

Зміст

Вступ.....	3
Огляд літератури.....	5
Матеріали і методи.....	24
Результати досліджень та їх обговорення.....	28
Висновки.....	43
Практичні рекомендації.....	45
Список використаної літератури.....	46

Вступ

Актуальність

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.

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.

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

За 24 роки існування України, як незалежної держави відбулися великі зміни, що сприяли перегляду, коригування планів і програм вищих медичних закладів. Особливої уваги набула профілактична спрямованість медицини і охорони здоров'я. Офіційного статусу набули методи лікування та діагностики.

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.

Для оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я слід враховувати як показники обсягу їхньої роботи, так і показники якості медичної допомоги.

У сучасних економічних умовах забезпечення високої якості медичної допомоги та належних кінцевих результатів діяльності окремих лікарів, підрозділів і лікувально-профілактичних закладів у цілому виходить на

перший план. Це пов'язано з тим, що їх діяльність впливає на стан здоров'я населення та ефективність використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів галузі. Тому дослідження мотиваційних компонентів забезпечення якості медичної допомоги є досить актуальним в наш час, бо веде до покращення показників якості здоров'я нації.

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.

Засвоєння методики визначення показників якості лікування дасть змогу розробляти заходи щодо усунення недоліків у медичному забезпеченні населення.

Розділ 1

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.

На сьогодні відсутнє єдине загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я, адже проблема має безліч аспектів і кілька концепцій, що з часом змінюються і удосконалюються.

Також існує безліч визначень якості медичної допомоги (ЯМД). Так, Rasoveanu N. T., Jonhansen K. S. (1995) вважають, що якісна медична допомога – це та, що точно відповідає визначеним вимогам, з використанням сучасних знань і ресурсів, та забезпечує очікувану максимальну користь від її надання і зниження ризику до мінімального. За визначенням ВООЗ (1998), «якість – це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нерационального харчування». У міжнародних стандартах серії ISO 9000, що використовується для розробки та сертифікації систем якості, це поняття визначається як сукупність характеристик об'єкту, що стосується його здатності задовольняти встановлені потреби. Успенська І. В. і Пономарьова Г. А. розуміють якість через сукупність властивостей і характеристик медичних послуг, які визначаються їх спроможністю задовольняти потреби людини і суспільства у зміцненні здоров'я. А одна з головних вимог до якості

медичної допомоги – це задоволеність пацієнта (населення) наданими йому медичними послугами.

Під якою слід розуміти оцінку медичного обслуговування та її ефективність стосовно певного випадку захворювання з урахуванням запобігання ризику його подальшого розвитку; професійні знання і наукові досягнення медицини забезпечують оптимальні клінічні, функціональні і психологічні результати, тобто під якістю в широкому понятті розуміють її оцінку і забезпечення (М. М. Веренцов, Н. В. Чепурненко, 1986).

За визначенням В. Ф. Чавпецова (2000), якість медичної допомоги як об'єкт дослідження і управління являє собою властивість процесу взаємодії лікаря і пацієнта, обумовлену кваліфікацією професіонала, тобто спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань.

Якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятими з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність.

В процесі надання медичної допомоги якість відображає весь спектр взаємодії медичного працівника і пацієнта, тому всі складові цього процесу будуть характеризувати якість медичної допомоги:

- профілактична спрямованість;
- доступність;
- результативність;
- між особові відношення;
- ефективність;
- безперервність;
- безпечність;
- зручність;
- задоволеність пацієнта.

Теорія управління якістю пропонує визначити якість в системі медичної допомоги за 8 характеристиками:

- 1.Професійна компетентність.
- 2.Доступність.
- 3.Економічна ефективність.
- 4.Особисті взаємини.
- 5.Безперервність.
- 6.Послідовність.
- 7.Безпечність.
- 8.Зручність.

Професійна компетентність – це рівень навичок, що реалізуються в процесі діяльності людей, що надають медичну допомогу.

Доступність – ступінь безперешкодного надання медичної допомоги, незалежно від географічних, економічних, соціальних та інших чинників.

Результативність – міра, у якій лікування пацієнта призводить до поліпшення його стану, або бажаного результату.

Особисті взаємини: чинник взаємовідносин належить до якості взаємодії між провайдером послуг та споживачем, керівництвом і провайдерами медичної допомоги, медичними працівниками та місцевими жителями.

Економічна ефективність – відношення між потребою в обслуговуванні та наявними ресурсами для надання медичної допомоги. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше допомоги найкращої якості, що може бути досягнуто при наявних ресурсах.

Безперервність і послідовність. Чинник безперервності віддзеркалює ступінь, в якому пацієнт одержує необхідне йому медичне обслуговування без перерв, зупинок або зайвих повторень обстежень або лікування .

Безпечність. Чинник безпеки належить до ступеня, в якому система медичної допомоги знижує ризик пошкодження, інфікування, побічних явищ чи інших збитків у процесі надання медичної допомоги.

Зручність. Комфортність є однією з характеристик медичного обслуговування, що безпосередньо не належить до клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на ступінь задоволеності пацієнта якістю обслуговування. Комфортність визначається зовнішнім виглядом і чистотою приміщень, що використовуються, обладнанням і персоналом, а також заходами, що вживаються для забезпечення комфорту і зручності.

Діяльність із забезпечення якості медичної допомоги може бути спрямована на одну або декілька характеристик з цього переліку. Вони допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості і оцінці ступеня дотримання стандартів. Кожна з цих характеристик повинна розглядатися в світлі специфічної програми і в місцевому контексті. Всі вони мають відношення як до клінічного і організаційного аспектів надання медичної допомоги, так і до роботи допоміжних служб.

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 ввічливими та уважними 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.

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 на заклади ОЗ потрібні (особливо недооцінюють профілактичні служби) і зрештою не можуть адекватно оцінити професійну компетенцію.

Медперсонал зазвичай звертає більше уваги на професійну компетенцію, ефективність і безпеку. На погляд 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.

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

Зюков О.Л. для виділення змістовних компонентів, що становлять основу поняття «якість медичної допомоги», провів контент-аналіз. За одиницю аналізу було прийнято наступні характеристики ЯМД:

- адекватність – застосування заходів, технологій використання ресурсів, кількісно і якісно достатніх для досягнення поставлених цілей (науково-технічний рівень, своєчасність, доступність, достатність). Під доступністю розуміється відсутність географічних, економічних, соціальних та інших перешкод при отриманні медичної допомоги, тобто можливість отримання споживачем необхідної йому допомоги у відповідний час, в певному місці, в достатньому обсязі при оптимальних витратах;
- технологічне виконання - відповідність нормативним вимогам і стандартам;
- результативність – зовнішня ефективність, що вимірює здатність медичних втручань впливати на покращення здоров'я або ступінь досягнення бажаного результату;

- ефективність – внутрішня ефективність, економічність, що відображає співвідношення результатів і витрат (ресурсів);
- здатність задовольняти потреби і очікування, або прийнятність;
- безпека – ступінь мінімалізації ризиків як для пацієнта (ятрогенія), так і для персоналу.

Методологія управління якістю:

1 Принцип - задоволення потреб і очікувань споживача (пацієнта) і внутрішнього споживача (медичного працівника). Якість визначається ступенем задоволення споживача. Саме невдоволення споживача змушує змінити всю систему надання медичної допомоги і побудувати її у відповідності з очікуванням.

2 Принцип – системний підхід. Роботу системи охорони здоров'я можна уявити як сукупність підсистем і процесів, що в них відбуваються. Для того, щоб досягти кращих результатів потрібно змінити систему.

