ՀՀ ԱՆ Ս.Խ.ԱՎԴԱԼԲԵԿՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ԱՐԱՅԻԿ ՄԻՔԱՅԵԼԻ ԲԱՂՐՅԱՆ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՒՄ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՎԱՐՁԱՏՐՄԱՆ ՆՈՐ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԻ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄԸ

ԺԴ.00.17 - «Հանրային առողջություն և
առողջապահության կազմակերպում»
բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական
աստիճանի հայցման
ատենախոսություն

Գիտական ղեկավար՝
բ.գ.դ. պրոֆեսոր Մ.Ա.Մարդիյան

ԵՐԵՎԱՆ 2018

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ 3

ԳԼՈՒԽ 1. Գրականության տեսություն 9
1.1 Բժիշկների աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմների համեմատական վերլուծություն (միջազգային փորձի վերլուծություն) 9
1.2 Բուժհաստատություններում բժիշկների աշխատանքի մոտիվացիայի համակարգի զարգացումը 16
1.3 Բժշկական ծառայությունների փոխհատուցման մեխանիզմները 24
1.4 Բժշկական ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման մեխանիզմներն ՀՀ-ում 30

ԳԼՈՒԽ 2. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ 37
ԳԼՈՒԽ 3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ 46
3.1 Շ.Ռիչի և Պ.Մարտինի մեթոդի օգնությամբ բժիշկների մոտիվացիոն պրոֆիլի գնահատում 47
3.2 Առողջապահական ծրագրերի ազդեցությունը բժիշկների աշխատանքային մոտիվացիայի վրա 55
3.3 Բժիշկների մասնագիտական գործունեության մոտիվացիայի գնահատում ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների 63
3.4. Բժիշկների՝ իրենց մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության ուսումնասիրման արդյունքները 80
3.5 Բժիշկների աշխատանքի քանակական և որակական գնահատման մաթեմատիկական ապահովում և համակարգային վերլուծություն 83
3.6 Բժշկի աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմի վրա ազդող հիմնական գործոնների ազդեցության հավանական գնահատման մոդելի կառուցում 99
3.7 Բուժաշխատողների վերաբերմունքը տարբերակված վարձատրման համակարգի ներդրման վերաբերյալ 110

3.8 Գրեյդինգի մեթոդի կիրառումը բազմապրոֆիլ բուժհաստատության անձնակազմի կառավարման համակարգում 114

ԱՄՓՈՓՈՒՄ 120
ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ 127
ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ 129
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ 131
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 145

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Թեմայի արդիականությունը

Մասնագիտական գործունեության արդյունավետության ապահովման գործընթացում խիստ կարևորվում է աշխատանքի նկատմամբ մոտիվացիայի բարձրացումը: Իմանալով, թե ի՞նչն է դրդում որակյալ մասնագիտական և աշխատանքային գործունեության, և դրանց հիմքում ի՞նչ մոտիվներ են ընկած, ապա դա հնարավորություն կտա մշակել միջոցառումների համակարգ և կառավարման նոր մեթոդներ, որոնք հնարավորություն կտան բարձրացնել մասնագիտական գործունեության արդյունավետությունը: Այս տեսանկյունից աշխատանքի վարձատրումը դառնում է աշխատան-քային մոտիվացիայի կարևոր տարրերից մեկը [4, 56]: Ընդհանրապես, բուժաշխատողների աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմների կատարելագործումը հնարավորություն է տալիս լուծել աշխատանքի վարձատրման համակարգի օպտիմալացմանն ուղղված հիմնահարցեր: Այն հնարավորություն է տալիս հիմնավորել համակարգում բուժաշխատողների լրացուցիչ վարձատրման մեխանիզմների ներդրման անհրաժեշտությունը: Այսպես, օրինակ՝ բուժանձնակազմի աշխատանքային գործունեության արդյունավետության գնահատ-ման հիման վրա հնարավոր է մշակել աշխատանքի մոտիվացիայի և ըստ վերջնական արդյունքի տարբերակված վարձատրման համակարգ [5, 9, 13, 58]:

Ըստ բնույթի վճարման կոմպենսացիոն և խթանիչ մեխանիզմները սկզբունքորեն տարբերվում են իրարից: Վարձատրման խթանիչ բնույթը պետք է աշխատողին մոտիվացնի, որպեսզի ապահովի աշխատանքի որակյալ արդյունք: Խթանիչ բնույթի վարձատրումը սահմանվում է ըստ մշակված չափանիշների: Այն հնարավորություն է տալիս

արդյունքի և որակի գնահատման ժամանակ ունենալ անհատական մոտեցում [1,3]:

Բազմաթիվ երկրներում բուժաշխատողների վարձատրման համակարգը սերտկապի մեջ է բժշկական ծառայությունների դիմաց բուժօգնության վարձատրման համակարգի հետ: Այս երկրներում խթանիչ բնույթի վարձատրման համար մշակվել և ներդրվել են աշխատանքի որակի և գործունեության արդյունավետության գնահատման չափանիշներ [9, 24, 29, 88]:

Ցանկացած գործունեության արդյունավետության գնահատման չափանիշների կիրառումը նպատակ ունի ապահովել կոնկրետ աշխատողի աշխատանքի մոտիվացիան՝ բարձրաց-նելով իր աշխատանքի վերջնական արդյունքի նկատմամբ շահագրգռվածությունը: Ապահովելով բուժհաստատությունում աշխատանքի վարձատրման համակարգի թափանցիկություն և սկզբունքների միասնականություն, հնարավոր է բուժախտորոշիչ գործընթացի բոլոր փուլերում խթանել բուժօգնության որակի և մատչելիության ապահովման գործընթացը: Կան մի շարք պատճառներ, որոնք պարտադրում են կազմակերպությանն աշխատողներին վարձատրել ըստ իրենց գործունեության արդյունքների: Վարձատրման այսպիսի մեխանիզմը հաճախ կարևոր խթանիչ գործոն է անհրաժեշտ վարքագծի ձևավորման համար: Այն խթանում է ստեղծագործական աշխատանքը, ինչպես նաև հնարավորություն է տալիս ընտրել լավ աշխատողներին և հեշտությամբ ազատվել ոչ բարյացակամ աշխատողներից [88,102]:

Աշխատանքի վարձատրման համակարգը պետք է ձևավորվի այնպես,որ ապահովի բուժհաստատության ներսում աշխատողների միավորում, խթանի համա-

գործակցությանը և աշխատողների միջև կոնֆլիկտային իրավիճակների հաղթահարմանը [11,27]:

Բուժհաստատության ղեկավարությունը ոչ միշտ է ճիշտ գնահատում կոնկրետ աշխատողի արժանիքները և այդ հարցում սխալվելն անխուսափելի է: Անչափ կարևոր հարց է աշխատանքի արդյունքի նկատմամբ հսկողության իրականացումը: Անհրաժեշտ է նաև ըստ արդյունքի գնահատել աշխատանքի ծավալը և որակը: Աշխատանքի վարձատրման տարբերակված համակարգը, ըստ բուժհաստատության աշխատանքի արդյունքի կարող է լինել ոչ արդյունավետ, եթե արդյունքների դասակարգումը լինի ոչ ճիշտ: Քանի որ յուրաքանչյուր աշխատող հնարավորություն չունի հսկելու կազմակերպության գործունեության ընդհանուր արդյունքը, ապա աշխատանքի վարձատրման չափի կախվածության հաշվարկը բոլոր աշխատողների համար բխում է ընդհանուր ընդունված չափանիշներից, ինչն այնքան էլ ճիշտ մոտեցում չէ [6,39]:

Աշխատանքի արդյունքի գնահատման համար համապատասխան չափանիշի ընտրությունն առավել կարևոր հիմնախնդիր է ըստ արդյունքի աշխատանքի տարբերակված վարձատրման համակարգի մշակման ժամանակ: Յուրաքանչյուր գնահատման չափանիշ պետք է առաջարկվի ըստ կարգի և գնահատվի բարձրացնող կամ իջեցնող գործակիցներով: Աշխատանքի արդյունավետության գնահատման համալիր չափանիշի մեջ արդյունավետությունը բնութագրող ոչ բոլոր ցուցանիշների ընդգրկումը կարող է բերել բացասական հետևանքների: Համալիր չափանիշի ընտրության դժվարությունը կայանում է նրանում, որ հաճախ ունենում է իր մեջ սուբյեկտիվ տարրեր: Աշխատողի գործունեության վերաբերյալ սուբյեկտիվ գնահատականը կարող է

հանդիսանալ խթանիչ գործոն, եթե այն կառուցված է կատարվող աշխատանքի մանրակրկիտ վերլուծության վրա և, եթե աշխատողի և կառավարող անձնակազմի միջև կա փոխադարձ ըմբռնում [23,33,49]:

Դեռ 2000թ.-ին ԱՀԿ-ն հիմնավորել է, որ երկրների առողջապահական համակարգի գործունեության վրա էական ազդեցություն է ունենում ֆինանսավորումը: Առողջապահական ազգային համակարգի ֆինանսավորման մոդելն այն հիմքն է, որն իր ազդեցությունն է ունենում բժշկական ծառայությունների որակի և ծավալի վրա, իսկ այդ գործընթացներն էլ իրենց հերթին ազդում են կադրերի վարձատրման մեխանիզմի վրա: Բուժաշխատողների վարձատրման համակարգը տարբեր երկրներում կախված է այդ երկրում գործող բուժօգնության վարձատրման համակարգից: Բուժաշխատողների վարձատրման մեխանիզմների կատարելագործումն իր հերթին հնարավորություն է տալիս լուծել աշխատանքի վարձատրման համակարգի օպտիմալացման հարցերը՝ բուժաշխատողի գործունեության արդյունավետության գնահատման հիման վրա խթանման համակարգի մշակում, ըստ վերջնական արդյունքի աշխատանքի տարբերակված վարձատրում: Կարևորվում է մասնագիտական որակավորման խմբերի համար վարձատրման օպտիմալ համակարգի մշակումը, որը պետք է ընդգրկի վարձատրման լրացուցիչ աղբյուրներ [28,33,42]:

Բուժհաստատությունների մակարդակում աշխատանքի վարձատրման տարբերակված համակարգի ներդրման հիմնական խնդիրը պետք է լինի պահանջված բուժօգնության ծավալների հաշվին բուժհաստատության կայուն գործունեության ապահովումը, ինչպես նաև պացիենտների բավարարվածության և բուժհաստատության

սոցիալական, բժշկական և տնտեսական արդյունավետության բարձրացումը [110, 113]:

Աշխատանքի տարբերակված վարձատրման ներդրման պայմաններում կարևոր է վարձատրման ֆոնդի ձևավորումը, ինչպես նաև նյութական խրախուսման մեխանիզմների մշակումը: Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների գործընթացի դանդաղ ընթացքը պայմանավորված է մի շարք գործոններով, որոնցում իր չափաբաժինն ունի բուժաշխատողների աշխատանքի մոտիվացիայի առանձնահատկությունների վերլուծության բացակայությունը: Այդ իսկ պատճառով արդիական է հասկանալ վարձատրման խրախուսման առանձնահատկությունները, այն իրականացնելու ինստիտուցիոնալ պայմանները և պայմանավորված վերջինովս քննարկել խրախուսման ու գործիքի ակտիվ ազդեցության սահմանափակումները, ինչպես նաև հնարավորությունները [10, 100]:

Բժիշկների՝ որպես հիմնախնդրի հանգամանալից հետազոտման օբյեկտի, ընտրության արդիականությունը պայմանավորված է՝

1) բժիշկների վարձատրման չափի ավելացումը ինչպե՞ս է ազդել աշխատանքային մոտիվացիայի վրա,
2) առողջապահության ոլորտում ներդրված աշխատանքի վարձատրման նոր համակարգը, վարձատրման նոր սկզբունքները և ձևերը ինչպե՞ս են ազդել բուժծառայությունների որակի վրա,
3) առողջապահական ոլորտում զարգացած բուժծառայությունների դիմաց ոչ ֆորմալ վճարումը, հանդիսանալով վարձատրման խթանման մեխանիզմների վրա ազդող գործոն՝ ի՞նչ ազդեցություն է ունեցել աշխատանքի մոտիվացիայի վրա [11, 78]:

Այս խնդիրների լուծման համար անհրաժեշտ է հասկանալ ոլորտի աշխատողների աշխատանքային մոտիվացիայի առանձնահատկությունները:

Հետազոտության նպատակը: Հիմնավորել առողջապահական համակարգում բժիշկների աշխատանքի վարձատրման նոր մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը՝ որպես բուժօգնության որակի և արդյունավետության ապահովման միջոց:

Հետազոտության խնդիրները: Հետազոտության նպատակին հասնելու համար առաջադրվել են հետևյալ խնդիրները՝

1. Վերլուծության ենթարկել բուժօգնության դիմելիության վրա ազդող գործոնները, ըստ առողջապահական ծառայությունների մատչելիության և ծավալների առանձնահատկությունների:
2. Բժիշկների աշխատանքի մոտիվացիայի կառուցվածքի առանձնահատկությունների հիմնախնդիրի բացահայտում և գնահատում:
3. Մշակել արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բուժհաստատությունների բժիշկների տարբերակված վարձատրման որակական չափանիշներ և քանակական ցուցանիշներ ըստ մասնագիտական որակավորման խմբերի և գնահատել դրանց ազդեցությունը բուժօգնության որակի և արդյունավետության վրա:
4. Ուսումնասիրել և գնահատել բժիշկների՝ իրենց մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության աստիճանի վրա ազդող այն գործոնները, որոնք ապահովում են բուժօգնության որակ և արդյունավետություն:

5. Բժիշկների աշխատավարձի վրա ազդող ռիսկի գործոնների հիպոթեզի մշակում:
   Մոդելի կառուցում, որը հնարավորություն կտա գնահատել առաջադրված հիպոթեզի հավաստիությունը և հայտնաբերել այն գործոնները, որոնք նշանակալից ազդեցություն են ունենում բժշկի աշխատավարձի ձևավորման վրա:

Աշխատանքի գիտական նորույթը

Մոտիվացիայի հիմնախնդրի ախտորոշման և առանձնահատկությունների գնահատման հիման վրա մշակվել են բուժհաստատությունների բժիշկների տարբերակված վարձատրման որակական չափանիշներ և քանակական ցուցանիշներ: Վերլուծելով բժիշկների աշխատավարձի ազդեցությունը նրանց մոտիվացիայի վրա, հիմնավորվել են այն գործոնները, որոնք ազդում են բժշկի աշխատանքի վարձատրման մոտեցումների վրա:

Աշխատանքի գիտագործնական նշանակությունը

Բժիշկների աշխատանքի վարձատրման չափանիշների և ցուցանիշների ներդրումը, ինչպես նաև մոտիվացիայի վրա ազդող ռիսկի գործոնների գնահատումը հնարավորություն կտա ապահովել բուժօգնության որակ և արդյունավետություն:

Պաշտպանության ներկայացված հիմնական դրույթները

1. Բուժհաստատության կառավարման գերակա մեխանիզմը, որը կապահովի հաստատությանը հասնելու իր նպատակին, անձնակազմի մոտիվացիոն պահանջմունքի կառուցվածքի մշտադիտարկումն է: Այն իրականացնելու հիմնական մեթոդը սոցիոլոգիական հարցումն է:
2. Բժշկի մասնագիտական գործունեության վերլուծության ժամանակակից գործիք է գրեյդինգը, որը հնարավորություն է տալիս ներդնել աշխատանքի քանակական և որակական գնահատման չափանիշների և ցուցանիշների ներդրում,որը կապահովի բուժօգնության որակ և արդյունավետություն:

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը

Ատենախոսության հիմնական դրույթները զեկուցվել են միջազգային և տեղական գիտաժողովներում՝, ինչպես նաև ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի գիտական խորհրդի նիստում (22.01.2018թ., արձ.N1): Ատենախոսության հիմնական դրույթները տպագրվել են 12 տպագիր աշխատանքներում:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը

Ատենախոսությունը շարադրված է 144 էջի վրա: Բաղկացած է նախաբանից, գրականության տեսությունից, հետազոտության նյութն ու մեթոդները նկարագրող գլխից, սեփական հետազոտության արդյունքները ներկայացնող գլխից, ամփոփումից, եզրահանգումներից, գործնական առաջարկություններից, գրականության ցանկից,հավելվածներից:Նյութը մշակվել է 51 աղյուսակի,9գծապատկերի և 1սխեմայի օգնությամբ: Գրականության ցանկը ներառում է 145 սկզբնաղբյուր:

ԳԼՈՒԽ 1. ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

1.1 Բժիշկների աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմների համեմատական վերլուծություն (միջազգային փորձի վերլուծություն)

Առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ծառայությունների միջազգային փորձի վերլուծությունը թույլ է տալիս տարանջատել հինգ այլընտրանքային մոտեցում՝ անհատական պրակտիկայով զբաղվող բժիշկներ, մասնավոր խմբային պրակտիկայի բժշկական գործունեությամբ զբաղվող անկախ բժիշկներ, բժշկական կենտրոններ (խմբային պրակտիկա, սակայն հնարավոր է իրավաբանական կրթությամբ անձի կողմից ղեկավարում), պետական բժշկական կենտրոններ, պոլիկլինիկաներ [88, 108, 115]:

Անկախ ընտրած տարբերակներից միշտ էլ առաջանում է աշխատանքի վարձատրման այնպիսի համակարգի ճիշտ ընտրության հարց, որը կխթանի բժշկի որակյալ աշխատանքը: Ֆիքսված աշխատավարձի համակարգի պայմաններում համակարգը արագ չի կարող արձագանքել պացիենտի պահանջմունքներին, կառաջանան հերթեր բժշկի ընդունելության համար: Այս դեպքում բուժօգնության որակը կախված է մասնագետի բարոյական և հավակնությունների որակից [7, 66, 124, 145]:

Յուրաքանչյուր ծառայության համար վարձատրման մոդելի կիրառումը խթանում է մատակարարի հարկադրված առաջարկը՝ սկսում է ընդլայնել, արագացնել կամ տրանսֆորմացնել գործունեությունը՝ նպատակ ունենալով ստանալ առավել եկամուտ: Եթե այսպիսի խթանիչների ազդեցությունը հսկվում և ուղղորդվում է ճիշտ ուղու վրա միանգամայն նորմալ է: Պայմանագրերը

սովորաբար հիմնվում են յուրաքանչյուր տիպի ծառայության սակագների վրա:Ստացիոնարում պարզ ցուցակներին փոխարինում է «Նման ախտորոշումների խումբ»-ը: Առաջնային օղակի բուժհաստատություններում կիրառվում է RNBS պարզ համակարգը, որը հիմնված է ծառայության հարաբերական գնի վրա: Այսինքն՝ գնահատվում է անձնակազմի և սարքավորումների քանակը, որն անհրաժեշտ է այս կամ այն ծառայության ցուցաբերման համար: Այսպիսի համակարգը կիրառվում է ԱՄՆ-ում, սակայն այն պահանջում է ներդնել համակարգի արտաքին հսկողություն [28, 29, 136]:

Ըստ բնակչության շնչի ֆինանսավորումը նույնպես ունի իր առավելությունները և հիմնախնդիրները:Այն չեզոքացնում է հարկադրված պահանջարկը մատակարարների կողմից, սակայն կարող է բերել հակադարձ ազդեցության: Մատակարարը կսկսի իջեցնել ծառայությունների քանակը,հաճախ նաև որակը կամ դժվարացնել մատչե-լիությունը: Սպառողի ընտրությունը հավասարակշռում է այս միտումները,եթե պացիեն-տին չի բավարարում բժշկական սպասարկումը, ապա ընտրում է ծառայությունների այլ մակարդակ: Գոյություն ունեն մատչելիության հսկողության այլ մեթոդներ, սակայն դրանք աշխատատար և ծախսատար են [140]:

Այսպիսով, ըստ շնչի ֆինանսավորման պարզ մոդելը չի կարող համարվել վարձատրման օպտիմալ համակարգ: Այդ պատճառով կիրառվում են խառը մոդելներ: Յամակարգի ֆինանսավորման ոլորտում վերջին հաջողությունը ֆոնդապահպան մոդելի կիրառումն է [30, 88]: Մեծ Բրիտանիայում 1990-1998թթ. առաջնային օղակին փոխանցվել է առողջապահական ֆինանսական ռեսուրսների 20-25%-ը: Այդ միջոցներն

ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկները օգտագործել են տարբեր սարքավորումների ձեռքբերման համար: Համակարգը գտնվում էր լրիվ տրանսֆորմացիայի ճանապարհին, երբ Բլերոյի կառավարությունն ընտրեց այլ ուղի՝ միասնական գործունեության ուղին: Մոդելը այսօր կրել է բազմաթիվ փոփոխություններ, սակայն գլխավոր գաղափարը՝ ԱԱՊ օղակը դարձնել կառավարելի, պահպանվել է: Այսօր բրիտանական ազգային-առողջապահական համակարգը ԱԱՊ համակարգի կառավարման համար սկսել է կիրառել նպատակային բոնուսների և վճարների համակարգը: Այս դեպքում նպատակը ոչ միշտ է հանդիսանում միակ հիմքը, սակայն կարող է ունենալ կարևոր խթանիչ դեր: Ամբողջ բնակչության բուժօգնության նպատակի օրինակ է դիսպանսերիզացիան, վակցինացիան, դիաբետի և հիպերտոնիայի ժամանակ բուժօգնության մատչելիության ապահովումը [41, 72, 96]:

ՌԴ-ում պոլիկլինիկական օղակում վարձատրման համակարգի նոր մոտեցում է պայմանագրային հարաբերությունների նոր տիպի ներդրումը, որը կարող է ապահովել ծառայությունների զարգացում: Տեղամասային բժիշկները այս դեպքում չեն դիտարկվում, քանի որ նրանց մասնագիտական գործունեության դաշտը խիստ սահմանափակ է և խիստ հսկվում է արձանագրերի օգնությամբ: Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկը, որն ունի ազատ գործունեության լայն շրջանակներ, պետք է վարձատրվի ոչ միայն հատուկ սխեմայով, այլ նաև՝ հսկվի ավելի մեղմ մեթոդներով [89, 90]: Առաջնային բուժօգնության ֆինանսավորման ապահովումը և ԱԱՊ օղակի բժիշկների վարձատրումը եվրոպական երկրների առողջապահական համակարգում տարբեր է և կախված է մի շարք գործոններից: Առաջին հերթին հարկային և ապահովագրական համակարգերից:

Աշխատանքի վարձատրման միջոցը հիմնվում է ֆինանսական տարբեր մեխանիզմների միավորման վրա, որը տարբերվում է ոչ միայն ազգային մակար-դակում, այլ կարող է տատանվել մեկ երկրի ներսում:

Կարելի է տարբերել գոյություն ունեցող համակարգի 3 տեսակ.

1. Առողջապահական պետական համակարգ, որտեղ միջոցները հավաքագրվում են հարկերի միջոցով (Դանիայում, Մեծ Բրիտանիա):
2. Հանրային առողջապահական համակարգ, որտեղ միջոցները հավաքագրվում են 3 աղբյուրից (Բելգիա, Իտալիա, Ֆրանսիա, Նորվեգիա):
3. Ապահովագրական մասնավոր համակարգ: Այն կազմակերպվում է առանձին մարդկանց կողմից, որոնք ապահովագրվում են մասնավոր, կամավոր սկզբունքով [100, 108, 116]:

Առողջապահական պետական համակարգը գործում է Դանիայում, Իսպանիայում, Ֆինլանդիայում, Մեծ Բրիտանիայում, Շվեդիայում: Ընդ որում, Իտալիայում, Հունաստանում, Իսպանիայում, Մեծ Բրիտանիայում օգտագործվում են նաև բժշկական ապահովագրական միջոցները: Ավստրիայում, Բելգիայում, Ֆրանսիայում և Լյուքսեմբուրգում ֆինանսավորումը իրականացվում է սոցիալական ապահովագրական համակարգի օգնությամբ, որը տարածվում է ողջ բնակչության վրա [20, 118, 125]:

Բժշկական ապահովագրական համակարգ ներ է դրված 25 երկրում, որտեղ ապրում է մոտ 1մլրդ մարդ, երկիր մոլորակի բնակչության մոտ 18%-ը: Առողջության առաջնային պահպանման օղակում բժիշկների աշխատանքի վարձատրման ազգային համակարգը կախված է ծառայությունների վճարման համակարգից: Բժշկական ծառայությունների վճարումը կարող է իրականացվել կենտրոնական ֆոնդից ուղղակի կամ անուղղակի ճանապարհով:

Փոխատուցումը կարող է լինել լրիվ կամ մասնակի: Ծախսի մասնակի փոխատուցումը՝ համաֆինանսավորումը, կարող է լինել 3ձևի.

1. Համապահովագրություն, երբ պացիենտը վճարում է ապահովագրական անդամավճար,
2. Համավճար, երբ պացիենտը վճարում է միավոր ծառայության համար,
3. Ենթականվազեցման ձև, որի համաձայն պացիենտը վճարում է բոլոր ծախսերի համար մինչև որոշակի մակարդակ, որը սովորաբար կախված է եկամտի մակարդակից [28,41,72,145]:

Համաֆինանսավորման սխեման կրճատում է բժշկական ծառայությունների ոչ հիմնավորված օգտագործումը: Սակայն կան նաև տվյալներ, որ այդ մեխանիզմը չի ազդում չհիմնավորված ծառայությունների ծավալի վրա [61]:

Եվրամիության երկրներում գործող ծառայությունների վարձատրման մեխանիզմների համակարգը կարելի է խմբավորել հետևյալ կերպ.

- ✓ Վճարումը հիմնված է միավոր ծառայության վրա՝ վճարման հոնորարային մեթոդ, այն գործում է Բելգիայում, Ֆրանսիայում, Գերմանիայում, ԱՄՆ-ում,
- ✓ Վճարում ըստ մեկ բնակչի հաշվի, այն գործում է Նիդերլանդներում, Իսպանիայում, Մեծ Բրիտանիայում,
- ✓ Վճարում ըստ միավոր աշխատաժամի, այն գործում է Ֆինլանդիայում, Շվեդիայում, Նորվեգիայում [30, 35, 120, 125]:

Բազմաթիվ երկրներում գործում է բժիշկների աշխատանքի վարձատրման երեք և ավելի մեխանիզմ (Ավստրիա, Դանիա): Եկամուտը ձևավորվում է ըստ շնչի վճարման (60%), հոնորարային վճարմամբ (25%), ուղիղ պետական սուբսիդավորմամբ (15%): Սուբսիդավորումը փակում է ԱԱՊ օղակի ծախսերի 70,0%-ը [8, 129, 132, 133]: Մեծ

Բրիտանիայում բժիշկների աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմը բաղկացած է երեք էլեմենտից, որը կանոնակարգվում է բժշկական ասոցիացիաների և առողջապահության նախարարության կողմից: Սահմանվում է բազային աշխատավարձ մեկ դրույքի չափով, մեկ շնչի նորմատիվային դրույքաչափը, առանձին ծառայությունների համար սուբսիդացիայի չափը: Բրիտանական համակարգում ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկը ստանում է վարձատրություն ըստ հոնորարի սխեմայի, ընտանիքի պլանավորման, ծառայության համար, բնակչության որոշ խմբերի համար կանխարգելիչ քննությունների դիմաց, յուրաքանչյուր տարեցի համար տնային կանչի համար, սանիտարալուսավորչական աշխատանքների համար: Առանձին վճարվում է մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում կանխարգելիչ աշխատանքների համար, մինչև 2 տարեկանների իմունոպրոֆիլակտիկայի համար [130]:

Անգլիայում ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի գրասենյակը հիմնադրամի տնօրինողն է, մտնում է պայմանագրային հարաբերությունների մեջ ստացիոնարի բժիշկների հետ և վճարվում մատուցված ծառայությունների դիմաց:Անգլիան առողջության պահպանման հարցում ցուցաբերում է զգուշություն և կշռված մոտեցում բյուջետային ֆինանսական միջոցների բարեփոխումների հարցում, ինչպես նաև նոր մեխանիզմների ներդրման հարցում: Այսպիսի մոտեցումը, ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների խրախուսվում է: Բրիտանական առողջապահության զարգացման ժամանակակից մոտեցումները ուղղված են առողջապահության առաջնային օղակին և տնային բուժօգնության կազմակերպմանը: Բժշկական ծառայությունների վճարումը իրականացվում է

հետևյալ կերպ՝ առողջապահության ազգային համակարգ (85,0%), անմիջական վճար բժշկական ծառայությունների դիմաց և առողջության ապահովագրություն (15,0%) [20, 60]:

Գերմանիայի առողջապահական համակարգի մակարդակը 20-րդ դարի 90-ականներին եղել է ամենաբարձրը Եվրոպայում: Ընդ որում՝ բնակչության 95,0%-ը այդ օգնությունը ստացել է հիվանդանոցի դրամարկղի հաշվին: Սակայն աստիճանաբար հիվանդանոցային դրամարկղներում առաջացել է միջոցների դեֆիցիտ: Առողջապահական համակարգում իրավիճակը կտրուկ փոխվել է 2000թ.-ին, երբ Գերմանիայում իրականացվեցին առողջապահական համակարգի բարեփոխումներ: Մտցվեց հոսպիտալային բժշկական ծառայությունների ֆինանսավորման նոր համակարգ՝ հիմնվելով Diagnosis Related Groups դասակարգման վրա, որի հիմքում ընկած է ախտորոշիչ խմբերի ձևավորումը [8, 41, 72]:

Ներկա պայմաններում Գերմանիայի առողջապահական համակարգի ֆինանսավորումը ձևավորվում է պարտադիր ապահովագրական անդամավճարներից (75,0%), հարկերից (10,0%), կամավոր ապահովագրությունից (10,0%) և վճարովի ծառայություններից (5,0%): Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն ունեն բոլոր աշխատողները, գյուղացիները, ուսանողները, գործազուրկները, մինչև 18 տարեկանները: Կենսաթոշակառուները և իրենց ընտանիքի անդամները ապահովագրվում են՝ կախված ամսական եկամտի չափից, երբ անդամավճար վճարում են և՛ ապահովագրվածները, և՛ գործատուն.այս սկզբունքը կոչվում է համաապահովագրություն [72]:

Գերմանիայում բժիշկների աշխատանքի վարձատրման հիմնական մեթոդը հոնորարային

մեթոդն է, որը հիմնված է միավոր ծառայության դիմաց վճարման մոտեցման վրա: Վարձատրման հոնորարային մեթոդը բերում է նրան, որ բժիշկները շահագրգռվում են ավելի թանկարժեք բուժման մեթոդների և ախտորոշիչ գործընթացի երկարացմամբ, քանի որ յուրաքանչյուր հաճախում և միջամտություն բժշկին տալիս է եկամուտ: Բացասական կողմը կայանում է նրանում, որ բժիշկը շահագրգռված է կատարելու կանխարգելիչ աշխատանք, քանի որ այն կարող է բերել ծառայությունների ծավալների կրճատման [8, 108, 113]:

Ֆրանսիայում առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման մեխանիզմներում գերակշռում է պարտադիր բժշկական ապահովագրական համակարգը: Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների հիմնական ուղղությունը բյուջետային ռեսուրսների կառավարման բարելավման համար բժշկական ապահովագրական դրամարկղների դերի մեծացումն է: Վերջին տարիներին նկատվում է ազգային-բժշկական ապահովագրական դրամարկղների դեֆիցիտի աճ, որը 2014թ.-ին դարձել է 13 միլիարդ ԱՄՆ դոլար: Յուրաքանչյուր քաղաքացի ազատ ընտրում է իր բժշկին, որը կարող է ցուցաբերել առաջնային բժշկասանիտարական օգնություն, որոշել բժիշկ-մասնագետների խորհրդատվության անհրաժեշտությունը: Պացիենտը իրավունք ունի ուղիղ դիմել մասնագետին, սակայն այս դեպքում խորհրդատվության համար նախատեսված ծախսերի ծավալները կրճատվում են 5-10%-ով, իսկ խորհրդատվության համար բժիշկ-մասնագետի վճարի չափը աճում է 25-30 եվրոյի չափով: Բժիշկը կարող է ծառայության գինը ավելացնել մինչև 30%: Բժշկական ծառայությունների դրամարկղը ուղարկում է պացիենտներին բուժող բժիշկների ցուցակը:

Կանխատեսվում է, որ շատ դեպքերում դրանք ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ են: Ֆրանսիայի 40 մլն բնակչից միայն 2 մլն է կատարել իր ընտրությունը: Առաջնային բուժօգնության per capita վճարումը կատարում է ֆիլտրի դեր հիվանդանոցային բուժօգնության և նեղ մասնա- գետների խորհրդատվության ուղղորդման հարցում: Per capita ֆինանսավորումը չի պահանջում յուրաքանչյուր ծառայության համար ֆինանսավորման վերլուծություն կատարել, այն նպաստում է նաև ծախսերի կրճատմանը [19, 72, 79, 126]:

Ըստ շնչի ֆինանսավորման առավելությունը կարելի է համարել այն, որ բժշկական օգնության ծախսերի զսպման լավ մեխանիզմ է, հետևաբար առաջանում է հիվանդությունների կանխարգելման խթան: Թերությունները՝ որոշ ծառայությունների ծավալի աճը չի ապահովում եկամտի աճ: Ավելանում է բժշկի աշխատաժամի ծավալը, սակայն այն չի ապահովում եկամուտ: Նպատակահարմար է աշխատանքի վարձատրման ըստ շնչի ֆինանսավորումը համակցել հոնորարայինի հետ [19, 79, 90]:

Ըստ ժամավճարի բժշկի աշխատանքի վարձատրման երկու ձև կա՝ ռետրոսպեկտիվ, որի հիմքում վճարն է ծառայության դիմաց, և պրոսպեկտիվ՝ ըստ պայմանագրային համաձայնության, որը խթանում է բժշկին հսկել ծախսերը և ներդնել բժշկական պրակտիկայում տնտեսապես արդյունավետ և ռացիոնալ ոճեր, մեթոդներ, որոնք ունեն հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված գործառույթներ [86, 144]:

Բազմաթիվ հետազոտողներ առաջարկում են վերջնական արդյունքի գնահատման ինդիկատորներ՝

1. ընթացիկ աշխատանքի որակը գնահատող ինդիկատորներ՝ սոցիալական նշանակության հիվանդությունների հայտնաբերում,
2. վերականգնման ինդիկատորներ՝ հոսպիտալիզացիայի մակարդակ, շտապօգնության կանչերի թիվ և այլն,
3. վերջնական արդյունքի ինդիկատորներ՝ մահացություն, հաշմանդամություն և այլն [78, 80, 105, 144]:

Հեղինակներն առաջարկում են ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի գործունեության վերջնական արդյունքների մոդել՝ բժշկի գործառույթների կատարում, շաքարային դիաբետով հիվանդների դիսպանսերիզացիա, առողջության դպրոցի կազմակերպում պրոֆիլակտիկ աշխատանքների կազմակերպում, շտապ օգնության կանչերի կրճատում, նորագոյացությունների բաց թողած դեպքերի կրճատում, ոչ ժամանակին հոսպիտալիզացիայի դեպքերի բացակայություն, բարդությունների բացակայություն, պացիենտների հիմնավորված բողոքների բացակայություն,անորակ բժշկական փաստաթղթերի ձևակերպումների բացակայություն [75, 84, 79, 105]:

Աշխատավարձի չափի պարզունակ ավելացումը սպասվելիք արդյունքներ չի տալիս բուժօգնության որակի բարելավման տեսանկյունից: Անհրաժեշտ է մշակել և ներդնել վերջնական արդյունքը գնահատող ցուցանիշներ և այդ ցուցանիշներին հաս-նելու խթանիչ ֆոնդից հավելավճարի ձևով վարձատրում [81, 94, 137]:

1.2 Բուժհաստատություններում բժիշկների աշխատանքի մոտիվացիայի համակարգի զարգացումը

Իմանալով, թե ի՞նչն է դրդում մասնագիտական և աշխատանքային գործունեության, դրանց հիմքում

ի՞նչ մոտիվներ են ընկած, հնարավորություն կտա մշակել միջոցառումների համակարգ և կառավարման նոր մեթոդներ, որոնք հնարավորություն կտան բարձրացնել մասնագիտական գործունեության արդյունավետությունը: Այս տեսանկյունից աշխատանքի վարձատրումը դառնում է աշխատանքային մոտիվացիայի կարևոր տարրերից մեկը [138]: Ընդհանրապես, բուժաշխատողների աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմների կատարելագործումը հնարավորություն է տալիս լուծել աշխատանքի վարձատրման համակարգի օպտիմալացմանն ուղղված հիմնահարցեր: Այն հնարավորություն է տալիս հիմնավորել համակարգում բուժաշխատողների լրացուցիչ վարձատրման մեխանիզմների ներդրման անհրաժեշտությունը: Այսպես, օրինակ՝ բուժանձնակազմի աշխատանքային գործունեության արդյունավետության գնահատման հիման վրա հնարավոր է մշակել աշխատանքի մոտիվացիայի և ըստ վերջնական արդյունքի տարբերակված վարձատրման համակարգ [134]:

Աշխատանքի տարբերակված վարձատրման ներդրման պայմաններում կարևոր է վարձատրման ֆոնդի ձևավորումը, ինչպես նաև նյութական խրախուսման մեխանիզմների մշակումը: Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների գործընթացի դանդաղ ընթացքը պայմանավորված է մի շարք գործոններով, որոնցում իր չափաբաժինն ունի բուժաշխատողների աշխատանքի մոտիվացիայի առանձնահատկությունների վերլուծության բացակայությունը: Այդ իսկ պատճառով արդիական է հասկանալ վարձատրման խրախուսման առանձնահատկությունները, այն իրականացնելու ինստիտուցիոնալ պայմանները և պայմանավորված

վերջինովս՝ քննարկել խրախուսման ու գործիքի ակտիվ ազդեցության սահմանափակումները, ինչպես նաև՝ հնարավորությունները [138]:

Անհրաժեշտ է առողջապահական համակարգում ներդնել բուժօգնության դիմաց վարձատրման նոր մոտեցումներ, որոնք հաշվի կառնեն աշխատանքի ծավալը, բարդության աստիճանը, որակը և արդյունավետությունը: Որպեսզի բացառվի բուժ-հաստատության ղեկավարության սուբյեկտիվ մոտեցումը բուժօգնության դիմաց վարձատրման նշանակման համար, անհրաժեշտ է մշակել պարզ մեթոդ բժշկի աշխատանքային գործունեության օբյեկտիվ գնահատման համար [91, 98, 109, 119, 123, 131]: Անհրաժեշտ է ներդնել աշխատանքի վարձատրման տարբերակված համակարգի մոդել, որոշել գերակա խնդիրները [69, 85, 97, 111, 122]:

Անձնակազմի բարձր տեղեկացվածություն վարձատրման ձևի և համակարգի մասին, բժշկական կադրերի շահագրգռվածություն իրենց գործունեության վերջնական արդյունքի օպտիմալացման ուղղությամբ, բուժհաստատություններում ստանդարտացման համակարգի ներդրում՝ դասակարգիչների և ծառայությունների մշակում [5, 22, 134]:

Վճարումը, ըստ փաստացի կատարած աշխատանքի ծավալի, ելքային կետ է առողջապահական ցանկացած տնտեսական գործունեության համար: Դրա օգտագործումն օրինաչափ է միայն առողջապահական համակարգի բարեփոխումների առաջին փուլում: Որակի փորձաքննությունը պետք է լինի անկախ: Փորձագետ կարող են լինել բժշկական ասոցիացիաների անդամները: Աշխատանքի վարձատրման տարբերակված համակարգը անհրաժեշտ է դիտարկել որպես անխուսափելի փուլ համակարգում ըստ բժշկական ծառայության ծավալի

ֆինանսավորման մեխանիզմից մասնակի կամ լրիվ ֆոնդապահովման սկզբունքին անցում կատարելիս [4, 37, 117, 138]:

Բուժհաստատությունների մասնագիտական գործունեության որակի և արդյունավետության բարձրացման համար կարևորվում է բժիշկների մասնագիտական աճ ապահովող համակարգի ներդրումը, բարենպաստ սոցիալ-հոգեբանական միջավայրի ստեղծումը [12, 26, 44, 131]: Բժիշկների մոտիվացիոն գործունեության ուսումնասիրությունը կենտրոնացված է հետևյալ ուղղությունների վրա՝ մասնագիտական գործունեության հոգեբանական ասպեկտների վերլուծություն, աշխատանքային միջավայրի ազդեցությունն աշխատանքային գործունեության վրա աշխատանքային միջավայրում նշանակություն ունեցող արտաքին խթանիչների գնահատում [17, 26, 128]: Բազմաթիվ հետազոտողներ հիմնավորում են, որ բժշկի ցածր աշխատավարձն ազդում է բուժօգնության որակի և արդյունավետության վրա [14, 18, 34, 109, 116]:

Մի շարք հեղինակների կարծիքով անհրաժեշտ է ներդնել բժիշկների վարձատըրման նոր մեթոդներ և ձևեր [21, 115]: Սակայն հիմնախնդրի լուծումը կախված է բազմաթիվ գործոններից [15, 40, 129, 138]:

Աշխատանքի նկատմամբ մոտիվացիան կարելի է գնահատել տարբեր իրավիճակներում՝ մասնագիտական ոլորտում ամենօրյա աշխատանքում, մասնագիտության, աշխատավայրի ընտրության հարցում: Բժշկի մասնագիտության ընտրությունը ոչ պարզ ընտրություն է: Այն ազդում է իր ամբողջ աշխատանքային գործունեության մոտիվացիայի վրա: Մասնագիտական գործունեության մոտիվացիան ունի կիրառական նշանակություն: Ժամանակակից պայմաններում առողջապահության ոլորտում մոտի-

վացիոն համակարգը պետք է զարգանա որպես բարդ, բազմափուլ և բազմաստիճան համակարգ [16, 43, 135, 143]:

Բուժաշխատողների աշխատանքի խթանման ենթահամակարգերի ֆունկցիան հանդիսանում է աշխատանքի տարիֆիկացիան և նորմավորումը, կազմակերպչական վարձատրման նոր ձևերի մշակումը, աշխատանքի նյութական և բարոյական խթանումը, աշխատանքային մոտիվացիայի կառավարումը: Աշխատողների մոտիվացիոն խթանման համակարգի զարգացման և ձևավորման հիմնական պայմանն է մշակել վստահելի և հավաստի մեթոդներ աշխատանքի քանակական գնահատման համար, որը կհամապատասխանի անհատական աշխատանքային գործունեության արդյունքի պարգևին [15, 134]:

Ոլորտում առկա նորմատիվային-իրավական փաստաթղթերը, որոնք ուղղված են բուժաշխատողների աշխատանքի կազմակերպմանը, չեն համապատասխանում ժամանակակից աշխատանքային հարաբերություններին: Աշխատատեղերի որակավորման նպատակով անհրաժեշտ է ոլորտային մեթոդաբանություն, որը կորոշի հավելավճարի չափը՝ հաշվի առնելով գործունեության առանձնահատկությունները, որը դեռևս բացակայում է [34, 136]:

Մոտիվացիոն գործընթացի զարգացման համար որպես արդյունավետ ուղղություն, որը կարող է ապահովել բուժհաստատության գործունեության օպտիմալացում կարելի է դիտարկել մարքեթինգային տեխնոլոգիան [38, 45, 121]:

Բժիշկների աշխատանքի մոտիվացիայի համակարգի կառավարման ժամանակակից մոտեցումը պետք է հենվի հետևյալ սկզբունքային դրույթների վրա.

1. Տարբեր մոտիվացիոն գործոնների ամբողջական հայտնաբերում և հաշվառում (կազմակերպչական-

մեթոդաբանական, սոցիալ-հիգիենիկ, սոցիալ-հոգեբանական), ինչպես նաև կոնկրետ մասնագիտական խմբի համար դրանց գնահատման արդյունքները:

2. Բժիշկների առանձին մասնագիտական խմբերի և բուժհաստատության ամբողջ կոլեկտիվի համար սոցիալ-հիգիենիկ նկարագրի հաշվառում, որը հնարավորություն կտա հայտնաբերել համալիր գործոններ, որոնք փոխկապակցված են աշխատանքի մոտիվացիայի հիմնախնդրի և դրա կառավարման հետ:
3. Բժիշկների աշխատանքի մոտիվացիայի տեխնոլոգիաների և ձևերի համապատաս-խանություն որպես բուժհաստատության գործունեության նպատակ և խնդիր, ինչպես նաև կոլեկտիվի յուրաքանչյուր անդամի պահանջմունք և մոտիվի խթան:
4. Բուժհաստատությունում մոտիվացիոն պրոցեսի զարգացման տեմպերի և հեռանկարների կախվածություն ֆինանսական ռեսուրսներից և դրանց կիրառման հարցում ղեկավարի ազատության աստիճանից:
5. Բուժհաստատության բժիշկների աշխատանքի մոտիվացիայի համակարգի զարգացման համար գերակակարող է լինել ուղղություն, որը կապված է աշխատանքի տարբերակված վարձատրման առաջարկների, ձևերի և մեթոդների մշակման հետ, որի հիմքում պետք է հաշվի առնվի աշխատանքի ծավալը, բարդության աստիճանը և բուժման որակը:
6. Բուժհաստատության կլինիկական կառուցվածքային ֆունկցիոնալ ստորաբաժա-նումների գործունեության որակն առաջին հերթին գնահատում են ըստ հետևյալ չափանիշների՝ ախտորոշման, բուժման որակի:

Անձնակազմի մասնագիտական և կարգապահական մակարդակով բուժհաստատությունում աշխատանքի մոտիվացիայի համակարգի ձևավորման կառուցվածքում ընդգրկված են հետևյալ բաղադրիչները՝ մոտիվ, գործողություններ, որոնք ուղղված են մոտիվացված բավարարվածությանը, համալիրի ձևավորում՝ արդյունք, գնահատում, հետադարձ կապ,կարիքներ [16, 24, 112, 138]:

Աշխատանքի մոտիվացիայի համակարգի զարգացման համար կարևորվում է կոլեկտիվի պայմանագիրը բուժհաստատության ղեկավարի և արհմիութենական կազմակերպության հետ [52, 98]:

Բժշկական կոլեկտիվի մասնագիտական աշխատանքի մոտիվացիոն ոլորտը լայն և բազմաշերտ է: Այնուհանդերձ, անհրաժեշտ է ձգտել, որ մոտիվացիոն համակարգի մոդելի շարունակական կատարելագործումը բուժհաստատությունում յուրաքանչյուր աշխատողի մոտ ստեղծի բարձրորակ և արդյունավետ գործունեության պատրաստվածություն, որը կբարձրացնի ընթացիկ և ռազմավարական խնդիրների լուծման որակը: Դրա հետ կապված մոտիվացիոն համակարգի ցանկացած մոդել կոչված է խթանել յուրաքանչյուր աշխատողի, բացել ներքին և խորը անձնական մոտիվներ աշխատանքի նկատմամբ, որը հնարավորություն է տալ իս անհատականացնել օգտագործվող մոտիվատորների նպատակը և խնդիրները [52, 101, 134]:

Կոլեկտիվում յուրաքանչյուր աշխատողի գործունեությունը ավելի հաջողված և արդյունավետ է, եթե համակցված է հետևյալ գործոնների հետ՝ անձնական պատասխանատվություն, արտադրողական պլանի կատարում, գործունեության գործընթացից և արդյունքից

բավարարվածություն, սոցիալական ճանաչման ձեռքբերում նյութական խրախուսման ապահովում: Աշխատանքի մոտիվացիայի առավել ուժեղ խթանիչը աշխատողի անձնական պատասխանատվությունն է:Դրա հետ կապված անհրաժեշտ է մեծ ուշադրություն դարձնել բուժհաստատության ներքին աշխատանքային կարգապահությանը և կանոնակարգերին, ինչպես նաև՝ դրա կատարման հսկողությանը [99, 103]:

Անհրաժեշտ է մշակել խրախուսող և պատժիչ միջոցառումներ: Հրահանգի կատարումը կառավարչական ցիկլի կարևոր ռազմավարական, մարտավարական և օպերատիվ խնդիրներից է ինչպես գլխավոր մենեջերի,այնպես էլ բուժհաստատության յուրաքանչյուր աշխատողի համար: Պահանջվում է մշակել արդյունքների գնահատման մոդել և չափանիշեր [104, 106]:

Յուրաքանչյուր երկրի առողջապահական համակարգի կադրային քաղաքականության մեջ նշվում է, որ քաղաքականությունը և ռազմավարությունը կառուցվում են միմյանց հետ փոխկապակցված երեք ուղղություններով՝ կադրային կառուցվածքի պլանավորում և օպտիմալացում, կադրերի պատրաստում, կադրային ռեսուրսների կառավարում և մոտիվացիա [65, 92]: Յուրաքանչյուր բուժհաստատության գործունեության արդյունավետության բարձրացման, ինչպես նաև կառավարման համակարգի մշակման համար կարևորվում է բժշկի մասնագիտական գործունեության աճը, սոցիալ-հոգեբանական բարենպաստ մթնոլորտ ապահովող միջոցառումների ներդրումը: Հետազոտողները նշում են, որ կադրային ռեսուրսների կառավարումը փոխկապակցված կառուցողական, համակարգային և գործնական քայլերի փոխկապակցված

ամբողջություն է: Կադրային քաղաքականությունը իր մեջ ամփոփում է բազմաթիվ գործառույթներ, որից կարևորը մասնագիտական վերապատրաստումը և պատրաստումն է, կադրերի բաշխումը, մասնագիտական գործունեության գնահատումը և վերլուծությունը [26, 47, 73, 93]: Մի խումբ հետազոտողների կարծիքով ժամանակակից առողջապահական համակարգը բնութագրվում է կադրային ծառայության առկայությամբ, որն ունի գործառույթների լայն սպեկտր: Այս ոլորտի հետազոտությունները դեռևս նոր են, ինչպես նաև զարգացման միտումներ ունեն: Հետազոտական աշխատանքները նվիրված են աշխատանքային միջավայրի, ինչպես նաև բուժհաստատություններում առկա սոցիալ-հոգեբանական միջավայրի ուսումնասիրությանը [75]:

Կադրային մոտիվացիայի ուսումնասիրությունները ունեն հետևյալ հիմնական ուղղությունները՝

1. Մասնագիտական գործունեության հոգեբանական ասպեկտների վերլուծություն [136]:
2. Բուժաշխատողների առողջական վիճակի վրա աշխատանքային միջավայրի գործոնների ազդեցության ուսումնասիրություն: Հիմնականում հետազոտողները պնդում են, որ բուժաշխատողների ցածր վարձատրությունը ազդում է բուժօգնության որակի վրա: Հիմնավորել են, որ անհրաժեշտ է ներդնել աշխատանքի վարձատրման նոր համակարգ [54, 62, 63, 70, 74]:
3. Բուժաշխատողների մասնագիտական գործունեության արդյունավետության գնահատման չափանիշների մշակում [22, 32, 45, 76, 83]:

Որոշ հետազոտողներ հիմնավորում են, որ բժիշկների հուզական այրման համախտանիշի առկայությունը կարող է ազդել պացիենտի

առողջական վիճակի և բուժման արդյունավետության վրա [31, 50]: Բոյկոն և համահեղինակները մշակել են հուզական այրման համախտանիշի ախտորոշման սկզբունքները, ինչպես նաև դրա կապը մասնագիտական մոտիվացիայի հետ [23, 47]: Սինդրոմի ձևավորման վրա ազդում են նաև պացիենտ-բժիշկ փոխհարաբերությունները [17, 49, 51, 97]: Մի խումբ հետազոտողներ հուզական այրման համախտանիշը դիտարկում են որպես բարդ հոգեբանական ֆենոմեն, այդ ֆենոմենի կախվածությունը մասնագիտական աշխատանքային ստաժից [44, 67]: Մի խումբ հետազոտողներ հիմնավորում են, որ նույնատիպ ստերեոտիպունեցող աշխատանքը կարող է պատճառ դառնալ ապատիայի և բացասական ազդեցություն թողնել մասնագիտական գործունեության վրա [6,7,67,95,106]: Հետազո-տողները առանձնացնում են աշխատանքային միջավայրի հետևյալ գործոնները՝ միատիպություն, աշխատանքային ժամանակի դեֆիցիտ, մոտիվացիայի ադեկվատ համակարգի բացակայություն [57]: Հետազոտողների մի խումբ հիմնավորում է, որ հուզական այրման համախտանիշը ընկած է տվյալ կազմակերպությունում գիտական հիմնավորում ունեցող խթանման մեթոդների բացակայության գործոնի հետ միևնույն հարթակում [17, 141]:

Մասնագիտական գործունեության վախը հաճախ նպաստում է քրոնիկ հոգնածության զարգացմանը: Քրոնիկ հոգնածությունը նույնականացվում է հետևյալ գանգատներով՝ աշխատունակության կորուստ, հոգնածություն, մկանային թուլություն, ցավ մկաններում, գլխացավ, քնի խանգարում, գրգռվածություն, ուշադրության և մտավոր ակտիվության անկում [70, 77, 82, 109]:

Ծ. Ռիչը և Պ. Մարտինը ուսումնասիրել են անձի պահանջմունքն աշխատանքային միջավայրում:

Առանձնացրել են 12 գործոն, որոնք ըստ հեղինակների աշխատանքային կոլեկտիվում կարևոր խթանիչներ են:Նրանք հետազոտել են 1200 ռեսպոնդենտ:Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ նրանց ձեռքբերումները ճանաչելու անհրաժեշտությունը և հենց ձեռքբերումները ավելի բարձր են, քան ազդեցիկ լինելու կարիքը: Հեղինակները եկել են այն եզրահանգման, որ եթե մարդը ճիշտ է մոտիվացված, ապա նա մտածում և գործում է անհրաժեշտ ձևով, հաճախ են առաջանում դրական էմոցիաներ, շատ է ծիծաղում, քիչ՝ գանգատվում: Ուստի ղեկավարը պետք է կարողանա ախտորոշել, թե ինչն է մոտիվացնում մարդկանց: Մեթոդն արդյունավետ և շատ օգտակար հիմք է կոլեկտիվը կառավարելու համար [64]: Առողջապահության ոլորտի աշխատողները զբաղեցնում են այլ նշաձող [67, 113, 117]:

Կարևորվում է նաև բժիշկների առողջական վիճակի ուսումնասիրությունը: Այն ըստ հետազոտողների տվյալների միտում ունի վատթարանալու: Բժիշկների առողջական վիճակի բարելավումը և կյանքի որակի բարձրացումը ունեն ռազմավարական նշանակություն [12, 17, 21, 41, 113, 114]:

Այսօր կարևորվում է նաև առողջապահական համակարգում ներդնել բուժաշխատողների վարձատրման նոր համակարգ, որը պետք է հիմնված լինի վերջնական արդյունքի վրա:Վարձատրման նոր համակարգը հնարավորություն է տալիս ներդնել նյութական խրախուսման նոր ձևեր: Առկա համավճարի վարձատրման մեխանիզմի պայմաններում բացակայում են հնարավորություններն առաջատար մոտիվացիոն համակարգային մոտեցման ներդրման համար, որն իր հերթին կապահովի աշխատողի անհրաժեշտ մասնագիտական որակի ապահովում [43, 45, 49, 53, 73, 115]:

Հետազոտողներն առաջարկում են վարձատրման նոր մեխանիզմների ներդըրման չափանիշներ, որն իր դրական ազդեցությունն է ունեցել բուժօգնության որակի բարելավման վրա [63, 107]: Կազմակերպությունը իր նպատակին հասնելու համար պետք է մշակի և ներդնի նյութական մոտիվացիայի օբյեկտիվ հիմքեր [52, 54]: Ապացուցված է, որ եթե ղեկավարը կառավարման ոլորտում կիրառում է սոցիալ-հոգեբանական մոտեցումներ, կարող է բարձրացնել անձնակազմի ստեղծագործական պոտենցիալը, աշխատունակությունը, կանխարգելել հոգեհուզական այրման համախտանիշը, ինչպես նաև ապահովել աշխատանքային միջավայրում բարենպաստ սոցիալ-հոգեբանական մթնոլորտ [47, 55, 62, 71]: Այսպիսի մոտեցումների ներդրումը պահանջում է ղեկավարից հատուկ գիտելիքներ և հմտություններ [59]:

Total Quality Management (TQM) մեթոդ է, որը հնարավորություն է տալիս բարձրացնել կազմակերպչական գործընթացների որակը [123, 131, 142]: Այն թելադրում է հետևյալ պահանջմունքների կատարում.

