

DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-78-147>

УДК 331

МОДЕЛІ МОТИВАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

MODELS OF MOTIVATION FOR HEALTHCARE WORKERS IN MODERN CONDITIONS

Самокіщук Роман Андрійович

аспірант,

Приватний вищий навчальний заклад «Європейський університет»

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1999-8468>**Samokishchuk Roman**

Private Higher Education Establishment "European University"

У статті зроблено спробу теоретико-практичного осмислення теми мотивації медичних працівників у сучасних умовах. З огляду на невизначеність поточного розвитку як медичного ринку, так і в цілому геополітичної ситуації, для оцінки впливу на мотивацію були обрані такі сучасні виклики, як пандемія, війна та реформи, що проводяться. Крім того, значна увага була приділена теоретичним основам мотивації. В рамках цього, були охарактеризовані особливості концепцій Маслоу і Герцберга, а також теорія самодетермінації. Для розширення теоретичної бази мотиваційних факторів, були детально проаналізовані фінансові моделі мотивації: фіксована зарплата, бонуси, модель 3Р, оплата за результатами; і нефінансові стимули: визнання, кар'єрний ріст, робоче середовище, стиль управління. Практичний аспект розгляду мотивації медичних працівників у сучасних умовах був заснований на аналізі досвіду різних країн, до числа яких в рамках статті були віднесені Україна, В'єтнам, Польща та Ефіопія. Було доведено, що важливу роль у досягненні ефективної мотивації медичних працівників відіграють лідерство та моральна підтримка. Також було визначено, що ефективна мотивація – це поєднання фінансових та нефінансових факторів, адаптованих до конкретного контексту.

Ключові слова: мотивація медичних працівників, фінансові стимули, нефінансові стимули, моделі оплати праці, теорія мотивації, управління персоналом, професійне вигорання, охорона здоров'я, лідерство, робоче середовище.

The article attempts to provide a comprehensive theoretical and practical understanding of the issue of motivation among healthcare workers in the current environment, which is characterized by a high level of uncertainty. Given the dynamics of transformations in the medical field and the intensification of global challenges, the study focuses on three key factors that directly influence the professional activity and value orientations of personnel: the COVID-19 pandemic, military actions, and reform processes in the healthcare sector. The theoretical basis is a critical analysis of classical and modern concepts of motivation. In particular, it highlights the specifics of A. Maslow's hierarchy of needs, F. Herzberg's two-factor model, and self-determination theory, which allows us to trace the evolution of scientific approaches from materially oriented to humanistic-value paradigms. Particular attention is paid to the classification of incentives, which are conditionally divided into financial and non-financial. The first group includes remuneration systems used in international practice: fixed salaries, bonus mechanisms, the 3P model (position, performance, person), as well as performance-based pay. In the context of non-financial incentives, the role of professional recognition, career growth opportunities, working environment conditions, and management style are analyzed. The practical aspect of the study is based on an analysis of international experience, covering examples from Ukraine, Vietnam, Poland, and Ethiopia. Based on a comparative analysis, it has been proven that in times of crisis, leadership, moral support, and organizational culture become crucial, as they can compensate for limited financial resources. The results of the study confirm that effective motivation in the healthcare sector is a multi-component system that combines economic incentives with emotional and psychological factors adapted to the specifics of the national context. The proposed study reveals the relationship between theoretical models of motivation and practical mechanisms for their implementation in the context of global and local transformations.

Keywords: motivation of healthcare workers, financial incentives, non-financial incentives, remuneration models, motivation theory, human resource management, professional burnout, healthcare, leadership, working environment.

Постановка проблеми. Сучасний стан розвитку ринку медичних послуг передбачає ключову роль мотивації медичних співробітників, як двигуна його ефективного функціонування та розвитку. Підвищення мотивації медичного персоналу є важливим елементом управління якісним доглядом за хворими, що, своєю чергою, представляє високу роль загалом у забезпеченні здоров'я населення. Низька мотивація медичних співробітників спричиняє плинність персоналу і може призвести до дефіциту персоналу, що ставить під загрозу надання медичної допомоги. Враховуючи сучасний стан світового середовища та кон'юнктури системи охорони здоров'я, відзначається зростання стресу та вигорання на фоні невизначеності. Високу роль у цьому відіграли війна та пандемія, викликана COVID-19, а також її наслідки. Враховуючи це, важливість аналізу моделей мотивації медичних працівників актуалізує питання як теоретичного їх осмислення, так і формування концептуальної бази для вдосконалення у сучасних умовах.

Аналіз останніх джерел досліджень і публікацій. У 2018–2025 роках сектор охорони здоров'я України зазнав реформ і викликів (пандемія, війна), що підкреслило потребу у надійних моделях мотивації. Дослідники вивчали теоретичні основи та стимули для підтримання відданості медичних працівників.

