

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ PLANAVIMO DUOMENŲ RINKIMO AKTUALIJOS IR PRAKTINIAI PAVYZDŽIAI

Liudvika Starkienė, Marius Strička, Žilvinas Padaiga,
Jūratė Macijauskienė, Olga Riklikienė,
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Santrauka

Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo prognozių tikslumas didžiąja dalimi priklauso nuo jų rengimui naudojamų duomenų tikslumo ir naujumų. Šiame straipsnyje aprašomi duomenų šaltiniai, jų privalumai ir trūkumai, pateikiamos duomenų šaltinių apjungimo schemas bei praktiniai pavyzdžiai. Taip pat apžvelgiami naujausiuose moksliniuose tyrimuose nustatyti svarbiausi planavimo rodikliai.

Pagrindinės sąvokos: sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai, gydytojai, slaugytojai, akušeriai, duomenų šaltiniai, pasiūla, Lietuva.

Įvadas

Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių (SPŽI) pasiūlos ir poreikio planavimas yra sėkmingos sveikatos priežiūros sistemos reformos sudėtinė dalis, kuriai ilgą laiką visame pasaulyje buvo skiriamas nepakankamas dėmesys¹. SPŽI – tai specialistai, dirbantys tiek viešajame, tiek privačiąjame sveikatos priežiūros sektoriuje². Pabrėžiant šios temos aktualumą, 2006 m. Pasaulinė sveikatos diena bei Pasaulinės sveikatos organizacijos metinė ataskaita buvo skirta sveikatos priežiūros specialistams³.

Pirmajame nepriklausomybės dešimtmetyje Lietuvoje SPŽI pasiūlos ir poreikio planavimui buvo skiriamas nepakankamas dėmesys. 1994–1996 m. tarptautiniai ir vietiniai ekspertai atliko keletą tyrimų, tačiau dažniausiai jų rekomendacijos nebuvo įgyvendintos praktikoje. Nors vieni tyrimai buvo išsamesni, kiti ne tokie, jie visi pažymėjo, jog gydytojų skaičius per didelis, jie netolygiai pasiskirstę geografinė ir specialybių prasme, daugiausia gydytojų sudaro moterys bei pabrėžė būtinybę sutrumpinti 96 specialybių sąrašą⁴.

Tačiau pradėdant Lietuvos sveikatos programa (1998 m.), kurioje pažymima, kad turi būti siekiama racionalaus finansinių, personalo, technologijų ir kitų išteklių panaudojimo, sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių klausimams pradėta skirti daugiau dėmesio. 2000 m. Nacionalinės sveikatos tarybos pranešime taip pat

¹ Dubois C. A., McKee M., Nolte E. Human resources for health in Europe. European observatory on health care systems. Copenhagen: WHO 2006.

² Hall T. L. Why plan human resources for health? *Human Resources for Health Development Journal*. May - August 1998, Vol. 2, No. 2:77-86.

³ World Health Organization. World health report 2006 – *Working together for health*. World Health Organization, 2006.

⁴ Petrauskienė J., Bierontas D., Guogienė E. Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje. *Medicina (Kaunas)*; 1994: 30:608-613.

buvo atkreiptas dėmesys į gydytojų problemą, nurodyta, jog jų trūksta rajonuose, o net 15 proc. gydytojų buvo vyresni nei 60 m. amžiaus⁵. Nuo 2000 m. Lietuvoje vykdytas ne vienas tyrimas, kuriuose vertinta sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiūla ir poreikis (nacionaliniame lygmenyje, atskirų profesinių kvalifikacijų ir t. t.) bei juos lemiantys veiksniai^{6, 7, 8}. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtinta ir vykdyta sveikatos programa „Strateginis sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimas Lietuvoje 2003–2020 m.“ (vykdyta 2003–2005 m., 2005 m. buvo išdėstyta nauja redakcija ir pratęsta iki 2007 m.)⁹. Atsižvelgiant į šių tyrimų rezultatus, nuo 2002 m. buvo padidintas studentų priėmimas į medicinos studijas, o 2005–2006 m. koreguotas priėmimas į medicinos rezidentūros studijų programas.

2011 m. atliktame tyrime „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“ pateikiama ne tik išsami ir naujausia SPŽI situacijos analizė, bet ir mokliškai pagrįstos ateities prognozės¹⁰. Šis tyrimas yra itin glaudaus ir sėkmingo tarpinstitucinio ir tarpsektorinio bendradarbiavimo pavyzdys – duomenys buvo gauti ne tik iš Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) ir jai pavaldžių įstaigų (Valstybinės ligonių kasos (VLK), Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos (VASPVT), švietimo įstaigų (3 universitetų ir 6 kolegijų), Higienos instituto sveikatos informacijos centro (HI SIC), tačiau ir iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (VSDFV). Atliekant tyrimą, pirmą kartą buvo panaudoti studentų ir sveikatos priežiūros specialistų sąrašų, duomenų bazių ir informacinių sistemų apjungimai, leidžiantys apibendrinti visą informaciją apie specialistų faktinius įdarbinimus ir jų pasitraukimą iš profesijos (dėl pensijos, mirties, emigracijos, laikino nedarbingumo (vaiko priežiūros atostogų) ir t. t.). Tyrime tirtos devynios gydytojų profesinės kvalifikacijos (šeimos gydytojai, vidaus ligų gydytojai, gydytojai kardiologai, gydytojai akušeriai ginekologai, gydytojai neurologai, gydytojai oftalmologai, gydytojai otorinolaringologai, gydytojai chirurgai, vaikų ligų gydytojai), slaugytojai ir akušeriai. Žemiau aprašomos duomenų rinkimo aktualijos, pateikiamos tyrimo metu taikytos duomenų sujungimo schemos ir jomis gauti SPŽI planavimui būtini rodikliai.

