

BONA FIDES

**ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНИХ КОМПОНЕНТІВ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

2018

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень	стор. 3
Вступ	стор. 4
Актуальність проблеми	стор. 5
Огляд літератури	стор. 5
Мета дослідження	стор. 11
Матеріали і методи дослідження	стор. 12
Результати досліджень та їх обговорення	стор. 14
Висновки	стор. 27
Використана література	стор. 29

Перелік умовних позначень

ЯМД	- якість медичної допомоги
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ОЗ	- охорона здоров'я
ЛПУ	- лікарсько – профілактичні установи

Вступ

Конституцією України визначено, що найвищою соціальною цінністю в державі є людина, її життя та здоров'я. Охорона здоров'я є основою соціальної системи, політики та національної безпеки держави [9].

В Україні сьогодні триває державно-правова реформа, розбудовується вітчизняна правова система. Ці процеси охоплюють повною мірою і законодавство про охорону здоров'я. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [9, 13, 14, 15].

Вивчення проблем і засад профілактичної, лікувальної медицини, організаційно-інформаційного та матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я є нагальною проблемою сьогоднішнього дня.

За 25 років існування України, як незалежної держави, відбулися великі зміни, що сприяли перегляду, коригуванню планів і програм вищих медичних закладів. Особливої уваги набула профілактична спрямованість медицини і охорони здоров'я. Офіційного статусу набули методи лікування та діагностики [6, 14].

Забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму та кваліфікації лікарів, компетентності керівників, психологічної готовності населення піклуватися про стан свого здоров'я. Однією із обов'язкових умов, що забезпечують належну якість медичної допомоги, є проведення ліцензування та акредитації лікувально-профілактичних закладів і окремих осіб [12, 16].

Показники якості медичної допомоги можна використовувати для підвищення рівня надання медичної допомоги, диференційованого оцінювання праці медичного персоналу та закладів охорони здоров'я, матеріальні стимулювання, а також під час проведення акредитації та ліцензування лікувально-профілактичних закладів [7, 18].

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Проблема стимулювання медичного персоналу сьогодні займає одну з ключових позицій, оскільки низький рівень оплати праці лікарів значно знижує престижність цієї професії в нашій країні. Сьогодні великий відсоток випускників вищих медичних навчальних закладів покидає медицину і працює в інших сферах, часто навіть не пов'язаних з медициною. Молоді лікарі не мають бажання продовжувати працювати в сільській місцевості після закінчення терміну відпрацювання, що являє собою величезну проблему і знижує доступність медицини для населення. Знизити гостроту існуючих в системі охорони здоров'я проблем, на наш погляд, певною мірою можна через залучення всіх факторів мотивації професійної діяльності спрямованої на підвищення продуктивності праці, раціональне використання виробничих ресурсів. У зв'язку з цим особливо актуальною є проблема пошуку стимулів до праці, формування механізму трудової мотивації, заснованої на відповідності заробітної плати трудовому внеску працівника. Таким чином моніторинг і впровадження стимулювання для медичного персоналу є однією з найперспективніших шляхів покращення стану надання медичної допомоги в Україні.

Огляд літератури

Якість в охороні здоров'я – це складна, багатокomпонентна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період. При взаємодії лікарів і пацієнтів, за рекомендаціями ВООЗ, потрібно врахувати 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта наданою допомогою [18].

На сьогодні відсутнє єдине загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я, адже проблема має безліч аспектів і кілька концепцій, що з часом змінюються і удосконалюються [5, 6, 7, 15, 18].

Описані вище визначення і характеристики якості включають в себе майже всі аспекти функціонування системи ОЗ. Важливість цих характеристик стає очевидною, коли пацієнтам чи медикам необхідно визначити ЯМД зі своєї точки зору.

Для пацієнтів, що звернулися до певної медичної установи, ЯМД визначається тим, наскільки установа відповідає їхнім потребам, чи є допомога вчасною і наскільки ввічливим та уважним є медперсонал. В цілому пацієнту необхідно, щоб симптоми хвороби були ліквідовані, а сама хвороба – попереджена або призупинена. Думка пацієнта є дуже важливою, бо задоволені пацієнти краще виконують доручення лікаря. Таким чином, характеристики якості, що стосуються задоволення споживача медичних послуг, безпосередньо впливають на здоров'я населення [6].

Пацієнти найбільш цінують результативність і доступність медичної допомоги, свої взаємовідносини з медичним персоналом, а також безперервність та послідовність. Однак необхідно зазначити, що пацієнти не в повній мірі усвідомлюють, які служби та заклади ОЗ потрібні (особливо недооцінюють профілактичні служби) і, зрештою, не можуть адекватно оцінити професійну компетенцію [6].

Медперсонал зазвичай звертає більше уваги на професійну компетенцію, ефективність і безпеку. З точки зору медичного працівника, ЯМД передбачає наявність у персоналу відповідних навиків, ресурсів і умов, необхідних на поліпшення стану здоров'я пацієнтів, достатніх знань і вміння виконувати професійні обов'язки [6, 7].

Система ОЗ повинна обов'язково відповідати як потребам медичних працівників, так і очікуванням та вимогам пацієнтів. Медичним фахівцям необхідні ефективні і професійні адміністративні й допоміжні служби в процесі надання медичної допомоги [7, 18].

Не менш важливим компонентом забезпечення якості медичної допомоги є мотивація праці лікарів. Мотивація трудової діяльності є головною умовою успішної діяльності працівника будь-якої установи чи

організації. Результативність та ефективність праці як кожного працівника, так і колективу закладу в цілому, в значній мірі залежать від того, наскільки функціонуюча система мотивації праці буде адекватною меті та завданням організації закладу та спонукаючим мотивам кожного працівника [17, 19].

Процес мотивації включає створення готовності до дії, вибір спрямованості (цілей), засобів і способів дії, місця і часу дії, оцінку вірогідності успіху, формування впевненості в правильності і необхідності дій. В процесі мотивації беруть участь такі фактори як потреби, мотиви, світогляд людини, особистісні особливості та уявлення людини про себе, свої фізичні та психічні можливості, функціональні й емоційні стани, переживання, знання про середовище та прогноз його змін [20, 21].

Мотивація професійної діяльності має специфічний характер по відношенню до мотивації поведінки. При дослідженні професійної мотивації важливо розглянути не тільки потреби, що спонукають людину виконувати ту чи іншу роботу, а і те, як виникає намір виконати конкретне завдання або досягти визначеної мети [22].

Медична діяльність взагалі, а лікарська діяльність більш за все, вирізняються особливою специфічністю та потребують особливих професійних якостей. Але в останні роки в результаті тих змін, що проходять в суспільстві, можна спостерігати падіння престижу медичної діяльності. В результаті низького матеріального стимулювання праці медичних працівників, і перш за все лікарів, знижується змістовний мотиваційний фактор самої професії лікаря, що в свою чергу має суттєвий вплив на професійний рівень, якість і ефективність роботи [1].

