

GYDYTOJŲ SKAIČIAUS PLANAVIMAS: NUO MOKSLINIŲ TYRIMŲ IKI SVEIKATOS POLITIKOS

Liudvika Starkienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto

Profilaktinės medicinos katedra

Eivenių g. 4, LT-50161 Kaunas, Lietuva

Elektroninis paštas: liudvika.starkiene@lsmuni.lt

Santrauka

Pirmasis gydytojų skaičiaus planavimo tyrimas Lietuvoje buvo atliktas beveik prieš du dešimtmečius, tačiau iki šiol nebuvo įvertintas nei šių, nei vėlesnių prognozių tikslumas. Straipsnyje siekėme įvertinti Lietuvos gydytojų skaičiaus pokyčius 1994-2011 m. ir palyginti juos su atitinkamo laikotarpio gydytojų skaičiaus planavimo prognozėmis. Taip pat apžvelgėme pagrindinius veiksnius ir sveikatos politikos sprendimus, kurie tiriamuoju laikotarpiu galimai įtakojo gydytojų skaičių. Straipsnyje pateikiamos rekomendacijos, į ką reiktų atkreipti didžiausią dėmesį, planuojant ateities gydytojų skaičių.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai, gydytojai, pasiūla, planavimo prognozės, Lietuva.

Įvadas

Gydytojai, kaip ir kiti sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistai, yra neatsiejama sveikatos priežiūros sistemos dalis¹. Jau ne vienerius metus pagrindiniai sveikatos sistemai tenkantys iššūkiai yra išlaidų stabilizavimas (ar sumažinimas) ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, teismo ir efektyvumo užtikrinimas. Nuo to, ar šalyje yra pakankamas gydytojų skaičius ir ar užtikrinamas reikiamo jų skaičiaus rengimas, didžiąja dalimi priklauso sveikatos sistemos funkcionavimas tiek esamu momentu, tiek ateityje². Sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus planavimas yra svarbus instrumentas, nustatant efektyvias priemones, padedančias tiek esant šių specialistų trūkumui, tiek pertekliui³.

Per pastaruosius dvidešimt metų pasaulyje paskelbta nemažai tyrimų, kuriuose buvo prognozuojamas būsimas gydytojų skaičius. Dažniausiai taikoma iš pažiūros paprasta formulė, prie gydytojų skaičiaus atskaitinio laikotarpio pradžioje pridedant kasmet studijas baigiančių absolventų skaičių (pakoreguotą priklausomai nuo pasitraukimo studijų metu) ir atimant kasmet iš profesijos dėl įvairių priežasčių (pensijos,

- 1 Stordeur S., Christian L. Challenges in physician supply planning: the case of Belgium. *Human Resources for Health* 2010, 8:28.
- 2 Goldacre M. J., Davidson J. M., Lambert T. W. Retention in the British National Health Service of medical graduates trained in Britain: cohort studies. *BMJ* 2009;338:b1977.
- 3 Van Greuningen M., Batenburg R. S., Van der Velden L. F. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Human Resources for Health* 2012, 10:21.

mirties, emigracijos, profesijos pakeitimo ir t.t.) pasitraukiančių specialistų skaičių. Rengiant prognozes, pasirenkami įvairūs scenarijai, tačiau dažniausiai vienu atveju priimama *status quo* prielaida, t. y. kad esami gydytojų rengimo ir pasitraukimo iš profesijos rodikliai nesikeis. Planavimo prognozių patikimumas tiesiogiai priklauso nuo duomenų, kuriais remiantis prognozuojama, kokybės ir tikslumo ir dažniausiai kuo tolimesnė ateitis prognozuojama, tuo prognozės tampa mažiau tikslios⁴. Tačiau net ir tos prognozės, kurios parengtos išsamių atskaitos laikotarpio duomenų pagrindu, gali vėliau pasirodyti esančios klaidingos. Taip gali atsitikti dėl įvairių veiksnių, pvz. sumažėjus medicinos studijų pirmakursių skaičiui ar padidėjus studijų nebaigiančių studentų skaičiui, gali sumažėti absolventų skaičius, kurio nebepakanka užtikrinti natūralią gydytojų kaitą. Be to, net ir detalai išanalizavus esamų gydytojų amžiaus struktūrą ir ankstesnes natūralaus pasitraukimo (dėl pensijos ir mirties) tendencijas, galima priimti pernelyg optimistiškas ar pesimistiškas prielaidas dėl būsimo pasitraukimo. Dar sunkiau prognozuoti pasitraukimo dėl emigracijos ir profesijos pakeitimo rodiklius.