3 Принцип – робота в командах. Команда – це колектив, який працює над досягненням спільної мети. В команді люди виконують свої завдання, тісно взаємодіють в процесі роботи. Один із засобів, за допомогою яких команда навчається працювати – аналіз власного досвіду.

4 Принцип – наукові методи. Для перевірки правильності передбачуваних змін здійснюються наукові дослідження, які повинні дати відповіді на три питання:

- 1) якого результату хочемо досягти?
- 2) на якій підставі ми припускаємо, що зміни призведуть до поліпшення?
- 3) які саме зміни можуть призвести до поліпшення?

Найбільш влучною для визначення якості медичної допомоги підходить пропозиція F. Donabedian характеризувати якість трьома аспектами:

- якість структури (організаційно – технічна якість ресурсів : будинки, споруди, устаткування, матеріали, кадри);

- якість процесу (технології, діагностика, профілактика, лікування, дотримання стандартів);
- якість результату (досягнення прийнятих клінічних показників і співвідношення їх до економічних показників).

Якість структури – це сума компонентів якості медичної допомоги, що описують умови її надання. У поняття «умови» включаються: кваліфікація кадрів, наявність і стан устаткування, раціональність використання устаткування, стан будинків і приміщень, лікарське забезпечення в медичній установі, наявність і поповнення, видаткових матеріалів і т.д. Структурна якість може визначатися як стосовно медичної установи в цілому, з його матеріально-технічною базою, кадровим забезпеченням, організацією роботи, сервісними умовами (у цьому випадку говорять про можливість ЛПУ робити медичні послуги належного рівня), так і кожному медичному працівнику окремо. В останньому випадку оцінюються його професійні якості, тобто сума умінь, знань, навичок виконання конкретних лікувально-діагностичних маніпуляцій. Якість структури забезпечує: обмін необхідною інформацією для зовнішніх і внутрішніх зв'язків медичної установи з використанням сучасних інформаційних технологій; доступ пацієнтів і громадян до інформації, яка дасть їм змогу брати участь у рішеннях, що стосуються їх здоров'я та медичного обслуговування. Структурна якість підвищує кваліфікаційний рівень, рівень працездатності, підтримує на відповідному рівні необхідні навички та забезпечує регулярність оновлення одержаних ними знань. Якість процесу надання медичної допомоги забезпечують клінічні рекомендації та протоколи. Клінічні рекомендації – це твердження, які розроблені на основі визначеної методології, мають за мету допомогти лікарю і пацієнту у прийнятті рішення щодо надання раціональної медичної допомоги у різних клінічних випадках. Клінічні протоколи – технічні нормативно - правові акти щодо вимог надання медичної допомоги хворому при певному захворюванні.

Якість процесу — це сума компонентів якості медичної допомоги, що описує наскільки комплекс лікувально-діагностичних заходів, зроблених конкретному хворому, був оптимальний.

Важливий принцип, що лежить в основі процесуального підходу до системи забезпечення якості — це створення таких умов, коли помилка виконавця, випадкове відхилення від нормативного процесу в процесі виконання медичної технології, не приводять до погіршення результату медичної допомоги.

Якість результату — це сума компонентів якості медичної допомоги, що описує відношення фактично досягнутих результатів з реально досяжними (планованими). У залежності від оцінюваного об'єкта під планованими результатами можна розуміти:

- динаміку стану здоров'я конкретного пацієнта;
- результати лікування усіх хворих в ЛПУ за звітний період;
- стан здоров'я населення території.

У свою чергу система забезпечення якості медичної допомоги складається з 3-х елементів. До них відносяться:

- 1) учасники контролю (тобто хто повинний здійснювати контроль);
- 2) засобу (за допомогою чого здійснюється контроль);
- 3) механізми контролю (яким чином здійснюється контроль, послідовність дій).

Для надання інформації про стан речей, необхідну для ефективного управління були розроблені індикатори якості медичної допомоги. Індикатори якості медичної допомоги – це кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно. Користувачами індикаторів є медичні працівники, які надають медичну допомогу, пацієнти, члени управління. Європейськими вимогами до індикаторів (за Davies, 2005) є : дієвість(чи відображає індикатор те, що він має відображати?), надійність (чи немає відмінностей при вимірюванні одних

характеристик в різний час та за різних обставин?), чутливість до змін (чи будуть в результаті вимірювання відрізнятися належна та недостатня якість? Чи будуть виявлені варті уваги поліпшення?). Індикатори засновуються на первинних даних, які містяться у медичній документації. До них належать: медична карта амбулаторного хворого (ф.№025\01), статистичний талон реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф.№025-1\0), талон амбулаторного пацієнта (ф.№ 025-6\0, 025-7\0), медична карта стаціонарного хворого – історія хвороби (ф.№003\0), статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (ф.006\0). Індикатори рідко забезпечують пряму міру якості. Замість цього вони слугують вказівками для ідентифікації можливих проблем та/або можливостей вдосконалення якості. Індикатори не забезпечують відповідей на питання, а скоріше привертають увагу до тих сфер, де доцільно привести спеціальні дослідження або вжити заходів щодо вдосконалення якості. Вона забезпечують однорідність методів оцінювання результатів у формі еталонного порівняння (за матеріалами Hew Davies. Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. NHS, 2005).

Використання індикаторів

Правильне	Шкідливе
Комплексний аналіз тих складових, які можуть бути виміряні.	Формальне порівняння індикаторів та організаційні висновки на підставі такого порівняння.
Внутрішній аналіз та порівняння для виявлення аспектів, які можуть бути вдосконалені.	Використання індикаторів у якості «турнірних таблиць».
Мета – покращення якості медичної допомоги, а не значень індикаторів.	Ігнорування суттєвих особливостей первинних даних, статистичної похибки та інших факторів.

«Якість ніколи не буває випадковою. Якість – це завжди результат неймовірних зусиль, довготривалих роздумів та правильних дій. Якість – це вибір мудрих.» - J. Ruskin.

Післядипломна освіта лікарів - освіта, основною метою якої є забезпечення високого професійного рівня спеціалістів в умовах стрімкого розвитку біотехнологій та медичної науки. Етапність безперервної післядипломної освіти лікарів зазначено в Наказі МОЗ України "Про подальше удосконалення атестації лікарів" від 19 грудня 1997 року за № 359.

Спеціалізація - здобуття лікарем однієї з зазначених у номенклатурі лікарських спеціальностей, затверджених МОЗ України. Підготовка спеціалістів (первинна спеціалізація) проводиться через інтернатуру.

Інтернатура - регламентується Наказом МОЗ України від 10.09.1996 за № 291 "Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних та фармацевтичних закладів III-IV рівнів акредитації". Тривалість навчання - 1-2 роки, залежно від спеціальності. Форма навчання - денно-заочна. Денне навчання проводиться в інститутах або факультетах удосконалення лікарів, на кафедрах медичних інститутів, університетів. Заочне навчання - в базових закладах охорони здоров'я.

Спеціалізація та перепідготовка лікарів за спеціальностями, які не передбачені циклами спеціалізації в інтернатурі, проводиться на циклах спеціалізації на факультетах або в інститутах удосконалення лікарів. Спеціалізація здійснюється після закінчення інтернатури з основної спеціальності. Направлення на спеціалізацію проводиться після того, як лікар обіймав відповідну посаду стажера з даної спеціалізації.

Після закінчення інтернатури та циклу спеціалізації проводиться атестація на присвоєння звання "лікар-спеціаліст" з відповідної спеціальності. За результатами атестації видається сертифікат. Уніфікована оцінка знань проводиться методом комп'ютерного тестування, згідно з

Наказом МОЗ України від 19.12.1997 за № 359 "Про подальше удосконалення атестації лікарів".

