

Літвак Аким Ізраїлович

*доцент кафедри філософських та соціально-політичних наук
ОРИДУ НАДУ при Президентові України, к.мед.н.*

**РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ УПРАВЛІННЯ
ЦЕНТРОМ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
ЗА МОДЕЛЛЮ АДІЗЕСА**

Запропоновано систему критеріїв, модель розрахунків показників, шкалу оцінки діяльності Центру первинної медико-санітарної допомоги. Проведено випробування запропонованої системи для виміру і оцінки реально діючого центру, що продемонструвало інформативність, об'єктивність і багатосторонній підхід запропонованої моделі.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, заклади первинної медико-санітарної допомоги, Іщхак Адізес – «РАЕІ».

Akim Litvak

*associate Professor Department of philosophical and socio-political Sciences
of ORIPA NAPA under the President of Ukraine,
candidate of medical Sciences*

**THE EFFECTIVENESS OF PRIMARY HEALTH CARE CENTER
MANAGEMENT ON THE MODEL OF ADIZES**

Primary health care ensures the availability of medical care for most citizens, has its structural and organizational features that distinguish it from other forms of medical care, it is the gateway for people into the healthcare system for the entire population. To optimize the controllability of the primary care, the use of the financial resources allocated to primary care, the financial sustainability of primary health care facilities is planned the establishment of primary health care. The efficiency of national health systems depends on the important components of the entire system, particularly primary health care.

The relevance of the internal evolution of the health system and methods of regulation of its activity correspond to control laws and social development, the study of which becomes the task of modern science. Responsible for the overall functioning of the health system in the country lies with the government, but a reasonable guide in districts, cities and individual health institutions is also very important. In addition,

the new European health policy – Health 2020» proclaims the necessity of orientation of the health system in the interests of man and the creation of alliances with actors outside the health sector. In these conditions the continuous assessment of health systems is a function that the government should strengthen to guide the health sector by improving the performance of its activities. This makes our research relevant. The aim of our study was to create and use models of assessment management center primary health care (CPHC) on the system of criteria and indicators that correspond to the system of management Ichak Adizes – «PAEI». The **object** of research is the CPHC. The study focused on the characteristics of the organization of primary health care. When processing of the received material the study used the following research methods: expert, analytical, regulatory, management by objectives and statistical methods: summary statistics, calculating mean values of the relative coefficients and integral index of performance and assessment.

The study showed that the General formula for assessing governance in a particular organization on the model of Adizes and our scale looks like this: «**pa-i**» versus required «**PAEI**». And if you have 0 of the function «E» that is responsible for ensuring the growth potential of the organization, the vision of development prospects, such management can be considered wrong. This organization focused only on short-term objectives and immediate results, making it low quality, and reduce the specific ability of the organization to others.

The integrated assessment indicates a low level of management in primary health care in rural areas, although not enough what is being done with good results. This situation should pay attention to how the administration of the Centre on weaknesses link and begin to correct the situation, and the guidance of local authorities in accordance with their legal responsibility for the state of Affairs in the local health system and, primarily regarding the logistics of the medical institution.

The proposed system measure the effectiveness of management activities on models of the outcomes, and integrated assessment in various areas of management activities management model for Adizes demonstrated informative, objectivity and the need to measure activities, not assessments made by eyes, which significantly changes the assessment and allows you to focus on the most acute problems of governance.

Key words: assessment management center primary health care (CPHC), system of management Ichak Adizes – «PAEI».

Литвак Аким Израилевич
доцент кафедри філософських і соціально-політичних наук
ОРИГУ НАГУ при Президенті України, к.мед.н.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ ЦЕНТРОМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО МОДЕЛИ Адизеса

Предложена система критериев, модель расчетов показателей, шкала оценки деятельности Центра первичной медико-санитарной помощи. Проведены апробация предложенной системы для измерения и оценки реально действующего центра, что продемонстрировало информативность, объективность и многосторонний подход предложенной модели.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, учреждения первичной медико-санитарной помощи, Ицхак Адизес – «РАЕИ».

