

оплате труда через их постоянную и переменную части, приведен условный пример.

Таким образом, применение предложенных подходов позволит повысить уровень аналитической работы в организациях торговли, выявить неиспользованные резервы снижения нерациональных расходов на оплату труда, а также увеличить прибыль и рентабельность организации, подняв тем самым ее конкурентный статус.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большой экономический словарь / под ред. А. Н. Азрилияна. – 4-е изд. доп. и перераб. – М. : Институт новой экономики, 1999. – 1248 с.
2. Кравченко Л. И. Анализ хозяйственной деятельности в торговле : учебник / Л. И. Кравченко. – Минск : Новое знание, 2009. – 482 с.
3. Основные показатели хозяйственно-финансовой деятельности потребительской кооперации Республики Беларусь за 2010 год : стат. сб. / Белкоопсоюз. – Минск : Белкоопсоюз, 2011. – 71 с.
4. Отраслевая программа развития потребительской кооперации на 2011–2015 годы. – Минск : Белкоопсоюз, 2010. – 50 с.
5. Фридман А. М. Экономика предприятий торговли и питания потребительского общества : учебник / Фридман А. М. – М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2008. – 628 с.
6. Максименко Н. В. Экономика предприятий торговли : учеб. пособие / Н. В. Максименко ; под общ. ред. Н. В. Максименко, Е. Е. Шишковой. – 2-е изд., испр. – Мн. : Выш. шк., 2007. – 542 с.

УДК 331.101.3:614.2

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ МОТИВАЦІЇ ПРАЦІ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТРАДИЦІЙНОЇ ТА ІННОВАЦІЙНОЇ ФІНАНСОВО-ОРГАНІЗАЦІЙНИХ МОДЕЛЕЙ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

**М. В. Гунченко, кандидат економічних наук;
О. К. Надута-Скринник**

У сучасних умовах в Україні вивчення проблем керування складними соціально-економічними системами, до яких, зокрема, відноситься й охорона здоров'я, важко переоцінити. Криза вітчизняної системи охорони здоров'я як соціально-економічної галузі, при всіх інших складових, викликана як загальним економічним становищем економіки країни, так і недосконалістю принципів і адекватних методів керування в умовах ринку медичних послуг, що формується. Перехід економіки України до ринкових засад передбачає формування адекватної системи трудової мотивації, що ґрунтується як на висновках сучасної еко-

номічної теорії, так і на практичному досвіді господарювання. Суттєвою причиною критичного стану справ у національній системі охорони здоров'я є невідповідність наявної моделі мотивації праці медичних працівників у системі державного управління охорони здоров'я до нових політичних, економічних і соціальних умов, що склалися у суспільстві. Сучасна система трудової мотивації лікарів первинної медико-санітарної допомоги має враховувати тенденції розвитку відносин власності, економічного статусу підприємців і найманих працівників, джерел, рівня, складу і структури їх доходів в умовах постійних

змін (у тому числі й циклічних) у конкурентному середовищі, зміни в законодавчій базі, у кон'юнктурі всіх видів ринку, особливо ринку медичних послуг тощо.

Чимало теоретиків і практиків охорони здоров'я замислюються над реаліями та перспективами функціонування галузі, пропонують способи вирішення нагальних завдань сучасної медицини в Україні. Серед таких дослідників З. Гладун, Р. Гревцова, Д. Карамішев, О. Мусій, В. Пашков, Я. Радиш та ін. Зокрема, серед пріоритетних напрямів системних перетворень у медицині розглядалися: реформування первинного рівня надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини й упровадження багатоканального фінансування галузі (у тому числі за допомогою медичного страхування).

Ще за радянських часів виникло розуміння необхідності змін у державному управлінні медициною, реформування охорони здоров'я: у 1988 р. у Львові вперше в колишньому СРСР було розпочато експеримент з упровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я [1, с. 116]. З того часу ідеї щодо необхідності реформування первинного рівня надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини поступово поширилися та були втілені в низці нормативно-правових актів. Основу запровадження первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) було закладено прийняттям Постанови Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20 червня 2000 р. № 989. Стратегічні напрями її впровадження визначені в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, як шлях перспективних системних змін у галузі. Програмою економічних реформ в Україні на 2010–2014 рр. також затверджено пріоритет розвитку ПМСД. Останнім законодавчим кроком у реформуванні системи ПМСД стало прийняття Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». Цей закон, зокрема, дав чітке визначення первинній медичній допомозі та сімейному ліка-

рю. З метою створення відповідних умов для впровадження засад сімейної медицини в діяльність закладів первинної медико-санітарної допомоги МОЗ України було розроблено і затверджено пакет нормативних документів, які регламентують технології впровадження сімейної медицини, зокрема дві постанови Кабінету Міністрів України та 29 наказів МОЗ України [1].