Удосконалення - подальше підвищення кваліфікації лікарів із метою підтримки сучасного рівня підготовки.

Тематичне удосконалення - підвищення кваліфікації за окремими розділами відповідної спеціальності. Проводиться в період між передатестаційними курсами.

Клінічна ординатура - дворічна форма післядипломного підвищення кваліфікації лікарів.

Передатестаційні курси складаються з передатестаційного циклу та відповідного тестового іспиту і мають проходити не пізніше як за рік, що передує атестації. Проводиться на факультетах або в інститутах післядипломної освіти лікарів.

Атестація лікарів проводиться з метою підвищення відповідальності за ефективність і якість роботи, більш раціональної розстановки кадрів, з урахуванням їхньої професійної майстерності, досвіду та складності виконуваних робіт. Лікарі мають проходити атестацію не рідше одного разу на 5 років.

Основні завдання атестації:

- визначення рівня професійної підготовки лікарів;
- оцінка трудової діяльності лікарів;
- оцінка можливості подальшого використання спеціалістів;
- підвищення кваліфікації лікарів.

Розрізняють такі *види атестації лікарів*:

- атестація на визначення знань і практичних навичок із присвоєнням або підтвердженням звання "лікар-спеціаліст";
- атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

До атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії допускаються лікарі, які:

- мають сертифікат лікаря-спеціаліста;
- працюють за спеціальністю, передбаченою Номенклатурою лікарських спеціальностей;
- закінчили протягом року передатестаційний цикл у закладі післядипломної освіти (факультеті післядипломної освіти), склали іспит і мають свідоцтво з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії.

Від передатестаційного циклу звільняються науково-педагогічні працівники кафедр закладів післядипломної освіти і факультетів післядипломної освіти, якщо вони атестуються за профілем кафедри. Ці спеціалісти складають тільки передатестаційний іспит.

Лікарі-спеціалісти, які закінчили навчання в клінічній ординатурі чи аспірантурі і мають необхідний стаж практичної роботи за даною спеціальністю, допускаються протягом року після закінчення навчання до атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії без проходження передатестаційного циклу. Передатестаційний іспит вони складають перед закінченням навчання на кафедрах закладів післядипломної освіти, факультетів післядипломної освіти, на яких створені екзаменаційні комісії за відповідним фахом.

Комплектування передатестаційних циклів проводиться відповідно до щорічної потреби закладів охорони здоров'я в навчанні лікарів, які підлягають атестації. Путівки на передатестаційний цикл заклад післядипломної освіти або факультет післядипломної освіти відповідно до поданням органу охорони здоров'я або за особистою заявою лікаря-спеціаліста.

Після закінчення передатестаційного циклу екзаменаційною комісією, яка створюється на відповідній кафедрі, проводиться іспит. Лікарям, які успішно склали іспит, заклад освіти видає свідоцтво встановленого зразка з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії.

Атестаційна комісія виносить своє рішення про присвоєння лікареві-спеціалісту кваліфікаційну категорії на підставі рецензії на звіт, поданих

документів та співбесіди зі спеціалістом. Встановлювати категорії, що вище ніж рекомендовані закладом освіти або факультетом післядипломної освіти, комісії не дозволяється.

Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями:

- друга кваліфікаційна категорія;
- перша кваліфікаційна категорія;
- вища кваліфікаційна категорія;

Другу кваліфікаційну категорію присвоюють лікарям-спеціалістам, які:

- мають стаж роботи з даної спеціальності не менше ніж 5 років;
- необхідну за програмою теоретичну та практичну підготовку за своєю спеціальністю;
- володіють сучасними методами профілактики, діагностики та лікування.

Лікарям, які працюють у сільських лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях, на посадах лікарів-епідеміологів, паразитологів, лікарів з гігієни праці, гігієни дітей та підлітків, гігієни харчування та комунальної гігієни санепідстанцій, що розташовані у сільських районах, на посадах дільничних терапевтів та дільничних педіатрів, лікарів швидкої допомоги, станцій санітарної авіації, друга кваліфікаційна категорія може бути присвоєна, коли є стаж роботи не менше трьох років.

Першу кваліфікаційну категорію присвоюють лікарям-спеціалістам, які:

- мають стаж роботи з даної спеціальності не менше ніж 7 років;
- мають необхідну за програмою теоретичну та практичну підготовку за своєю та за суміжними спеціальностями;
- володіють сучасними методами профілактики, діагностики і лікування.

Лікарям, які працюють у сільських лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях, на посадах лікарів-епідеміологів, паразитологів, лікарів з гігієни праці, гігієни дітей та підлітків, гігієни харчування та комунальної гігієни санепідстанцій, що розташовані у сільських районах, на посадах

дільничних терапевтів та дільничних педіатрів, лікарів швидкої допомоги, станцій санітарної авіації, перша кваліфікаційна категорія може бути присвоєна, коли є стаж роботи не менше п'яти років.

Вищу кваліфікаційну категорію присвоюють лікарям-спеціалістам, які:

- мають стаж роботи з даної спеціальності не менше ніж 10 років;
- мають високу теоретичну та практичну професійну підготовку згідно з програмою;
- володіють сучасними методами профілактики, діагностики і лікування хворих за своєю та суміжними спеціальностями.

Лікарям, які працюють у сільських лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях, на посадах лікарів-епідеміологів, паразитологів, лікарів з гігієни праці, гігієни дітей та підлітків, гігієни харчування та комунальної гігієни санепідстанцій, що розташовані у сільських районах, на посадах дільничних терапевтів та дільничних педіатрів, лікарів швидкої допомоги, станцій санітарної авіації, вища кваліфікаційна категорія може бути присвоєна, коли є стаж роботи не менше семи років.

У випадках, коли кваліфікація лікаря не викликає сумнівів у членів комісії, атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії може проводитися за рішенням атестаційної комісії без проходження передатестаційного циклу.

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.

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 утворення 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.

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.

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.

В реаліях сучасного українського суспільства більшість лікарів переконана, що існуюча заробітна плата не відповідає виконуваний 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. 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. 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 їх погіршення.

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.

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.

Професійній діяльності лікаря, як ніякій іншій, властиві підвищена відповідальність за результати своєї праці, висока емоційна напруга, велика кількість контактів з пацієнтами. Видатний лікар С.П.Боткін підкреслював: «Необхідно мати дійсно покликання до діяльності практичного лікаря, щоб зберегти душевну рівновагу при різних несприятливих умовах його життя, не вдаватися у відчай при невдачах або само спокушатися при успіхах».

За Х.Хекгаузенем мотивацію ми розуміємо як спонування до дії визначеним мотивом або групою мотивів, як процес вибору між різними можливими діями, що визначають цілеспрямованість поведінки суб'єкта. Поняття мотивації характеризує зміст мотивів та їх силу. Мотиваційна структура працівника (структура трудової мотивації) – це склад та співвідношення мотивів, що спонукають його до діяльності.

Мотиви – внутрішні інтерналізовані у свідомості працівників спонування до діяльності. Стимули – зовнішні чинники, що використовуються іншими суб'єктами для актуалізації мотивів працівників для виконання будь-якої діяльності. До стимулів відноситься і заробітна плата.

Існує також поняття інтересів – спрямованості суб'єкта на значимі для нього об'єкти, зв'язані із задоволенням його потреб. Інтереси приводяться в

дію мотиваційним механізмом, що є сукупністю зовнішніх та внутрішніх факторів, тобто стимулів, які спрямовують людину на здійснення певної трудової діяльності для задоволення потреб.

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.

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.

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.

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).