Постановка проблеми. Первинна медико-санітарна допомога забезпечує доступність медичної допомоги для більшості громадян, має свої структурні й організаційні особливості, що відрізняють її від інших форм медичної допомоги, вона є вхідними воротами в систему охорони здоров'я для всього населення. З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД планується створення центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу центрів – закладів з правами юридичної особи – входять амбулаторії ЗП/СМ та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб [2]. В. Новіков і К. Никонюк вважають, що для реалізації соціальної функції охорони здоров'я необхідно вирішити питання використання переваг факторів, які впливають на передчасну смертність. Це значною мірою залежить від ефективності національної системи охорони здоров'я та її важливих складових, зокрема, первинної медико-санітарної допомоги [4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичною основою дослідження стали праці вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячені вивченню особливостей розвитку систем охорони здоров'я економічно розвинених країн світу. Дослідженням державного впливу і управління системою охорони здоров'я займалося чимало дослідників: М.М. Білинська, Ю.В. Вороненко, З.С. Гладун, Д. В. Карамішев, В. М. Лехан, В. Ф. Москаленко, З. Й. Надюк, С. В. Козуліна, Я.Ф. Радиш, Т. Д. Чеканова та інші.

Актуальність. Внутрішня еволюція самої системи охорони здоров'я й методи регулювання її життєдіяльності відповідають законам управління і суспільного розвитку, вивчення яких стає завданням сучасної науки. Відповідальність за загальне функціонування системи охорони здоров'я в країні лежить на уряді, але розумне керівництво в районах, містах і окремих медичних установах також дуже важливе. Підписавши в 2008 р. Талліннську хартію «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту», 53 держави-члени Європейського регіону ВООЗ взяли на себе зобов'язання підвищувати прозорість і підзвітність своїх систем охорони здоров'я. Крім того, в новій європейській політиці охорони здоров'я – «Здоров'я-2020» проголошується необхідність орієнтації системи охорони здоров'я на інтереси людини і створення союзів з діючими суб'єктами, що не входять в сектор охорони здоров'я. У цих умовах безперервна оцінка систем охорони здоров'я являє собою функцію, яку органи державного управління повинні посилити, щоб направити сектор охорони здоров'я шляхом поліпшення показників своєї діяльності [5]. Це робить наше дослідження актуальним.

Метою нашого дослідження було створення і використання моделі оцінки управління центром первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) за системою критеріїв і показників, які відповідають системі управління Іцхака Адізеса – «РАЕІ». І. Адізес вважає, що менеджмент повинен виконувати чотири основні ролі: виробник результатів (Р), адміністратор (А), підприємець (Е) і інтегратор (І) [1]. Саме гармонійне поєднання всіх чотирьох ролей є запорукою успішного управління і розвитку організації на всіх етапах її існування. Проте одна людина, як би вона цього не прагнула, не може виконувати все чотири ролі одночасно і поєднати в одній конкретній особі певного керівника. Якщо ці ролі буде намагатися виконати керівник одноосібно, то результатом неминуче стануть управлінські помилки. Менеджер може досить успішно поєднувати кілька ролей, але не всі чотири одночасно. Різниця між «правильним» і «неправильним» менеджером полягає в тому, що, якщо перший володіє всіма ролями на мінімально необхідному рівні, хоча може блискуче справлятися з однією з них, то другий не здатний виконувати деякі ролі зовсім. А коли якийсь один управлінський стиль повністю витісняє всі решту, виходить «абсолютно неправильний» менеджер.

Об'єктом дослідження виступає ЦПМСД. **Предметом** дослідження стали характеристика управління організації первинної лінії медичної допомоги.

Слідуючи за логікою І. Адізеса в питаннях оцінки і порівняння характеристик управління організацією, ми, за обраними нами критеріями, порівнювали їх показники із середніми показниками по області – де це можливо, або з прийнятими нормами. Якщо отриманий середній коефіцієнт, що

характеризує окремий напрямок діяльності (блок), був менше 80% від модельного результату, ми позначали цю функцію управління як нульову, а у загальній формулі прочерком - «-», вважаючи, що управлінська діяльність, як система впливу суб'єкта на об'єкт, відсутня. Якщо показник коливався 80 – 98%, цей результат управлінської діяльності ми позначали маленькою рядковою літерою, наприклад «а», чи іншою літерою відповідно, вважаючи, що певні дії відбуваються, але результат досягається недостатній. При отриманні коефіцієнта порівняння 98-100% і більше, ми позначали управлінські досягнення великою заголовною літерою, наприклад «А», чи іншими відповідно, що свідчило про ефективність управління і досягнення модельного результату. Здоровою організацією вважається та, яка виконує в повному обсязі всі управлінські завдання і функції. За Адісесом така організація позначається кодом – «РАЕІ».