За даними Москаленко В. Ф., Лехан В. М., Рудого В. М. та інших авторів, наразі в Українській системі охорони здоров'я існує потреба у запровадженні дієвих механізмів мотивації праці медичних працівників до якісного й ефективного надання медичних послуг.

У ході попереднього аналізу системи ПМСД м. Комсомольська було встановлено, що упродовж 2004–2009 р. мережа надавачів (провайдерів) ПМСД складалася з Поліклініки «Медичного центру ПМСД» (Центр ПМСД); Дмитрівської сільської лікарської амбулаторії; та 8 приватно-практикуючих лікарів ЗП/СМ. З 2004 по 2009 р. надавачі ПМСД – в місті Комсомольську мали різницю з ряду фінансових, організаційних та інших параметрів, унаслідок чого в межах одного міста (м. Комсомольська) сформувались різні фінансово-організаційні моделі (ФОМ) ПМСД.

Як видно з даних, наведених у табл. 1 у традиційній фінансово-організаційній моделі ПМСД первинну медико-санітарну допомогу надавали, як це традиційно для України, дільничні педіатри, дільничні терапевти, а також лікарі загальної практики – сімейної медицини, які є штатними працівниками Центру ПМСД м. Комсомольська і відповідно підпорядковані його керівництву. Надавачами безоплатної для населення медичної допомоги первинного рівня інноваційної фінансово-організаційно моделі ПМСД є приватно-практикуючі лікарі загальної практики/сімейної медицини, що мають ліцензію МОЗ України на здійснення медичної практики, з якими укладено договори про надання ПМСД населенню за бюджетні кошти, адміністративно незалежні. «Замовником» первинної медико-санітарної допомоги у приватних лікарів ПМСД є Управління охорони здоров'я м. Комсомольська.

Таблиця 1

**Спеціальність, організаційно-правовий статус і підпорядкування лікарів
первинної медико-санітарної допомоги традиційної та інноваційної ФОМ ПМСД
м. Комсомольська Полтавської обл. в 2004–2010 рр.**

Фінансово-організаційна модель ПМСД м. Комсомольськ Полтавської обл.	Спеціальність лікарів/організаційно-правовий статус/ підпорядкування
Традиційна ФОМ ПМСД	Дільничний терапевт, дільничний педіатр, лікар ЗП/СМ – фізичні особи, штатні працівники Центру ПМСД м. Комсомольська, підпорядковані керівництву центру
Інноваційна ФОМ ПМСД	Лікар ЗП/СМ – фізичні особи, приватні підприємці, згідно з договором, надають населенню безоплатну ПМСД за бюджетні кошти, адміністративно незалежні

Незважаючи на велику кількість наукових і публіцистичних праць, присвячених особливостям упровадження та реалізації нових механізмів надання первинної медико-санітарної допомоги, а також на певний ступінь правової підтримки проблеми з боку уряду, вважаємо, що доцільно розглянути особливості формування та функціонування мотиваційного механізму праці лікарів, залучених до традиційної для України та інноваційної моделей ПМСД з погляду виявлення факторів покращення результативності їхньої роботи. Таким чином, метою даного дослідження є теоретичне узагальнення та обґрунтування концептуальних основ і методичних підходів до формування та реалізації мотиваційних механізмів праці лікарів, залучених до інноваційних фінансово-організаційних моделей ПМСД (на прикладі м. Комсомольська, Полтавської обл.), а також надання практичних рекомендацій щодо побудови моделей мотивації праці таких лікарів у сучасній системі охорони здоров'я України та особливостей реалізації окремих нетрадиційних методів формування первинних мотивів і стимулів. Для досягнення встановленої мети дослідження ставить перед собою такі завдання:

- дослідити пріоритетність окремих чинників мотивації праці лікарів, залучених до різних фінансово-організаційних форм ПМСД м. Комсомольська Полтавської обл., розкрити сутність і зміст мотивів їхньої праці та визначити структуру мотиваційного механізму праці, що є бажаною для лікарів традиційної та інноваційної моделей;

- провести структурування внутрішніх і зовнішніх чинників механізму мотивації праці з метою обґрунтування комплексної схеми його формування та функціонування;

- систематизувати ознаки мотиваційного механізму в умовах реалізації різних фінансово-організаційних форм надання ПМСД, провести оцінку можливостей його трансформації в умовах переходу до новітніх форм надання медичної допомоги на первинному рівні.