- Ցանկացած կիրառվող տեխնոլոգիա պետք է ձևակերպված լինի որպես ստանդարտ,
- Գործընթացի նկարագրման մակարդակը պետք է այնպիսին լինի, որ տեխնոլոգիայի կատարումը կախված չլինի կոնկրետ անձից, նրա որակավորման մակարդակից,
- Փաստաթուղթը, որը նկարագրում է գործընթացը, պետք է լինի հաստատված կազմակերպության ղեկավարի կողմից և հասցվի մինչև կատարման աստիճան,
- Փաստաթուղթը, որն ունի սահմանափակումների կարգավիճակ, չպետք է հակասի այլ ռեգլամենտների, որոնք մտնում են

կազմակերպության որակի կառավարման համակարգի մեջ,

- Յուրաքանչյուր գործընթաց պետք է գրանցվի [45, 99, 137, 141]:

Աճել է անձնակազմի կառավարման համակարգի ներդրմանն ուղղված հետազոտությունների ժամանակը, սակայն այն գործնականում ունի սահմանափակ ներդրումներ [55, 62, 68, 87, 127]: Հետևաբար, դժվարանում է առողջապահական համակարգի բարեփոխումների գործընթացը: Բուժօգնության որակի և արդյունավետության ապահովման համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել բուժաշխատողների աշխատանքային մոտիվացիայի առանձնահատկությունները: Աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմների փոփոխությունը լուրջ աշխատանքային մոտիվ է բուժաշխատողների համար: Բուժհաստատություններում ինովացիոն քաղաքականության ձևավորման արդյունավետ մեթոդների ներդրումը կապահովի բուժօգնության որակի և արդյունավետության բարձրացում: Այս հիմնախնդիրների լուծումը կօգնի նաև բուժհաստա-տության նպատակին հասնելու համար առաջացած խնդիրների լուծմանը [62, 74, 140, 142]:

1.3. Բժշկական ծառայությունների փոխհատուցման մեխանիզմները

Բժշկական ծառայությունների դիմաց փոխհատուցում հասկացությունը բնութագրվում է որպես բժշկական ծառայությունների մատուցման ժամանակ կատարված ծախսերի փոխհատուցման դիմաց ֆինանսավորող կողմի և բժշկական կազմակերպու-թյան տնտեսական հարաբերությունների ամբողջություն: Փոխհատուցում հասկացությունը վերաբերում է կազմակերպության կողմից կատարված ծախսերի փոխհատուցմանը, ոչ թե

առանձին բաժանմունքների կամ առավել ևս բուժաշխատողի, այլ ամբողջ համակարգի համար: Փոխհատուցման համակարգի հիմնական նպատակներն են`

1. ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործում,
2. բուժօգնության մատչելիության և որակի ապահովում,
3. բժշկի ազատ ընտրություն,
4. բժշկի մասնագիտական ազատություն,
5. առողջապահության կանխարգելիչ ուղղվածություն [127, 136, 140]:

Սակայն ամբողջ աշխարհում չկա որևէ մի երկիր, որտեղ գոյություն ունենա փոխհատուցման իդեալական մեթոդ, որը հնարավորություն կտա հասնել հիմնական նպատակներին: Բուժօգնության փոխհատուցման համակարգն էական ազդեցություն ունի առողջապահական համակարգի բազմաթիվ բնութագրիչների վրա: Դրան են վերաբերում` հանրության կողմից առողջապահական ծախսերի կանխատեսումը, առողջապահական համակարգերի ենթակառուցվածքների արդյունավետությունը, պացիենտի իրավունքն ընտրելու այն բուժհիմնարկը, որտեղ ցանկանում է ստանալ բուժօգնություն և ունի իրավունքների պաշտպանվածության որոշակի աստիճան, վարչական ծախսերի մակարդակը: Փոխհատուցման համակարգի ընդհանուր պահանջմունքները պետք է բխեն հետևյալ դրույթներից`

1. վճարման համակարգը պետք է խթանի բժիշկներին ցուցաբերելու քիչ ծախսերի դիմաց որակյալ բուժօգնություն,
2. բուժօգնության ծախսերը պետք է կանխատեսված լինեն,
3. վարչական ծախսերը պետք է լինեն մինիմալ,

4. բուժօգնության տարբեր փուլերի վճարումը պետք է միմյանց հետ համակցված լինի` ապահովելով բոլոր կողմերի շահագրգռվածություն իրականացնելու բուժօգնության ծավալների վերաբաշխում դեպի առավել արդյունավետ կողմ [1,2,86,89,90,121]:

Բժշկական ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման համակարգ կառուցելու համար` անհրաժեշտ է առաջին հերթին ընտրել բժշկական ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման հիմնական սկզբունքները`

1. Փոխհատուցում ըստ փաստացի կատարված ծավալների կամ հետադարձ վճարման սկզբունք: Այս դեպքում բժշկական կազմակերպությունն ինքն է որոշում մատուցվող ծառայության ծավալը: Ֆինանսավորող կողմը չի սահմանափակում մատուցված ծառայությունների ծավալը:
2. Նախնական վճարման սկզբունք: Այս դեպքում ֆինանսավորող կողմը պայմանագրով սահմանում է բժշկական օգնության ծավալները և փոխհատուցում իրականացնում այդ ծավալների շրջանակներում [2,25]:

Ըստ փոխհատուցվող միավորի առանձնացվում են արտահիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց վճարման հետևյալ մեթոդները`

1. Ըստ իրականացված բուժախտորոշիչ միջոցառումների,
2. Ըստ փաստացի կատարված հաճախումների,
3. Ըստ ավարտված ամբուլատոր դեպքերի,
4. Ըստ կցագրված ազգաբնակչության ամբողջ առաջնային օղակի բուժօգնության համար,
5. Ըստ կցագրված ազգաբնակչության ամբողջ առաջնային օղակի բուժօգնության և

հիվանդանոցային բուժօգնության որոշ մասի համար (մասնակի ֆոնդաապահովում),

6. Ըստ կցագրված ազգաբնակչության բժշկական օգնության ամբողջ ծավալի համար (ամբողջական ֆոնդաապահովում)[60]:

Առաջին 3 թվարկվածները պայմանականորեն անվանվում են հոնորարային մեթոդներ: Այս մեթոդների նմանությունն այն է, որ փոխհատուցումն իրականացվում է՝ ելնելով փաստացի կատարված ծավալների: Առաջին երկու մեթոդների հիմնական առավելությունն այն է, որ առաջին փուլում մեծանում է ամբուլատոր պոլիկլինիկական հաճախումների թվաքանակը, ինչը չափազանց կարևոր է անցումային տնտեսությունների երկրների առողջապահական համակարգերի համար: Որպես թերություն կարելի է նշել բժշկական միջամտությունների անհարկի ավելացումները, անհարկի ուղեգրումները, ինչպես նաև հիվանդի առողջական վիճակի բարելավման համար առաջնային օղակի բժշկի մոտ տնտեսական շահագրգռվածության բացակայությունը, ֆինանսական միջոցների պլանավորման հետ կապված դժվարությունները [1, 46, 88]:

Հոնորարային մեթոդի առավել բարդ ձև է ըստ ավարտված ամբուլատոր դեպքերի փոխհատուցումը՝ անկախ հաճախումների թվից, հարբժշկական ծառայությունների ծավալից: Այս մեթոդի կիրառումը խթանում է բուժվող հիվանդների թվի մեծացմանը և բուժման տևողության կրճատմանը, սակայն այս մեթոդի կիրառման դեպքում բացակայում են կանխարգելիչ բժշկական ստուգումների իրականացման խթանները: Մնացած 3-ը իրենցից ներկայացնում են նախնական վճարման սկզբունքի իրականացման մեթոդներ: Առաջին մեթոդի կիրառման դեպքում ֆինանսական միջոցներ հատկացվում են՝

ելնելով կցագրված ազգաբնակչության թվաքանակից՝ անկախ նրանց հիվանդ կամ առողջ լինելու փաստից: Սովորաբար, կիրառվում են նաև լրացուցիչ գործակիցներ՝ ելնելով տարիքից և սեռից: Այս մեթոդի հիմնական առավելությունն այն է, որ առաջնային օղակի բուժաշխատողները շահագրգռված չեն հաճախումների մեծացմամբ, անհարկի միջամտությունների իրականացմամբ: Սակայն որպես թերություն պետք է նշել բժիշկների մոտ շահագրգռվածության բացակայությունը, ինչպես նաև անհարկի ուղեգրումները հիվանդանոցային բուժհաստատություններ [2, 61, 87, 127]:

Երկրորդ մեթոդի կիրառման դեպքում առաջնային օղակի բուժհաստատությունը ֆինանսավորվում է ոչ միայն իր գործունեության համար, այլև իրեն կցագրված բնակչի հիվանդանոցային բուժօգնության համար: Այսինքն՝ ֆինանսավորող կողմը վճարում է հիվանդանոցին՝ այդ գումարները հանելով պոլիկլինիկայի համար նախատեսված միջոցներից: Այսինքն՝ որքան շատ կանխարգելիչ միջոցառումներ իրականացվեն, որքան քիչ լինեն հիվանդանոցային դեպքերը, այնքան շատ ֆինանսական միջոցներ կմնան պոլիկլինիկայի տրամադրության տակ [3, 64, 66, 91, 127]:

Հիվանդանոցային ավարտված դեպք մեթոդի կիրառման դեպքում որպես հաշվարկային միավոր հանդես է գալիս ավարտված դեպքը ըստ առանձին ախտորոշումների կամ ըստ ախտորոշումների խմբերի: Այս մեթոդի կիրառման դեպքում խթաններ են առաջանում ներդնելու բուժման նոր տեխնոլոգիաներ [2, 36, 71, 113, 145]:

Եվրոպական մի շարք երկրներում կիրառվող փոխհատուցման մեթոդների համեմատական վերլուծություն

Անգլիա: Ֆինանսավորումն իրականացվում է տարբերակված՝ հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների համար: Հիվանդանոցային օղակի ֆինանսավորումն իրականացվում է ըստ ավարտված դեպքի, իսկ արտահիվանդանոցի ֆինանսավորումն իրականացվում է մասնակի ֆոնդապահովման սկզբունքով, այսինքն՝ հիվանդանոցային բուժօգնության համար նախատեսված ֆինանսական միջոցների մոտ 30%-ը տրվում է առաջնային օղակի բուժհաստատություններին և հիվանդին ստացիոնար բուժօգնության ուղեգրելու դեպքում առաջնային օղակի բուժհաստատությունը վճարում է ստացիոնար բուժօգնություն իրականացնող կազմակերպությանը: Եթե լինում են տնտեսումներ, ապա այդ գումարները օգտագործվում են միայն սահմանված ուղղություններով [60, 115, 125]:

Ֆրանսիա: Ֆրանսիայում, որպես կանոն, հիվանդները մուծում են մատուցված ծառայության արժեքը, իսկ հետո փոխհատուցում են ստանում համապատասխան պետական ֆոնդից կամ մասնավոր ապահովագրությունից: Փոխհատուցումն իրականացվում է բժշկական ծառայություն մատուցողի և ապահովագրական ֆոնդի կողմից սահմանված չափով, սակայն բժիշկներին հնարավորություն է տրված ներկայացնել նաև այդ գնից ավել հաշիվներ [102]:

Իսպանիա: Իսպանիայի առողջապահական համակարգը բնութագրվում է ծայրահեղ ապակենտրոնացվածությամբ: Պետական բյուջեից միջոցները հատկացվում են տարածքային իշխանություններին, որոնք էլ որոշում են ինչ ուղղությամբ ծախսել այդ միջոցները: Տարածքային մարմիններին տրվող գումարի մեծությունը հաշվարկվում է՝ ելնելով տվյալ տարածաշրջանի ազգաբնակչության թվաքանակից, ինչպես նաև հաշվի

են առնում մի շարք այլ ցուցանիշներ (օր. դեմոգրաֆիկական վիճակը):

Հունաստան: Հունաստանի առողջապահական համակարգում փոխհատուցումն իրականացվում է 2 ձևով՝ արտահիվանդանոցային ծառայությունների համար կնքվում են պայմանագրեր բժիշկների հետ, հաստատվում են գները, որից ավել գումար փոխհատուցման ներկայացնելու իրավունք չունեն: Պետական հիվանդանոցներում փոխհատուցումն իրականացվում է ըստ օրերի:

Էստոնիա: 1990-ական թվականներին Էստոնիայում ներդրվեց ՊԲԱ: Սկզբնական շրջանում ապահովագրությունն իրականացվում էր մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից: Արդեն 1995 թվականից Էստոնիայում ստիպված եղան հրաժարվել այդ համակարգից, քանի որ տարբերությունները, ըստ տարածաշրջանների չափազանց մեծ էին: Այժմ գործում է ՊԲԱ ֆոնդը, որը հավաքագրում է ապահովագրավճարները և բաշխում դրանք տարբեր տարածաշրջանների միջև՝ ելնելով ազգաբնակչության թվաքանակից: Էստոնիայի առաջնային օղակում մատուցված ծառայությունների դիմաց փոխհատուցումն իրականացվում է՝ ըստ մարդաշնչի, ըստ ծառայությունների, ըստ հոդվածների (շտապ բժշկական օգնություն), ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորում: Հիվանդանոցային բուժօգնության փոխհատուցումն իրականացվում է՝ յուրաքանչյուր ծառայության համար, ըստ ավարտված դեպքի, ըստ մահճակալ/օրերի [3, 48, 61]:

Աղյուսակ 1.

Ստացիոնար օգնության վճարման մեթոդները Եվրոպայի մի շարք երկրներում

Երկիր	Ֆինանսավորման մոդելը	Ստացիոնար օգնության վճարը

Մեծ Բրիտանիա	Բյուջեից կենտրոնացված ֆինանսավորում	Նախնական վճար և ծառայության ծավալի վճարի համադրում
Ֆրանսիա	ՊԲԱ կենտրոնացված համակարգ	Գլոբալ բյուջեի հիման վրա նախնական վճար
Գերմանիա	ՊԲԱ ապակենտրոնացված համակարգ	Գլոբալ բյուջեի հիման վրա նախնական վճար
Իտալիա	Բյուջեից կենտրոնացված ֆինանսավորում	Նախնական վճար հաշվարկված ըստ սահմանված սակագնի
Ֆինլանդիա	Բյուջեից ապակենտրոնացված ֆինանսավորում	Օգնության փաստացի ծավալի վճարում միջին պրոֆիլային դրույքով
Դանիա	Բյուջեից ապակենտրոնացված ֆինանսավորում	Կանխավճար Գլոբալ բյուջեի հիման վրա
Շվեդիա	Բյուջեից ապակենտրոնացված ֆինանսավորում	Նախնական վճարի և ծառայության փաստացի ծավալի վճարի համադրում
ՌԴ	Ապակենտրոնացված բյուջետա-ապահովագրական համակարգ	Ֆինանսավորում ծախսերի նախահաշվով

Աղյուսակ 2.

Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնության վճարման մեթոդները

Երկրներ	Վճարման մեթոդ	Բնակչության վճարումները
Ավստրիա	Հոնորարային	20%
Դանիա	Եկամտի 28%-մեկ շնչի համար նորմատիվային 63%-հոնորարային, 9%-նպաստներ	Չկա
Ֆրանսիա	Հոնորարային	25%
Գերմանիա	Հոնորարային	Չկա
Իտալիա	Տարբերակված մեկ շնչի համար նորմատիվային	Չկա
Շվեյցարիա	Հոնորարային	10%
Մեծ Բրիտանիա	Տարբերակված մեկ շնչի համար նորմատիվային, Հոնորարային, նպաստներ	10%
Նիդերլանդներ	Աշխատավարձ	0.17$
Նորվեգիա	35% աշխատավարձ 65% հոնորարային	30%
Իսպանիա	Աշխատավարձ, մեկ շնչի համար նորմատիվային	Չկա
Շվեդիա	Աշխատավարձ	6-9$
ՌԴ	Առանձին ծառայությունների համար 41%, ավարտված դեպքի համար 29.1%, մեկ շնչի համար նորմատիվ 18.6%, ծախսերի նախահաշվարկով 11-13%	Չկա

1.4 Բժշկական ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման մեխանիզմները ՀՀ-ում

Այժմ անդրադառնանք բժշկական ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման մեխանիզմներին ՀՀ-ում: Մինչ վերլուծության անցնելը պետք է նկատի ունենալ, որ մինչ անկախացումը, որտեղ փոխհատուցումն իրականացվում էր ըստ նախահաշվի, այսինքն՝ հաստատվում էր կոնկրետ հատկանիշների հաշվարկով ամրագրված ըստ հոդվածների բյուջե, օրինակ՝ աշխատավարձ, սնունդ, դեղորայք, ձեռք բերված սարքավորում, վերանորոգում,

շինարարության համար հիմնական ծախսեր: Բժշկական հաստատություններին ֆինանսական ռեսուրսների բաշխման նման համակարգ օգտագործվել է ԽՍՀՄ-ում և զարգացող երկրներում: Այժմ այն օգտագործվում է Լատինական Ամերիկայի որոշ երկրներում: Շուկայական հարաբերությունների համար նման մեթոդը անարդյունավետ է: Այն սահմանափակում է ղեկավարի ֆինանսական գործունեությունը, քանի որ լիովին զրկում է ծախսերի հոդվածների միջև ռեսուրսների բաշխման հնարավորությունից, կոլեկտիվի արդյունավետ աշխատանքի և ցուցաբերվող ծառայությունների որակի համար խթաններ չի ստեղծում, ֆինանսական խթանիչ է բժշկական աշխատողների հաստիքների ուռճացման համար [3]:

Մինչև 1997թ.-ը առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) բուժհաստատություններում փոխհատուցումն իրականացվում էր ըստ փաստացի կատարված հաճախումների թվի և նեղ մասնագիտացված կաբինետների պահպանման ծախսերի: Ֆինանսավորման այդ մեխանիզմին բնորոշ էին մի շարք թերություններ`

- սպառողին անհրաժեշտ ծավալի բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման գործում բժշկի շահագրգռվածության բացակայություն,
- ավելի մեծ ֆինանսական ռեսուրսներ ստանալու նպատակով հաճախումների թվի արհեստական մեծացում, ինչը հանգեցնում էր իրականացվող բուժօգնության և սպասարկման ծառայության անհիմն ուռճացմանը,
- վարչարարության մեծ ծավալ` կապված բուժօգնության և սպասարկման ֆիքսման և դրանց հետագա փոխհատուցման խնդիրներով,
- ֆինանսական ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման ցածր վերահսկելիություն: Հաշվի

առնելով վերոնշյալ թերությունները՝ 1999թ-ին ԱԱՊ համակարգում նախկին ֆինանսավորումից անցում կատարվեց ըստ սպասարկվող ազգաբնակչության թվի (per capita) ֆինանսավորման մեխանիզմի, այսինքն՝ ՀՀ պետական բյուջեից իրականացվեց ֆինանսավորում տարվա կտրվածքով մեկ բնակչի հաշվով նախատեսված միջինացված գումարներից: Այս մեխանիզմի ներդրման արդյունքում հնարավոր եղավ իրականացնել գների զսպում, վարչարարական ծախսերի կրճատում, ֆինանսական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացում [1,3]:

Շտապ բուժօգնության ծառայությունում 2000թ. սկսեց կիրառվել փաստացի կանչերի դիմաց ֆինանսավորում՝ տարբերակված (ընդհանուր, մասնագիտացված, ֆելդշերական) գներով: Դրա հետ մեկտեղ, հատկացվող ֆինանսավորման ծավալը սահմանափակվեց ըստ մարզերի տարեկան կտրվածքով մեկ շնչի հաշվով միջինացված գումարներով:

Չնայած վերոհիշյալ առավելություններին՝ ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման մեխանիզմին բնորոշ են որոշակի թերություններ, մասնավորապես՝

- բժշկին շահագրգռող մեխանիզմի բացակայություն,
- տեղամասում գրանցված, առկա և ներկայացվող բնակիչների թվի անհավաստիություն,
- բնակչության կողմից պահանջարկի ավելացմանը նպաստող համակարգի բացակայություն,
- նեղ մասնագետների զբաղվածությունն ապահովելու նպատակով այցելուների անհիմն ուղեգրում նրանց մոտ,

- հիվանդների անհիմն ուղեգրում հիվանդանոցային բուժօգնության հաստատություններ,
- անմիջապես ծառայություն մատուցողի վարձատրման համակարգի թերարժեքություն,
- ոչ պաշտոնական վճարումներ և այլն [3]:

Նշված թերությունների պատճառով ֆինանսավորման այդ մեխանիզմը թույլ չէր տալիս բնակչությանը ապահովել անհրաժեշտ ծավալի ու որակի առաջնային բժշկական օգնությամբ և սպասարկմամբ, ինչի արդյունքում խիստ նվազել էին բնակչության հաճախումները ԱԱՊ կազմակերպություններ, նվազել էր կանխարգելիչ միջոցառումների թիվը, բնակչությունը ստիպված միայն ծայրահեղ դեպքում էր օգտվում բժշկական ծառայությունից, այն էլ նրա թանկարժեք օղակում՝ հիվանդանոցում: Այս խնդիրներին որոշակի լուծում տալու նպատակով 2002թ.-ին ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության փոխհատուցման համար ներդրվեց խառը ֆինանսավորման մեխանիզմը: Տեղամասային թերապևտների, տեղամասային մանկաբույժների, նեղ մասնագիտացված բուժօգնություն իրականացնողների համար պահպանվեց ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման մեխանիզմը, իսկ լաբորատոր գործիքային հետազոտությունների ֆինանսավորման հիմքում դրվեցին փաստացի կատարված աշխատանքները [2]:

Ինչպես երևում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ոլորտում իրականացվել են լուրջ բարեփոխումներ, ինչի արդյունքում հնարավոր է եղել ապահովել հասարակության բոլոր շերտերի համար անվճար բուժօգնություն, ներդրվել են ֆինանսավորման մեխանիզմներ, որոնց արդյունքում նվազել են ոչ պաշտոնական վճարումները: 1997թ.-ին, նպատակ ունենալով զսպել համակարգի էքստենսիվ

զարգացումը, վարչարարական ծախսերը, ինչպես նաև փոխհատուցումն իրականացնել փաստացի կատարված աշխատանքի դիմաց, ապահովել վերահսկելիության ավելի բարձր մակարդակ, հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման հիմքում դրվեց պայմանագրային հիմունքներով փաստացի մատուցած ծառայությունների դիմաց ֆինանսավորման մեխանիզմը: Փոխհատուցումն իրականացվում էր յուրաքանչյուր ավարտված դեպքի համար` նախապես հաստատված գներով: Այս մեխանիզմի կիրարկման արդյունքում հնարավոր եղավ իրականացնել սահմանված նպատակների մի մասը միայն [1,3]:

Չնայած վերը նշված մեխանիզմի առավելություններին, համակարգում առաջ եկան մի շարք խնդիրներ, մասնավորապես`

- հիվանդության բարդության գործակիցը կարիք ունի ճշգրտման, որի հիմքում պետք է ընկած լինեն հիվանդությունների բուժման ստանդարտները, որոնք առ այսօր մշակված և հաստատված չեն,
- հիվանդանոցային մեկ օրվա բուժման գինն իրատեսական չէ և, ըստ էության, չի փոխհատուցում բուժօգնություն իրականացնողների իրական ծախսերը,
- համակարգի կառավարման և վերահսկման ոչ կատարյալ մակարդակի, ինչպես նաև պետության կողմից երաշխավորվող հիվանդությունների ցանկի ոչ կատարյալ և հստակ ձևակերպման արդյունքում նպաստավոր պայմաններ են ստեղծվել բուժօգնություն իրականացնողների կողմից բազմաթիվ խախտումների համար,
- բուժօգնություն իրականացնող հաստատությունների ներսում կառավարման ցածր մակարդակը,

- իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման ոչ բավարար մակարդակը,
- ոչ պաշտոնական վճարումների ծավալների մեծացումը,
- անմիջապես բուժօգնություն իրականացնողի փոխհատուցման համակարգի թերարժեքությունը,
- հիվանդանոցային բուժօգնության վճարունակ պահանջարկի նվազումը և այլն:

Այս մեխանիզմով համակարգը գործեց մինչև 2000թ.-ը: Բնականաբար մեխանիզմը դրական արդյունք տվեց, սակայն առաջ եկան մի շարք խնդիրներ, որոնց լուծումը պետք է խթաներ համակարգի ռիթմիկ զարգացումը. մասնավորապես ՀՀ պետական բյուջեով առողջապահական ծախսերի նվազեցման հետ մեկտեղ 1998-1999 տարիներին գրեթե բոլոր պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում կատարած աշխատանքների ծավալները գերազանցել են ՀՀ պետական բյուջեով նախատեսված ծավալները: Սա արդյունք էր ինչպես հիմնական ծառայությունների փաթեթի, այնպես էլ ՀՀ պետական բյուջեով առողջապահական ծախսերի ոչ ճիշտ պլանավորման: Կնքված պայմանագրերում ֆիքսված չէին կատարվելիք աշխատանքների պայմանագրային ծավալները, այլ նշված էին պետական պատվերում ընդգրկված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակները: Միջազգային պրակտիկայում կիրառվում է սահմանափակ (գլոբալ) բյուջեով ֆինանսավորման մեխանիզմը: Գլոբալ բյուջեի մեխանիզմը սկսվել է օգտագործվել Ֆրանսիայում, Կանադայում, Մեծ Բրիտանիայում և մի շարք այլ երկրներում: Գլոբալ բյուջեն ակնհայտորեն սահմանափակում է հաստատություններին վճարվող ֆինանսական միջոցները, քանի որ նախապես համաձայնեցվում է բժշկական ծառայությունների համար վճարվելիք

գումարի ծավալը և դրանցից յուրաքանչյուրի արժեքը: Կարևոր նշանակություն ունի ծառայությունների ծավալի և արժեքի կոնկրետացումը,որոնք վճարվում են գլոբալ բյուջեից, որպեսզի մատակարարի մոտ խթաններ չառաջանան կրճատելու տրամադրվող ծառայությունների ծավալը: Ընդհանուր գծերով գլոբալ բյուջեն բնութագրվում է որպես հաշվետու ժամանակաշրջանի համար նախապես համաձայնեցված և պլանավորված ֆինանսավորման ծավալ, որը հիվանդանոցային հաստատությանը տրամադրում է փոխհատուցող կողմը փաստացի իրականացված ծառայությունների դիմաց: Գլոբալ բյուջեն հիվանդանոցային բուժհաստատության և բժշկական օգնության ու ծառայությունների գնորդի տնտեսական շահերի արտահայտման մեթոդ է: Այդ համաձայնեցումը ձեռք է բերվում պայմանագրային գործընթացի հիման վրա,որի հիմնական փուլերն են՝

- հիվանդանոցային բուժօգնության և ծառայությունների իրականացման պլանների մշակում,
- հիվանդանոցի և բժշկական ծառայությունների գնորդի միջև բանակցությունների իրականացում,
- համաձայնեցված գների հիման վրա որոշակի ծավալներով բուժօգնության ցուցաբերման վերաբերյալ պայմանագրերի կնքում,
- պայմանագրային պարտավորությունների կատարման մշտադիտարկում և գնահատում [1,3]:

Ինչպես երևում է,այս մեթոդի առավելությունը բուժօգնության վրա կատարվող ծախսերի կանխատեսելիության մեջ է: Ֆինանսավորող կողմը ծախսերի վերահսկման կարևոր լծակներ է ձեռք բերում: Այս դեպքում հիվանդանոցները շահագրգռված չեն լինում մեծացնել

հոսպիտալացումների քանակը, որն էլ սահմանափակում է ծախսատարության գործոնը [1]:

Սակայն գլոբալ բյուջեն զերծ չէ նաև թերություններից, որոնք դրսևորվում են հետևյալում՝

1. չի արձանագրվում ծառայությունների որակը, իսկ մատակարարի մոտ խթան է առաջանում նվազեցնել դրանց արժեքը բուժման որակի հաշվին,
2. նախապայմաններ են ստեղծվում հիվանդության հասարակ դեպքերով պացիենտների ընտրության համար, խուսափելով բարդ դեպքերից, եթե սպասարկվող քանակակազմի կառուցվածքը պայմանագրի մեջ չի նշված,
3. բացակայում են արդյունավետ աշխատանքի համար հստակ արտահայտված նյութական և բարոյական խթանիչները,
4. վճարումը կատարվում է ըստ բժշկական հաստատության ծախսերի, ոչ թե տրամադրված ծառայության վերջնական արդյունքի,
5. պետական պատվերից օգտվող քաղաքացիների թվաքանակը զգալիորեն գերազանցում է բուժհաստատությունների գլոբալ բյուջեով նախատեսված դեպքերի թվաքանակին, ինչը բերում է քաղաքացիների բուժօգնության մատչելիության իջեցման և դժգոհությունների ավելացման [3]:

Այսօր ՀՀ առողջապահության ոլորտում կուտակված հիմնախնդիրների լուծման համար, անհրաժեշտություն է առաջանում իրականացնել բարեփոխումներ մի շարք ուղղություններով՝

- Բժշկական օգնության և ծառայությունների գների կարգավորում, ստվերայնության կրճատում: Ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզվում է, որ ստվերայնության հիմնական

պատճառը առողջապահական ծառայությունների գների անիրատեսական լինելն է, որը հետևանք է պետական բյուջեի միջոցների հաշվին իրականացվող բուժօգնության ծախսերի գնահատման ընթացքում իրականից մի քանի անգամ ցածր գների կիրառման: Գների չկարգավորվածության դեպքում իմաստազրկվում են պետական մարմինների ջանքերը՝ սակավ ապահով և բնակչության հատուկ խմբերի համար անվճար բժշկական օգնություն մատուցելու ուղղությամբ: Այսինքն՝ պետությունը «դե-յուրե» կատարում է իր «պարտավորությունները», սակայն «դե-ֆակտո» չի ապահովում դրանց կիրառման մեխանիզմները, որի արդյունքում անվճար առողջապահական ծառայությունների արժեքային ծավալի մեծ մասը տեղափոխվում է ուղղակիորեն դեպի «ստվեր»:

- Առողջապահական համակարգի նյութատեխնիկական բազայի զարգացում: Այստեղ, հատկապես, կարևորվում է նոր բուժհիմնարկների ստեղծումը, գյուղական համայնքներում գործող առողջապահական հաստատությունների շենքային պայմանների բարելավումը, համապատասխան սարքավորումներով հագեցվածության ապահովումը, շտապ բժշկական կայանների հետագա զարգացումը, գյուղական ամբուլատորիաներին շտապ բժշկական օգնության իրականացման համար համապատասխան մեքենաների տրամադրումը:
- Ֆինանսավորման նոր աղբյուրների ներդրում և դրանց զարգացման համար պայմանների ստեղծում, մասնավորապես, կարևորվում է ապահովագրության՝ որպես առողջապահության ֆինանսավորման կարևոր աղբյուրի ներդրումը և զարգացումը [1,2]:

Այսպիսով, հիմնավորվում է առողջապահական համակարգում բժիշկների աշխատանքի

տարբերակված վարձատրման որակական չափանիշների ներդրման անհրաժեշտությունը:

ԳԼՈՒԽ 2
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հետազոտության կազմակերպման համար ունեցել ենք համալիր մոտեցում՝ կիրառելով վերլուծական, կառուցվածքային ֆունկցիոնալ և գործիքային վերլուծության մեթոդներ:Կատարվել է բժիշկների մոտիվացիայի ախտորոշում, որի արդյունքները հնարավորություն են տվել մշակվել բուժօգնության որակ և մատչելիություն ապահովող բժիշկների մոտիվացիոն պրոցեսի կառավարման մոդել:Մշակվել է մոդելի ներդրման ալգորիթմ:

Գրականության վերլուծությունը կատարվել է հետևյալ ուղղություններով.

1. Մասնագիտական գործունեության հոգեբանական ասպեկտները,
2. «Աշխատանքային միջավայր»գործոնը,որն ազդում է բժիշկների առողջական վիճակի վրա,
3. Բուժհաստատության և բժիշկների գործունեության արդյունավետության գնահատման չափանիշների ընտրություն,
4. Գործընթացի կառավարում և մոդելավորում, առողջապահական համակարգում հիմնախնդրի մշակման աստիճանի գնահատում:

Գնահատվել են բժիշկների և բուժհաստատության ղեկավարների աշխատանքային մոտիվացիայի առանձնահատկությունները՝ աշխատանքային մոտիվացիայի կառուցվածքային տարբերության առանձնահատկությունները կախված աշխատանքային ստաժից: Գնահատվել է նաև բժիշկների մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածությունը կախված մի շարք գործոններից:

Հետազոտության խնդիրների լուծման համար մեր կողմից կիրառվել են հետևյալ հարցաթերթերը.

1. «Բժիշկների աշխատանքի մոտիվացիայի ընդհանուր ախտորոշում և գնահատում»: Այն հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել բժիշկների աշխատանքային մոտիվացիայի առանձնահատկությունները, կախված աշխատանքային ստաժից, մասնագիտությունից: Մոտիվացիայի գնահատման համար կիրառվել է Շ. Ռիչի և Պ. Մարտինի «Անձի մոտիվացիոն պրոֆիլ» հարցաթերթը: Այն հարմարեցվել է հետազոտության խնդիրներին (հավելված 1):
2. «Մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության գնահատում»՝ հնարավորություն է տալիս առանձնացնել այն գործոնները, որոնք անհրաժեշտ է հաշվի առնել բժիշկների բուժօգնության որակի և մատչելիության բարձրացմանն ուղղված մոտիվացիայի ապահովման համար (հավելված 2):
3. «Քարտ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակի բժիշկ մասնագետի աշխատանքի որակի գնահատման ցուցանիշների հաշվարկ»(հավելված 3):
4. Հիվանդության պատմագրերի փորձաքննության հարցաթերթ (հավելված 4):

Բժիշկների խմբերի ձևավորման համար կիրառվել է հետևյալ մեթոդը՝

Հետազոտությունն անց է կացվել 2014-2016թթ.:

Մոտիվացիոն պրոֆիլի ուսումնասիրման հարցաթերթը հնարավորություն է տալիս գնահատել 12 մոտիվացիոն գործոն: Այն պատկերացում է տալիս անձի մոտիվացիայի կառուցվածքում յուրաքանչյուր կարգի արժեքի մասին և հետագայում հնարավոր է տալ բժիշկների խմբային բնութագիրը ընդհանրապես, ինչպես նաև կախված աշխատանքային ստաժից գնահատել մոտիվացիոն կարիքի կառուցվածքը: Թեստի յուրաքանչյուր պնդում բացում է իր բովանդակությունը և ունի պատասխանի 4 տարբերակ: Յուրաքանչյուր պնդում գնահատվում է առավելագույնը 11 բալ: Կիրառման մեթոդաբանությունը ներկայացված է հավելված 1-ում:

Խմբային բնութագրիչների հաշվարկի ժամանակ հաշվվել է յուրաքանչյուր գործոնի M, Mo, σ, Mmax, Mmin: Այս մեթոդի կիրառումը,ըստ մեր կարծիքի թույլ է տվել հայտնաբերել այն բաղադրիչները, որոնք բնութագրական և առանձնահատուկ են յուրաքանչյուր բժշկի համար:

Մասնագիտական բավարարվածության ախտորոշման համար կիրառվել է «Մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության» հարցաթերթը: Այն կառուցվածքային թեսթ է, որի յուրաքանչյուր պնդում ունի հստակ պատասխան: Առաջին բլոկ հարցերը հնարավորություն են տալիս գաղափար կազմել գիտեն արդյո՞ք կազմակերպության նպատակը, ունեն տեղեկատվություն կազմակերպության գործունեության վերաբերյալ: Հարցմանը մասնակցած բժիշկները գնահատել են իրենց մասնակցության աստիճանը կազմակերպության նպատակին հասնելու գործընթացում:

«Կազմակերպության կառավարում» ուղղության մեջ ուսումնասիրվել և գնահատվել է հարցվածների կողմից ղեկավարների կառավարման ոճը, մասնագիտական և պաշտոնի պարտավորությունների ընկալման աստիճանը, անձնական նախաձեռնության դրսևորման աստիճանը: «Կոլեկտիվում փոխհարաբերություններ» ուղղության մեջ՝ հարցվածները գնահատել են կոլեկտիվում կոնֆլիկտային իրավիճակի, հարաբերություններում վստահության, աշխատանքից բավարարվածության աստիճանը, իսկ «Ներքին մոտիվացիա»ուղղության մեջ՝ անձնական կյանքում մասնագիտական գործունեության ազդեցությունը, բավարարվածությունը մասնագիտական որակավորման բարձրացման համակարգից, «Արտաքին մոտիվացիա» ուղղության մեջ՝ աշխատողի արտաքին մոտիվացիայի գործոնները, գնահատվել է «Առողջական վիճակի վրա ազդող և մասնագիտական պարտականությունները կատարելու դժվարությունների վրա ազդող գործոնները», ինչպես նաև «Անձնական և կոլեկտիվի գործունեությունից բավարարվածությունը»: Յարցաթերթը պարունակում է 58 պնդում, որոնցից յուրաքանչյուրը ունեցել է իր չափանիշները:

Յետազոտության հաջորդ փուլում մշակվել է բժշկական կադրերի մոտիվացիայի գործընթացի կառավարման մոդել, որը պետք է ապահովի բուժօգնության որակ և արդյունավետություն: Մշակվել է մոդելի ներդրման ալգորիթմ, սահմանվել է մոդելը, որպես տեսություն, որը նկարագրում է համակարգում կառուցվածք և ներքին փոխհարաբերություն: Գործընթացի մոդելավորումը հիմնվել է ուսումնասիրվող օբյեկտի միտումների, օրինաչափությունների տիպոլոգիական գծերը օբյեկտի համակարգային

մոտիվացիայի կառավարման գործընթացում: Հիմնավորվել է մոդելի կառավարման պահանջմունքները՝ պարզ, տեղեկատվական, ունակություն օբյեկտը բարելավելու, փոփոխություններ մտցնելու հնարավորության ապահովում: Կիրառվել են առողջապահական հաստատություններում գործընթացի բարելավման ցուցանիշներ:

Բժշկական կադրերի մոտիվացիայի գործընթացի կառավարման մոդելը ներկայացված է որպես կազմակերպչական փաստաթուղթ, որը նկարագրում է անձնակազմի մոտիվացիայի գործընթացի իրականացման առանձնահատկությունները և կարգը:

Միջոցառումների ներդրման համար իրականացվել է կազմակերպչական նկարագիր ըստ անձնագրային տվյալների: Փորձարկվել է սպասվելիք արդյունքների կանխատեսման մեթոդի նշանակությունը: Ձևակերպվել են տեղեկատվության փոխանակման ձևերը էքսպերիմենտի մասնակիցների միջև: Էքսպերիմենտի ավարտին լրացուցիչ գնահատվել է գործունեության արդյունավետությունն անձնակազմի մոտիվացիայի համակարգի գործունեության պայմաններում, որի համար կիրառվել են սոցիոլոգիական հարցման տվյալները:

Բուժօգնության որակի գործընթացային բաղադրիչի գնահատման համար մեր կողմից մշակվել և կիրառվել է «Հիվանդության պատմագրի ստուգազննման ձևաթերթ»-ը: Յուրաքանչյուր բժշկի մատուցած ծառայությունների որակի գնահատման մոնիթորինգի համար մշակվել է քարտ, որը ընդգրկել է 10 ցուցանիշ (հավելված 6,7):

Աշխատանքի վարձատրման համակարգում շուկայական տնտեսության սոցիալական տիպին անցումը կշիռ ունեցող էլեմենտ է

բուժհաստատության անձնակազմի կառավարման համակարգում: Առկա մեթոդների վերլուծության արդյունքում եկել ենք այն եզրահանգման, որ առողջապահական համակարգում գործնականում չի կիրառվում այնպիսի ինովացիոն մեթոդ, ինչպիսին գրեյդինգների մեթոդն է: Այն ունի լայն կիրառում Արևմտյան Եվրոպայի մի շարք երկրներում:

Գրեյդինգը գնահատման մեթոդ է, որը հնարավորություն է տալիս կազմակերպության ներսում իրականացնել պաշտոնների դասակարգում: Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն է տալիս վարձատրման հարցում առավելագույնս ունենալ օբյեկտիվ մոտեցում և դրա հիման վրա չեզոքացնել ներքին և միջանձնային կոնֆլիկտները: Յանդիսանալով վերլուծության և տարբեր պաշտոնների համեմատության գործիք՝ գրեյդինգի մեթոդը թույլ է տալիս բուժհաստատության ռազմավարության տեսանկյունից որոշել առկա դիրքորոշումների գինը, օպտիմալացնել վարձատրման համակարգը, կատարել պաշտոն զբաղեցնող անձանց համապատասխանության վերաբերյալ անկախ գնահատում, ստեղծել պարգևատրման արդյունավետ համակարգ, որն իր հերթին հնարավորություն կտա բարձրացնել բուժաշխատողների հետաքրքրությունը իրենց աշխատանքի արդյունքի նկատմամբ:

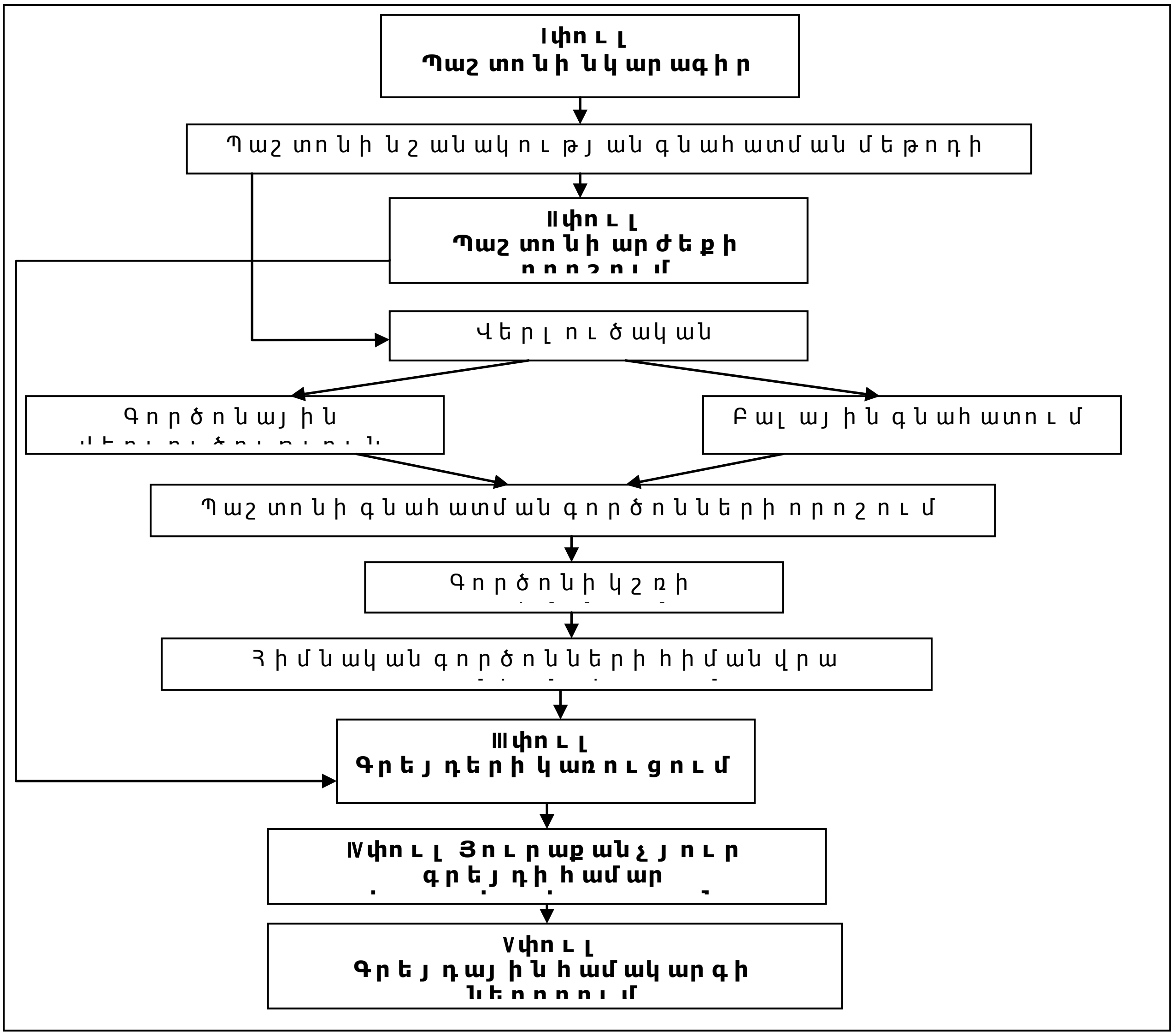
Գրեյդինգի մեթոդը մշակվում է յուրաքանչյուր բուժհաստատության համար, քանի որ հաշվարկի հիմքում ընկած է կազմակերպության հաստիքային կառուցվածքը, գործունեության առանձնահատկություն- յունները: Այս դեպքում ընդհանուր է միայն հաշվարկի ալգորիթմը:

Գրեյդինգը իրականացվում է մի շարք փուլերով: Յուրաքանչյուր փուլում կատարվում է պաշտոնների տարանջատում և հաջորդաբար

բաժանում ըստ սահմանված տարիֆների: Արդյունքում չափվում է յուրաքանչյուր պաշտոնի կշիռը և մատրիցայի հիման վրա կառուցվում է տարիֆային ցանց: Յուրաքանչյուր աշխատողի պարգևատրման չափը սահմանվում է ոչ միայն ըստ զբաղեցրած պաշտոնի,այլ նաև ըստ հավաքած գրեյդի քանակի:

Աշխատանքի վարձատրման արդարացի համակարգի ներդրումը հանդիսանում է մոտիվացիայի ապահովման կարևոր մոտեցում, քանի որ այն հնարավորություն կտա ապահովել աշխատանքի վարձատրման չափի կախվածություն քանակական և որակական ցուցանիշներից, որոնք գնահատում են աշխատանքի արդյունքը: Գրեյդինգը գործիք է,որը հնարավորություն է տալիս վերլուծել և համադրել տարբեր պաշտոնների կամ դիրքերի գործառույթները, նշանակությունը բուժհաստատության ռազմավարության մշակման տեսանկյունից,օպտիմալացնել բուժաշխատողների վարձատրման համակարգը, իրականացնել բժիշկների՝ իրենց զբաղեցրած պաշտոնների համապատասխանության վերաբերյալ անկախ մոնիթորինգ, մշակել հավելավճարի բաշխման արդյունավետ համակարգ,որը կարող է բժիշկներին մոտիվացնել դեպի աշխատանքի վերջնական արդյունք:Վարձատրման գրեյդինգային համակարգի ներդրումը հնարավորություն է տալիս գործատուին իր աշխատողներին վարձատրել ըստ աշխատանքի վերջնական արդյունքի: Սակայն բացի աշխատանքի արդյունքից հիմք է ընդունվում նաև աշխատողի որակավորումը, աշխատանքային ստաժը, կորպորատիվ կուլտուրան: Գրեյդինգի համակարգը կամ պաշտոնների դիրքային գնահատումը իրենից ներկայացնում է կարգերի տաբել: Յուրաքանչյուր աշխատողի տրվում է այս կամ այն կարգը կամ գրեյդը,

որի հիման վրա որոշվում է աշխատավարձի չափը: Մեթոդը թափանցիկ է և աշխատողը պատկերացնում է, թե ինչ պետք է անել, որպեսզի ակնկալի աշխատավարձի բարձրացում: Գրեյդինգային համակարգի մշակման փուլերը ներկայացված է սխեմա 1-ում:



Փորձագետների կողմից գնահատվում է յուրաքանչյուր գործոնի նշանակության կշիռը:

Առողջապահական համակարգի համար կարելի է կիրառել գրեյդինգի համակարգի հետևյալ ալգորիթմը.