Борщ В., Щур Р. та Чуваков О. розрізняють «мотивацію» як ціль зміни стану організації та «стимулювання» як підтвердження цього стану [8, р. 56–61]. Мамай А., Мирошниченко Ю. та Дзвігол Г. аналізують моделі мотиваційного управління, підкреслюючи роль уряду та місцевих органів у створенні умов. Вони зазначають, що реформи не вирішили всіх аспектів – фінансування на одного пацієнта залишалося «недостатнім», тому рекомендують місцеві програми мотивації [12, р. 23–30].

Попри важливість внутрішньої відданості, зовнішні чинники залишаються значущими: Синенко М. Ю. та Марущак М. І. показали, що 81,8% медсестер оцінили престиж своєї роботи на найнижчому рівні, що свідчить про прагнення до визнання [2]. За оглядом Афолабі А., Фернандо С. та Боттіглієрі Т., на мотивацію медсестер впливають стиль управління, розвиток і колегіальні відносини; баланс матеріальних (зарплата, ресурси) та нематеріальних (повага, підтримка) винагород є ключовим [5, р. 603–610].

Гончарук А. Г., Левандовський Р. та Сірелла Г. наголошують, що системи моти-

вації слід адаптувати до контексту, враховуючи професію та стаття, з урахуванням закордонного досвіду [11, р. 1314–1334]. Дослідження Сидоренка А. Ю., Кіла Л., Шпіндлера Г. під час війни виявило високу відданість медиків, але й ризики вигорання; 70% зазначили негативний вплив війни. Найважливішим проханням була не лише фінансова допомога, а моральна й емоційна підтримка керівників [15].

Отже, поєднання справедливої оплати, можливостей зростання, визнання та підтримки з боку керівництва є визначальним для мотивації медичних працівників. Проте залишаються прогалини у вивченні динаміки мотивації та практик її впровадження.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Незважаючи на значну увагу до питання мотивації медичних працівників в Україні та за кордоном, низка аспектів залишається недостатньо вивченою. По-перше, динамічна взаємодія між фінансовими та нефінансовими стимулами в екстремальних умовах, таких як війна та тривалі кризи, все ще недостатньо концептуалізована. По-друге, хоча існуючі дослідження підкреслюють важливість справедливої винагороди, кар'єрних можливостей та визнання, бракує комплексних концепцій, які б інтегрували ці фактори з психологічними аспектами лідерської підтримки, емпатії та організаційної культури. По-третє, емпіричні дані свідчать, що медсестри та персонал на передовій стикаються з постійною нестачею поваги з боку суспільства та професійного престижу; однак систематичні стратегії подолання цих недоліків залишаються недостатньо розвиненими. Крім того, адаптація міжнародних мотиваційних моделей до українського контексту потребує подальшого дослідження, зокрема з огляду на гендерні аспекти, професійну спеціалізацію та регіональні відмінності. Нарешті, довгострокові наслідки пов'язаного з війною стресу, вигорання та моральної втоми для мотивації та утримання медичних працівників не були достатньо досліджені, що залишає критичну прогалину як для теорії, так і для практики.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Мета статті полягає у систематизації та оцінці моделей мотивації медичних працівників у сучасних умовах.

Виклад основного матеріалу дослідження. Класичні теорії мотивації забезпечують основу для розуміння того, що рухає медичними працівниками. Багато з цих теорій

були застосовані або адаптовані до медичних закладів.

Наприклад, розглядаючи теорію ієрархії потреб Маслоу, відзначається, що ця теорія полягає у ідеї, що люди мають ієрархію потреб, від основних фізіологічних потреб до безпеки, соціальної приналежності, поваги та самореалізації. У контексті медичного робочого місця це означає, що медичні працівники потребують адекватної оплати праці (для задоволення основних потреб), гарантії роботи та безпечних умов праці (потреби в безпеці), команд підтримки (соціальні потреби), визнання та поваги (потреби в повазі), а також можливостей для зростання та автономії (самореалізація). Тільки тоді, коли задоволені потреби нижчого рівня, мотиватори вищого рівня можуть повністю залучити персонал. Наприклад, молодому лікарю, який бореться з небезпечним робочим середовищем або неадекватною зарплатою, буде важко мотивуватися нагородами або можливостями дослідження, доки ці фундаментальні проблеми не будуть вирішені [1, с. 125–132].

Двофакторна теорія Герцберга розрізняє гігієнічні фактори (зовнішні умови, такі як зарплата, політика лікарні, умови праці) та мотиватори (внутрішні фактори, такі як досягнення, визнання, сам характер роботи). Згідно з цією моделлю, усунення незадовільних умов (адекватна оплата праці, справедлива політика, хороші умови праці) запобігає незадоволенню роботою, але справжнє задоволення від роботи та мотивація походять від внутрішніх винагород за роботу (допомога пацієнтам, професійний ріст, оцінка) [10]. В охороні здоров'я це означає, що адміністрація лікарень повинна спочатку вирішити «гігієнічні» проблеми – наприклад, низькі зарплати, надмірне робоче навантаження, погана інфраструктура – щоб усунути демотивацію. Потім вони повинні активно сприяти мотивації – наприклад, визнанню досягнень персоналу, наданню більшої відповідальності, забезпеченню постійного навчання. Багато успішних стратегій мотивації в охороні здоров'я узгоджуються з цією двофакторною логікою: забезпечення гідної базової оплати праці та умов, а потім нашарування визнання, зростання та сенсу для справжнього залучення медичних працівників [9].

