

# Шляхи підвищення мотивації до професійного росту у лікарів загальної практики–сімейної медицини

**М.В. Гребеник, С.Є. Шостак, Я.М. Кіцак, Л.М. Романюк, В.М. Творко**

Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті наведено найбільш гострі проблеми, які є причинами низької мотивації сімейних лікарів до професійного росту. Недостатнє матеріально-технічне забезпечення, неадекватні умови проживання, низька заробітна плата; невідповідність післядипломної освіти, її програм, принципів та термінів європейським стандартам; недостатнє інформаційне забезпечення; негативне ставлення громадян до лікарів та традиційної медицини, часто спричинене одностороннім чи некоректним висвітленням їхньої роботи у ЗМІ; юридична незахищеність медиків – це лише деякі із них. На основі аналізу ситуації, яка склалася зараз у вітчизняній медицині, запропоновано шляхи для вирішення наведених вище проблем, які слід вирішувати на державному рівні, а також тих, які можна вирішити і на місцях.

**Ключові слова:** мотивація, лікар загальної практики–сімейної медицини, матеріально-технічне забезпечення, умови праці і проживання, заробітна плата, засоби масової інформації, післядипломна освіта.

Щороку ми, викладачі післядипломної освіти, з сумом відзначаємо той факт, що серед усіх лікарів-інтернів різних спеціальностей найнижчі показники успішності – у лікарів-інтернів фаху «Загальна практика–сімейна медицина» (ЗП–СМ). Так, серед інтернів терапевтичного профілю найкращі оцінки і ступінь оволодіння практичними навичками – у інтернів фаху «Медицина невідкладних станів», далі – «Внутрішні хвороби» і найгірші – «Загальна практика–сімейна медицина». Причому це стосується і базового рівня знань, і проміжного контролю, і державної атестації при закінченні інтернатури. Тому постає актуальне питання, чому у найуспішніших студентів (більшість лікарів-інтернів фаху ЗП–СМ – це бюджетники, які засвідчили високий рівень знань при вступі у виш) виявляють найгірші показники успішності? Де і коли вони втрачають бажання вчитись та що стає причиною такого перебігу подій? Коли ж ми починаємо спілкуватися з лікарями-інтернами у групах, під час занять, виявляється, що більшість із них не бачать перспективи у своїй роботі та потреби вчитись і вдосконалюватись. Після першого місяця інтернатури, коли вони опиняються на заочних базах навчання, лікарі-інтерни знаходяться під шокуючим враженням від праці у сільській місцевості, де, як правило, немає належних умов для проживання, на робочому місці – мінімум медичного обладнання, що рідко дозволяє встановити остаточний діагноз [1], а в аптечному кіоску – найдешевші, малоефективні ліки, а зовсім не бренди з достатньою доказовою базою, на які орієнтували студентів під час навчання у медичному вузі. Теорія і дійсність абсолютно відрізняються. Під час вивчення медичної документації виявляється, що пріоритетним завданням лікаря ЗП–СМ є профілактика, оцінювання факторів ризику і запобігання за-

хворюванням, з чого виходить, що лікар ЗП–СМ – зовсім і не лікар, що діагностує і лікує, а в кращому разі – медичний працівник, який при підозрі на захворювання повинен відправити свого пацієнта у медичний заклад вторинного чи третинного рівня, де більш кваліфіковані лікарі-терапевти будуть обстежувати і лікувати його хворих. Іншими словами, при більш уважному вивченні проблеми виявляється, що у лікарів-інтернів фаху ЗП–СМ абсолютно втрачається мотивація до належної теоретичної підготовки, та чи до практичної теж, бо без обладнання та елементарних інструментів просто немає необхідності оволодівати усіма тими 221 практичними навичками Наскрізьної програми, які вони успішно забудуть через кілька місяців без відповідної практики на робочому місці.