1. Բժիշկների պաշտոնների նկարագիրը ձևավորող գործոնների «կշռի» գնահատում:

2. Յուրաքանչյուր գործոնի ներսում ենթագործոնների հիմնավորում և գնահատում:
3. Ենթագործոնների «կշռի» բաշխում և գրեյդի աղյուսակի կազմում:
4. Յուրաքանչյուր ենթագործոնի դիրքի գրեյդերի բալային գնահատում:
5. Դիրքերի հնարավոր խմբավորում:
6. Յուրաքանչյուր դիրքի միջին շուկայական գնի որոշում:
7. Հավելավճարի արդյունավետ բաշխում ըստ հավաքած բալերի քանակի:

Գրեյդինգի համակարգի ներդրումը ակնկալում է հավելավճարի բաշխման մի քանի տարբերակ:

Բազմապրոֆիլ բուժհաստատության պայմաններում բուժաշխատողի աշխատանքի խթանումն ունի առանձնահատկություններ: Վճարում՝ ըստ աշխատանքի ինտենսիվության և բարձր արդյունավետության սահմանվում է հավելավճարի ձևով.

1) հավելավճար՝ աշխատանքի ինտենսիվության համար,
2) հավելավճար՝ բարձր արդյունավետության համար:

Աշխատանքի ինտենսիվության համար սահմանված հավելավճարը պետք է ունենա խթանիչ բնույթ, մոտիվացնում է աշխատողին փոքր ռեսուրսների պայմաններում կատարել ավելի մեծ ծավալի աշխատանք (նյութական, աշխատանքային, ժամանակային և այլն): Աշխատանքի բարդության աստիճանը գնահատելու համար որպես որակական գործոններ կարող են լինել աշխատանքի բովանդակությունը կազմող ֆունկցիան աշխատանքի կատարման բարդությունը, կարճ ժամանակում մեծ ծավալի աշխատանքի կատարելը:

Այս չափանիշների հիման վրա հավելավճարի սահմանումը բուժհաստատության ղեկավարի գործառույթն է: Ղեկավարն իրավունք ունի հիմք ընդունելով ցուցանիշների փոփոխության միտումները, նվազեցնել կամ զրկել հավելավճարից:

Բարձր արդյունավետության համար սահմանվում է խթանիչ բնույթի հավելավճար: Այն մոտիվացնում է աշխատողին աշխատանքում կիրառել նոր մեթոդներ և տեխնոլոգիաներ, որը խթանում ԲՕՈ-ի ապահովմանն ու բարելավմանը:

Կարգ խթանիչ բնույթի հավելավճարի սահմանման վերաբերյալ

Այն նպատակահարմար է հաշվարկել յուրաքանչյուր ամսվա համար հետևյալ մեթոդաբանությամբ.

ա) աշխատանքի գնահատման ինտեգրալ բալային ցուցանիշի կիրառում (աշխատանքի որակի գործակից),

բ) յուրաքանչյուր բաժանմունքի աշխատանքի ինտեգրալ բալային գնահատում (հավելված 8): Վարձատրման բալային չափին անհրաժեշտ է ավելացնել վարձատրության գործակից, որի հիմքը կլինի աշխատանքի որակի գնահատումը (հավելված 9): Աշխատանքի որակի գործակցի հաշվարկը կատարվել է ըստ աշխատանքի արդյունավետության չափանիշների և այդ չափանիշների նշանակության: Այս դեպքում բոլոր չափանիշների գումարային նշանակությունը պետք է կազմի 100%, իսկ առանձին չափանիշներինը՝ կտատանվի 5-30%-ի սահմաններում:

Գործակցի գումարային նշանակությունը հաշվարկվել է որպես «5» սյունակի գումարային արժեք: Չափանիշների հետագա մշակումը կկատարվի յուրաքանչյուր ծառայության համար:

Չափանիշների կատարման գնահատման համար առաջարկվել է կիրառել գնահատման չորս հավասարումների համակարգը (աղ.3):

Աղյուսակ 3.

Գնահատման չորս հավասարումների համակարգի կատարման չափանիշներ

	Չափանիշների կատարման գնահատման նկարագիր	Գնահատման չափաբաժին
1	Չափանիշները կատարվում են ամբողջությամբ:	1
2	Չկա մի քանի անգամ գրանցված խախտում	0,8
3	Խախտումները էական չեն, սակայն պարբերաբար կրկնվում են	0,5
4	Կան նշանակություն ունեցող խախտումներ	0

Մասնագետների աշխատանքի որակի գնահատման մոտեցում

ԲՕՌ-ի արդյունքի գնահատման չափանիշների ներդրումը նպատակ ունի խթանել բուժաշխատողների մոտիվացիան, բարձրացնել բուժախտորոշիչ գործընթացի որակը:

Աշխատանքի արդյունքի գնահատման չափանիշների դասակարգումը, ըստ գնահատման մակարդակի կարող է լինել երկաստիճան (այո՝ կատարում է, ոչ՝ չի կատարում) և բազմաստիճան՝ ընդհանուր և մասնավոր, ըստ աշխատանքի արդյունքի կիրառման բնույթի՝ քանակական (աշխատանքի արդյունքներն ունեն քանակական բնույթ) և որակական (աշխատանքի արդյունքներն ունեն որակական բնույթ), յուրաքանչյուր աշխատողի համար կիրառվող ընդհանուր և լրացուցիչ ցուցանիշներ:

Ընտրանքի ծավալը հաշվարկվելու է հետևյալ բանաձևի օգնությամբ՝

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^{2}pq}{N\Delta^{2} + Z_{\alpha}^{2}pq}$$

n–ընտրանքի ծավալն է, N-ՀՀ բժիշկների ընդհանուր թիվը՝ 13 117,

Zα–հավաստիության գործակիցն է առաջին տիպի սխալի 0,05 հավանականության համար և հավասար է 1,96,

Δ-առավել ագույն սխալը՝ 0,05,

p–երևույթի հանդիպման հավանականությունն է՝ 0,5,

q-երևույթի բացակայության հավանականությունն է՝ 0,5 (q=1-p):

Ընտրանքը բաժանվելել է ըստ մասնագիտական խմբերի՝ առաջնային օղակի թերապևտներ և մանկաբույժներ, նեղ մասնագետներ, հիվանդանոցային օղակի թերապևտներ, մանկաբույժներ և սրտաբաններ, վիրաբույժներ և այլ մասնագետներ, բուժհաստատության տնօրեններ և տեղակալներ, բաժանմունքի վարիչներ:

- ✓ Թերապևտիկ պրոֆիլի բժիշկների խմբի մեջ ընդգրկվել են թերապևտներ, թոքաբաններ, սրտաբաններ, ռևմատոլոգներ, աղեստամոքսաբաններ, ներզատաբաններ, ալերգոլոգներ, դիետոլոգներ, արյունաբաններ, ֆիզիոթերապևտներ, ֆունկցիոնալ ախտորոշման և ֆունկցիոնալ հետազոտման, շտապ օգնության բժիշկներ, վարկաբաններ, գենետիկներ,
- ✓ Վիրաբուժական պրոֆիլի բժիշկների խմբի մեջ ընդգրկվել են վիրաբույժներ, մանկական վիրաբույժներ, սիրտանոթային վիրաբույժներ, կրծքային վիրաբույժ
- ✓ ներ, նյարդավիրաբույժներ, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ, վնասվածքաբան-օրթոպեդներ, ուրոլոգներ, էնդոսկոպիստներ, պրոկտոլոգներ, ուռուցքաբաններ,

- ✓ Մանկաբուժական պրոֆիլի բժիշկների խմբի մեջ ընդգրկվել են մանկաբույժներ, նեոնատոլոգներ, մանկական սրտաբան ռևմատոլոգներ:

  Ընդհանուր ընտրանքը ձևավորվել է հետևյալ կերպ՝

1. Թերապևտիկ պրոֆիլի բժիշկներ՝ N=1788, n=316
2. Ընտանեկան բժիշկներ՝ N=680, n=245
3. Վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետներ՝ N=1544, n=308
4. Մանկաբույժներ՝ N=978, n=276
5. Վարչական աշխատանքով զբաղվողներ՝ N=778, n=257

Երկու նորմալ բաշխման միջավայրերից ստացված միջին թվաբանականների տարբերության հավաստիությունը գնահատվել է Ստյուդենտի գործակցի (t=2; 95% հավաստիություն) օգնությամբ:

Վիճակագրական մշակումը կատարվել է Excel վիճակագրական փաթեթի օգնությամբ: Տվյալների վերլուծությունն իր մեջ ներառել է նկարագրական և վերլուծական վիճակագրության ստանդարտ մեթոդներ: Տվյալների վերլուծության համար կիրառվել են ստանդարտ նկարագրական և վերլուծական վիճակագրական մեթոդներ՝ մեկ գործոնային դիսպերսիոն վերլուծություն, միջին թվաբանական (M), ստանդարտ շեղում (σ), միջին թվաբանականի միջին սխալը (m), 95% վստահելիության սահմաններում նվազագույն և առավելագույն նշանակություններ, Ստյուդենտի ցուցանիշ (t), Պիրսոնի և Սպիրմենի կորելացիայի մեթոդները: Անկախ ընտրանքների դեպքում միջին թվաբանականների համեմատության համար կիրառվել է t թեստը, իսկ կախյալների՝ միագործոնային ֆակտորային վերլուծություն:

Այսպիսով, հետազոտության համար մեր կողմից կիրառված մեթոդները կարելի է համարել համալիր, որը հնարավորություն է տալիս հանգել գիտագործնական եզրահանգումների:

ԳԼՈՒԽ 3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

3.1. Շ.Ռիչի և Պ.Մարտինի մեթոդի օգնությամբ բժիշկների մոտիվացիոն պրոֆիլի գնահատում

Մեր կողմից կիրառվել է Շ.Ռիչի և Պ. Մարտինի «Մոտիվացիոն պրոֆիլ»-ի թեսթը: Ըստ հետազոտության տվյալների պարզվել է, որ աշխատանքային մոտիվացիան ըստ մասնագիտությունների ունեցել է առանձնահատկություններ: Մեր կողմից գնահատվել են բժիշկների հետևյալ մոտիվացիոն պահանջմունքները.

1. «Բարձր աշխատավարձի և նյութական խրախուսման» պահանջմունք,
2. «Աշխատանքի լավ պայմանների» պահանջմունք,
3. «Աշխատանքի հստակ կառուցվածքային ինչպես նաև հետադարձ կապի, տեղեկատվության և անորոշության նվազեցման» պահանջմունք, որը հնարավորություն կտա դատել աշխատանքի արդյունքների մասին,
4. «Սոցիալական շփումների» պահանջմունք՝ մարդկանց լայն շրջանակների հետ շփում, վստահության թեթև աստիճան, գործընկերների հետ սերտ կապեր,
5. «Երկարատև կայուն փոխհարաբերությունների ձևավորման և խրախուսման» պահանջմունք, փոխհարաբերությունների որոշակի մակարդակի վստահություն,
6. «Այլ մարդկանց կողմից ընդունելի լինելու» պահանջմունք՝ շրջապատողների կողմից արժեքների, նվաճումների և հաջողությունների գնահատում,
7. Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված պահանջմունք,
8. «Ազդեցության և իշխանության» պահանջմունք՝ ձգտում ղեկավարել մյուսներին, մրցակցություն, ազդեցություն,

9. «Բազմազանության, փոփոխությունների» պահանջմունք՝ ձգտում խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից,
10. «Ստեղծագործական, վերլուծական աշխատանք ունենալու» պահանջմունք՝ բաց է նոր գաղափարների համար,
11. «Կատարելագործման» պահանջմունք՝ որպես անձի աճի և զարգացման,
12. «Յանրության համար հետաքրքիր և օգտակար աշխատանքի»պահանջմունք:

Աղյուսակ 4-ում ներկայացված է բուժական գործով զբաղվող բժիշկների մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքի առանձնահատկությունները:

Աղյուսակ 4.

Բուժական գործով զբաղվող բժիշկների մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքի առանձնահատկությունները (յուրաքանչյուր գործոնի համար սահմանված է նվազագույնը՝ 0, առավելագույնը՝ 99բալ)

	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	Mmin-Mmax	Me	M±m	±1σ
1	Աշխատավարձն և նյութական խրախուսում	15-60	29	30.35 ±0.63	7.843
2	Աշխատանքի պայմաններ	0-69	32	32.12 ± 0.62	7.623
3	Գործունեության համակարգում	9-69	26.5	27.78± 0.64	7.879
4	Սոցիալական շփումներ	0-41	26.0	24.8±0.52	6.39
5	Փոխհարաբերություններ	3-40	29.0	27.6±0.56	6.94
6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	14-38	23	22.8±0.4	4.89
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	17-53	27	27.3±0.44	4.48
8	Ազդեցություն և իշխանություն	0-44	28.5	27.2±0.56	6.96
9	Խուսափել մեխանիկական աշխատանքից	11-60	34	33.2±0.55	6.79
10	Ստեղծագործ աշխատանք	12-52	35	34.55±0.56	6.92
11	Ինքնակատարելագործում	15-55	34	34.4±0.5	6.18
12	Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք	17-71	40	40.9±0.71	8.35

Ըստ հետազոտության տվյալների, մոտիվացիոն պահանջմունքի վրա էական ազդեցություն է ունեցել բժշկի մասնագիտական որակավորումը: Այսպես, բուժական գործով զբաղվող բժիշկների խմբում մոտիվացիայի ձևավորման վրա էական ազդեցություն է ունեցել «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (40.9±0.71 բալ), «Ստեղծագործ աշխատանք» (34.55±0.56 բալ) և «Ինքնակատարելագործում» (34.4±0.5 բալ) և «Խուսափել մեխանիկական աշխատանքից» (33.2±0.55 բալ) պահանջմունքները:

Աղյուսակ 5-ում ներկայացված են բուժհաստատություններում վարչական աշխատանքով զբաղվողների մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքի առանձնահատկությունները:

Վարչական աշխատանքով զբաղվող բժիշկների խմբի համար հիմնավորվել են մոտիվացիոն պրոֆիլի

ձևավորման գերակա պահանջմունքները: Այսպես, պարզվել է, բժիշկների այս խմբի մոտիվացիայի ձևավորման վրա ազդող գերակա պահանջները եղել են «Ինքնակատարելագործում» (40,7±1,6 բալ), «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (39,7±1,4բալ), «Գործունեության համակարգում» (36,6±1,6բալ) պահանջմունքները: Հիմնավորվել է, որ այն բաց է նոր գաղափարների, ինչպես նաև կատարելագործման՝ որպես անձի զարգացում և աճ ապահովող գործոն:

Աղյուսակ 5.

Բուժհաստատությունում վարչական աշխատանքով զբաղվողների մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքի առանձնահատկությունները (յուրաքանչյուր գործոնի համար նվազագույնը՝ 0, առավելագույնը՝ 99բալ)

N	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	Mmin-Mmax	Me	M±m	±1σ
		15-44	30	30,2±1,4	7,1
1	Աշխատավարձ և նյութական խրախուսում	11-40	31	29,1±1,5	7,3
2	Աշխատանքի պայմաններ	18-49	28	30,1±1,7	8,3
3	Գործունեության համակարգում	22-52	38	36,6±1,6	
4	Սոցիալական շփումներ	3-39	29	26,5±2,1	10,4
5	Փոխհարաբերություններ	14-38	23	23,3±1,2	5,8
6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	18-33	27	26,7±0,76	3,8
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	21-44	29	28,4±1,1	5,4
8	Ազդեցություն և իշխանություն	16-42	32	31,4±1,2	5,9
9	Խուսափել մեխանիկական աշխատանքից	11-36	25	24,2±1,2	5,9
10	Ստեղծագործ աշխատանք	25-54	35	35,9±1,3	6,7
11	Ինքնակատարելագործում	27-60	41	40,7±1,6	7,9
12	Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք	26-57	40	39,7±1,4	7,9

Վարչական աշխատանքով զբաղվողների խմբում մինչև 10 տարի աշխատանքային ստաժ ունեցողների համար մեծ է «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» ունենալու պահանջմունքը (40,7±1,6բալ), երկրորդ տեղում «Ստեղծագործական աշխատանք» ունենալու պահանջմունքն է (36,6±1,6բալ): Այն վարչական աշխատող-

ները, որոնց աշխատանքային ստաժը 11-20 տարի է եղել հավասար չափաբաժնով ունեցել են նշանակություն «Ստեղծագործական աշխատանք» (30,2±1,4բալ), «Նպատակին հասնելու» և «Լինել ինքնամոտիվացված» (30,2±7,4բալ) պահանջմունքները, 21-30 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցողները կարևորել են մոտիվացիայի ձևավորման վրա ազդող բոլոր պահանջմունքների նշանակությունը, իսկ 31 և ավելի տարվա աշխատանքային ստաժի դեպքում՝ «Ընդունված լինելու այլ մարդկանց կողմից» պահանջմունքը (37,2±2,4բալ) (աղ. 6):

Աղյուսակ 6.

Վարչական աշխատանքով զբաղվող բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման վրա ազդող պահանջմունքների առանձնահատկությունը կախված աշխատանքային ստաժից
(յուրաքանչյուր գործոնի համար նվազագույնը՝ 0, առավելագույնը՝ 99բալ)

N	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	Աշխատանքային ստաժ				F գործակից	p
		մինչև 10տ.	11-20	21-30	31և ավել		
1	Աշխատավարձ և նյութական խրախուսում	30,2±1,4	47,0±12,7	30,2±1,4	26,2±1,4		p<0,05
2	Աշխատանքի պայմաններ	29,1±1,5	29,2±12,2	30,2±1,4	33,2±2,4		p<0,05
3	Գործունեության համակարգում	30,1±1,7	21,2±1,3	30,2±1,4	31,2±3,4		p>0,05
4	Սոցիալական շփումներ	24,2±1,2	20,2±2,4	30,2±1,4	33,2±2,4		p>0,05
5	Փոխհարաբերություններ	26,5±2,1	22,2±2,4	30,2±1,4	31,2±1,5		p>0,05
6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	23,3±1,2	11,2±1,7	30,2±1,4	37,2±2,4		p>0,05
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	26,7±0,76	30,2±7,4	30,2±7,2	33,2±4,4	F = 25,7	p>0,05
8	Ազդեցություն և իշխանություն	28,4±1,1	10,2±1,4	30,2±1,4	35,2±4,4		p>0,05
9	Խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից	31,4±1,2	27,3±1,5	30,2±1,4	10,2±2,4		p>0,05
10	Ստեղծագործ աշխատանք	36,6±1,6	30,2±1,4	30,2±1,4	17,2±2,7		p<0,05
11	Ինքնակատարելագործում	35,9±1,3	28,2±2,4	30,2±1,4	21,2±2,4		p<0,05
12	Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք	40,7±1,6	26,3±2,4	30,2±1,4	10,3±2,4		p>0,05

Այսպիսով, որքան ցածր է ղեկավար պաշտոնում մասնագիտական գործունեության աշխատանքային ստաժը, այնքան բարձր է մոտիվացիայի պահանջմունքի մակարդակը: Մինչև 10 տարի աշխատանքային ստաժ ունեցող ղեկավարների խմբում մոտիվացիոն պահանջմունքն ունեցել է գրվածության լայն ամպլիտուդ, իսկ 10 և ավելի տարիների աշխատանքային ստաժի դեպքում՝

բալային արժեքների բաշխվածությունն ունեցել է առանձնահատկություններ:

Բժիշկների խմբում մինչև 10տարի աշխատանքային ստաժ ունեցողների մոտ առաջին տեղում եղել է մոտիվացիոն պրոֆիլի «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (38,0±2,2 բալ), երկրորդում՝ «Ստեղծագործ աշխատանք» (35,8±3,1 բալ) ունենալու պահանջմունքը (աղ. 7):

Աղյուսակ 7.

Բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման վրա ազդող պահանջմունքի առանձնահատկությունները մինչև 10 տարվա աշխատանքային ստաժի դեպքում (յուրաքանչյուր գործոնի համար նվազագույնը` 0, առավելագույնը` 99բալ)

N	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	M±m	±1σ	F գործակից, $F=\frac{Sy}{Sx}$ Sy` միջխմբային դիսպերսիա, Sx` ներխմբային դիսպերսիա	p
1	Աշխատավարձ և նյութական խրախուսում	26,3± 2,17	4,3	$F=\frac{71,05}{19,6}=3.63$	P = 0.002
2	Աշխատանքի պայմաններ	29,5±1,3	2,65		
3	Գործունեության համակարգում	25,5±1,32	2,65		
4	Սոցիալական շփումներ	28,0±1,58	3,16		
5	Փոխհարաբերություններ	29,8±2,4	4,8		
6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	26,0±1,1	2,16		
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	26,3±1,7	3,3		
8	Ազդեցություն և իշխանություն	30,3±1,2	2,36		
9	Խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից	33,5±2,6	5,2		
10	Ստեղծագործ աշխատանք	35,8±3,1	6,3		
11	Ինքնակատարելագործում	34,3±2,2	4,3		
12	Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք	38,0±2,2	4,3		

Ինչ վերաբերում է 11-20 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցողների խմբին, ապա մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման հարցում առաջին տեղում եղել է «հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (41,1±3,2 բալ), երկրորդում` «Փոխհարաբերություններ» (34,3±2,6 բալ), երրորդում` «Ինքնակատարելագործում» (33,3±1,1 բալ) պահանջմունքները ձևավորող գործոններն են (աղ.8):

21-30 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցող բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման առաջին պահանջմունքը եղել է «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (40,0±3,1 բալ),

երկրորդ տեղում՝ «Ստեղծագործական աշխատանք» (36,4±1,56 բալ)պահանջմունքները ձևավորող գործոններն են (աղ.9):

Աղյուսակ 8.

Բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման վրա ազդող պահանջմունքի առանձնահատկությունները 11-20 տարվա աշխատանքային ստաժի դեպքում (յուրաքանչյուր գործոնի համար նվազագույնը՝ 0, առավելագույնը՝ 99 բալ)

N	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	M±m	±1σ	F գործակից, $F=\frac{Sy}{Sx}$ Sy՝ միջխմբային դիսպերսիա, Sx՝ ներխմբային դիսպերսիա	p
1	Աշխատավարձն և նյութական խրախուսում	36.3±5.3	13.9	$F = \frac{270.7}{71.2} = 3.8$	P = 0.0001
2	Աշխատանքի պայմաններ	36.9±2.9	7.9		
3	Գործունեության համակարգում	28.0±3.3	8.9		
4	Սոցիալական շփումներ	21.9±2.4	6.2		
5	Փոխհարաբերություններ	34.3±2.6	6.8		
6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	22.9±2.4	6.4		
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	25.7±1.7	4.5		
8	Ազդեցություն և իշխանություն	23.1±2.6	5.7		
9	Խուսափել ու մեխանիկական աշխատանքից	30.3±2.7	7.2		
10	Ստեղծագործ աշխատանք	29.4±5.4	14.3		
11	Ինքնակատարելագործում	33.1±1.1	3.0		
12	Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք	41.1±3.2	8.6		

Աղյուսակ 9.

Բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման վրա ազդող պահանջմունքի առանձնահատկությունները 21-30 տարվա աշխատանքային ստաժի դեպքում (յուրաքանչյուր գործոնի համար նվազագույնը՝ 0, առավելագույնը՝ 99 բալ)

N	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	M±m	±1σ	F գործակից, $F=\frac{Sy}{Sx}$, Sy՝ միջխմբային դիսպերսիա Sx՝ ներխմբային դիսպերսիա	p
1	Աշխատավարձն և նյութական խրախուսում	27.3±1.5	4.1	$F = \frac{225.6}{24.1} = 9.4$	P = 0.0001
2	Աշխատանքի պայմաններ	35.3±1.3	6.4		
3	Գործունեության համակարգում	25.3±1.2	3.4		
4	Սոցիալական շփումներ	28.3±0.7	1.9		
5	Փոխհարաբերություններ	28.0±1.9	5.0		
6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	21.9±1.5	3.9		
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	23.4±0.9	2.5		

8	Ազդեցություն և իշխանություն	30.1±1.3	3.4		
9	Խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից	36.3±2.4	6.4		
10	Ստեղծագործ աշխատանք	36.4±1.56	4.1		
11	Ինքնակատարելագործում	30.7±2.0	5.3		
12	Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք	40.0±3.1	8.3		

31 և ավելի տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցող բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման վրա ազդող պահանջմունքներից առաջին տեղում «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք ունենալու», երկրորդում՝ «Խուսափելու մեխա-նիկական աշխատանքից» (35,3±1,2 բալ) պահանջմունքներն են (աղ.10):

Աղյուսակ 10.

Բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման վրա ազդող պահանջմունքի առանձնահատկությունները 31և ավելի տարվա աշխատանքային ստաժի դեպքում (յուրաքանչյուր գործոնի համար նվազագույնը՝ 0, առավելագույնը՝ 99բալ)

	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	M±m	±1σ	Fգործակից ,$F=\frac{Sy}{Sx}$, Sy· միջխմբային դիսպերսիա,Sx՝ ներխմբային դիսպերսիա	p
1	Աշխատավարձ և նյութական խրախուսում	30,0±1,9	5,9	$F=\frac{285.3}{18.3}=15,6$	P = 0.0001
2	Աշխատանքի պայմաններ	34,2±1,7	5,1		
3	Գործունեության համակարգում	25,2±1,7	3,8		
4	Սոցիալական շփումներ	24,7±1,3	3,9		
5	Փոխհարաբերություններ	28,8±0,6	1,9		
6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	21,9±1,3	3,8		
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	26,3±0,5	1,5		
8	Ազդեցություն և իշխանություն	27,8±1,4	4,3		
9	Խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից	35,3±1,2	3,7		
10	Ստեղծագործ աշխատանք	35,1±1,6	4,9		
11	Ինքնակատարելագործում	32,0±1,2	3,6		
12	Հետաքրքիր և օգտակար	41,7±2,1	4,2		

	աշխատանք				

Այսպիսով, բժիշկների և ղեկավարների մոտիվացիոն պրոֆիլի պահանջմունքի կառուցվածքը կախված է աշխատանքային ստաժից:

Բժիշկների և ղեկավարների խմբում աշխատանքային ստաժի և մոտիվացիայի գործոնների ազդեցության միջև բացահայտվել է ոչ միատարրություն ($F>F_{\text{աղյ}}$): Մասնագիտական աշխատանքային ստաժը ազդում է մոտիվացիայի 5 գործոնների վրա բժիշկների խմբում, իսկ ղեկավարների՝ 7 գործոն: Պարզվել է, որ աշխատանքային ստաժի ավելացմանը զուգահեռ ձևավորվել է պոլիմոտիվացիա:

Հետազոտության արդյունքները հիմնավորում են, որ մինչև 30, 30-40, 40-50 և 50-60 տարիքային խմբերում մոտիվացիայի ձևավորման վրա ազդող պահանջմունքների կառուցվածքում առաջին տեղում «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք», երկրորդում՝ «Ստեղծագործական աշխատանք» ունենալու պահանջմունքն է, իսկ 60 և բարձր տարիքային խմբում՝ երկրորդ տեղում «Խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից» պահանջմունքն է (աղ.11):

Աղյուսակ 11.

Բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի գործոնների վրա տարիքի ազդեցությունը
(յուրաքանչյուր գործոնի համար նվազագույնը՝ 0, առավելագույնը՝ 99բալ)

	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	Տարիք				
		մինչև 30	30-40	40-50	50-60	60և բարձր
1	Աշխատավարձ և նյութական խրախուսում	30,3±5,8	30,1±1,1	25,3±2,9	27,2±1,9	29,2±2,5
2	Աշխատանքի պայմաններ	35,4±5,1	31,8±1,1	30,7±5,2	35,8±3,4	33,4±2,2
3	Գործունեության համակարգում	24,3±2,8	29,9±1,3	24,0±2,5	23,0±1,5	24,6±1,8
4	Սոցիալական շփումներ	33,7±5,7	23,6±0,9	26,0±1,5	25,8±0,9	24,2±1,9
5	Փոխհարաբերություններ	26,3±3,6	27,0±1,3	25,7±0,9	27,4±1,2	29,6±0,9

6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	23,4±2,2	23,8±0,7	25,7±1,2	26,0±0,7	24,0±1,5
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	27,7±2,6	27,1±0,6	25,3±3,8	25,8±2,2	26,4±0,7
8	Ազդեցություն և իշխանություն	16,9±3,4	28,1±0,9	32,0±2,3	29,6±1,9	27,8±2,0
9	Խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից	34,9±1,1	31,0±0,9	34,0±5,0	34,6±2,9	36,4±1,6
10	Ստեղծագործ աշխատանք	35,9±2,2	35,3±1,2	37,0±4,0	37,6±2,4	35,2±2,4
11	Ինքնակատարելագործում	29,4±2,2	34,9±0,9	28,3±4,6	31,2±3,2	32,4±2,1
12	Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք	44,9±4,3	40,3±0,9	41,0±7,0	39,0±4,3	39,8±3,4
		F=3,85 p<0,001	**F=22,87 p<0,001**	**F=2,4 p<0,03**	**F=4,66 p<0,001**	**F=6,43 p<0,001**

Պարզվել է, արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բուժհաստատություններում բուժական գործով զբաղվող բժիշկների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլի պահանջմունքի կառուցվածքում առաջին տեղում «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք», իսկ չզբաղվողների մոտ՝ «Խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից» պահանջմունքն է (համապատասխանաբար 40,8±1,9 բալ և 41,9±0,9 բալ) (աղ.12):

Աղյուսակ 12.

Բժիշկների մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքների վրաբուժական գործով զբաղվելու գործոնի ազդեցության առանձնահատկությունները ըստ բուժհաստատությունների տեսակի
(յուրաքանչյուր գործոնի համար նվազագույնը՝ 0, առավելագույնը՝ 99բալ)

	Մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման պահանջմունքներ	Արտահիվանդանոցային		Հիվանդանոցային	
		այո	ոչ	այո	ոչ
1	Աշխատավարձ և նյութական խրախուսում	29,0±0,8	28,0±1,0	29,3±0,9	21,5±0,5
2	Աշխատանքի պայմաններ	32,9±0,9	28,7±3,7	34,1±1,1	36,5±0,5
3	Գործունեության համակարգում	25,0±1,1	23,7±2,2	28,3±1,1	31,5±0,5
4	Սոցիալական շփումներ	25,4±1,4	26,3±1,5	27,1±1,1	25,0±0,3
5	Փոխհարաբերություններ	28,0±1,0	29,7±1,5	26,9±0,9	32,5±0,5
6	Ընդունված այլ մարդկանց կողմից	21,9±1,1	25,3±0,3	23,1±0,6	29,5±0,5
7	Նպատակին հասնել և լինել ինքնամոտիվացված	25,0±1,4	28,0±1,2	27,1±0,5	19,5±0,5
8	Ազդեցություն և իշխանություն	29,4±1,4	31,0±2,1	24,9±0,9	29,5±0,5
9	Խուսափելու մեխանիկական աշխատանքից	36,0±1,6	37,3±2,8	31,6±0,8	39,0±0,5
10	Ստեղծագործ աշխատանք	36,8±1,5	37,0±1,9	35,2±0,9	34,5±0,5
11	Ինքնակատարելագործում	33,0±0,9	28,7±1,9	33,5±0,9	34,0±1,0
12	Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք	40,8±1,9	29,3±2,9	41,9±0,9	36,5±0,5
		F=19,7 p<0,001	**F=6,23 p<0,001**	**F=34,1 p<0,001**	**F=89,9 p<0,001**

3.2 Առողջապահական ծրագրերի ազդեցությունը բժիշկների աշխատանքային մոտիվացիայի վրա

Այսօր կարևորվում է առողջապահության ոլորտում այնպիսի բարեփոխումների իրականացում, որոնց հիմքում կլինի օբյեկտիվ չափանիշներ և ցուցանիշներ: Արդիական է դարձել այդ բարեփոխումների ժամանակ հաշվի առնել նաև մոտիվացիայի առանձնահատկությունները, այնիրա-

գործելու պայմանները և դրանով պայմանավորված հնարավորությունները, առկա գործիքների և մոտիվի վերանայման հնարավորությունները, ինչպես նաև սահմանափակումները:Այս հիմնախնդրի բժիշկների խմբերի ձավորումը արդիական է, քանի որ անհրաժեշտ է հիմնավորել ,թե ինչպես են ազդում բժիշկների աշխատանքի վարձատրման մեթոդները

1. մոտիվացիայի պրոֆիլի կառուցվածքի պահանջմունքի վրա,
2. բժիշկների աշխատանքի վարձատրման նոր սկզբունքների վրա,
3. բուժօգնության որակի և արդյունավետության վրա:

Այս խնդիրների լուծումը պահանջում է հասկանալ ոլորտի աշխատողների աշխատանքային մոտիվացիան, գնահատել բժշկի աշխատանքային մոտիվացիայի առանձնահատկությունները և հիմնավորել հավելավճարի ձևավորման օբյեկտիվ հիմքերը:

Այսօր բազնաթիվ հետազոտողներ կարևորում են բժիշկների աշխատանքի վարձատրման տարբեր մեթոդների ներդրման անհրաժեշտությունը: Յիմնավորում են, որ խնդրի լուծման տարբերակների գիտական հիմնավորումը կապահովի բուժօգնության որակ և արդյունավետություն [134,138]: Այնուհանդերձ սակավ են այնպիսի հետազոտությունները, որոնք հնարավորություն են տալիս գիտական հիմնավորում տալ մոտիվի պահանջմունքի ձևավորման վրա ազդող ռիսկի գործոնների ազդեցության չափաբաժինը:

Յետազոտության շրջանակներում մեր կողմից կատարվել է մոտիվացիայի սոցիոլոգիական, ինստիտուցիոնալ, մաթեմատիկական վերլուծություն: Պիլոտային ծրագիրը իրականացվել է Սյունիքի մարզի

արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բուժ-հաստատություններում աշխատող բժիշկների շրջանում: Մարզն իր սոցիալ-տնտեսական և սոցիալ-դեմոգրաֆիկ նկարագրով ունի առանձնահատկություններ (աղ.13):

Աղյուսակ 13.

Պիլոտային ծրագրի սոցիալ-տնտեսական ցուցանիշները

Սոցիալ-տնտեսական ցուցանիշներ	Միջին հանրապետական	Սյունիքի մարզ
Բնակչության թվաքանակ	2986,1	138,9
Քաղաքաբնակներ (%)	1901,4 (63.7)	93,9 (67.6)
Միջին ամսեկան աշխատավարձ	174445	200693
Գործազրկության %	18	11,6
1000 բնակչի հաշվով հիվանդացություն	862,0	798,6
10 000 բնակչի հաշվով բժիշկների թիվ	44,0	20,5
Աղքատության մակարդակը	30%	24,2%
Բժիշկների միջին ամսական աշխատավարձ	157,331	113,119
1 բնակչին ընկնող պետական ֆինանսավորման չափաբաժինը	56544	68574

Սոցիոլոգիական հարցման շրջանակներում գնահատվել է մարզի բժիշկների մոտիվացիայի վրա նյութական և բարոյական խթանման ազդեցության առանձնահատկությունները.

1. Բժիշկների վարձատրման համակարգում առկա թերությունները և առավելությունները,
2. Բժշկի իրազեկման և պատրաստվածության մակարդակը վարձատրման նոր սկզբունքների ներդրմանը,
3. Վարձատրման համակարգի փոփոխության հնարավոր ազդեցությունը բուժօգնության որակի և արդյունավետության վրա,
4. Բուժօգնության որակի վրա տարբեր խթանման մեթոդների ազդեցությունը:

Հարցումը անց է կացվել վիրաբուժական, մանկաբարձագինեկոլոգիական և թերապևտիկ

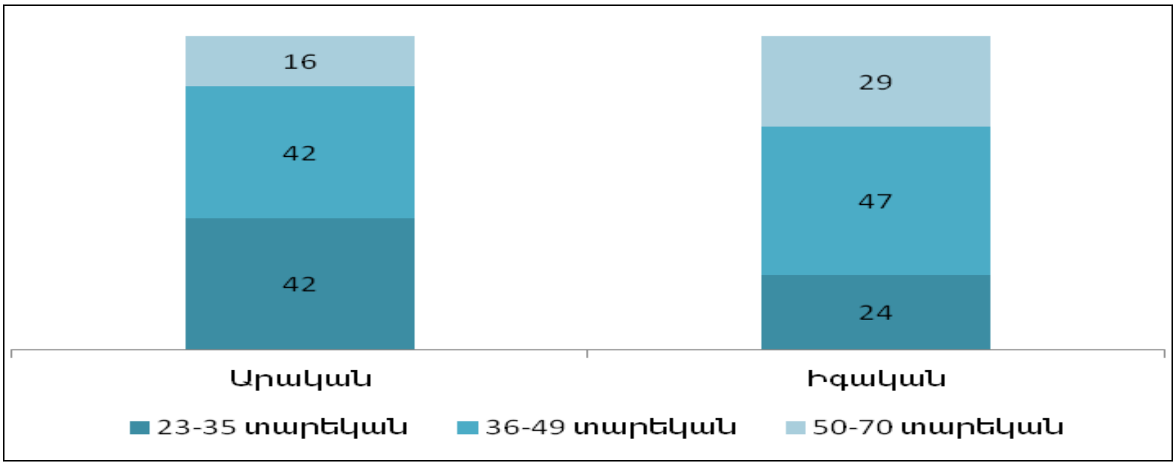
բաժանմունքներում: Ըստ բուժհաստատության տեսակի ընտրության պարամետրերը ներկայացված են աղյուսակ 14-ում:

Աղյուսակ 14.

Բժիշկների բաշխումը, ըստ բուժհաստատության տեսակների

Բուժհաստատության տեսակը	բ.թ.	%
Մարզային հիվանդանոց	170	26,5
Երևան քաղաքի հիվանդանոց	150	23,4
Քաղաքային պոլիկլինիկա	120	18,7
Քաղաքային մանկական պոլիկլինիկա	121	18,9
Մասնավոր կլինիկա	80	12,5
Ընդամենը	641	100

Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 73,0%-ը եղել է իգական սեռի: Վարչական աշխատանքով զբաղվողների շրջանում տղամարդիկ կազմել են 55,0%, իսկ թերապևտների և մանկաբույժների շրջանում՝ 9,5%: Բժիշկները ըստ տարիքասեռային կազմի ունեցել են գծապատկեր 1-ի կառուցվածքը:

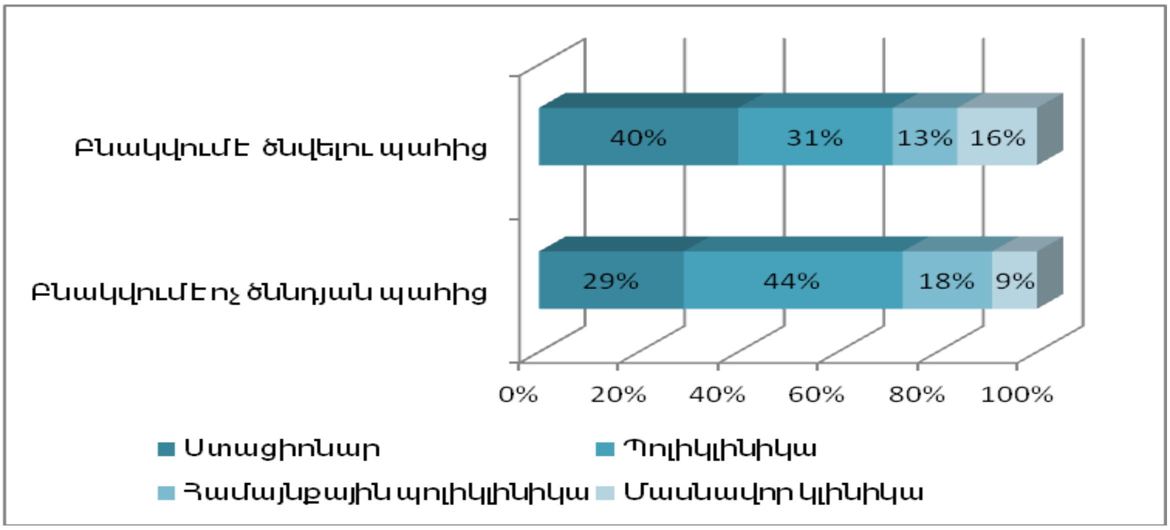


Գծապատկեր 1. Բժիշկների բաշխումն ըստ տարիքասեռային խմբերի

Բժիշկների շարժունությունը գնահատելու համար կարևոր է որոշել նրանք տեղաբնակներ են, թե ոչ (գծ.2):

Ստացած մասնագիտության և մասնագիտական որակավորմամբ աշխատում է բժիշկների 75,8%-ը: Բժիշկների աշխատանքային շարժունությունը ցածր է, այսպես 36,0%-ը միայն մեկ անգամ է փոխել

աշխատավայրը, 28,0%-ը ընդհանրապես չի փոխել, իսկ 25,0%-ը՝ 3 անգամ: Ծարժունության ցուցանիշը բարձր է արական սեռի մոտ: Բժիշկների 75,0%-ն աշխատում է մեկ հաստիքով, 16,0%-ը՝ 1,5 հաստիքով, իսկ 6,0%-ը՝ 0,5 հաստիքով: Հարցվածների 41,0%-ն աշխատանքային օրը գնահատում է որպես ծանրաբեռնված, գերծանրաբեռնված՝ պոլիկլինիկայի բժիշկների 46,0%-ը, իսկ ստացիոնարի՝ 43,0%-ը: Բժիշկների միայն 42,0%-ին է բավարարում բուժհաստատությունում առկա աշխատանքի ինտենսիվությունը և ծավալները: Երիտասարդ բժիշկները (23-35 տարեկան) ավելի հաճախ են նշում հոգնածություն, քան 50-70 տարիքային խմբի բժիշկները (համապատասխանաբար 21,0% և 15,0%):

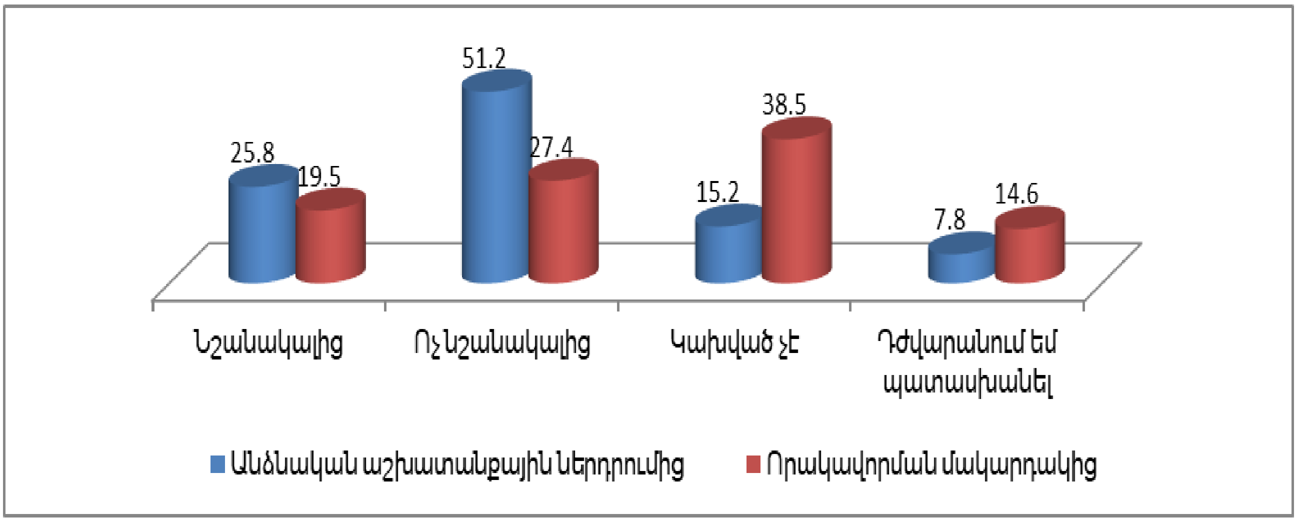


Գծապատկեր 2. Բժիշկների բաշխումն ըստ բնակության պահի

Հարցվածների 49,0%-ը նշել է, որ պատրաստ է շատ աշխատել, որպեսզի շատ վարձատրվի և ընդամենը 3,0%-ը նշել է, որ կցանկանար աշխատաժամը լիներ ավելի կարճ: Բժիշկների աշխատանքը գնահատվել է 5 բալային համակարգի օգնությամբ: Այսպես, կոլեկ-տիվում և ղեկավարության հետ հարաբերությունները բժիշկների 58%-ը գնահատել է գերազանց: Ընդ որում, բարձր են գնահատել մասնավոր կլինիկաներում աշխատող բժիշկները (95%), ցածր՝ առաջնային օղակի բժիշկները (73%): «Բովան-

դակալից, հետաքրքիր և հանրության օգուտբերող աշխատանք» պնդմանը բարձր գնահատել են մասնավոր կլինիկաների բժիշկները (82%):

Բժիշկների 97%-ը նշել է, որ հավելավճար ստանում է միայն մատուցած վճարովի ծառայություն-յունների դիմաց: Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 39%-ը կողմ է վարձատրման չափաբաժնում հիմնական և փոփոխական բաժինների հարաբերակցությունը սահմանել 80/20 հարաբերակցությամբ: Առաջնային օղակի բժիշկների 47%-ը նշել է, որ ցանկալի է աշխատավարձի միայն հաստատուն բաղադրիչը պահպանել, ցուցանիշը ստացիոնարի բժիշկների համար կազմել է 20%, իսկ մարզային հիվանդանոցի համար՝ 31%: Միայն բժիշկներ 19,5%-ը նշել է, որ իրենց ստացած աշխատավարձը կախված է եղել իրենց մասնագիտական որակավորումից, իսկ 38,5%-ը գտնում է, որ այդպիսի կախվածություն չկա: Աշխատավարձի չափի կախվածությունը անձնական աշխատանքային ներդրումից նշել են հարցվածների 25,8%-ը (գծ.3):



Գծապատկեր 3. «Պայմանավորված է արդյոք ստացած աշխատավարձի չափը մասնագիտական որակավորումից և անձնական աշխատանքային ներդրումից» (%):

Անկախ բուժհաստատության տեսակից աշխատավարձի չափը, ըստ բժիշկների կարծիքի կախված է մի շարք գործոններից: Հետազոտությանը

մասնակցածները բարձր են գնահատել կոլեգաների և բուժաստատության ղեկավարության հետ լավ հարաբերությունները, կարևորել են նաև հետաքրքիր, բովանդակալից աշխատանքի և հանրությանը օգուտ բերելու զգացողության անհրաժեշտությունը: Անկախ բուժաստատության տեսակից, հարցվածները բարձր են գնահատել բժշկի որակավորման մակարդակի և աշխատանքի ծավալի ազդեցությունն աշխատավարձի չափի ձևավորման վրա: Ցուցանիշը առավել բարձր է եղել մասնավոր կլինիկաներում աշխատող բժիշկների շրջանում (աղ.15)

Աղյուսակ 15.

Աշխատավարձի չափի կախվածությունը տարբեր գործոններից (M, M_{min}, M_{max})

Գործոններ	Բուժաստատության տեսակ			
	Քաղաքի ԲԿ	Պոլիկլինիկա	Մարզային ԲԿ	Մասնավոր կլինիկա
Որակավորման մակարդակ	3,0	3,1	3,3	4,0
Աշխատանքի ծավալ	2,1	3,1	2,2	4,2
Աշխատանքի արդյունքները	2,2	3,1	2,4	3,4
Անձնական աշխատանքային ներդրում	1,9	3,0	2,4	3,1
Ղեկավարության հետ հարաբերություններ	2,0	2,8	2,2	3,8
M	**1,6**	**2,8**	**1,9**	**2,7**

Մեր կողմից գնահատվել է նաև աշխատանքի բնութագրի առանձնահատկությունների կախվածությունը բուժաստատության տեսակից և բժշկի տարիքից: Պարզվել է, որ բոլոր տարիքային խմբերում էլ բժիշկները բարձր են գնահատել կոլեգաների և ղեկավարության հետ լավ հարաբերություններ պահպանելու բնութագրիչը և ցածր` կարիերայի աճի հնարավորությունը և

աշխատավարձի արդարացի բաշխում բնութագրերը (աղ. 16)

Աղյուսակ 16.

Աշխատանքի հիմնական բնութագրի գնահատումը կախված բուժհաստատության տեսակից և բժշկի տարիքից

Աշխատանքի բնութագիրը	Ընդամենը	Պոլիկլինիկա	Ստացիոնար	23-35տ.	36-49տ.	50-70տ.
Կոլեգաների հետ լավ հարաբերություններ	4,3	4,3	4,5	4,3	4,4	4,4
Ղեկավարության հետ լավ հարաբերություններ	4,0	4,0	3,3	4,0	3,9	4,0
Հետաքրքիր, բովանդակալից աշխատանք	3,8	3,9	3,7	3,9	3,7	3,8
Հանրության օգուտբերելու զգացողություն	3,7	3,8	3,7	3,7	3,6	4,0
Հուսալի աշխատատեղ	3,7	3,8	3,6	3,7	3,7	3,7
Հարմար աշխատանքային գրաֆիկ	3,4	3,9	3,6	3,5	3,8	3,9
Մասնագիտական աճի հնարավորություն	3,3	3,5	3,3	3,4	3,4	3,1
Ինքնակայացման և ստեղծագործելու հնարավորություն	3,3	3,3	3,2	3,2	3,3	3,3
Տանը մոտ գտնվելը	3,3	3,2	3,3	3,3	3,4	3,4
Մասնագիտության նկատմամբ հանրային հարգանք	3,4	2,8	3,2	3,1	3,1	3,4
Կարիերային աճի հնարավորություն	3,4	2,8	2,9	2,9	2,7	2,7
Աշխատավարձի արդարացի բաշխում	2,2	2,8	2,5	2,7	2,7	2,9
Լավ վարձատրվելու հնարավորություն	2,8	2,8	2,5	2,4	2,6	2,8
Ադեկվատ մասնագիտություն	2,8	2,4	2,6	2,3	2,5	2,7

Արդարացի աշխատանքի վարձատրման համար կարևոր է բժշկի սոցիալական կարգավիճակի բարելավումը: Այսպես, բժիշկների 14%-ն իրենց աշխատանքի դիմաց վարձատրման չափը համարել են արդարացի, սակայն հարցվածների 19,7%-ը նշել են, որ կփոխեին բժշկի մասնագիտությունը: Բժիշկների 63,0%-ը գտնում է, որ իր աշխատանքային ներդրմանը չի համապատասխանում աշխատավարձի չափը, 30%-ը նշել է, որ բացակայում է տարբերակված վարձատրման մոտեցումներ:

Աշխատանքից բավարարվածության գնահատումը կարելի է դիտարկել որպես հանրագումարային բալանսավորված ցուցանիշ: Վերլուծությունից պարզվել է, որ բավարարվածության առավել բարձր մակարդակը պայմանավորված է առավելապես նյութական և հիգիենիկ գործոններով, քան հոգևոր: Այսպես, մասնավոր կլինիկաների բժիշկների շրջանում բավարարվածության մակարդակը կազմել է 73%, հիվանդանոցային օղակի բժիշկների համար կազմել է 45%: Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 25,0%-ը նշել է, որ ունի պարբերաբար վարձատրվող լրացուցիչ աշխատանք: Այս ցուցանիշը բարձր է եղել մասնավոր կլինիկաներում աշխատող բժիշկների մոտ (55,0%): Ցուցանիշը պոլիկլինիկայի բժիշկների համար կազմել է 12,0%: Ընդ որում 54,0%-ը նշել է, որ լրացուցիչ աշխատանք կատարում է նույն բուժհաստատությունում, իսկ 34,2%-ը՝ այլ: Անհրաժեշտ է նշել, որ հարցվածների 27,0%-ը լրացուցիչ աշխատանք կատարում է ոչ առողջապահական ոլորտում:

Բժիշկների 41,0%-ը գտնում է, որ իրենց կոլեգաները աշխատում են ստեղծագործաբար, հետաքրքրությամբ, ամբողջությամբ նվիրված: Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 35,0%-ը նշել է, որ չնայած կոլեգաները աշխատում են բարեխիղճ, սակայն քիչ են հետաքրքրված իրենց աշխատանքով: Կոլեգաների աշխատանքը քննադատորեն են գնահատել հարցվածների 8,0%-ը, նշելով, որ աշխատում են իրենց հնարավորություններից ցածր: Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 20,0%-ը չեն կարողացել գնահատել իրենց կոլեգաների վերաբերմունքը աշխատանքի նկատմամբ: Ընդ որում մասնավոր կլինիկաների բժիշկների 68,0%-ը բարձր է գնահատել կոլեգաների «ստեղծագործական և աշխատանքի նկատմամբ մեծ հետաքրքրություն» դրսևորելու

ցուցանիշը: Ցուցանիշը ցածր է եղել մարզային արտահիվանդանոցային բուժհաստատություններում աշխատող բժիշկների շրջանում (30,0%): Բժիշկների 33,5%-ը գտնել է, որ անթույլատրելի է երիտասարդ բժիշկների շրջանում նկատվող այն միտումները, որ մասնագիտական գործունեության սկզբից պահանջում են բարձր վարձատրություն:

Շուկայական հարաբերությունների պայմաններին երիտասարդ բժիշկները ավելի լավ են կողմնորոշվում և նախընտրում են վարձատրվել առանց սպասելու բուժման արդյունքներին: Հարցվածների 79,0%-ը գտնում է, որ այդպիսի պրակտիկան անթույլատրելի է: Այս ցուցանիշը մարզային հիվանդանոցի բժիշկների համար կազմել է 88,0%, մասնավոր կլինիկաներինը՝ 73,0%, պոլիկլինիկաներինը՝ 75,0%: Բժիշկների 75,0%-ը նշել է, որ կարողանում է ղեկավարության հետ ստեղծել գործնական հարաբե-րություններ, ընդ որում դրանցից 36,0%-ը նշել է, որ ձգտում է ստեղծել վստահելի հարաբերություններ:

Վիրաբույժները ստացիոնարում և մասնավոր կլինիկաներում, ինչպես նաև թերապևտները և մանկաբույժները պոլիկլինիկաներում ցածր են գնահատել իրենց ընտանիքների բարեկեցությունը: Բժիշկների 40,1%-ի համար աշխատավարձը եղել է որպես ընտանիքի համար հիմնական ֆինանսական աղբյուր:

Հարցմանը մասնակցած բժիշկներին առաջարկվել է 10 բալային համակարգով գնահատել բժշկի մասնագիտության ընտրության վրա առավել տարածված գործոնների ազդեցությունը: Արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 17-ում:

Աղյուսակ 17.