Дослідження проведено у березні – травні 2010 р. Респонденти обрали лікарів ПМСД – визначених нами фінансово-організаційних форм ПМСД – традиційної та інноваційної.

Вивчення чинників, що формують механізм мотивації трудової діяльності лікарів ПМСД, проводили за відомою методикою «Структура мотивації трудової діяльності», розробленою К. Замфір, з авторськими доповненнями. У ході математичної обробки отриманих даних використовували пакет прикладних програм STATISTICA 6.0 та MS Excel XP. Зважаючи на невелику загальну кількість лікарів ПМСД м. Комсомольська, дослідження проводили суцільним методом.

Загальна кількість опитаних лікарів ПМСД становила 30 осіб, з них лікарів дільничних терапевтів – 6 осіб, дільничних педіатрів – 11 осіб, сімейних лікарів, штатних працівників «Центру ПМСД» – 5 осіб, приватно-практикуючих лікарів ЗП/СМ – 8 осіб.

У рамках зазначеної методики чинники мотивації праці лікарів поділено на внутрішні та зовнішні. Перші породжуються її суспільною корисністю, задоволеністю від процесу роботи, від участі в управлінні та від спілку-

вання. Другі являють собою спонукання, які знаходяться за межами праці: заробітна плата, уникнення покарання, прагнення до престижу і т. ін. Вони включають у себе зовнішню позитивну мотивацію – прагнення до матеріального достатку, кар'єрного успіху, схвалення своїх вчинків і дій оточуючими; зовнішню негативну мотивацію, яка пов'язана з системою покарань, штрафів, дисциплінарних стягнень та т. ін.

Анкета пропонувала респондентам відповісти на такі запитання:

1) Чи важливий для Вас вказаний чинник у мотивації вашої трудової діяльності?

2) Чи наявний у вашій роботі вказаний мотиваційний чинник?

З метою порівняння та аналізу наявності та важливості чинників мотивації у визначених нами традиційній та інноваційній фінансово-організаційних форм ПМСД м. Комсомольська, респондентів було розділено на 2 когорти – за ознакою належності лікарів ПМСД до тієї чи іншої фінансово-організаційної форми ПМСД.

Метою першого запитання анкети «Чи важливий для Вас вказаний чинник у мотивації вашої трудової діяльності?» було дослідити пріоритетність окремих чинників мотивації праці лікарів, залучених до різних фінансово-організаційних форм ПМСД, розкрити сут-

ність і зміст мотивів їхньої праці, визначити структуру мотиваційного механізму праці, що є бажаною для лікарів традиційної та інноваційної моделей.

Визначено, що лікарі обох фінансово-організаційних форм (ФОМ) ПМСД віддають пріоритет аналогічним мотиваційним чинникам. Так, найбільше ваги щодо формування бажаного мотиваційного механізму приділяють внутрішнім мотивам (ВМ), таким як задоволення від гарно виконаної роботи, суспільна корисність праці, цікавість роботи, складність і новизна роботи, можливість розвитку знань і навичок у процесі роботи ($4,7 \pm 0,2$ балів для лікарів обох моделей), друге місце посідають зовнішні позитивні мотиви, такі як заробітна плата і грошові винагороди, прагнення до кар'єрного росту, орієнтація на престиж і повагу з боку оточуючих, можливість отримання соціальних благ, сприятливі та комфортні умови праці ($4,5 \pm 0,3$ балів), найменш бажаними для лікарів обох моделей є застосування до них зовнішніх негативних мотивацій (ЗНМ), таких як критика та зауваження колег і керівника, можливі покарання або неприємності (адміністративні стягнення, судові позови та ін.) для лікарів традиційної моделі вони є більш вагомими ($3,4 \pm 0,3$ балів), ніж у інноваційної моделі ($3,1 \pm 0,2$ балів) (рис. 1).