Теорія самовизначення (внутрішня проти зовнішньої мотивації) підкреслює, що сильна внутрішня мотивація може підтримувати працівників у труднощах, але її потрібно підкріплювати середовищем, яке не карає їхню від-

даність. Зовнішні стимули (зарплата, бонуси) також відіграють певну роль, але мають бути добре продумані, щоб не підірвати внутрішню мотивацію [6, р. 20–29].

На практиці ефективна мотивація медичних працівників вимагає поєднання грошових стимулів, раціонального управління людськими ресурсами та позитивного робочого середовища.

Конкурентна та справедлива компенсація є фундаментальним компонентом мотивації медичних працівників. Хоча гроші не є єдиним мотиватором у професії, що займається турботою, неадекватна оплата праці може швидко деморалізувати персонал, а добре розроблені моделі оплати праці можуть стимулювати вищу продуктивність та утримання кадрів. Сучасні системи охорони здоров'я експериментували з різними моделями компенсації медичного персоналу, особливо в контексті реформ, спрямованих на підвищення ефективності та якості. Нижче наведено кілька моделей фінансової мотивації, які були впроваджені або запропоновані в останні роки [4, с. 65–73]:

У цій традиційній моделі «фіксованої заробітної плати» медичний персонал отримує стабільну базову зарплату без компонента, пов'язаного з результатами роботи. Хоча ця модель проста та забезпечує стабільний дохід, вона не стимулює активно продуктивність або покращення. Вона може підійти для нових або недосвідчених співробітників як відправна точка, але надмірна залежність від фіксованих зарплат може призвести до самовдоволення. Системи охорони здоров'я, які використовували жорсткі шкали оплати праці (наприклад, стара тарифна сітка в державному секторі України), часто виявляли, що вона дає мало прямої мотивації для додаткових зусиль або досконалості.

Зарплата плюс бонуси являє собою гібридну модель, де медичні працівники отримують базову зарплату плюс додаткові бонусні виплати, пов'язані з критеріями ефективності або результатами організації. Наприклад, лікарня може виплачувати щоквартальні бонуси, якщо досягнуто певних цільових показників якості або ефективності, або надавати індивідуальні бонуси за виняткові показники задоволеності пацієнтів. Ця модель мотивує персонал досягати конкретних цілей, щоб отримувати додаткову оплату. В українському огляді зазначалося, що за нових умов фінансування додавання бонусів за особисту продуктивність або

загальну ефективність роботи закладу може спонукати працівників покращувати результати. Однак система бонусів повинна сприйматися як справедлива та досяжна; Потрібні чіткі показники (наприклад, кількість пролікованих пацієнтів, виконаних процедур або показники якості), а бонуси повинні бути достатньо суттєвими, щоб мати значення. Гібридний підхід поєднує стабільність доходу зі стимулюванням за результатами роботи та широко використовується (наприклад, багато західних лікарень використовують базову зарплату + бонус за результатами роботи для лікарів).

Модель розподілу прибутку або рівних часток передбачає, що медичний заклад розподіляє частину свого прибутку або надлишку порівну між медичним персоналом, який зробив внесок у надання послуг. Цей підхід більш поширений у приватних клініках або групах практик. Він спрямований на сприяння командній роботі, надаючи кожному частку у фінансовому успіху закладу. Наприклад, приватна клініка у В'єтнамі може розподілити 10% свого квартального прибутку порівну між усіма лікарями та медсестрами, винагороджуючи їх за загальну прибутковість клініки. Перевага полягає в тому, що це може заохотити персонал до спільної роботи для покращення фінансового стану та ефективності закладу. Однак, як зазначали Шацкова та Райчева, схема рівних часток «вирівнює» індивідуальні досягнення, оскільки високопродуктивні та низькопродуктивні працівники отримують однакову винагороду. Це може зменшити індивідуальну ініціативу, оскільки особисті зусилля не визнаються чітко – кожен отримує бонус незалежно від обставин. Таким чином, хоча розподіл прибутку може сприяти колективній залученості та економічній свідомості, його слід збалансувати з іншими стимулами для визнання індивідуальних заслуг.