Բժշկի մասնագիտության ընտրության վրա ազդող գործոնների բալային գնահատականի առանձնահատկությունները ըստ սեռի (բալ)

Մասնագիտության ընտրության նպաստած գործոն	Միջին բալ	Սեռ	
		արական	իգական
Հասարակության մեջ հեղինակավոր մասնագիտություն	6,4	6,6	6,7
Պետական աշխատավարձի չափը	3,4	3,4	3,5
Մասնագիտական կոչումը	7,6	7,6	8,1
Աշխատանքի ստեղծագործական բովանդակությունը	7,5	7,8	7,4
Աշխատաշուկայում մասնագիտության պահանջարկը	5,0	5,9	6,2
Առաջընթացի հնարավորությունը	4,6	4,6	4,5
Աշխատանքի և հանգստի հարմար ռեժիմ	4,1	4,0	4,5
Աշխատանքի և հանգստի պայմանների անվտանգություն	3,9	3,9	4,1
Մասնագիտության սոցիալական նշանակությունը	7,4	7,4	7,5
Ծնողների մասնագիտությունն է	3,8	3,9	4,1
Ծնողների դիրքորոշումը	4,5	4,4	4,1
Աշխատանքը ապահովում է լրացուցիչ եկամուտ	8,8	7,9	8,3

Այսպես, մասնագիտական մոտիվի վրա էական ազդեցություն է ունեցել «Աշխատանքը ապահովում է լրացուցիչ եկամուտ» (8,8 բալ), «Աշխատանքի ստեղծագործական բովանդակություն» (7,5 բալ), «Մասնագիտության սոցիալական նշանակություն» (7,3 բալ) գործոնները: Անհրաժեշտ է նշել, որ «Առաջընթացի հնարավորություն» գործոնը գնահատվել է ընդամենը 4,6 բալ: Էական նշանակություն չեն ունեցել «Պետական աշխատավարձի չափ» (3,4 բալ), «Աշխատանքի և հանգստի պայմանների անվտանգություն» (3,9 բալ) գործոնները: Եթե արական և իգական սեռի բժիշկները իրենց մասնագիտական գործունեության ընտրության վրա ազդող գործոններից մեծ չափաբաժին տվել են «Աշխատանքը ապահովում է լրացուցիչ եկամուտ» գործոնին (համապատասխանաբար 7,9 բալ և 8,3 բալ), ապա տղամարդկանց մոտ երկրորդ տեղում «Աշխատանքի ստեղծագործական բովանդակություն», իսկ կանանց մոտ՝ «Մասնագիտական կոչում» գործոններն են:

Մարդկային ռեսուրսների կառավարման ֆունկցիոնալ ոլորտների այսպիսի զարգացումը` հիմնված կադրային ակտիվ քաղաքականության վրա, հնարավորություն կտա բուժհաստատության նպատակին հասնելու համար բարձրացնել բուժաշխատողների մոտիվացիան:

3.3. Բժիշկների մասնագիտական գործունեության մոտիվացիայի գնահատում ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների

Մասնագիտական գործունեությունից բժիշկների բավարարվածությունը գնահատելու համար մեր կողմից առանձնացվել են այն գործոնները, որոնք անհրաժեշտ է հաշվի առնել բուժօգնության որակը և արդյունավետությունը բարձրացնելու համար: Կիրառվել է «Մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության» հարցա-թերթը: Թեսթի հարցերի բովանդակությունը մեր կողմից խմբավորվել է որպես հիմնախնդրի լուծման ուղիներ (աղ.18):

Յարցմանը մասնակցած բժիշկների ընդամենը 61,0%-ն է հայտնել, որ համաձայն է առաջարկվող աշխատաժամով աշխատել:

Աղյուսակ 18.

«Մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության» հարցաթերթի հիմնական բովանդակային ուղղությունները

	Ուղղություն	Բովանդակություն
1.	«Թիրախային կարգավորումները»	Հարցվողների անձնական տեսակետների վերաբերյալ տվյալները ուսումնասիրվում և վերլուծվում են կազմակերպության նպատակների, գործունեության և կառուցվածքային ստորաբաժանումների մասին:
2.	«Կազմակերպության կառավարում»	Հարցվողների գնահատականները ուսումնասիրվել և վերլուծվել են ըստ ղեկավարների վարքագծի ձևի, նրանց անկեղծության, պաշտոնական և մասնագիտական պարտականությունների ընկալման աստիճանի, իրենց զգացմունքների առանձնահատկությունների վերաբերյալ իրենց հնարավորությունների իրականացման պայմանների մասին:
3.	«Կոլեկտիվում փոխհարաբերություններ»	Հետազոտվել և վերլուծվել են հարցվածների գնահատականները թիմում հակասությունների, հարաբերությունների վստահության և աշխատանքի գոհունակության վերաբերյալ:
4.	«Ներքին մոտիվացիա»	Հարցվողների մասնագիտական գործունեության ազդեցության ինքնագնահատման արդյունքերն ուսումնասիրվել են ըստ անձնական փորձի, աշխատավարձի մակարդակի բավարարման, մասնագիտական որակավորման բարձրացման համակարգի, աշխատանքային պայմանների ուսումնասիրության արդյունքում, ուսումնասիրվել է աշխատողի անձնական հավակնությունները:
5.	«Արտաքին մոտիվացիա»	Ուսումնասիրվել և վերլուծության է ենթարկվել աշխատողի արտաքին մոտիվացիայի հիմնախնդիրը
6.	Վեցերորդ ուղղություն	«Գործոններ, որոնք ազդում են

		առողջական վիճակի վրա և չեն ստեղծում հնարավորություն մասնագիտական գործունեության համար»
7.	Յոթերորդ ուղղություն	«Սեփական և կոլեկտիվի գործունեության ինքնաբավարարվածության մակարդակ»

Հետազոտության տվյալներից պարզվել է, որ հարցվածների 72,7±1,23% պատկերացրել են կազմակերպության նպատակը և խնդիրները, 69,1±0,36%-ը՝ անձնական ներդրումը, 55,6±0,75% աշխատանքային միջավայրի կայունությունը, 42,7±0,89% առանց կոնֆլիկտների աշխատանքային միջավայրի անհրաժեշտությունը, 62,3±0,78%՝ իր անձնական ներդրումը, ղեկավարության ոչ առաջնորդական քաղաքականությունը՝ 70,5±0,74%: Հարցվածների 82,7%-ը նշել է, որ աշխատանքը գնահատվում է անարդար (աղ. 19):

Աղյուսակ 19.

«Մասնագիտական գործունեությունից» բավարարվածության հարցման արդյունքները

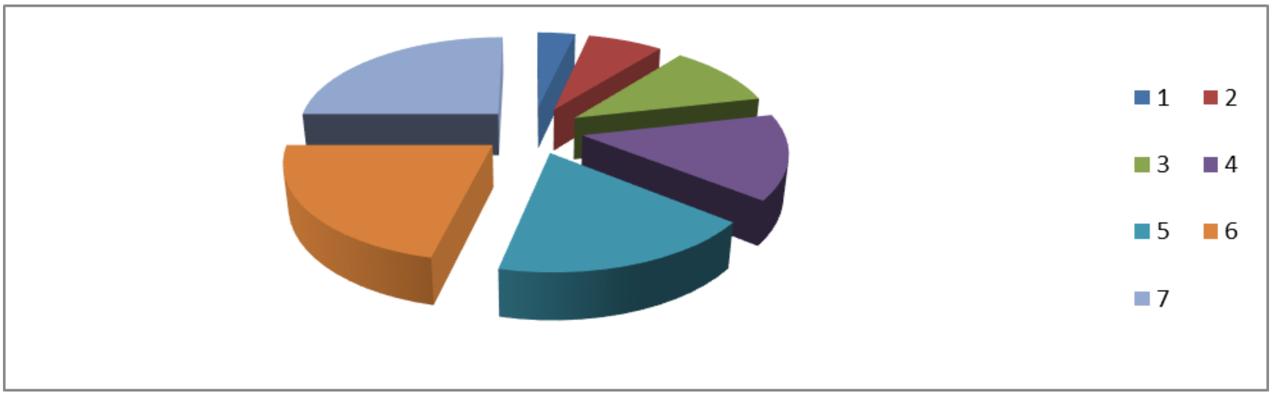
Գործոն	P±m
«Բուժհաստատության նպատակն և խնդիրները հասկանում եմ»	72,7±0,23
«Ունեմ անձնական ներդրում բուժհաստատության աշխատանքներում»	69,1± 0,36
«Մոտժամանակներս չեմ պլանավորում փոխել իմ աշխատատեղը»	55,6±0,75
«Աշխատանքի վայրում բացակայում են կոնֆլիկտները, կոլեկտիվում հոգեբանական մթնոլորտը բարենպաստ է»	42,7±0,89
«Իմ աշխատանքը չունի բացասական ազդեցություն իմ անձնական կյանքի վրա»	62,3±0,78
«Արտոնությունները և խրախուսումները բաշխվում են անարդար»	60,1±0,58
«Ղեկավարության կառավարման ոճը չի համապատասխանում իմ սպասելիքներին»	70,5±0,74
«Բացակայում է կապ իմ աշխատավարձի չափի և ընդհանուր գործում իմ ունեցած ներդրումների միջև»	82,7±0,98

Հարցվածներին տրվել է հնարավորություն բալային գնահատական տալ իրենց և կոլեգաների գործունությանը (4 բալ - «լավ», 3 բալ - «բավարար», 2 բալ - «վատ», 0 բալ - «չեմ կարող գնահատել»):

Այսպես, բուժող բժիշկների գործունեության արդյունավետության ինքնագնահատման մակարդակը եղել է ավելի բարձր (4.0±0.6 բալ), համեմատած մենեջերի գնահատականի հետ: Բժիշկները իրենց գործընկերների աշխատանքի արդյունավետությունը գնահատել են 3.8±0.7բալ: Ընդ որում, ստացիոնարի բժիշկների աշխատանքի արդյունավետությունը գնահատվել է զգալիորեն ցածր 2.5±0.3 բալ: Բարձր տեխնոլոգիական բժշկական օգնության տրամադրման մեջ ներգրավված մասնա-գետների աշխատանքի արդյունավետությունը գնահատվել է 3.0±0.5 բալ: Բժիշկները բարձր են գնահատել ֆիզիկական և հոգեբուժական բեռի գործոնների չափաբաժինը (համապատասխանաբար 75.4% և 75.2%):

Հարցվածները պատասխանել են, թե գործունեության որ ցուցանիշները կարող են օգտագործվել բժիշկների խրախուսման համար:

Մասնագետի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշների ընտրության վերաբերյալ, ընդհանուր առմամբ ներկայացվել է 277 առաջարկ: Միջինը մեկ հարցվածին բաժին է ընկել 3,7±2,7 առաջարկ (գծ.4):



Գծապատկեր 4. Հարցվածների բաշխումը, ըստ կատարած առաջարկների քանակի

Առաջարկների քանակությունը կախված է բժիշկների աշխատանքային ստաժից: Այսպես, մինչև 10 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցող բժիշկների խմբում մեկ հարցվածին բաժին է ընկնում միջինը 4.1±1.0 առաջարկ, 10-20 տարվա ստաժ ունեցողների խմբում՝ 2.7±2.4, 20 և ավելի տարվա աշխատանքային ստաժի դեպքում՝ 1.3±0.5 առաջարկ: Բժիշկները բալային գնահատական են տվել իրենց մասնագիտական գործունեության վրա ազդող ռիսկի գործոններին: Արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 20-ում:

Աղյուսակ 20.

Բժիշկների մասնագիտական գործունեության վրա ազդող ռիսկի գործոնների առանձնահատկությունները ըստ սեռի

N	Բժշկի մասնագիտության ընտրության վրա ազդող գործոններ	Միջին բալ (M±m)	Արական	Իգական
1	Հանրության շրջանում	7,5±0,04	7,1±0,04	7,2±0,04

	հեղինակություն ունեցող մասնագիտություն			
2	Աշխատավարձի չափ	4,8±0,06	4,8±0,07	4,7±0,08
3	Մասնագիտական կոչում	4,5±0,04	4,0±0,05	4,5±0,04
4	Աշխատանքի ստեղծագործական բնույթ	4,8±0,07	4,1±0,07	4,7±0,05
5	Աշխատաշուկայում մասնագիտության պահանջարկը	7,9±0,04	7,9±0,04	7,1±0,04
6	Առաջընթացի հնարավորությունը	3,2±0,05	3,3±0,05	3,1±0,07
7	Աշխատանքի և հանգստի համար հարմար ռեժիմ	2,9±0,07	2,1±0,06	3,1±0,06
8	Աշխատանքի և հանգստի պայմանների անվտանգություն	4,5±0,06	4,7±0,07	4,0±0,07

Այսպիսով, մասնագիտության ընտրությունը հիմնականում որոշվել է աշխատանքի հետ կապված լրացուցիչ եկամտի հնարավորությամբ (8,2 բալ), մասնագիտական մոտիվով (7,5 բալ), աշխատաշուկայում մասնագիտության պահանջարկով (7,9 բալ), ծնողների մասնագիտությամբ (7,5 բալ), ինչպես նաև մասնագիտության սոցիալական նշանակությամբ (6,1 բալ): Անհրաժեշտ է նշել, որ մասնագիտական դաշտում առաջխաղացման հնարավորությունը գնահատվել է միջին մակարդակից ցածր՝ ընդամենը 3,2 բալ: Ըստ հետազոտության տվյալների էական նշանակություն չեն ունեցել հետևյալ գործոն-ները՝

1. Առաջընթաց հնարավորությունը,
2. Աշխատանքի և հանգստի առավել հարմար ռեժիմը:

Անհրաժեշտ է նշել, որ ըստ սեռի մոտիվացիայի ռիսկի գործոնների կառուցվածքում առկա է տարբերություն: Այսպես, արական սեռի բժիշկների համար մասնագիտության ընտրության վրա էական ազդեցություն է ունեցել «աշխատաշուկայում մասնագիտության պահանջարկ» և «հանրության շրջանում հեղինակություն ունեցող մասնագիտություն» գործոնները, իսկ իգականի՝ «հանրության շրջանում հեղինակություն ունեցող մասնագիտություն» և «աշխատաշուկայում մասնագիտության պահանջարկ» գործոնները: Մասնագիտության ընտրության հարցում ռիսկի գոր-

ծնողների նշանակությունն ունեցել է տարիքային առանձնահատկություններ (աղ.21):

Աղյուսակ 21.

Մասնագիտության ընտրության մոտիվի վրա ազդող ռիսկի գործոնների տարիքային առանձնահատկությունները (բալ)

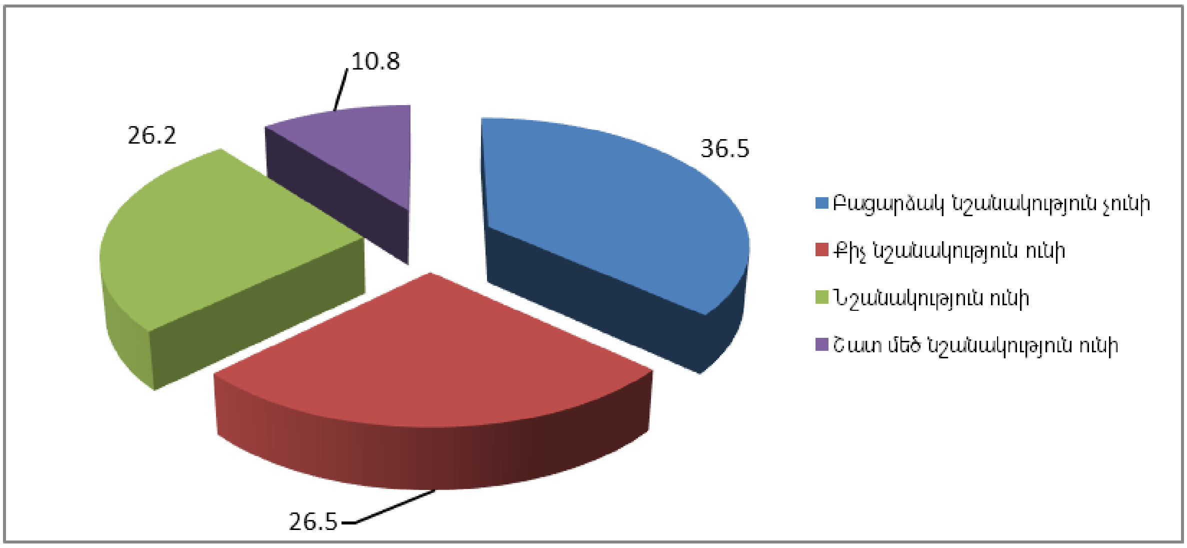
N	Մասնագիտության ընտրության վրա ազդող գործոնները	(M±m)	Տարիքային խմբեր				
			20-30տ.	30-40տ.	40-50տ.	50-60տ.	60և բարձր
1	Հանրության շրջանում հեղինակություն ունեցող մասնագիտություն	7,5±0,04	7,8	6,5	6,7	6,1	7,4
2	Աշխատավարձի չափ	4,3±0,06	3,1	3,8	3,4	3,2	5,3
3	Մասնագիտական կոչում	4,5±0,04	7,8	7,5	7,4	7,8	9,2
4	Աշխատանքի ստեղծագործական բնույթ	4,8±0,07	8,2	7,5	7,6	7,2	8,3
5	Աշխատաշուկայում մասնագիտության պահանջարկի չափ	7,9±0,04	6,1	6,1	6,5	5,7	6,7
6	Առաջընթացի հնարավորությունը	3,2±0,05	6,1	4,9	4,5	3,3	4,5
7	Աշխատանքի և հանգստի համար հարմար ռեժիմ	2,9±0,07	6,4	4,4	3,7	4,1	6,4
8	Աշխատանքի և հանգստի պայմանների անվտանգություն	4,5±0,06	4,1	3,7	4,2	3,5	6,2
9	Մասնագիտության սոցիալական նշանակություն	6,1±0,05	4,1	7,5	7,3	6,8	9,9
10	Ծնողների մասնագիտությունը	7,5±0,05	7,8	4,6	3,8	2,9	6,2
11	Ծնողների դիրքորոշումը	5,2±0,05	2,9	6,8	6,7	5,7	9,7
12	Աշխատանքի հետ կապված լրացուցիչ եկամտի հնարավորություն	8,2±0,03	4,9	4,2	3,7	3,1	3,5

Ըստ հետազոտության տվյալների, մասնագիտական մոտիվացիայի հարցում երիտասարդ բժիշկների շրջանում բարձր է գնահատվել հետևյալ ռիսկի գործոնների նշանակությունը՝ «աշխատանքի ստեղծագործական բովանդակությունը» (8,2 բալ), «հանրության շրջանում հեղինակություն ունեցող մասնագիտություն» (7,8 բալ), «մասնագիտական կոչումը» (7,8 բալ), «մասնագիտության սոցիալական նշանակությունը»(7,8բալ):

Ընդ որում նույնատիպ պատկեր արձանագրվել է նաև 60և բարձր տարիքային խմբում:Հետազոտության

արդյունքները փաստում են, որ աշխատանքային մոտիվացիայի վրա աշխատավարձի չափի ազդեցությունը կազմել է 4,3 բալ: Ծնողների դերը մասնագիտական կողմնորոշման հարցում բարձր են գնահատել 30-50 տարիքային խմբի բժիշկները: Ըստ հետազոտության տվյալների, 30-40 և 40-50 տարիքային խմբերում աշխատանքային մոտիվացիայի ռիսկի գործոնների կառուցվածքը համընկել է: Այն ներկայացված է գծապատկեր 5-ում:

Արդյունքների վերլուծությունը հնարավորություն է տալիս գալ եզրահանգման, որ ընդամենը 25,7% դեպքերում մասնագիտական կողմնորոշման և մասնագիտական խորհրդատվության համակարգն ազդել է մասնագիտության ընտրության վրա:



Գծապատկեր 5. Աշխատանքային մոտիվացիայի ռիսկի գործոնների կառուցվածքը (%)

Ընդհանրապես, բժիշկների մասնագիտական կողմնորոշման հարցում մեծ է խորհրդատվության դերը: Հետազոտության արդյունքները փաստել են, որ հիմնահարցի լուծման համար կարելի է կիրառել հետևյալ մոտեցումները.

1. Դպրոցները ակտիվ ընդգրկվեն մասնագիտական կողմնորոշման գործընթացում (79,5%),

2.Կարևոր է անհետաձգելի բուժօգնության դասընթացի ներառումը (74,5%),

3.Մասնագիտական կողմնորոշման գիտելիքների ապահովում (89,5%),

4.Բուժհաստատություններում կազմակերպել շփումներ բժիշկների հետ,էքսկուրսիաներ և բաց դռների օրեր (59,1%),

5.Յնարավորություն տալ ավագ դպրոցի սաներին դպրոցական արձակուրդների ժամանակ աշխատել բուժհաստատություններում որպես սանիտարներ (37,1%):

Սոցիոլոգիական հարցման խնդիրներից մեկը եղել է մոտիվացիայի և ամենօրյա աշխատանքում դեմոտիվացիայի գործոնների ոչ միայն հայտնաբերումը, այլ նաև գնահատումը: Յետազոտության մասնակիցները գնահատել են 27 գործոն, որոնք ունեն ազդեցություն աշխատանքի մոտիվացիայի վրա: Պահանջվել է գնահատել աշխատանքի մոտիվացիայի վրա դրական և բացասական ազդեցություն ունեցող գործոնները:

Տեղամասային բժիշկ-թերապևտների հարցման արդյունքները ցույց են տվել, որ առավել դրական ազդեցություն մոտիվի վրա ունեցել են.

1. Աշխատանքից բավարարվածությունը (54,6%),

2. Աշխատանքի նկատմամբ պատասխանատվությունը (81,7%),

3. Գործընկերների հետ հարաբերությունները (75,5%),

4. Տեղեկատվության ապահովումը (77,6%),

5. Սոցիալ-հոգեբանական մթնոլորտը (75,1%):

Ըստ հետազոտության տվյալների, մոտիվացիայի վրա դրական, սակայն քիչ նշանակություն ունեցող ազդեցության գործոններն են.

1. Ոչ նյութական խրախուսումը (նշանակալից ազդեցություն՝ 29,5%, ոչ նշանակալից՝ 30,4%),

2. Վարձատրման համակարգը (նշանակալից ազդեցություն՝ 84,5%, ոչ նշանակալից՝ 10,6%),

3. Կազմակերպության նպատակը՝ (նշանակալից ազդեցություն՝ 55,7%, ոչ նշանակալից՝ 20,4%),

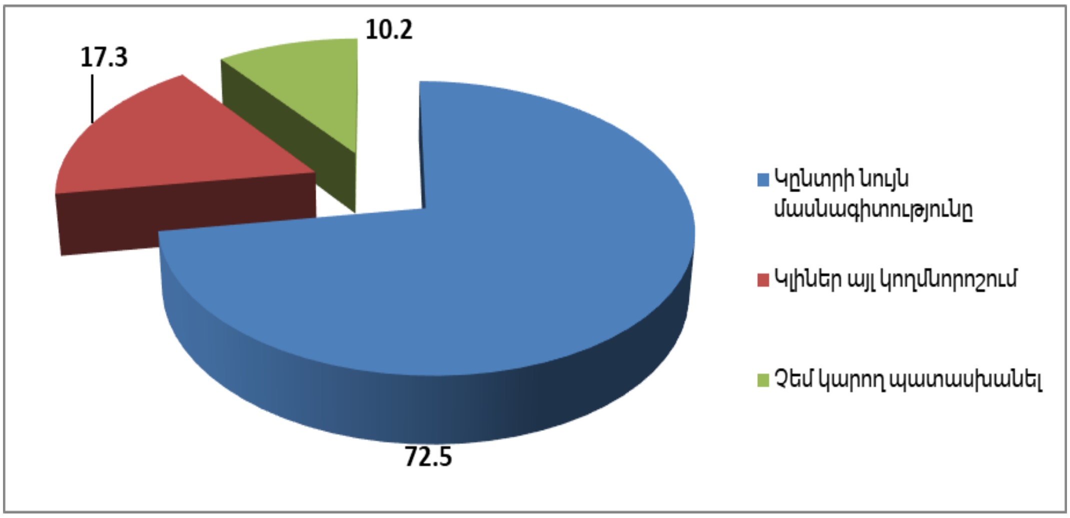
4. Անմիջական հարաբերությունները ղեկավարության հետ՝ (նշանակալից ազդեցու-թյուն՝ 57,9%, ոչ նշանակալից՝ 25,7%),

5. Աշխատանքի պայմանները՝ (նշանակալից ազդեցություն՝ 50,1%, ոչ նշանակալից՝ 16,6%):

Ըստ հարցման մասնակիցների կարծիքի, մոտիվացիայի վրա անտարբեր ազդեցություն են ունեցել հետևյալ գործոնները՝ կարիերայի կառավարումը (32,3%), անձնակազմի որակավորումը (41,3%), վարչական միջամտությունները (45,3%), խորհրդատ-վությունները (18,7%):

Գլխավոր դեմոտիվացիոն գործոնը յուրաքանչյուր հինգերորդի համար (20,3%) եղել է աշխատանքի վարձատրության համակարգը և աշխատանքի պայմանները (22,5%):

Բժշկի մասնագիտական մոտիվացիան գնահատելու համար տրվել են ինտեգրալ բնույթի հարցեր՝ «Եթե այսօր ընտրեիք մասնագիտություն, ապա ինչպե՞ս կվարվեք» (գծ. 6): Հարցվածների 72,5%-ը նշել է, որ կընտրեր նույն մասնագիտությունը, 17,3%-ը՝ նշել է, որ կունենար այլ կողմնորոշում, իսկ 10,2%-ը չի կողմնորոշվել:



Գծապատկեր 6. Բժշկի մասնագիտական մոտիվացիայի գնահատման արդյունքները (%)

Այսպիսով, ըստ հետազոտության տվյալների յուրաքանչյուր երրորդ բժիշկ ունի ցածր մոտիվացիոն մակարդակ իր մասնագիտական գործունեության նկատմամբ, իսկ 17,3%-ը նշել է, որ հնարավորության դեպքում կփոխեր ընտրած մասնագիտությունը: Հետազոտության կարևոր եզրահանգումն այն է, որ բժիշկների մոտիվացիայի գործընթացի հարցման արդյունքները փաստում են, որ մոտիվացնող և դեմոտիվացնող գործոնների միջև կա որոշակի բալանս: Բժիշկների մեծ մասի մոտ բարձր մոտիվացիան պայմանավորված է մոտիվացիան խթանող գործոնների մեծ տեսակարար կշռով: Մոտիվացիայի ոչ նյութական խթանիչները դեմոտիվացիայի վրա ունեցել են մոտիվացիոն ազդեցություն: Այս դեպքում աշխատանքում առկա խթանիչները (պատասխանատվություն, աշխատանքից բավարարվածություն, բուժհաստատության զարգացման նպատակ), սոցիալ-հոգեբանական, միջավայրային և կառավարչական խթանիչները (կրթում, հաղորդակցություն, բարոյական խրախուսում), փոխհատուցում են աշխատանքի մի շարք խնդիրների հարցում առկա անբավարարվածությունը: Այս փաստը հաստատում է հետազոտության աշխատանքային

հիպոթեզը: Բժշկի մոտիվացիայի վրա անբարենպաստ ազդեցություն են ունենում ինչպես կառավարչական խթանիչները (կազմակերպչական մշակույթ, անձնակազմի նպատակային գնահատում), այնպես էլ կարիերայի կառավարումը խթանող ռիսկերը:

Աղյուսակ 22.

Բժշկի աշխատանքային մոտիվի առանձնահատկությունները

Մոտիվ	ք.Երևան		ՀՀ մարզ		Տարիք		
	բ.թ.	%	բ.թ.	%	23-35	36-49	50-70
Ապրելու համար փող աշխատելու հնարավորություն	70	21.9	65	21.6	67	68	70
Մասնագիտական հետաքրքրություն	46	14.4	56	18.6	58	48	45
Հիվանդներին կարեկցանք և օգնություն	49	15.3	49	16.3	46	47	54
Օգնել մտերիմներին և ընկերներին առողջության պահպանման համար	46	14.4	48	15.9	51	46	44
Զբաղվածության երաշխիք	43	13.4	37	12.3	37	40	45
Մասնագիտական աճ	31	9.7	43	14.3	39	31	45
Ընտանիքի և ընկերների կողմից հարգանք և աջակցություն	34	10.6	35	11.6	37	37	32
Գործընկերների կողմից հարգանքի արժանանալու հնարավորություն	25	7.8	19	6.3	20	20	27
Բժշկական մասնագիտությամբ այլ բուժհաստատություններ աշխատանքի տեղավորվելու անհնարինություն	23	7.2	16	5.3	18	20	20
Կարիերա ստեղծելու հնարավորություն	19	5.9	16	5.3	27	15	13
Մարդկանց հետ շփվելու հնարավորություն ընդլայնում	21	6.6	14	4.7	20	15	17
Ընդամենը հարցվածներ	320	100	301	100.0	181	261	164

Այսպիսով, մարդկային ռեսուրսների կառավարման այս ֆունկցիոնալ ոլորտների զարգացումն ակտիվ կադրային քաղաքականության պայմաններում հնարավորություն կտա բարձրացնել բժիշկների մասնագիտական աշխատանքային մոտիվացիան: Այն իր հերթին կնպաստի բուժհաստատության հասնել իր առջև դրված նպատակին: Հարցվածները գնահատել են բժշկի աշխատանքի մոտիվների նշանակությունը (աղ.22):

Պարզվել է, որ առաջին տեղում ապրելու համար փող աշխատելու հնարավորության մոտիվն է:

Հարցվածներին առաջարկվել է պայմանական 100000 դրամը ըստ առաջարկվող չափաբաժինների բաշխել ըստ ծախսերի հիմնական ուղղությունների: Պարզվել է, որ 50% և բարձր չափաբաժին տրվել է աշխատավարձին (աղ.23):

Աղյուսակ 23.

Պայմանական առաջարկվող գումարի բաշխումն ըստ ծախսերի հիմնական ուղղությունների (%)

Առաջարկվող չափաբաժինը	Աշխատավարձ	Մասնագիտական որակավորում	Ինքնակրթում
50% և բարձր	80,4	10,2	9,5
30-49 %	8,6	16,8	13,5
21-29 %	0,7	14,9	14,5
16-20 %	3,3	15,1	13,5
5-15 %	2,7	21,5	26,4
0 %	4,3	21,5	22,6
Ընդամենը	100	100	100

Մեր կողմից կիրառվել է գործոնային վերլուծության Վարիմակսի մեթոդը բժիշկների աշխատանքային գործունեության մոտիվի ֆակտորները վերլուծության ենթարկելու համար:

Այսպես, 1-18% ֆակտորալ ռիսկի չափաբաժին ունեցող աշխատանքային գործունեության մոտիվի ֆակտորը եղել է «կարիերա ստեղծելու հնարավորություն» մոտիվը (0,777), 2-16% չափաբաժնի դեպքում «հիվանդներին կարեկցանք և օգնություն» մոտիվը, 3-14% դեպքերում՝ «մասնագիտական աճ» մոտիվը, իսկ 4-13%՝ «ընտանիքի և ընկերների կողմից հարգանք և աջակցություն» մոտիվը (աղ.24):

Առաջին գործոնի դիսպերսիայի չափաբաժինը կազմել է 18%: Գործոնի ամենամեծ բեռն ընկնում է «առողջության պահպանման գործում անհրաժեշտության դեպքում, օգնելու հարազատներին, «ընկերների», «հարգանք ընտանիքի և մտերիմների նկատմամբ»:

Աղյուսակ 24.

Բժշկի աշխատանքային գործունեության մոտիվի գործոնների վերլուծությունը ըստ Վարիմակսի վերլուծական մեթոդի

Մոտիվ	Բաղադրիչը և նրա ֆակտորալ ռիսկի չափաբաժինը			
	1-18%	2-16%	3-14%	4-13%
Ապրելու համար փող աշխատելու հնարավորություն	0	0	0	0,8
Մասնագիտական հետաքրքրություն	0	0,8	0	0
Յիվանդներին կարեկցանք և օգնություն	0	0,8	0	0
Օգնել մտերիմներին և ընկերներին առողջության պահպանման համար	0	0,5	0,6	0
Զբաղվածության երաշխիք	0,3	0,3	0,6	0
Մասնագիտական աճ	0	0	0,8	0
Ընտանիքի և ընկերների կողմից հարգանք և աջակցություն	0	0	0	0,6
Գործընկերների կողմից հարգանքի արժանանալու հնարավորություն	0,3	0,3	0	0
Բժշկական մասնագիտությամբ այլ բուժհաստատություններ աշխատանքի տեղավորվելու անհնարինություն	0,7	0	0	0
Կարիերա ստեղծելու հնարավորություն	0,8	0	0	0
Մարդկանց հետ շփվելու հնարավորության ընդլայնում	0,6	0	0,4	0

Այս մոտիվի գերակայությամբ բժիշկները կկոչվեն «սոցիում կապիտալիստներ»: Երկրորդ գործոնի դիսպերսիայի չափաբաժինը կազմել է 16%, ամենամեծ բեռը բաժին է ընկել «գթասրտության և հիվանդի օգնության», «մասնագիտական հետաքըրքըրություն» մոտիվներին: Այս մոտիվի գերակշռմամբ աշխատող բժիշկները կկոչվեն «նպատակային կողմնորոշված պրոֆեսիոնալներ»: Երրորդ գործոնի դիսպերսիայի չափաբաժինը կազմել է 14%, ամենամեծ բեռը բաժին է ընկել «հնարավորություն անել կարիերա» մոտիվին: Այսպիսի բժիշկներին կանվանենք «օգտագործողներ», իսկ չորրորդ գործոնի դիսպերսիայի չափաբաժինը կազմել է 13%, ամենամեծ բեռը բաժին է ընկել «հնարա-

վորություն աշխատել գումար կյանքի համար» մոտիվին և այսպիսի բժիշկներին կանվանենք «կոնսերվատորներ» (աղ.25):

Աղյուսակ 25.

Տարբեր տիպոլոգիական կատեգորիայի բժիշկների աշխատանքային գործունեության մոտիվի արտահայտման մակարդակը (բալ)

Մոտիվ	Տիպոլոգիական կատեգորիաներ			
	«սոցիալական կապիտալիստ»	«արժեքներ կողմնորոշող մասնագետներ»	«պահպանողականներ»	«կոնսերվատորներ»
Ապրելու համար փող աշխատելու հնարավորություն	2,6	2,8	2,7	3,0
Մասնագիտական հետաքրքրություն	2,6	3,0	2,5	2,6
Հիվանդներին կարեկցանք և օգնություն	2,7	3,0	2,5	2,4
Մասնագիտական աճ	2,4	2,7	2,7	2,3
Զբաղվածության երաշխիք	2,5	2,4	2,5	2,8
Օգնել մտերիմներին և ընկերներին առողջության պահպանման համար	3,0	2,5	2,4	2,5
Ընտանիքի և ընկերների կողմից հարգանք և աջակցություն	2,9	2,4	2,2	2,4
Գործընկերների կողմից հարգանքի արժանանալու հնարավորություն	2,4	2,3	2,5	2,2
Բժշկական մասնագիտությամբ այլ բուժհաստատություններ աշխատանքի տեղավորվելու անհնարինություն	2,1	1,7	1,9	2,5
Կարիերա ստեղծելու հնարավորություն	1,9	1,8	2,6	1,9
Մարդկանց հետ շփվելու հնարավորության ընդլայնում	2,5	1,8	2,2	1,9
Ընդամենը	155	155	155	155

Բժիշկներին տրվել է հարց՝ «ինչ եք հասկանում լավ աշխատանք ասելով», արդյունքները ներկայացված է աղյուսակ 26-ում:

Աղյուսակ 26.

«Ինչ եք հասկանում լավ աշխատանք ասելով»
(բացարձակ թիվ)

Գտնում եք, որ լավ աշխատանքը		Ընդամենը	Տարիք		
			23-35տ.	36-49տ.	50-70տ.
1.	Գործընկերների հետ լավ հարաբերություններ	64	62	64	63
2.	Հանրությանը, մարդկանց օգուտ տալու զգացողություն	50	44	48	61
3.	Աշխատավարձ՝ համապատասխան մասնագիտությանը	50	58	52	41

Աղյուսակ 26-ի շարունակությունը

4.	Հետաքրքիր, բովանդակային աշխատանք	41	43	36	47
5.	Մասնագիտական աճի հնարավորություն	40	58	35	28
6.	Գլխավոր բժշկի կողմից լավ վերաբերմունք	31	29	31	34
7.	Տանը մոտգտնվելը	31	27	33	31
8.	Հարմար գրաֆիկի առկայություն	29	31	34	21
9.	Աշխատավարձի արդարացի բաշխում	23	23	23	24
10.	Վստահելի աշխատատեղ	23	20	26	21
11.	Վարչարարության բացակայություն	20	19	18	23
12.	Իմ մասնագիտության նկատմամբ հանրության հարգանք	18	11	20	23
13.	Հնարավորություն ստեղծագործական աշխատանքի	14	18	15	9
14.	Կարիերայի աճի հեռանկարներ	12	25	8	6
	Ընդամենը	621	181	261	164

Կատարվել է բժիշկների կողմից լավ աշխատանքի բնութագրի գործոնային վերլուծություն ըստ Վարիմակսի մեթոդի: Պարզվել է, որ «կարիերայի աճի հեռանկարներ» արժեքի ֆակտորալ կշիռը տատանվում է 1-18% սահմաններում, իսկ «տնօրենի կողմից լավ վերաբերմունք» արժեքի ֆակտորալ չափաբաժինը տատանվում է 4-9% սահմաններում (աղ.27):

Աղյուսակ 27.

Բժիշկների կողմից լավ աշխատանքի բնութագրի գործոնային վերլուծություն ըստ Վարիմաքսի մեթոդի

	Արժեքները	Բաղադրիչներ և դրանց ֆակտորալ կշիռը					
		1-11%	2-10%	3-9%	4-9%	5-9%	6-8%
1.	Գործընկերների հետ լավ հարաբերություններ	0	0,5	0	0	0,4	0
2.	Հանրության, մարդկանց օգնուտ տալու զգացողություն	0	0,5	0,4	0	0	-0,3
3.	Աշխատավարձի բաշխում՝ հաշվի առնելով աշխատողի որակավորումը և արժանիքները	0	-0,7	0	0	0	0
4.	Հետաքրքիր, բովանդակային աշխատանք	0	0	0,5	0	0	0,4
5.	Մասնագիտական աճի հնարավորություն	0	0	0	0	0	0
6.	Գլխավոր բժշկի կողմից լավ վերաբերմունք	0	0	0	0,8	0	0
7.	Տանը մոտգտնվելը	0	0	-0,6	0	0,3	-0,4

8.	Համար գրաֆիկի առկայություն	0	0	-0,6	0	0	0
9.	Աշխատավարձի բաշխման հավասարության բացակայություն	0	-0,5	0,3	0,4	0,3	0
10.	Վստահելի աշխատատեղ	0	0	0	0	-0,7	0
11.	Վարչարարության բացակայություն	0	0	0	0	0	0
12.	Իմ մասնագիտության նկատմամբ հանրության կողմից հարգանք	0	0	0	-0,6	0	0
13.	Հնարավորություն ստեղծագործական աշխատանքի	0	0	0	0	-0,6	0
14.	Կարիերայի աճի հեռանկարներ	0,8	0	0	0	0	0

Կիրառելով կլաստերային վերլուծության մեթոդը և տալով կարգային գնահատում պարզվել է, որ «մասնագիտության խնամակալների» և «ներդաշնակների» աշխատանքային գործունեության մոտիվը «ապրելու համար փող վաստակելու հնարավորություն»-ն է՝ կազմելով համապատասխանաբար 2,63 և 2,64 բալ: Ստեղծագործողների խմբում աշխատանքային գործունեության մոտիվը «մասնագիտական հետաքրքրություն», իսկ կարիերիստների համար՝ «ապրելու համար փող վաստակելու հնարավորություն» և «կարիերա անելու հնարավորություն» մոտիվները (աղ. 28):

Աղյուսակ 28.

Բժիշկների մասնագիտական գործունեության մոտիվի արտահայտվածության աստիճանը ըստ կլաստերային վերլուծության և կարգային գնահատման (նվազագույնը՝ 1, առավելագույնը՝ 3 բալ)

Աշխատանքային գործունեության մոտիվ	Ընդամենը	Տիպոլոգիական կլաստերներ			
		«Մասնագիտության խնամակալներ»	«Ներդաշնակներ»	«Ստեղծագործողներ»	«Կարիերիստներ»
Ապրելու համար փող վաստակելու հնարավորություն	2,62	2,63 (1)	2,64(1)	2,52(4)	2,63(1)
Մասնագիտական հետաքրքրություն	2,48	2,53(3)	2,43(2)	2,68(1)	2,47(3)
Հիվանդների օգնություն	2,44	2,56(2)	2,41(3)	2,61(2)	2,31(5)
Մասնագիտական աճ	2,3	2,17(8)	2,23(6)	2,58(3)	2,48(2)
Մտերիմներին, ընկերներին	2,39	2,43(4)	2,4(4)	2,34(6)	2,28(6)

օգնելու հնարավորություն					
Զբաղվածության երաշխիք	2,29	2,25(6)	2,3(5)	2,26(7)	2,34(4)
Ընկերներին և ընտանիքին հարգանք և աջակցություն	2,23	2,38(5)	2,19(7)	2,37(5)	2,18(8)
Կոլեգաների շրջանում հարգանք վայելելու հնարավորություն	2,1	2,19(7)	2,08(8)	2,14(8)	2,08(9)
Մարդկանց հետ շփվելու հնարավորություն	1,9	1,88(9)	1,89(9)	1,93(9)	1,92(10)
Բժշկական մասնագիտությամբ այլ աշխատանքի տեղավորվելու անհնարինություն	1,84	1,8(10)	1,86(10)	1,67(11)	1,91(11)
Կարիերա անելու հնարավորություն	1,8	1,67(11)	1,73(11)	1,89(10)	2,63(1)
Ռեսպոնդենտների թիվը	621	80	392	73	76

Կլաստերային վերլուծության արդյունքները, ըստ սոցիալ-դեմոգրաֆիկ և մասնագիտական խմբերի ներկայացված է աղյուսակ 29-ում:

Աղյուսակ 29.

Տիպոլոգիական կլաստերի սոցիալ-դեմոգրաֆիկ և մասնագիտական բնութագիրը

Տիպոլոգիական կլաստեր	Սոցիալ-դեմոգրաֆիկ և մասնագիտական խմբեր							
	Մինչև 35տ.	35տ. և բարձր	Բարձր որակավորում ունեցող մասնագետ	Այլ որակավորում	Պոլիկլինիկայի բժիշկ	Հիվանդանոցի բժիշկ	Թերապևտիկ խմբի մասնագետներ	Այլ մասնագետներ
Խնամակալների մասնագիտություն	16,0	84,0	26,0	74,0	40,0	60,0	32,0	68,0
Ներդաշնակներ	26,0	74,0	21,0	79,0	47,0	53,0	19,0	81,0
Ստեղծագո	33,0	67,0	42,0	58,0	26,0	74,0	11,0	89,0

րծողներ								
Կարիերիստներ	60,0	40,0	10,0	90,0	31,0	69,0	10,0	90,0

Պարզվել է, որ «կարիերիստների» շրջանում երիտասարդների տեսակարար կշիռը բավականին բարձր է (60,0%), իսկ ցուցանիշը բարձր որակավորում ունեցող բժիշկների շրջանում կազմել է (10,0%):

Աղյուսակ 30.

Տարբեր մոտեցումներով վարձատրման նշանակության կողմնակիցների առանձնահատկությունները (%)

Տեղափոխվելու դեպքում ցանկալի էր	Արդարացի վարձատրման նշանակության կողմնակիցներ				Ոչ արդարացի վարձատրման նշանակության կողմնակիցներ			
	երիտասարդներ	%	տարեցներ	%	երիտասարդներ	%	տարեցներ	%
Մասնավոր կլինիկա	40	44.9	33	51.6	29	43.3	16	59.3
Կազմակերպել սեփական բժշկական պրակտիկան	27	30.3	19	29.7	19	28.4	7	25.9
Փոխել բժշկի մասնագիտությունը	22	24.7	12	18.8	19	28.4	4	14.8
Ընդամենը	89	100	64	100	67	100	27	100

Արդարացի վարձատրման կողմնակիցների շրջանում երիտասարդները (44,9%) և տարեցները (51,6%) նշել են, որ տեղափոխության դեպքում կընտրեին մասնավոր կլինիկա (աղ.30):

«Պատրաստ են աշխատելու շատ և ավելի լավ, եթե վարձատրվեն ըստ անձնական աշխատանքային ներդրման ծավալների» հարցադրման արդյունքները ըստ մասնագիտական որակավորման մակարդակի և բժիշկների տարիքային խմբերի ունեցել է առանձնահատկություններ (աղ.31):

Աղյուսակ 31.

«Պատրաստ են աշխատելու շատ և ավելի լավ,եթե վարձատրվեն ըստ անձնական աշխատանքային ներդրման

ծավալների» հարցադրման պատասխանների առանձնահատկությունը, ըստ բժիշկների մասնագիտական որակավորման և տարիքային խմբերի

Ավելի շատ և լավ աշխատելու պատրաստակամություն	Մասնագիտական որակավորում		Տարիքային խմբեր		
	ցածր	բարձր	23-35	36-49	50-70
Ոչ, քանի որ այս պահին էլ ես աշխատում եմ բարձր որակով և արդյունավետությամբ։	55	60	56	58	58
Այո, կարող էի աշխատել որոշ չափով լավ, քան այս պահին։	30	29	29	30	29
Այո, կարող էի աշխատել առավել լավ, քան այս պահին։	12	11	15	12	13
Ընդամենը	100	100	100	100	100

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է այս հարցադրումը նաև ըստ տիպոլոգիական կլաստերների։ Պարզվել է, որ բոլոր կլաստերներում գերակշռել է «ոչ, քանի որ այս պահին էլ ես աշխատում եմ բարձր որակով և արդյունավետությամբ» պատասխանը (աղ.32)։

Մեր կողմից վերլուծության է ենթարկվել նաև բժշկի աշխատանքային գործունեության տարբեր գործոնների դերն ըստ անձնական աշխատանքային ներդրման ծավալների դիմաց վարձատրման համակարգի ներդրման պայմաններում (աղ. 33)։ Այսպես, եթե մարզերում աշխատող բժշկի համար առաջին կլաստերը «այլ աշխատավայր տեղափոխելը հեռանկար է կարիերայի աճի համար» գործոնն է, ապա՝ Երևան քաղաքի բժիշկների համար «մասնավոր պրակտիկայով զբաղվելու» գործոնը։

Աղյուսակ 32.

«Պատրաստեն աշխատելու շատ ավելի լավ, եթե վարձատրվեն ըստ անձնական աշխատանքային ներդրման ծավալների» հարցադրման պատասխանների առանձնահատկությունն ըստ տիպոլոգիական կլաստերների

Ավելի շատ և լավ աշխատելու պատրաստակամություն	Տիպոլոգիական կլաստեր			
	Խնամակալների մասնագիտություն	Ներդաշնակներ	Ստեղծագործողներ	Կարիերիստներ
Ոչ, քանի որ այս պահին էլ ես աշխատում եմ բարձրորակով և արդյունավետությամբ:	66	53	73	57
Այո, կարող էի աշխատել որոշ չափով լավ, քան այս պահին:	24	33	18	26
Այո, կարող էի աշխատել առավել լավ, քան այս պահին:	10	14	9	17
Ընդամենը	100	100	100	100

Աղյուսակ 33.