⁵ Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į Europos Sąjungą. Vilnius, 2000.

⁶ Smigelskas K., Starkiene L., Padaiga Z. Do Lithuanian pharmacists intend to migrate? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 2007, 33, (3):501-509.

⁷ Padaiga Z., Starkiene L., Logminiene Z., Reamy J. Lithuania. In: Rechel B, Dubois CA, McKee M, editors. *The health care workforce in Europe. Learning from experience.* European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2006.

⁸ Starkiene L., Šmigelskas K., Padaiga Z., Reamy J. The future prospects of Lithuanian family physicians: a 10-year forecasting study. *BMC Family Practice* 2005, vol. 6, p. 41.

⁹ Sveikatos apsaugos ministerija. Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003–2020 m. programos tvirtinimo. *Žin.*, 2004-11-17, Nr. 167-6146.

¹⁰ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.

Duomenų apie SPŽI rinkimo aktualijos ir skirtingų šaltinių duomenų apjungimo schemas

SPŽI pasiūlos ir poreikio planavimas gali būti patikimas ir efektyvus tik tada, kai naudojami tikslūs ir pakankamai nauji duomenys. Sparti informacinių ir komunikacijos technologijų plėtra žymiai pagerino galimybę gauti, rinkti, kaupti ir analizuoti būtinus duomenis, taip pat duomenų kokybę ir jų pateikimo savalaikiškumą¹¹. Dažniausiai duomenys apie SPŽI renkami ne viename, o keliuose duomenų šaltiniuose, ir kiekvienas tų šaltinių turi savo privalumus ir trūkumus¹². Todėl vienas pagrindinių sėkmingą planavimą užtikrinančių veiksnių yra integruota, nuolat atnaujinama, lanksti ir informatyvi, efektyviai komunikuojančių įvairių registrų ir duomenų bazių sistema, įvairiais pjūviais ir grafinėmis išraiškomis pateikianti būtiną informaciją SPŽI pasiūlos ir poreikio planavimui¹³. Lietuva taip pat nėra išimtis. Duomenis apie SPŽI galima gauti iš kelių duomenų šaltinių, tačiau nė vienas šaltinis nepateikia visų reikalingų duomenų (1 lentelė). Duomenų šaltinių panaudojimą riboja ne tik tai, jog jose renkama nepilna informacija, bet ir tai, jog duomenų šaltinių apjungimas tarpusavyje nėra automatizuotas.

1 lentelė. Duomenų šaltiniai, pateikiantys duomenis apie sveikatos priežiūros žmogiškuosius išteklius

Duomenų šaltinis, renkami duomenys	HI SIC duomenų bazė	Specialistų sąrašai	Informacinė sistema SVEIDRA	SODROS informacinė sistema
Institucija	Higienos institutas	VASPVT, Odontologų rūmai, VVKT	VLK	VSDFV
Kasmetinės ataskaitos	Taip	Ne	Ne	Ne
Atnaujinimo dažnis	Kasmet pagal SPĮ pateiktus duomenis	Kas savaitę	Kasdien	Kasdien
Profesijos	Gydytojai, akušeriai, odontologai, slaugytojai, visuomenės sveikatos specialistai, vaistininkai	Gydytojai, odontologai, slaugytojai, akušeriai, vaistininkai	Gydytojai ir odontologai, dirbantys galiojančias sutartis su TLK turinčiose SPĮ	Profesijos požymio nėra
Specialistų (fizinį asmenų) skaičius	Taip	Ne	Ne	Taip*
Specialistų (etatų) skaičius	Taip	Ne	Ne	Ne

¹¹ Dubois C. A., McKee M., Nolte E. Human resources for health in Europe. European observatory on health care systems. Copenhagen: WHO 2006.

¹² Diallo K., Zurn P., Gupta N., Dal Poz M. Monitoring ir evaluation of human resources for health: an international perspective. Hum Resour Health. 2003 Apr 14;1(1):3.

¹³ Dubois C. A., McKee M., Nolte E. Human resources for health in Europe. European observatory on health care systems. Copenhagen: WHO 2006.

Licencijų skaičius	Ne	Taip	Ne	Ne
Pasiskirstymas pagal lytį	Ne	Taip	Taip*, **	Taip*
Pasiskirstymas pagal amžių	Ne	Taip	Taip*, **	Taip**
Pasiskirstymas pagal profesinę kvalifikaciją	Taip	Taip	Taip*, **	Taip**
Geografinis pasiskirstymas (savivaldybėse, miestuose, rajonuose)	Taip	Ne	Ne	Ne
Pasiskirstymas pagal teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas	Ne	Ne	Taip*, **	Ne
Mirusiųjų skaičius	Ne	Taip	Ne	Taip**
Asmenų, kuriems paskirta pensija, skaičius (dirbančių ir nebedirbančių)	Ne	Ne	Ne	Taip**
Išvykusiųjų skaičius	Ne	Ne	Ne	Taip***

* Tik gydytojų ir odontologų, dirbančių galiojančias sutartis su TLK turinčiose SPŽ, duomenys.

** Reikalingi papildomi skaičiavimai ir kelių duomenų šaltinių apjungimas.

*** Apjungus su SAM išduotų pažymų apie gerąją profesinę praktiką sąrašus.

VVKT – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos; HI SIC – Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, VASPVT – Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

HI SIC duomenų bazė apima daugiausiai informacijos apie visas profesijas bei profesines kvalifikacijas, duomenys yra atnaujinami kasmet ir, skirtingai nuo kitų duomenų šaltinių, pateikiami metinėse ataskaitose, tačiau joje nėra duomenų apie specialistų amžių bei lytį, pasitraukusiųjų iš profesinės veiklos dėl mirties ar pensijos skaičiaus¹⁴.