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Розділ 2

Матеріали і методи

2.1 Об'єкт дослідження

Впродовж 2014-2016 років проводилось анкетування 334 лікарів, які працюють у стаціонарних та амбулаторних підрозділах закладів охорони здоров'я міста Суми.

2.2. Методи дослідження

Анкета- це документ, у якому міститься впорядкований перелік питань, що дають змогу отримати нову інформацію.

Створенню анкети передуює розробка програми дослідження у зв'язку з тим, що в анкету закладаються гіпотези, сформульовані завдання, котрі потрібно вирішити під час соціологічного дослідження. Перекласти мову науки на запитання до респондентів - процедура складна, але необхідна. Існує різниця між науковими термінами й буденною мовою, тому поняття можуть мати для простих людей і вчених різні значення.

Анкета починається зі вступної частини — звернення до респондента. У ньому визначається мета дослідження, спосіб заповнення анкети. Далі йде основна частина анкети з блоками запитань до опитуваних. Структура та послідовність запитань в анкеті передбачає розвиток комунікації соціолога з респондентом: завоювання довіри, пробудження зацікавленості, бажання продовження бесіди та ін. Логіка побудови запитань в анкеті відповідає меті дослідження й отримання інформації, що перевіряє гіпотези.

Питання слід формулювати максимально конкретно та точно, не допускати неясності й неоднозначності.

Усі запитання поділяють на два основні типи:

- відкриті ;
- закриті.

Відкриті запитання-це ті, щодо яких дослідник не пропонує респондентові переліку підготовлених відповідей, а залишає місце для відповідей у довільній формі. Ознайомлення з відповідями на відкриті запитання дають можливість соціологові відчуті проблеми людей, що стоять за цифрами звіту. Однак досвід показує, що на відкриті запитання відповідає лише третина респондентів, при цьому відповіді чи надто стереотипні, чи дуже конкретні, малоінформативні. Окрім цього, такі запитання важко обробляти.

Закриті запитання — це ті, в яких після тексту запитання пропонується перелік відповідей.

До анкети також включають запитання-фільтри. Завдання таких запитань - відсіяти тих респондентів, яких не стосується наступне запитання. Запитання, які стосуються соціально-демографічних характеристик респондента, зазвичай, завершують анкету. Опитування проводяться анонімно й соціально-демографічний блок передбачає взяття до уваги таких позицій: вік; стать; рід занять; національність, місце проживання, освіта (якщо проблема дослідження передбачає їх важливість).

При формулюванні запитань анкети необхідно виконувати такі правила:

- однозначність - мова йде про однакове розуміння змісту запитання респондентами. Дуже важливим є визначеність понять та їхня конкретність. Іноді запитання анкети містять у собі два, а то й більше запитань, що є недоцільним і заважає отримати об'єктивну інформацію;
- стислість - досвід проведення соціологічних досліджень свідчить, що чим довше запитання, тим важче респондентові зрозуміти його зміст. Якщо запитання довге, то поки респондент дочитає його до кінця, він забуде початок;
- валідність - міра відповідності запитання анкети проблемі, що вивчається. Запитання можуть бути прямі та непрямі. Валідність запитання визначається точністю переведення показника в запитання.

Ми використовували в анкетуванні закриті питання. Проводилось опитування лікарів за наступними питаннями:

- необхідно було вказати професійну групу, стаж та місце роботи;
- зазначити атестаційну категорію;
- вказати рівень зайнятості лікаря;
- яку частину робочого часу витрачають лікарі на лікувальну роботу?
- рівень заробітної плати лікаря;
- яким є справедливий розмір заробітної плати для Вас?
- чи мають лікарі доплату за якість праці?
- визначити спонукальні чинники 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 критерію Стьюдента. Вірогідною вважалась різниця $p < 0,05$.

Відсотком (процентом) від числа А називається одна сота частина цього числа. Слово «відсоток» пішло від латинського pro cento, що в перекладі значить «із сотні». Позначення процентів «%» походить від перекручення письмового запису сто. Для того щоб порахувати процентне співвідношення двох чисел слід користуватися таким правилом. Для того щоб знайти процентне відношення двох чисел, потрібно одне з чисел розділити на інше і отриманий результат помножити на 100. Наприклад, на питання «чи згодні Ви змінити професію за умови збільшення заробітної плати?» 244 лікарі дали відповідь «ні». Отже: $244/334 * 100\%$, ми маємо 73,05%. Так проводились розрахунку відсоткового співвідношення.

Результати підрахунків було подано у вигляді таблиць, гістограм, діаграми Парето. Таблиця — це перелік, зведення статистичних даних або інших відомостей, розташованих у певному порядку за рядками та стовпчиками. Гістограма (від грец. histos, тут стовп + gramma — межа, буква, написання) — спосіб графічного представлення табличних даних. Являє собою діаграму, що складається з прямокутників без розривів між ними. Діаграма Парето – різновид стовпчикової діаграми, яка дозволяє встановити значимість різних факторів, які обумовлюють ту чи іншу характеристику даних, що підлягають контролю. Приклад: частота акушерських кровотеч, випадків екстрагенітальної патології, гестозів вагітності, інфекційних факторів в структурі материнської смертності.

Розділ 3

Результати досліджень та їх обговорення

Нами проведене дослідження серед лікарів, які працюють у стаціонарних та амбулаторних підрозділах закладів охорони здоров'я м. Суми впродовж квітня 2013 року. Метою дослідження було виявлення основних мотиваційних чинників підвищення якості медичної допомоги серед лікарів закладів охорони здоров'я м. Суми. Усього було опитано 334 респонденти.

Розподіл лікарів за професійними групами в абсолютних числах поданий у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

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 ($49,70 \pm 5,47$ %), лікарі хірургічних стаціонарів – 74 ($22,15 \pm 4,54$ %), лікарі загальної практики – сімейні лікарі та дільничні терапевти – 54 ($16,18 \pm 4,03$ %), лікарі стаціонарів терапевтичного профілю – 24 ($7,18 \pm 2,83$ %) і дільничні педіатри – 16 ($4,79 \pm 2,34$ %).

Відповідно до стажу та місця роботи респонденти розподілилися таким чином (рис. 3.1).

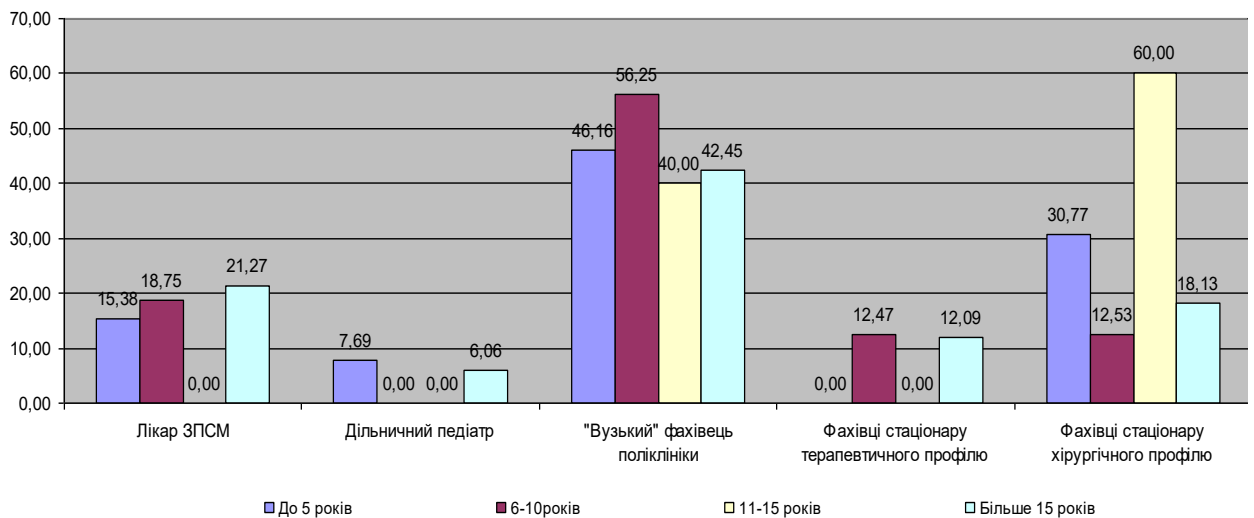


Рис. 3.1 Розподіл респондентів відповідно до стажу роботи (у %)

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 $15,38 \pm 3,95$ %, дільничними педіатрами – $7,69 \pm 2,92$ %, «вузькими» фахівцями у поліклініках – $46,16 \pm 5,46$ %, фахівцями стаціонару хірургічного профілю – $30,77 \pm 5,05$ %;

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

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

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

Розподіл лікарів за атестаційними категоріями та місцем роботи показаний у табл. 3.2 у відсотках.