Модель продуктивності або моделі, що базується на результатах тісно пов'язує оплату праці медичного працівника з доходом або результатами, які вони генерують. По суті, лікар або медсестра отримує певний відсоток від доходу, який вони отримують (після вирахування накладних витрат). Наприклад, хірург може отримувати фіксовану плату за операцію, або лікар загальної практики може отримувати оплату за відвідування пацієнта або на душу населення. У нещодавніх реформах охорони здоров'я в Україні така модель стала можливою, коли державні лікарні перейшли на більш автономне фінансування –

дохід лікаря може бути прив'язаний до кількості пацієнтів, які до них записуються, або до послуг, які вони надають. Модель продуктивності безпосередньо стимулює більший обсяг та ефективність. Вона винагороджує індивідуальне підприємництво; високопродуктивний лікар може заробляти набагато більше. Однак є й підводні камені: якщо її не ретельно розробити, вона може заохочувати кількість над якістю або призвести до вибірки легших випадків. Вона також може поставити у невідне становище спеціальності, які є важливими, але не приносять багато доходу.

Помітним сучасним підходом є модель ЗР – оплата за посаду, оплата за людину, оплата за результативність. Ця цілісна модель, рекомендована для сучасних медичних закладів, встановлює заробітну плату на основі поєднання ролі/посади, компетенцій чи досвіду окремого працівника та результатів його роботи. Іншими словами, вона враховує, що таке робота, хто її виконує (їхню кваліфікацію/навички) та наскільки добре вони її виконують. Модель ЗР була виділена в міжнародному контексті та навіть в українських дискусіях як відповідне рішення для працівників сектору охорони здоров'я. Наприклад, у приватних лікарнях В'єтнаму впровадження структури оплати праці ЗР допомогло узгодити зарплати як з ринковими стандартами, так і з індивідуальними заслугами, гарантуючи, що краща продуктивність винагороджується вищою оплатою. Модель ЗР може мотивувати до постійного професійного розвитку (для покращення компонента «Людина») та досконалості в роботі (для максимізації компонента «Продуктивність»), а також відображати рівень відповідальності «Посади». Для її впровадження потрібні надійні системи оцінки персоналу, але вона вважається справедливим та мотивуючим підходом у сучасному управлінні персоналом [3, с. 291–308].

Впровадження правильного поєднання фінансових стимулів є складним завданням. Реформи в таких країнах, як Україна, ілюструють складність: після 2018 року, коли державні клініки були реорганізовані як комунальні некомерційні підприємства, вони отримали право обирати нові моделі оплати праці, окрім старої шкали оплати праці державних службовців. Міністерство охорони здоров'я України запропонувало лікарням кілька моделей (подібних до тих, що наведені вище). Однак багато установ спочатку вагалися відмовитися від звичної сітки фіксованих окладів, частково через адміністративний

тягар змін та невизначеність у пошуку «найкращої» моделі. З часом з'явився гібридний підхід: більша частина зарплати медичного працівника є фіксованою, але значна частина прив'язана до індивідуальних результатів, з додатковими виплатами за досягнення конкретних результатів. Це узгоджується з рекомендаціями найкращої практики, згідно з якими основна частина компенсації повинна винагороджувати індивідуальну діяльність, доповнюючи її додатковими бонусами за командні або організаційні досягнення.

Але, численні дослідження показали, що після певного моменту підвищення доходу призводить до зменшення віддачі від мотивації, якщо умови праці та управління погані. Наприклад, в Ефіопії дослідники з подивом виявили, що абсолютний рівень компенсації не мав суттєвого зв'язку із загальною мотивацією медичних працівників у державних лікарнях, тоді як нефінансові фактори були сильними предикторами мотивації [16, р. 159-169]. Висновок полягав у тому, що нефінансові інструменти управління людськими ресурсами були найсильнішими рушійними силами всіх вимірів мотивації, і тому керівники лікарень та політики повинні зосередитися на них, а не покладатися виключно на підвищення заробітної плати.

Хоча заробітна плата та стимули є одним із стовпів мотивації, більшість факторів, що рухають медичних працівників, є негрошовими. Фактично, сучасні дослідження та практичний досвід послідовно показують, що внутрішні винагороди та організаційне середовище мають глибокий вплив на мотивацію медичного персоналу, часто переважаючи помірні відмінності в оплаті праці.

Знаковий систематичний огляд Вілліс-Шаттука та ін. визначили сім основних тем мотивації медичних працівників у країнах, що розвиваються: фінансова винагорода, кар'єрний розвиток, безперервна освіта, лікарняна інфраструктура, наявність ресурсів, управління (включаючи нагляд) та визнання/вдячність. За винятком першого, всі інші мають нефінансовий характер.

Умови, в яких працює медичний персонал, включаючи фізичну інфраструктуру, наявність обладнання та витратних матеріалів, робоче навантаження та безпеку, значно впливають на їхній моральний дух. Опитування працівників приватних лікарень у В'єтнамі показало, що професійне робоче середовище позитивно корелює із задоволенням від роботи та мотивацією. Персонал, який вважав, що їхнє

робоче місце добре організоване, безпечне та має необхідне обладнання/ліки, був набагато більш задоволений. В Україні під час війни, що триває, гостро відчувався негативний вплив на умови праці. 70% медичних працівників повідомили, що війна негативно вплинула на їхнє робоче середовище та процеси [15]. Незважаючи на це, багато хто продовжує демонструвати високу відданість, що підкреслює, наскільки стійкою може бути мотивація за наявності інших видів підтримки.

