):166–75. doi: 10.1097/HMR.0b013e31825e718a. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 14.12.2022).
6. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2013;70(4):351–79. doi: 10.1177/1077558712465774. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 16.12.2022).
7. Berwick DM. What patient-centered should mean: Confessions of an extremist. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(4):555–65. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w555. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 14.12.2022).

8. Gorli M, Galuppo L, Liberati E, Scaratti G. The patient centered organizational model in italian hospitals: Practical challenges for patient engagement. *Healthc Ethics Train Concepts Methodologies Tools Appl.* 2017;1:290–308. doi: 10.4018/978-1-5225-2237-9.ch012. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 30.12.2022).

9. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-centered Care.* San Francisco, California: Jossey-Bass; 1993. [Google Scholar] (дата звернення: 30.12.2022).

10. Lega F, DePietro C. Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health Policy.* 2005;74(3):261–81. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.01.010. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 14.12.2022).

11. Vera A, Kuntz L. Processe-based organization disegn and hospital efficiency. *Health Care Manage Rev.* 2007;32(1):55–65. doi: 10.1097/00004010-200701000-00008. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 30.12.2022).

12. Villa S, Barbieri M, Lega F. Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases. *Health Care Manag Sci.* 2009;12(2):155–65. doi: 10.1007/s10729-008-9091-6. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 12.12.2022).

13. Cicchetti A. *L'organizzazione Dell'ospedale. Fra Tradizione e Strategie per Il Futuro.* Milano: Vita e pensiero; 2002. [Google Scholar] (дата звернення: 25.12.2022).

14. Gesler W, Bell M, Curtis S, Hubbard P, Francis S. Therapy by design: evaluating the uk hospital building program. *Health Place.* 2004;10(2):117–28. doi: 10.1016/S1353-8292(03)00052-2. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 28.12.2022).

15. Sikka V, Luke RD, Ozcan YA. The efficiency of hospital-based clusters: Evaluating system performance using data envelopment analysis. *Health Care*

Manage Rev. 2009;43(3):251–61. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181a16ba7. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 31.12.2022).

16. Salge TO, Vera A. Hospital innovativeness and organizational performance: Evidence from english public acute care. Health Care Manage Rev. 2009;34(1):54–67. doi: 10.1097/01.HMR.0000342978.84307.80. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 27.12.2022).

17. Gorli M, Kaneklin C, Scaratti G. A multi-method approach for looking inside healthcare practices. Qual Res Organ Manag. 2012;7(3):290–307. doi: 10.1108/17465641211279761. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 30.12.2022).

18. Walston S, Kimberley J. Re-engineering hospitals: experience and analysis from the field. Hosp Health Serv Adm. 1997;42:143–63. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 14.12.2022).

19. Shetty KD, DeLeire T, White C, Bhattacharya J. Changes in U.S. hospitalization and mortality rates following smoking bans. J Policy Anal Manage. 2011;30(1):6–28. doi: 10.1002/pam.20548. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 13.12.2022).

20. Vos L, Chalmers S, Duckers M, Groenewegen P, Wagner C, van Merode G. Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review. Implement Sci. 2011; 6(1):8. 10.1186/1748-5908-6-8. [PMC free article] [PubMed] (дата звернення: 24.12.2022).

21. Waring JJ, Bishop S. Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. Soc Sci Med. 2010;71(7):1332–40. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.028. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 24.12.2022).

22. Hurst K. Progress with Patient Focused Care in the United Kingdom. Leeds: NHS Executive; 1995. [Google Scholar] (дата звернення: 27.12.2022).

23. Bainton D. Building blocks. Health Serv J. 1995;105(23):25–7. [Google Scholar] (дата звернення: 28.12.2022).

24. Coulson-Thomas C. Re-engineering hospitals and health care processes. *Br J Health Care Manag.* 1996;**2**(6):338–42. [Google Scholar] (дата звернення: 14.12.2022).
25. Brodersen J, Thorwid J. Enabling sustainable change for healthcare in stockholm. *Br J Healthcare Comput Inf Manag.* 1997;**14**(4):23–6. [Google Scholar]
26. Lega F. Lights and shades in the managerialization of the italian national health service. *Health Serv Manage Res.* 2008;**21**:248–61. doi: 10.1258/hsmr.2008.008007. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 26.12.2022).
27. Edwards N, McKee M. The future role of the hospital. *J Health Serv Res Policy.* 2002;**7**(1):1–2. doi: 10.1258/1355819021927566. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 30.12.2022).
28. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS ONE.* 2014;**9**(9). [PMC free article] [PubMed] (дата звернення: 29.12.2022).
29. Drupsteen J, Der VTV, Donk DPV. Integrative practices in hospitals and their impact on patient flow. *Int J Oper Prod Manag.* 2013;**7**(33):912–33. doi: 10.1108/IJOPM-12-2011-0487. [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 15.12.2022).
30. Radnor Z, Holweg M, Waring J. Lean in healthcare: The unfilled promise? *Soc Sci Med.* 2012;**74**(3):364–71. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.011. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 23.12.2022).
31. Liberati EG, Gorli M, Moja L, Galuppo L, Ripamonti S, Scaratti G. Exploring the practice of patient centered care: The role of ethnography and reflexivity. *Soc Sci Med.* 2015;**133**:45–52. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.03.050. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 25.12.2022).
32. Consulting A. *Patient Centred Care: Reinventing the Hospital.* New York: Andersen Consulting; 1992. [Google Scholar] (дата звернення: 30.12.2022).
33. Glanville R. Architecture and design. In: Schutysen K, Edwards B, editors. *Hospital Healthcare Europe, 1998–1999. The Official HOPE Reference*

Book. Brussels: Campden Publisher; 1998. [Google Scholar] (дата звернення: 12.12.2022).

34. Senn S, Graf E, Caputo A. Stratification for the propensity score compared with linear regression techniques to assess the effect of treatment or exposure. *Stat Med*. 2007; 26(30):5529–44. 10.1002/sim.3133. [PubMed] (дата звернення: 14.12.2022).

35. Evaluating organizational change in health care: the patient-centered hospital model. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806258/> (дата звернення: 17.12.2022).

36. Charmel P, Frampton SB. Building the business case for patient-centered care. *Healthc Financ Manag*. 2008;62(3):80–5. [PubMed] [Google Scholar] (дата звернення: 30.12.2022).

37. Chatterji P, Decker SL, Markowitz S. The effects of mandated health insurance benefits for autism on out-of-pocket costs and access to treatment. *J Policy Anal Manage*. 2015;34(2):328–53. doi: 10.1002/pam.21814. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 18.12.2022).

38. What is the purpose for an organizational structure in a healthcare facility?  
URL: <https://angolatransparency.blog/en/what-is-the-purpose-for-an-organizational-structure-in-a-healthcare-facility/> (дата звернення: 30.12.2022).

39. Верховна Рада України ухвалила законопроект №6306 щодо удосконалення надання медичної допомоги в першому читанні. URL: <https://chamber.ua/ua/success-stories/verkhovna-rada-ukrainy-ukhvalyla-zakonoprojekt-6306-shchodo-udoskonalennia-nadannia-medychnoi-dopomohy-v-pershomu-chytanni/> (дата звернення: 28.12.2022).

40. What Are the Typical Organizational Structures in Healthcare?

URL: <https://www.smartcapitalmind.com/what-are-the-typical-organizational-structures-in-healthcare.htm> (дата звернення: 29.12.2022).