Таблиця 3.2

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

Категорія	Лікар ЗПСЛ (дільничний терапевт)	Дільничний педіатр	«Вузкий» 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. 3.2 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 – $4,00 \pm 2,14$ %, хірургічного профілю – $26,00 \pm 4,74$ %;

«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 $3,59 \pm 2,04$ % лікарів погоджуються з тим, що вони завантажені неповністю (менше 100 %).

Таблиця 3.3

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», $45,00 \pm 5,44$ % працюють у стаціонарних відділеннях, а $55,00 \pm 5,44$ % – у поліклініці. Серед лікарів, які,

на їхній погляд, завантажені більше, ніж на 100 %, переважна частина ($68,00 \pm 5,10$ %) 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 недовантаженість 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 $46,11 \pm 5,45$ % лікарів витрачають на лікувальну роботу більше 70 % робочого часу; 31 ($70,00 \pm 5,01$ %) лікарів відповіли, що на лікувальну роботу витрачають 51–70 % робочого часу; $16,42 \pm 4,05$ % – витрачають 31–50 % робочого часу; $5,97 \pm 2,59$ % лікарів витрачають на лікувальну роботу 11–30 % робочого часу.

Кількість робочого часу, витраченого на лікувальний процес, відповідно до стажу роботи лікарів показано в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

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. 3.4 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. 3.2.

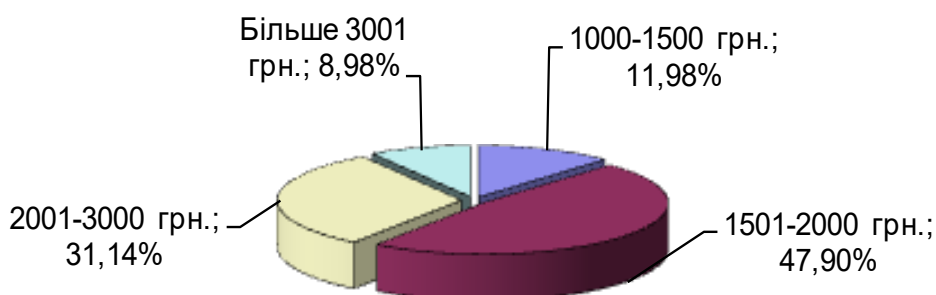


Рис. 3.2. Рівень заробітної плати лікарів

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. 3.5.

Таблиця 3.5

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. 3.5 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. 3.3.

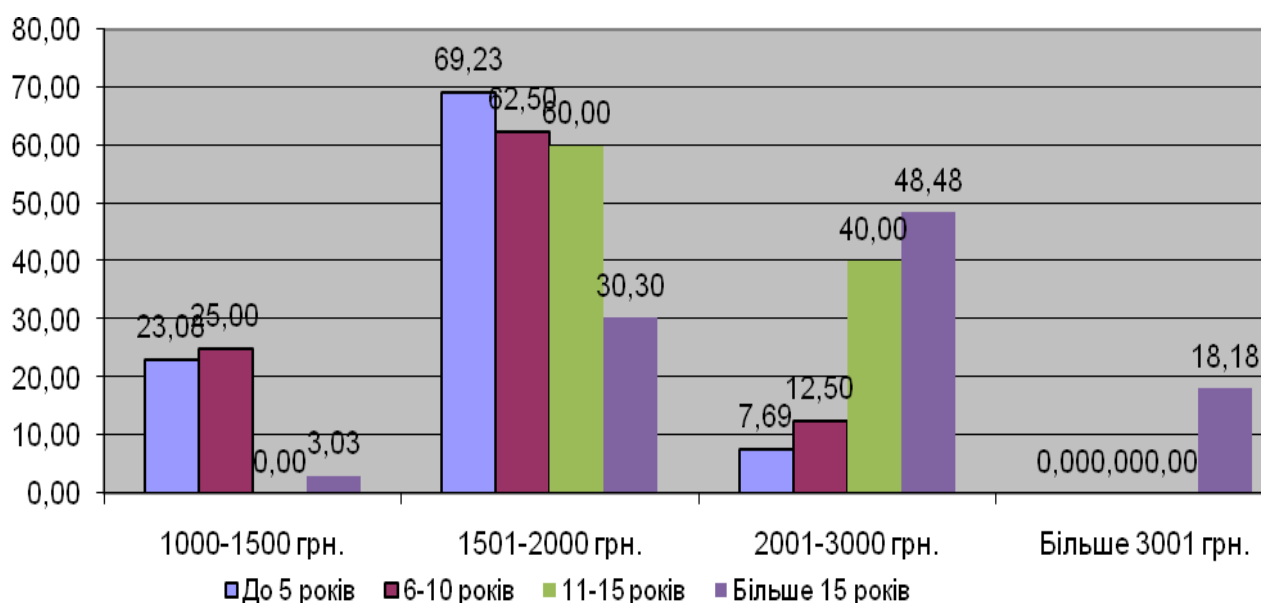


Рис. 3.3 Диференціація рівня заробітної плати відповідно до стажу роботи (у %)

Аналіз даних, наведених на рис. 3.3, 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. 3.4. 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.