«Պատրաստեն աշխատելու շատ ավելի լավ, եթե վարձատրվեն ըստ անձնական աշխատանքային ներդրման ծավալների» (բալ)

Բժշկի աշխատանքային գործունեության տարբեր գործոններ		ՀՀ մարզ	ք.Երևան
1		2	3
1.	Լավ աշխատանք ասելով հասկանում ենք աշխատավարձի արդարացի բաշխում		
	Այո	1,75	1,61
	Ոչ	1,57	1,47
2.	Լավ աշխատանքի գաղափարը հանրության օգուտ տալու զգացողությունն է		
	Այո	1,48	1,46
	Ոչ	1,72	1,54
3.	Լավ աշխատանքի գաղափարը գլխավոր բժշկի կողմից լավ վերաբերմունքի զգացողությունն է		
	Այո	1,48	1,44
	Ոչ	1,68	1,52
4.	Լավ աշխատանքի գաղափարը դա հնարավորությունն է ինքնազարգացման և ստեղծագործման		
	Այո	1,43	1,37
	Ոչ	1,63	1,53
5.	Լավ աշխատանքի գաղափարը գլխավոր բժշկի կողմից լավ վերաբերմունքի զգացողությունն է		

	Այո	1,84	1,56
	Ոչ	1,55	1,48
6.	Աշխատում եմ հնարավորինս ամբողջ ինտենսիվությամբ		
	Այո	1,55	1,43
	Ոչ	1,97	1,95

Աղյուսակ 33-ի շարունակությունը

7.	Աշխատում եմ հետաքրքրությամբ		
	Այո	1,5	1,42
	Ոչ	1,8	1,69
8.	Գտնում եմ, որ վերջին 2 տարիների ընթացքում իրենց վերաբերմունքը աշխատանքի նկատմամբ լավացել է		
	Լավացել է	1,61	1,62
	Վատացել է	1,83	1,79
9.	Աշխատանքի վարձատրման ծավալի փոփոխությունը կփոխի բժիշկների կյանքի որակը, բայց ոչ՝ աշխատանքը:		
	Ամբողջությամբ համաձայն եմ	1,61	1,41
	Բացարձակապես համաձայն չեմ	1,78	1,74
10.	Ցանկանում եք տեղափոխվել այլ պետական բուժհաստատություն		
	Այո	1,73	1,75
	Ոչ	1,65	1,58
11.	Ցանկանում եք տեղափոխվել այլ մասնավոր բուժհաստատություն		
	Այո	1,72	1,67
	Ոչ	1,56	1,45
12.	Կցանկանայիք կազմակերպել Ձեր մասնավոր պրակտիկան		
	Այո	1,8	1,71
	Ոչ	1,63	1,46
13.	Կցանկանայիք զբաղվել բժշկական գործունեությամբ տանը:		
	Այո	1,84	1,62
	Ոչ	1,62	1,47
14.	Այլ աշխատավայր տեղափոխելը հեռանկար է կարիերայի աճի համար:		
	Այո	1,91	1,66
	Ոչ	1,54	1,46

3.4. Բժիշկների՝ իրենց մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության ուսումնասիրման արդյունքները

«Մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածություն» թեստի արդյունքների վերլուծությունից պարզվել է, որ մոտիվացիայի գործընթացի վրա ազդում են աշխատանքային միջավայրի տարբեր գործոններ:

Մոտիվացիայի վրա դրական ազդեցություն են ունեցել հետևյալ գործոնները՝ բուժհաստատության նպատակը և խնդիրները, կոլեկտիվի աշխատանքում սեփական դերի գիտակցումը, աշխատավայրի փոփոխության

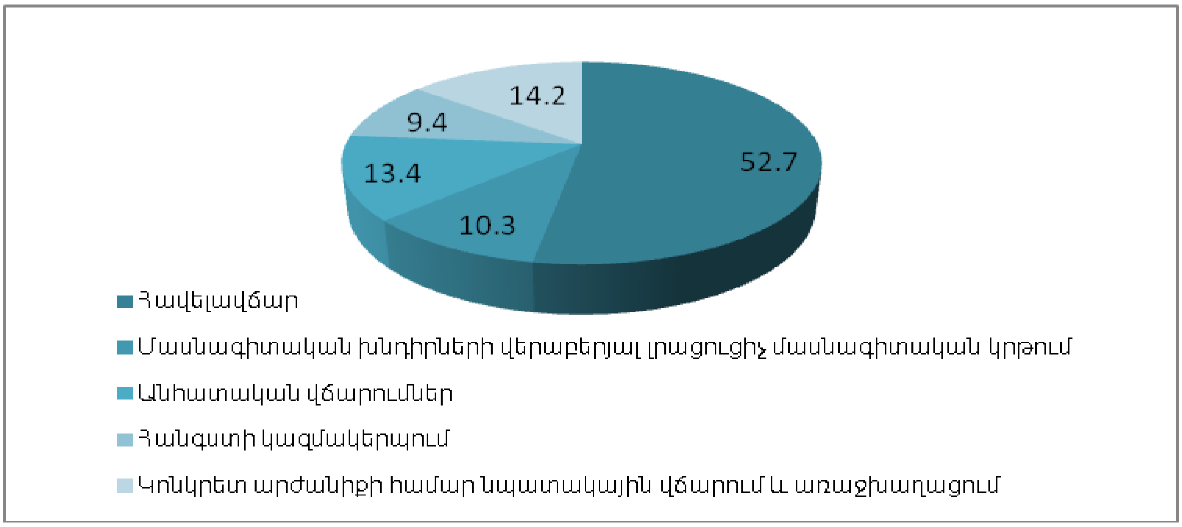
ցանկության, անձնական կյանքի վրա մասնագիտական գործունեության բացասական ազդեցության բացակայությունը: Մոտիվացիայի բացակայությունը խորացնում է ղեկավարության նկատմամբ անվստահությունը հավելավճարների բաշխման, խրախուսման հարցում, ինչպես նաև կառավարման ոճի անհամապատասխանությունը: Ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների, միայն 35,2%-ն է հասկացել բուժհաստատության նպատակն ու խնդիրները, 52,3%-ը նշել է, որ աշխատավայրում բացակայում է կոնֆլիկտը և կոլեկտիվի հոգեբանական մթնոլորտը գնահատել է բարենպաստ (աղ.34):

Աղյուսակ 34.

«Մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության» թեսթի արդյունքները

	Պնդումը	%	Գործոնի ազդեցության բնույթը մոտիվացիայի վրա
1.	«Հասկանում եմ բուժհաստատության նպատակը և խնդիրները»	35,2	դրական՝ նպատակի և խնդիրների ըմբռնում
2.	«Բուժհաստատության գործունեության մեջ ունեմ իմ արժանի անձնական ներդրումը»	70,4	դրական՝ անհատական ներդրման գիտակցում
3.	«Չեմ պլանավորում փոխել աշխատավայրս»	35,4	դրական՝ աշխատանքային միջավայրի կայունություն
4.	«Աշխատավայրում բացակայում են կոնֆլիկտները, կոլեկտիվի հոգեբանական մթնոլորտը բարենպաստ է»	52,3	դրական՝ առանց կոնֆլիկտների աշխատանքային միջավայր
5.	«Իմ աշխատանքը չունի բացասական ազդեցություն իմ անձնական կյանքի վրա»	47,9	դրական՝ անձնական հետաքրքրություն
6.	«Խրախուսումները և արտոնությունները բաշխվում են անարդար»	81,4	բացասական
7.	«Կառավարման ոճը չի համապատասխանում իմ սպասելիքներին»	83,4	բացասական՝ ղեկավարության ոչ ճիշտ քաղաքականություն
8.	«Բացակայում է աշխատավարձի և իմ ներդրումների միջև կապը»	90,4	բացասական՝ աշխատանքի անարդար գնահատական

Գերակայությունների գնահատման համար հարցվածներին առաջարկվել է ընտրել 12 խրախուսման ձևերից որևէ մեկը: Բժիշկները ընտրել են միայն հինգը, որի կառուցվածքը ներկայացված է գծ.7-ում:



Գծապատկեր 7. Խրախուսման ձևերի կառուցվածքը (%)

Խրախուսման ձևերի կառուցվածքում առաջին տեղում հավելավճարն է (52,7%), երկրորդում՝ կոնկրետ աշխատանքի համար նպատակային վճարումն և առաջխաղացում (14,2%) խրախուսման ձևը: Անհրաժեշտ է նշել, որ որպես խրախուսման ձև ընդամենը 9,4%-ն է նշել հանգստի կազմակերպումը:

Յարցվածներին առաջարկվել է բալերով գնահատել ոչ միայն իրենց գործունեությունը, այլ նաև կոլեգաների աշխատանքի որակը՝ 4 բալ «լավ», 3 բալ «բավարար», 2 բալ «վատ», 0 բալ «չի մտածել այդ ուղղությամբ»: Առաջնային օղակի բժիշկների իրենց մասնագիտական գործունեության ինքնագնահատումն անկախ աշխատանքային ստաժից եղել է ավելի բարձր (3,9±0,6 բալ, 95,4%), քան իրենց կոլեգաների աշխատանքը (3,4±0,3 բալ, 89,2%): Ստացիոնարի բժիշկների աշխատանքի արդյունավետությունը գնահատվել է ցածր (2,5±0,1 բալ, 69,4%, $p<0,05$), իսկ նեղ մասնագետները՝ 3,1±0,3 բալ (79,4%, $p<0,05$): Յարցվածների 70,4%-ը նշել է ֆիզիկական, իսկ 80,7%-ը՝ հոգեհուզական ծանրաբեռնվածության առկայություն աշխատանքից հետո:

Յարցվածներին տրվել է հարց, թե արդյունավետ գործունեության ի՞նչ ցուցանիշներ կարելի է

օգտագործել բժիշկների նյութական խրախուսման համար:

Ցուցանիշների ընտրության վերաբերյալ ընդամենը արվել է 75 առաջարկ: Առաջարկների ակտիվությունը կախված է եղել աշխատանքային ստաժից: Առավել շատ առաջարկներ ստացվել են մինչև 5 տարի աշխատանքային ստաժ ունեցող բժիշկ-ներից: Ամենամեծ չափաբաժինը ընկել է հետևյալ գործոններին՝ աշխատանքի դժվարություն (350 բալ), աշխատողի որակավորում (300 բալ) (աղ.35):

Աղյուսակ 35.

Աշխատանքային գործունեության առանձնահատկությունները պայմանավորող գործոնների և ենթագործոնների բալային գնահատման համակարգ

	Գործոն, ենթագործոն	բալ	Աստիճան և բալ			
			I	II	III	IV
1	Աշխատողի որակավորում	300	0	0	0	0
	1.1. Կրթություն	150	45	130	150	0
	1.2. Աշխատանքային ստաժ	150	10	40	95	150
2.	Աշխատողի պատասխանատվություն	250	0	0	0	0
	2.1. պատասխանատվություն որոշումների կայացնելիս	100	10	35	60	100
	2.2. նյութական պատասխանատվություն	50	10	15	30	50
	2.3. մարդկանց կյանքի և առողջության պատասխանատվություն	100	10	25	65	100
3.	Աշխատանքի դժվարություն	375	0	0	0	0

Աղյուսակ 35-ի շարունակությունը

	3.1. իրավիճակի դժվարության խնդիր	200	30	65	125	200
	3.2. աշխատանքի շտապ լինել	125	55	70	0	0
	3.3. կոմունիկացիա	50	10	15	30	50
4.	Աշխատանքի ընդհանուր պայմաններ	75	0	0	0	0
	4.1. աշխատանքի սանիտար-հիգիենիկ պայմաններ	45	30	15	0	0
	4.2. աշխատանքի դժվարություն	30	20	10	0	0
	Ընդամենը	1000	0	0	0	0

Ստացված արդյունքները անհրաժեշտ են անձնակազմի մոտիվացիոն համակարգի ձևավորման, մոտիվացիայի սկզբունքների ձևավորման, կառավարման ոճի ընտրության համար:

3.5 Բժիշկների աշխատանքի գնահատման քանակական ու որակական ցուցանիշների մաթեմատիկական ապահովում և համակարգային վերլուծություն

Բազմաթիվ երկրներում բժիշկների աշխատանքի վարձատրման համակարգը սերտ կապված է բուժօգնության դիմաց վճարման կամ փոխհատուցման համակարգի հետ: Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ժամանակակից պայմաններում կադրերի կառավարման գլխավոր գործառույթներից մեկը ցուցաբերված բուժօգնության արդյունավետության գնահատումն է: Անհատական աշխատանքի գնահատման արդյունքում ստեղծվում է տեղեկատվական բազա կառավարչական որոշումներ կայացնելու համար: Այսօր առողջապահության ոլորտում վարձատրման համակարգը չունի բավարար խթանող գործառույթ: Համակարգի ֆինանսավորումը, ըստ վերջնական արդյունքի թելադրում է բարձրացնել բուժօգնության որակը: Այս պայմաններում բուժհաստատությունը մի կողմից պետք է ապահովի որոշակի քանակական և որակական արդյունքներ, մյուս կողմից բուժաշխատողի աշխատավարձի չափի ձևավորման վրա չի ազդում վերջնական արդյունքը:

Այստեղից բխում է, որ նոր վարձատրման համակարգը պետք է ստեղծի բուժաշխատողների շրջանում հետաքրքրություն վերջնական արդյունքի նկատմամբ: Այսպիսի մոտեցումը ապահովում է տնտեսական մոտիվացիայի և մասնագիտական գործունեության արդյունքի միջև սերտ կապ:

Տարբերակված վարձատրման համակարգի մշակումը և ներդրումը կախված է որոշակի տնտեսական, իրավական և կազմակերպչական դժվարություններից: Սակայն այս համակարգի ներդրումը բուժհաստատություններում կլուծի մի շարք խնդիրներ՝ նյութական շահագրգռվածություն, լավագույն բուժօգնության որակ և արդյունավետություն: Վարձատրման նոր համակարգի կառուցվածքում ընդգրկված են դրույքային վարձավճար, զբաղեցրած պաշտոնի համար վարձատրություն, կոմպենսացիոն և խթանիչ բնույթի վճարում բաղադրիչները: Վարձատրման խթանիչ բնույթի բաղադրիչը պետք է մոտիվացնի աշխատանքի որակական արդյունքի ապահովում և խրախուսի լրացուցիչ աշխատանքային ծավալներ: Վարձատրման խթանիչ բաղադրիչը անհրաժեշտ է սահմանել՝ հաշվի առնելով չափանիշներ, որոնք թույլ են տալիս անձնակազմին գնահատել ցուցաբերած բուժօգնության արդյունավետություն և որակ: Բուժաշխատողի աշխատանքի վարձատրման նոր համակարգն ակնկալում է մշակել խթանիչ ցուցանիշներ և չափանիշներ՝ հիմնվելով բուժանձնակազմի գործունեության արդյունավետության գնահատման հիմնական ցուցանիշների վրա: Վարձատրման նոր համակարգի ներդրումն ակնկալում է տարբերակված վարձատրում ըստ վերջնական արդյունքի, պահանջում է մշակել մասնագիտական որակավորման խմբերի վարձատրման

համակարգ՝ հաշվի առնելով աշխատանքի բարդությունը, աշխատավարձի ֆոնդի ձևավորման հարցում ունեցած ներդրումը:

Այսօր առողջապահական համակարգում բացակայում են բժշկի աշխատանքի արդյունավետության չափման հիմնախնդրի վերաբերյալ համակարգային մոտեցումները: Աշխատանքային ներդրման և արդյունավետության գնահատման դժվարությունը կայանում է նրանում, որ աշխատանքի ծախսը արտահայտվում է միավոր ժամանակահատվածում ստեղծված արտադրանքի քանակով: Այս չափման գործիքը չի կարող գնահատել բժշկի գործունեության արդյունքը, քանի որ այդ գործունեության վերջնական նպատակը պացիենտի առողջական վիճակի բարելավումն է: Առողջությունը դժվար է արտահայտել արժեքի ձևով, հատկապես, որ այդպիսի արդյունքը ոչ միշտ է հանդիսանում վերջնական նպատակ (կան չբուժվող հիվանդություններ, բարդ դեպքեր): Դժվար է գնահատել նաև բժշկի մտավոր, ֆիզիկական և բարոյական ներդրումները, քանի որ այդ որակները չափելի չեն: Այլ կերպ ասած, բժշկի մասնագիտական գործունեության առանձնահատկությունները այնպիսին են, որ աշխատանքի արդյունավետության և արդյունքայնության չափանիշները, երբեմն, օբյեկտիվ չեն: Չնայած այս դժվարություններին, տնտեսագետները առաջարկում են բժշկի աշխատանքի չափման գործիքներ, որոնք հնարավորություն են տալիս գնահատել աշխատանքի ծավալը, աշխատաժամանակը:

Վարձատրման արդյունավետ համակարգի ստեղծման համար կիրառվող համալիր և օպտիմալ ցուցանիշներից է աշխատանքի մասնակցության գործակիցը (ԱՄԳ): Այն վարձատրման համակարգի էլեմենտ է, որն ամփոփ բնութագրում է աշխատողի

աշխատանքային ներդրման քանակական գնահատականը:

ԱՄԳ-ի հիմնական նշանակությունը կայանում է նրանում, որ կոլեկտիվ աշխատավարձի բաշխման ժամանակ հաշվի է առնվում անհատական աշխատանքի քանակը և որակը: ԱՄԳ-ը հաշվարկվում է մի խումբ չափանիշների հիման վրա: Չափանիշների ընտրությունը կատարել ենք մենք: Այն սահմանվում է ըստ հետևյալ ցուցանիշների՝ հաճախումների թիվ, ընդունված պացիենտների թիվ, որակի ցուցանիշներ՝ հիմնավորված բողոքների բացակայություն, պացիենտների վարման արձանագրերի պահպանում, աշխատանքային և արտադրական կարգապահության պահպանում, պարտականությունների բարեխիղճ կատարում:

Յաշվարկված բազային գործակիցը կարող է աճել կամ նվազել:

Մեր կողմից բազային գործակցի ավելացման հիմնական չափանիշներ ենք սահմանվել՝

1. «Ներդրված աշխատանքի քանակություն» չափանիշ, որը կարող է ապահովել մինչև 40% հավելավճար: Ամսվակտրվածքով աշխատաժամի քանակ՝ 1 հաստիքի դեպքում 1%, 1,25 հաստիքի դեպքում 1,25%, 1,5 հաստիքի դեպքում 2,0%:
2. Որակավորման մակարդակը որոշող չափանիշներ՝ ՇՄՉ հավաքած կրեդիտների բազային մակարդակ՝ 1%, ՇՄՉ հավաքած լրացուցիչ կրեդիտների մակար-դակ՝ 1,5%, բացակայում են ՇՄՉ կրեդիտներ՝ 0%
3. Բուժօգնության համապատասխան ծավալի ապահովում՝ մինչև 3,5%:
4. «Աշխատանքի ինտենսիվության չափանիշներ»՝ աշխատանքի դժվարություն և լարվածություն՝ 3,5%, զորակոչիկների հետ աշխատանք՝ 2,1%, այլ բուժհաստատություններում խորհրդատվություն՝ 0,5%, բնակչության առողջ

պրելակերպի քարոզչություն՝ 2%, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական քարտերի վարման որակի գնահատում՝ 4,5%:

5. «Աշխատանքի որակի չափանիշներ»՝ մինչև 20%
6. «ԱՄԳ իջեցնող չափանիշներ»՝ այն կիրառվում է, երբ կա աշխատանքային կարգապահության խախտում՝ 5%, սուբորդինացիայի, էթիկայի խախտում՝ 10%, ծավալային և որակական ցուցանիշների կատարման թերացումներ՝ 10%, փաստաթղթերի ձևակերպման ուշացումներ՝ 1%, կրկնակի խախտումներ՝ մինչև 20%, նկատողություն՝ 20% (աղ.36):

Բուժաշխատողների աշխատանքի գնահատման քանակական և որակական ցուցանիշները մեր կողմից ենթարկվել են մաթեմատիկական մոդելավորման՝ հիմք ընդունելով այդ ցուցանիշների նշանակությունը ԲՕՈ-ի և արդյունավետության վրա ունեցած ազդեցության տեսանկյունից, ինչպես նաև համակարգային վերլուծության համար տրվել է դրանց բալային գնահատական:

Աղյուսակ 36

Աշխատանքի արդյունքից և ծառայությունների որակից կախված հավելավճարի բաշխման համար ընտրված ցուցանիշների և չափանիշների ախտորոշիչ գործակիցները ըստՎալդի վերլուծական մեթոդի

Ցուցանիշ		Չափանիշ	Ախտորոշիչ գործակցի արժեքը
Բուժհաստատության տնօրեն և փոխտնօրեն			
1.	ՊՆԾ-ի կատարողական	95-100% <95% >100%	3 2 0
2.	Հիվանդանոցային բուժօգնություն (դեպքերի թիվ)	95-100% < 95% 100%>	3 0 0
3.	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնություն (դիմելիություն,	100% և ավել	3 2

	հավաքագրված բնակչություն)	95-99% <95%	0
4.	Բուժման միջին տևողություն	95-100% նորմա < 95%	3 0 0
5.	Կլինիկական և պաթանատոմիական ախտորոշումների չհամընկման ցուցանիշ	<5% 5և ավել %	2 0
6.	Ժամանակին կլինիկական ախտորոշումներ տեսակարար կշիռը %	98-100% 90-98% <90%	2 0 -1

Աղյուսակ 36-ի շարունակությունը

7.	Դրական ելքով հոսպիտալացումներ տեսակարար կշիռը %	98-100% 90-98% <90%	2 0 -1
8.	Ըստ փորձաքննության արդյունքների ժամանակավոր անաշխատունակության դեպքերի դեֆեկտներ	Բացակայում է 1 և ավել	1 -1
9.	Պացիենտի հիմնավորված գանգատի առկայություն	Բացակայում է 1 և ավել	1 -3
10.	Չհիմնավորված ժամանակավոր անաշխատունակության դեպքերի առկայություն	Բացակայում է 1 և ավել	1 -3
11.	Պոլիկլինիկայի և ստացիոնարի ախտորոշումների չհամընկման դեպք	Բացակայում է 1 և ավել	1 -3
12.	Ներհիվանդանոցային ինֆեկցիաների դեպք	Բացակայում է 1 և ավել	1 -3
13.	Կանխարգելիչ բժշկական զննումների կատարողական	80-100% <80%	1 0
14.	Դիտողությունների և ակտերի առկայություն	Բացակայում է 1 և ավել	1 -1
15.	Յաշվառման և հաշվետվական տեղեկատվության որակ	Ժամանակին ուշացումով	3 0
16.	Կոնֆերանսների և սեմինարների կազմակերպում	Կատարում է Չի կատարում	3 0
17.	Բուժօգնությունից բավարարվածության գնահատման սոցիոլոգիական հարցման կազմակերպում	Կատարում է Չի կատարում	3 0
18.	Պոլիկլինիկայի ,ստացիոնարի գործունեության վերլուծություն: Բուժհաստատության գործունեության արդյունավետության բարձրացման առաջարկների մշակում:	Կատարում է Չի կատարում	2 0
19	Բուժօգնության որակի մշտադիտարկման փորձաքննություն	100% 98-100% <98%	5 0 0
20.	Ժամանակավոր անաշխատունակության որակի հսկողության	100% 98-100%	3

	փորձաքննություն	<98%	0
21.	Ժամանակավոր անաշխատունակության չհիմնավորված դեպքերի 10% և ավել:	չկա 1 և ավել	2 -1

Աղյուսակ 36-ի շարունակությունը

22.	Անհրաժեշտ տեղեկատվության ներկայացում	Ժամանակին Ոչ ժամանակին	2 -3
23	Բուժօգնության որակից բողոքների քննարկում	Այո ոչ	2 -1
24	Բուժօգնության անհամապատասխանության դեպքերի քննարկում	Այո ոչ	3 -1
25	Սոցիալ-հիգիենիկ նշանակության հիվանդության, ներհիվանդանոցային դեպքերի քննարկում	100% և ավել <100%	3 -3
26	Տպագիր հոդվածների առկայություն	Կա չկա	0,2 0
27	Բուժման և ախտորոշման ժամանակակից մեթոդների ներդրում	Կա չկա	0,2 0
28	Աշխատանքային կարգապահության բացակայություն	Կա չկա	0,2 0
29	Սանիտարահակահամաճարակային ռեժիմի խախտումների բացակայություն	Կա չկա	1 0
	Ստացիոնարի բաժանմունքի վարիչ		
1.	ՊՆԾ-ի կատարողական	95-100% <95% >100%	3 2 0
2.	Բուժման միջին տևողություն	95-100% նորմա < 95%	3 0 0
3.	Չհիմնավորված կրկնակի հոսպիտալիզացիա	չկա 1 և ավել	3 -2
4.	Կլինիկական և պաթանատոմիական ախտորոշումների չհամընկման ցուցանիշ	<5% 5 և ավել %	2 0
5.	Պացիենտների կողմից հիմնավորված գրավոր և բանավոր բողոքների առկայություն	չկա կա	2 -2
6.	Սանիտարահակահամաճարակային ռեժիմի խախտում	չկա կա	2 -2
7.	Հետվիրահատական բարդությունների %	<5% 5-10% >10%	3 0 -3
8.	Անհետաձգելի դեպքերի հետվիրահատական մահաբերության ցուցանիշ	<5% 5-10% >10%	3 0 -3
9.	Վիրաբուժական ակտիվություն	60% և > 40-60% <40%	5 3 0,2
10.	Տպագիր հոդվածների առկայություն	Կա չկա	0,2 0
11.	Բուժման և ախտորոման ժամանակակից մեթոդների ներդրում	Կա չկա	0,2 0
12.	Աշխատանքային կարգապահության բացակայություն	Կա չկա	0,2 0

Աղյուսակ 36-ի շարունակությունը

Ստացիոնարի բժիշկ			
1.	Կլինիկական և պաթանատոմիական ախտորոշումների չհամնկման ցուցանիշ	<5% 5% և ավել	2 -1
2.	Պացիենտների կողմից հիմնավորված գրավոր և բանավոր բողոքներ	չկա կա	2 -2
3.	Բժշկական էթիկայի և դեոնտոլոգիայի կանոնների պահպանում	Չկա խախտում 1 և ավելի	1 -1
4.	Բժշկական փաստաթղթերի լրացման և վարման դեֆեկտներ	Չկա 1 և ավելի	3 -1
5.	Ղեկավարության կողմից գրավոր կամ բանավոր նկատողություն	Չկա կա	1 -1
6.	Տպագիր հոդվածների առկայություն	Կա չկա	0,2 0
7.	Բուժման և ախտորոման ժամանակակից մեթոդների ներդրում	Կա չկա	0,2 0
8.	Աշխատանքային կարգապահության բացակայություն	Կա չկա	0,2 0
9.	Սանիտարահակահամաճարակային ռեժիմի խախտումների բացակայություն	Կա չկա	1 0
Տեղամասային թերապևտ կամ ընտանեկան բժիշկ			
1.	Յավաքագրված բնակչության դիմելիության ակտիվություն	100% 95-100% <95%	3 2 0
2.	Կանխարգելիչ հաճախումներ (%)	30% և ավել 25-30% <25%	2 1 0
3.	Ստացիոնար ուղեգրման մակարդակ	>18% 18% և ավել	2 0
4.	Պացիենտների կողմից հիմնավորված գրավոր և բանավոր բողոքներ	չկա կա	2 -2
5.	ԲՕՈ-ից բավարարվածություն	50% և ավել <50%	2 -2
6.	Նորագոյացությունների ուշ հայտնաբերում	չկա կա	2 0
7.	Դիաբետի դեկոմպեսացված ձևերի առկայություն	Բացակայում է կա	1 0
8.	Քրոնիկ հիվանդների դիսպանսեր հսկողություն (%)	>95% <95%	2 0
9.	Տուբերկուլյոզի ուշ դեպքերի բացահայտում	չկա կա	1 -1
10.	Վակցինացիայի ընդգրկվածություն %	90-100% <90%	1 0
11.	Տպագիր հոդվածների առկայություն	Կա չկա	0,2 0
12	Բուժման և ախտորոշման ժամանակակից մեթոդների ներդրում	Կա չկա	0,2 0

Աղյուսակ 36-ի շարունակությունը

13.	Աշխատանքային կարգապահության բացակայություն	Կա չկա	0,2 0
14.	Սանիտարահակահամաճարակային ռեժիմի խախտումների բացակայություն	Կա չկա	1 0
Տեղամասային մանկաբույժ			
1.	Ակտիվ հաճախումների %	100% 95-100% <95%	5 3 0
2.	Ակտիվ տնային կանչերի %	40% և ավել <40%	3 0
3.	Պացիենտների կողմից հիմնավորված գրավոր և բանավոր բողոքներ	չկա կա	2 -2
4.	ԲՕՌ-ից բավարարվածություն	50% և ավել <50%	2 -2
5.	Նորածինների վաղ հաշվառում	95% և ավել <95%	2 0
6.	Առողջության ինդեքս	95 և ավել % <95%	2 0
7.	Ըստ նոզոլոգիաների դիսպանսեր հսկողություն	>90% <90%	2 0
8	Տպագիր հոդվածների առկայություն	Կա չկա	0,2 0
9.	Բուժման և ախտորոշման ժամանակակից մեթոդների ներդրում	Կա չկա	0,2 0
10.	Վակցինացիայի ընդգրկվածություն %	90-100% <90%	1 0
11.	Աշխատանքային կարգապահության բացակայություն	Կա չկա	0,2 0
12.	Հիգիենիկ և հակահամաճարակային ռեժիմի խախտումների բացակայություն	Կա չկա	1 0

Մեր կողմից կատարվել է նաև հավելավճարի չափի վրա ուսումնասիրվող գործոնների կախվածության հավանական գնահատում (աղ.37)

Աղյուսակ 37.

Հավելավճարի չափի վրա ուսումնասիրող գործոնների կախվածության հավանական գնահատումը ըստ Վալդի կանխատեսական գնահատման մեթոդի

	Գործոն	Վարձատրման հին մոդել	Վարձատրման նոր մոդել
1.	Որակավորում		
	Նշանակալից Ոչ նշանակալից Կախված չէ	46 52 1	36 61 4
2.	Անձնական աշխատանքային ներդրումից		
	Նշանակալից Ոչ նշանակալից Կախված չէ	51 30 18	46 39 15
3.	Ղեկավարության հետ հարաբերություններ		
	Նշանակալից Ոչ նշանակալից Կախված չէ	2 8 90	3 10 87

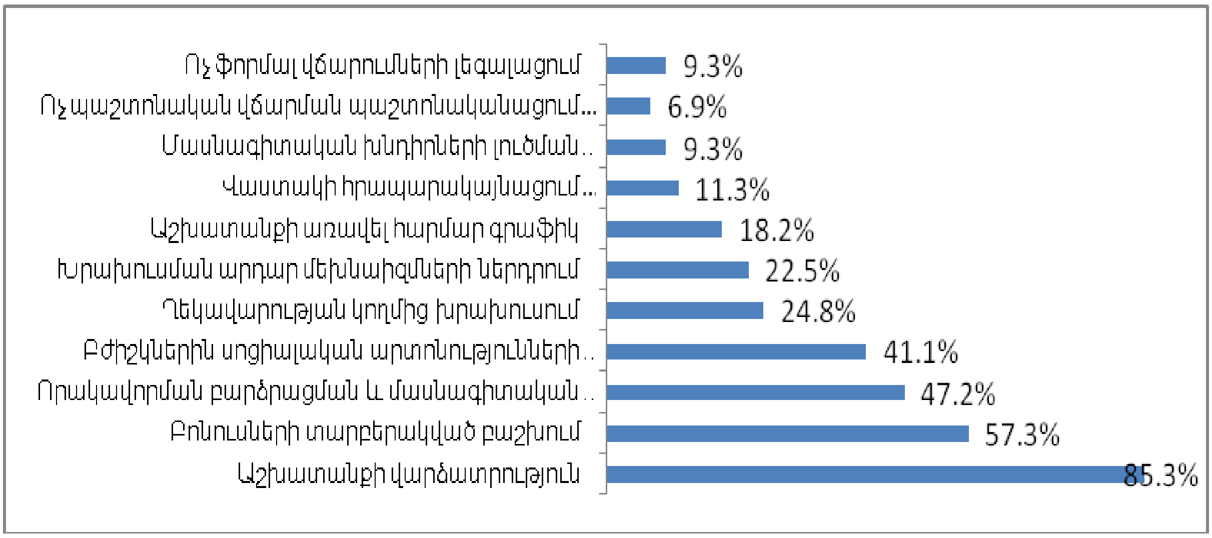
Աղյուսակ 37-ի շարունակությունը

4.	Կատարված աշխատանքի ծավալից		
	Նշանակալից Ոչ նշանակալից Կախված չէ	68 23 9	62 32 6
5.	Կատարված աշխատանքի որակից		
	Նշանակալից Ոչ նշանակալից Կախված չէ	49 37 19	51 36 13
6	Բաժանմունքի կատարած աշխատանքի որակից		
	Նշանակալից Ոչ նշանակալից Կախված չէ	47 33 20	45 37 18
7.	Աշխատանքի վերջնական արդյունքից		
	Նշանակալից Ոչ նշանակալից Կախված չէ	46 36 18	50 35 15
8.	Դեֆեկտների քանակը		
	Կպակասի Չի փոփոխվի կավելանա	48 40 12	60,5 29,5 10,0

Բժշկի աշխատանքի արդյունքի չափելիության դժվարություններից մեկը հիմնահարցի բազմախնդիր լինելն է, ինչպես նաև այն փաստը, որ բժշկի աշխատանքի բոլոր բնութագրիչները հնարավոր չէ հաշվարկել: Անհրաժեշտ է ընտրել այնպիսի բնութագրիչներ, որոնք մյուսների վրա չեն կարող ունենալ բացասական ազդեցություն: Մի խումբ հեղինակներ ուսումնասիրել են բժշկի աշխատանքի մշտադիտարկման ինտենսիվության և աշխատավարձի չափի միջև հարաբերակցությունների առանձնահատկությունները [10,36]: Հիմնավորվել է, որ այս երկու ցուցանիշների միջև կա հակադարձ համեմատական ուժեղ կապ: Ուսումնասիրվել է Անգլիայում մրցակցության և միջին բուժանձնակազմի վարձատրության մոդելների միջև կապի առկայությունը [13,144]:

Արդարացի վարձատրում ասելով, առաջին հերթին բժիշկները հասկացել են վարձատրման չափի առկա մեխանիզմների կատարելագործում, աշխատանքի արդարացի վճարում (գծ.8):

Սա վկայում է այն մասին, որ բժիշկների վարձատրման առկա ցածր մակարդակն ընկալվում է որպես գլխավոր գործոն, որն ազդում է մատուցված ծառայությունների որակի վրա: Միայն 3%-ի կարծիքով լավ աշխատելուն խթանում է աշխատանք կորցնելու վախը:



Գծապատկեր 8. «Ի՞նչ եք կարծում, ինչը կարող է բժիշկներին խթանել լավ աշխատելու համար» (%)

Անհրաժեշտ է նշել, որ հարցմանը մասնակցած բժիշկների 47%-ը լավ աշխատանքի խթանման համար կարևոր գործոն է համարում որակավորման բարձրացման և մասնագիտական աճին խթանող հնարավորությունների ստեղծումը: Այսպիսի գնահատականները հուշում են բժիշկների աշխատանքային մոտիվացիայի բազմաչափելիության մասին և, որ այն կատարելագործելու համար անհրաժեշտ է միմյանց լրացնող տարբեր մեխանիզմների կիրառում:

Բժիշկների ստացած և սպասվող աշխատավարձերի միջև կահետնյալ կապը՝ աշխատավարձի բարձրացման հետ ցանկալի մակարդակի պահանջն աճում է, այսինքն՝ սպասվելիք եկամուտների էլաստիկությունը ստացվող եկամտի չափից 1-ից

փոքր է: Այս իրավիճակն իրենով դրական է աշխատանքի բարձրացման նպատակահարմարության վերլուծության տեսանկյունից:

Ըստ հարցման արդյունքների արժանի և փաստացի աշխատավարձի չափի բաշխումը թույլ կախվածության մեջ է մոտիվացիայի տիպից (K=1,5), իսկ աշխատավարձի սպասվելիք չափը՝ ուժեղ կապի մեջ է բուժհաստատությա տեսակից Պատասխանների բաշխումն արժանի աշխատավարձի և փաստացի ստացվող չափի վերաբերյալ ունի թույլ կախվածություն մոտիվացիայի տիպից (K=3,9):Ցուցանիշը մասնավոր կլինիկաներում աշխատող բժիշկների համար եղել է ցածր (K=1,9):

Հետազոտության արդյունքները փաստել են, որ աշխատավարձի հարաբերակցության գործակցի արժեքը կախված է նաև աշխատանքի ծանրության աստիճանից: Այն տղամարդկանց մոտ եղել է ավելի բարձր՝ համեմատած կանանց հետ, մինչև 10 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցողների մոտ ավելի բարձր համեմատած 20 և ավելի տարվա ստաժ ունեցողների հետ: Պարզվում է, որ որքան կարճ է փաստացի հիմնական աշխատատեղում աշխատանքի տևողությունը, այնքան ցածր է կախվածությունը սպասվելիք աշխատավարձի չափից: Այսպես 42% բժիշկների մոտ,որոնց աշխատաժամանակը հիմնական աշխատավայրում շաբաթական 35 ժամից պակաս է սպասվելիք աշխատավարձի հարաբերակցության գործակիցն ավելի փոքր է, իսկ շաբաթական 42 ժամի դեպքում՝ ավելի բարձր: Այսինքն, այն բժիշկները, որոնք ավելի երկար ժամանակ են անցկացնում իրենց հիմնական աշխատավայրում, ավելի մեծ պահանջներ ունեն աշխատավարձի չափի վերաբերյալ: Որքան բարձր է բժշկի որակավորման մակարդակը, այնքան բարձր է սպասվելիք աշխատավարձի գործակիցը:

Բժիշկների 40%-ը նշել է, որ առկա տարբերակված վարձատրման մակարդակը հիմնավորված չէ: Այս հիմնախնդիրն առավել կարևոր է բուժհաստատությունների ղեկավարների համար, քանի որ աշխատանքի տարբերակված վարձատրման մեխանիզմի ներդրումն անհրաժեշտ է նաև մարդկային ռեսուրսների արդյունավետ կառա-վարման համար:

Ըստ բուժհաստատությունների մենեջերների կարծիքի, աշխատանքի տարբերակված վարձատրումն երաշխավորված և օգտակար է տարբեր որակավորման և աշխատանքի ծավալներ իրականացնող բժիշկների համար: Մենեջերների մեծ մասը (85%) կողմ է բժշկի աշխատանքի վարձատրման տարբերակված մոտեցման համակարգի համար որպես ցուցանիշներ կիրառել աշխատանքի ծավալը, արդյունքը և բարդության աստիճանը: Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն է տալիս ոչ միայն արդյունավետ դարձնել կառավարումը, այլ նաև ունենալ կադրերի ընտրության հարցում օբյեկտիվ մոտեցում:

Շուկայական հարաբերությունները ենթադրում է մրցակցություն ինչպես բուժ-հաստատությունների միջև, այնպես էլ բուժհաստատությունների ներսում: Ըստ առող-ջապահական համակարգի մենեջերների 15%-ի կարծիքի միևնույն որակավորում ունեցող բժիշկները պետք է հասար վարձատրվեն: Սակայն մեծ մասի կարծիքով անհրաժեշտ է մշակել հստակ ցուցանիշներ և չափանիշներ, որոնք օբյեկտիվ հիմք կհանդիսանան բժիշկների աշխատանքի տարբերակված վարձատրման համակարգի ներդրման համար: Վարձատրման տարբերակված համակարգի ներդրումը 65,4% մենեջերների կարծիքով կստեղծի խոչնդոտներ բուժհաստատության աշխատանքների արդյունավետ կառավարման համար: Այն կարող է բերել

սոցիալական լարվածության բարձրացման, բժիշկների միջև ապակառուցողական մրցակցության զարգացման՝ բացասական ազդեցություն թողնելով բուժման որակի վրա: Վարձատրման հավասարեցված սկզբունքին առավել կողմ են եղել առաջնային օղակի բժիշկները (71,5%):

Վարձատրման չափավոր տարբերակման կողմնակիցները վստահ են, որ պետք է բարձրացնել աշխատավարձի բազային մակարդակը (35,7%): Այս դիրքորոշման կողմնակիցները գտնում են, որ այսպիսի մոտեցումը պահանջում է նաև բժիշկների աշխատանքի հսկողության մեխանիզմները կատարելագործել, որը ոչ միշտ է հնարավոր իրականացնել, եթե չկան մշակված չափանիշներ, որոնք հնարավորություն կտան գնահատել աշխատանքի արդյունավետությունն ու որակը: Յստակ տարբերակված վարձատրման կողմնակիցները (30,0%) պնդում են, որ վարձատրության քաղաքա-կանության ոլորտում եկել է փոփոխությունների ժամանակը: Այն սկսելու համար անհրաժեշտ է հրաժարվել հավասարության գաղափարից: Յարցմանը մասնակցած մենեջերների մեծ մասը գտնում է, որ աշխատանքի վարձատրման տարբերակված մոտեցումն արդի պայմաններում ընկալվում է ավելի հանգիստ, քան 5-7 տարի առաջ: Յարցմանը մասնակցած բժիշկների 85,9%-ը կողմնակից է վարձատրման այնպիսի համակարգի ներդրմանը, որի հիմքը կլինի բուժօգնության որակ, արդյունավետություն և արդյունք ապահովող ցուցանիշներ: Յարցմանը մասնակցած բժիշկների 74,3%-ի կարծիքով աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմները պետք է պարբերաբար ենթարկվեն փոփոխության: Վարձատրման համակարգը պետք է լինի իրավիճակային և կախված լինի մի շարք գործոններից՝ աշխատանքի բարդության աստիճան, բժշկի պատասխանատվության աստիճան,

մասնագիտական որակավորման մակարդակ,մարդկանց հետ շփվելու ունակություն: Այս պայմաններում կբարձրանա կոլեկտիվի կառավարման որակը: Չափավոր և ուժեղ տարբերակման կողմնակիցները վստահ են, որ տարբերակված վարձատրման կարգը չպետք է լինի ունիվերսալ և չփոփոխվող:Այն պետք է լինի իրավիճակային և կախված լինի մի քանի գործոններից՝ աշխատանքի բարդությունից,բժշկի պատասխանատվությունից, պատրաստվածությունից, մասնագիտական աճի, պացիենտի հետ շփման ունակությունից:

Տարբերակված վարձատրման մեխանիզմների ներդրումը անհրաժեշտ է նաև որպես բժիշկների խրախուսման մեթոդ (53,7%): Այսօր, որպես կանոն բժիշկների նյութական խրախուսումը գնում է վճարովի ծառայությունների եկամուտից: Սակայն այն, ըստ կառավարչական մոտեցման, անբավարար է, որպեսզի աճի այն բժիշկների թվաքանակը, որոնք կձգտեն մասնագիտական զարգացման: Բուժհաստատությունների ղեկավարների 43,7%-ի կարծիքով այն բժիշկները, որոնք կարող են ապահովել բուժհաստատության զարգացում նույնպես պետք է ունենան վարձատրման սխեմայում զգալի առավելություններ՝ համեմատած այն բժիշկների խմբի հետ,որոնց մոտ պատասխանատվությունը ցածր է և չի ենթարկվում շտկման ոչ վարչարարական մեթոդով և ոչ էլ մարդկային գործոնով:Յարցմանը մասնակցած մենեջերների 37,5%-ի կարծիքով աշխատանքի տարբերակված վարձատրումը բարձրացնում է բժիշկների ինքնագնահատման աստիճանը,սակայն այն դժվար լինի մասնագիտական աճի ձգտման համար գլխավոր միջոցը:

Բուժհաստատության ղեկավարների 75,0%-ը համաձայն է աշխատավարձը բաժանել բազային (մշտական) և վերադիր (փոփոխական) մասերի:

Բժիշկների աշխատավարձի փոփոխական մասի չափը, ըստ ղեկավարների կարծիքի պետք է կախված լինի աշխատանքի ծավալից, որակից, արդյունավետությունից:

Համարձակ ղեկավարները թույլ են տալիս աշխատավարձի փոփոխական մասը սահմանել 2-5 անգամ բարձր համեմատած ֆիքսվածի հետ:

Բժիշկների աշխատավարձի հիմնական և փոփոխական մասերի ցանկալի հարաբերակցությունը ունեցել է առանձնահատկություններ ըստ բուժհաստատության տեսակի (աղ.38): Այսպես, աշխատավարձի հիմնական և փոփոխական մասերի հավասար հարաբերակցության ցուցանիշը բարձր է եղել մասնավոր կլինիկաներում (51,4%), 70/30 հարաբերակցությունը՝ Երևան քաղաքի բժշկական կենտրոններում (47,5%), 80/20 հարաբերակցությունը՝ մարզային բուժհաստատություններում (51,5%), իսկ 90/10 հարաբերակցությունը՝ առաջնային օղակի բուժհաստատություններում:

Աղյուսակ 38.

Աշխատավարձի հիմնական և փոփոխական մասերի ցանկալի հարաբերակցության առանձնահատկությունները կախված բուժհաստատության տեսակից (%)

Աշխատավարձի հիմնական/փոփոխական մասերի ցանկալի հարաբերակցություն	Բուժհաստատության տեսակը			
	Մարզային ՆԲԿ	Առաջնային օղակ	Երևան քաղաքի ԲԿ	Մասնավոր կլինիկա
100/0	10,1	20,4	5,1	0
90/10	20,7	57,5	4,9	7,5
80/20	51,1	10,4	10,4	10,4
70/30	12,4	9,2	47,5	30,7
50/50	3,7	2,5	30,1	51,4
Ընդամենը	100	100	100	100

10,4

Ինչի՞ց պետք է կախված լինի աշխատավարձի փոփոխական մասը

Կարծիքները բաշխվել են հետևյալ կերպ.

1) Այն պետք է կախված լինի բազմաթիվ գործոններից, սակայն հավելավճարի չափը պետք է ճկուն փոփոխության ենթարկվի (օպերատիվ համակարգ 54,5%),
2) Այն պետք է կախված լինի մեկ կամ երկու գործոններից և հավելավճարի չափը կարող է փոփոխության չենթարկվի՝ 17,5%,
3) Անհրաժեշտ է սահմանել հավելավճարի կայուն չափ, որը կախված չէ գործոններից՝ 28,0%:

Սակայն կայուն հավելավճարի սահմանման դեպքում դժվար է պատկերացնել, որ լավ աշխատանքը բժշկի մասնագիտական որակավորման արդյունք է: Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ որքան աշխատավարձի չափը կախված է որակավորման մակարդակից, այնքան բարձր է բժիշկների կողմնորոշումը դեպի կայուն հավելավճարը (47,9%):

Ինչպե՞ս կապել աշխատավարձը աշխատանքի արդյունքի հետ:

Աշխատանքի վարձատրման կազմակերպման սկզբունքների քննարկման ժամանակ կարևոր նշանակություն է ունեցել այն հարցը, թե ինչպես չափել աշխատանքի արդյունքը:

Բժիշկներն առաջարկել են տարբեր չափորոշիչներ: Այսպես, վիրաբուժի աշխատանքի գնահատման համար, ըստ հիվանդանոցի վիրաբուժական բաժանմունքի ղեկավարների, նպատակահարմար է հաշվի առնել հետևյալ բնութագրիչները՝ վիրաբուժական ակտիվություն (69,8%), վիրահատական բարդություն (83,5%), նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառում (93,2%), բարդությունների հաճախականություն (35,2%), հետվիրահատական ընթացքի բարդություններ (87,7%), վիրահատությունից հետո պացիենտի կյանքի որակի փոփոխությունները (25,4%), պացիենտի բավարարվածություն (51,7%):

Այս ցուցանիշների միջև անհրաժեշտ է սահմանել որոշակի գերակայություններ: Վիրահատական ծավալի և բարդության համեմատական գնահատման ժամանակ անհրաժեշտ է առավելություն տալ բարդությանը, սակայն այն գնահատել դժվար է: Իրավիճակը բարդանում է նաև այն պատճառով, որ արդյունքի որակը երբեմն կախված չի վիրաբույժի ջանքերից: Մարզային հիվանդանոցների վիրաբուժական բաժանմունքի ղեկավարները հիշեցրել են, որ մարզային պայմաններում հետևել վիրաբուժական միջամտության որակին դժվար է, քանի որ մարզային հիվանդանոցները ոչ միշտ են հագեցած ժամանակակից սարքավորումներով, որոնք կարող են ապահովել որակյալ վիրաբուժական միջամտություններ և այս փաստը անհրաժեշտ է հաշվի առնել (85,7%): Առաջնային օղակի տնօրենները առաջարկում են հաշվի առնել հետևյալ ցուցանիշները՝ պոլիկլինիկական հաճախումների ծավալ (90,4%), հիվանդացության տարիքասեռային առանձնահատկություններ (79,2%), կանխարգելիչ աշխատանքների ծավալ (17,8%), փաստաթղթերի վարման որակ (38,4%), պացիենտի բավարարվածություն (21,2%), հոսպիտալացված դեպքերի թիվ (85,6%): Հարցվածները առաջարկում են ցուցանիշների ընտրության ժամանակ հաշվի առնել բժշկի որակավորման մակարդակը (59,8%):

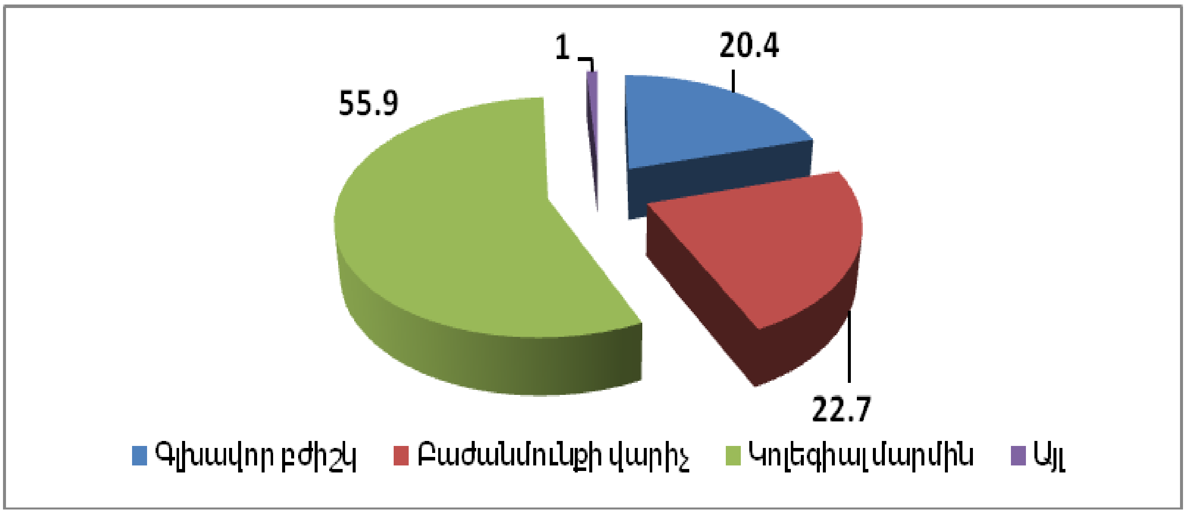
Վիճելի չափանիշ է պացիենտի բավարարվածության գնահատումը: Հարցմանը մասնակցածների 75,2%-ը վստահ է, որ պացիենտի կողմից բժշկի աշխատանքի որակի գնահատումը կարևոր է և այն անհրաժեշտ է հաշվի առնել տարբերակված վարձատրման համակարգում:

Առաջարկելով տարբեր գնահատման չափանիշներ՝ բժիշկները համաձայն են այն մտքի հետ, որ իրենց աշխատանքի որակը և

արդյունավետությունը չափելը բարդ է (92,7%), սակայն անհրաժեշտ է մշակել և ներդնել համակարգում:

Ո՞վ պետք է որոշում կայացնի հավելավճարի չափի վերաբերյալ:

Բժիշկների 55,9%-ի կարծիքով պետք է այդ խնդիրը լուծի բուժհաստատության տնօրենը (գծ.9):



Գծապատկեր 9. «Ո՞վ պետք է սահմանի հավելավճարի չափը» հարցման պատասխանների կառուցվածքը (%)

Սակայն այսպիսի դեմոկրատական սկզբունքը չի պաշտպանում մասնավոր կլինիկայում աշխատող բժիշկների 60%-ը, ովքեր գտնում են, որ հավելավճարի չափը պետք է սահմանի գլխավոր բժիշկը: Հիվանդանոցային օղակի բժիշկների 47%-ը կողմ է կոլեգիալ սկզբունքին:

Այսպիսի տարակարծությունը վկայում է այն մասին, որ որոշում կայացնելու ժամանակ անհրաժեշտ է կիրառել տարբեր մոտեցումներ:

Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 51,9%-ի կարծիքով վարձատրման տարբերակված համակարգի ներդրման ցուցանիշները և դրանց գնահատման չափանիշները պետք է մշակվի լիազոր մարմնի կողմից, քանի որ այն կապահովի բարձր կատարողականություն և ստացված արդյունքները կլինեն համեմատելի: Հարցվածների 27,5%-ի կարծիքով այդ գործընթացին պետք է ակտիվ մասնակցեն նաև

բուժհաստատությունների տարբեր մակարդակի մենեջերները, իսկ 22,5%-ի կարծիքով գործընթացի մեջ պետք է ընդգրկվեն նաև ասոցիացիաները: Այսպիսի մոտեցումը կարևոր մոտիվացիոն նշանակություն ունի:

Անհրաժեշտ է կիրառել մոտիվացիայի խթանման տարբեր մեխանիզմներ, որոնք ոչ միայն պետք է լրացնեն միմյանց, այլ մշակվեն և իրականացվեն որպես համալիր փոխկապակցված միջոցառումներ: Առանձին միջոցառումների մեկուսացված կիրառումը քիչ արդյունավետ է:

Մեր կողմից առաջարկվում է հիմնախնդրի լուծման համար անհրաժեշտ գործողություններ.