Покращення робочого середовища – чи то шляхом кращого рівня персоналу (щоб уникнути перевантаження), достатнього постачання чи навіть базових зручностей – є відчутним способом підвищення мотивації. Воно враховує те, що Герцберг назвав би «гігієнічними факторами», але також сприяє професійній гордості: ніхто не хоче надавати неякісну допомогу через погані умови. Тому інвестиції в лікарняну інфраструктуру та постачання можуть окупитися у вигляді мотивованого персоналу, який почувається здатним надавати якісну допомогу.

Стиль керівництва та підтримка нагляду постійно виступають головними факторами впливу на мотивацію медичних працівників. Медичний персонал сильно реагує на те, як ним керують – чи відчують вони повагу, участь у прийнятті рішень, підтримку у вирішенні проблем та справедливу оцінку. Дослідження лікарів у державних лікарнях Варшави, Польща, проведене у 2020 році, показало, що серед різних факторів ті, що пов'язані з «якістю та стилем нагляду», мали найбільший вплив на результати діяльності організації (зі значним коефіцієнтом кореляції 0,49) [9]. Лікарі, які високо оцінювали своїх керівників – з точки зору справедливості, вдячності та компетентності – як правило, були набагато мотивованішими, а їхні лікарні працювали краще. З іншого боку, відсутність зворотного зв'язку щодо ефективності роботи була названа демотиватором у цьому дослідженні (вона мала найменший сприйнятий вплив на ефективність серед факторів).

Ефективне управління в охороні здоров'я означає забезпечення чіткої комунікації, визнання хорошої роботи, допомогу персоналу в покращенні та нетерпіння до токсичної поведінки. Під час війни в Україні одне дослідження показало, що найбільш вираженими потребами медичних працівників були посилення моральної та емоційної підтримки з боку своїх керівників. Хоча фізична безпека та оплата праці були проблемою, лікарі та

медсестри переважно просили керівництво лікарні визнати їхні труднощі, заохотити їх та забезпечити психологічну безпеку. У тому ж дослідженні зазначалося, що задоволеність роботою залишалася високою серед українських медичних працівників, незважаючи на війну, частково через сильну відданість, але рівень стресу був високим, а «розпізнавання стресу» – низьким. Це означає, що багато хто інтерналізував стрес без підтримки. Було зроблено висновки, що роль керівництва є важливою у вирішенні цих проблем – шляхом надання емоційної підтримки, запобігання булінгу та сприяння безпечному клімату в команді. У мирний час також потужними мотиваторами є партисипативне управління (залучення персоналу до прийняття рішень), підтримуючий нагляд (коучинг, а не докори) та справедлива кадрова політика (прозоре підвищення по службі, розгляд скарг). Охорона здоров'я – це складна сфера з високим тиском; менеджери, які захищають своїх співробітників від зайвої бюрократії та надають їм можливість зосередитися на догляді за пацієнтами, вважатимуть цей персонал більш залученим та лояльним.

Відчуття цінності своєї роботи є універсальним людським мотиватором, і охорона здоров'я не є винятком. Визнання може мати різні форми: проста подяка від керівника, нагороди «Працівник місяця», публічне визнання успіхів команди або можливості презентувати роботу на конференціях. Вілліс-Шаттук та ін. наголосили, що визнання/оцінка «дуже впливають» на мотивацію медичних працівників, іноді навіть більше, ніж скромне підвищення заробітної плати. Це пояснюється тим, що медичні працівники часто працюють довгі, стресові години – оцінка забезпечує емоційну винагороду, яку гроші не можуть повністю замінити. В Україні нещодавній стратегічний документ щодо мотивації медичного персоналу державного сектору наголошував на використанні нематеріальних стимулів для визнання хорошої роботи, таких як похвали або додаткові професійні можливості.

Сучасні організації охорони здоров'я шукають способи сприяння балансу між роботою та особистим життям (розумний робочий час, політика відпусток, підтримка догляду за дітьми тощо) та надання психологічної підтримки персоналу. В Україні зросла стурбованість щодо вигорання лікарів та медсестер, особливо під тиском пандемії та війни. Романенко та ін. приділяють цьому увагу, рекомендуючи такі стратегії, як послуги психологіч-

ного консультування, групи взаємодопомоги та заохочення персоналу до необхідного відпочинку [1, с. 125–132]. Вони також наголошують на створенні «здорового робочого середовища», де звернення за допомогою не стигматизується, а менеджери навчені розпізнавати ознаки вигорання. Під час пандемії COVID-19 багато лікарень по всьому світу впровадили оздоровчі програми (заняття йогою, консультування, простори для релаксації) для підтримки морального духу працівників. Як зазначалося раніше, хоча більшість медсестер не планували звільнитися під час COVID-19, частина розглядала можливість звільнення через надзвичайний стрес. Були докази того, що внутрішня радість від роботи підтримувала багатьох, але ті, хто мав вищу внутрішню мотивацію, насправді відчували більше розривів щодо можливого звільнення, можливо, через емоційне перевантаження. Це свідчить про те, що необхідні механізми підтримки, щоб перетворити внутрішню відданість на стійку кар'єру, а не на вигорання [7].