Професіональний індекс при оцінці атестації персоналу розраховувався за методикою, запропонованою А. Літваком [3]. Ця методика передбачає присвоєння певній категорії бальної ваги: вища – 1,0 бал, перша – 2,0 бали, друга – 3 бали, без категорії – 4 бали. Кількість осіб за окремою категорією множили на бальну вагу і визначались із загальним числом балів за окремою категорією. Потім визначається загальна сума за всіма категоріями у балах, що характеризує організацію. Сума балів для організації ділиться на кількість персоналу лікарського, або середнього – і визначається середній бал – коефіцієнт професіоналізму, який може коливатися від 1,0 до 4,0. Чим він ближче до одиниці, тим краще його значення, чим він ближче до четвірки, тим гірший показник. Коефіцієнт плинності персоналу вираховувався як число звільнених протягом року, помножене на 100 і поділене на середню річну чисельність персоналу.

Для розрахунку загальноновизнаних показників нами були використані відомі формули і статистичні дані про здоров'я населення і роботу ЦПМСД, що підлягають обов'язковому обліку і були зафіксовані у затверджених формах звітності №№ 12, 17, 20, 21 за 2014 рік. Для порівняння і оцінки результативності роботи ЦПМСД були використані аналогічні середні показники по Одеській області. Порівняння двох показників, що мають вимір місцевого і обласного здійснювалось шляхом вирахування відповідного коефіцієнту. Усі використані показники за змістом були розділені на відповідні групи – блоки. Вирахування середніх коефіцієнтів проводилось за кожним логічним блоком групи показників.

Назва індексу відбиває його зміст, а числове значення – ступінь відхилення. Для показників, що мають позитивну оцінку при їх зростанні, наприклад, оберт ліжка, або частка атестованого персоналу, вираховують

рейтинговий коефіцієнт між фактичним і базовим показником за формулою № 1, а для показників що позитивно оцінюються при зменшенні показника, наприклад, лікарняна летальність, або середній термін перебування хворого на ліжку, частка хворих серед населення на інфекційні захворювання, за формулою № 2. Отриманий рейтинговий коефіцієнт свідчить про міру наближення фактичного показника до еталону, або перевищення його за означеним критерієм.

$(1) \quad K_I = \frac{a_\phi}{a_\sigma}$ $(2) \quad K_I = \frac{a_\sigma}{a_\phi}$	<p>K_I – стандартизований коефіцієнт.</p> <p>a_ϕ - фактичне значення показника.</p> <p>a_σ - еталонний базовий показник.</p>
$(3) \quad R_i = \frac{(K_1 - 1) * k_{b1} + (K_2 - 1) * k_{b2} + \dots + (K_n - 1) * k_{bn}}{n}$	<p>R_i - середнє арифметичне суми відхилень₁; K_2- стандартизовані коефіцієнти за критеріями. N- число використаних критеріїв.</p> <p>$K_{b1}; k_{b2}$ вагові коефіцієнти.</p>

При процесному підході, що притаманний блокам «Е» та «І», те що не можна виміряти, але можливо засвідчити наявність чи відсутність. Якщо є дані, свідчення, що процес відбувається в повному обсязі, тоді ставиться одиниця «1», якщо не відбуваються процесні дії ніяк, тоді ставиться нуль «0». В окремих випадках, коли можна пред'явити хоч якусь роботу, хоча і не закінчену, можна ставити 0,5 балів.

При обробці отриманого матеріалу дослідження використовувалися наступні методи дослідження: експертний, аналітичний, нормативний, програмно-цільовий, а також статистичні методи: зведення статистичних даних, обчислення середніх величин, відносних коефіцієнтів та інтегрального показника роботи і оцінки.