Specialistų sąrašų duomenys, kuriuos tvarko VASPVT, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (VVKT) ir Lietuvos Respublikos Odontologų rūmai, atnaujinami kas savaitę, tačiau iš aktualių sąrašų pašalinami tik mirę specialistai (pagal Gyventojų registro tarnybos prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos duomenis). Tuo tarpu kiti duomenys atnaujinami kas penkerius metus, kai kreipiasi specialistai, norėdami pratęsti savo licencijos galiojimą. Todėl šie sąrašai nevisiškai tiksliai atspindi SPŽI, kurie faktiškai teikia sveikatos priežiūros paslaugas, skaičių, kadangi juose yra specialistai, kurie išvykę dirbti į užsienį, kuriems paskirta pensija (ir kurie nebedirba), kurie dirba kitose (ne sveikatos priežiūros) įstaigose¹⁵.

VLK administruojamoje privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) kompiuterizuotoje informacinėje sistemoje SVEIDRA renkama informacija apie gydytojų ir

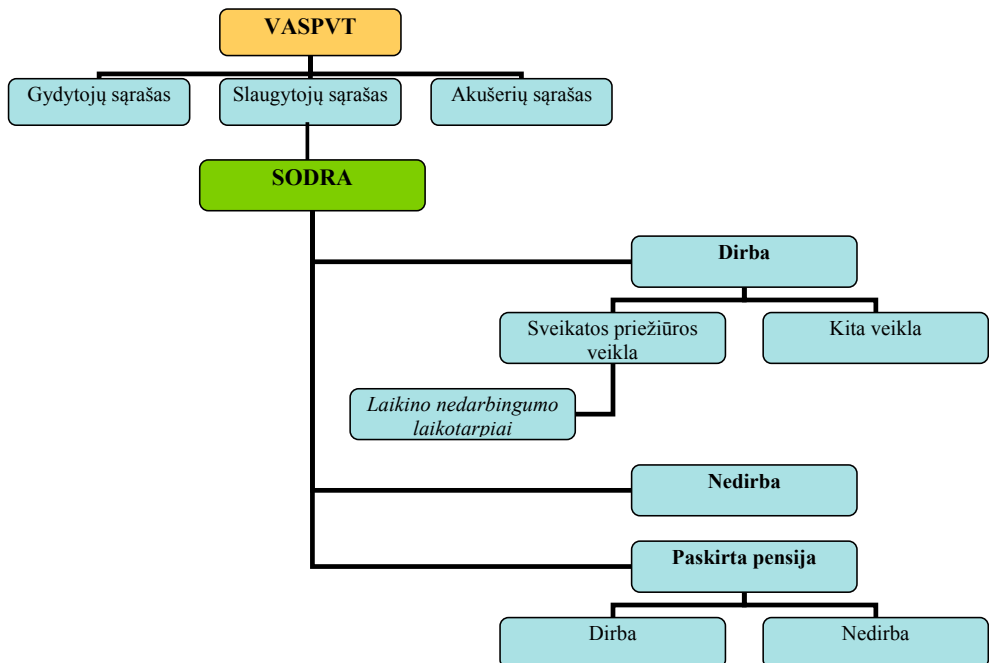
¹⁴ Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2010 m. Vilnius, 2011.

¹⁵ Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Dėl duomenų, reikalingų įgyvendinant projektą „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“, pateikimo. 2010-12-09 raštas D2-8095-(1.18).

odontologų suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, jų pasiskirstymą pagal gyventojų amžių ir lytį. Šiek tiek duomenų yra ir apie slaugytojų bei akušerių suteiktas paslaugas, bet kadangi šių specialistų teikiamų paslaugų, už kurias apmokama iš PSD fondo lėšų, sąrašas yra labai trumpas, jie gali būti vertinami tik kaip žvalgomojo pobūdžio. Be to, joje nėra duomenų apie specialistų, kurie dirba sveikatos priežiūros įstaigose, neturintuose sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo už jas, suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

SODROS informacinėje sistemoje renkami SPŽI planavimui būtini duomenys (draudėjo pavadinimas, draudėjo rejestro kodas, valstybinio socialinio draudimo laikotarpis, nedarbingumo laikotarpis dėl motinystės (tėvystės) atostogų ar vaiko priežiūros atostogų, mirties data, pensijos paskyrimo data). Duomenys apie profesiją bei užimamas pareigas šiai sistemai yra pertekliniai, todėl siekiant gauti planavimui reikiamus rodiklius, būtina pateikti tiriamos populiacijos sąrašus ir atlikti šių sąrašų duomenų apjungimą su SODROS duomenimis.

Žemiau pateikiama duomenų apie SPŽI, turinčius teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir faktiškai jas teikiančius, surinkimo schema (1 paveikslas). Šiuo atveju, schemeje pavaizduotas pirminių duomenų surinkimas tik iš VASPVT, tačiau analogiška schema gali būti taikoma ir odontologų bei vaistininkų atveju, pirminius duomenis gaunant iš Odontologų rūmų ir VVKT. Visgi net ir atlikus tokį sudėtingą duomenų apjungimą, galima nustatyti tik faktą, ar specialistas šiuo metu yra apdraustas valstybiniu socialiniu draudimu (t. y. ar dirba), ar ne.