В реаліях сучасного українського суспільства більшість лікарів переконана, що існуюча заробітна плата не відповідає виконуваній праці і не забезпечує належний рівень життя їх сім'ям. В той же час в суспільстві постійно підвищуються вимоги до якості праці лікарів. Рівень заробітної плати в охороні здоров'я на сьогодні є найнижчим з усіх галузей [1]. Це сприяє відтоку з охорони здоров'я великої кількості висококваліфікованих

фахівців, а отже призводить до матеріальних втрат держави. Біля 25% випускників медичних вузів залишають медицину в перші 2-3 роки роботи [2]. В Україні існує дефіцит медичного персоналу, як лікарів, так і медичних сестер, особливо в сільській місцевості. Згідно довгострокових прогнозів ці показники мають стійку тенденцію до погіршення [3].

Науково обґрунтованої системи мотивації праці медичних працівників, і перш за все лікарів, на сьогодні не існує. Суть професійної мотивації в основному у більшості працівників сфери охорони здоров'я зводиться до усвідомлення ними соціальної значущості їх праці. В той же час, бажання мати гарантовану заробітну плату, яка могла б забезпечити гідний рівень життя, не підкріплюється прагненням до високої ефективності і якості праці, що виконується. Зміна ціннісних орієнтирів в українському суспільстві привела до руйнації стимулів до праці в охороні здоров'я [10].

Вивчення мотивації професійної діяльності лікарів, аналіз життєвих цінностей і потреб, які лежать в основі їх трудової поведінки, виявлення чинників, що мотивують і демотивують, дослідження їх умов праці, а також пошук найбільш прийнятних методів мотиваційної дії є одним з актуальних напрямів серед наукових досліджень.

Стимулювання до праці – це спонукання до праці через заохочення, винагороди за трудові зусилля. Це форма опосередкованого впливу на поведінку людей на відміну від розпоряджень, наказів, норм та завдань, які є моментом примусового управління працею. Стимули – це зовнішні чинники, збуджувальні причини поведінки. Їх поділяють на матеріальні, моральні, соціальні [17].

В аналізі мотивації лікарів необхідно враховувати так званий динамічний підхід до мотивації, який розглядає її не як постійну психологічну структуру, а як набір перемінних, що постійно змінюються. Мотивація залежить від особистості суб'єкта та ситуації, в якій він знаходиться [17].

Дослідниками мотивації професійної діяльності лікарів визначаються наступні види мотивів:

- отримання матеріальних благ;
- служіння професії і професійний розвиток;
- зміцнення соціальних зв'язків;
- соціальна захищеність;
- альтруїзм та співчуття.

Дані мотиви виділяються в якості базових компонентів мотиваційної структури на основі поведінкових і змістовних характеристик лікарської діяльності [17].

Мотиви можуть бути доповнюючими один одного, визначаючи дії лікаря. Тобто лікар може спрямовувати зусилля на підвищення своєї кваліфікації, освоєння нових медичних технологій, спонукаючим до цього одночасно мотивом професійного розвитку і мотивом отримання матеріальних благ (більш висока кваліфікація дає можливість отримання більш високих доходів) [19].

Мотиви можуть бути компенсуючими і виражатись у тому, що недостатнє стимулювання одних мотивів буде заповнюватись іншими. А саме, низька заробітна плата може перекриватись альтруїстичною мотивацією або мотивацією служіння професії. Проте 74% лікарів під час аналізу низької плідності своєї праці казують на високий вплив на це великої кількості демотиваційних факторів ц їх роботі [12].

Було показано, що праця лікарів характеризується роботою в умовах постійного нервово-психологічної перенапруги (хронічний стрес), пов'язаний з високою відповідальністю за здоров'я і життя, а це в свою чергу, тягне особливий ризик для їхнього власного здоров'я і в певних ситуаціях може призвести до розвитку захворювань, в тому числі і професійних. Також було показано, що лікарі які працюють в умовах постійного стресу, в переважній більшості вживають алкоголь та палять з метою покращення своєї емоційної

сфери. Було також визначено, що близько 84% лікарів не мають часу на заняття спортом і відвідування спортивних секцій [10].

Мотивація персоналу є складовою частиною будь-якої моделі управління якістю медичної допомоги. В професійній моделі управління якістю мотивація зводиться до визнання професіоналізму пацієнтами і колегами; в бюрократичній моделі інструментами мотивації виступають покарання, декваліфікація, пониження рівня акредитації закладу, позбавлення ліцензії; в індустріальній моделі мотивацією є професійне самоствердження, відмова від покарань [3, 5].

Для системи охорони здоров'я України проблема пошуку нових форм мотивації і стимулювання праці медичних працівників у даний час є особливо актуальною. Недооцінка кадрових ресурсів, застарілі механізми управління галуззю, відсутність стимулів до високоефективної праці призвели до сучасного стану системи охорони здоров'я в країні. Щоб ефективно стимулювати медичних працівників на високопродуктивну працю необхідно вивчити та розробити низку ефективних факторів, спрямованих на мотивацію їх праці. Особливу актуальність це питання набуває в період реформування галузі [14].

Оцінка ефективності методів мотивації праці лікарів потребує дослідження кількісних і якісних показників. До кількісних відносяться фонд оплати праці, сукупні витрати на персонал; до якісних – задоволеність працею, ступінь свободи в прийнятті рішень та інформованість про роботу закладу [10].

Вихідною базою для отримання кількісних показників є нормативна, планова, облікова та аналітична інформація лікувальних закладів. Для отримання якісних показників зазвичай використовуються результати соціометричних та соціологічних опитувань, наприклад, опитування щодо дослідження рівня мотиваційного механізму в лікувально-профілактичному закладі [4, 5].

Доцільно формувати показники ефективності методів мотивації праці за ознакою однорідності: економічні показники, показники руху персоналу, організації праці, освітньо-кваліфікаційного рівня, соціально-економічної та інноваційної діяльності [3, 8, 19].

В « Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 р. № 454 однією з нагальних проблем на сьогоднішній час визначена відсутність економічної мотивації для поліпшення діяльності працівників системи охорони здоров'я [14].

Одним із основних способів розв'язання проблеми покращення якості медичної допомоги є створення економічної мотивації шляхом зміни оплати праці медичних працівників за рахунок виділення в ній двох складових: постійної – на основі єдиної тарифної сітки та змінної – залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги [1, 8, 11, 23, 24].

Мета роботи: виявлення основних мотиваційних чинників підвищення якості медичної допомоги серед лікарів закладів охорони здоров'я.

Матеріали і методи

Об'єкт дослідження

Впродовж 2016-2017 років проводилось анкетування 334 лікарів, які працюють у стаціонарних та амбулаторних підрозділах закладів охорони здоров'я міста Суми.