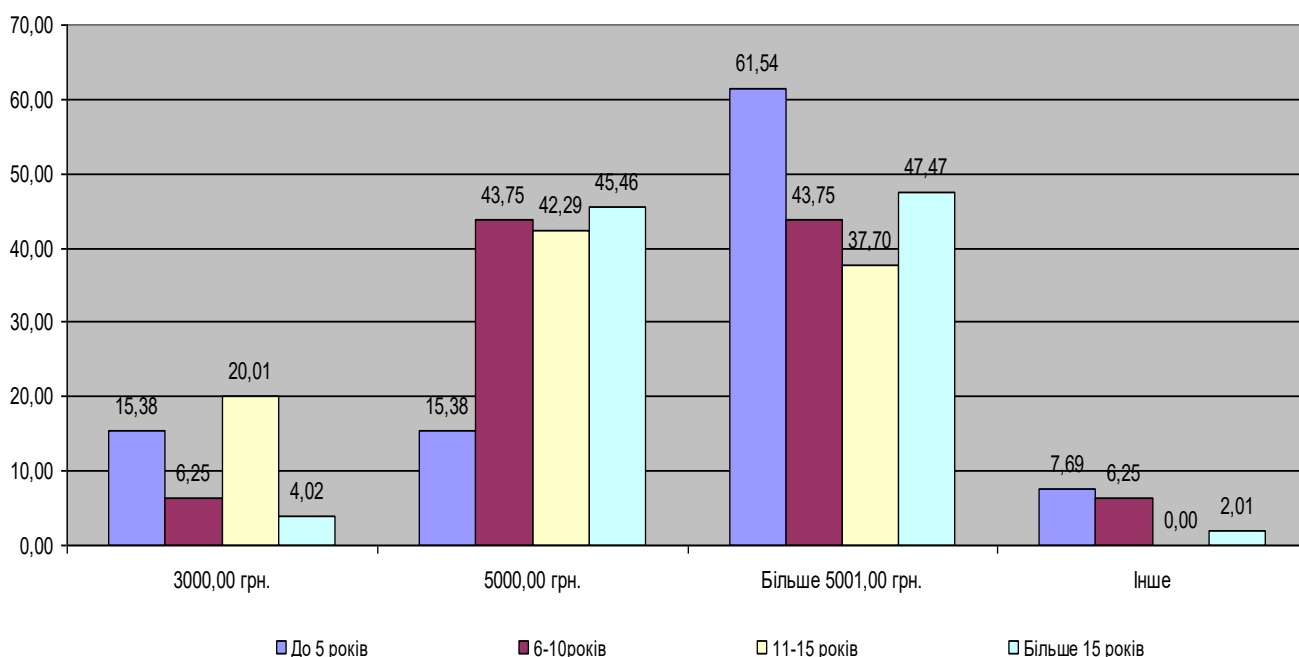


Рис. 3.4. Рівень заробітної плати, який лікарі вважають справедливим відповідно до стажу роботи (у %)

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

Наявність атестаційної категорії у лікарів також визначає їхнє ставлення до визначення розміру справедливої заробітної плати (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

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. 3.6 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 $87,42 \pm 3,63$ % опитаних відповіли негативно; 42 або $12,58 \pm 3,63$ % відповіли, що мають доплату за якісну працю. Наявність доплати лікарям за якість праці відповідно до стажу надана у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

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. 3.5). Оскільки респонденти мали можливість вибрати декілька варіантів відповіді, то сума відповідей перевищує 100 %.

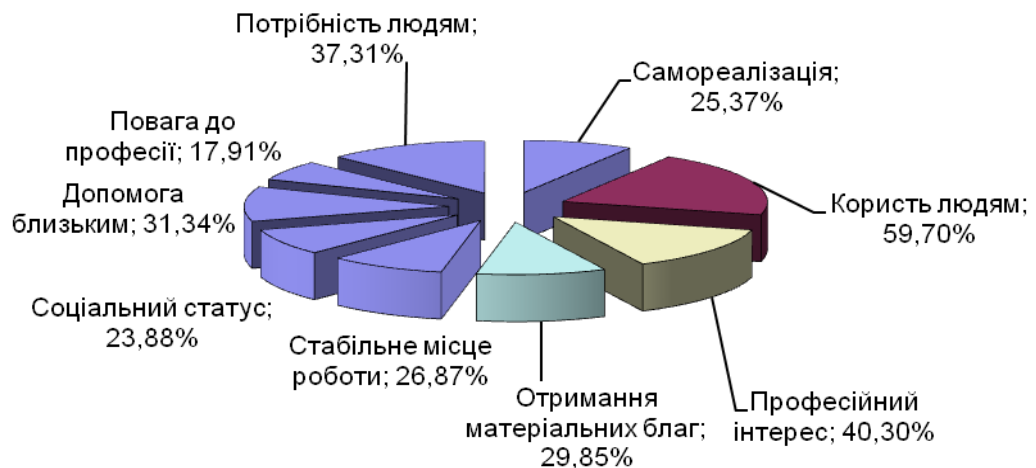


Рис. 3.5 Спонукальні чинники обрання професії лікаря

59,76 ± 5,36 % лікарів зазначили, що працюють, оскільки мають бути корисними людям; 40 ± 5,36 % працюють заради професійного інтересу; 37,31 ± 5,29 % – заради відчуття потреби людям; 31,34 ± 5,08 % зазначили, що це їм дає можливість допомогти у лікуванні рідних та близьких; 29,85 ± 5,01 % – отримання матеріальних благ. Інші відповіді набрали близько 25,00 ± 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 ± 4,86 % не згодні змінити професію за умови збільшення заробітної плати. Згодні змінити професію за умови збільшення заробітної плати 90, або 26,95 ± 4,86 % опитаних.

Лікарі, які мають більший стаж роботи не згодні змінювати професію, ніж ті, які пропрацювали менше рис. 3.6.

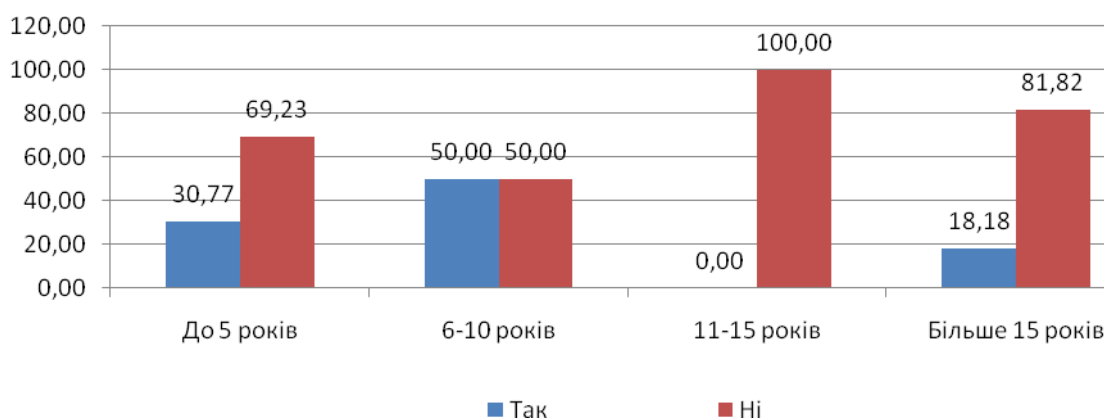


Рис. 3.6. Згода на зміну професії за умови збільшення заробітної плати відповідно до стажу

На рис. 3.6 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 меншим професійним стажем (рис. 3.7).

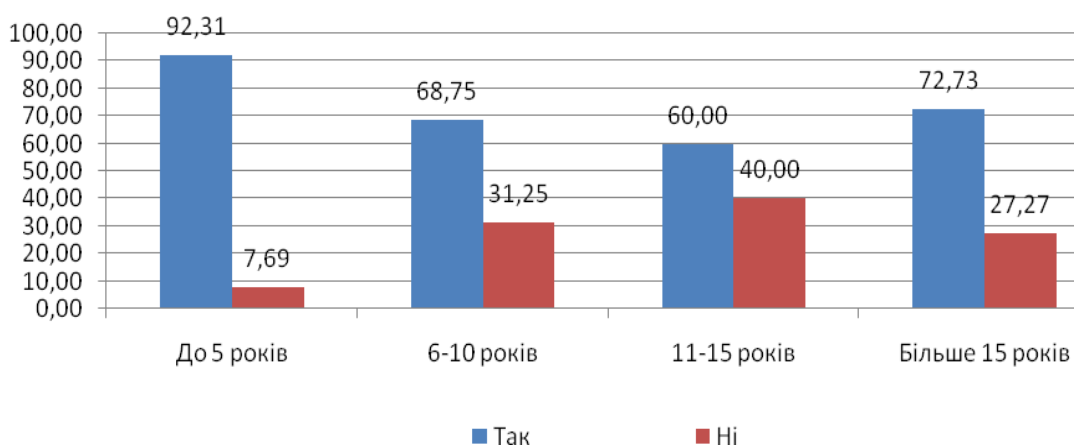


Рис. 3.7. Залежність додаткової оплачуваної роботи від стажу (у %)

Додатково оплачувану роботу не 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. 3.8).