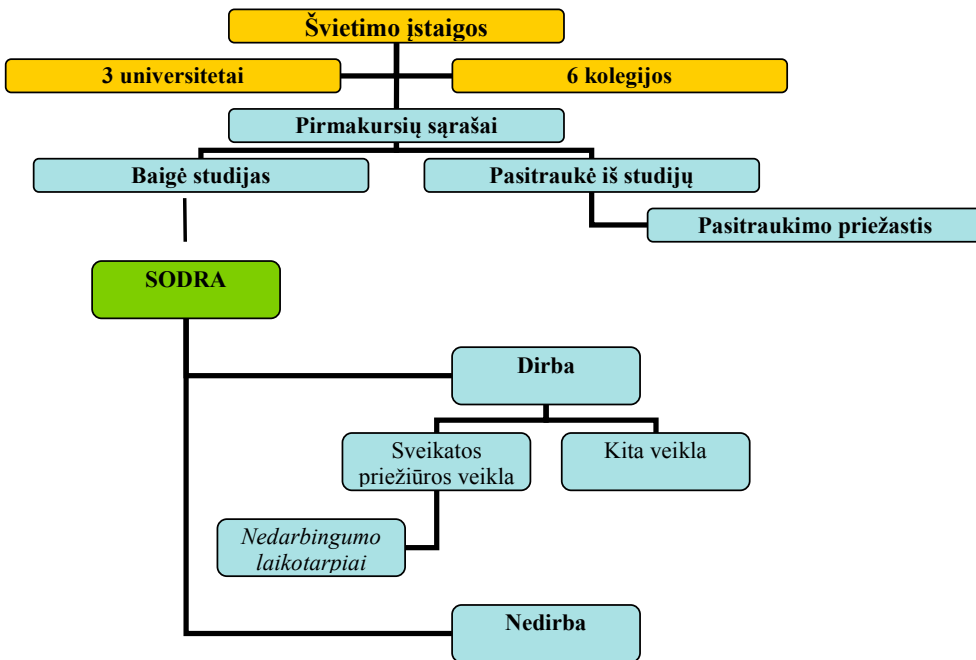


1 paveikslas. Duomenų apie SPŽI, turinčius teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir faktiškai jas teikiančius, surinkimo schema

Siekiant nustatyti, ar specialistas teikia sveikatos priežiūros paslaugas, buvo būtina sudaryti sveikatos priežiūros įstaigų sąrašą ir priimti prielaidą, kad specialistas, turintis galiojančią licenciją ir dirbantis sveikatos priežiūros įstaigoje, faktiškai teikia sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos priežiūros įstaigų sąrašas buvo suformuotas iš trijų šaltinių. Didžioji dalis įstaigų pavadinimų ir registro kodų buvo gauta iš HI SIC. Taip pat naudotas įstaigų asmens sveikatos priežiūros licencijų sąrašas ir juridinių asmenų visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų licencijų sąrašas iš VASPVT bei Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijų sąrašas iš Lietuvos Respublikos odontologų rūmų.

Pritaikius šią duomenų apjungimo schemą, buvo nustatyti šie rodikliai: specialistų, turinčių teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau faktiškai jų neteikiančių, dalis; specialistų išliekančių darbo rinkoje, paskyrus senatvės pensiją, dalis; specialistų, pasitraukiančių dėl laikino nedarbingumo, dalis; specialistų mirtingumas^{16, 17}.

Antrame paveiksle pateikiama duomenų apie SPŽI rengimą, nubyrėjimą ir išlaikymą darbo rinkoje surinkimo schema, kurioje pirminiai duomenys surenkami iš švietimo įstaigų ir pateikiami SODRAI.



2 paveikslas. Duomenų apie SPŽI rengimą, nubyrėjimą ir išlaikymą darbo rinkoje surinkimo schema

¹⁶ Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Dėl duomenų, reikalingų įgyvendinant projektą „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“, pateikimo. 2010-12-09 raštas D2-8095-(1.18).

¹⁷ Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Dėl duomenų, reikalingų įgyvendinant projektą „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“, pateikimo. 2011-01-03 raštas Nr. (14.1.1) I-40.

Duomenų surinkimą apsunkino tai, kad duomenys renkami retrospektyviu būdu, t. y. už ankstesnį laikotarpį, kai dauguma švietimų įstaigų duomenis apie savo studentus tvarkė popieriniu būdu. Vertinant ankstesnių laikotarpių (iki 1994 m.) duomenis, susiduriama su dar viena problema – asmens kodų nebuvimu, tad vertinant moterų duomenis tenka priimti prielaidas, jog sutapus gimimo datai ir vardui, dviejų skirtingų šaltinių įrašai yra tapatūs. Pritaikius šių duomenų jungimo schemą, buvo nustatytas studentų pasitraukimas studijų metu, tiesiogiai lemiantis naujų specialistų atėjimą į profesiją^{18, 19}.

Vertinant specialistų emigraciją, pirminiai duomenys apie specialistus, kuriems 2004 m. gegužės 1 d.–2010 m. spalio 30 d. buvo išduotos pažymos apie gerąją profesinę praktiką, buvo gauti iš SAM ir pateikti SODRAI. Buvo priimta prielaida, jog gavę pažymas specialistai, kurie tyrimo metu nedirbo Lietuvoje, t. y. nebuvo duomenų apie jų draustumą valstybiniu socialiniu draudimu, buvo išvykę iš šalies. Pritaikius šių duomenų apjungimo schemą, buvo nustatytas specialistų emigracijos rodiklis^{20, 21}.