Для порівняння і аналізу моделями кінцевого результату ЦПМСД за результатами діяльності в регіоні у 2014 році нами було обрано за моделлю «РАЕІ» середні показники по Одеській області, що реєструються у вітчизняній системі охорони здоров'я за обраними нами ж критеріями (таб. 1.).

Хоча слід зазначити, що модельними показниками також можуть виступати і середні або кращі показники країни чи континенту. Їх слід

розглядати як стадії розвитку і поступового зростання і удосконалення організації і її співробітників, які, досягнувши певного рубежа, беруть новий – більш високий.

Таблиця 1.

Моделі кінцевих результатів до ЦПМСД, 2014 рік

Код	Назва критерію	Пока-к ЦПМС Д	Пока-к області
P1.1.	Туб занедбаність, %	38,9	32,1
P1.2.	Захворюваність на туберкульоз на 100 тис. мешканців	116,9	98,2
P1.3.	Онкозанедбаність, %	14,6	13,9
P1.4.	Число абортів на 100 вагітностей	39,9	17,4
P1.5.	Малюкова смертність на 1000 новонароджених	3,42	7,0
P1.6.	Загальна смертність на 1000 жителів	16,4	14,3
P1.7.	Смертність онкохворих на 100 тис. нас.	153,3	166,7
P1.8.	Частка вакцинованих осіб, %.	69,0	68,0
P1.9.	Охоплення туб скринінгом на 1000 нас.	312	289
P1.11	Частка жінок, охоплених профоглядами, %	43,0	62,0
P1.12	Стоматологічна санація, %	86,3	81,9
P1.13	Частка онкохворих, що прожили до року після встановлення діагнозу, %	28,6	30,2
P1.19	Число скарг на 10 000 населення	10,75	0
P1.20	Співвідношення первинної і загальної захворюваності	0,4	0,37
A2.1.	Адміністративні регламенти, %	+	+
A2.2.	Протоколи лікувально-діагностичні, %	+	+
A.2.3.	Моделі кінцевих результатів їх виконання	+	+
A2.4.	Моніторинг і проміжний аналіз результатів	+	+
A2.5.	Додержання Стандартів акредитації, %	-	100
A2.6.	Число відвідувань на одного жителя в області	x	9,0
A2,7.	Число відвідувань на жителя у первинній ланці м. д.	3,0	x
A2.8.	Коефіцієнтспіввідношення показника 2.7. до 2.6.	0,33	0,5
A2.15	Число відвідувань на одне зареєстроване захворювання	1,93	4,8

Продовження таблиці 1

A2.16	Функція лікарської посади	5383	7000
E.3.1.	Частка коштовності обладнання, що було придбано за останні 5 і 10 років в усьому об'ємі, %.	0	5,0
E.3.2.	Впровадження нових лікувально-діагностичних і організаційних методик	+	+
E.3.3.	Наявність плану інноваційної діяльності	+	+
E.3.4.	Частка залучених позабюджетних коштів, %.	5,9	30
E.3.5.	Професіоналізм адміністративного персоналу, бали	4,0	2,6
E.3.6.	Професіоналізм лікарів, бали, відсоток атестованих	2,84	2,5
E.3.7.	Професіоналізм середнього медичного персоналу, бали, відсоток атестованих	1,77	2,8
E.3.8.	Наявність лідируючої позиції у показниках	+	+
E.3.9.	Школи здоров'я для хворих (астма, АГ, ІХС, діабет), %.	32	43
I.4.1.	Текучість кадрів, %	15,5	10
I.4.2.	Скарги співробітників	0	0
I.4.3.	Співвідношення заохочень і стягнень	15 : 0	N : 0
I.4.4.	Число заохочень на 100 працюючих	3,53	5,0
I.4.5.	Тимчасова непрацездатність персоналу:		
1.4.5.1	- число випадків на 100 працюючих у динаміці	12,3	50,0
1.4.5.2	-число днів на 100 працюючих у динаміці	114,7	500,0
I.4.6.	Розгляд конфліктів із співробітниками у суді	0	0
I.4.7.	Система мотивування персоналу	+	+

Виклад основного матеріалу. Для аналізу і оцінки управління ЦПСМД ми отримали у блоці «Р» – 14 критеріїв, у блоці «А» – 7, у блоці «Е» – 8, у блоці «І» – 8 критеріїв. А всього реальних 37 критеріїв моделей кінцевих результатів, за якими можна оцінити управління і результати діяльності ЦПСМД, порівнявши їх із аналогічними, що можуть бути в області, або в країні, чи у світі. Таким чином, надійним інструментом виміру діяльності системи управління стала рейтингова оцінка діяльності, яку слід запровадити регулярно.