Методи дослідження

В основу дослідження покладено системний підхід, який дав змогу розглянути систему надання медичної допомоги як цілісний комплекс із взаємопов'язаними і взаємозалежними елементами. Для аналізу документальних та літературних джерел, вивчення рівня розробки проблеми застосовувалися історичний та логічний методи. Метод цільового соціологічного опитування, з використанням закритих питань, використовувався для вивчення думки окремих груп лікарів різних рівнів лікувально-профілактичних установ.

Опитування лікарів проводилось за наступними питаннями:

- професійна група, стаж та місце роботи;
- атестаційна категорія;
- рівень зайнятості лікаря;
- частина робочого часу, яка витрачається лікарем на лікувальну роботу?
- рівень заробітної плати лікаря;
- який розмір заробітної плати є справедливим для Вас?
- чи отримує лікар доплату за якість праці?
- визначити чинники, що спонукали до обрання професії лікаря;
- чи згодні Ви змінити професію за умови збільшення заробітної плати?
- чи маєте Ви додаткову роботу, що оплачується?
- чому Ви працюєте лікарем?
- чи існує, на Вашу думку, в закладах охорони здоров'я система мотивації медичного персоналу?
- вкажіть основні стимули для покращання якості медичної допомоги.

Дані опитувань були внесені до програми Microsoft Excel та розраховані у процентному співвідношенні з використанням t критерію Стьюдента. Достовірною вірогідною вважалась різниця $p < 0,05$.

Процентне співвідношення розраховували за формулою (1):

$$ПС = \frac{\text{частина явища}}{\text{все явище}} \times 100\% \quad (1)$$

Отримані Результати графічно були відображені у вигляді таблиць, гістограм, діаграми Парето.

Методи експертних оцінок та описового моделювання і узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків.

Результати досліджень та їх обговорення

Нами було проведено дослідження серед 334 лікарів, які працюють у стаціонарних та амбулаторних підрозділах закладів охорони здоров'я м. Суми впродовж 2016-2017 років. Метою дослідження було виявлення основних мотиваційних чинників підвищення якості медичної допомоги серед лікарів закладів охорони здоров'я м. Суми.

Розподіл лікарів за професійними групами в абсолютних числах поданий у табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл лікарів за професійними групами в абсолютних числах

Разом / Група лікарів	Лікарі ЗПСЛ і дільничні терапевти	Дільничні педіатри	«Вузькі» фахівці поліклініки	Лікарі стаціонарів терапевтичного профілю	Лікарі стаціонарів хірургічного профілю
334	54	16	166	24	74

За професійними групами та місцем роботи лікарі, які брали участь в анкетуванні, розподілені так: «вузькі» фахівці, які працюють у поліклініці, – 166 (49,70±5,47%), лікарі хірургічних стаціонарів – 74 (22,15±4,54%), лікарі загальної практики – сімейні лікарі та дільничні терапевти – 54 (16,18±4,03%), лікарі стаціонарів терапевтичного профілю – 24 (7,18±2,83%) і дільничні педіатри – 16 (4,7± 2,34%).

Відповідно до стажу та місця роботи респонденти розподілилися таким чином (рис. 1).

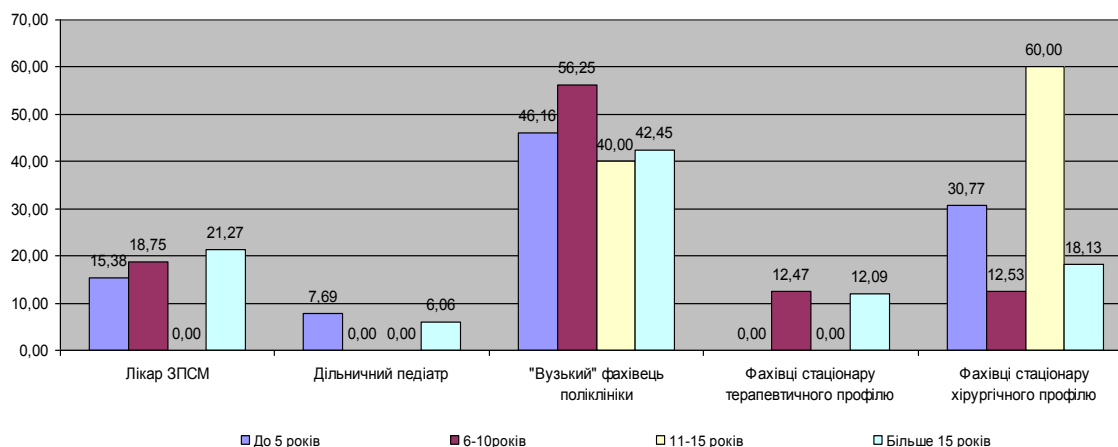


Рис. 1 Розподіл респондентів відповідно до стажу роботи (у%)

Група лікарів, яка брала участь в опитуванні, розподілилася за стажем роботи таким чином:

- серед лікарів зі стажем роботи до 5 років лікарями загальної практики – сімейними лікарями працює 15,38±3,95%, дільничними педіатрами – 7,69±2,92%, «вузькими» фахівцями у поліклініках – 46,16±5,46%, фахівцями стаціонару хірургічного профілю – 30,77±5,05%;

– серед лікарів зі стажем роботи від 6 до 10 років лікарями загальної практики – сімейними лікарями працює 18,75±4,27%, «вузькими» фахівцями у поліклініках – 56,25±5,43%, фахівцями стаціонару терапевтичного профілю – 12,47±3,62%, фахівцями стаціонару хірургічного профілю – 12,53±3,62%;

- серед лікарів зі стажем роботи від 11 до 15 років «вузькими» фахівцями у поліклініках працює 40,00±5,36%, фахівцями стаціонару хірургічного профілю – 60,00±5,36%;

- серед лікарів зі стажем роботи більше 15 років лікарями загальної практики – сімейними лікарями працює 21,27±4,48%, дільничними педіатрами – 6,06±2,61%, «вузькими» фахівцями у поліклініках – 42,45±5,41%, фахівцями стаціонару терапевтичного профілю – 12,09±3,56%, фахівцями стаціонару хірургічного профілю – 18,13±4,22%.

Розподіл лікарів за атестаційними категоріями та місцем роботи показаний у табл.2 у відсотках.