Tyrimų vykdymą apsunkina ir tai, jog atliekant visus tokio pobūdžio duomenų apjungimus, būtina gauti Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos leidimą, leidžiantį atlikti asmens duomenų tvarkymą mokslinio tyrimo tikslais.

Kiti straipsnyje minimi rodikliai buvo gauti iš HI SIC ir VASPVT.

Svarbiausi SPŽI skaičių lemiantys veiksniai

Šiame skyrelyje apžvelgiami pagrindiniai SPŽI skaičių lemiantys veiksniai ir duomenų apjungimo schemų praktiniai pavyzdžiai.

Specialistų, turinčių teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau faktiškai jų neteikiančių, dalis. Turinčių teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas gydytojų sąrašai nevisiškai tiksliai atspindi faktiškai teikiančių šias paslaugas skaičių – nuo 3,4 proc. gydytojų oftalmologų iki 7,1 proc. akušerių ginekologų ir vidaus ligų gydytojų faktiškai šių paslaugų neteikė. Slaugytojų tarpe šis rodiklis svyravo nuo 11,5 proc. (vaikų slaugytojų) iki 17,6 proc. (bendruomenės slaugytojų). Akušerių tarpe sveikatos priežiūros paslaugų neteikė 13,6 proc. tokią teisę turinčių specialistų.

Specialistų senėjimas. Stebimas spartus Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų senėjimas – vidutinis tirtų profesinių kvalifikacijų gydytojų amžius svyravo nuo 49,6 m. (šeimos gydytojų) iki 56,2 m. (vidaus ligų gydytojų), tuo tarpu vidutinis slaugytojų amžius buvo 45,3 m., o akušerių – 47,7 m. 3 paveiksle pateikiamas dviejų profesinių

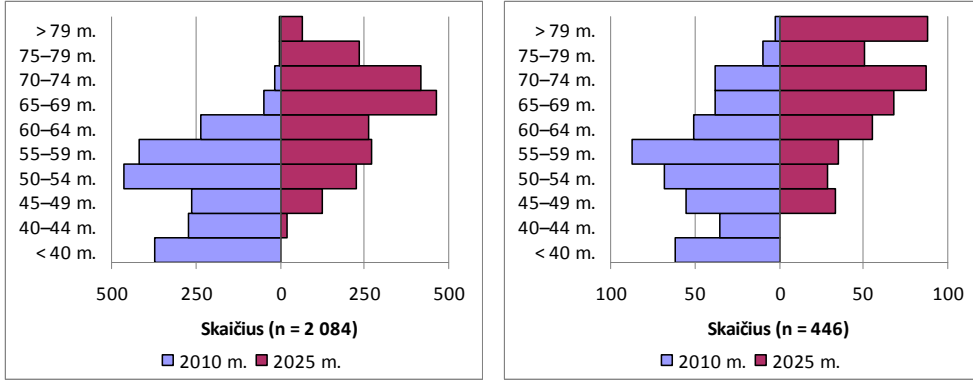
¹⁸ Švietimo įstaigų (3 universitetų ir 6 kolegijų) pateikti duomenys apie pirmakursius ir baigusius studijas absolventus. Duomenys gauti 2010 m. lapkričio–gruodžio mėn.

¹⁹ Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Dėl duomenų, reikalingų įgyvendinant projektą „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“, pateikimo. 2011-01-03 raštas Nr. (14.1.1) I-40.

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Specialistų, kuriems 2004 m. gegužės 1 d.–2010 m. spalio 30 d. buvo išduotos pažymos apie gerąją profesinę praktiką sąrašas. 2010 m.

²¹ Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Dėl duomenų, reikalingų įgyvendinant projektą „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“, pateikimo. 2011-01-03 raštas Nr. (14.1.1) I-40.

kvalifikacijų gydytojų – šeimos gydytojų, kurių tarpe 60 m. amžiaus ir vyresni gydytojai 2010 m. sudarė 14,3 proc., ir gydytojų chirurgų, kurių tarpe 60 m. amžiaus ir vyresnių gydytojų dalis 2010 m. buvo daugiau nei du kartus didesnė (31,2 proc.), amžiaus piramidžių palyginimas 2010 m. ir 2025 m.

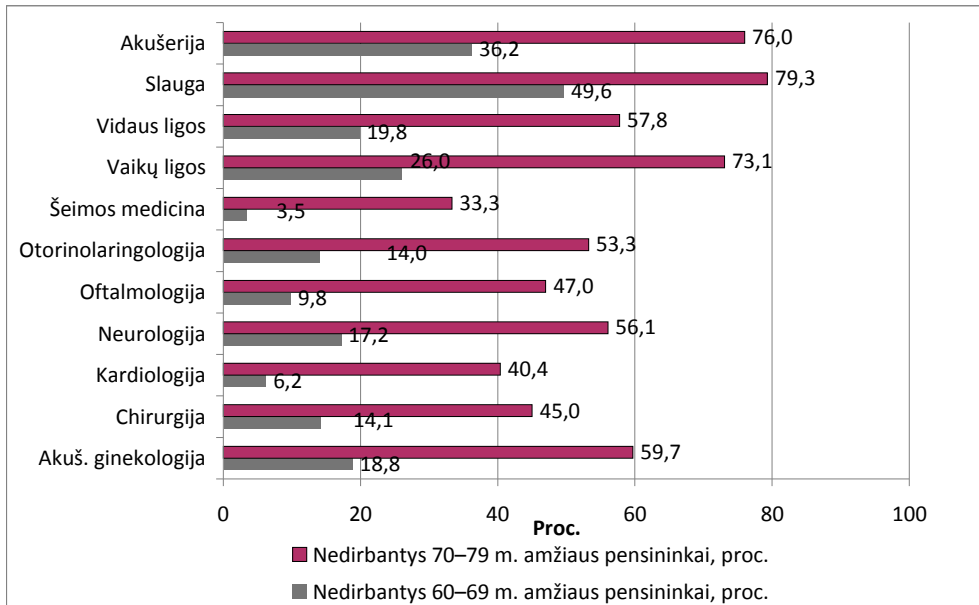


3 paveikslas. Šeimos gydytojų (kairėje) ir gydytojų chirurgų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2010 m. ir 2025 m.