Навіть поза гострими кризами сектор охорони здоров'я в багатьох країнах перебуває в постійному русі. Такі реформи, як децентралізація, впровадження страхових схем, зростання приватного сектору та нові практики державного управління, впливають на мотивацію персоналу. Україна наводить приклад: починаючи з 2018 року, масштабна реформа перевела державні клініки на нову модель фінансування (модель комунального некомерційного підприємства) та запровадила національну службу охорони здоров'я для оплати послуг закладів за кожного пацієнта або послугу. Ця реформа фактично перейшла від фінансування на основі витрат (де лікарні отримували бюджет незалежно від діяльності) до фінансування на основі результатів. Для медичних працівників це означало, що їхні організації раптово повинні були турбуватися про залучення пацієнтів (оскільки фінансування йшло за пацієнтом). Теоретично це мотивує: клініки, які добре працюють, можуть дозволити собі платити персоналу більше. Дійсно, в рамках реформи Міністерство охорони здоров'я окреслило кілька моделей мотивації та оплати праці, як обговорювалося раніше, від 100% окладу до оплати на основі результатів. Очікувалося, що клініки впроваджуватимуть інновації в компенсації та мотивації персоналу, щоб вони були більш продуктивними та зручними для пацієнтів [14].

Однак початковий результат був обережним – багато клінік деякий час зберігали стару систему оплати праці. З часом дані свідчать про зростання впровадження змішаних моделей, особливо схем «оклад + бонуси», для винагородження лікарів за реєстрацію більшої кількості пацієнтів або досягнення цільових показників якості. Наприклад, деякі клініки первинної медичної допомоги в Україні тепер виплачують сімейним лікарям бонуси, якщо вони досягають цілей охоплення імунізацією або показників управління хронічними захворюваннями (стимул, орієнтований на якість). Це відповідає світовим тенденціям: багато країн експериментують з фінансуванням на основі результатів для медичних послуг, де заклади або окремі особи отримують бонуси за досягнення результатів у сфері охорони здоров'я (таких як вищий рівень охоплення допологовою допомогою або нижчий рівень госпітальних інфекцій).

Моделі мотивації повинні адаптуватися, наприклад, шляхом надання частішого зворотного зв'язку (щорічних оглядів може бути недостатньо; молодший персонал цінує постійний коучинг) та чітких можливостей для керівних посад на початку своєї кар'єри. У культурному плані в деяких країнах відбувається перехід від суворо ієрархічної медичної культури до більш егалітарної – молодший персонал очікує, що його думку буде почуто.

Для ілюстрації розглянемо історію успіху за межами України. В одній східноафриканській країні програма, що підтримувалася донорами, запровадила пакет стимулів для сільських медичних працівників – він включав 30% надбавку до зарплати (фінансове), щомісячний візит супервізора з підтримуючим зворотним зв'язком (управління), щоквартальні церемонії публічного нагородження в окрузі (визнання) та гарантовані місця на спеціалізованому курсі після 3 років служби (розвиток кар'єри). Протягом двох років рівень вакансій у сільських клініках різко впав, а показники задоволеності медичних працівників різко зросли, що пояснюється цим багатогранним підходом (як повідомляє Міністерство охорони здоров'я цієї країни). Це узгоджується з обговорюваними нами доказами: багатосторонні втручання, спрямовані як на зовнішні, так і на внутрішні мотиватори, є найефективнішими.

Мотивація медичних працівників у сучасних умовах – це складний, але здоланий виклик. Огляд літератури та прикладів показує, що не існує єдиного «чарівного засобу» –

радше, успішна мотивація походить від синергії факторів. Фінансові стимули (оплата праці, бонуси, моделі оплати за результатами, такі як ЗР) формують основу справедливості та винагороди, але вони повинні доповнюватися багатим набором нефінансових мотиваторів: сильним лідерством, професійним зростанням, визнанням, хорошими умовами праці та психосоціальною підтримкою.

Майбутнє охорони здоров'я України, як і будь-якої країни, залежатиме від того, наскільки добре вона зможе залучати, мотивувати та утримувати кваліфікованих медичних працівників. Моделі мотивації не є статичними; вони повинні розвиватися разом з часом. Зі виникненням нових викликів (чи то технологічні зміни, нові захворювання чи демографічні зрушення), основним підходом має бути постійна взаємодія з працівниками: розуміння їхніх потреб, оцінка їхнього внеску та інновації в тому, як ми їх винагороджуємо та надихаємо.