Таблиця 2

Розподіл лікарів за атестаційними категоріями та місцем роботи (у %)

Категорія	Лікар ЗПСЛ (дільничний терапевт)	Дільничний педіатр	«Вузький» фахівець поліклініки	Лікар стаціонару терапевтичного профілю	Лікар стаціонару хірургічного профілю
Відсутня	15,79	5,26	52,63	5,26	21,06
Друга	16,67	0,00	50,00	8,33	25,00
Перша	10,11	9,09	63,64	0,00	17,16
Вища	22,00	4,00	32,00	16,00	26,00

За даними табл.2 лікарі, які брали участь у дослідженні, за атестаційними категоріями розподілилися таким чином:

- без атестаційної категорії: лікарів загальної практики – сімейних лікарів – $15,79 \pm 3,98\%$, дільничних педіатрів – $5,26 \pm 2,44\%$, «вузьких» фахівців поліклініки – $52,63 \pm 5,40\%$, лікарів стаціонарів терапевтичного профілю – $5,26 \pm 2,44\%$, лікарів стаціонарів хірургічного профілю – $2,27 \pm 1,63\%$;

- лікарі, що мають другу атестаційну категорію: лікарів загальної практики – сімейних лікарів – $16,67 \pm 4,08\%$, «вузьких» фахівців поліклініки – $50,00 \pm 5,47\%$, лікарів стаціонарів терапевтичного профілю – $8,33 \pm 3,02\%$, лікарів стаціонарів хірургічного профілю – $25,00 \pm 4,74\%$;

- лікарі, що мають першу категорію: лікарів загальної практики – сімейних лікарів – $10,11 \pm 3,30\%$, дільничних педіатрів – $9,09 \pm 3,15\%$, «вузьких» фахівців поліклініки – $63,64 \pm 5,26\%$, лікарів стаціонарів хірургічного профілю – $17,16 \pm 4,12\%$;

- лікарі, які мають вищу категорію: лікарів загальної практики – сімейних лікарів – $22,00 \pm 4,53\%$, дільничних педіатрів – $4,00 \pm 2,14\%$, «вузьких» фахівців поліклініки – $32,00 \pm 5,10\%$, лікарів стаціонарів терапевтичного профілю – $16,00 \pm 4,01\%$, лікарів стаціонарів хірургічного профілю – $26,00 \pm 4,80\%$.

Серед усіх опитаних 107 лікарів ($64,07 \pm 5,25\%$) працює на одну ставку, 35 ($20,96 \pm 4,45\%$) – на більше, ніж ставка, 25 лікарів ($14,97 \pm 3,90\%$) працюють менше, ніж на ставку.

Рівень зайнятості лікарів відповідно до атестаційної категорії показаний у табл. 3.3. Результати опитування свідчать, що лікарі, які не мають атестаційної категорії, частіше працюють більше ніж на 1 ставку (53 особи або $31,73 \pm 5,09\%$); на одну ставку частіше працюють лікарі, які мають «вищу» категорію (127 осіб, або $76,04 \pm 4,67\%$).

Більшість опитаних 99, або $59,28 \pm 5,38\%$ відмічають, що вони завантажені на 100% упродовж робочого дня, ще 62 або $37,13 \pm 5,29\%$ опитаних стверджують, що завантажені більше ніж на 100%; і лише 6 або

3,59±2,04% лікарів погоджуються з тим, що вони завантажені неповністю (менше 100%).

Таблиця 3

Рівень зайнятості лікарів відповідно до атестаційної категорії (у%)

Категорія/Обсяг ставки	0,5 ставки	0,75 ставки	1 ставка	Більше 1 ставки
Відсутня	15,79	5,26	43,37	31,73
Друга	8,33	8,33	75,00	8,33
Перша	9,09	0,00	63,64	27,27
Вища	12,00	0,00	76,04	12,00

Цікавим є той факт, що лікарі, які обрали варіант «завантаженість менше 100%», усі працюють у стаціонарних відділеннях. З опитуваних, що обрали відповідь «100% завантаженість», 45,00±5,44% працюють у стаціонарних відділеннях, а 55,00±5,44% – у поліклініці. Серед лікарів, які, на їхній погляд, завантажені більше, ніж на 100%, переважна частина (68,00±5,10%) працює у поліклініці.

Ці дані підтверджують тезу, що основна частина медичної допомоги надається в умовах поліклініки, і саме на первинний рівень надання медичної допомоги потрібно спрямовувати більшу частину матеріальних і кадрових ресурсів. У той же час спостерігається недостатня навантаженість лікарів, які працюють у стаціонарних відділеннях.

Водночас на запитання «Яку частину робочого часу витрачають лікарі на лікувальну роботу?» були отримані відповіді, аналіз яких показав, що 46,11±5,45% лікарів витрачають на лікувальну роботу більше 70% робочого часу; 31 (70,00±5,01%) лікарів відповіли, що на лікувальну роботу витрачають 51–70% робочого часу; 16,42±4,05% – витрачають 31–50% робочого часу; 5,97±2,59% лікарів витрачають на лікувальну роботу 11–30% робочого часу.

Кількість робочого часу, витраченого на лікувальний процес, відповідно до стажу роботи лікарів показано в табл. 4.

Кількість робочого часу, витраченого на лікувальний процес, відповідно до стажу роботи лікарів (у %)

Стаж роботи/Кількість робочого часу	До 10%	11–30%	31–50%	5–70%	Більше 70%
До 5 років	0,00	15,58	23,35	38,32	22,75
6–10 років	0,00	0,00	12,50	43,75	43,75
11–15 років	0,00	20,00	0,00	20,00	60,00
Більше 15 років	0,00	3,03	18,18	24,24	54,55
Разом	0,00	5,97	16,42	31,34	46,27

За даними табл. 4 можна стверджувати, що чим більший стаж роботи лікарів, тим більше робочого часу вони витрачають на лікувальну роботу (до 60%). І навпаки, лише $22,75 \pm 4,58\%$ лікарів зі стажем роботи до 5 років відмічають, що на лікувальний процес вони витрачають більше 70% робочого часу.

Більшу частину опитаних ($55,22 \pm 5,44\%$) влаштовують побутові умови та матеріальне забезпечення на робочому місці, але $44,78 \pm 5,44\%$ – не задоволені існуючими умовами. Водночас лікарі, які не мають атестаційної категорії ($42,11 \pm 5,40\%$) або мають другу категорію ($33,33 \pm 5,16\%$), менше задоволені умовами перебування на робочому місці, ніж лікарі, які мають першу ($54,55 \pm 5,44\%$) або вищу атестаційну категорію ($76,00 \pm 4,67\%$).

Рівень заробітної плати опитаних відображений на рис.2.

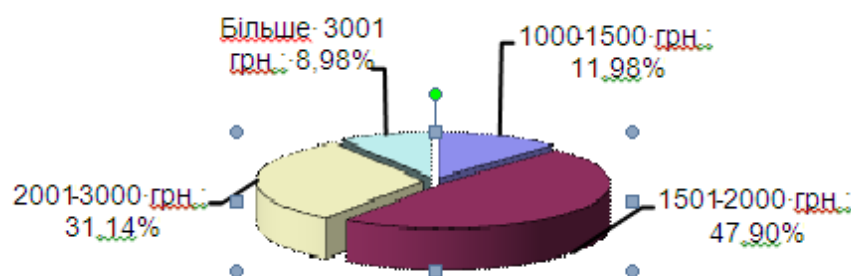


Рис. 2. Рівень заробітної плати лікарів

Опитування показує, що $11,94 \pm 3,55\%$ лікарів мають заробітну плату від 1000,00 до 1500,00 грн; $47,76 \pm 5,47\%$ – від 1501,00 до 2000,00 грн; $31,14 \pm 5,07\%$ лікарів мають заробітну плату 2001–3000 грн; більше

3001,00 грн. мають заробітну плату $8,96 \pm 3,13\%$ лікарів, які брали участь у анкетуванні.