Gydytojų chirurgų tarpe jaunesni nei 45 m. amžiaus gydytojai, t. y. tie, kurie iki 2025 m. nepasieks pensinio amžiaus, 2010 m. tesudarė 21,7 proc. Net 47,1 proc. šių gydytojų buvo 45–59 m. amžiaus grupėje, kuri 2025 m. jau bus 60–74 m. amžiaus. Šeimos gydytojų atveju situacija buvo sąlyginai geresnė – jaunesni nei 45 m. amžiaus gydytojai sudarė 30,8 proc., tačiau patenkantys į 45–59 m. amžiaus grupę sudarė dar didesnę dalį nei gydytojų chirurgų atveju (54,8 proc.). Atkreiptinas dėmesys, kad amžiaus piramidės parengtos tik iliustraciniais tikslais, siekiant parodyti gydytojų amžiaus struktūros pokyčius, t. y. senėjimą. Rengiant 2025 m. iliustruojančią piramidę, nebuvo atsižvelgta nei į profesiją ateinančių, nei iš jos pasitraukiančių gydytojų skaičius.

Specialistų išlikimas darbo rinkoje, paskyrus senatvės pensiją. Tyrime pastebėtos skirtingos vyresnio amžiaus specialistų išlikimo darbo rinkoje tendencijos – gydytojai buvo linkę dirbti toliau, net ir jiems paskyrus senatvės pensiją. Nedirbančiųjų dalis 60–69 m. amžiaus grupėje buvo labai nedidelė ir tesudarė nuo 3,5 proc. (šeimos gydytojų atveju) iki 19,8 proc. (vidaus ligų gydytojų atveju) (žr. 4 pav.). Nemaža dalis gydytojų išliko darbo rinkoje ir dar vyresnėje – 70–79 m. amžiaus grupėje, pvz., šeimos gydytojų atveju nebedirbantys sudarė tik trečdalį. Vaikų ligų gydytojai šioje amžiaus grupėje buvo mažiausiai aktyvūs – pasitraukusieji sudarė 73 proc.

Tuo tarpu slaugytojai ir akušeriai, lyginant su gydytojais, vyresniame amžiuje buvo mažiau linkę išlikti darbo rinkoje – nebedirbančių akušerių dalis 60–69 m. amžiaus grupėje sudarė daugiau nei trečdalį (36,2 proc.), o slaugytojų – pusę. Dar vyresnėje – 70–79 m. amžiaus grupėje pasitraukusiųjų dalis siekė jau iki 80 proc. Kadangi 80 m. ir vyresnių specialistų, kurie tebedirbo, buvo tik pavieniai atvejai, planuojant buvo priimta prielaida, kad iš profesijos pasitraukia visi šio amžiaus sulaukę specialistai.



4 paveikslas. Faktinis 60–69 m. ir 70–79 m. amžiaus specialistų pasitraukimas iš profesijos dėl išėjimo į pensiją

Specialistų pasitraukimas dėl laikino nedarbingumo. Didžioji dalis visų tirtų profesinių kvalifikacijų gydytojų (nuo 91,6 proc. vaikų ligų gydytojų iki 65,8 proc. gydytojų neurologų, išskyrus gydytojus chirurgus, kur moterys sudaro tik 13,7 proc.), beveik visi slaugytojai (99 proc.) ir visos akušerės buvo moterys, kurios laikinai pasitraukia iš profesijos dėl nėštumo (gimdymo) bei vaiko priežiūros atostogų. Tyrimo momentu nuo 0,5 proc. gydytojų chirurgų iki 3,6 proc. gydytojų oftalmologų, ir nuo 3 proc. psichikos sveikatos slaugytojų iki 7,9 proc. anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų bei 3,5 proc. akušerių buvo vaiko priežiūros atostogose iki jam sueis treji metai. Atkreiptinas dėmesys, kad vaiko priežiūros atostogų išeina ir vyrai: tokių gydytojų pasitaikė gydytojų chirurgų, šeimos gydytojų ir vaikų ligų gydytojų tarpe.

Specialistų emigracija. Tyrime nustatyta, kad per laikotarpį nuo 2004 m. gegužės 1 d. (Lietuvos įstojimo į Europos Sąjungą) iki 2010 m. spalio 30 d. iš mūsų šalies išvyko nuo 1,8 proc. visų gydytojų oftalmologų iki 8,5 proc. gydytojų chirurgų. Taip pat išvyko 3,6 proc. slaugytojų ir 6 proc. akušerių.