На завершення, розробка ефективних моделей мотивації для медичних працівників – це одночасно мистецтво та наука. Вона вимагає стратегій, заснованих на доказах (наука), та емпатичного лідерства (мистецтво). Застосовуючи багатство знань, отриманих з досліджень та досвіду з усього світу – від систематичних оглядів до тематичних досліджень в Україні, Польщі, В'єтнамі, Ефіопії та за їх межами – лідери охорони здоров'я можуть розробляти програми мотивації, які дійсно знайдуть відгук у медичного персоналу [13]. Мотивований медичний працівник є більш продуктивним, забезпечує кращий догляд за пацієнтами та має більше шансів залишитися в професії, тим самим зміцнюючи систему охорони здоров'я в цілому.

Висновки. Мотивація працівників охорони здоров'я в сучасному складному середовищі вимагає не лише підвищення заробітної плати. Аналіз показує, що для підтримання морального духу та продуктивності праці важливе значення має збалансоване поєднання фінансових та нефінансових стимулів, включаючи емоційну підтримку, визнання, професійне зростання та належні умови праці. Лідерство відіграє ключову роль у формуванні культури підтримки та подоланні вигорання, особливо в умовах війни або високого стресу. Хоча універсальної моделі, яка підходить для всіх випадків, не існує, найефективнішими стратегіями мотивації є ті, що є адаптивними, враховують контекст і ґрунтуються як на теорії, так і на практиці. Триваюча транс-

формація системи охорони здоров'я в Україні дає можливість інституціоналізувати такі інтегровані моделі. Мотивований медичний

персонал безпосередньо впливає на якість медичної допомоги та стійкість усієї системи охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Романенко С. В., Марчук І. А., Жарлінська Р. Г. Стратегії покращення мотивації медичного персоналу в державних медичних установах. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 5. С. 125–132.
2. Синенко М. Ю., Марущак М. І. Дослідження мотиваційних чинників роботи медсестер. *Медсестринство*. 2023. № 3–4. С. 197.
3. Чан Ван Хай, Нгуєн Ван Куанг, Чан Фіонг Тхао, Нгуєн Тхуї Лін, Хоанг Ван Куїн, Нгуєн Тхань Бін. Мотивація та задоволеність умовами праці медичних працівників у приватних медичних закладах В'єтнаму. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Медицина*. 2025. Т. 33, № 2(53). С. 291–308.
4. Шацкова Л. П., Райчева А. С. Зміна моделі мотивації та оплати праці медичного персоналу в зв'язку з перетворенням закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства. *Economics: time realities*. 2021. № 2(54). С. 65–73.
5. Afolabi A., Fernando S., Bottiglieri T. The effect of organisational factors in motivating healthcare employees: a systematic review. *British Journal of Healthcare Management*. 2018. Vol. 24, № 12. P. 603–610.
6. Bajwa S., Virdi S., Bajwa S., Ghai G., Singh K., Rana C., Singh J. P., Raj S., Puri A. In depth analysis of motivational factors at work in the health industry. *Industrial Psychiatry Journal*. 2010. Vol. 19. P. 20–29.
7. Bogdán P. M., Zrínyi M., Madarász I., Tóth L., Pakai A. Work motivation: a wall that not even the COVID-19 pandemic could knock down. *Healthcare (Basel)*. 2024. Vol. 12, № 18. Article: 1857.
8. Borshch V., Shchur R., Chuvakov O. Motivation and stimulation mechanism of medical staff in developing countries: main challenges and ways of it improving in Ukraine. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2018. Vol. 4, № 4. P. 56–61.
9. Chmielewska M., Stokiszewski J., Filip J. та ін. Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland. *BMC Health Services Research*. 2020. Vol. 20. Article: 701.
10. Gawel J. E. Herzberg's theory of motivation and Maslow's hierarchy of needs. Practical Assessment, Research & Evaluation. 1997. Vol. 5, № 11. URL: <https://openpublishing.library.umass.edu/pare/article/1254/gallery/1205/view/> (дата звернення: 04.07.2025).
11. Goncharuk A. G., Lewandowski R., Cirella G. T. Motivators for medical staff with a high gap in healthcare efficiency: comparative research from Poland and Ukraine. *International Journal of Health Planning and Management*. 2020. Vol. 35, № 6. P. 1314–1334.
12. Mamay A., Myroshnychenko Iu., Dzwigol H. Motivation management model and practical realization within the health care institutions. *Health Economics and Management Review*. 2021. Issue 2. P. 23–30.
13. Olorunnipa E. O. Motivation of medical workers in Ukraine and Nigeria: context and factors. Master thesis. Kyiv: National University of Kyiv-Mohyla Academy, Faculty of Social Sciences and Social Technologies, School of Public Health ; scientific supervisor Tetiana Stepurko. 2020. 70 с. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/6155e25e-4613-4ee5-9b32-2845ba034aa6/content> (дата звернення: 04.07.2025).
14. Shatskova L., Raicheva A. Changing the model of medical staff's motivation and pay in connection with the transformation of healthcare facilities in communal non-profit enterprises. *Economics: Time Realities*. 2021. Vol. 2(54). P. 65–72.
15. Sydorenko A. Y., Kiel L., Spindler H. Psychosocial challenges of Ukrainian healthcare professionals in wartime: addressing the need for management support. *Social Science & Medicine*. 2025. Vol. 364. Article: 117504.
16. Weldegebriel Z., Ejigu Y., Weldegebreel F., Woldie M. Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*. 2016. Vol. 10. P. 159–169.