Зараз ми всі розуміємо, що назріла реальна необхідність найшвидших змін у галузі охорони здоров'я України, основний орієнтир яких спрямований на лікаря ЗП–СМ [2]. За прикладом закордонних країн ми сподіваємось, що лікар цього фаху перебере на себе 80% обслуговування населення, що повинно суттєво зменшити витрати державних коштів на медицину. Разом з тим, ми абсолютно не замислюємось, а чи має сьогоднішній сімейний лікар **можливість** стати тим, на кого так розраховує держава. Суспільство нарешті повинно зрозуміти, що для **якісної** роботи сімейного лікаря він теж повинен мати: належні умови праці, сучасне діагностично-лікувальне обладнання і достойну заробітну плату. Лікар нарешті повинен відчувати турботу про себе з боку держави, а не тільки вимоги, – і тоді вже можна буде ставити перед ним нові завдання, так потрібні для усього народу України [3]. Звичайно, ми всі розуміємо, що зараз наша держава знаходиться у надзвичайно важких економічних і політичних умовах. Тому, мабуть, не варто сподіватись на швидкі матеріальні вливання в галузь охорони здоров'я. Проте і зараз можна зробити певні кроки, які не потребують значних матеріальних витрат, але можуть суттєво вплинути на надзвичайно важкий стан, що склався у вітчизняній медицині. І в першу чергу – це статус самого лікаря. На сьогодні лікар перебуває в інформаційній пастці: з одного боку він винен у всіх вигаданих і невігданих гріхах, які активно «висвітлюють» наші ЗМІ, налаштовуючи народ України проти лікарів; з іншого боку – він не має ніякого юридичного захисту (бо позиватись зі ЗМІ в суді дорого, а ні лікарі, ні лікувальні установи не мають на це коштів). Отже виходить, що лікарі постійно програють в інформаційній війні. Тому популяризація роботи лікаря – одне з актуальних і надзвичайно важливих завдань, які повинні стояти зараз перед державою. Це одне із тих гуманітарних питань, які не потребують значних матеріальних витрат, але окупаються сторицею, в тому числі – з боку лікарів. Ураховуючи всі складності умов роботи сімейного лікаря, державі нарешті слід стати на сторону останнього. Зокрема, сьогодні є досить велика кількість при-

кладів самовідданої роботи медиків у зоні бойових дій, які **можна і треба** висвітлювати в ЗМІ. Прикладами героїзму також є робота і у звільнених від бойовиків територіях. Та і на мирних теренах нашої вітчизни є достатня кількість спеціалістів-медиків, які щоденно працюють за надзвичайно складних умов, з мінімальною кількістю діагностично-лікувального обладнання рятують і оберігають здоров'я населення України. Мабуть, дипломованим лікарям, а не екстрасенсам, пора присвячувати телепередачі та шпальти газет. Прийшов час за допомогою державних важелів впливу змінювати відношення суспільства до лікарів та традиційної медицини, бо без цього будь-які реформи і зміни у медицині будуть малорезультативними.

Крім того, ті заходи, які вже проводяться на даний час для заохочення лікарів ЗП–СМ до роботи у сільській місцевості, є недостатніми і малоефективними. Зокрема, розроблено наступні кроки, які запроваджуються на державному рівні [4]:

1. Збільшення виділення стартових виплат молодим спеціалістам-сімейним лікарям, які погодяться працювати у сільській місцевості.

Проте, на нашу думку, стартові виплати – це не зовсім той спосіб заохочення, що потрібен нашому випускнику. По-перше, гроші мають властивість закінчуватись, а молодий спеціаліст, який має сім'ю та дітей, постійно потребує нормальної оплати праці, достатньої для забезпечення своїх потреб.

2. З метою залучення до роботи за відповідною професією (спеціальністю) в селах і селищах молодому працівнику, який уклав трудовий договір на строк не менш як три роки з підприємствами, установами та організаціями, розташованими в таких населених пунктах, надається житло на період його роботи та одноразова адресна допомога в десятикратному розмірі мінімальної заробітної плати за рахунок коштів Державного бюджету України. Якщо ж молодий працівник пропрацює в такому населеному пункті не менш ніж десять років, житло передається йому у власність

Суттєвим, на нашу думку, є питання про інфраструктуру, необхідну для молоді сім'ї, особливо у сільській місцевості (садочки, школи з відповідним рівнем підготовки дітей, секції, дозвілля). Але навіть попри такі умови на сьогоднішній день порядок щодо вище зазначених стартових виплат ще не вступив у дію.

3. Для працевлаштування соціально вразливих категорій громадян, зокрема молоді, роботодавцям з чисельністю штатних працівників понад 20 осіб встановлюється квота в розмірі 5% середньооблікової чисельності штатних працівників за попередній календарний рік. Роботодавці можуть звернутися до служби зайнятості за укомплектуванням вакансій фахівцями з числа безробітних. У разі невиконання роботодавцем протягом року квоти для працевлаштування соціально-вразливих категорій громадян ним сплачується штраф у двократному розмірі мінімальної заробітної плати за кожну необгрунтовану відмову.

На нашу думку, навряд чи система «кнута і пряника» є виправданою в таких важких економічних умовах, які є сьогодні в Україні. Тим більше, маючи досвід зарубіжних країн, завжди краще працює система заохочення, ніж покарання. Найбільш виправданим у такому разі є зменшення оподаткування підприємств чи закладів, які беруть на роботу молодих спеціалістів, чи пільгові кредитні умови на придбання обладнання чи автотранспорту тощо. Тут є над чим працювати, але для держави, яка не може зараз забезпечити доїзд випускників у сільську місцевість, – це одна із основних проблем сьогодення, яка має бути негайно вирішена.