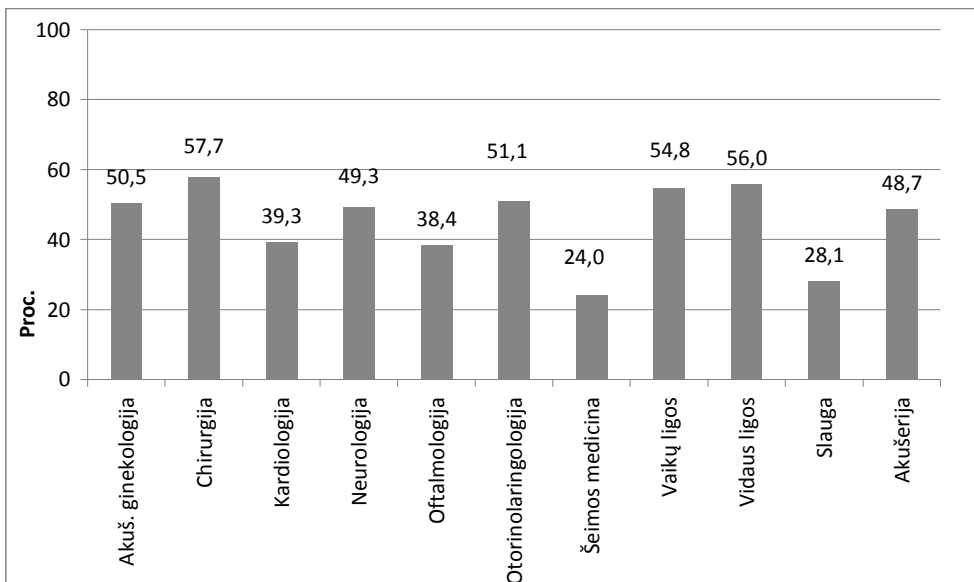
Specialistų mirtingumas. Siekiant nepervertinti specialistų pasitraukimo dėl natūralių priežasčių (pensijos ir mirties), buvo atsižvelgiama tik į metinį 40–59 m. amžiaus grupės specialistų mirtingumo rodiklį, kuris svyravo nuo 0,1 proc. gydytojų oftalmologų, gydytojų kardiologų ir šeimos gydytojų atveju iki 0,5 proc. gydytojų chirurgų atveju. Slaugytojų rodiklis buvo 0,1 proc., o akušerių – 0,2 proc.

Vidutinis etatinis darbo krūvis. Lietuvos gydytojams būdinga dirbti didesniu nei vieno etato darbo krūviu – etatų / fizinių asmenų santykis 2010 m. svyravo nuo 1,1 eta-

to vienam šeimos gydytojui iki 1,6 etato vienam gydytojui chirurgui ar gydytojui akušeriui ginekologui. Slaugytojų ir akušerių tarpe šis santykis buvo 1,1²².

Naujų specialistų atėjimas į profesiją. Specialistų atėjimas į profesiją priklauso nuo to, kiek pirmakursių buvo priimta studijuoti atitinkamoje studijų programoje ir kuri dalis iš jų baigė studijas. Dėl ilgai trunkančių studijų (ypač medicinos), klaidos, padarytos nustatant priėmimo skaičius, pajuntamos tik praėjus 6–10 m. Tyrime buvo nustatyta, kad studentų pasitraukimas iš studijų programų buvo pakankamai didelis, didžiausi rodikliai buvo medicinos vientisųjų (20 proc.), aukštojo mokslo pirmosios pakopos universitetinių slaugos studijų (19,1 proc.) ir aukštojo mokslo pirmosios pakopos koleginių studijų bendrosios praktikos slaugos studijų programose (18,9 proc.). Mažiausi rodikliai buvo slaugos magistrantūros ir aukštojo mokslo pirmosios pakopos koleginių studijų akušerijos studijų programų atveju – ten pasitraukimas sudarė atitinkamai 13,3 proc. ir 14,7 proc. Vyrų pasitraukimo iš studijų rodiklis visose programose buvo didesnis nei moterų.

Prognozuojamas specialistų pasitraukimas iš profesijos iki 2025 m. Vertinant faktinį gydytojų pasitraukimą 2011–2025 m., prognozuojama, kad iš profesijos per 15 metų laikotarpį pasitrauks nuo daugiau nei trečdaliao (38,4 proc.) oftalmologų iki daugiau nei pusės (57,7 proc.) chirurgų (5 pav.). Išimtis stebima tik šeimos gydytojų atveju, kur pasitraukiančiųjų dalis sudarys tik ketvirtadalį. Tai galima paaiškinti tuo, jog šeimos gydytojų, skirtingai nei kitų gydytojų, mažesnė dalis yra pensinio ar priešpensinio amžiaus. Slaugytojų atveju pasitrauks šiek tiek daugiau nei ketvirtadalis, tuo tarpu akušerių atveju – beveik pusė.



5 paveikslas. Prognozuojamas specialistų pasitraukimas iš profesijos 2011–2025 m. (proc. nuo skaičiaus 2009 m.)

²² Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2010 m. Vilnius, 2011.

Gydytojų chirurgų atveju tokią ženkliai pasitraukusiųjų dalį dalinai lemia ir tai, jog skirtingai nei kitose tiriamose profesinėse kvalifikacijose, kuriose didžiąją dalį visų tiriamų profesinių kvalifikacijų gydytojų sudaro moterys (nuo 91,6 proc. vaikų ligų gydytojų iki 65,8 proc. gydytojų neurologų), didžiąją gydytojų chirurgų dalį (86,3 proc.) sudaro vyrai, kurių vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė trumpesnė nei moterų.