1) վարձատրման ընդհանուր մակարդակի բարձրացում,
2) բժշկի որակավորումից և աշխատանքի արդյունքից՝ ելնելով տարբերակված վարձատրման համակարգի մշակում,
3) հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման ստանդարտների համակարգի զարգացում,
4) բժշկի որակավորման այնպիսի համակարգի ներդրում, որը հնարավորություն կտա որակավորման մակարդակի հիմքում դնել բժշկի մասնագիտական ունակություններ և հմտություններ,
5) մշակել բժշկի մասնագիտական զարգացման մարզային ծրագրեր,

3.6 Բժշկի աշխատանքի վարձատրման վրա ազդող հիմնական գործոնների ազդեցության հավանական գնահատման մոդելի կառուցում

Մասնագիտական գործունեության արդյունավետության ապահովման գործընթացում կարևորվում է աշխատանքի նկատմամբ բժշկի մոտիվացիայի բարձրացումը [134]: Աշխատանքի

վարձատրման մեխանիզմի վրա ազդող գործոնների հավանական գնահատման համար մեր կողմից որպես գործիք ընտրվել է պանելային վերլուծության մեթոդը: Այն հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմի վրա փոփոխականների ավելի մաքուր ազդեցությունը:

Աշխատանքը բաղկացած է երկու մասից: Առաջին մասով ենթադրվում է կառուցել մոդել, որը հնարավորություն կտա գնահատել մոդելի կախվածությունը «բժշկի վարձատրման միջին չափի» վրա ազդող գործոններից: Աշխատանքի երկրորդ մասով որպես կախյալ փոփոխական հանդես է գալիս «անձնակազմի մոտիվացիայի բարձրացման» հավանականությունը:

Առաջին մոդելի կառուցման հիմքում ընկած է հետևյալ հիպոթեզը.

1. Բուժհաստատությունում վարձատրման նոր մոտեցումների ներդրումը նպաստում է բժիշկների միջին աշխատավարձի բարձրացում
2. Բժիշկների աշխատավարձի կախվածություն իրենց աշխատանքային ներդրումից,աշխատանքի ծավալից, այսինքն աշխատավարձի անմիջական կապ աշխատանքի արդյունքից դրական է ազդում միջին աշխատավարձի բարձրացման հավանականության վրա: Դիտարկվում է նաև բուժհաստատության և բաժանմունքի գործունեության արդյունքների հավանական ազդեցություն կախյալ փոփոխականից:
3. Բուժհաստատության գործունեությունը և բնութագրիչները (ֆինանսավորման աղբյուրներ, կադրերով ապահովվածություն, բաշխում և որակավորում) ազդում է կախյալ փոփոխականի վրա:
4. Բուժհաստատության տիպը ազդում է կախյալ փոփոխականի վրա:

Մոդելի կառուցման համար ընտրված փոփոխականները գնահատվել են հետևյալ կերպ՝

WAGE – ընդունում է 1 միավոր արժեք, եթե մոդելի կառուցվածքում «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա ունի դրական ազդեցություն:

CONTRIBUTION (Աշխատանքային ներդրում) - եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է անձնական աշխատանքային ներդրումից -1, եթե ոչ՝ 0:

QUALIFY (Բժշկի որակավորում) - եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է իրենց մասնագիտական որակավորումից -1, եթե ոչ՝ 0:

QUALITY - եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է իրենց կատարած աշխատանքի որակից -1, եթե ոչ՝ 0:

QUANTITY (Աշխատանքի ծավալ) - եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է իրենց կատարած աշխատանքի ծավալից -1, եթե ոչ՝ 0:

RES_D (Բաժանմունքի աշխատանքի որակ) եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է բուժհաստատության գործունեության վերջնական արդյունքից -1, եթե ոչ՝ 0:

RES_MC (Բուժհաստատության աշխատանքի որակ) եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է այդ ցուցանիշից -1, եթե ոչ՝ 0:

WAGE_HEALTH – եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է առողջապահության ոլորտում սահմանված միջին ամսական աշխատավարձի չափից -1, եթե ոչ՝ 0:,

TYPE (Բուժհաստատության տեսակ) եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է բուժհաստատության տեսակից՝ 1 - մարզային հիվանդանոց, 2 - քաղաքային հիվանդանոց, 3

- քաղաքային պոլիկլինիկա, 4 – առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն,

NSWP1 (Վարձատրման նոր համակարգ) եթե հարցվածները պնդում են, որ աշխատավարձի չափը կախված է բուժհաստատությունում վարձատրման նոր համակարգի ներդրման հնարավորությունից՝ կա-1,եթե չկա՝ 0:

Նշված ռեգրեսորների ազդեցության վերլուծությունը կախյալ փոփոխականի վրա (WAGE) կատարվել է բինար մոդելի օգնությամբ:

Վերլուծության առաջին փուլում կառուցվել է կորելացիոն աղյուսակ (աղ.38):

Արձանագրվել է ուժեղ կապ փոփոխականների միջև:

Աղյուսակ 38.

Մոդելի կառուցման մեջ ընդգրկված փոփոխականների կորելացիոն ցանցի կառուցում

	«Միջին աշխատավարձի փոփոխական ավելացում»	Աշխատանքային ներդրում	Բժշկի որակավորում	Աշխատանքի որակ	Աշխատանքի ծավալ	Բուժհաստատության տեսակ	Վարձատրման նոր համակարգ	Բաժանմունքի աշխատանքի որակ	Բուժհաստատության աշխատանքի որակ
Աշխատավարձի միջին չափի ավելացում	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Աշխատանքային ներդրում	0,09**	0,9	0	0	0	0	0	0	0
Բժշկի որակավորում	-0,05	0,2***	0,9	0	0	0	0	0	0
Աշխատանքի որակ	0,07**	0,4**	0,1**	0,9	0	0	0	0	0
Աշխատանքի ծավալ	-0,02**	0,4**	0,2**	0,4**	0,9	0	0	0	0
Բուժհաստատության տեսակ	-0,04	0,06**	0,08**	0,06**	0,09**	0,9	0	0	0
Վարձատրման նոր համակարգ	0,2**	-0,04	-0,06	-0,01	-0,08**	-0,1**	0,9	0	0
Բաժանմունքի աշխատանքի որակ	0,05	0,3**	0,04	0,4**	0,3**	0,02	0,04	0,9	0
Բուժհաստատության աշխատանքի որակ	0,05	0,3**	0,07**	0,3**	0,2**	0,09**	0,1*	0,6*	0,9

*** P<0,01, **P<0,05, *P<0,1

Արձանագրվել է ուժեղ կորելացիոն կապ «բուժհաստատության գործունեության արդյունքներ» և «բաժանմունքի գործունեության

արդյունքներ» փոփոխականների միջև: Այդ պատճառով հետագա ռեգրեսիոն վերլուծության ժամանակ չեզոքացրել ենք «բուժհաստատության գործունեության արդյունքներ» փոփոխականը:

Աղյուսակ 39-ում ներկայացված է բինար մոդելի կառուցման արդյունքները: Ստացված մոդելը ընդհանուր առմամբ ունեցել է նշանակություն, սակայն մի շարք փոփոխականների ազդեցությունը եղել է ոչ էական:

Աղյուսակ 39.

Բինար մոդել, գործոնների ազդեցությունը «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա

	Աշխատավարձի միջին չափի ավելացում	
Փոփոխականներ	Գործակից	m
Աշխատանքային ներդորում	0,4**	0,1
Մասնագիտական որակավորում	-0,5*	0,3
Աշխատանքի որակ	0,3*	0,2
Աշխատանքի ծավալ	-0,3*	0,2
Բուժհաստատության տեսակ	0,04	0,047
Վարձատրման նոր համակարգ	0,04	0,04
Բաժանմունքի աշխատանքի արդյունք	0,4***	0,09
Բաժանմունքի աշխատանքի արդյունք	0,1	0,1
*** P<0,01, **P<0,05, *P<0,1 R^2=0.08. F= 68.7 (P=0.001)		

Յետագա քայլերում չեզոքացնելով հետևյալ գործոնները՝ բուժհաստատության տեսակ, կատարված աշխատանքի ծավալ, ստացվել է վերջնական մոդել (աղ.40):

Աղյուսակ 40.

«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա գործոնների ազդեցության գնահատման բինար մոդելի կառուցում

	«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում»	
Փոփոխականներ	Գործակից (սահմանային արդյունք)	m

Աշխատանքային ներդրում	0.1**	0.01
Աշխատանքի որակ	0.09*	0.03
Բժշկի որակավորում	-0.2*	0.09
Վարձատրման նոր համակարգ	0,1***	0.02
*** $P<0,01$, **$P<0,05$, *$P<0,1$, $R^2=0.04$. $F= 60.07$ ($P=0.001$)		

Մոդելի առանձնահատկությունը կարելի է ներկայացնել հետևյալ կերպ.

$$P(WAGE) = C(0) + C(1)CONTRIBUTION + C(2)QUALITY + C(3)QUALITY + C(4)NSWP1 + \varepsilon$$

որտեղ՝ C(0)-հաստատուն արժեք է,

C(1-4)-գործոններ,

ε-պատահական սխալն է:

Բոլոր փոփոխականներն ունեցել են 5% սահմաններում նշանակություն, իսկ բժշկի մասնագիտական որակավորումը և կատարած աշխատանքի որակը՝ 10%:

Այսպիսով, վերլուծության արդյունքում հիմնավորվել է, որ վարձատրման նոր համակարգի ներդրում գործոնը դրական ազդեցություն է ունեցել «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա: Հիմնավորվել է նաև, որ փոփոխականը դրական ազդեցություն է ունեցել «բուժօգնության որակ», «արդյունավետության բարելավում», «աշխատանքի ծավալ ավելացում» գործոնների վրա: Ինչ վերաբերում է «բժշկի որակավորում» գործոնի գործակցի արժեքին, անհրաժեշտ է նշել, որ գործակցի բացասական արժեքը վկայում է, որ անարդյունավետ կլինի վարձատրման համակարգում կիրառել բժշկի որակավորման մակարդակ փոփոխականը:

Վարձատրման նոր համակարգի ներդրումը բուժհաստատությունում և հավանականությունը, որ այն կբերի աշխատավարձի բարձրացման կազմել է 14,1%: Բժշկի աշխատանքի վարձատրման կախվածությունը ծառայությունների ծավալից և

որակից նպաստում է աշխատավարձի հավանական բարձրացում, համապատասխանաբար, 11,7% և 9,5%-ով, իսկ կախվածությունը բժշկի որակավորումից՝ կնվազեցնի 19,1%-ով:

Այսպիսով, եթե բուժհաստատությունը բժշկի աշխատանքի վարձատրման հիմքում ընդունի աշխատանքի անմիջական արդյունքը,ապա հավանական աշխատավարձի չափը միտում կունենա բարձրանալու:

Նշանակություն չունեցող փոփոխականների քայլային բացառումը հնարավորություն է տվել կառուցել մոդել (աղ.41)

Աղյուսակ 41.

«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա գործոնների ազդեցության գնահատման բինար մոդելի կառուցում նշանակություն չունեցող փոփոխականները բացառելուց հետո

Փոփոխականներ	«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում»	
	Գործակից (սահմանային արդյունք)	m
Աշխատանքային ներդրում	0.1***	0.03
Աշխատանքի որակ	0.1**	0.05
Բժշկի որակավորում	-0.2*	0.09
Աշխատանքի ծավալ	-0,2*	0,07
Վարձատրման նոր համակարգ	0,04***	0.02
*** P<0,01, **P<0,05, *P<0,1, R^2=0.04. F= 65.07 (P=0.001)		

Բժշկի աշխատավարձի կախվածությունը կատարված աշխատանքի ծավալից և բժշկի որակավորումից կապը եղել է բացասական և այդ գործոնները նվազեցնում են «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի նշանակությունը, համապատասխանաբար 12,5% և 17,9%-ով:

Վերլուծության հաջորդ փուլում քննարկվել է «Անձնակազմի մոտիվացիա» փոփոխականի վրա նույն գործոնների ազդեցությունը: Յիպոթեզի մշակման հիմքում դրվել է նույն մոտեցումը, ինչ առաջին մոդելի կառուցման ժամանակ է եղել: Աղյուսակ 42-ում ներկայացված է կորելացիոն վերլուծության արդյունքները: Այսպես, կախյալ փոփոխականից մի շարք ռեգրեսիաների միջև կապը եղել է ոչ նշանակալից, որոնց մոդելի կառուցման հաջորդ փուլում չեզոքացրել ենք:

Աղյուսակ 42.

«Մոտիվացիայի բարձրացում» փոփոխականի վրա ազդող գործոնների կորելացիոն ցանցի կառուցում

	Մոտիվացիայի բարձրացում	Միջին աշխատավարձի բարձրացում	Աշխատանքային ներդրում	Որակավորում	Աշխատանքի որակ	Աշխատանքի ծավալ	Բուժհաստատության տիպ	Վարձատրման նոր մոտեցումներ	Բաժանմունքի աշխատանքի արդյունք
Մոտիվացիայի բարձրացում	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Միջին աշխատավարձի բարձրացում	0,03**	0,9	0	0	0	0	0	0	0

Աղյուսակ 42-ի շարունակությունը

Աշխատանքային ներդրում	-0,2	0,09**	0,9	0	0	0	0	0	0
Որակավորում	0,03	-0,05	0,2***	0,9	0	0	0	0	0
Աշխատանքի որակ	-0,01	0,07**	0,5***	0,1**	0,9	0	0	0	0
Աշխատանքի ծավալ	0,01	-0,02	0,4***	0,2**	0,4**	0,9	0	0	0
Բուժհաստատության տիպ	-0,2**	-0,02**	0,05**	0,07**	0,06**	0,09***	0,9	0	0
Վարձատրման նոր մոտեցումներ	-0,2***	0,2***	-0,04	-0,06*	-0,02	-0,09***	-0,1***	0,9	0
Բաժանմունքի աշխատանքի արդյունք	0,02	0,05	0,3***	0,05	0,4***	0,3***	0,02*	-0,04	0,9

Ամբողջության մեջ մոդելը ունեցել է նշանակություն, սակայն էական նշանակություն չունեցող փոփոխականներից ազատվելով կառուցվել է հետևյալ մոդելը

$$P(MOTIV) = C(0) + C(1)NSWP1 + C(2)QUANTITY + C(3)QUALIFY + \varepsilon$$

Որտեղ Ch աստատուն անդամ, εպատահական սխալը:

Աղյուսակ 43.

«Անձնակազմի մոտիվացիայի բարձրացում» փոփոխականի վրա գործոնների ազդեցության գնահատման բինար մոդելի կառուցում նշանակություն չունեցող գործոնները բացառելուց հետո

Գործոններ	««Անձնակազմի մոտիվացիայի բարձրացում»»

	Գործակից (սահմանային արդյունք)	m
Աշխատանքային ներդրում	-0,08	0,2
Բժշկի որակավորում	0,2	0,3
Աշխատանքի որակ	0,23	0,2
Աշխատանքի ծավալ	0,2	0,2
Բուժհաստատության տիպ	0,2***	0,06
Վարձատրման նոր համակարգ	0,09***	0,04
Բաժանմունքի աշխատանքի արդյունք	0,04	0,1
*** P<0,01, **P<0,05, *P<0,1 R^2=0.07. F= 57.02 (P=0.001)		

Ստացված արդյունքները փաստում են, որ մոդելների հիմքում ընկած փոփոխականների վրա ազդող գործոնները ունեն առանձնահատկություններ:

Այսպես, վարձատրման նոր համակարգի հավանական ազդեցությունը բերում է մոտիվացիայի 7,1%-ի նվազման: Այս փոփոխականի վրա էական ազդեցություն է ունեցել նաև բուժհաստատության տեսակը: Այսպես, օրինակ հիվանդանոցային օղակում ցուցանիշը կազմել է 9,7%, որի բացատրությունը հետևյալն է՝ ավելանում է պատասխանատվությունը, որը բացասական ազդեցություն է ունենում մոտիվացիայի վրա (աղ.43):

Այսպիսով, բժիշկների վարձատրման նոր համակարգի ներդրումը իդեալական պայմաններում ակնկալում է աշխատավարձի կախվածություն անհատական աշխատանքային ներդրումից, մատուցած ծառայությունների որակից և մոտիվացիայից:

Հետազոտության հաջորդ փուլում, որպեսզի հիմնավորվի փոփոխականների մաքուր ազդեցությունը բժիշկների աշխատանքի վարձատրման մոդելի վրա, մենք հաշվի ենք առել անհատական էֆեկտներ ապահովող գործոններ: Որպես գործիք կի-րառվել է պանելային վերլուծության մեթոդը, որը հնարավորություն է տալիս գնահատել հարցվածների անհատական հատկանիշների

ազդեցությունը ուսումնասիրվող փոփոխականի վրա [139]:

Ռեգրեսիոն հավասարում կազմելու համար հիմք է ընդունվել Դժեյկոբա-Մինցերի հավասարումը: Առաջարկվել է կառուցել մոդել, որը կգնահատի աշխատավարձի կախվածությունը կրթական մակարդակից և աշխատանքային ստաժից:

$$L_nW = \alpha + \rho S + \beta_1 x + \beta_2 x^2 + \varepsilon$$ որտեղ

L_nW-աշխատավարձի փոփոխության չափ, S-կրթական մակարդակ,

x-աշխատանքային փորձ,

ρ-յուրաքանչյուր մասնագիտության համար սահմանված աշխատավարձի չափ,

ε-պատահական սխալ, α՝ հաստատուն, $\beta_{1,2}$ փոփոխականներ:

Հետագա աշխատություններում Մինցերը օգտագործել է այլ հավասարումներ, որում ընդգրկվել են լրացուցիչ գործոններ՝ սեռ, ընտանեկան պայմանների, բնակության վայր, աշխատանքային ստաժ և այլն:

$$L_nW = c + \beta_1 SEX + \beta_2 PROFHOURS + \beta_3 QCHILD + \beta_4 AGE + \beta_5 EXPERIENCE + \beta_6 DIPLOMA + \beta_7 ASPIRANT + \beta_8 MARRIAGE + \beta_9 HOURS + \beta_{10} SUBBOARD + \beta_{11} GDP + \beta_{12} PLACE + \varepsilon$$

Որտեղ՝ β_1 - սեռն է, տղամարդ՝ 1, կին՝ 0, β_2 - մասնագիտացման ԾՄՁ՝ կա 1, չկա՝ 2,

β_3 - ընտանիքում երեխաների թիվը, β_4 -տարիքը, β_5 - աշխատանքային ստաժը,

β_6 -դիպլոմ, եթե կա՝ 1, չկա՝ 0, β_7 -ասպիրանտուրա, եթե կա՝ 1, չկա՝ 0, β_8 -ընտանեկան կարգավիճակ, ամուսնացած՝ 1, ամուսնացած չէ՝ 0, β_9-աշխատաժամ, β_{10} -ենթակաների առկայություն, եթե այո՝ 1, ոչ՝ 0, β_{11}-ՀՆԱ, β_{12}-բնակավայր, քաղաք՝ 1, գյուղ՝ 0:

Հետազոտության առաջին փուլում կատարվել է կորելյացիոն վերլուծություն ինչպես փոփոխականի վրա ռիսկի գործոնների վերլուծության, այնպես էլ ռիսկի գործոնների

միմյանց միջև փոխազդեցության կախվածության գնահատման:

Հետազոտության առաջին փուլում կոռելացիոն վերլուծության արդյունքում գնահատվել է ինչպես գործոնի և փոփոխականների, այնպես էլ փոփոխականների միջև առկա կապը: Տվյալներից կարելի է փաստել, որ առկա է ուժեղ կապ բժիշկների տարիքի և աշխատանքային ստաժի, ընտանեկան վիճակի և երեխաների թվաքանակի միջև, որը փաստում է գործակիցների ոչ նշանակալից ազդեցության մասին:

Պարզվել է, որ կապակցված փոփոխականների տատանումները կազմել է 47,0%, որը վկայում է այն մասին, որ գործոնը փոփոխվում է (աղ.44): Սակայն կան փոփոխականներ, որը փաստում է այն մասին, որ ընդգրկված գործոնները փոփոխվող են և կան փոփոխականներ, որոնց ազդեցության գործակիցը էական չէ, օրինակ՝ սեռ, բուժհաստատության տեսակ:

Աղյուսակ 44.

«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա գործոնների հավանական ազդեցության գնահատումը ռեգրեսիայի գործակցի օգնությամբ

Գործոններ	«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում»	
	գործակից	σ
Սեռ	0,1	0,08
Մասնագիտացում	-0,05	0,06
Երեխաների թիվ	-0,09**	0,04
Տարիք	0,09***	0,03
Աշխատանքային ստաժ	0,004	0,007
Մասնագիտական որակավորում	0,3**	0,06
Շարունակական մասնագիտական կրթում	0,27**	0,2
Ընտանեկան կարգավիճակ	0,08*	0,06
Աշխատաժամ	0,002***	0,0005
Ենթակաների թիվ	0,07**	0,05
ՀՆԱ	0,005***	0,001
Բնակավայր	-0,009	0,02
2015թ.	0,273***	0,06
2016թ.	0,512***	0,06
*** $p<0,01$, ** $p<0,05$, * $p<0,1$ $R^2=0.47$. F= 22.35 (P=0.001)		

Հետագայում քննարկել ենք ֆիքսված անհատական հատկանիշների ազդեցությունը մոդելի վրա (աղ.45):

Ընդհանուր առմամբ այն նշանակալից է և աշխատավարձի աճի փոփոխության ակնկալում է 59,1%: Մոդելի կառուցվածքի մեջ մտնող մի խումբ հատանիշներ էական նշանակություն չեն ունեցել, բացառություն են կազմել մասնագիտական որակավորում, երեխաների թիվ և աշխատաժամ փոփոխականները:

Աղյուսակ 45.

«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա գործոնների հավանական ազդեցության գնահատման մոդելի կառուցում հաշվի առնելով անհատական էֆեկտները

Գործոններ	«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում»	
	Գործակից	σ
Ծարունակական մասնագիտական զարգացում	0,08*	0,04
Երեխաների թիվ	-0,41**	0,18
Տարիք	0,22	0,341
Աշխատանքային ստաժ	0,004	0,007
Որակավորման առկայություն	0,231	0,002
Գիտական աստիճան	0,21	0,21
Ընտանեկան կարգավիճակ	0,085	0,31
Աշխատաժամանակ	0,002***	0,11
Ենթակաների թիվ	0,05	0,041
ՀՆԱ	-0,032	0,008
Բնակավայր	0,032	0,031
2015թ.	0,211	0,31
2016թ.	0,27	0,71
*** $p<0,01$, ** $p<0,05$, * $p<0,1$, $R^2=0,61$, $F= 23,2$, $P< 0.001$		

Վերլուծության հաջորդ փուլում կառուցել ենք մոդել պատահական անհատական էֆեկտ ձևավորող գործոնների ազդեցության աստիճանը գնահատելու համար: Այս մոդելը տարբերվել է նախորդից: Էական ազդեցություն են ունեցել ռեսպոնդենտների տարիքը, ընտանիքում երեխաների թիվը, բժշկի մասնագիտական որակավորումը, ընտանեկան միջավայրը,աշխատաժամը, ՀՆԱ-ն (աղ.45):

Որպեսզի ընտրվի հարմար մոդել անհրաժեշտ է մի շարք տնտեսական թեստեր անցկացնել: Ընտրվել է վերջնական մոդել, որի արդյունքում $X^2= 211,2$, $P< 0.001$:

Վերջնական մոդելում յուրաքանչյուր քայլով բացառելով նշանակություն չունեցող գործոնները, ստացվել է հավանական հնարավոր ազդեցություն ունեցող գործոնների սանդղակ (աղ. 46):

Աղյուսակ 45.

«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա գործոնների հավանական ազդեցության աստիճանի գնահատման մոդելի կառուցում պատահական անհատական էֆեկտառաջացնող գործոնների օգնությամբ

Գործոններ	«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում»	
	գործակից	σ
Սեռ	0,1	0,1
Ծարունակական մասնագիտական զարգացում	0.04	0.04
Երեխաների թիվ	-0.1***	0.004
Տարիք	0,1***	0.004
Աշխատանքային ստաժ	0,005	0,005
Որակավորման առկայություն	0,3***	0,08
Գիտական աստիճան	0,2*	0,1
Ընտանեկան կարգավիճակ	0,1*	0,06
Աշխատաժամանակ	0,002***	0,0003
Ենթակաների թիվ	0,06	0,03
ՀՆԱ	0,004***	0,001
Բնակավայր	-0,02	0,03
*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1, R^2 =0,52, X^2= 371,2, P< 0.001		

Աղյուսակ 46.

«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա գործոնների հավանական ազդեցության աստիճանի գնահատման մոդելի կառուցում պատահական անհատական էֆեկտառաջացնող ցուցանիշներից նշանակություն չունեցող գործոնները չեզոքացնելուց հետո

Գործոններ	«Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում»	
	գործակից	σ
Երեխաների թիվ	-0,13***	0,04
Տարիք	0,227	0,04
Աշխատանքային ստաժ	0,279***	0,002
Գիտական աստիճան	0,197**	0,08
Ընտանեկան կարգավիճակ	0,12*	0,12
Աշխատաժամանակ	0,002	0,06
ՀՆԱ	0,041**	0,004
2015թ.	0,312***	0,002
2016թ.	0,512***	0,04
*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1, R^2 =0,6 X^2= 321,7, P< 0.001		

Վերջնական մոդելում յուրաքանչյուր քայլով բացառելով նշանակություն չունեցող գործոնները, ստացվել է հավանական հնարավոր ազդեցություն ունեցող գործոնների սանդղակ:

Այսպես, R^2 =0,6, որը խոսում է հիմնական փոփոխականի վրա մոդելում ընդգրկված գործոնների ազդեցության բարձր աստիճանի մասին: Գործոններից առավել մեծ չափաբաժին ընկել է բժշկի որակավորման մակարդակ գործոնին (27,9%): Սակայն անհրաժեշտ է նշել, որ լրացուցիչ աշխատաժամը աշխատավարձի հավանական բարձրացման մեջ ունեցել է 0,1% ազդեցություն: «Միջին աշխատավարձի չափի ավելացում» փոփոխականի վրա դրական ազդեցություն է ունեցել նաև բժշկի տարիքը, սակայն որքան շատ է ընտանիքում երեխաների թիվը այնքան դանդաղ է «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի աճի միտումները:

3.7.Բուժաշխատողների վերաբերմունքը տարբերակված վարձատրման համակարգի ներդրման վերաբերյալ

Հարցվածների 83,9%-ը դրական են գնահատել առողջապահական համակարգում վարձատրման տարբերակված սկզբունքի ներդրումը, բացասական՝ 2,1%-ը: Ցուցանիշը բարձր է եղել ստորաբաժանումների ղեկավարների մոտ (97,6%): Ըստ հարցվածների 82,2%-ի կարծիքի մոդելն ավելի դեմոկրատական է, 82,4%-ի կարծիքով այն ապահովում է կոլեկտիվում առողջ հոգեբանական մթնոլորտ: Հարցվածների 68,8%-ը նշել է, որ վարձատրման նոր մոտեցումների պայմաններում բարձրանում է կարգապահությունը, իսկ 21,8%-ի կարծիքով՝ այն չի ազդում կարգապահության վրա: Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 64,0%-ի կարծիքով տարբերակված վարձատրման համակարգի պայմաններում ավելանում է ժամանակի արդյունավետ օգտագործումը, 77,8%-ի կարծիքով՝

ավելանում է ֆիզիկական, իսկ 59,4%-ի՝ հոգեբանական ծանրաբեռնվածությունը:

Հարցվածների 82,8%-ը նշել է, որ տարբերակված վարձատրման համակարգը արդար մոտեցում է, 90,2%-ի կարծիքով այն ունի խթանիչ բնույթ: Սոցիոլոգիական հարցման արդյունքում պարզվել է, որ, ընդհանուր առմամբ, բուժաշխատողներն ունեն դրական վերաբերմունք վարձատրման նոր համակարգի ներդրման նկատմամբ, սակայն անհրաժեշտ է այն պարբերաբար կատարելագործել (51,3%), այն օբյեկտիվ է (89,7%), քանի որ հաշվի է առնվում աշխատանքի արդյունքը գնահատող ինչպես քանակական, այնպես էլ որակական ցուցանիշներ, խթանում է մասնագիտական գործունեության որակի և արդյունավետության բարելավում (81,7%):

Հարցմանը մասնակցած բժիշկների կարծիքով հիվանդանոցային բուժհաստատություններում տարբերակված վարձատրման մոդելի մշակման հիմնական խնդիրներն են.

1) Ապահովել բուժհաստատության կայուն գործունեություն, բժշկական ծառայությունների պահանջվող ծավալներ և որակ (92,8%):

2) Սոցիալական պաշտպանվածության մակարդակի բարձրացում (85,7%), կոլեկտիվում բարենպաստ հոգեբանական մթնոլորտի ապահովում (71,8%):

3) Պացիենտների բավարարվածության մակարդակի բարձրացում (57,4%):

4) Բուժհաստատության գործունեության սոցիալական (75,2%), բժշկական (68,7%) և տնտեսագիտական արդյունավետության բարձրացում (45,1%):

Բժիշկները առաջարկում են տարբերակված վարձատրման համակարգի ներդրման համար ստեղծել աշխատանքի վարձատրման և նյութական խրախուսման միասնական ֆոնդեր (91,7%):

Հարցվածների 87,9%-ի կարծիքով անհատական վարձատրման չափանիշները պետք է ունենան ինչպես քանակական, այնպես էլ որակական բնութագրիչներ, որոնք պետք է ունենան նաև բաժանմունքային առանձնահատկություններ:

Մեր կողմից առաջարկվում է խումբ ցուցանիշների և դրանց գնահատման չափանիշների ցանկ (հավելված 5,6,7,8,9):

Այսպիսով, անձի մասնագիտական գործունեության արդյունավետության բարձրացման ուղին ընկած է նրա մոտիվացիայի վրա: Իմանալով, թե ինչն է խթանում աշխատանքային գործունեությունը, կարելի է մշակել միջոցառումների համակարգ և կառավարման մեթոդներ: Բուժաշխատողների վարձատրման կատարելագործման համակարգի ներդրումը հնարավորություն կտա լուծել տարբերակված վարձատրման համակարգի օպտիմալացման հիմնախնդիրները:

Տարբերակված վարձատրման համակարգի արդյունավետության բարձրացումը պահանջում է կառավարման համակարգի կատարելագործում: Բուժաշխատողների վարձատրման համակարգը շատ երկրներում սերտկապված է բուժօգնության դիմաց վարձատրման համակարգի առանձնահատկությունների հետ: Խթանիչ բնույթի վարձատրումը պահանջում է համակարգում ներդնել արդյունավետությունը գնահատող չափանիշներ, որը հնարավորություն կտա նաև գնահատել ԲՕՈ և արդյունավետություն:

Բժշկի գործունեության արդյունավետության գնահատման ցուցանիշների և դրանց գնահատման չափանիշների ներդրումը պետք է նպատակ ունենա մոտիվացնել բժշկին բարձրացնելու իր հետաքրքրությունը աշխատանքի վերջնական

արդյունքի նկատմամբ, ուժեղացնել բուժհաստատությունում վարձատրման համակարգի թափանցիկությունը: Սակայն անհրաժեշտ է, որ մոտիվացիայի համակարգը լինի դինամիկ: Բուժհաստատության ղեկավարները ոչ միշտ են ճիշտ գնահատում կոնկրետ աշխատողի աշխատանքի արդյունքները: Կարևորվում է մշակել մեխանիզմներ, որոնք հնարավորություն կտան կազմակերպել հսկողություն աշխատանքի արդյունքի նկատմամբ: Լուրջ հիմնախնդիր է նաև բժշկի աշխատանքի ծավալի և որակի գնահատումը, ինչպես նաև արդյունքների ճիշտ դասակարգումը: Անհրաժեշտ է նշել, որ յուրաքանչյուր բժիշկ չունի կազմակերպության գործունեության ընդհանուր արդյունքի նկատմամբ հսկողության հնարավորություն և աշխատանքի արդյունքների գնահատման համապատասխան չափանիշների ընտրությունը լուրջ հիմնախնդիր է դառնում հատկապես բունուսային վարձատրման ժամանակ: Գնահատման յուրաքանչյուր չափանիշի համար անհրաժեշտ է մշակել կարգ, որի հիմքում պետք է լինի բժշկի աշխատանքի արդյունքը գնահատող չափելի պարզ ցուցանիշներ:

Գնահատման բարդ չափանիշների ընտրությունը հաճախ կարող է պատճառ դառնալ սուբյեկտիվ մոտեցման:

Բժիշկների աշխատանքի վարձատրման համակարգում բոնուսները բարձրացնող և իջեցնող գործակիցների բալերի հաշվարկի մոտեցում

Կարևորում ենք հստակեցնել ցուցանիշների և դրանց գնահատման չափանիշների բալերի քանակը, որի հիման վրա սահմանվելու է բոնուսի չափը: Այսպես, օրինակ՝ ստացիոնարի համար կիրառվել է հետևյալ ցուցանիշները՝ պետպատվերի կատա-

րողական, հիվանդանոցային ավարտուն դեպքերի թիվ, էպիկրիզի և հիվանդության պատմագրի վարման դեֆեկտների առկայություն, ԲՕՌ-ի հանձնաժողովային փորձաքննության արդյունքներ:

1) Բաժանմունքի մակարդակով մշակվում և հաստատվում է պետպատվերի պլանը, որոշվում է այդ չափանիշի արժեքը՝ 0,3 բալ: Պլանի կատարման դեպքում (100%) բաժանմունքն աշխատում է 0,3 բալ:
2) Հաշվարկվում է մահճակալի միջին տարեկան զբաղվածության ցուցանիշը: Այս ցուցանիշի արժեքը գնահատվում է 0,3 բալ:
3) Բժշկի կողմից փաստաթղթերի վարման թերությունների առկայության փորձագիտական գնահատում՝ եթե թերությունների <15% է, ապա տրվում է 0,2 բալ:
4) Հանձնաժողովի արձանագրերում թերություններ ունեցող հիվանդության պատմագրերի սահմանային թույլատրելի տեսակարար կշիռը 5%: Եթե ցուցանիշը <5%, ապա՝ ավելացվում է 0,3 բալ:
5) Գրավոր և բանավոր հիմնավորված բողոքների առկայության դեպքում հանվում է 0,15 բալ:

1) Չափելի բարդությունների (բուժման և ախտորոշման) առկայության դեպքում հանվում է 0,2 բալ:
2) ՊԱԳ-ի կողմից դեֆեկտների գրանցման դեպքում հանվում է 1,5 բալ:
3) Չհիմնավորված կրկնակի հոսպիտալիզացիայի դեպքում հանվում է 0,5 բալ:
4) Կլինիկական և պաթանատոմիական ախտորոշումների չհամընկման դեպքում հանվում է 0,2 բալ:

Յուրաքանչյուր բժշկի աշխատանքային գործունեության գնահատման ցուցանիշների ընտրության ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել

աշխատանքի արդյունքը, ծավալը, արդյունավետությունը և որակը:

Այսպես, օրինակ ստացիոնարի վիրաբուժական բաժանմունքի բժշկի աշխատանքային գործունեության գնահատման համար առաջարկվում է 12 ցուցանիշ և դրանց գնահատման չափանիշներ (աղ.47)

Աղյուսակ 47.

Ստացիոնարի վիրաբուժական բաժանմունքի վարիչի գործունեության գնահատման ցուցանիշները

	Գործունեության գնահատման ցուցանիշներ	Ցուցանիշի գնահատման չափանիշ %
1.	Մահճակալային ֆոնդի աշխատանք	5
2.	Բուժման միջին տևողություն	5
3.	Կլինիկական և պաթանատոմիական ախտորոշումների տարբերություն	15
4.	Գրավոր նկատողություններ	10
5.	Պացիենտների կողմից հիմնավորված գրավոր և բանավոր բողոքներ	10
6.	Վիրաբուժական ակտիվություն	10
7.	Բաժանմունքում բուժված հիվանդների համար տուգանք	9
8.	Հետվիրահատական բարդություններ և ներհիվանդանոցային վարակ	8
9.	Բժշկական ծառայությունների վճարումների անհամապատասխանություն, բժշկական ծառայությունների կրկնություն	10 %
10.	Ավարտուն դեպքերի դեֆեկտներ	10
11.	Բարդություններ, որոնք առաջացել են բուժման ժամանակ	10
	Ընդամենը	100 %

3.8 Գրեյդինգի մեթոդի կիրառում որպես բազմապրոֆիլ բուժհաստատության անձնակազմի կառավարման գործիք

Կիրառվել է գրեյդինգի հետևյալ ալգորիթմը.

1. Բժիշկների մասնագիտական գործունեության դասակարգման գործոնների սահմանում և դրանց կշռի գնահատում: Գործոնները պետք է համընկնեն յուրաքանչյուր պաշտոնի բնութագրիչներին: Այդ բնութագրիչների դրսևորումները բուժհաստատության նպատակի, գործունեության, վերջնական արդյունքի վրա ունենին իրենց ազդեցության «կշիռը»:

Հետազոտության շրջանակներում առանձնացրել ենք հետևյալ գործոնները՝ գիտելիք (կրթություն, բազմագիտակություն), ունակություն և հմտություն (հատուկ կրթություն, փորձ, որակավորման բարձրացում), ջանքեր (աշխատունակություն, նախաձեռնություն, պատասխանատվություն), աշխատանքի պայմաններ:

Վերլուծելով այս բոլոր գործոնները և ելնելով դրանց ռազմավարական նշանակությունից, փորձագիտական խումբը բալերով գնահատել է այդ գործոնների ռեյտինգը: Կա գործոնների ռեյտինգի ձևավորման 2 մոտեցում.

- ✓ առաջինի դեպքում բոլոր գործոնների գումարային բալը տրվում է իսկզբանե:Այն կարող է լինել կից օրինակ աշխատանքի վարձատրման ընդհանուր ֆոնդին 1500 պայմանական միավոր (աղ.48): Գործոնների ռեյտինգին համապատասխան այդ գումա-րը բաշխվում է՝ ելնելով դրանց գերակայությունից:
- ✓ Երկրորդ մոտեցում՝ յուրաքանչյուր գործոնին տրվում է որոշակի քանակությամբ բալ, որը գնահատում է գործոնի ռազմավարական կշիռը:

Աղյուսակ 48.

Գործոնների միջև բալերի բաշխում ըստ գրեյդի մեթոդի

Գործոն	«Գործոնի կշիռ»	
	Մոտեցում 1	Մոտեցում 2
Գիտելիք և ունակություն	650	250
Ջանքեր	300	70
Պատասխանատվություն	350	130
Աշխատանքի պայմաններ	200	50
Ընդամենը	1500	500

2.Յուրաքանչյուր գործոնի համար սահմանվում է ենթագործոնների քանակ և տրվում է դրանց նկարագիրը

Ենթագործոնները իրենց կառուցվածքում պարունակում են հստակեցնող կամ ճշգրտող էլեմենտներ: Փորձագիտական խումբը բալերով գնահատել է յուրաքանչյուր ենթագործոն (աղ.49): Արդյունքում ձևավորվում է ենթագործոնների սանդղակ: Բալերի բաշխումը կատարվել է Դելֆի մեթոդով (քննարկում փորձագետների խմբում):

Աղյուսակ 49.

Բալերի բաշխումը գործոնների միջև

Գործոն	Գործոնի կշիռը
Գիտելիք և ունակություն, այդ թվում	**650**
Հատուկ գիտելիքներ	250
Մասնագիտական հմտություններ	300
Աշխատանքային փորձ	100
Ջանքեր	**300**
Մտավոր ջանքեր	200
Նախաձեռնություն	70
Ֆիզիկական ջանքեր	30
Պատասխանատվություն	**350**
Պացիենտի կյանքի և առողջության	200
Սարքավորումների օգտագործման	100
Ֆինանսական միջոցների օգտագործման	30
Կազմակերպության քաղաքականության վրա ազդեցության	20
Աշխատանքի պայմաններ	**200**
Կոլեկտիվում բարոյահոգեբանական մթնոլորտ	120
Աշխատանքի պայմաններ	50
Մասնագիտական վնասակարության առկայություն	30
Ընդհանուր գումարային բալ	**1500**

3. Ենթագործոնների կշռի և գրեյդերի գնահատում գրեյդի աղյուսակի օգնությամբ (աղ.50, 51):

Աղյուսակ 50.

Ենթագործոնների բաշխումը, ըստ գրեյդի

Ենթագործոնների սանդղակ	Գրեյդեր			
	I	II	III	IV
Ազդեցություն բուժհաստատության քաղաքականության վրա	20	40	60	110
Աշխատանքային փորձ	105	210	315	620
Հատուկ գիտելիքներ	45	120	125	210
Մտավոր ջանքեր	65	120	180	260
Նախաձեռնող	20	50	75	100
Ֆիզիկական ջանքեր	10	30	40	90
Աշխատանքի պայմաններ	50,5	105	147,5	110
Ընդհանուր բալ	347,5	675	1002,5	1500

Աղյուսակ 51.

Ենթագործոնների նկարագիրը ըստ գրեյդերի

Ենթագործոն	Գրեյդերը			
	I	II	III	IV
Բուժհաստատության քաղաքականության վրա աշխատանքի ազդեցության աստիճան	Չի ազդում քաղաքականության վրա	Գործելակարգերի, կարգերի փոփոխության առաջարկներ	Ազդեցությունը արտահայտվում է կառուցվածքային ֆունկցիոնալ ստորաբաժանման հետաքրքրությունները	Աշխատակիցների մեծ խմբի համար որոշում է կազմակերպչական քաղաքականությունը

			ներկայացնելու ձևով	
Աշխատանքային փորձ	Մինչև 2 տարի	2-5 տարի	5-10 տարի	10 և ավելի տարի
Հատուկ գիտելիքներ	Պահանջում է բուժախտորոշիչ գործընթացի ալգորիթմի գիտելիքներ	Պահանջվում է նեղ մասնագիտացված գիտելիքներ, բուժման, ախտորոշման սկզբունքների և մեթոդների տիրապետում	Պահանջվում է խորը գիտելիքներ իր աշխատանքի առանձնահատկությունների վերաբերյալ	Պահանջվում է հատուկ գիտելիքներ ժամանակակից ախտորոշման, բուժման ստորաբաժանման և ԲՀ աշխատանքի օպտիմալացման ուղիների վերաբերյալ:
Մտավոր ջանքեր	Ոչ բարդ կրկնվող խնդիրների և մանիպուլյացիաների ալգորիթմի իմացություն	Որակյալ աշխատանք կատարելու համար տվյալների վերլուծության գործընթաց	Պահանջվում է վերլուծել տվյալներ, ընդունել որոշումներ ստորաբաժանման մակարդակում: Հնարավոր է որպես փորձագետ ընդգրկվի ԲՀ որոշումներկայացնելու գործընթացում:	Պահանջվում է բարձր մակարդակի վերլուծական ունակություններ, ստեղծագործական միտք:

Աղյուսակ 51-ի շարունակությունը

Նախաձեռնություն	Աշխատանքը չի պահանջում նախաձեռնություն	Նախաձեռնության դրսևորում, որը ակնկալում է աշխատանքի փոփոխություն	Նախաձեռնության առաջարկում, որը ազդում է ստորաբաժանման աշխատանքի վրա	Նախաձեռնության դրսևորում, որը արմատապես ազդում է բուժհաստատության աշխատանքի վրա
Ֆիզիկական ջանքեր	Նվազագույն ֆիզիկական աշխատանք:	Աշխատանքի մեծ մասը անցկացնում են ակտիվ:	Մշտական միջին ծանրաբեռնվածության աշխատանք:	Մշտական ծանր ֆիզիկական աշխատանք:
Աշխատանքի պայմաններ	Բարենպաստ, մաքուր, տաք պայմաններ:	Հազվադեպ գործուղումներ:	Սիստեմատիկ գործուղումներ, մշտական շարժ:	Աշխատանքը ոչ բավարար լուսավորություն և ջեռուցում ունեցող շենքային պայմաններում:

Գրեյդերի քանակը որոշել են փորձագիտական խմբի մեջ ընդգրկված փորձագետները:

4. Որոշվել է յուրաքանչյուր մասնագիտական խմբի համար գրեյդերի քանակը (աղ.52):
5. Յուրաքանչյուր մասնագիտական խմբի դիրքի արժեքը որոշվել է կախված հավաքած բալերից (point):

Աղյուսակ 52.

Գրեյդերի բաշխումը ըստ մասնագիտական խմբերի գործառույթների

Մասնագիտական խումբ	ԲՀ քաղաքականության վրա ազդեցություն	Աշխատավարձ	Հատուկ գիտելիքներ	Մտավոր ջանքեր	Նախաձեռնող	Ֆիզիկական ջանքեր	Աշխատանքի պայմաններ
Բուժհաստատության տնօրեն	5	5	5	5	5	2	3
Բուժհաստատության փոխտնօրեն բուժական գծով	4	4	4	4	3	2	2
Բուժհաստատության փոխտնօրեն ֆինանսատնտեսական գծով	4	4	4	4	3	2	2
Բուժհաստատության փոխտնօրեն վարչա-տնտեսական գծով	3	3	3	3	3	3	1
Մարդկային ռեսուրսների կառավարման բաժին	4	4	4	4	3	1	2
Ավագ բուժքույր	3	3	2	2	2	2	2

Ախտորոշիչ պրոֆիլի բաժանմունքի ղեկավար	2	3	5	5	5	1	2
Բուժական պրոֆիլի բաժանմունքի ղեկավար	2	3	5	5	5	3	2
Թերապևտիկ պրոֆիլի բժիշկ	2	3	4	4	4	3	2
Վիրաբուժական պրոֆիլի բժիշկ	2	3	4	4	4	3	2
Բուժքույր	1	1	2	2	2	4	4

Ցուցանիշը հաշվարկվել է՝ որպես ենթագործոնի «կշիռը» բազմապատկելով գրեյդերով: Դրանից հետո գրեյդի փոխարեն դրվում է համապատասխան բալ ըստ ենթագործոնների սանդղակի:

6.Խմբերում դիրքերի դասակարգում:

Ստացված վերլուծության տվյալների հիման վրա ըստ նշանակության կառուցվել է բուժհաստատության պաշտոնների ռեյտինգային սանդղակը: Փորձագիտական խումբը կարող է դիրքերի խմբավորում կատարել փոփոխություններ: Դրա համար անհրաժեշտ է հաշվարկել հավաքական բալերի սահմանային արժեքները, որը կարող է հանդիսանալ հաջորդ խմբին անցնելու պայման:

- A մակարդակ՝ 1600 բալ և բարձր: Սա այն դիրքն է, որն առավել էական ազդեցություն ունի բուժհաստատության նպատակին հասնելու գործընթացի վրա,
- B մակարդակ՝ 1000-1600 բալ: Սա այն դիրքն է, որն ունի բուժհաստատության նպատակին հասնելու գործընթացի վրա որոշակի ազդեցություն,
- C մակարդակ՝ 700-1000 բալ: Սա այն դիրքն է, որը միջին աստիճանի ազդեցություն ունի բուժհաստատության նպատակին հասնելու գործընթացի վրա,
- D մակարդակ՝ մինչև 700 բալ: Սա այն դիրքն է, որը քիչ ազդեցություն ունի բուժհաստատության նպատակին հասնելու գործընթացի վրա:

7.Հիմնվելով փորձագիտական խմբի գնահատականի վրա որոշվել է յուրաքանչյուր դիրքի շուկայական գինը: Կարելի է մտցնել նաև ուղղող

գործակիցներ՝ հաշվի առնելով պաշտոնի ռազմավարական նշանակությունը:

Գրեյդինգի համակարգի ներդրումը ակնկալում է հավելավճարի բաշխման մի քանի տարբերակներ.