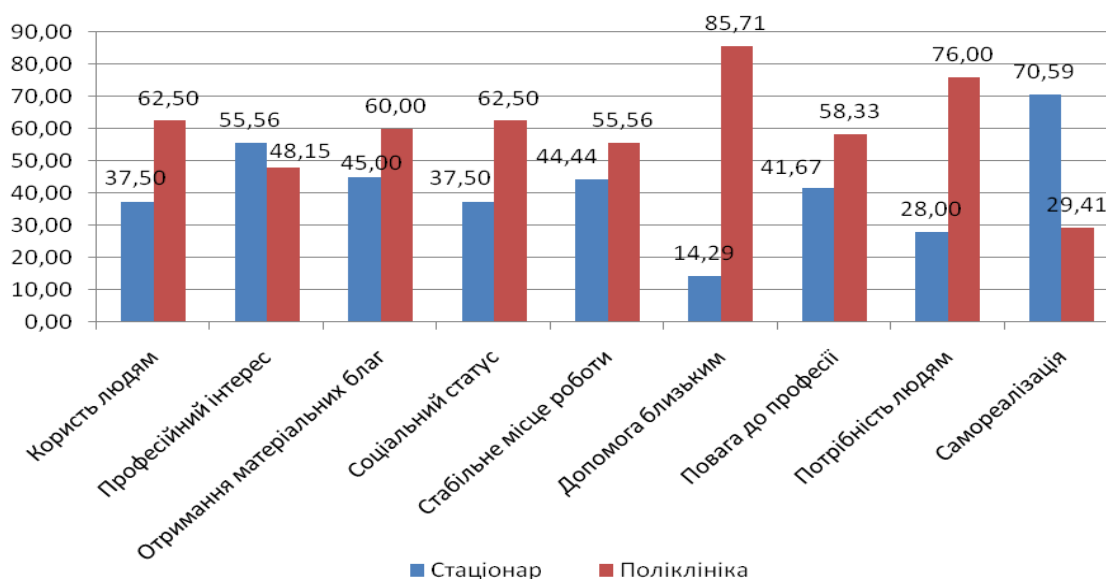


Рис. 3.8. Діаграма опитування респондентів щодо вибору професії лікаря, %

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. 3.9.

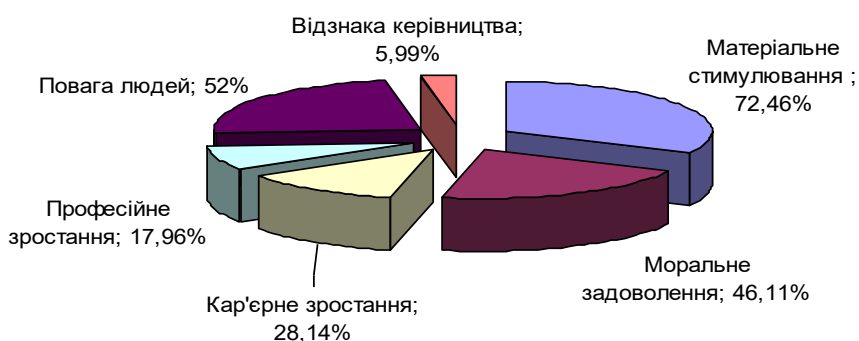


Рис. 3.9. Основні стимули для покращання якості медичної допомоги, на думку лікарів, %

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. 3.8). Дані табл. 3.8 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. 3.1 і рис. 3.9, 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 3.8

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.

Практичні рекомендації

Провівши дослідження методів стимулювання праці лікарів, аналізуючи їх мотиваційні переваги, життєві цінності, задоволення ними в ході професійної діяльності, нами розроблені заходи мотиваційного впливу, спрямовані на підвищення зацікавленості лікарів у більш продуктивній праці.

Нематеріальні методи мотивації лікарів:

- частіше хвалити своїх підлеглих, не відкладаючи похвалу на довгий термін;
- виділяти лікарів, що відзначились, і клопотати перед начальством про присвоєння їм почесного звання;
- не нехтувати вираженням подяки, нагороди почесною грамотою або медаллю за сумлінне виконання своїх службових обов'язків;
- відродити і широко використовувати традицію заохочення працівників після закінчення певного проміжку часу (тижня, місяця, кварталу, року) як по підрозділах, так і в цілому по лікарні.

Матеріальні методи мотивації лікарів:

- заохочення більшості лікарів різного роду надбавками та преміями;
- фінансування навчання лікарів та / або компенсація витрат на поїздки та участь в різноманітних семінарах та конференціях;
- створення «меню можливостей» для надання лікарю вибору методу заохочення;
- премії або додаткові дні відпустки у разі відсутності лікарняних листків протягом року.

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати на рівні закладу охорони здоров'я формувати у закладі охорони здоров'я середовище, сприятливе до процесів покращання якості медичної допомоги, за допомогою побудови системи морального та матеріального заохочення персоналу до безперервного підвищення якості медичного обслуговування;

Використана література

1. А.М. Балів, А.А. Бал. Права пацієнтів та відповідальність медичних працівників за заподіяну шкоду, 2001;
2. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. – К.:За друга,2001;
3. Бондар В. П. Концепція розвитку аудиту в Україні: теорія, методологія, організація: [монографія] / В.П. Бондар. Житомир. держ. технол. ун-т. - Житомир : ЖДТУ, 2008. - 454 с.;
4. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2/2001.(66-70с.);
5. 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.;
6. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.-311с.;
7. Гойда Н.Г., Горачук В.В. Медико-соціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги / Тези доповідей конференції з міжнародною участю «Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку» . – Київ. – 2011. – С. 27.;
8. Гончарук Я.А., Рудницький В.С. Аудит: Вид. 2-ге, перероблене та доповнене. / Гончарук Я.А., Рудницький В.С. - Львів: Оріяна-Нова, 2004. – 292 с.;
9. 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.;
10. Гришин В.В., Кисельов А.А., Кардашев В.Л., та інших. Контроль якості подання медичної допомоги у умовах медичного страхування провідних країн світу. М., 2005 р., з. 62.;

11. 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.;
12. Зайцев В.М. Прикладная медицинская статистика: Учебное пособие / Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. – Спб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – С. 12–33.;
13. 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.;
14. Заліська О. М. Основи фармакоеконіміки / За ред. Б.Л. Парновського. – Львів, 2007. – 374 с.;
15. Кучеренко В.З., Мьльникова І.С. До оцінці якості медичної допомоги у умовах господарювання. // Ж. Охорона здоров'я Російської Федерації. 2001 р., № 3, з. 58.;
16. Конституція України / Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996. - N 30. - с.141, зі змінами 2011 р.;
17. Короленко Є. Реалії системи охорони здоров'я України й шляхи її розвитку Медична газета України – 1997 – Лютий №5;
18. Лехан В.М. Стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні//Головний врач. – 2005;
19. Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. До питання критеріях якості медичної допомоги. // Ж. Охорона здоров'я.;
20. Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - NHS QIS, 2005. - ISBN 1-84404-340.;
21. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини». Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html– Назва з екрану.;

22. Настанови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і (або) екологічного управління. Національний стандарт України (ISO 19011:2002, IDT) ДСТУ ISO 19011:2003. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nads.gov.ua/sub/data/upload/publication/chernovytska/ua/6337/iso_19011;2003.pdf?s398224032=3bc0d7aaad002147ab89c00694987849. – Назва з екрану.;
23. Немченко В.В., Хомутенко В.П., Хомутенко А.В. Практичний курс внутрішнього аудиту. – Підручник / За редакцією Немченко В. В. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 240 с.;
24. Панорама охорони здоров'я населення.// Під заг.ред.. Підаєва О.М. – Київ: Здоров'я,2003, 71-277с.;
25. Пономаренко В.М.. Москалець Г.М. Забезпечення населення України медичними кадрами// Вісн. Соц. Гігієни та організації охорони здоров'я України. 2001 -№ 4 – С.79;
26. Про аудиторську діяльність. Закон України. Редакція від 12.12.2012 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3125-12>– Назва з екрану.;
27. Про внесення змін до Закону України «Про інформацію». Закон України № 2938-VI від 13.01.2011 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2938-17>. – Назва з екрану.;
28. 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](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17). – Назва з екрану.;
29. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2012 р. №1216. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1216-2012-%D0%BF>. – Назва з екрану.;
30. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії. Закон України від 5 жовтня 2000 року N 2017-III. / [Електронний ресурс].

– Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2017-14>. – Назва з екрану.;

31. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 20.07.2011р. № 427. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110720_427.html. – Назва з екрану.;

32. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах. Наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090707_484.html. – Назва з екрану.;

33. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011р. № 743. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html. – Назва з екрану.;

34. 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.;

35. Про затвердження критерію, за яким оцінюється ступінь ризику від провадження діяльності у сфері охорони здоров'я для безпеки життя і здоров'я населення та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю). Постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2008 року № 843. / [Електронний ресурс].

– Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/843-2008-%D0%BF>. – Назва з екрану.;

36. Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Наказ МОЗ України від 10.02.11 р. №80, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011р. за № 634/19372. / [Електронний ресурс]. –

Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110210_80.html. – Назва з екрану.;

37. Про ліцензування певних видів господарської діяльності. Закон України 01.06.2000 № 1775-III. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1775-14>. – Назва з екрану.;
38. 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.;
39. Пшенична А.Ж. Аудит / А.Ж. Пшенична. - К.: Центр учбової літератури, 2008. Акад. Статистики, Обліку та Аудиту Держкомстату України, Нац. Центр обліку та Аудиту. - К. : [Інформ.-аналіт. агентство], 2008. - 493 с.;
40. 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.- 301 с.
41. Рудницький В.С., Бунда О.М. Процедури моделювання прийняття рішень в процесі аудиту. Монографія. / Рудницький В.С., Бунда О.М. – Львів: ЛКА, 2009. – 208 с.;
42. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. — 86 с.;
43. Сафонов О.Г., Логінова Е.А. Стационарна медичну допомогу (основи організації). М., 2003 р., з. 180-196.;
44. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я. Національний стандарт України (ІВА 1:2005; ДСТУ ІВА 1:2007). / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.ua/sistemi-upravlinnja-jakistyu.-nastanovi-shodo-polipshuvannja-std12628.html>. – Назва з екрану.;
45. Суворова С.П. Международные стандарты аудита / Суворова С.П., Парушина Н.В., Галкина Е.В. – М.: ВД «ФОРУМ»: ИНФРА–М., 2007. — 320 с.;

46. Соціальна гігієна и організація здравоохранения //Под ред.. ЮП.Лисицина, М., Медицина, 1992г;
47. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я України//Під ред..В.М.Лехан. – К.:Сфера, 2001 -175с.;
48. Адаир Д. Эффективная мотивация. М.: Изд-во «Эксмо», 2003. - 256 с.;
49. Алексеев Н.А., Батина Н.П. Методика оценки трудозатрат при оплате труда врачей хирургических специальностей // Здравоохранение. 2003. - № 6. - С. 25-31.;
50. Артемова М.В. Управление мотивацией это польза или вред? // Управление персоналом.-2003.-№ 12.-С. 48-51.;
51. Блохин А.Б. К проблеме эффективности управления лечебно-профилактическими учреждениями // Здравоохранение Российской Федерации. -2003.-№5.-С. 24-27.;
52. Боев В.С. Профессиональная подготовленность руководителей здравоохранения и управление муниципальным здравоохранением // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. - № 6. - С. 28-31.;
53. Бочарский К. О рациональной теории мотивации труда // Кадровик. — 2005. -№ 1.-С. 63-66.;
54. Быстров Ю.В. Мотивация труда как особая категория // Рыночная экономика: проблемы становления и развития. — 1994. С. 28 - 36.;
55. Власенко Т.Я. О реформировании системы оплаты труда работников организаций бюджетной сферы // Здравоохранение. — 2003. № 1. - С. 41-44.;
56. Вялков А.И. О задачах по реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в 2001 2005 годах и на период до 2005 года // Экономика здравоохранения. - 2001. № 4-5. - С. 5 - 9.;
57. Вялков А.И., Щепин В.О. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения. — М., 2001. 224 с.;

58. Галкин Р.А. Проблемы и пути решения реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ на региональном уровне // Экономика здравоохранения. 1999. - № 12/1.-С. 19-21.;
59. Гайдаров Г.М., Смирнов С.Н., Кицул И.С., Абашин Н.Н., Панов С.Н. Дифференцированная оплата труда медицинских работников стационаров в зависимости от объема и качества работы. — Москва: МЦФЭР, 2000. 78 с.;
60. Галочкин И.А. Мотивы экономического поведения // Вопросы экономики. — 2004. № 6. - С. 123 - 129.;
61. Головской Б.В., Заугольникова Т.В., Палагин П.М., Шадрин Е.Ю. Доходы в сфере здравоохранения: формы и источники их формирования // Здравоохранение Российской Федерации. -1999. № 5. — С. 26-28.;
62. Голубева А.П., Боброва И.П. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесс // Здравоохранение. 2004. - № 4. - С. 38-42.;
63. Гущина И. Трудовая мотивация как фактор повышения эффективности труда // Общество и экономика. 2000. - № 1. - С. 169 - 174.;
64. Доронина И.В. Мотивация и стимулирование персонала: Учебное пособие — Новосибирск: СибАГС, 1999. 80 с.;
65. Доронина И.В., Бичеев М.А. Мотивация трудовой деятельности: Учебное пособие. Новосибирск: СибАГС, 2003. - 184 с.;
66. Духанина И.В., Духанина М.В. Методические подходы к оценке затрат труда и количества работы врачей // Экономика здравоохранения. 2005. - № 4 (93). - С.10-14.;
67. Едронова В.Н. Анализ практики корпоративных подходов к мотивации труда // Экономический анализ: теория и практика. 2004. - № 15. - С. 16 - 24.;
68. Жариков Е.С. Психология управления. М.: МЦФЭР, 2002. - 352 с.;
69. Закон Омской области от 20 мая 1997 г. № 100-03 «О социальном партнерстве».;
70. Занюк С.С. Психология мотивации: Теория и практика мотивирования / Киев: «Эльга» Н: «Ника-Центр», 2002. - 351 с.;

71. Комаров Н.В., Кислицын В.А., Комаров Р.Н., Терентьев В.А. Экономические методы управления деятельностью медицинского персонала // *Здравоохранение*. 2003. - № 9. - С. 47-51.;
72. Линденбратен А.Л. Экономическое стимулирование медицинского персонала амбулаторно-поликлинического учреждения /Под ред. О.П. Щепина. М., 1995.-44 с.;
73. Максимова Т.М. Современные проблемы и перспективы оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*, 2000. № 5. — С. 9- 15.;
74. Паскаль А.В. Роль новых форм оплаты труда в процессе реформирования районного здравоохранения // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2003. - № 6. - С. 23-25.;
75. Солнцева Н.Н. Проблема мотивации: Концептуальные основания // *Высшее образование в России*. 2003. - № 6. - С. 96 - 98.;
76. 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.;
77. 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.;
78. 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.;
79. 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.;
80. 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.;