Рівень заробітної плати відповідно до атестаційної категорії лікарів відображений у табл.5.

Таблиця 5

Рівень заробітної плати відповідно до атестаційної категорії лікарів (у %)

Категорія/Рівень з/п, грн	1000,00–1500,00	1501,00–2000,00	2001,00–3000,00	Більше 3001,00
Відсутня	31,58	63,16	5,26	0,00
Друга	8,33	75,00	16,67	0,00
Перша	0,00	54,55	45,45	0,00
Вища	4,00	20,00	52,00	24,00

Аналіз даних табл.5 свідчить про наявність зв'язку між рівнем заробітної плати та атестаційною категорією лікаря: $94,74 \pm 2,44\%$ лікарів без категорії, $83,33 \pm 4,08\%$ лікарів із другою атестаційною категорією та $54,55 \pm 5,45\%$ лікарів зі першою категорією мають рівень заробітної плати до 2000,00 грн. Заробітну плату більшу 3001,00 грн отримують лише $24,00 \pm 4,67\%$ лікарів вищої атестаційної категорії.

Диференціація рівня заробітної плати відповідно до стажу роботи лікарів відображена на рис.3.

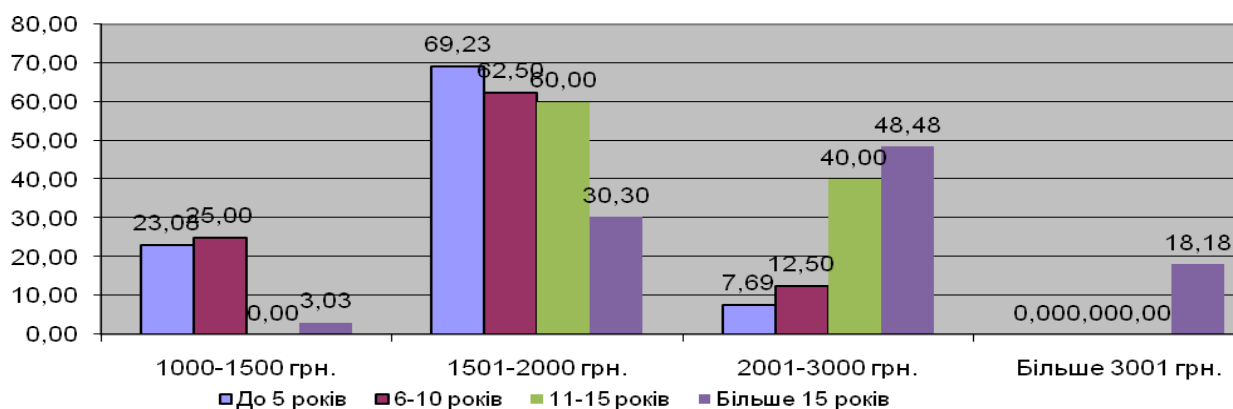


Рис. 3 Диференціація рівня заробітної плати відповідно до стажу роботи (у %)

Аналіз даних, наведених на рис. 3, показує, що:

-серед лікарів зі стажем роботи до 5 років $23,08 \pm 4,61\%$ отримують заробітну плату до 1500,00 грн; $69,23 \pm 5,05\%$ – 1501–2000 грн; $7,69 \pm 2,92\%$ – 2001–3000 грн;

-серед лікарів зі стажем роботи 6–10 років $25,00 \pm 4,74\%$ отримують заробітну плату в розмірі від 1000,00 до 1500,00 грн; $62,5 \pm 5,30\%$ – від 1501,00 до 2000,00 грн; $12,50 \pm 3,62\%$ – від 2001,00 до 3000,00 грн;

- серед лікарів зі стажем роботи 11–15 років $60,00 \pm 5,36\%$ отримують заробітну плату в розмірі від 1501,00 до 2000,00 грн; $40,00 \pm 5,36\%$ – від 2001,00 до 3000,00 грн;

-серед лікарів зі стажем роботи більше 15 років $3,03 \pm 1,88\%$ отримують заробітну плату у розмірі від 1000,00 до 1500,00 грн; $30,30 \pm 5,03\%$ – від 1501,00 до 2000,00 грн; $48,48 \pm 5,46\%$ – від 2001,00 до 3000,00 грн; $18,18 \pm 4,22\%$ – більше 3001,00 грн.

$92,54 \pm 2,87\%$ опитаних лікарів зазначили, що фактичний розмір їхньої заробітної плати не відповідає навантаженню на робочому місці, і лише $7,46 \pm 2,87\%$ задоволені розміром заробітної плати.

На запитання «Яким є справедливий розмір заробітної плати для Вас?» 164, або $49,10 \pm 5,47\%$ опитаних вважають, що справедливою для них є заробітна плата більше 5000,00 грн; 146, або $43,72 \pm 5,43\%$ лікарів вважають, що справедливою для них є заробітна плата у розмірі 5000,00 грн; 24, або $7,18 \pm 2,82\%$ відповіли, що справедливою вважають заробітну плату у розмірі 3000,00 грн.

Рівень заробітної плати, який лікарі вважають справедливим відповідно до стажу роботи, показаний на рис.4. Спостерігаються відмінності в оцінці справедливої заробітної плати відповідно до стажу лікарів. Більшість лікарів ($61,54 \pm 5,32\%$), у яких стаж роботи до 5 років, $43,75 \pm 5,43\%$ лікарів зі стажем роботи 6–10 років, $37,70 \pm 5,30\%$ лікарів зі стажем роботи 11–15 років та $48,47 \pm 5,47\%$ лікарів зі стажем роботи більше 15 років вважають справедливою для себе заробітну плату більше 5001,00 грн.