Apibendrinimas ir išvados

Įvertinę aukščiau išvardytus veiksnius, atkreipiame dėmesį, kad gydytojų trūkumas kol kas nestebimas dėl trijų pagrindinių veiksnių: 1) prieš dešimtmetį ženkliai padidinto priėmimo į medicinos studijas, 2) gydytojų darbo vidutiniškai gerokai didesniu nei vieno etato darbo krūviu, 3) aktyvaus gydytojų išlikimo profesijoje net ir sulaukus garbaus amžiaus. Akivaizdus slaugytojų ir akušerių trūkumas taip pat kol kas nestebimas dėl dviejų pagrindinių veiksnių: 1) ankstesnio gausaus priėmimo į slaugos ir akušerijos studijas, kuris, deja, prieš dešimtmetį buvo ženkliai sumažintas, ir ko pasėkoje net neužtikrinama natūrali specialistų kaita; 2) ženklus lovų skaičiaus mažėjimo sveikatos priežiūros įstaigose 2001–2009 m. ir paslaugų bendruomenėje stoka.

Dalinai gydytojų, slaugytojų ir akušerių skaičiaus mažėjimas kompensuojamas mažėjančio Lietuvos gyventojų skaičiaus, tačiau, deja, vis didėja vyresnio amžiaus asmenų dalis, kuriems tenka nemaža sveikatos priežiūros paslaugų, ypač slaugos ir geriatrijos profilio, dalis.

Apibendrinant galima teigti, jog apžvelgtos duomenų surinkimo schemos yra praktiškai įgyvendinamos, tačiau duomenų surinkimas tokiu būdu yra vienkartinis, reikalaujantis pakankamai didelių finansinių ir žmogiškųjų išteklių. Nesant pakankamai detalaus, išsamaus, kompleksinio ir reguliariai atnaujinamo duomenų šaltinio bei nesiimant priemonių automatizuotai apjungti esamus duomenų šaltinius, duomenys apie SPŽI nebus pakankami, o pasiūlos ir poreikio planavimas – sudėtingas ir fragmentiškas.

Atlikto tyrimo rezultatai sudaro moksliskai pagrįstas prielaidas ir tvirtą pagrindą tolimesniems sveikatos priežiūros specialistų tyrimams Lietuvoje. Didžiausi iššūkiai artimiausioje ateityje – spartus specialistų senėjimas, natūralios specialistų kaitos užtikrinimas, t. y. pasitraukiančių specialistų pakeitimas jaunais absolventais, pirmakursių atrankos mechanizmo ir priėmimo tvarkos tobulinimas, studentų pasitraukimo iš studijų priežasčių kokybinių tyrimų atlikimas ir SPŽI tyrimams būtinų duomenų nuolatinio surinkimo mechanizmo sukūrimas.

Padėka

Tyrimas „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“ atliktas remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto 2010 m. rugpjūčio 27 d. sutartimi Nr. S-162, kuri yra skirta valstybės projektų planavimo būdu pateiktam Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos projektui „Sisteminė sveikatos sektoriaus vykdomų reformų analizė siekiant geresnio Europos Sąjungos sveikatos politikos įgyvendinimo“ (projekto Nr. VP1-4.2-VRM-05-V-01-004) įgyvendinti.

Literatūros sąrašas

1. Dubois C. A., McKee M., Nolte E. Human resources for health in Europe. European observatory on health care systems. Copenhagen: WHO 2006.
2. Hall T. L. Why plan human resources for health? *Human Resources for Health Development Journal*. May – August 1998, Vol. 2, No. 2:77–86.
3. World Health Organization. World health report 2006 – Working together for health. World Health Organization, 2006.
4. Petrauskienė J., Bierontas D., Guogienė E. Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje. *Medicina (Kaunas)*; 1994: 30:608–613.
5. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į Europos Sąjungą. Vilnius, 2000.
6. Smigelskas K., Starkienė L., Padaiga Z. Do Lithuanian pharmacists intend to migrate? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 2007, 33, (3):501–509.
7. Padaiga Z., Starkienė L., Logminiene Z., Reamy J. Lithuania. In: Rechel B., Dubois C. A., McKee M., editors. *The health care workforce in Europe. Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies*, WHO, 2006.
8. Starkienė L., Šmigelskas K., Padaiga Z., Reamy J. The future prospects of Lithuanian family physicians: a 10-year forecasting study. *BMC Family Practice* 2005, vol. 6, p. 41.
9. Sveikatos apsaugos ministerija. Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003–2020 m. programos tvirtinimo. *Žin.*, 2004-11-17, Nr. 167-6146.
10. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.
11. Diallo K., Zurn P., Gupta N., Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Hum Resour Health*. 2003 Apr 14;1(1):3.
12. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2010 m. Vilnius, 2011.
13. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Dėl duomenų, reikalingų įgyvendinant projektą „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“, pateikimo. 2010-12-09 raštas D2-8095-(1.18).
14. Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Dėl duomenų, reikalingų įgyvendinant projektą „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“, pateikimo. 2011-01-03 raštas Nr. (14.1.1) I-40.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Specialistų, kuriems 2004 m. gegužės 1 d.–2010 m. spalio 30 d. buvo išduotos pažymos apie gerąją profesinę praktiką sąrašas. 2010 m.
16. Švietimo įstaigų (3 universitetų ir 6 kolegijų) pateikti duomenys apie pirmakursius ir baigusius studijas absolventus. Duomenys gauti 2010 m. lapkričio–gruodžio mėn.

Collection of data for purposes of human resources for health planning: questions and practical examples

Liudvika Starkienė, Marius Strička, Žilvinas Padaiga,
Jūratė Macijauskienė, Olga Riklikienė
Lithuanian University of Health Sciences

Summary

Precision of human resources for health planning prognoses in large part is influenced by the accuracy, quality and recency of data, which is used. This article reviews available data sources, their advantages and disadvantages and presents data linkage schemes as well as practical examples. Major human resources for health planning indicators from recent research studies are also reviewed.

Keywords: *human resources for health, physicians, nurses, midwives, data sources, supply, Lithuania.*