Перший блок показників «Р», пов'язаний із досягненням медичним персоналом результатів своєї діяльності, що можуть задовольнити споживача. Цей блок містить 14 критеріїв (таб. 2.).

Таблиця 2.

Досягнення МКР ЦПСМД у 2014 році (блок № 1 «Р»)

Критерій	Модел ь	Факт	Коефіц ієнт	К – 1,0
Туб занедбаність, %	32,1	38,9	0,825	-0,175
Захворюваність на туберкульоз на 100 тис. мешканців	98,2	116,9	0,840	-0,160
Онкозанедбаність, %	13,9	14,6	0,952	-0,048
Число абортів на 100 вагітностей	17,4	39,9	0,436	-0,564
Малюкова смертність на 1000 новонароджених	7,0	3,42	2,047	1,047
Загальна смертність на 1000 жителів	14,3	16,4	0,872	-0,128
Смертність онкохворих на 100 тис. нас.	166,7	153,3	1,087	0,087
Частка вакцинованих осіб, %.	68,0	69,0	1,015	0,015
Охоплення туб скринінгом на 1000 нас.	289	312	1,080	0,080
Частка жінок, охоплених профоглядами, %	62,0	43,0	0,694	-0,306
Стоматологічна санація, %	81,9	86,3	1,054	0,054
Частка онкохворих, що прожили до року після встановлення діагнозу, %	30,2	28,6	0,947	-0,053
Число скарг на 10 000 населення	0	10,75	0	-1,0
Співвідношення первинної і загальної захворюваності	0,37	0,40	0,925	-0,075
Сума коефіцієнтів				- 2,51+1,28 3 = -1,227
Середній коефіцієнт				М ср.= – 0,088

Серед критеріїв цього блоку слід відзначити *групу показників, які є кращими за середні показники в області, до якої увійшли п'ять критеріїв:*

- Малюкова смертність на 1000 новонароджених
- Смертність онкохворих на 100 тис. нас.
- Охоплення туб скринінгом на 1000 нас.
- Частка вакцинованих осіб, %.

•Стоматологічна санація, %

Серед зазначених показників не всі відповідають сучасним досягненням науки і практики – і деякі «бажають» набагато кращого рівня (охоплення вакцинацією), але всі вони кращі за середні показники Одеської області у 2014 році. Ці кращі показники роботи, які перевищують середні показники всієї області, свідчать про відповідальну, цілеспрямовану і наполегливу роботу як персоналу, так і адміністрації медичного закладу – і безумовно заслуговують на позитивне відзначення.

До другої групи в цьому окремому блоці «Р» увійшли інші критерії, показники яких гірші за середні показники в області, загальне число яких – 8 показників. Серед цієї групи показників звертають на себе особливу увагу два показники за критеріями: число абортів на 100 вагітностей і частка жінок, охоплених профоглядами (коефіцієнт досягнення результату 0,436 і 0,694

відповідно). Вони суттєво відрізняються від відповідних середніх даних по області й свідчать про відсутність організаційної управлінської складової у такій необхідній профілактичній роботі з жінками по забезпеченню репродуктивного потенціалу населення і здоров'я жінок. Більше уваги адміністрації і лікарів потребують проблеми боротьби з туберкульозом, своєчасного виявлення цього небезпечного захворювання у людей. Це потребує спеціальних заходів зі стабілізації ситуації і пильної уваги керівництва до цих питань, включаючи і органи місцевого самоврядування і державного управління на місцях. Адже країна знаходиться у демографічній кризі, що пов'язано з перевищенням числа померлих людей над числом людей, що народились, і постійним природним зменшенням числа населення на території.