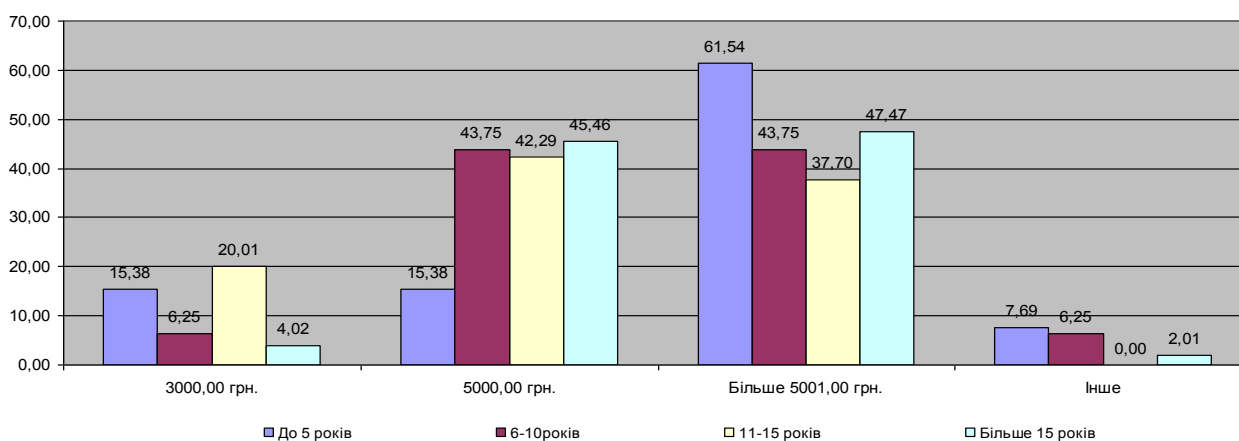


Рис.4. Рівень заробітної плати, який лікарі вважають справедливим відповідно до стажу роботи (у%)

Заробітна плата у розмірі 3000,00 грн є прийнятною для: 15,38±3,95% лікарів зі стажом роботи до 5 років, 6,25±2,45% лікарів зі стажом роботи 6–10 років, 20,01±4,38% лікарів зі стажом роботи 11–15 років, 4,02±2,15% лікарів зі стажом роботи більше 15 років.

Наявність атестаційної категорії у лікарів також визначає їхнє ставлення до визначення розміру справедливої заробітної плати (табл.6).

Таблиця 6

Розподіл розміру справедливої заробітної плати в залежності від атестаційної категорії лікарів (у%)

Категорія/Рівень заробітної плати, грн	3000,00	5000,00	Більше 5001,00	Інше
Відсутня	15,79	21,05	57,89	5,26
Друга	8,33	54,55	45,45	8,33
Перша	0,00	50,00	33,33	0,00
Вища	4,29	48,00	32,00	5,71

Аналізуючи показники, наведені у табл. 6 можна стверджувати, що зі збільшенням лікарського стажу та отриманням чергових категорій вимоги до розміру заробітної плати зменшуються, лікарі звикають до низьких заробітних плат.

На запитання «Чи мають лікарі доплату за якість праці?» 292 або 87,42±3,63% опитаних відповіли негативно; 42 або 12,58±3,63%

відповіли, що мають доплату за якісну працю. Наявність доплати лікарям за якість праці відповідно до стажу надана у табл. 7.

Таблиця 7

Наявність доплат за якість праці відповідно до стажу роботи лікарів

Стаж роботи/Доплата	Так	Ні
До 5 років	0,00	100,00
6–10 років	18,75	81,25
11–15 років	20,00	80,00
Більше 15 років	12,12	87,88

Лікарі зі стажем роботи до 5 років узагалі не отримують доплату за якість праці. Однак і частка лікарів зі значним стажем роботи, які отримують доплату за якість, становить лише $16,95 \pm 4,11\%$. Ці дані показують, що в закладах охорони здоров'я практично відсутня система матеріального стимулювання за якісне надання медичної допомоги.

Незважаючи на високу завантаженість лікарів, переважна їх більшість 288 або $86,23 \pm 3,77\%$ готові більше працювати за додаткову плату, лише 46 або $13,77 \pm 3,77\%$ опитаних не хочуть працювати більше.

Результати дослідження дали можливість визначити спонукальні чинники обрання професії лікаря (рис.5). Оскільки респонденти мали можливість вибрати декілька варіантів відповіді, то сума відповідей перевищує 100%.

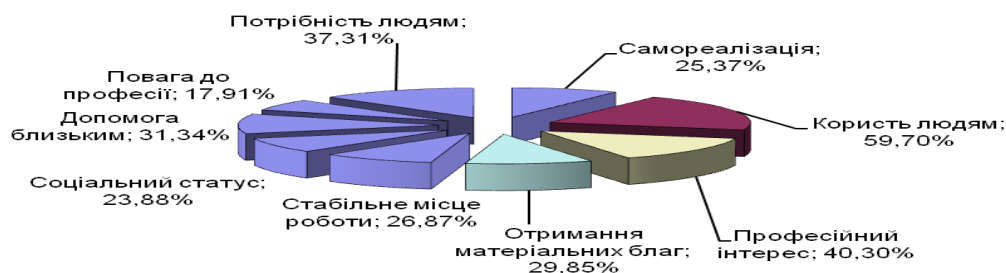


Рис. 5 Спонукальні чинники обрання професії лікаря

$59,76 \pm 5,36\%$ лікарів зазначили, що працюють, оскільки мають бути корисними людям; $40 \pm 5,36\%$ працюють заради професійного інтересу; $37,31 \pm 5,29\%$ – заради відчуття потрібності людям; $31,34 \pm 5,08\%$ зазначили,

що це їм дає можливість допомогти у лікуванні рідних та близьких; $29,85 \pm 5,01\%$ – отримання матеріальних благ. Інші відповіді набрали близько $25,00 \pm 4,74\%$ – це соціальний статус; стабільне місце роботи; суспільне визнання і повага до представників професії; можливості для самореалізації та творчості.

Навіть при недостатньому рівні матеріального задоволення більшість опитаних 244 або $73,05 \pm 4,86\%$ не згодні змінити професію за умови збільшення заробітної плати. Згодні змінити професію за умови збільшення заробітної плати 90, або $26,95 \pm 4,86\%$ опитаних.

Лікарі, які мають більший стаж роботи частіше не згодні змінювати професію, на відміну від тих, які пропрацювали менше рис.6.

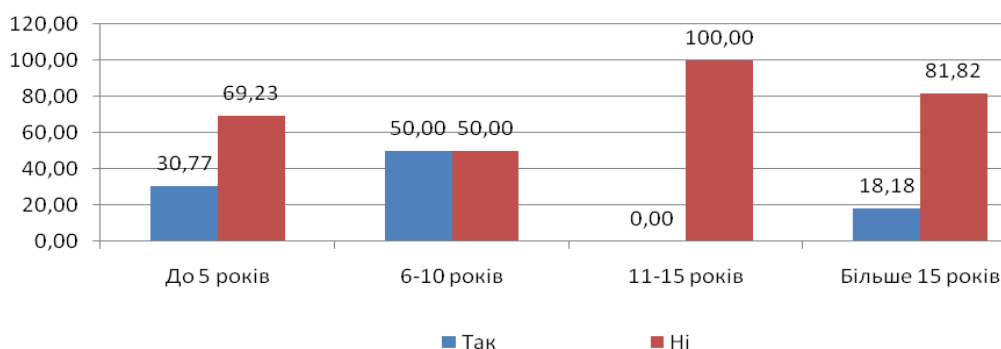


Рис.6. Згода на зміну професії за умови збільшення заробітної плати відповідно до стажу

На рис. 6 показано, що до $50,00 \pm 5,47\%$ лікарів зі стажем роботи до 10 років згодні змінити професію лікаря за умови збільшення заробітної плати, але лікарів зі стажем роботи більше 11 років, згодних змінити професію, $18,18 \pm 4,22\%$.