Tiriamuoju laikotarpiu Lietuvoje buvo paskelbti keli gydytojų skaičių ateityje prognozavę tyrimai. J. Petrauskienė su bendraautorais pirmąsias Lietuvos gydytojų skaičiaus prognozes iki 2009 m. paskelbė 1994 m.⁵ A. Gaižauskienė su bendraautorais 2003 m. paskelbė antrąjį tyrimą, kuriame prognozuotas gydytojų skaičius iki 2015 m.⁶ 2004 m. buvo paskelbtas trečiasis tyrimas, taip pat prognozavęs gydytojų skaičių iki 2015 m.⁷ (šios prognozės buvo atnaujintos 2007 m.⁸). 2011 m. buvo parengtos gydytojų pasitraukimo iš profesijos ir naujų gydytojų rengimo prognozės, tačiau šių prognozių tikslumą vertinti dar per anksti⁹.

Šiame straipsnyje siekėme įvertinti Lietuvos gydytojų skaičiaus pokyčius 1994–2011 m. ir palyginti juos su atitinkamo laikotarpio gydytojų skaičiaus planavimo prognozėmis. Taip pat apžvelgėme pagrindinius veiksnius ir tiriamuoju laikotarpiu priimtus sveikatos politikos sprendimus, kurie galėjo įtakoti gydytojų skaičiaus pokyčius.

1. Tyrimo medžiaga ir metodika

1.1. Gydytojų skaičiaus pokyčiai 1994–2011 m.

Vertinant gydytojų skaičiaus ir rodiklio, tenkančio 10 tūkst. gyventojų, pokyčius, buvo naudojami Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys. Buvo ver-

4 Kirch D. G., Henderson M. K., Dill M. J. Physician workforce projections in an era of health care reform. *Annu Rev Med.* 2012;63:435-45.

5 Petrauskienė J., Bierontas D., Guogienė E. Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje. *Medicina* 1994;30(11):608-13.

6 Gaižauskienė A., Grabauskas V. J., Kučinskienė Z. A., Lovkytė L. ir kt. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990 - 2015 metais, Vilnius, 2003.

7 Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.

8 Starkienė L., Padaiga Ž., Reamy J., Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus, 2007.

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

tinti tiek aktyvių, tiek praktikuojančių gydytojų skaičiaus pokyčiai. Aktyvūs gydytojai – specialistai, dirbantys pagal savo profesiją sveikatos priežiūros, sveikatos mokslo, mokymo ir valdymo srityse. Praktikuojantys gydytojai – specialistai, dirbantys klinikinį darbą su pacientais. Į praktikuojančių specialistų skaičių neįeina dirbantys administracinį, mokslo ir mokymo darbą, higienistai ir epidemiologai. Gydytojai rezidentai įtraukiami į praktikuojančių gydytojų skaičių. Į šį skaičių įtraukiami įstaigų vyriausieji gydytojai ir jų pavaduotojai, turintys klinikinę licenciją¹⁰.

Vertinant kasmetinius pokyčius, buvo naudotas vidutinis metinis pokytis, apskaičiuojamas taip:

$[(\text{rodiklis laikotarpio pabaigoje} / \text{rodiklis laikotarpio pradžioje}) \text{ keliama laipsniu } (1 / \text{laikotarpio metų skaičius})] - 1$

Galutinė reikšmė buvo paverčiama procentais.

1.2. 1994–2011 m. atliktų planavimo tyrimų apžvalga ir jų rezultatų palyginimas su faktiniais gydytojų skaičiaus pokyčiais

Buvo vertinti visi Lietuvoje tiriamuoju laikotarpiu atlikti tyrimai, kuriuose buvo prognozuotas gydytojų skaičius. Tyrimai, kuriuose buvo prognozuoti atskirų profesinių kvalifikacijų gydytojų skaičiai arba prognozuoti gydytojų skaičiai atskirose apskrityse (pvz. Šiaulių apskrityje), šiame straipsnyje nebuvo vertinami.