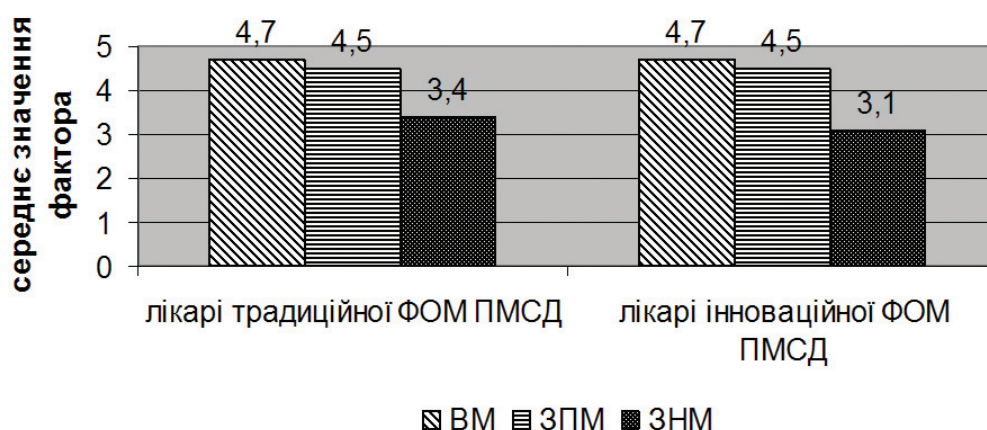


Рис. 1. Бажана структура механізму мотивації праці для лікарів різних фінансово-організаційних моделей ПМСД м. Комсомольська

Вага чинників, що є важливими у го механізму праці та їх розподіл у лікарів традиційної моделі має такий вигляд

$BM < ЗПМ < ЗНМ = 4,7 < 4,5 < 3,4$; найбільш вагомим для них є внутрішні мотиваційні чинники, тобто роль чинників внутрішньої мотивації висока, роль чинників зовнішньої позитивної мотивації – нижча, проте достатньо висока; зовнішня негативна мотивація має найнижчу вагу.

Отриманий результат свідчить про оптимальний баланс структури мотиваційного механізму праці, що є бажаним для лікарів як традиційної, так і інноваційної моделі.

Аналіз запитання щодо наявності вищевказаних чинників у повсякденній праці лікарів

обох вищезначених ФОМ ПМСД виявив, що баланс структури мотиваційного механізму праці, що є наявним (застосовується) у лікарів традиційної ФОМ ПМСД, не є оптимальним.

Це підтверджується тим, що згідно з відповідями респондентів у структурі механізму мотивації праці лікарів традиційної ФОМ ПМСД зовнішні негативні мотивації домінують над зовнішніми позитивними мотиваціями ЗПМ ($3,8 \pm 0,3$) < ЗНМ ($4,2 \pm 0,2$) (рис. 2).

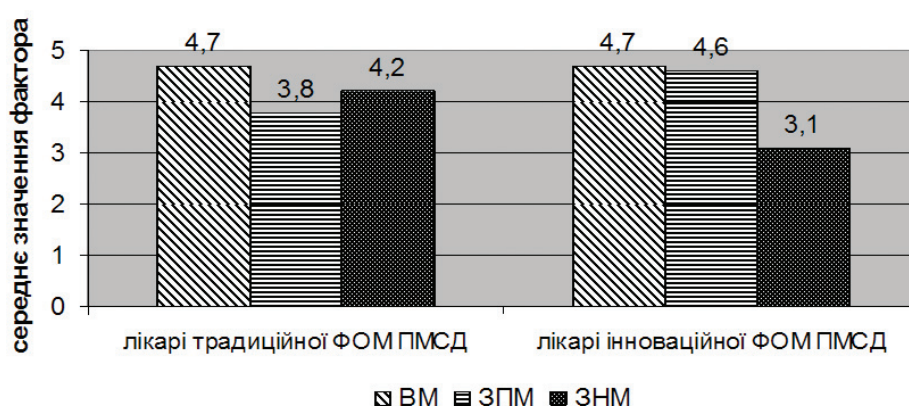


Рис. 2. Наявна структури механізму мотивації праці у лікарів різних фінансово-організаційних моделей ПМСД м. Комсомольська

Отримані результати свідчать про відсутність оптимального механізму мотивації у лікарів ПМСД традиційної моделі. Домінування зовнішніх негативних мотивацій над позитивними є негативним фактором, який обмежує професійний розвиток особистості, атрофує її внутрішні інтереси та потреби, що впливає на прагнення працівників до самовдосконалення своїх навичок у процесі праці, стримує ініціативу, прагнення працювати більш ефективно.