Середній інтегральний коефіцієнт досягнення модельного результату за цим блоком «Р» складає (-) 0,088, що визначає гірший результат у порівнянні із середнім обласним показником на 8,8%.

Другий блок показників «А» пов'язаний із адміністративною організаційною діяльністю керівництва організації. Блок включає 7 реальних оцінювальних критеріїв, а не 10 критеріїв, тому що в блоці показник акредитації лікувального закладу відсутній, оскільки після утворення закладу не пройшов необхідний для акредитації термін. А два критерії є інформаційними для виміру третього. Більшість критеріїв блоку «А» оцінюються, головним чином, не за виміром, а за наявністю певних адміністративних дій і наявності відповідних регламентів, на альтернативній основі «так» чи «ні». Коли доказів діяльності немає тоді, «ні» і ставиться нуль, якщо докази є – «так», і зараховується одиниця (таб. 3.).

І хоча начебто всі адміністративні дії прописані у регламентах і отримали високі оцінки, але індикатори результативності адміністративних дій, закладені

як моделі результату в цьому блоці, свідчать про їх недостатність. Серед індикаторів недостатньої адміністративної роботи опинилися: коефіцієнт співвідношення відвідувань у первинній ланці медичної допомоги і всіх відвідувань на одного мешканця; кількість відвідувань на одно зареєстроване захворювання; функція лікарської посади.

За твердженнями експертів, 80 % потреб людини в медичній допомозі може бути задоволено у первинній ланці. Всього кожен житель до всіх спеціалістів на всіх рівнях медичної допомоги робить в країні дев'ять візитів, а серед цієї кількості тільки два у первинній ланці району. І це незадовільно, бо реальна практика не відповідає науковим спостереженням і твердженням поки що. І над цим необхідно працювати.

Кількість відвідувань на одне зареєстроване захворювання теж недостатня. А два рази ходити до лікаря можна лише при гострих респіраторних захворюваннях, але є ще хронічні захворювання, які потребують більшого числа візитів до лікаря і спілкування із ним. І це теж повинно потрапити до фокусу уваги управлінського персоналу. Такий стан речей, мабуть, пов'язаний з тим, що пацієнти продовжують відвідувати центральну районну лікарню і спеціалістів, які в ній працюють.

Таким чином, недостатня адміністративна активність порівняно із середніми показниками по області вимірюється не доопрацюванням майже на 14%, що в півтори рази більше, ніж у попередньому блоці «Р».

Таблиця 3.

Досягнення МКР ЦПСМД у 2014 році (блок № 2 «А»)

Критерій	Модель	Факт	Коефіцієнт	К – 1,0
Адміністративні регламенти, %	100	+	1,0	0
Протоколи лікувально-діагностичні, %	100	+	1,0	0
Наявність моделі кінцевих результатів, їх виконання	+	+	1,0	0
Моніторинг і проміжний аналіз результатів	+	+	1,0	0
Число відвідувань на одного жителя в області.	9,0		X	X
Число відвідувань на жителя у первинній ланці м. д.		3,0	X	X

Продовження таблиці 3

Коефіцієнт співвідношення показника 2.7. до 2.6.	0,5	0,33	0,66	-0,34
Число відвідувань на одне зареєстроване захворювання	4,8	1,93	0,40	-0,40
Функція лікарської посади	7000	5383	0,769	-0,231
Сума коефіцієнтів				-971 + 0
Середній коефіцієнт				М ср. = - 0,139

Третій блок показників «Е» пов'язаний із баченням перспектив і намаганням забезпечити їх досягнення, блок пов'язаний із забезпеченням зростання потенціалу організації, збільшення конкурентної спроможності. Виконання завдань цього блоку може забезпечити постійний попит на послуги медичної організації, постійне звернення пацієнтів до медичного закладу, що забезпечить здоров'я населення і своєчасне надання медичної допомоги і проведення профілактичних заходів. Блок включає 8 критеріїв, які у своїй більшості є вимірними (таб. 4.).

Бюджетні кошти обмежені і їх, як правило, вистачає тільки на зарплату персоналу і ще на декілька захищених статей бюджету. Коефіцієнт залучення позабюджетних коштів є дуже малим, але це безпосередня відповідальність адміністративного апарату організації. Як наслідок, нічого із нового обладнання і апаратури не придбано після заснування організації, а використовується лише те обладнання, яке було передано попереднім власником.