Visi planavimo tyrimai rėmėsi Lietuvos Statistikos departamento rengiamomis gyventojų skaičiaus prognozėmis, kurios analizuojamu laikotarpiu ženkliai keitėsi – nuo prognozuojamo gyventojų skaičiaus augimo¹¹ iki šio skaičiaus mažėjimo¹². Siekiant eliminuoti nepasitvirtinusių Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozių įtaką planavimo rezultatams, tyrimuose planuoti gydytojų rodikliai 10 tūkst. gyventojų buvo perskaičiuoti pagal faktinius gyventojų skaičius 1994–2011 m.¹³

2. Tyrimo rezultatai ir aptarimas

2.1. Gydytojų skaičiaus pokyčiai 1994–2011 m.

Aktyvių gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, 1994–2011 m. išliko pastovus. 1994 m. 10 tūkst. gyventojų teko 41,1 gydytojai, o 2011 m. – 41,7 (vidutinis metinis pokytis 0,1 proc.). Absoliutus gydytojų skaičius per septyniolika metų sumažėjo 12,3 proc. (nuo 14962 iki 13327, vidutinis metinis pokytis – 0,7 proc.)

Praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, taip pat kito labai nežymiai. 1994 m. 10 tūkst. gyventojų teko 37,1 gydytojai, o 2011 m. – 38,8 (viduti-

10 Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m. (išankstiniai duomenys), Vilnius, 2012.

11 Statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2000–2020 m. Vilnius, 1998.

12 Statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2005–2030 m. Vilnius, 2004.

13 Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>.

nis metinis pokytis 0,3 proc.). Absoliutus gydytojų skaičius šiuo laikotarpiu sumažėjo 8,9 proc. (nuo 13505 iki 12407, vidutinis metinis pokytis – 0,5 proc.).

Tiriamuoju laikotarpiu stebėti akivaizdūs geografinio gydytojų pasiskirstymo netolygumai. 1998 m. miestuose 10 tūkst. gyventojų tekantis praktikuojančių gydytojų rodiklis buvo 51,5, o 2011 m. – 51,4. Rajonuose aprūpinimo gydytojais rodiklis 1998 m. buvo 2,7 karto mažesnis (19 / 10 tūkst. gyv.), o 2011 m. – 3,1 karto mažesnis nei miestuose (17,4 / 10 tūkst. gyv.). Didžiausias skirtumas tarp miestų ir rajonų rodiklių (3,7 karto) buvo užfiksuotas 2010 m. (63,7 miestuose ir 17,4 rajonuose). Pastebėtina, kad didelis atotrūkis stebimas ne tik tarp miestų ir rajonų rodiklių, bet ir tarp skirtingų rajonų (pvz. Alytaus rajono gyventojų aprūpinimo gydytojais rodiklis 2011 m. buvo 5,7, o Utenos rajono – 27,6 / 10 tūkst. gyv.).

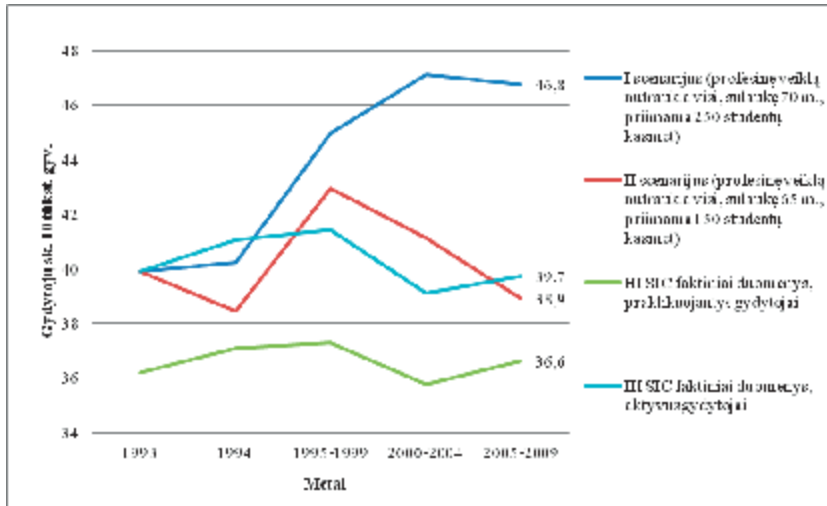
Apibendrinant galima teigti, kad 1994-2011 m. gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, išliko stabilus, tačiau geografinio pasiskirstymo netolygumai tik dar labiau pagilėjo.