REFERENCES:

1. Romanko S. V., Marchuk I. A., Zharlinska R. H. (2025). Stratehii pokrashchennia motyvatsii medychnoho personalu v derzhavnykh medychnykh ustanovakh [Strategies for improving the motivation of medical staff in state medical institutions]. *Investytsii: praktyka ta dosvid*, no. 5, pp. 125–132. [in Ukrainian]
2. Sinenko M. Yu., Marushchak M. I. (2023). Doslidzhennia motyvatsiinykh chynnykiv roboty medsester [Study of motivational factors of nurses' work]. *Medsestrynstvo*, no. 3–4, p. 197. [in Ukrainian]

3. Van Khai C., Van Kuang N., Phuong Thao C., Thuy Linh N., Van Quyen H., Thanh Binh N. (2025). Motyvatsiia ta zadovolenist umovamy pratsi medychnykh pratsivnykiv u pryvatnykh medychnykh zakladakh V'ietnamu [Motivation and job satisfaction of medical workers in private medical institutions of Vietnam]. *Visnyk Kharkivskoho natsionalnoho universytetu imeni V. N. Karazina. Seriia: Medytsyna*, vol. 33, no. 2(53), pp. 291–308. [in Ukrainian]
4. Shatskova L. P., Raicheva A. S. (2021). Zmina modeli motyvatsii ta oplaty pratsi medychnoho personalu v zviazku z peretvorenniam zakladiv okhorony zdorovia u komunalni nekomertsiiini pidpriemstva [Changing the model of medical staff's motivation and pay due to the transformation of healthcare facilities into municipal non-profit enterprises]. *Economics: time realities*, no. 2(54), pp. 65–73. [in Ukrainian]
5. Afolabi A., Fernando S., Bottiglieri T. (2018). The effect of organisational factors in motivating healthcare employees: a systematic review. *British Journal of Healthcare Management*, vol. 24, no. 12, pp. 603–610.
6. Bajwa S., Viridi S., Bajwa S., Ghai G., Singh K., Rana C., Singh J. P., Raj S., Puri A. (2010). In depth analysis of motivational factors at work in the health industry. *Industrial Psychiatry Journal*, vol. 19, pp. 20–29.
7. Bogdán P. M., Zrínyi M., Madarász I., Tóth L., Pakai A. (2024). Work motivation: a wall that not even the COVID-19 pandemic could knock down. *Healthcare (Basel)*, vol. 12, no. 18, article 1857.
8. Borshch V., Shchur R., Chuvakov O. (2018). Motivation and stimulation mechanism of medical staff in developing countries: main challenges and ways of it improving in Ukraine. *Baltic Journal of Economic Studies*, vol. 4, no. 4, pp. 56–61.
9. Chmielewska M., Stokwiszewski J., Filip J., et al. (2020). Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland. *BMC Health Services Research*, vol. 20, article: 701.
10. Gawel J. E. (1997). Herzberg's theory of motivation and Maslow's hierarchy of needs. Practical Assessment. *Research & Evaluation*, vol. 5, no. 11. URL: <https://openpublishing.library.umass.edu/pare/article/1254/galley/1205/view> (accessed 04 July 2025)
11. Goncharuk A. G., Lewandowski R., Cirella G. T. (2020). Motivators for medical staff with a high gap in healthcare efficiency: comparative research from Poland and Ukraine. *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 35, no. 6, pp. 1314–1334.
12. Mamay A., Myroshnychenko Iu., Dzwigol H. (2021). Motivation management model and practical realization within the health care institutions. *Health Economics and Management Review*, issue 2, pp. 23–30.
13. Olorunnipa E. O. (2020). Motivation of medical workers in Ukraine and Nigeria: context and factors. Master thesis. Kyiv: National University of Kyiv-Mohyla Academy, Faculty of Social Sciences and Social Technologies, School of Public Health; scientific supervisor Tetiana Stepurko. 70 p. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/6155e25e-4613-4ee5-9b32-2845ba034aa6/content> (accessed 04 July 2025)
14. Shatskova L., Raicheva A. (2021). Changing the model of medical staff's motivation and pay in connection with the transformation of healthcare facilities in communal non-profit enterprises. *Economics: Time Realities*, vol. 2(54), pp. 65–72
15. Sydorenko A. Y., Kiel L., Spindler H. (2025). Psychosocial challenges of Ukrainian healthcare professionals in wartime: addressing the need for management support. *Social Science & Medicine*, vol. 364, article: 117504.
16. Weldegebriel Z., Ejigu Y., Weldegebreal F., Woldie M. (2016). Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, vol. 10, pp. 159–169.