Առաջին տարբերակի դեպքում առաջարկվում է հավելավճարը բաժանել փոփոխական և հաստատուն մասերի, որը կախված է գրեյդի մակարդակից: Այս տարբերակի էությունը կայանում է նրանում, որ բուժհաստատությունում առավել նշանակություն ունեցող դիրքերի համար աշխատավարձի փոփոխվող մասը անհրաժեշտ է գերակշռի հաստատունին (40:60), քանի որ դրանց գործունեությունից է կախված բուժհաստատության նպատակին հասնելու ռազմավարության մշակումը: Աշխատավարձի հաստատուն և փոփոխական մասերի հարաբերակցությունը որոշում է փորձագիտական խումբի կողմից:

Երկրորդ տարբերակի դեպքում առաջարկվում է հավելավճարը բաշխել ըստ հավաքած բալերի: Յետազոտության արդյունքները հիմնավորել են, որ այս մեթոդի կիրառումը ավելի նպատակահարմար է: Այն կնպաստի աշխատանքի նկատմամբ մոտիվացիայի բարձրացմանը և աշխատավարձի արդար բաշխմանը: Որպես գրեյդինգ այն հնարավորություն կտա պաշտոնները բաժանել մի քանի դասի՝ գրեյդի, սահմանելով յուրաքանչյուրի համար տարբերակված վարձատրում: Այսպիսի համակարգը կապահովի կոլեկտիվում նորմալ բարոյահոգեբանական մթնոլորտ:

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Հետազոտության կազմակերպման համար ունեցել ենք համալիր համակարգային մոտեցում՝ կիրառելով վերլուծական, կառուցվածքային ֆունկցիոնալ և գործիքային վերլուծության մեթոդներ: Կատարվել է բժիշկների մոտիվացիայի ախտորոշում, որի արդյունքների հիման վրա մշակվել է բժիշկների մոտիվացիոն պրոցեսի կառավարման մոդել, որը կապահովի բուժօգնության որակ և մատչելիություն: Մշակվել է մոդելի ներդրման ալգորիթմ:

Մեր կողմից կիրառվել է Շ. Ռիչի և Պ. Մարտինի «Մոտիվացիոն պրոֆիլ»-ի մեթոդը: Ըստ հետազոտության տվյալների պարզվել է, որ աշխատանքային մոտիվացիան ըստ մասնագիտությունների ունի տարբերություններ:

Այսպես, մոտիվացիոն պահանջմունքի վրա էական ազդեցություն է ունեցել բժշկի մասնագիտությունը: Բժիշկների և մենեջերների խմբերի համար հիմնավորվել են գերակա մոտիվացիոն գործոնները:

Ըստ հետազոտության տվյալների, մոտիվացիոն պահանջմունքի վրա էական ազդեցություն է ունեցել բժշկի մասնագիտական որակավորումը: Այսպես, բուժական գործով զբաղվող բժիշկների խմբում մոտիվացիայի ձևավորման վրա էական ազդեցություն է ունեցել «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (40.9±0.71բալ), «Ստեղծագործ աշխատանք» (34.55±0.56 բալ) և «Ինքնակատարելագործում» (34.4±0.5 բալ) և «Խուսափել մեխանիկական աշխատանքից» (33.2±0.55 բալ) պահանջմունքները:

Վարչական աշխատանքով զբաղվող բժիշկների խմբի համար հիմնավորվել են մոտիվացիոն պրոֆիլի ձևավորման գերական պահանջմունքները: Այսպես, պարզվել է, բժիշկների այս խմբի մոտիվացիայի ձևավորման վրա ազդող գերակաա պահանջմունքները

եղել են «Ինքնակատարելագործում» (40,7±1,6 բալ) «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (39,7±1,4 բալ) «Գործունեության համակարգում» (36,6±1,6 բալ) պահանջմունքները:

Վարչական աշխատանքով զբաղվողների խմբում մինչև 10 տարի աշխատանքային ստաժ ունեցողների համար մեծ է «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» ունենալու պահանջմունքը (40,7±1,6 բալ), երկրորդ տեղում «Ստեղծագործական աշխատանք» ունենալու պահանջմունքն է (36,6±1,6 բալ): Այն վարչական աշխատողները, որոնց աշխատանքային ստաժը 11-20 տարի է եղել հավասար չափաբաժնով ունեցել են նշանակություն «Ստեղծագործական աշխատանք»(30,2±1,4 բալ), «Նպատակին հասնելու» և «Լինել ինքնամոտիվացված»(30,2±7,4 բալ) պահանջմունքները, 21-30 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցողները կարևորել են մոտիվացիայի ձևավորման վրա ազդող բոլոր պահանջմունքների նշանակությունը, իսկ 31 և ավելի տարվա աշխատանքային ստաժի դեպքում՝ «Ընդունված լինելու այլ մարդկանց կողմից» պահանջմունքը (37,2±2,4բալ):

Ըստ հետազոտության տվյալների, վարչական աշխատանքով զբաղվող բժիշկների խմբում մինչև 10 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցողների մոտ գերակա մոտիվացիան հանդիսացել է օգտակար և նշանակություն ունեցող աշխատանքը (53,9±12,8բալ), 11-20 տարվա ստաժ ունեցողների մոտ՝ վարձատրման բարձր մակարդակը (47,0±12,7բալ), 21-30 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցողների մոտ՝ գերակա պահանջմունքը բաց, ինքնուրույն, կրեատիվ և անկախ լինելու ձգտումն է (30,0±7,2բալ): Որքան ցածր է ղեկավար պաշտոնում մասնագիտական գործունեության աշխատանքային ստաժը, այնքան բարձր է նշանակություն ունեցող մոտիվացիայի պահանջմունքի մակարդակը: Մինչև 10 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցող տնօրենների խմբում

մոտիվացիոն պահանջմունքն ունեցել է ցրվածության լայն ամպլիտուդ, իսկ 10 և ավելի տարիների աշխատանքային ստաժ ունեցողների խմբում բալային արժեքների բաշխվածությունը եղել է համասարաչափ: Բժիշկների և բուժ-հաստատության տնօրենների մոտիվացիոն պրոֆիլը կախված է աշխատանքային ստաժից: Այսպես, որքան քիչ է ստաժը, այնքան բարձր է մասնագետի ցանկությունը ունենալ բարձր աշխատավարձ, լինել ինքնուրույն և անկախ, ձգտել մասնագիտական աճի, աշխատել լավ պայմաններում: Երիտասարդ ղեկավարների խմբում մոտիվացիոն պրոֆիլը առավել արտահայտված է բարձր աշխատավարձի պահանջմունքի բավարարման, հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք կատարելուն: Մասնագիտական աշխատանքային ստաժը ազդում է բժիշկների խմբում մոտիվացիայի 5 գործոնի, իսկ ղեկավարների՝ 7 գործոնի վրա:

Խոշոր բուժհաստատություններում հարցումը անց է կացվել վիրաբուժական, մանկաբարձագինեկոլոգիական և թերապևտիկ բաժանմունքներում: Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 73,0%-ը իգական սեռի են: Ղեկավարների կառուցվածքում 55,0%-ը տղամարդիկ են, իսկ թերապևտների և մանկաբույժների շրջանում 90,5%-ը կանայք: Հարցվածների 49,0%-ը նշել է, որ պատրաստ է շատ աշխատել, որպեսզի շատ վարձատրվի և ընդամենը 3,0%-ը կցանկանար աշխատաժամը լիներ ավելի կարճ: Բժիշկների աշխատանքը գնահատվել է 5 բալային համակարգով: Այսպես, կոլեկտիվում և ղեկավարության հետ հարաբերությունները բժիշկների 58%-ը գնահատել է գերազանց: Ընդ որում, բարձր են գնահատել մասնավոր կլինիկաներում աշխատող բժիշկները (95%), ցածր՝ առաջնային օղակի բժիշկները (73,0%): «Բովանդակալից, հետաքրքիր և հանրության օգուտ բերող աշխատանք» պնդմանը

բարձր գնահատել են մասնավոր կլինիկաների բժիշկները (82,0%)։

Հավելավճար բժիշկների մեծ մասը ստանում է մատուցած վճարովի ծառայությունների դիմաց (97%)։ Պոլիկլինիկաների բժիշկների 47,0%-ը նշել է, որ ցանկալի է աշխատավարձի միայն հաստատուն բաղադրիչը պահպանել, ցուցանիշը ստացիոնարի բժիշկների համար կազմել է 20%, իսկ մարզային հիվանդանոցի համար՝ 31%։ Միայն Բժիշկների 26%-ը նշել է, որ իրենց ստացած աշխատավարձը կախված է իրենց որակավորումից։ Աշխատավարձի չափի կախվածությունը անձնական աշխատանքային ներդրումից նշել են հարցվածների 50%-ը։ Արդարացի աշխատանքի վարձատրման համար կարևոր է բժշկի սոցիալական ինքնազգացողության լավացումը։ Իր աշխատանքի դիմաց վարձատրման չափը համարել են արդարացի բժիշկների 14%-ը, սակայն հարցվածների 19,7%-ը նշել է, որ կփոխեր բժշկի իր մասնագիտությունը։ Բժիշկների 63,0%-ի կարծիքով աշխատանքային ներդրմանը չի համապատասխանում իր աշխատավարձի չափին, 30%-ի կարծիքով՝ բուժհաստատություններում բացակայում է տարբերակված վարձատրման մոտեցումներ։

Մասնավոր կլինիկաներում աշխատող բժիշկների բժիշկները 73%-ը բավարարված է իր աշխատանքից։ Հարցված բժիշկների 25,0%-ն ունի պարբերաբար վարձատրվող լրացուցիչ աշխատանք։ Այս ցուցանիշը բարձր է մասնավոր կլինիկաներում աշխատող բժիշկների շրջանում (55,0%)։ Իսկ ցուցանիշը պոլիկլինիկայի բժիշկների համար կազմել է 12,0%։ Ընդ որում 54,0%-ը լրացուցիչ աշխատանք կատարում է իր բուժհաստատությունում, իսկ 34,2%-ը՝ այլ։ Հարցվածների 27,0%-ը լրացուցիչ աշխատանք կատարում է ոչ առողջապահական ոլորտում։ Հարցման արդյունքները փաստում են, որ առկա է կորպորատիվ համերաշխություն։ Բժիշկների 41,0%-ի կարծիքով իրենց կոլեգաները աշխատում են

ստեղծագործաբար, հետաքրքրությամբ, ամբողջությամբ նվիրված իրենց գործին: Յուրաքանչյուր երրորդ բժշկի կարծիքով իր կոլեգաները աշխատում են բարեխիղճ, սակայն ոչ հետաքրքրությամբ: Կոլեգաների աշխատանքը քննադատորեն են գնահատել հարցվածների 8,0%-ը: Բժիշկների 33,5%-ի կարծիքով անթույլատրելի է երիտասարդ բժիշկների շրջանում նկատվող այն միտումները, որ մասնագիտական գործունեության սկզբից պահանջում են բարձր վարձատրություն: Երիտասարդ բժիշկները ավելի լավ են կողմնորոշվում շուկայական հարաբերությունների պայմաններում և նախընտրում են վերցնել դրամ առանց սպասելու բուժման արդյունքներին: Հարցվածների 79,0%-ը գտնում է, որ այդպիսի պրակտիկան անթույլատրելի է, միայն 15,0%-ն է այն համարում կիրառելի: Այս ցուցանիշը մարզային հիվանդանոցի բժիշկների համար կազմել է 88,0%, մասնավոր կլինիկաների՝ 73,0%, պոլիկլինիկաների՝ 75,0%: Վիրաբույժները ստացիոնարում և մասնավոր կլինիկաներում, ինչպես նաև թերապևտները և մանկաբույժները պոլիկլինիկաներում ցածր են գնահատել իրենց ընտանիքների բարեկեցությունը:

Սոցիոլոգիական հարցման խնդիրներից մեկը եղել է մոտիվացիայի գործոնների հայտնաբերումը և բժիշկների դեմոտիվացիան իրենց ամենօրյա աշխատանքային գործունեության ընթացքում: Հարցմանը մասնակցած բժիշկներին տրվել է գնահատել 16 գործոն, որոնք ունեն ազդեցություն իրենց աշխատանքի մոտիվի վրա: Հարցման արդյունքներից պարզվել է, որ մոտիվացիայի առաջատար գործոնները, որոնք ունեն մոտիվի վրա դրական ազդեցություն եղել են «աշխատանքից բավարարվածությունը» (75,8%), «պատասխանատվություն աշխատանքի արդյունքից» (72,8%), «գործընկերների հետ հարաբերությունները»

(56,7%), «տեղեկատվության ապահովում» (55,8%), «սոցիալ-հոգեբանական մթնոլորտը» (54,9%):

Քիչ նշանակություն, սակայն մոտիվի վրա դրական ազդեցություն ունեցող գործոններ են նշել հետևյալները՝ հոգեբանական խրախուսում՝ 37,5%-ը նշել է նշանակալից ազդեցություն, իսկ 41,5%-ը՝ ոչ նշանակալից, վարձատրման համակարգը՝ 33,5%-ը նշել է նշանակալից ազդեցություն, իսկ 20,5%-ը՝ ոչ նշանակալից, հարաբերությունները անմիջական ղեկավարության հետ՝ 37,9%-ը նշել է նշանակալից ազդեցություն, իսկ 35,5%-ը՝ ոչ նշանակալից, աշխատանքի պայմանները՝ 47,5%-ը նշել է նշանակալից ազդեցություն, իսկ 26,5%-ը՝ ոչ նշանակալից:

Ըստ հետազոտության տվյալների պարզվել է, որ մոտիվացիայի վրա ունի ազդեցություն նաև «կարիերայի կառավարում» (43,5%), «անձնակազմի որակավորում» (41,5%), «վարչական միջամտություններ» (28,5%) գործոնները: Գլխավոր դեմոտիվատորը աշխատանքի վարձատրության համակարգում եղել է նոր մոտեցումների ներդրումը (75,8%):

Մասնագիտական գործունեությունից բժիշկների բավարարվածությունը գնահատելու համար կիրառվել է «Մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության» հարցաթերթը: Հարցմանը մասնակցած բժիշկների ընդամենը 61,0%-ն է հայտնել, որ պատրաստ է առաջարկվող աշխատաժամով աշխատել: Հետազոտության տվյալներից պարզվել է, որ հարցվածների 72,7±1,2% պատկերացրել են կազմակերպության նպատակը և խնդիրները, 69,1±0,3%-ը՝ անձնական ներդրումը, 55,6±0,7% աշխատանքային միջավայրի կայունությունը, 42,7±0,8% առանց կոնֆլիկտների աշխատանքային միջավայրը, 62,3±0,7%՝ անձնական ներդրումը, ղեկավարության ոչ առաջնորդական քաղաքականությունը՝ 70,5±0,7%, աշխատանքի անարդար գնահատական՝ 82,7±0,98%:

Ըստ հետազոտության տվյալների, մասնագիտական մոտիվացիայի հարցում երիտասարդ բժիշկների շրջանում բարձր է գնահատվել հետևյալ ռիսկի գործոնների նշանակությունը. «աշխատանքի ստեղծագործական բովանդակությունը», «հասարա-կության շրջանում բժշկի մասնագիտության բարձր հեղինակությունը», «մասնագիտական կոչումը», «մասնագիտության սոցիալական նշանակությունը»:

Տեղամասային բժիշկ-թերապևտների հարցման արդյունքները ցույց են տվել, որ մոտիվացիայի առաջատար գործոնը աշխատանքի ոչ նյութական մոտիվն է: Առավել դրական ազդեցություն մոտիվի վրա ունեցել են. աշխատանքից բավարարվածությունը (54,6%), աշխատանքի նկատմամբ պատասխանատվությունը (81,7%), գործընկերների հետ հարաբերությունները (75,5%), կրթությունը (49,1%), տեղեկատվության ապահովումը (77,6%), սոցիալ-հոգեբանական մթնոլորտը (75,1%): Ըստ հարցման մասնակիցների կարծիքի, մոտիվացիայի վրա անտարբեր ազդեցություն են ունեցել հետևյալ գործոնները՝ կարիերայի կառավարումը (32,3%), անձնակազմի որակավորումը (41,3%), վարչական միջամտությունները (45,3%), խորհրդատվությունները և ժողովները (18,7%): Գլխավոր դեմոտիվացիոն գործոնը յուրաքանչյուր հինգերորդի համար (20,3%) եղել է աշխատանքի վարձատրության համակարգը, ինչպես նաև աշխատանքի պայմանները (22,5%): Հարցվածների 72,5%-ը նշել է, որ կընտրեր նույն մասնագիտությունը, 17,3%-ը՝ նշել է, որ կունենար այլ կողմնորոշում, իսկ 10,2%-ը չի կողմնորոշվել: «Մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության» հարցաթերթի արդյունքների վերլուծությունից պարզվել է, որ մոտիվացիայի գործընթացի վրա ունեցել են ազդեցություն աշխատանքային միջավայրի տարբեր գործոններ:

Ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների, միայն 35,2%-ն են հասկացել բուժհաստատության նպատակն ու խնդիրները, 52,3%-ը նշել է, որ աշխատավայրում բացակայում է կոնֆլիկտը և կոլեկտիվի հոգեբանական մթնոլորտը գնահատվել է բարենպաստ: Խրախուսման ձևերի կառուցվածքում առաջին տեղում հավելավճարն է (52,7%), երկրորդում՝ կոնկրետ աշխատանքի համար նպատակային վճարումն ու առաջխաղացումը (14,2%): Անհրաժեշտ է նշել, որ որպես խրախուսման ձև ընդամենը 2,7%-ն է նշել հանգստի կազմակերպումը: Աշխատանքի վարձատրման նոր համակարգի (ԱՎՆՀ) ազդեցությունը՝ մոդելի կառուցում, որը հնարավորություն կտա գնահատել աշխատանքի չափի հավանական բարձրացման կախվածությունը տարբեր գործոններից, անձնակազմի մոտիվացիայի հիմնական բարձրացումը՝ որպես կախված փոփոխական:

Նշված ռեգրեսորների ազդեցության վերլուծությունը կախյալ փոփոխականի վրա (WAGE) կատարվել է բինար մոդելի օգնությամբ: Ստացվել է, որ վարձատրման նոր համակարգի ներդրումը կնպաստի աշխատավարձի ավելացման հավանականությունը: Հաստատվել են նաև հետևյալ գործոնների ազդեցության վերաբերյալ հիպոթեզները՝ աշխատանքային ներդրում, որակի ազդեցություն, բժշկի որակավորման մակարդակ: Վերլուծության հաջորդ փուլում որպես փոփոխական դիտարկվել է MOTIV-ը:

Մոդելում ստացված տվյալները հիմնավորել են, որ վարձատրման նոր համակարգի հավանական ներդրումը կնպաստի բուժհաստատության աշխատողների մոտիվացիայի ավելացմանը ընդամենը 2,5%-ով: Հարցվածների 83,9%-ը դրական են գնահատել առողջապահական համակարգում վարձատրման տարբերակված սկզբունքի կիրառումը, բացասական՝ 2,1%-ը: 82,2%-ը գտնում են, որ այս մոդելը դեմոկրատական է, քանի որ ավելի արդար է:

Հարցվածների 82,4%-ի կարծիքով նոր համակարգը կնպաստի կոլեկտիվում հոգեբանական մթնոլորտի բարելավմանը, իսկ 68,8%-ի կարծիքով կբարձրանա կոլեկտիվում կարգապահությունը: Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 64,0%-ի կարծիքով վարձատրման նոր համակարգի ներդրումը կնպաստի ժամանակի արդյունավետ օգտագործմանը, 77,8%-ի կարծիքով՝ կավելան ֆիզիկական, իսկ 59,4%-ի կարծիքով՝ հոգեբանական ծանրաբեռնվածությունը:

Բժշկի աշխատավարձի կախվածությունը կատարված աշխատանքի ծավալից և բժշկի որակավորումից կապը եղել է բացասական և այդ գործոնները նվազեցնում են «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի նշանակությունը համապատասխանաբար՝ 12,5% և 17,9%-ով:

Ստացված արդյունքները փաստում են, որ մոդելների հիմքում ընկած փոփոխականների վրա ազդող գործոններն ունեն առանձնահատկություններ:

Այսպես, վարձատրման նոր համակարգի հավանական ազդեցությունը բերում է մոտիվացիայի 7,1%-ի նվազման: Այս փոփոխականի վրա էական ազդեցություն է ունեցել նաև բուժհաստատության տեսակը: Այսպես, օրինակ հիվանդանոցային օղակում ցուցանիշը կազմել է 9,7%, որի բացատրությունը հետևյալն է՝ ավելանում է պատասխանատվությունը, որը բացասական ազդեցություն է ունենում մոտիվացիայի վրա:

Վերջնական մոդելում յուրաքանչյուր քայլով բացառելով նշանակություն չունեցող գործոնները, ստացվել է հավանական հնարավոր ազդեցություն ունեցող գործոնների սանդղակ: Այսպես, $R^2=0,6$, որը խոսում է հիմնական փոփոխականի վրա մոդելում ընդգրկված գործոնների

ազդեցության բարձր աստիճանի մասին: Գործոններից առավել մեծ չափաբաժին ընկել է բժշկի որակավորման մակարդակ գործոնին (27,9%): Սակայն անհրաժեշտ է նշել, որ լրացուցիչ աշխատաժամը աշխատավարձի հավանական բարձրացման մեջ ունեցել է 0,1% ազդեցություն: «Միջին աշխատավարձի չափի ավելացում» փոփոխականի վրա դրական ազդեցություն է ունեցել նաև բժշկի տարիքը, սակայն որքան շատ է ընտանիքում երեխաների թիվը այնքան դանդաղ է «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի աճի միտումները:

Այսպիսով, առողջապահական համակարգում կարևորվում է բժիշկների վարձատրման համակարգի հիմքում կիրառել բուժօգնության որակ և արդյունավետություն ապահովող ցուցանիշներ, ինչպես նաև դրանց գնահատման հստակ չափանիշներ:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Ըստ հետազոտության տվյալների յուրաքանչյուր երրորդ բժիշկ ունեցել է աշխատանքի նկատմամբ ցածր մոտիվացիա: Բարձր մոտիվացիան պայմանավորված է եղել հետևյալ խթանող գործոններով՝ աշխատանքային պատասխանատվություն, բավարարվածություն, առաքելություն, բուժհաստատության նպատակ, սոցիալ-հոգեբանական, միջավայրային և կառավարման խթանիչներ,որոնք չեզոքացրել են դեմոտիվացնող գործոններին:
2. Բուժական գործով զբաղվող բժիշկների խմբում մոտիվացիայի ձևավորման վրա էական ազդեցություն է ունեցել «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (40.9±0.71բալ), «Ստեղծագործ աշխատանք» (34.55±0.56 բալ) և «Ինքնակատարելագործում» (34.4±0.5 բալ) և «Խուսափել մեխանիկական աշխատանքից» (33.2±0.55 բալ), իսկ վարչական աշխատանքով զբաղվող բժիշկների համար՝ «Ինքնակատարելագործում» (40,7±1,6 բալ), «Հետաքրքիր և օգտակար աշխատանք» (39,7±1,4 բալ), «Գործունեության համակարգում» (36,6±1,6 բալ) պահանջմունքները:
3. Ըստ մասնագիտական գործունեությունից բավարարվածության գնահատման թեստի արդյունքների 35,2-%-ը հասկանում է բուժհաստատության նպատակը և խնդիրները, 81,4%-ը գտնում է, որ հավելավճարը բաշխվում է անարդար, 83,4%-ը՝ կառավարման ոճը չի համապատասխանում բուժհաստատության նպատակին, իսկ 90,4%-ը՝ բացակայում է վարձատրման և աշխատանքային ներդրումների միջև կապը:
4. Հարցվածների 83,9%-ը դրական են գնահատել առողջապահական համակարգում վարձատրման տարբերակված սկզբունքի ներդրումը: 82,4%-ի

կարծիքով նոր համակարգի ներդրումը կնպաստի կոլեկտիվում հոգեբանական մթնոլորտի բարելավմանը, 68,8%-ի՝ կոլեկտիվում կարգապահության բարձրացմանը, 64,0%-ի՝ ժամանակի արդյունավետ օգտագործմանը, սակայն 77,8%-ի կարծիքով՝ կավելանա ֆիզիկական, իսկ 59,4%-ի կարծիքով՝ հոգեբանական ծանրաբեռնվածությունը:

5. Բուժհաստատության ինովացիոն ռազմավարության կարևոր մաս է կազմում բուժօգնության որակի և մատչելիության բարելավմանն ուղղված բժիշկների մոտիվացիայի կառավարման մոդելի մշակումը: Մոդելի ներդրման պայմաններում 1,5 անգամ կբարձրանա բուժօգնության մատչելիությունը և 1,1 անգամ կնվազի բուժօգնության որակի անհամապատասխանությունը:

6. Ըստ կանխատեսական գնահատման վարձատրման նոր համակարգի ներդրումը դրական ազդեցություն կունենա «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի վրա, որն էլ իր հերթին դրական ազդեցություն կթողնի «բուժօգնության որակ», «արդյունավետության բարելավում», «աշխատանքի ծավալի ավելացում» գործոնների վրա: «Բժշկի որակավորում» գործոնի ռեգրեսիայի գործակցի բացասական արժեքը փաստում է, որ անարդյունավետ կլինի վարձատրման համակարգում կիրառել «բժշկի որակավորման մակարդակ» գործոնը, քանի որ այն կարող է նվազեցնել «Միջին աշխատավարձի հավանական ավելացում» փոփոխականի արժեքը 12,5%-ով:

7. Բժիշկների աշխատանքի վարձատրման նոր համակարգի ներդրումը դրական է ազդում

«աշխատավարձի հավանական բարձրացում» փոփոխականի վրա, իսկ «աշխատանքի մոտիվացիա» փոփոխականի վրա ընդամենը 2,5%-ով: Ընդ որում, հիվանդանոցային օղակում ցուցանիշը կազմել է 9,7%: Բժիշկների աշխատանքի վարձատրման նոր համակարգի ներդրման վրա ազդում են նաև բժշկի անհատական կարգավիճակը բնութագրող գործոններ՝ բժշկի որակավորման մակարդակ (27,9%), բժշկի տարիք (22,5%), ընտանիքում երեխաների թիվը (19,7%):

ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

ՀՀ առողջապահության նախարարությանը

1. Մշակել բժիշկների մասնագիտական գործունեության ստանդարտներ, տարբերակված վարձատրման մեթոդներ և ձևեր, որոնց հիմքում պետք է ընկած լինեն բժշկի մասնագիտական գործունեության դժվարությունների, բուժման ծավալների, որակի ցուցանիշներ և դրանց գնահատման չափանիշներ:
2. Համակարգում իրականացնել մշտադիտարկում գնահատելու համար բժիշկների մոտիվացիայի պահանջմունքների փոփոխությունը, որը հնարավորություն կտա գնահատել համակարգի արդյունավետությունը: Ելնելով մոտիվացիայի մշտադիտարկման արդյունքներից, միջոցառումներն ուղղել դեպի մոտիվացիան խթանող դրական գործոնները, որոնք կբարձրացնեն բժիշկների բավարարվածությունը և կչեզոքացնեն մոտիվացիայի վրա բացասական ազդեցություն ունեցող գործոնները:
3. Բժիշկների աշխատանքի վարձատրման մոդելը պետք է անմիջական կապ ունենա աշխատանքի արդյունքի հետ և լինի տարբերակված որակավորման խմբերի ներսում: Արդյունքը պետք է լինի չափելի և համեմատելի նախորդ արդյունքները գնահատող ցուցանիշների հետ: Հակառակ դեպքում աշխատավարձի բարձրացումը չի կարող նպաստել մոտիվացիոն պահանջմունքների բավարարմանը:

Բուժհաստատությունների ղեկավարներին

1. Նպատակ ունենալով ապահովել բուժհաստատության արդյունավետ գործունեություն, բժիշկների աշխատանքի մոտիվացիա,

ներդնել բժշկական ծառայությունների մատուցման գործընթացային դեպի արդյունքին ուղղված կառավարման ինտեգրացված մոդել:

2. Բժիշկների վարձատրման տարբերակված համակարգի ներդրման համար անհրաժեշտ է ստեղծել անձնակազմի մասնագիտական գործունեության տեղեկատվական համակարգ, որը կբնութագրի ցուցաբերած բուժօգնության որակը՝ հաշվի առնելով ախտորոշման և բուժման սխալները:
3. Բուժհաստատություններում ներդնել վարձատրման գրեյդինգային համակարգը, որը հնարավորություն կտա գործատուին վարձատրել ըստ աշխատանքի վերջնական արդյունքի:
4. Բուժօգնության որակ և մատչելիություն ապահովելու համար նպատակահարմար է բուժհաստատություններում ներդնել բժիշկների մոտիվացիոն պահանջմունքի կառավարման համակարգ, որում կառավարչական որոշումների կայացման համար հիմք կհանդիսանան բժիշկների մոտիվացիայի պահանջմունքների առանձնահատկությունները:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Մարդիյան Մ.Ա., Բարսեղյան Ա.Ա. Առողջապահության տնտեսագիտություն // Ուսումնական ձեռնարկ, 2017թ., 113էջ
2. Մարդիյան Մ.Ա., Միրիջանյան Գ.Մ., Խաչատրյան Ռ.Գ., Դանիելյան Լ.Մ. Հոսպիտալ մենեջմենթ // Ուսումնական ձեռնարկ, 2017, 200էջ
3. Տեր-Գրիգորյան Ա.Ա. Բուժօգնության կազմակերպման և ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելների կիրառումը Հայաստանի հանրապետությունում // Ուսումնական ձեռնարկ, 2004թ., 120էջ
4. Авсеенко Н.Н. Новые подходы к системе оплаты труда медицинских работников.// Новая экономика. - 2011. - № 1. -С. 55-60.
5. Авсеенко Н.Н. Обеспечение гибкости системы оплаты труда в совре менных условиях.// Новая экономика.-2012.-№1.С. 154-58.
6. Авсеенко Н.Н. Оценка взаимосвязи сложности труда и его оплаты // Весн. Беларус. дзярж. экан. ун-та. -2012. - № 1. - С. 87-91.
7. Авсеенко Н.Н. Трансформация экономической сущности заработной платы.// Новая экономика. - 2011. - № 1. - С. 87-91.
8. Алексеев В.А., Вартанян Ф.Е., Шурандина И.С. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения. // Здравоохранение, 2009, N 11, с.57-67
9. Алексеев В.А., Шурандина И.С., Сафонова М.Ю., Тельхигов А.Ю., Ганатов С.Г. Материальная заинтересованность современных врачей и управление качеством медицинского обслуживания // Здравоохранение, 2010, N 1, с.19-27.
10. Алексеев П.А. Использование критериев качества и показателей объема медицинской и иной деятельности при установлении стимулирующих выплат в рамках новой системы оплаты труда. // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.-2008.–№10.–С.12-24.
11. Алексеева Н.Ю., Гайдаров Г.М., Пчела Л.П. Отношение медицинских работников к новой системе оплаты труда. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.–2010.- № 3. - С. 14-19.
12. Альбицкий В.Ю., Гурылева М.Э., Добровольская М.Л. Качество жизни медицинских работников. // Здравоохранение Российской Федерации – 2003. – №3. - С. 35-38.

13. Андреева О.В., Линденбратен А.Л., Дубоделова Н.К.Экономическое стимулирование как фактор повышения эффективности медицинской помощи. // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002.- №4. - С.25-29.

14. Барскова Г.Н.,Девишев Р.И.,Лохтина Л.К.Российская практика рейтингования медицинских организаций. 2014.RL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/617/27/lang,ru/

15. Богатова Т.В., Потапчик Е.Г, Чернец В.И., Чирикова А.Е., Шилова Л.И. Шишкин С.В.(2002). Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы». WP1/2002/07 Независимый институт социальной полити), 2000» (http://www.socpol.ru/publications/#book1).

16. Боева А.В.,Руженков В.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей психиатров.//Серия медицина, фармация.2013,N11,с.6-12.

17. Бойко В.В., Фетискин Н.П., Козлов В. В. Диагностика эмоционального выгорания личности. // Социально–психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Института Психотерапии, 2002.-С.394-399.

18. Борисенко О.В. Оценка эффективности методом скрининга / О.В. Борисенко // Зам. Главного врача. – 2011. - № 3. с. 22 – 28.

19. Беатрис М. Финансирование здравоохранения в Европе. Франция, Парижский университет. 1992.97с.

20. Ваганов Н.Н., Гревечиев И.И. Комаров Ю.А. Здравоохранение Великобритании. Некоторые проблемы и решения.// Здравоохр. Росс. Федер.,1997.N8. с. 25-28.

21. Вакхам Ш., Симиджиский Ю. Национальные системы медицинского страхование.// Выборочный обзор международного опыта. 2000г.

22. Васильева Т.П. Медико-социальный и профессионально-личностный портрет врачебного персонала многопрофильной больницы. // Социология медицины. - 2003. – №2. – С. 33-35.

23. Верткин А.Л., Духанина И.В., Александрова О.Ю. Достижение стратегических целей ЛПУ с помощью системы сбалансированных показателей. // Глав. Врач, 2006, №2. URL:http://www.lawmix.ru/medlaw

24. Беатрис М. Финансирование здравоохранения в Европе. Франция, Парижский университет. 1992.97с.

25. Волков Н.А., Кудрин В.С., Солоницына Т.В. Комплексная оценка труда врачей хирургических специальностей.// Здравоохр., 2000, N 9, с.33-40.

26. Волкова Н.В. Совершенствование форм мотивации труда.// Человек и труд.- 2005. -№ 12. - С. 41 -48.

27. Володина Е.В. Мотивация и выгорание.// Молодой ученый. -2010.- № 8.- С. 113-115.

28. Восканян Е. Зарплата и «вымпел» в придачу: Мотивация – основной инструмент управления персоналом. // Мед. вестник. – 2014. – № 6. –С. 20.
29. Всемирная организация здравоохранения: http://www.who.int.
30. Вялков А.И., Кучеренко В.З., Вардосанидзе С.Л. Управленческий учет в медицинской организации. // Главврач. – 2008. – № 2. – С. 42-49.
31. Вялков А.И., Кучеренко В.З. - Управление и экономика здравоохранения. http://www.studentlibrary.ru/book.
32. Гаджиев Р.С. Качество медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста в городских поликлиниках. // Пробл. Соц. Гигиены и здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – с. 36 -38.
33. Гайдаров Г.М., Пчела Л.П., Алексеева Н.Ю., Макаров С.В. Организационная технология внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в учреждениях здравоохранения федерального подчинения. - Иркутск, 2010.-154 с.
34. Гатауллин И.Г, Забирова Л.М, Гатауллин И.И Вестник экономики, права и социологии, 2015, № 4,284-288.
35. Голикова Т.А. Итоги и перспективы развития здравоохранения и демографической политики.// Главврач. - 2008. - N 4. - С. 9-14.
36. Горохова И.В. Новые подходы к управлению качеством в многопрофильной городской поликлинике. // Диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.-2016, 23 с.
37. Дараев Ю.Д., Корышева Г.А., Московченко К.Б. Использование клинико-статистических групп при оплате медицинской помощи по законченному случаю в системе ОМС.// Здравоохр., 2008, N 5, с.53-58.
38. Доютова М.В., Гусева Н.К., Соколов В.А. Работа кадровой службы муниципальной службы в современных условиях // Пробл. Соц. Гигиены и здравоохранения и истории медицины. -2011. -№ 1. - с. 23 - 26.
39. Доютова М.В. Работа кадровой службы муниципальной службы в современных условиях.// Пробл.Соц.Гигиеныи здравоохранения и истории медицины.-2011.-№ 1.-с. 23 - 26.
40. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – Европейское региональное бюро ВОЗ. 2005.
41. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген.- Европейская серия, № 97.-156 с.
42. Дудов А.З. Эволюция методов оценки эффективности и качества медицинской помощи. Управление экономическими системами (электронный научный журнал). URL: http://www.uecs.ru/logistika/item/.

43. Зинчук Ю.Ю. Критерии и индикаторы эффективности и качества медицинской помощи для пациента, учреждения и органа управления здравоохранением. // ГлавВрач. – 2011. - № 2. – с. 29 - 34.
44. Ильин Е.П. Психология взрослости.-СПб.2012.- с. 121 -131.
45. Кадыров Ф.Н. Изменения в оплате труда работников бюджетной сферы: отказ от Единой тарифной .// Менеджер здравоохр.. -2007. - №11.- с. 53-55.
46. Кадыров Ф.Н. Экономические методы стимулирования внедрения прогрессивных форм организации медицинской помощи.// Проблемы социальной гигиены и история медицины.- 1998. -№ 1. - с. 35-39.
47. Комаров Р.Н., Комаров Н.В., Терентье В.А. Экономические методы стимулирования дежурных врачей лечебно-профилактических учреждений.// Здравоохр,, 2006, №2, с. 47-52
48. Косенко А.А., Стволинский И.Ю. Разработка системы стимулирования медицинского персонала к повышению доступности и качества медицинской помощи. // Зам. Глав. врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2014.- № 4.-с. 86-91.
49. Криворот В.Н. Методы диагностики и профилактики профессионального стресса у врача-невролога: автореф. дис.канд. мед.осква, 2005. – 26 с.
50. Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие. -Издательство: М., ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.
51. Кучеренко В.З., Татарников М.А., Шевырев В.С. Методологические основы изучения социально–психологического состояния работников здравоохранения. // Проблемы управления здравоохранением. - 2007.-N 2. -С. 22-30.
52. Лахматова В.В. Этапы введения новой системы оплаты труда учреждения-ми здравоохранения.// Бюджетные учреждения здравоохранения: -бухгалтерский учет и налогообложение. -2008. - №12. -с. 8-14.
53. Лебедев С.Н. Показатели общественного здоровья и критерия оценки деятельности системы здравоохранения. «Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения», 2012, №1.с.1-12
54. Лимонов В.И. Финансово-экономический анализ деятельности медицинской организации. // ГлавВрач. - 2011. - № 1. – с. 33 -41.
55. Линденбратен А.Л. Экономические методы управления деятельностью ЛПУ: планирование ресурсов и мотивация персонала.// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2003.- № 2. - с. 21-22.
56. Маслова О.П. Возможности совершенствования механизма мотивации медицинских работников в стратегии повышения качества работы городской педиатрической службы.//Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2010. – № 7. – с. 71-74.

57. Маслова О.П., Кудряшова Е.Ю., Хайкин М. Б. Возможности совершенствования механизма мотивации медицинских работников в стратегии повышения качества работы городской педиатрической службы. // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2010. – № 7. – с.71 -74.
58. Михайлова Ю.В., Данилова Н.В., Шестаков М.Г. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения.// Здравоохранение Российской Федерации – 2008. – № 1. – с. 52-54.
59. Мурай А.И., Иванова Ю.В., Еникеев А.А., Попова С.В. Медицинская услуга в модели оплаты труда. // Здравоохранение, 2000, N 10, с.31-42.
60. НациональнаяслужбаздравоохраненияАнглии.RL: http://www.england.nhs.uk/ourwork/patientsafety /safety-indicators.
61. Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства. URL:http://www.nice.org.uk.
62. Оганезова А.В. Сбалансированная система показателей – универсальный механизм управления стратегическим развитием медицинских организаций. 2012, №8. URL: http://www.business-inform.net .
63. Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения. «Фундаментальные исследования. Медицинские науки», 2010, №4.RL:http://www.rae.-ru/fs/?article_id=7782355&opt.
64. Панов А.В. Амбулаторная медицинская помощь: оплата труда врачей специалистов по результатам деятельности. // Зам. Главного врача. – 2011. - № 5. - с. 94 -98.
65. Попович В.К., Шикина И.Б., Турчиев А.Г., Бакланова Т.Н. Роль медицинских кадров при реализации политики в области качества медицинской помощи //Социальные аспекты здоровья населения – 2011. № 1. – С. 15-18.
66. Пчела Л.П. Организационная технология внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в учреждениях здравоохранения федерального подчинения: автореф. дис.к, мед. Наук/ Москва,2010. – 26с.
67. Ричи Ш., Мартин П. Управление мотивацией/ Учеб. пособие для вузов /Пер.с англ,. – М.: ЮНИТИ–ДАНА, 2004. – 399 с.
68. Рогозин А.В. Качество медицинских услуг как инструмент обеспечения финансовой устойчивости ЛПУ. // Здравоохранение. – 2011. - № 4. – 57-67.
69. Рогозин А.В., Кравченко Н.А., Буланов В.Е. ОМС – дополняющие технологии: как совместить оплату медицинских услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию. // Зам. Главного врача. – 2011. - № 1. – с. 20 -25.
70. Родыгина Ю.К. Медико-психологические и нейробиологические детерми-нанты профессиональной деятельности в экстремальных условиях: дис. ... д.мед. наук/ Санкт-Петербург,2011– 245с.

71. Сибурина Т.А. Современные технологии обеспечения конкурентного преимущества учреждения здравоохранения на рынке медицинских услуг.Социальные аспекты здоровья населения. 2010; URL:http://vestnik.mednet.ru/content/view/
72. Солтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер. с англ. М., 2000, 432с.
73. Сорокоумов А.А. Факторы, влияющие на мотивацию. //Отдел кадров. 2009. – №5. – С.17-25.
74. Сыстерова А.А. Концептуальные основы оптимизации управления врачебным персоналом: автореф. дис. д-ра мед. наук/ Москва, 2008. – 48 с.
75. Тайц А.Б., Косенко А.А. Трудовая мотивация врачей поликлиники // Совре-менные проблемы науки и образования.-2014.-№4;URL: www.scienceeducation.ru/118-14073 .
76. Тайц Б.М. Менеджмент в здравоохранении. Путь к успеху: учебно–методическое пособие для врачей – Санкт-Петербург: МАПО,2011 – 46 с.
77. Тайц Б.М., Косенко А.А., Стволинский И.Ю. Успешный руководитель городской поликлиники (итоги социологического опроса). // Врач - 2014 - №9 - с.80-84.
78. Таранов А.М., Лакунин К.Ю., Шилова В.М. Оценка медицинскими работниками различных способов оплаты медицинской помощи в условиях ОМС. // Здравоохранение, 2000, N 3, с.62-66.
79. Тарасенко Е.А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России. Социальные аспекты здоровья населения. 2013; :http://vestnik.mednet.ru/content/view
80. Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения. // Менеджер здравоохранения, –2010. – №5. –с.8-18.
81. Цомартова Ф.В Правовые основы модернизации здравоохранения. // Журнал российского права – 2011 – N 2 – с. 125 -129.
82. Черкасов, С.Н. , Сараев А.Р.Оценка значимости мотивационных установок к труду у участковых медицинских сестер // Сестринской дело.-Москва,2010,-№7.-с.20-24.
83. Черкасов, С.Н., Сараев А.Р. Анализ удовлетворенности профессиональной деятельностью и социальным статусом участковых медицинских сестер. // Сестринской дело.- Москва, 2011,-№4.-с.6-10.
84. Черкасов, С.Н., Сараев А.Р.Анализ системы оплаты труда участковых медицинских сестер и медицинских сестер ВОП муниципальных учреждений г.о.Самара. // Экономика здравоохранения.-Москва,2010.-№11-12.-с.40-43.
85. Чернышев В.М., Берташ С.А., Елманова Т.В.. Дифференцированная оплата труда в здравоохранении. // России. –Новосибирск, 2011. – 122с.

86. Шарапова О.В. Информационные технологии и управленческий учет – перспективные направления деятельности учреждений родовспоможения // Здравоохранение. – 2011. - № 2. – с. 38–47.
87. Шевченко В.В. Норматив затрат на выполнение государственного (муници-пального) задания как инструмент повышения финансовой эффективности учре-ждений здравоохранения. // Менеджер здравоохранения.- 2014.-№1.-с.37-41.
88. Шейман И.М. Экономика здравоохранения.-Москва.-2001.-322с.
89. Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д., Овчарова Л.Н., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. (2004). Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. — М.: Независимый институт социальной политики (http://www.socpol.ru/publications .
90. Щепин О.П, Дятлов В.Ю. Региональные особенности, тенденции, факторы развития общественного здоровья Смоленской области. // Проблемы социальной гигиены и история медицины.- 2012.-N 1.-С.6-9.
91. Andrea H, Beurskens AJ, Metsemakers JF, Amelsvoort LG,Brandt PA, Schayck CP.Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. // Environ Med. 2003; 60(4):295-300.
92. Anna R., Krzysztof L. Patient's Satisfaction and Quality of Hospital Care in Surgery Wards.//International Journal of Scientific & Engineering Research, Volume 3, 2012 http://www.ijser.org.
93. Armour BS., Pitts MM. Physician Financial Incentives in Managed Care. Resource Use, Quality and Cost Implications // Dis Manage Health Outcomes. –2003.–v. 11, No. 3. - p. 139-147
94. Beaudet A.M., Baerlocher M.O. A profile of Canada's radiologists: Results from the 2004 National Physician Survey. Can Assoc Radiol J 2006;57(5):272-77.,
95. Berg M., Bakker D., Westert GP., Zee J., Groenewegen PP. Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations?// BMC Health Services Research. – 2009. – p. 1-11
96. Bloor K., Maynard A., Street A. How much is a doctor worth? - University of York, Centre for Health Economics. – 1992. - p. 62.
97. Boxall P., Purcell J., Wright P. The Oxford Handbook of Human Resource Management, 2008. – Ch. 17. // International Journal for Quality in Health Care. 2000. – v. 12, No. 2. – p. 133-142
98. Buddeberg-Fischer B., Stamm M., Buddeberg C., Klaghofer R. (2008). «The new generation of family physicians — career motivation, life goals and work-life balance». *Swiss Medical Weekly,* Vol. 138(21–22), pp. 305–312.

99. Büscher A Canadian Institute for Health information. Available at: Canadian Institute for Health information. 2009.

100. Butcher L. Financial Incentives for Employed Physicians: Do They Work?// Project for Excellence in Journalism.-2010.-18-22. http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/5

101. Canadian Institutes of Health Research. The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century. Ottawa: 2003.

102. Chollet, D. and Lewis, M. Private Insurance: Principles and Practice, in G. J. SCHIEBER, Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World bank Conference, March 10-11, 1997, World Bank Discussion Paper, No 365, Washington, D.C.

103. Chang HY, Shyu YI, Wong MK, Friesner D, Chu TL, Teng CI Which Aspects of Professional Commitment Can Effectively Retain Nurses in the Nursing Profession?. //J Nurs Scholarsh. 2015 ; 47(5):468-76.

104. Dielmann M., Viet Cuong P., Vu Anh L., Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. — Human Resources for Health.-2003, 1: 10.

105. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean?/Amer. J. Publ. Hlth. – 2002. – V. 71(4):409-12.

106. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Hum Resour Health. 2003;: 10.1186/1478-4491-1-1. [PMC free article] [PubMed]

107. Elliott, Ada H.Y. Ma, Scott A., Bell D., Roberts E. Geographically differentiated pay in the labour market for nurses.//Journal of Health Economics. – 2007. – No. 26. – p. 190–212.

108. Gertler P, Hammer J. Strategies for pricing publicly provided health services. In: Sheiber G. Innovations in health care financing. Washington: World Bank, 1997. World Bank Discussion Paper, No 365.

109. Garcia-Prado A. Sweeting the carrot. Motivating public physicians to better performance. — World Bank Policy Research Working Paper WPS 3772, 2005.

110. Gonzalez B (2010) Health workforce planning in Spain. Case study presented at Policy Dialogue on workforce planning, European Observatory on Health Systems and Policies, Venice, 11–12 May. Available at: http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/

111. Gosden T., Williams J., Petchey R., Leese B., Sibbald B. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress // Journal of Health Services Research & Policy. – 2002. – v. 7, No. 1. – p. 26–33

112. Health Council of Canada. Modernizing the Management of Health Human Resources in Canada: Identifying Areas for Accelerated Change. Report from a National Summit, 2005. Available online at: http://healthcouncilcanada.ca/ docs/papers.,

113. Health Care in translation (HIT) profiles (selected countries). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2000.

114. *Ho WH, Chang CS, Shih YL, Liang RD* Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *// BMC Health Serv Res. 2009 Jan 12; 9:8*
115. House RA, Holness DL. Investigation of factors affecting mass psychogenic illness in employees in a fish-packing plant. Am J Ind Med. 1997;32(1):90-6. http://inventech.ru/pub/methods/metod-0013.
116. Hunter D.F. Optimal balance of centralized and decentralized management responsibilities// Critical Challenges for European Health Polic., Buckingham: Open University Press.
117. Janus K., Amelung V.E., Baker L.C., Gaitanides M., Schwartz F.W., Rundall T.G. (2008). «Job satisfaction and motivation among physicians in Academic Medical Centers: insights from the Cross-National Study». *Journal of Health Politics, Policy and Law,* Vol. 33(6), pp. 1133–1167.
118. Joint Task Group on Public Health Human Resources. A Pan-Canadian Framework for Public Health Human Resources Planning. Available online at: http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/pdf/building_the_public_health_workforce_fo_%20the-21stc_e.pdf, 2008.,
119. Kontodimopoulos N, Paleologou V, Niakas D. Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. BMC Health Serv Res. 2009-15;9:164. PubMed PMID: PubMed Central PMCID: PMC2753327.
120. Lazarus R.S. Cognition and motivation in emotion // American Psychologist, 1997,V. 46. P. 352 - 367.
121. Lazear EP., Oyer P. Personnel Economics. – Cambridge: NBER Working Paper, 2007. 58p. // Journal of Health Economics.–2009.–No.28.–p.902-907
122. Margaret L. Russell, MD, PhD, FRCPC, Lynn McIntyre An Estimation of Canada's Public Health Physician Workforce.//QUANTITATIVE RESEARCH Public Health 2009;100(3):199-203.
123. Melichar L. The effect of reimbursement on medical decision making: Do physicians alter treatment in response to a managed care incentive? // Journal of Health Economics. – 2009. – No. 28. – p. 902-907.
124. Mills A. Decentralization and accountability in health sector from an international perspective: what are the choices? // Public Adm. Develop., 2002, Vol.47,
125. MOH Competencies Working Group, Public Health Agency of Canada. A Draft Set of Core Competencies for Medical Officers of Health in Canada, Draft 3.1. Available online at: www.nsscm.ca (2008).
126. National Advisory Committee on SARS and Public Health. Learning from SARS – Renewal of Public Health in Canada. Ottawa, ON: Health Canada, 2003. Available online at: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/ Naylor/ (2007).
127. Nickell, Stephen J., Sushil Wadhwani, "Insider Forces and Wage Determination"// Economic Journal, C(1990), 496-509.

128. Paleologou V, Kontodimopoulos N, Stamouli A, Aletras V, Niakas D. Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. BMC Health Serv Res. 2006; 1472-6963-6-118. [PubMed]

129. PATH – Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals URL:http://www.pathqualityproject.eu/.

130. Persefoni Lambrou, Nick Kontodimopoulos,Dimitris Niakas Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital.// Hum Resour Health. 2010; 8: 26.

131. Petersen LA., Woodard LD., Urech T., Daw C, Sookanan C. Does Payfor-Performance Improve the Quality of Health Care?//Annals of Internal Medicine. – 2006. – v. 145, No. 4. – p. 265-272.

132. Public Health Agency of Canada. Core Competencies in Public Health, 2007. Available online at: http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/stmtsenon-eng.html (Accessed February 27, 2008).

133. Public Health Agency of Canada. The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector. 2006. Available online at: http://www.phac-aspc.gc.ca/cpippclcpi/index-eng.php.

134. Ratanawongsa N, Howell EE, Wright SM. What motivates physicians throughout their careers in medicine? Compr Ther. 2006;32:210–217. [PubMed]

135. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. Hum Resour Health. 2003;1:9. 1478-4491-1-9.

136. Ron A. et al. Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach, Geneva: ILO, 1990, -765p.

137. Stamatia Ilioudi, Athina Lazakidou, Maria Tsironi Importance of Patient Satisfaction Measurement and Electronic Surveys: Methodology and Potential Benefits.// International Journal of Health Research and Innovation, vol. 1, no. 1, 2013, 67-87, 2051-5065.

138. Tjin A Tsoi SL, de Boer A, Croiset G, Koster AS, Kusurkar RA. Unraveling Motivational Profiles of Health Care Professionals for Continuing Education. The Example of Pharmacists in the Netherlands. // J Contin Educ Health Prof. 2016 Winter;36(1):46-54.

139. TRAIN K.E. *Discrete Choice Methods with Simulation.* –University of California, Berkeley and National Economic Research Associates, Inc., 2005. – 554 p.

140. United Nations Development Program. Human Development Report, Oxford: Oxford University Press, 2015.

141. Van Lerberghe W., Conceicao C., van Damme W., Ferrinho P. (2002). When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. Bulletin of the World Health Organization, 80: 581 -584.

142. Veličković VM, Višnjić A, Jović S, Radulović O, Šargić Č, Mihajlović J, Mladenović J. Organizational commitment and job satisfaction among nurses in Serbia: a factor analysis.// Nurs Outlook. 2014 Nov-Dec;62(6):415-27.

143. Vong SK, Tang SK.Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study.// J. Clin Nurs. 2013;22(13-14):1843-56

144. World Health Organization: Applying the WISN Method in Practice: Case Studies from Indonesia, Mozambique and Uganda. Geneva: WHO Press; 2010.
World Health Organization(2014) WPRO Workforce Projection Tool (WWPT). http://www.who.int/hrh/tools/planning/en/

145. Yang B. Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea. In Dunlop, D. and Martins, J.(editors), An international Assessment of Health Care Financing: Lesson for Developing Countries. Economic Development Institute of The World Bank. Washington, D.C. 2010.