Таблиця 4.

Досягнення МКР ЦПСМД у 2014 році (блок № 3 «Е»)

Критерій	Модель	Факт	Коефіцієнт	К – 1,0
Частка коштовності обладнання, що було придбано за останні 5 і 10 років в усьому об'ємі, %.	5,0	0	0	-1,0
Наявність плану інноваційної діяльності	+	+	1,0	0
Частка залучених позабюджетних коштів, %.	30	5,9	0,197	-0,803

Продовження таблиці 4

Професіоналізм адміністративного персоналу, бали	2,6	4,0	0,65	-0,35
Професіоналізм лікарів, бали	2,5	2,84	0,880	-0,12
Професіоналізм середнього медичного персоналу, бали	2,8	1,77	1,58	+0,58
Наявність лідируючої позиції у показниках	+	+	1,0	0
Залучення хворих до школи здоров'я (астма, гіпертонія, іхс, діабет), %.	43	32	0,744	-0,256
Сума коефіцієнтів				0,58- 2,529 = - 1,945
Середній коефіцієнт				М ср. = - 0,244

Навчання самостереженню і саморегулюванню хворих хронічними захворюваннями, яке могло б зменшити навантаження на систему охорону здоров'я завдяки саморегулюванню свого стану хворим, недостатнє і потребує поліпшення і удосконалення, залучення більшої кількості хворих.

Професіоналізм адміністративного персоналу мінімальний, адже всі посадовці лише призначені на адміністративні посади і набувають досвіду, а до того працювали практикуючими лікарями. Професіоналізм лікарів недостатній і відстає від середнього по області, тому що багато лікарів відмовились від атестації, отримавши лише сертифікат спеціаліста. Професіоналізм середнього медичного персоналу перевищує рівень професіоналізму в середньому по області в півтори рази. І, мабуть, він є становим хребтом системи первинної медичної допомоги на селі.

Управлінська діяльність із забезпечення зростання і зміцнення потенціалу організації за результатами діяльності у 2014 році є недостатньою, про що свідчить інтегрований коефіцієнт досягнення результату за цим блоком «Е», який дорівнює (-) 0,244. Це означає, що адміністративна діяльність з цього напрямку роботи недовиконана більш як на 24%, або майже на чверть до модельного результату. Це найвищий показник недовиконання певної функції серед інших блоків за моделлю Адізеса для організації.

Четвертий блок показників «І» пов'язаний зі створенням адміністрацією дружнього клімату всередині організації і об'єднання всього персоналу в єдину

згуртовану команду для забезпечення досягнення спільних цілей і завдань організації. Блок містить 8 критеріїв, які у своїй більшості є вимірними (таб. 5.).

Більшість показників цього блоку досягнули модельних результатів і отримали коефіцієнт «одиницю» за досягнення мети. Серед таких критеріїв опинились наступні: відсутність скарг співробітників; число випадків непрацездатності на 100 працюючих; число днів непрацездатності на 100 працюючих і розгляд конфліктів із співробітниками у суді.

Разом з тим два показники: плинність кадрів і число заохочень на 100 працюючих нижче модельного показника результату, що зумовило в цілому відставання за цим блоком на трохи більш як 8% від бажаного результату. Робота в цьому напрямі за задачами цього блоку повинна стати більш цілеспрямованою і слід більше уваги приділяти людям – співробітникам організації, що певною мірою завдання сумлінніше ставлення співробітників до своїх обов'язків.

Таблиця 5.