Більшість лікарів ($74,85 \pm 2,37\%$) не мають додаткової роботи, що оплачується. Лише $25,15 \pm 2,37\%$ мають таку роботу.

Частіше додатково оплачувану роботу мають лікарі з більшим професійним стажем (рис.7).

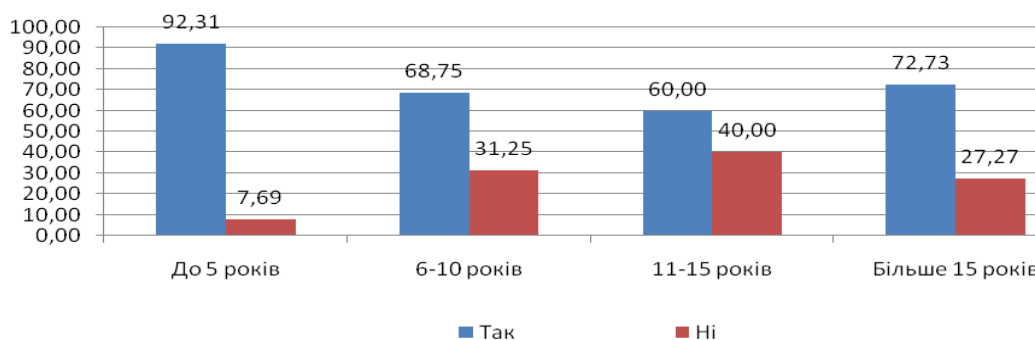


Рис.7. Залежність додаткової оплачуваної роботи від стажу (у%)

Додатково оплачувану роботу мають $7,69 \pm 2,92\%$ лікарів зі стажем роботи до 5 років; $31,25 \pm 5,07\%$ лікарів зі стажем роботи 6–10 років; $40,00 \pm 5,36\%$ лікарів зі стажем роботи 11–15 років і $27,27 \pm 4,87\%$ лікарів зі стажем більше 15 років.

З опитаних лікарів 276 ($82,63 \pm 4,15\%$) зазначили, що в закладах охорони здоров'я не існує системи мотивації медичного персоналу, тоді як 28 ($8,38 \pm 3,03\%$) опитаних підтвердили існування такої системи мотивації, 30 ($8,99 \pm 3,13\%$) – погодилися лише про часткове існування такої системи.

На запитання: «Чому Ви працюєте лікарем?», – респонденти стаціонарних та амбулаторних підрозділів відповіли (рис. 8).

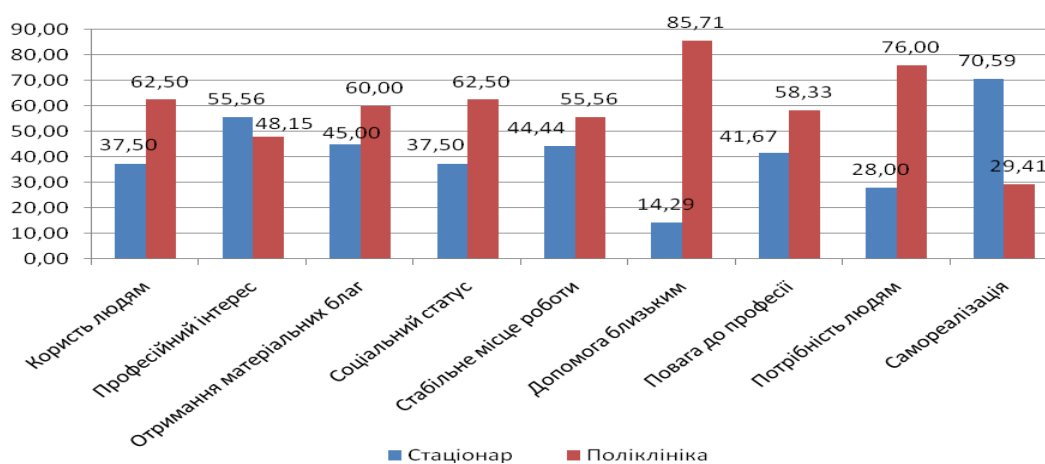


Рис.8. Діаграма опитування респондентів щодо вибору професії лікаря, %

Для лікарів, які працюють у поліклініках, основними мотиваційними факторами їх роботи є: можливість допомогти близьким – $85,71 \pm 3,83\%$, потрібність людям – $76,00 \pm 4,67\%$, користь людям – $62,50 \pm 5,29\%$, соціальний статус – $62,50 \pm 5,29\%$, отримання матеріальних благ – $60,00 \pm 5,36\%$, стабільне

місце роботи – $55,56 \pm 5,44\%$. У лікарів, які працюють у стаціонарах, основними мотиваційними факторами їх роботи є: самореалізація – $70,59 \pm 4,99\%$, професійний інтерес – $55,56 \pm 5,44\%$, отримання матеріальних благ – $45,00 \pm 5,44\%$, стабільне місце роботи – $44,44 \pm 5,44\%$.

Основні стимули для покращання якості медичної допомоги, на думку лікарів, які брали участь в опитуванні, відображені на рис.9.

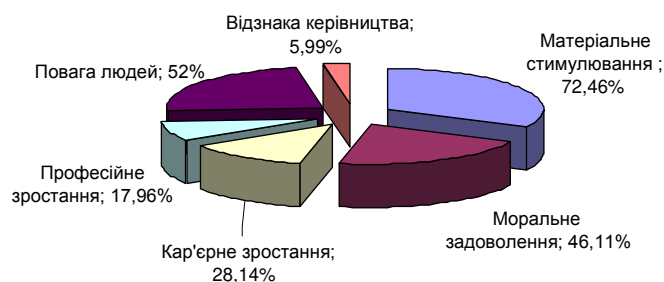


Рис. 9. Основні стимули для покращання якості медичної допомоги, на думку лікарів, %

Лікарі обрали такі основні стимули для покращання якості медичної допомоги: 242 ($72,46 \pm 4,89\%$) – матеріальне стимулювання; 174 ($52,09 \pm 5,47\%$) – повага оточуючих та пацієнтів; 154 ($46,11 \pm 5,45\%$) – моральне задоволення; 94 ($28,14 \pm 4,92\%$) – можливість кар'єрного зростання; 60 ($17,96 \pm 4,20\%$) – професійне зростання; 20 ($5,99 \pm 2,60\%$) – відзнака керівництва.

Дослідження показало, що вибір стимулів для покращання якості медичної допомоги залежить від стажу роботи лікарів (табл. 8). Дані табл.8 демонструють, що важливість відзнаки керівництва для лікарів поступово нівелюється зі збільшенням стажу роботи із $15,38 \pm 3,95\%$ до $3,03 \pm 1,88\%$. Крім того, аналізуючи дані табл.1 і рис.9, можна зробити висновки, що незалежно від стажу і місця роботи у лікарів одним з основних мотиваційних чинників є моральне задоволення від роботи та повага людей. Це підтверджує те, що в медицині України, незважаючи на низький рівень заробітної плати, основними пріоритетами були і є принципи гуманізму.