Հ Ա Վ Ե Լ Վ Ա Ծ

Հավելված 1

Աշխատողի մոտիվացիայի գնահատում

Բուժհաստատությունը, որտեղ կատարվել է հարցումը ____________________

____

1. Ձեր պաշտոնը՝ ______________
2. Ըստ մասնագիտության Ձեր աշխատանքային ստաժը ______
3. Զբաղվում եք արդյո՞ք բուժական աշխատանքով __________
4. Ձեր տարիքը __________

Հարգելի գործընկեր

Շնորհակալ եմ համագործակցության համար: Խնդրում եմ հարցերին պատասխանել համաձայն հանձնարարականի

ա) Դուք պետք է 11 բալը բաշխեք յուրաքանչյուր հարցադրման 4տարբերակների միջև:

բ) Եթե Ձեզ կթվա, որ որևէ գործոն ավելի մեծ նշանակություն ունի, կարող եք այն գնահատել 11բալ:

գ) Բոլորովին կարևոր չէ, թե Դուք ինչպես կբաշխեք 11 բալը տարբերակների միջև:

դ)Ձեր կողմից գնահատված բալերը կարող եք միանգամից անցկացնել պատասխանների աղյուսակ:

N	Տարբերակ	Հաստատումը	Բալ
1.	Ես գտնում եմ, որ կարող եմ մեծ ներդրում ունենալ այնպիսի աշխատանքում, որտեղ՝		
	ա	լավ եմ վարձատրվում,	
	բ	հնարավորություն կա կոլեկտիվի անդամների հետ ունենալ լավ փոխհարաբերություններ,	
	գ	կարող եմ ազդել որոշումների կայացման գործընթացում և որպես լավ աշխատող դրսևորել իմ առավելությունները,	
	դ	որպես անձ հնարավորություն ունեմ կատարելագործվելու և աճելու:	
Ընդամենը			11
2.	Ես չէի ցանկանա աշխատել այնտեղ, որտեղ՝		
	ա	բացակայում են հստակ հանձնարարականները,	
	բ	գործնականում բացակայում է հետադարձ կապը և աշխատանքի արդյունավետության գնահատումը	
	գ	ինչով ես զբաղվում եմ օգտակարություն և արժեք չունեցող գործ է	
	դ	աշխատանքային պայմանները վատն են (աղմկոտ, կեղտոտ	
Ընդամենը			11

3.	Ինձ համար կարևոր է, որ իմ աշխատանքը՝		
	ա	լինի փոփոխական և տարբեր բովանդակության,	
	բ	հնարավորություն տա աշխատել խմբերի հետ,	
	գ	ունենա հստակ հանձնարարականներ, որպեսզի ես հասկանամ, թե ինչ է ինձանից պահանջվում,	
	դ	հնարավորություն տա ճանաչել այն մարդկանց, ում հետ ես աշխատում եմ:	
Ընդամենը			11
4.	Ես կարծում եմ, որ ինձ այնքան էլ չի հետաքրքրի այնպիսի աշխատանքը, որը՝		
	ա	կապահովի մարդկանց հետ քիչ շփում,	
	բ	այլ մարդկանց կողմից դժվար նկատելի կլինի,	
	գ	չունի հստակ սահմաններ, որ հասկանամ, թե ինչ է ինձանից պահանջվում	
	դ	սահմանափակվում է միայն որոշակի քանակության ընթացիկ գործողություններով:	
Ընդամենը			11
5.	Աշխատանքը ինձ դուր է գալիս, եթե՝		
	ա	հստակ պատկերացնում եմ, թե ինչ է ինձանից պահանջվում,	
	բ	ունեմ հարմարավետ աշխատավայր և ինձ քիչ են շեղում,	
	գ	ունեմ լավ վարձատրվող աշխատանք,	
	դ	թույլ է տալիս կատարելագործել իմ մասնագիտական ունակությունները:	
Ընդամենը			11
6.	Ենթադրում եմ, որ ինձ դուր կգա, եթե՝		
	ա	լինեն աշխատանքի լավ պայմաններ և բացակայի ճնշումը,	
	բ	ունենամ լավ աշխատավարձ,	
	գ	աշխատանքը լինի օգտակար և այդ աշխատանքից ստանամ բավարարվածություն,	
	դ	իմ ձեռքբերումները և աշխատանքը գնահատվեն ըստ արժանվույն:	
Ընդամենը			11
7.	Ես չեմ գտնում, որ աշխատանքը պետք է՝		
	ա	լինի թույլ կառուցվածքի, այնպես, որ անհասկանալի լինի ի՞նչ է անհրաժեշտ անել,	
	բ	քիչ հնարավորություն տա միմյանց ճանաչելու,	
	գ	հանրության համար լինի քիչ նշանակություն ունեցող և անհետաքրքիր կատարելու համար,	
	դ	մնա չճանաչված և այն կատարելը լինի օրինաչափություն:	
Ընդամենը			11
8.	Աշխատանք, որը բերում է բավարարվածություն՝		
	ա	կապված է բազմաբնույթ, փոփոխական և խթանիչ լինելու հետ,	

	բ	տալիս է հնարավորություն կատարելագործել մասնագիտական որակավորումը և նպաստում զարգանալ որպես անձ,	
	գ	հանրության համար օգտակար և նշանակություն ունեցող է,	
	դ	հնարավորություն է ընձեռում նոր գաղափարների համար դրսևորել ստեղծագործական մոտեցում:	
Ընդամենը			11
9.	Կարևոր է, որ աշխատանքը՝		
	ա	լինի ընդունելի և գնահատված,	
	բ	հնարավորություն տա մասնագիտական վերելքի և կատարելագործման,	
	գ	զուգակցվի մեծ փոփոխություններով և լինի տարաբնույթ,	
	դ	հնարավորություն տա գործընկերոջը ազդել մյուսների վրա:	
Ընդամենը			11
10.	Ես գտնում եմ, որ աշխատանքը չի կարող բերել բավարարվածության, եթե՝		
	ա	այն կատարելու ընթացքում հնարավորություն չի ստեղծվում շփվել տարբեր մարդկանց հետ,	
	բ	վարձատրվում է շատ լավ,	
	գ	հնարավորություն չի տալիս աշխատանքային ընկերների հետ ունենալ բարիդրացիական հարաբերություններ,	
	դ	ունեմ քիչ հնարավորություն կամ ինքնուրույնություն, որպեսզի դրսևորեմ ճկունություն:	
Ընդամենը			11
11.	Լավ է այն աշխատանքը, որը՝		
	ա	ապահովում է լավ աշխատանքային պայմաններ,	
	բ	տալիս է հստակ գործիքակազմ և բացատրություն աշխատանքի վերաբերյալ,	
	գ	ակնկալում է հետաքրքիր և օգտակար հանձնարարականների կատարում,	
	դ	հնարավորություն է տալիս ստանալ անձնական հաջողություններ և աշխատանքի կատարման որակի գնահատական:	
Ընդամենը			11
12.	Հավանական է, որ ես չեմ կարող լավ աշխատել, եթե՝		
	ա	քիչ հնարավորություն կա ձևակերպել նպատակ և հասնել դրան,	
	բ	չունեմ հնարավորություն կատարելագործել անձնական որակը,	
	գ	ծանր աշխատանքը չի ստանում համապատասխան փոխհատուցում	
	դ	աշխատավայրում փոշոտ է, կեղտոտ և աղմկոտ:	
Ընդամենը			11
13.	Ծառայողական պարտականությունների		

	ձևակերպման ժամանակ կարևոր է՝		
	ա	տալ մարդկանց հնարավորություն միմյանց լավ ճանաչելու,	
	բ	աշխատողին հնարավորություն տալ դնել նպատակ և հասնել դրան,	
	գ	ապահովել աշխատողին պայմաններով ստեղծագործական ջիղը դրսևորելու համար,	
	դ	ապահովել աշխատատեղի հարմարավետություն և մաքրություն:	
Ընդամենը			11
14.	Հավանական է, ես չեմ ցանկանա աշխատել այնտեղ, որտեղ՝		
	ա	չեմ ունենա ինքնուրույնություն և մասնագիտական կատարելագործման հնարավորություն,	
	բ	չեն խրախուսվում գիտական հետազոտությունները,	
	գ	քիչ է մարդկանց հետ շփումը,	
	դ	բացակայում են արժանի հավելավճարն ու լրացուցիչ արտոնյալ պայմանները:	
Ընդամենը			11
15.	Ես կլինեի բավարարված, եթե՝		
	ա	ունենայի հնարավորություն ազդել մյուս աշխատողների որոշումների կայացման վրա,	
	բ	աշխատանքը լիներ փոփոխական,	
	գ	իմ հաջողությունները գնահատվեին մյուս մարդկանց կողմից,	
	դ	իմանայի, թե ինչ է ինձանից պահանջվում և ինչպես է պետք այն կատարել:	
Ընդամենը			11
16.	Աշխատանքն ինձ քիչ կբավարարեր, եթե՝		
	ա	հնարավորություն չստեղծեր ձևակերպել և հասնել բարդ նպատակների,	
	բ	հստակ չիմանայի աշխատանքի կատարման կարգը,	
	գ	կատարված աշխատանքի բարդությունն ու վարձատրման մակարդակը լինեին անհամապատասխան	
	դ	գործնականում չկարողանայի ազդել որոշումների կայացման վրա:	
Ընդամենը			11
17.	Ես գտնում եմ, որ պաշտոնը պետք է ներկայացնի՝		
	ա	պաշտոնի հստակ հանձնարարականներ և կատարման ուղեցույց,	
	բ	հնարավորություն ավելի լավ ճանաչել իմ գործընկերներին,	
	գ	հնարավորություն կատարել բարդ արտադրական հանձնարարականներ,	
	դ	տարբեր, փոփոխվող և խրախուսվող առաջադրանքներ:	
Ընդամենը			11
18.	Աշխատանքը ինձ կբերի ավելի քիչ		

	բավարարվածություն, եթե՝		
	ա	հնարավորություն չստեղծի ունենալ ստեղծագործական ներդրում,	
	բ	հնարավորություն չտա աշխատել մեկուսացված, այսինքն՝ աշխատողը պետք է աշխատի մենակ,	
	գ	բացակայի ներքին բարենպաստ մթնոլորտը և մասնագիտական աճի հնարավորությունը,	
	դ	հնարավորություն չտա ազդել որոշումների կայացման գործընթացի վրա:	
Ընդամենը			11
19.	Ես կցանկանայի աշխատել այնտեղ, որտեղ՝		
	ա	այլ մարդիկ կընդունեն և կգնահատեն իմ կողմից կատարված աշխատանքը,	
	բ	ես կունենամ հնարավորություն ազդել այն գործի վրա, ինչն անում են այլ մարդիկ,	
	գ	կտարժանի հավելավճարի համակարգ և լրացուցիչ արտոնություններ,	
	դ	կարելի է առաջադրել և փորձարկել նոր գաղափարներ, դրսևորել ստեղծագործական մոտեցում:	
Ընդամենը			11
20.	Ես դժվարությամբ կցանկանայի աշխատել այնտեղ, որտեղ՝		
	ա	աշխատանքում չկա փոփոխություն և բազմազանություն,	
	բ	ես կունենամ քիչ հնարավորություն ազդել որոշումների կայացման վրա,	
	գ	աշխատավարձը այնքան էլ բարձր չէ,	
	դ	աշխատանքային պայմաններն անբավարար են:	
Ընդամենը			11
21.	Ես գտնում եմ, որ բավարարվածություն բերող աշխատանքը պետք է ապահովի՝		
	ա	հստակ հրահանգների առկայություն, որպեսզի աշխատողներն իմանան, թե ինչ է իրենցից պահանջվում,	
	բ	ստեղծագործական դրսևորումների հնարավորություն,	
	գ	հետաքրքիր մարդկանց հետ հանդիպելու հնարավորություն,	
	դ	բավարարվածության զգացողություն և հետաքրքիր հանձնարարականներ:	
Ընդամենը			11
22.	Աշխատանքը չի ապահովի բավարարվածություն, եթե՝		
	ա	բացակայեն լրացուցիչ արտոնությունները,	
	բ	աշխատանքային պայմանները լինեն ոչ բավարար,	
	գ	աշխատողը հնարավորություն չունենա իր կատարած աշխատանքն համեմատել մյուսների հետ,	
	դ	չեն խրախուսվում ստեղծագործական	

		մոտեցումն ու հետազոտությունները:	
Ընդամենը			11
23.	Ես գտնում եմ,որ կարևոր է,որ աշխատանքն ինձ ապահովի`		
	ա	բազմաթիվ շփումներ լայն հասարակության հետ,	
	բ	հնարավորություն նպատակի ձևակերպման և այն իրականացնելու հարցում,	
	գ	հնարավորություն ունենալ ազդել որոշումների կայացման վրա,	
	դ	աշխատանքի վարձատրման բարձր մակարդակ:	
Ընդամենը			11
24.	Ես չեմ գտնում,որ ինձ դուր կգա այնպիսի աշխատանք, եթե`		
	ա	աշխատանքի պայմանները անբավարար և աղմկոտեն,	
	բ	քիչ է հնարավորությունը ազդել ուրիշ մարդկանց վրա,	
	գ	քիչ է հնարավորությունը հասնելու նպատակին,	
	դ	ես չեմ կարող նոր գաղափարներ առաջադրել և ունենալ ստեղծագործական մոտեցում:	
Ընդամենը			11
25.	Աշխատանքի կազմակերպման ժամանակ կարևոր է`		
	ա	ապահովել աշխատատեղի հարմարավետություն,	
	բ	ստեղծել պայմաններ,որպեսզի աշխատողները դրսևորեն իրենց ինքնուրույնությունը	
	գ	պլանավորել փոփոխությունների հնարավորություն,	
	դ	ապահովել այլ մարդկանց հետ շփվելու հնարավորություն:	
Ընդամենը			11
26.	Ամենայն հավանականությամբ ես չէի ցանկանա աշխատել այնտեղ,որտեղ`		
	ա	աշխատանքի պայմանները հարմարավետ չեն,	
	բ	քիչ են հնարավորությունները իրականացնել այլ մարդկանց հետ շփումներ,	
	գ	աշխատանքը օգտակար և հետաքրքիր չէ,	
	դ	աշխատանքը առօրեական է և հանձնարարականը հազվադեպ է փոփոխվում:	
Ընդամենը			11
27.	Աշխատանքը,հավանաբար կբերի բավարարվածություն,եթե`		
	ա	լավ կատարված աշխատանքը մարդիկ ընդունում և գնահատում են,	
	բ	կաճկունության դրսևորման լայն հնարավորություն,	

	գ	կարելի է ձևակերպել բարդ խիզախ նպատակներ,	
	դ	կա հնարավորություն ավելի լավ ճանաչել կոլեգաներին:	
Ընդամենը			11
28.	Ինձ դուր չէր գա այնպիսի աշխատանքը, որը՝		
	ա	օգտակար չի և չի առաջացնում բավարարվածության զգացում,	
	բ	չի պարունակում խթան փոփոխությունների,	
	գ	հնարավորություն չի տալիս կոլեգաների հետ ունենալ բարյացակամ հարաբերություններ,	
	դ	հստակ չի և չի առաջադրում բարդ խնդիրներ:	
Ընդամենը			11
29.	Ես կդրսևորեի ցանկություն աշխատել այնտեղ, որտեղ՝		
	ա	աշխատանքը օգտակար և հետաքրքիր է,	
	բ	մարդիկ կարող են ստեղծել երկարատև բարյացակամ փոխհարաբերություններ,	
	գ	շրջապատված եմ հետաքրքիր մարդկանցով,	
	դ	կարող են ունենալ ազդեցություն որոշումների կայացման մեջ:	
Ընդամենը			11
30.	Ես չեմ գտնում, որ աշխատանքը պետք է՝		
	ա	նախատեսի, որ անձը երկար ժամանակ պետք է աշխատի միայնակ,	
	բ	տա աշխատողին քիչ հնարավորություն դրսևորելու անձնական հաջողությունները,	
	գ	խոչընդոտել կոլեկտիվում փոխհարաբերությունների դրսևորման,	
	դ	կառուցված լինի միայն առօրյա պարտականություններից:	
Ընդամենը			11
31.	Լավ պլանավորված աշխատանքը անպայման պետք է՝		
	ա	ինկատի ունենա բավարար արտոնություններ և բազմաթիվ հավելավճարներ,	
	բ	ունենա կատարողականի հստակ հանձնարարական և պաշտոնների պարտականություններ,	
	գ	նախատեսի նպատակի ձևավորման և իրականացման հնարավորություն,	
	դ	ունենա նոր նպատակների առաջադրման խթանում և խրախուսում:	
Ընդամենը			11
32.	Ես կգտնեի, որ աշխատանքը չի բերում բավարարվածության, եթե՝		
	ա	չես կարող կատարել բարդ հեռանկարային աշխատանք,	
	բ	քիչ է հնարավորությունը ստեղծագործական մոտեցման դրսևորման	

		համար,	
	գ	թույլ է տրվում ինքնուրույնության փոքր չափաբաժին,	
	դ	աշխատանքի բովանդակությունը չունի օգտակարություն:	
Ընդամենը			11
33.	Պաշտոնի առավել կարևոր բնութագրիչ է հանդիսանում՝		
	ա	հնարավորությունը ստեղծագործական մոտեցման և ոչ ստանդարտ մտածելու համար,	
	բ	կարևոր պարտականությունները, որոնց կատարումը բերում է բավարարվածության,	
	գ	հնարավորություն կոլեկտիվում ստեղծել լավ փոխհարաբերություններ,	
	դ	նշանակություն ունեցող նպատակի առկայություն, որին պետք է ձգտի աշխատողը	
Ընդամենը			11

Հավելված 2

ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ԲԱՎԱՐԱՐՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Հարգելի գործընկեր

Խնդրում եմ ընտրել պատասխանները Ձեր տեսանկյունից

	Տարբերակ	Հաստատում
1	Կազմակերպության վերաբերյալ ունեք հստակ պատկերացում՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
2	Ես գտնում եմ, որ մեր կազմակերպության գործունեության վերաբերյալ տեղեկատվությունը ինձ համար հասանելի է և պարբերաբար թարմացվում է՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
3	Մեր ստորաբաժանման աշխատակիցներին դուր է գալիս կոլեկտիվը և մասնակցությունը համատեղ աշխատանքներին՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
4	Իմ աշխատանքը բացասական ազդեցություն չի ունենում իմ անձնական կյանքի վրա՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
5	Ես գտնում եմ,որ կապ կա իմ աշխատավարձի և ընդհանուր աշխատանքի մեջ իմ ներդրումների միջև՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
6	Ես բավարարված եմ աշխատանքի պայմաններով, իմ աշխատատեղով և ռեժիմով՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
7	Մեր ստորաբաժանումում առկա է բոնուսների արդար բաշխում՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
8	Ես հստակ պատկերացնում եմ իմ պարտականությունների շրջանակը՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
9	Ինձ բավարարում է գլխավոր բժշկի կառավարման ոճը՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
10	Ինձ բավարարում է ստորաբաժանման ղեկավարի կառավարման ոճը՝	
	ա	Այո

	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
11	Ընդհանուր նպատակի իրականացման համար ես ներ եմ դնում առավելագույն ուժեր՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
12	Ես հանդիսանում եմ թիմի անդամ: Իմ կարծիքի հետ հաշվի են նստում՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
13	Կատարվող աշխատանքի շրջանակներում ես ունեմ գործունեության լրիվ ազատություն՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
14	Իմ անմիջական ղեկավարի խոսքի և գործի միջև ես չեմ տեսնում տարաձայնություններ՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
15	Ինձ բավարարում է մասնագիտական որակավորման բարձրացման կրթական համակարգը՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
16	Մեր կառուցվածքային ստորաբաժանումում աշխատողների միջև կոնֆլիկտները գործնականում բացակայում են՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
17	Իմ նախաձեռնությունները խրախուսվում են՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
18	Մեր կոլեկտիվում առկա է վստահության մթնոլորտ և հարաբերություններ՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
19	Ես հստակ պատկերացնում եմ մասնագիտական հեռանկարները այդ կազմակերպությունում և այն ինձ բավարարում է՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
20	Ես ամբողջությամբ իրականացնում եմ իմ հնարավորությունները՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
21	Ես չեմ ցանկանում փոխել այն կազմակերպությունը, որտեղ աշխատում եմ՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
22	Ես գտնում եմ, որ հնարավոր է աշխատանքից հետո մնալ, եթե չեմ հասցնում կատարել բոլոր խնդիրները՝	

	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
23	Կազմակերպության ղեկավարը անում է ամեն ինչ կազմակերպության առջև դրված նպատակին հասնելու համար՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
Թվարկված խրախուսման ձևերից ես կընտրեի հետևյալ 5-ը		
24	Հավելավճար՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
25	Լրացուցիչ ուսուցում՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
26	Հանգստային ուղեգիր ձեռքբերելու համար անհատական նպատակային վճարում՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
27	Կոնկրետ արժանիքի համար առաջխաղացում՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
28	Կորպորատիվ հանգիստ՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
29	Թատրոնի,կինոյի,համերգի տոմսեր՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
30	Կոնկրետ արժանիքի գնահատում և երախտագիտություն աշխատանքային գրքույկում նշելով՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
31	Կոնկրետ արժանիքի գնահատում և երախտագիտություն ընդհանուր ժողովում նշելով՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
32	Կոնկրետ արժանիքի գնահատում և երախտագիտություն գլխավոր բժշկի կամ ստորաբաժանման ղեկավարի կողմից՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
33	Կոնկրետ արժանիքի գնահատում և երախտագիտության լուսաբանում ցուցադրական միջոցներով՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
Սպասարկվող կառուցվածքային ստորաբաժանումների գործունեության գնահատում		
34	Տեղափոխման միջոցների ապահովում՝	
	ա	Այո

	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
35	Յամակարգչի ապահովում`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
36	Ինտերնետկապի և հեռախոսի ապահովում`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
37	Տնտեսական ծառայություն`	
	ա	ազանց և լավ (4բալ)
	բ	արար (3բալ)
	գ	(2բալ)
	դ	տեմ (0բալ)
38	Կադրային ծառայություն`	
	ա	ազանց և լավ (4բալ)
	բ	արար (3բալ)
	գ	(2բալ)
	դ	տեմ (0բալ)
ք իրավիճակը, որ կապված է ձեր մասնագիտական գործունեության հետ		
39	Անբարենպաստ աշխատանքային պայմաններ`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
40	Ֆիզիկական ակտիվության ցածր մակարդակ`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
41	Մասնագիտական պարտականությունների կատարման հետ կապված չափավոր Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
42	Մասնագիտական պարտականությունների կատարման հետ կապված չափավոր Էմոցիոնալ ծանրաբեռնվածություն`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
Գնահատեք Ձեր կոլեգաների գործունեությունը		
43	Պոլիկլինիկայում`	
	ա	ազանց և լավ (4բալ)
	բ	արար (3բալ)
	գ	(2բալ)
	դ	տեմ (0բալ)
44	Ստացիոնարում`	
	ա	ազանց և լավ (4բալ)
	բ	արար (3բալ)
	գ	(2բալ)
	դ	տեմ (0բալ)
45	Յարկլինիկական ծառայություն`	
	ա	ազանց և լավ (4բալ)
	բ	արար (3բալ)
	գ	(2բալ)
	դ	տեմ (0բալ)
46	Գնահատեք Ձեր գործունեությունը`	
	ա	ազանց և լավ (4բալ)
	բ	արար (3բալ)
	գ	(2բալ)

	դ	տեմ (0բալ)
Լրացուցիչ ինֆորմացիա		
47	Բավարարվա՞ծ եք ամբողջությամբ Ձեր աշխատանքով`	
	ա	ամբողջությամբ բավարարված եմ
	բ	հիմնականում բավարարված եմ
	գ	մասնակի բավարարված եմ
	դ	հիմնականում բավարարված չեմ
	ե	բավարարված չեմ
	զ	դժվարանում եմ պատասխանել
48	Համաձայն եք այն մտքի հետ, որ բժշկի աշխատանքում գերակշռում են ավելորդ ձևականությունները`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
49	Համաձայն եք այն մտքի հետ, որ բնակչության համար մատչելի են ժամանակակից տեխնոլոգիաները և դեղամիջոցները`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
50	Համաձայն եք այն մտքի հետ, որ անձի բարձրագույն կրթության մակարդակը չի համապատասխանում աշխատավարձի մակարդակին`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
51	Համաձայն եք այն մտքի հետ,որ ձեր հիմնարկում առկա է նյութատեխնիկական բազայի անբավարար մակարդակ`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
52	Համաձայն եք այն մտքի հետ, որ բացակայում է պացիենտների անհրաժեշտ հարգալից վերաբերմունքը բժշկի աշխատանքին	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
53	Համաձայն եք այն մտքի հետ,որ համակարգի անբավարար իմացությունը դժվարացնում է ձեր աշխատանքը`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
Նշեք 3 հիմնական պատճառներ, որոնք բացասական են ազդում Ձեր առողջական վիճակի վրա		
54	Աշխատանքի անբարենպաստ պայմանները`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
55	Ֆիզիկական ցածր ակտիվությունը`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
56	Բավարար ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը`	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել
57	Բավարար էմոցիոնալ ծանրաբեռնվածությունը `	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել

58	Կոլեկտիվում անբավարար հոգեբանական մթնոլորտը՝	
	ա	Այո
	բ	Ոչ
	գ	Դժվարանում եմ պատասխանել

Հավելված 3

ՔԱՐՏ

Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակի բժիշկ մասնագետի աշխատանքի որակի գնահատման ցուցանիշների հաշվարկ 2011 թ.___(պաշտոն, Ա.Ա.Հ.)

№	Ցուցանիշի անվանումը \ ամիսներ	I		III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1	Տնային կանչերի կատարման տեսակարար կշիռը												
1.1	Նորմատիվ												
1.2	Փաստացի կատարողական												
1.3	%												
1.4	Բալային գնահատական												
2	Հիվանդության վաղ փուլում հայտնաբերված դեպքերի թիվ												
2.1	Հայտնաբերված ընդհանուր հիվանդության դեպքերի թիվ												
2.2	Վաղ փուլում հայտնաբերված հիվանդության դեպքերի թիվ												
2.3	Վաղ փուլում հայտնաբերված հիվանդությունների %												
2.4	Բալային գնահատական												
3	Հիվանդության ուշացած դեպքերի թիվ												
3.1	Հայտնաբերված ընդհանուր հիվանդության դեպքերի թիվ												
3.2	Ուշ փուլում հայտնաբերված հիվանդության դեպքերի թիվ												
3.3	%												
3.4	Բալային գնահատական												
4	Ամբուլատոր պոլիկլինիկական և ստացիոնար դեպքերի ախտորոշումների համընկման ցուցանիշ												
4.1	Ստացիոնար ուղեգրված հիվանդների թիվ												
4.2	Ստացիոնարում չհամընկած ախտորոշումների թիվ												
4.3	Չհամընկած ախտորոշումների %												
4.4	Բալային գնահատական												
5	Բարդությունների տեսակարար կշիռ												
5.1	Վիրահատությունների ընդհանուր թիվ												
5.2	Բարդությունների թիվ												
5.3	Բարդությունների %												
5.4	Բալային գնահատական												
6	Ստացիոնար ուղեգրումների մեջ ուշացած հոսպիտալիզացիայի տեսակարար կշիռը												
6.1	Ստացիոնար												

	ուղեգրումների թիվ												
6.2	Ոչ ժամանակին ուղեգրվածների թիվ												
6.3	Ոչ ժամանակին հոսպիտալացվածների %												
6.4	Բալային գնահատական												
7	Պլանային հոսպիտալացվածների մեջ չհետազոտվածների տեսակարար կշիռը												
7.1	Պլանային հոսպիտալիզացիայի ուղարկվածների թիվ												
7.2	Առանց հետազոտության ուղեգրվածների թիվ												
7.3	%												
7.4	Բալային գնահատական												
8	Անորակ ձևակերպված փաստաթղթերի տեսակարար կշիռը												
8.1	Ձևակերպված փաստաթղթերի ընդհանուր թիվը												
8.2	Անորակ ձևակերպված փաստաթղթերի թիվը												
8.3	%												
8.4	Բալային գնահատականը												
9	Ըստ բժշկական հանձնաժողովի առկա բողոքների թիվը (բողոքները բացակայում են -0/բողոքների թիվը)												
9.1	Հիմնավորված բողոքների թիվ												
9.2	%												
10	Բալային գնահատական												
10.1	Ընդհանուր բալ (գումարային.1-8, հանած.9)												
10.2	Ըստ նորմատիվի բալերի գումարը Վիրաբուժական մասնագիտությունների համար՝ 40բալ Թերապևտիկ մասնագիտությունների համար՝ 35բալ Հարկլինիկական ծառայության համար՝ 15 բալ												
10.3	Անհատական գործակից (ըստ 10.1/ըստ 10.2)												
11	Ստորագրություն												

Հավելված 4

Հիվանդության պատմագրի ստուգաթերթ

Բուժհաստատության անվանումը

Բաժանմունքի ³անվանումը ——————————————————

Հիվանդության պատմագրի համարը ———— Մ/օր ——— պալատ___

Հիվանդի Ա.Ա.Հ.————————————————————տարիք ____

Բուժման ժամկետները ——————————————————

Բուժող բժիշկ ______________________________________

Բլոկ A: Ախտորոշիչ միջոցառումների գնահատական - 2,0

A-1: Հիվանդի հսկողությունը -0,5

0,5

Թերություններ առաջնակի զննման մեջ

☐կան ☐չկան

Առաջնային զննման ժամը ☐նշված է ☐նշված չէ

Ուղեկցող հիվանդություններ ☐կան ☐չկան ☐նշված չեն

Հետազոտման պլան ☐նշված է ☐նշված չէ ☐մասնակի

Բուժման պլան ☐նշված է ☐նշված չէ ☐մասնակի

Գանգատները և անամնեզը հավաքված են ամբողջությամբ

☐այո ☐ոչ ☐մասնակի

Առկա է բաժանմունքի վարիչի զննումները ☐այո ☐ոչ

Առկա են մասնագիտական խորհրդատվություններ ☐այո ☐ոչ

Առկա է էպիկրիզը ☐այո ☐ոչ

Հիվանդի հսկողությունը ամբողջական է համապատասխանում է դրված ախտորոշմանը ☐այո ☐ոչ

—————————————————————————

Մասնակի է կամ անժամանակ, կամ ընդհանուր վիճակի

0,25

դինամիկայում կաանհրաժեշտ հսկողության բացակայություն

☐այո ☐ոչ

Չի իրականացվել ☐ 0

A-2: *Լաբորատոր ախտորոշման ծավալ և որակ - 0,75*

☐ամբողջական է, 0,75

☐կատարված է ոչ ամբողջական ծավալով, 0,5

☐կատարված է ոչ ժամանակին,

☐գնահատված չէ

☐կաավելցուկային ծավալ, 0,25

☐առկա փոփոխությունների դեպքում իրականացված չեն ստուգիչ հետազոտությունները

☐չեն իրականցվել 0

A-3: Գործիքային հետազոտությունների ծավալ և որակ - 0,75

☐ամբողջական է 0,75

☐կատարված է ոչ ամբողջական ծավալով, 0,5
☐կատարված է ոչ ժամանակին,
☐գնահատված չէ

☐կաավելցուկային ծավալ, 0,25
☐առկա փոփոխությունների դեպքում իրականացված չեն ստուգիչ հետազոտությունները

☐չեն իրականցվել, 0
☐նշանակված և իրականացված են առանց տվյալ հետազոտության հակացուցումները հաշվի առնելու

Բլոկ B: Դրված ախտորոշման ճշգրտության գնահատում - *1,0*

☐ախտորոշումը դրված է ճիշտ, ժամանակին, հիմնավորված է 1,0

☐ամբողջովին չի ձևակերպված, 0,75
☐հիմնավորված չէ,
☐ներկայացված չեն ուղեկցող հավանությունները կամ ծագած բարդությունները
☐դրված է ուշացումով 0,5

☐չի համապատասխանում կլինիկային, 0
☐կան տարբերություններ եզրափակիչ կլինիկական

ախտորոշման և հիմնական հիվանդության
պաթոլոգաանատոմիական ախտորոշման միջև`
առկա է երրորդ կարգի տարբերություն

Բլոկ C:Բուժական միջոցառումների գնահատում *-6,0*

C-1:Ախտորոշման և բուժման համապատասխանություն -2,0

2,0

☐իրականացված է ամբողջ ծավալով և ժամանակին
————————————————————

☐կատարված է դեղորայքային թերապիա` ոչ ամբողջական ծավալով,
☐չի իրականացվել ուղեկցող հիվանդությունների բուժում,որն անհրաժեշտ էր

1,5

————————————————————

☐բուժումը սկսվել է ոչ ժամանակին,
☐վիրահատությունը կատարվել է անժամանակ,
☐անհրաժեշտության դեպքում ոչ ժամանակին է տեղափոխվել անեսթեզիոլոգիայի, վերակենդանացման և ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներ,
☐ընտրվել է վիրահատության սխալ տակտիկա

1,0

☐կա ավելցուկային թերապիա,
☐կա ուղեկցող հիվանդության հետ ոչ համատեղելի բուժում
☐կա հակացուցված դեղորայքի նշանակում

0,75

☐բուժումը չի համապատասխանում ախտորոշմանը

0,25

C-2:Բուժման ժամկետներ -2,5

2,5

☐համապատասխանում է ախտորոշմանը և հաշվի է առնված ուղեկցող հիվանդությունները
————————————————————

☐հիմնավորված չէ վաղ դուրսգրումը

0,5

C-3: Հոսպիտալացման նպատակը կամ բուժման արդյունավետությունը -1,5

☐հիմնավորված է և հասցված է,կամ չի հասցված ցանկալի նպատակին ոչ կառավարելի պատճառներով

1,5

————————————————————

☐առաջացել են բարդություններ բուժման սխալ տակտիկայի հետևանքով

0,75

————————————————————

☐հիվանդի վարման սխալ տակտիկայի արդյունքում առկա է առանց փոփոխությունների վիճակ կամ վիճակի վատացում

0,5

————————————————————

☐անարդյունավետ է բժշկական կազմակերպության մեղքով

0

Բլոկ D: Բուժման ֆինանսական կողմն ապահովող փաստաթղթերի առկայություն -0,5

0,5

☐առկա են բոլորը
☐առկա են,սակայն ոչ լրիվ

———————————————————————————

☐առկաչեն | 0

Բլոկ E:Փուլերի հաջորդականության գնահատում -0,5

☐պահպանված է | 0,5

———————————————————————————

☐դուրս գրման մեջ ոչ ամբողջական ծավալով են ներկայացված ցուցումները հետագահսկողություններ իրականացնող բժշկին և հիվանդին | 0,25

———————————————————————————

☐պահպանված չէ | 0

Գումարային բալը՝

Փորձագետ ______________________________ (ա.ա.հ., ստորագրություն)

«————»——————————20 թ.

Հիվանդության պատմագրի ստուգաթերթի բալային գնահատումը

Ըստ հինգ բլոկերի ընդհանուր գումարը հավասար է 10բալի:

Հավելված 5

Պաշտոն	Ա.Ա.Հ.	Հաստիքային աշխատավարձ	Փաստացի աշխատաժամանակ	Աշխատանքի որակի գործակից	Աշխատանքի մասնակցության գործակից	Խթանիչ վարձատրման չափ	Ըստ բաշխման խթանիչ վարձատրման չափ
1	2	3	4	5	6	7	8
				0,95			
				0,93			
Ընդամենը							
Լրացուցիչ վարձատրություն							

Հաշվարկի ալգորիթմ՝ “7” սյունյակում դնել “3” և “5” սյունակների գումարը:

“7”սյունյակի հաշվարկ $F = F_i x \frac{K_i}{\Sigma K} x \frac{T_i}{T} x \frac{NT_i}{NT} x \frac{P_i}{P}$,որտեղ՝

F- աշխատանքի որակի համար հավելավճար,

F_i - բաժանմունքին հասած գումարի չափ,

K_i - աշխատողի աշխատանքի որակի գործակից

ΣK_i - բաժանմունքի համար աշխատանքի որակի գործակցի գումար,

T_i - փաստացի աշխատաժամանակ,

T - նորմատիվային ժամեր,

NT_i - բաժանմունքի աշխատած ժամեր,

NT - բաժանմունքի նորմատիվային ժամեր,

P_i- աշխատողի հաստիքային աշխատաժամանակ,

P- բաժանմունքի միջին աշխատաժամանակ:

Հավելված 6

Ստացիոնարի բժշկի գործունեության գնահատման չափանիշներ

	Չափանիշներ	Չափանիշների նշանակություն %	Չափանիշների կատարման գնահատում			
			1	0,8	0,5	0
1	Ծավալային ցուցանիշների պահպանում, բուժված հիվանդների թիվ	10	100 %	95-100 %	90-95 %	<90%
2	Բուժման որակից պացիենտների բողոքի բացակայություն և էթիկայի ու դեոնտոլոգիայի սկզբունքների պահպանում	10	պահպանվում է			չի պահպանվում
3	Յաթրոգեն բարդությունների բացակայություն	15	պահպանվում է			չի պահպանվում
4	Ներքին աշխատանքային կարգապահության, հիգիենիկ-հակահամաճարակային ռեժիմի խախտման բացակայություն	15	Դեֆեկտների քարտի համաձայն			
5	Դեղամիջոցի պահպանման և օգտագործման խախտումների բացակայություն	10	պահպանվում է			չի պահպանվում
6	Բժշկական փաստաթղթերի որակյալ և ժամանակին ձևակերպում	10	Դեֆեկտների քարտի համաձայն			
7	Բուժախտորոշիչ գործընթացի որակ	30	Դեֆեկտների քարտի համաձայն			
	Ընդամենը	100				

Հավելված 7

Պոլիկլինիկայի բժշկի գործունեության գնահատման չափանիշներ

	Չափանիշներ	Չափանիշների նշանակություն %	Չափանիշների կատարման գնահատում			
			1	0,8	0,5	0
1	Պլանային ծավալային ցուցանիշների կատարում, հաճախումների թիվ	10	100 %	95-100%	90-95 %	<90%
2	Բուժման որակից պացիենտների գանգատների բացակայություն	10	պահպանվում է			չի պահպանվում
3	Յաթրոգեն բարդությունների բացակայություն	15	պահպանվում է			չի պահպանվում
4	Ներքին աշխատանքային կարգապահության, անվտանգության, պահպանում, հիգիենիկ-հակահամաճարակային ռեժիմի խախտման բացակայություն	15	Դեֆեկտներ քարտի համաձայն			
5	Դեղամիջոցի պահպանման և օգտագործման խախտումների բացակայություն	10	պահպանվում է			չի պահպանվում
6	Բժշկական փաստաթղթերի որակյալ և ժամանակին ձևակերպում	10	Դեֆեկտներ քարտի համաձայն			
7	Բուժախտորոշիչ գործընթացի որակ	30	Դեֆեկտներ քարտի համաձայն			
	Ընդամենը	100				

Հավելված 8

ԱԱՊՕ բուժաշխատողների խթանիչ բնույթի աշխատանքի վարձատրում ըստ վերջնական արդյունքի՝ որպես բուժհաստատության գործունեության արդյունավետության գնահատման չափանիշ

Բուժաշխատողների խումբ	Բուժօգնության տեսակ	Որակական չափանիշներ	Ինդիկատորի (չափանիշ) գնահատում	Պլանավորվող արդյունք
1	2	3	4	5
1.Ստորաբաժանման ղեկավարներ				
Պոլիկլինիկայի թերապևտիկ բաժանմունքի վարիչ, բժիշկ-թերապևտ	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական	Թերապևտիկ բաժանմունքի գործունեության արդյունավետության գնահատման		
		ՊՆԾ պլանավորված հաճախումների կատարման պլան /1ամսվա համար/	%= Փաստացի հաճախ / Պլանավորվող հաճախ. x100%	ոչ պակաս 100%
		ՊՆԾ տնային ստացիոնար բուժում ստացածների ավարտուն դեպքերի % /1 ամսվա համար/	%= դեպքերի թիվ / պլանավորված թիվ x100%	ոչ պակաս 100%
		Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ստացիոնար ախտորոշումների համընկնում	%= համընկնման թիվ / ստացիոնար ուղեգրվածներ x100%	ոչ պակաս 100%
		Կանխարգելիչ աշխատանքի որակի չափանիշ		
		կանխարգելիչ հաճախումների %	%= պրոֆ. հաճախումներ / ընդհանուր հաճախումներ x100%	ոչ պակաս 50%
		պրոֆ. պատվաստումների ընդգրկվածության %	%= ընդգրկվածություն / ընդհանուր թիվ x100%	ոչ պակաս 90%
		դիֆթերիա հեպատիտ b կարմրախտ գրիպ		ոչ պակաս 90% մինչև 35տ.90% մինչև 25տ.90% 100%
		Դիսպանսեր հսկողության որակի չափանիշ		
		Դիսպանսեր հսկողության ընդգրկվածությունը,	%= Դիսպանսեր հսկողության դեպքեր x100%	ոչ պակաս 10%

		բուժ-պրոֆիլակտիկ օգնություն ըստ նոզոլոգիաների, բժիշկների	Ընդհանուր հսկողության	
		Սոցիալական նշանակության հիվանդությունների բուժման արդյունքների գնահատման չափանիշ		
		Տուբերկուլյոզ, ֆլյուրոգրաֆիկ հետազոտության ընդգրկվածությունը	% = Փաստացի հետազոտված դեպքեր / Ընդհանուր հսկողության ենթակա դեպքեր x100 %	90% և ավելի
		Բակտերոսկոպիկ հետազոտության ընդգրկվածությունը	% = Փաստացի հետազոտված դեպքեր / Ընդհանուր հսկողության ենթակա դեպքեր x100 %	ոչ պակաս 90%
		Զարկերակային գերճնշում Շտապ օգնության կանչեր ախտորոշված ԶԳ կապակցությամբ	ԶԳ կանչերի թիվ	0
		Շաքարային դիաբետ Շտապ օգնության կանչեր ՇԴ դեկոմպենսացիա Հոսպիտալացում ՇԴ կապակցությամբ Հաշմանդամություն ՇԴ	ՇՕ կանչեր Հոսպիտալացման թիվ Հաշմանդամության թիվ	0 0 0
		Չարորակ նորագոյացություններ III-IV կլին. փուլում առաջին անգամ ախտորոշված դեպքեր I-II կլին. փուլում առաջին անգամ ախտորոշված դեպքեր	Դեպքերի թիվ %	0 աճման միտում
		Բուժօգնության որակի չափանիշներ		
		Ըստ	Դեպքերի թիվ, որ	ոչ

		ստանդարտի ցուցաբերված բուժօգնություն Փաստաթղթերի դեֆեկտների հայտնաբերում Բուժօգնությունից պացիենտների բավարարվածությունը՝ բողոքներ դատական գործ բավարարված են ամբողջությամբ բավարարված են մասամբ բավարարված չեն	համընկել է ստանդարտին դեպքերի թիվ դեպքերի թիվ դեպքերի թիվ %= բավ.են ամբողջությամ / անկետաների ընդհանուր թի %= բավ.են մասամբ / անկետաների ընդհանուր թի %= բավարարված չե / անկետաների ընդհանուր թի	պակաս 90% 0 0 0 ոչ պակաս 70% ոչ ավել 25% ոչ ավել 5%
Մանկաբուժական բաժանմունքի վարիչ, բժիշկ-մանկաբույժ	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական	Պոլիկլինիկայի մանկաբուժական բաժանմունքի ղեկավարի գործունեության գնահատման չափանիշ		
		ՊՆԾ կատարված հաճախումների թիվ	% = փաստացի հաճախումներ / պլանավորված հաճախումներ X 100	ոչ պակաս 100%
		Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ստացիոնար ախտորոշումների համընկնում	% = համընկնում / ընդհանուր X	
		Կանխարգելիչ աշխատանքի չափանիշներ		
		նախածննդյան հսկողություն	% = նախածննդյան պատրոնաժ / նախածննդյան հաշվառում X 100	ոչ պակաս 100%
		մինչև 1 տարեկան երեխաների պատրոնաժի ընդգրկվածություն	% = պատրոնաժ / հաշվառում X 100	ոչ պակաս 100%
		երեխաների պրոֆ. զննումների ընդգրկվածություն	% = ընդգրկվածներ / ընդհանուր X 100	ոչ պակաս 95%
		մինչև 1 տարեկան կրծքով սնուցում մինչև 3ամիս մինչև 6ամիս մինչև 9ամիս	% = ընդգրկվածներ / ընդհանուր	ոչ պակաս 80% ոչ պակաս 50%

				ոչ պակաս 30%
		Դիսպանսեր հսկողության որակի չափանիշներ		
		դիսպանսեր հսկողության ընդգրկվածություն ըստ նոզոլոգիաների	% = ընդգրկվածներ / ընդհանուր X 100	%
		դիսպանսեր հսկողության հասանելիություն	% = ընդգրկվածներ / ընդհանուր X 100	%
		Բուժօգնության որակի չափանիշներ		
		Ստանդարտների համապատասխանություն		90%
		Փաստաթղթերի դեֆեկտներ		0%
		բավարարվածություն		
Վիրաբուժական բաժանմունքի վարիչ, վիրաբույժ, անոթային վիրաբույժ, տրավմատոլոգ, կոլոպրոկտոլոգ, ուրոլոգ, մանկական վիրաբույժ	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնություն	Վիրաբուժական բաժանմունքի բժիշկների գործունեության արդյունավետության գնահատում		
		ՊՆԾ կատարված հաճախումների թիվ	% = փաստացի հաճախումներ / պլանավորված հաճախումներ X 100	ոչ պակաս 100%
		Տնային ստացիոնար ՊՆԾ	% = փաստացի հաճախումներ / պլանավորված հաճախումներ X 100	100%
		Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ստացիոնար ախտորոշումների համընկնում	% = համընկնում / ընդհանուր X 10	100%
		Ամբուլատոր վիրահատությունների %		
		Բուժօգնության որակի չափանիշներ		
		Ստանդարտների համապատասխանություն		100%
		Փաստաթղթերի դեֆեկտներ		0%
		բողոքներ բավարարվածություն բավարարված են ամբողջությամբ բավարարված են մասամբ բավարարված չեն	%= բավ.են ամբողջությամ / անկետաների ընդհանուր թի %= բավ.են մասամբ / անկետաների ընդհանուր թի %= բավարարված չե / անկետաների ընդհանուր թի	0 ոչ պակաս 70% ոչ ավել 25% ոչ ավել 5%
Բժիշկ մասնագետներ, որոնք ամբուլատոր-պոլիկլինիկական				

օգնություն են ցուցաբերում				
Տեղամասային բժիշկ-թերապևտ	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնություն	Բժիշկ-թերապևտի գործունեության արդյունավետության գնահատման չափանիշներ		
		ՊՆԾ հաճախումների կատարողական	% = փաստացի հաճախումներ / պլանավորված հաճախումներ X 100	ոչ պակաս 100%
		Ցերեկային ստացիոնար բուժում	% = փաստացի հաճախումներ / պլանավորված հաճախումներ X 100	ոչ պակաս 100%
		Տնային ստացիոնար բուժում	% = փաստացի հաճախումներ / պլանավորված հաճախումներ X 100	100%
		Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ստացիոնար ախտորոշումների համընկնում	% = համընկնում / ընդհանուր X	ոչ պակաս 100%
		Պրոֆիլակտիկ աշխատանքի չափանիշներ		
		Պրոֆիլակտիկ հաճախումների % Պրոֆիլակտիկ պատվաստումների ընդգրկվածություն Դիֆտերիա Հեպատիտ B Կարմրախտ Գրիպ		ոչ պակաս 5% ոչ պակաս 90% ոչ պակաս 90% ոչ պակաս 25% ոչ պակաս 100%
		Դիսպանսեր հսկողության որակի չափանիշներ		
		դիսպանսեր հսկողության ընդգրկվածությունն ըստ նոզոլոգիաների	% = ընդգրկվածներ / ընդհանուր X 100	ոչ պակաս 10%
		դիսպանսեր հսկողության հասանելիություն	% = ընդգրկվածներ / ընդհանուր	X % 100
		Սոցիալական նշանակության հիվանդությունների բուժպրոֆիլակտիկ օգնության արդյունավետության գնահատման չափանիշներ		
		Տուբերկուլյոզ	% ընդգրկվածներ	ոչ

		Ֆ ի զ ի ո թ Ե ապև տ ի կ ը ն դ գ ր կ վ ած ո ւ թ յ ո ւ ն Բ ակ տԵ ր ո ի ս կ ո պի կ հ Ե տազ ո տո ւ թ յ ո ւ ն ն Ե ր ի ը ն դ գ ր կ վ ած ո ւ թ յ ո ւ ն	= ը ն դ հ ան ո ւ ր % ը ն դ գ ր կ վ ած ն Ե ր = ը ն դ հ ան ո ւ ր	պ ա կ աս 100 9 0% 100 ո չ պ ա կ աս 90%
		Զ ար կ Ե ր ակ այ ի ն գ Ե ր ճ ն շ ո ւ մ Շ տապ օ գ ն ո ւ թ յ ան կ ան չ Ե ր ախտո ր ո շ վ ած Ջ Գ կ ապակ ց ո ւ թ յ ամ բ	Ջ Գ կ ան չ Ե ր ի թ ի վ	0
		Շ աք ար այ ի ն դ ի աբ Ե տ Շ տապ օ գ ն ո ւ թ յ ան կ ան չ Ե ր Շ Դ դ Ե կ ո մ պԵ ն ս ա ց ի ա Յ ո ս պի տալ աց ո ւ մ Շ Դ կ ապակ ց ո ւ թ յ ամ բ Յ աշ մ ան դ ամ ո ւ թ յ ո ւ ն Շ Դ	Շ Օ կ ան չ Ե ր Յ ո ս պի տալ աց մ ան թ ի վ Յ աշ մ ան դ ամ ո ւ թ յ ան թ ի վ	0 0 0
		Չ ար ո ր ակ ն ո ր ագ ո յ աց ո ւ թ յ ո ւ ն ն Ե ր III-IVկ լ ի ն . փո ւ լ ո ւ մ առ աջ ի ն ան գ ամ ախտո ր ո շ վ ած դ Ե պք Ե ր I-IIկ լ ի ն . փո ւ լ ո ւ մ առ աջ ի ն ան գ ամ ախտո ր ո շ վ ած դ Ե պք Ե ր	Դ Ե պք Ե ր ի թ ի վ %	0 աճ մ ան մ ի տո ւ մ
		Բ ո ւ ժ օ գ ն ո ւ թ յ ան ո ր ակ ի չ ափան ի շ ն Ե ր		
		Ը ս տ ս տան դ ար տի ց ո ւ ց աբ Ե ր վ ա ծ բ ո ւ ժ օ գ ն ո ւ թ յ ո ւ ն Փ ա ս տաթ ղ թ Ե ր ի դ Ե ֆ Ե կ տն Ե ր ի հ այ տն աբ Ե ր ո ւ մ Բ ո ւ ժ օ գ ն ո ւ թ յ ո ւ ն ի ց պաց ի Ե ն տն Ե ր ի բ ավ ար ար վ ած ո ւ թ յ ո ւ ն ` բ ո ղ ո ք ն Ե ր դ ատակ ան	Դ Ե պք Ե ր ի թ ի վ ,ո ր հ ամ ը ն կ Ե լ Է ս տան դ ար տի ն դ Ե պք Ե ր ի թ ի վ դ Ե պք Ե ր ի թ ի վ դ Ե պք Ե ր ի թ ի վ բ ավ .Ե ն %= ամ բ ո ղ ջ ո ւ թ յ ամ / ան կ Ե տան Ե ր ի ը ն դ հ ան ո ւ ր թ ի բ ավ .Ե ն մ աս ամ բ %= ան կ Ե տան Ե ր ի ը ն դ հ ան ո ւ ր թ ի բ ավ ար ար վ ած չ Ե %= ան կ Ե տան Ե ր ի ը ն դ հ ան ո ւ ր թ ի	ո չ պակ աս 90% 0 0 0 ո չ պակ աս 70% ո չ ավ Ե լ 25% ո չ ավ Ե լ 5%

		գործ բավարարված են ամբողջությամբ բավարարված են մասամբ բավարարված չեն		
Տեղամասային բժիշկ-մանկաբույժ	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնություն	Բժիշկ մանկաբույժի գործունեության արդյունավետության գնահատման չափանիշներ		
		Դիսպանսեր հսկողության որակի չափանիշներ		
		դիսպանսեր հսկողության ընդգրկվածություն ըստ նոզոլոգիաների	% = ընդգրկվածներ / ընդհանուր X 100	ոչ պակաս 10%
		դիսպանսեր հսկողության հասանելիություն	% = ընդգրկվածներ / ընդհանուր X 100	ոչ պակաս 10 %
		Բուժօգնության որակի չափանիշներ		
		Ըստ ստանդարտի ցուցաբերված բուժօգնություն Փաստաթղթերի դեֆեկտների հայտնաբերում Բուժօգնությունից պացիենտների բավարարվածություն՝ բողոքներ դատական գործ բավարարված են ամբողջությամբ բավարարված են մասամբ բավարարված չեն	Դեպքերի թիվ, որ համընկել է ստանդարտին դեպքերի թիվ դեպքերի թիվ դեպքերի թիվ %= բավ.են ամբողջությամ / անկետաների ընդհանուր թի %= բավ.են մասամբ / անկետաների ընդհանուր թի %= բավարարված չե / անկետաների ընդհանուր թի	ոչ պակաս 90% 0 0 0 ոչ պակաս 70% ոչ ավել 25% ոչ ավել 5%