Вихід із ситуації шукають і деякі прогресивні ректори вузів України на місцях. Так, за розпорядженням нашого рек-

тора ДВНЗ «ТДМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», члена-кореспондента НАМН України, професора Леоніда Ковальчука для покращання працевлаштування випускників фаху ЗП–СМ у сільській місцевості запроваджена і активно працює система адаптації медиків до роботи у таких умовах: у віддалених селах Тернопільської області організовано і вже працюють п'ять навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги, оснащених сучасним обладнанням. Це своєрідні взірці лікарських амбулаторій сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських та медичних пунктів, на яких проходять практично-орієнтоване навчання студенти та інтерни [5]. Там їм створено усі умови для роботи і проживання, забезпечено достатнім обладнанням, налагоджено безпечний зв'язок з провідними фахівцями клінік для консультацій. За останні 5 років студентами і інтернами оглянуто 8349 хворих; здійснено 7779 подвірних обходів, які відзначені в медичному паспорті сім'ї; взято на диспансерний облік 1252 осіб; самостійно виконано 2562 ЕКГ; проведено медогляди 7717 осіб, серед яких 1144 дітей; направлено до консультантів 2740 пацієнтів. Систематично заповнюється належна медична документація, відповідно до вимог і наказів МОЗу України. Це допомагає формувати новий тип випускників медичних університетів, які не бояться села, бачать зразки для наслідування (добре обладнаний будинок з усіма зручностями при низькій оплаті за комунальні послуги (сільські тарифи), великі прибудинкові території, які можна обладнати за своїм смаком і потребами), можливість спокійного відпочинку... Тож при належній підтримці з боку держави (спрямування роботи ЗМІ не на засудження лікарів, а на опис перспектив і можливостей при проживанні у сільській місцевості, як, до речі, живуть більшість закордонних фахівців – подальші відстає від переорієнтація на роботу у сільській місцевості молодих спеціалістів – достатньо реальне завдання, яке можна вирішити.

Звичайно, і сам лікар ЗП–СМ у теперішніх умовах може зробити певні кроки для покращання своїх умов праці. Зокрема, в положенні про права і обов'язки лікаря ЗП–СМ і центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) наведено, що спеціаліст даного фаху може займатись підприємницькою діяльністю та брати в оренду приміщення чи обладнання лікувальних закладів, з яким у нього укладені відповідні юридичні угоди [6, 7]. Це дає змогу використовувати матеріальну базу останніх, підвищувати якість обслуговування населення та рости професійно, набуваючи нові знання і вміння. Проблема лише в поганій поінформованості лікарів ЗП–СМ щодо наведених можливостей, а також у недостатній обізнаності спеціалістів даної галузі в юридичних і економічних аспектах такої співпраці. Тому, мабуть, було б доцільно на науково-практичних конференціях, які зараз проводять усі вищі для лікарів ЗП–СМ, висвітлювати не лише нові наукові досягнення вітчизняної та світової фарміндустрії, а й приділяти увагу юридичним, правовим та економічним питанням в роботі сучасного сімейного лікаря. Крім того, було б доцільно більш активно залучати до співпраці компанії, які займаються медичним обладнанням, а науковцям спрямовувати їхні науководослідні роботи на пошук нових чи забутих старих, але недорогих діагностичних методик, які б з достатньою достовірністю допомогли лікарю ЗП–СМ здійснювати діагностично-лікувальні заходи на місцях, без залучення лікувальних закладів вторинного і третинного рівнів. Це б дозволило державі зекономити кошти за рахунок зменшення кількості госпіталізацій у стаціонари, а лікарю ЗП–СМ – відчути свій професіоналізм і кваліфікацію.

Таким чином, сьогодні є низка реальних можливостей для підвищення мотивації до професійного росту у лікарів ЗП–СМ, яким слід приділяти увагу на державному рівні:

1) підвищення статусу та популяризація роботи лікаря

ЗП–СМ серед населення України за допомогою ЗМІ;

2) стимуляція до активної співпраці з лікарями ЗП–СМ компаній-виробників лабораторно-діагностичного обладнання;

3) покращання поінформованості лікарів ЗП–СМ щодо підприємницької діяльності, юридичних та економічних взаємовідносин з пацієнтами, ЦПМСД і іншими лікувальними установами;

4) популяризація досвіду роботи навчально-практичних ЦПМСД у сільській місцевості серед інших вузів України як прикладів реальної організації роботи і побуту для молодих спеціалістів фаху ЗП–СМ.