Таблиця 8

Стимули для покращання якості медичної допомоги залежно від стажу роботи лікарів, у%

Стаж роботи/ Стимули	Моральне задоволення	Матеріальне стимулювання	Кар'єрне зростання	Професійне зростання	Повага людей	Відзнака керівництва
До 5 років	46,15	46,15	53,85	15,38	30,77	15,38
6–10 років	37,5	93,75	31,25	6,25	56,25	6,25
11–15 років	60	60	20	20	20	0
Більше 15 років	48,48	78,79	18,18	24,24	63,64	3,03

326 (97,60±1,67%) опитаних вважають, що потрібно впровадження системи мотивації надання якісних медичних послуг.

Висновки:

1. Побутові умови та матеріальне забезпечення робочого місця не задовольняють 150 ($44,91 \pm 5,44$ %) лікарів;

2. Існує взаємозв'язок між рівнем заробітної плати й атестаційною категорією лікаря: $94,74 \pm 2,44$ % лікарів без категорії, $83,33 \pm 4,08$ % лікарів із другою атестаційною категорією та $54,55 \pm 5,45$ % лікарів із першою категорією мають рівень заробітної плати до 2000,00 грн. Заробітну плату, більшу 3001,00 грн, отримують лише $24,00 \pm 4,67$ % лікарів вищої атестаційної категорії. 310 ($92,81 \pm 2,83$ %) опитаних лікарів вважають, що фактичний розмір їх заробітної плати не відповідає навантаженню на робочому місці, і справедливою для них є заробітна плата у розмірі 5000,00 грн і більше;

3. Дослідження виявило, що більшість лікарів – 292 ($87,42 \pm 3,63$ %) – не отримують доплати за якісну працю і $70,05 \pm 5,01$ % опитаних зазначили, що в їх лікарнях не існує ефективної системи мотивації персоналу за якість праці;

4. Незважаючи на високу завантаженість, переважна більшість лікарів 288 ($86,23 \pm 3,77$ %) – готові більше і якісніше працювати за додаткову плату;

5. Навіть при недостатньому рівні матеріального задоволення більшість лікарів – 122 ($73,05 \pm 4,85$ %) не згодні змінити професію за умови збільшення заробітної плати;

6. Крім матеріального стимулювання, на думку лікарів, мотиваційними чинниками підвищення якості медичної допомоги є група моральних факторів: повага оточуючих ($52,09 \pm 5,46$ %); моральне задоволення від якісного надання медичної допомоги ($46,11 \pm 5,46$ %); можливість кар'єрного зростання ($28,14 \pm 4,92$ %); професійне зростання ($17,96 \pm 4,20$ %); відзнака керівництва ($5,99 \pm 2,60$ %). Дослідження показало, що пріоритетність стимулів залежить від стажу роботи лікарів;

7. Опитування виявило, що 163 ($97,60 \pm 1,67 \%$) лікарів вважають, що в закладах охорони здоров'я потрібне впровадження ефективної системи мотивації надання якісних медичних послуг.

Використана література

1. Алексеев Н.А., Батина Н.П. Методика оценки трудозатрат при оплате труда врачей хирургических специальностей // *Здравоохранение*. 2003. - № 6. - С. 25-31.
2. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. – К.:За друга, 2001.
3. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів / Ю.В. Вороненко, А.М. Сердюк, О.П. Мінцер [та ін.]. // *Україна. Здоров'я нації*. – 2007. – №1. – С. 37- 41.
4. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.-311с.
5. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія / В.В. Горачук . – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. - С. 18-23.
6. Дяченка В. Г., Капітоненко Н.А., Пудовкіна Н.А., Потылицына Л.К. Система контролю за якістю медичної допомоги. // *Ж. Медичне страхування*. 2006 р., № 1-2 (13-14), з. 47-51.
7. Зюков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги» / О.Л. Зюков // *Охорона здоров'я України*. — 2007. — № 3–4. – С. 54–59.
8. Комаров Н.В., Кислицын В.А., Комаров Р.Н., Терентьев В.А. Экономические методы управления деятельностью медицинского персонала // *Здравоохранение*. 2003. - № 9. - С. 47-51.
9. Конституція України / Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996. - N 30. - с.141, зі змінами 2011 р.
10. Ливенс [Lievens] Т. Понимание проблем трудовых ресурсов здравоохранения: пособие по некоторым вопросам использования качественных методов / Т. Lievens, М. Lindelow, Р. Serneels // *Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения, адаптированное*

для применения в странах с низким и средним уровнем доходов / М. R. Dal. Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain, Agnes L.B. Soucat. – ВОЗ, 2012. – р. 139–156.

11. Линденбратен А.Л. Экономическое стимулирование медицинского персонала амбулаторно-поликлинического учреждения /Под ред. О.П. Щепина. М., 1995.-44 с.

12. Пономаренко В.М.. Москалец Г.М. Забезпечення населення України медичними кадрами// Вісн. Соц. Гігієни та організації охорони здоров'я України. 2001 -№ 4 – С.79

13. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги. / Закон України від 7 липня 2011 року N 3611-VI. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: /<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрану.

14. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html. – Назва з екрану.

15. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №752. Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_752.html – Назва з екрану.

16. Радиш Я.Ф.Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування //Передмова за заг. Ред.. проф.. Н.Р.Нижник. – К.:Вид-во УАДУ, 2001.- 301с.

17. Ричи Ш. Управление мотивацией : учеб. пос. для вузов / Ш. Ричи, П. Мартин ; пер. с англ., под ред. проф. Е. А. Климова. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 399 с.

18. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. — 86 с.

19. Adams O. Pay and non-pay incentives, performance and motivation / O. Adams, V. Hicks. – Paper prepared for the WHO's workshop on a Global Health Workforce Strategy, Annecy, France, 2000 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/index.htm>. – Title from screen.

20. Employee motivation: The insight gleaned from employee surveys can be key to your success // Credit union magazine. 2003. - Vol. 69, part 2. - P. 29-30.

21. Farmer S., Seers A. Time Enough to Work: employee motivation and entrapment in the workplace // Time and society. Sage Publications. - 2004, Vol. 13; PART 2/3.-P. 265-284.

22. Hays J. M., Hill A.V. A preliminary investigation of the relationships between employee motivation/vision, service learning, and perceived service quality // journal of operations management. -2001. Vol. 19/ - № 3. - P. 335-349.

23. Latham G.P., Pinder C.C. Work Motivation Theory and Research at the Dawn of the Twenty-First Century // Annual review of psychology. 2005. - Vol. 56. - P. 485-516.

24. Mak B.L., Sockel H. A confirmatory facto analysis of IS employee motivation and retention // Information and management. Elsevier science division. - 2001. -Vol. 38. -№5.-P. 265-276.