Такий результат цілком можна пояснити низьким рівнем заробітної плати працівників галузі охорони здоров'я в Україні в порівнянні з середнім рівнем заробітної плати на виробництві.

Лікарі інноваційної моделі керуються своїми внутрішніми мотиваційними чинниками у трудовій діяльності, такими як задоволення від гарно виконаної роботи, суспільна корисність праці, цікавість роботи, складність і

новизна роботи, можливість розвитку знань і навичок у процесі роботи, високий ступінь відповідальності, але також вагомими для них є зовнішні позитивні мотивації, серед яких сприятливі та комфортні умови праці та дохід мають найвищі оцінки. У лікарів інноваційної ФОМ ПМСД зовнішні позитивні мотивації домінують над негативними ЗПМ ($4,6 \pm 0,2$) > ЗНМ ($3,1 \pm 0,1$) у структурі механізму мотивації праці, що мотивує їх до самовдосконалення, якісної та ефективної роботи. Вага внутрішніх мотиваційних чинників лишається найвищою BM ($4,7 \pm 0,3$), що вказує на оптимальність структури наявного механізму мотивації у лікарів інноваційної моделі (К. Замфір).

Окрім цього, порівняння структури бажаного механізму мотивації з наявним у лікарів інноваційної моделі вказує на їх аналогічність, що свідчить про відсутність конфлікту інтересів у лікарів інноваційної моделі.

За результатами дослідження можна говорити про такі характерні особливості механізму мотивації праці у лікарів традиційної та інноваційної фінансово-організаційних моделей ПМСД:

1) провідними мотивами праці в для лікарів обох моделей є внутрішні мотиваційні чинники трудової діяльності. Чинники зовнішньої позитивної мотивації посідають друге місце в бажаних, на думку лікарів ПМСД, структурах мотивації їх праці;

2) структура бажаного механізму мотивації праці є оптимальною як у лікарів традиційної, так і у лікарів інноваційної ФОМ ПМСД;

3) у наявній структурі мотивації у процесі праці лікарів традиційної моделі, які є штатними працівниками «Центру ПМСД» та мають фіксовану заробітну плату, а у своїй роботі керуються вимогами та вказівками керівництва – зовнішні негативні мотивації домінують над позитивними, що має вплив на прагнення працівників самовдосконалення своїх навичок у процесі праці, стримує ініціативу, стримує прагнення працювати більш ефективно;

4) у лікарів інноваційної ФОМ ПМСД, які є приватними підприємцями, практикують у більш комфортних умовах, мають адміністративну незалежність і фінансуються за подушовим методом – зовнішні позитивні мотивації домінують над негативними як у бажаній, так і в наявній структурі механізму мотивації праці;

5) завдяки відповідності балансу бажаної та наявної структури механізму мотивації праці лікарі інноваційної ФОМ ПМСД краще вмотивовані до самовдосконалення, якісної та ефективної роботи.

Виходячи з отриманих висновків, у подальшому актуальним є удосконалення системи мотивації для лікарів, що є штатними працівниками закладів ПМСД.

ЛІТЕРАТУРА

1. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2003. – 396 с.
2. Інформаційний центр сімейної медицини [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/sitemap/>. – Назва з екрана.
3. Москаленко В. Ф. Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови: (аналітичний огляд) / В. Ф. Москаленко // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 3/4. – С. 93–102.
4. Лехан В. М. Реформування охорони здоров'я: стратегія, тактика, ризики / Лехан В. М. // Український медичний часопис. – 2010. – № 5 (79) IX–X. – С. 21–26.
5. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / Рудий В. М. – К. : Сфера, 2005. – 272 с.
6. Замфир К. Удовлетворенность трудом. Мнение социолога / Замфир К. – М. : [б. в.], 1993. – 198 с.