Звичайно, залишаються і глобальні завдання, які повинні стояти перед керівництвом держави:

**Пути повышения мотивации к профессиональному росту у врачей общей практики–семейной медицины**  
**М.В. Гребеник, С.Е. Шостак, Я.М. Кицак, Л.Н. Романюк, В.М. Творко**

В статье приведены наиболее острые проблемы, которые являются причинами низкой мотивации семейных врачей к профессиональному росту. Недостаточное материально-техническое обеспечение, неадекватные условия проживания, низкая заработная плата; несоответствие последипломного образования, его программ, принципов и сроков европейским стандартам; недостаточное информационное обеспечение; негативное отношение граждан к врачам и традиционной медицине, часто вызванное однобоким или некорректным освещением их работы в СМИ; юридическая незащищенность медиков – это лишь некоторые из них. На основе анализа ситуации, которая сложилась в настоящий момент в отечественной медицине, предложены пути для решения приведенных выше проблем, которые следует решать на государственном уровне, а также те, которые возможно решить и на местах.

**Ключевые слова:** мотивация, врач общей практики-семейной медицины, материально-техническое обеспечение, условия труда и проживания, заработная плата, средства массовой информации, последипломное образование.

1. Покращання матеріально-технічного забезпечення лікувальних установ усіх рівнів.

2. Підвищення оплати праці лікарів та наближення її до рівнів загальноєвропейських показників (відповідно до завдань, які ставить перед медиками суспільство).

3. Забезпечення належних умов проживання і праці лікарів ЗП–СМ у сільській місцевості.

4. Реформування післядипломної освіти лікарів із максимальним її наближенням до європейських програм і вимог.

Тільки при виконанні усіх наведених вище умов можна сподіватись, що буде зростати мотивація лікарів до підвищення своєї кваліфікації, безперервного професійного росту, а фах лікаря ЗП–СМ стане найпривабливішим серед усіх сучасних спеціальностей, так потрібних зараз народу України.

**Ways of solution of low motivation to professional growth of family doctors of general practice**  
**M.V. Hrebenyk, S.E. Shostak, Ja.M. Kitsak, L.N. Romanjuk, V.M. Tvorko**

In this article we provide the most sharp problems which are reasons of low motivation to professional growth of family doctors. These are: insufficient logistical support, inadequate terms of housing, low salary; disparity of postgraduate education, it's programs, principles and terms to the European standards; insufficient informative providing; negative attitude of citizens toward doctors and traditional medicine, which are often caused by one-sided or improper illumination of their work in MASS-MEDIA; legal unscreenedness of doctors, – it only some of them. Dased on analysis of situation which was happened presently in Ukrainian medicine, we offer the solution of foregoing problems which should be decided at state level, and also those which is possible to decide on places.

**Key words:** motivation, family doctor, logistical support, terms of labour and housing, salary, mass media, postgraduate education.

**Сведения об авторах**

**Гребеник Марьян Васильевич** – ГВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, Майдан Воли, 1; тел.: (035) 226-53-22. E-mail: hrebenyk@mail.ru

**Шостак Светлана Евгеньевна** – ГВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, Майдан Воли, 1; тел.: (035) 226-12-85. E-mail: svitlanadoc@rambler.ru

**Кицак Ярослав Миронович** – ГВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, Майдан Воли, 1; тел.: (097) 142-59-33. E-mail: kitsak-te@ukr.net

**Романюк Любовь Николаевна** – ГВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, Майдан Воли, 1; тел.: (095) 549-64-46. E-mail: romanjuk@ukr.net

**Творко Вадим Михайлович** – ГВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, Майдан Воли, 1; тел.: (035) 252-47-73. E-mail: tvorko@ukr.net

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2012 року № 132 «Про затвердження Примірного таблиця оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»  
 2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку

потреби населення у медичній допомозі».  
 3. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 р. № 3611-VI  
 4. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна

економіка, ефективна держава». Комітет з економічних реформ при Президенті України, 2010. – 87 с.  
 5. Досвід навчання лікарів-інтернів на базі навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги // М.В. Гребеник, С.Е. Шостак, Н.І. Ярема, Л.В. Зоря, О.І. Криськів // Сімейна медицина. – Дніпропетровськ, 2011. – С. 605–610.

6. Наказ МОЗ України від 04 листопада 2011 року № 755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи».  
 7. Наказ МОЗ України від 17.10.2012 № 813 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 04 листопада 2011 року № 755».