Досягнення МКР ЦПСМД у 2014 році (блок № 4 «І»)

Критерій	Модель	Факт	Коефіцієнт	К – 1,0
Плинність кадрів, %	10,0	15,5	0,645	-0,355
Скарги співробітників	0	0	1,0	0
Співвідношення заохочень і стягнень		15 : 0	1,0	0
Кількість заохочень на 100 працюючих	5,0	3,53	0,706	-0,294
Тимчасова непрацездатність персоналу: - кількість випадків на 100 працюючих	50,0	12,3	1,0	0
- кількість днів на 100 працюючих.	500,0	114,7	1,0	0
Розгляд конфліктів із співробітниками у суді	0	0	1,0	0
Система мотивування персоналу	+	+	1,0	0
Сума коефіцієнтів				-0649
Середній коефіцієнт				М ср. = - 0,081

Зведені дані про досягнення результату у процесі управління організацією свідчать, що модельний результат не було досягнуто ні за одним напрямком (блоком) управлінської діяльності, що визначені за моделлю Адізеса (таб. 6.).

Таблиця 6.

Зведені дані щодо оцінки управління організацією

	Блок 1	Блок 2	Блок 3	Блок 4
Коефіцієнт досягнення результату	- 0,088	- 0,139	- 0,244	- 0,081
Оцінка формули управління	«р»	«а»	«0»	«і»

Більше всього організація за допомогою управлінської діяльності наблизилась до модельного результату, але не досягла його повністю в блоці «Р», що пов'язаний з організацією технологій лікувально-діагностичного процесу і задоволенням потреб пацієнта. Відставання в блоці «Р» склало майже 9 % і тому його можна оцінити за визначеною шкалою маленькою літерою «р». Дещо випереджає цей блок «Р» - блок «І», пов'язаний з об'єднанням зусиль та інтересів всіх працівників і створенням з них єдиної команди, в управлінській діяльності якого відставання склало більше як 8 %, і тому результативність управлінської діяльності можна оцінити також маленькою літерою «і». Далі за рейтингом по досягненню модельних результатів можна розташувати блок «А», пов'язаний із адміністративною діяльністю, управлінська діяльність за яким продемонструвала відставання у майже 14 % – і тому за прийнятою нами шкалою управлінська діяльність оцінюється маленькою літерою «а». Найгірший результат управлінської діяльності отриманий за блоком «Е», пов'язаний з розвитком потенціалу організації, і тут багато чого треба зробити. Відставання управлінської діяльності за цим блоком склало 24,4%, і тому управлінську діяльність в межах цього блоку можна визначити «0», як практично відсутню за прийнятою нами шкалою.

Висновки. Таким чином, загальна формула оцінки управління в конкретній організації за моделлю Адізеса і нашою шкалою виглядає як: **«ра-і» проти необхідних «РАЕІ»**. А при наявності 0 функції «Е», що відповідає за забезпечення зростання потенціалу організації, бачення перспектив розвитку, таке управління можна вважати неправильним. Така організація націлена лише на короткотермінові завдання і миттєвий результат, що дає йому низьку якість, і зменшує конкретну здатність організації по відношенню до інших.

Отримана інтегральна оцінка свідчить про низький рівень управління в системі первинної медичної допомоги на селі, хоча чимало робиться з непоганими результатами. Такий стан речей повинен звернути увагу як самої

адміністрації Центру на слабкі ланки і взятися до виправлення ситуації, так і керівництва органів місцевої влади відповідно до їхньої законної відповідальності за стан справ у місцевій системі охорони здоров'я і, в першу чергу, щодо матеріально-технічного забезпечення лікувального закладу.

Запропонована система вимірювання результативності управлінської діяльності за моделями кінцевих результатів й інтегральною оцінкою за різними напрямками управлінської діяльності за моделлю управління по Адізесу продемонструвала інформативність, об'єктивність і необхідність вимірювання діяльності, а не оцінок, зроблених верхоглядки, що суттєво змінює оцінку і дозволяє зосередитись на найбільш гострих проблемах управління.

Література.

1. Адизес И. Идеальный руководитель: Почему им нельзя стать и что из этого следует / Ицхак Кальдерон Адизес; пер. с англ. М.: Альпина Бизнес Букс, 2007. – 263 с.
2. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с. (33 с.)
3. Літвак А.І. Дослідження систем управління медичного закладу. Навчальний посібник. / А. І. Літвак. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2005. – 142 с.
4. Новіков В. Соціальні наслідки Євроінтеграції України [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09542.pdf>
5. Руководство по проведению оценки деятельности системы здравоохранения на национальном или территориальном уровне. ВОЗ Европейское региональное бюро. 2012. - 106 с.