2.2. 1994–2011 m. atliktų planavimo tyrimų apžvalga ir jų rezultatų palyginimas su faktiniais gydytojų skaičiaus pokyčiais

J. Petrauskienė su bendraautorais parengė gydytojų skaičiaus prognozes iki 2009 m.¹⁴ Buvo parengti keli prognozių variantai, kurie skyrėsi pagal kasmet priimamų studentų skaičių (150, 200 arba 250 studentų) ir pagal gydytojų pasitraukimą iš profesijos dėl išėjimo į pensiją (vienu atveju buvo priimta prielaida, kad pasitraukia visi gydytojai, sulaukę 70 m. amžiaus, o kitu – sulaukę 65 m. amžiaus). Remdamiesi anksčiau atliktu tyrimu autoriai laikė, kad studijų nebaigs 15 proc. pirmakursių. Nesant duomenų, į gydytojų pasitraukimą dėl kitų priežasčių (emigracijos ir profesijos pakeitimo), nebuvo atsižvelgta. Buvo prognozuotas tiek bendras gydytojų skaičius, tiek rodiklis, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, apskaičiuotas pagal Statistikos departamento prognozuotus gyventojų skaičius 1995-2009 m.

Pirmame paveiksle pateikiamas „geriausio“ (I scenarijus, kai pasitraukia visi gydytojai, sulaukę 70 m. amžiaus ir priimama po 250 studentų kasmet) ir „blogiausio“ (II scenarijus, kai pasitraukia visi gydytojai, sulaukę 65 m. amžiaus ir priimama po 150 studentų kasmet) scenarijų palyginimas su faktiniais praktikuojančių ir aktyvių gydytojų rodiklių pokyčiais 1993–2009 m.

14 Petrauskienė J., Bierontas D., Guogienė E. Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje. *Medicina* 1994;30(11):608-13.



1 pav. Gydytojų skaičius, tekusio 10 tūkst. gyventojų 1993–2009 m., prognozių ir faktinių rodiklių palyginimas

Planavimo laikotarpio pabaigoje arčiausiai faktinių rodiklių buvo II scenarijaus duomenys. Tačiau autorių priimtos prielaidos dėl priimamų studentų skaičių nepasitvirtino – tiriamuoju laikotarpiu 1994–2003 m. (dėl šešerius metus trunkančių vientisųjų medicinos studijų 2003 m. buvo paskutiniai metai, kuriais priimtų studentų skaičius dar įtakoją gydytojų skaičiaus pokyčius 2009 m.) kasmet vidutiniškai buvo priimama po 300 studentų¹⁵. Nepaisant to, ir gausnis nei I scenarijaus atveju pirmakursių skaičius nebuvo pakankamas, kad pastarasis scenarijus pasitvirtintų. Remdamiesi anksčiau atliktu tyrimu autoriai laikė, kad studijų nebaigs 15 proc. pirmakursių. Vėlesni tyrimai parodė, kad studentų pasitraukimas buvo šiek tiek didesnis nei prognozuota. 2004 m. atlikto tyrimo duomenimis, 17,3 proc. 1989 m. priimtų pirmakursių nebaigė medicinos studijų¹⁶. 2011 m. atliktas tyrimas parodė, kad studijų nebaigė 20,1 proc. pirmakursių, priimtų 1996 m., 1999 m. ir 2002 m.¹⁷. Tiriamuoju laikotarpiu studijas baigė 5021 absolventas, o autoriai planavo, kad šis skaičius svyruos nuo 3523 iki 4373.

Autoriai prognozavo, kad iš profesijos pasitrauks nuo 3351 iki 5111 gydytojų. Tuo tarpu faktinis gydytojų pasitraukimas iš profesijos tiriamuoju laikotarpiu buvo didesnis nei planuotas – pasitraukė 6775 aktyvūs gydytojai (1644–3404 daugiau gydytojų nei planavo autoriai). Tokius skirtumus nulėmė didelis dėl kitų priežasčių nei išėjimas į

15 Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.

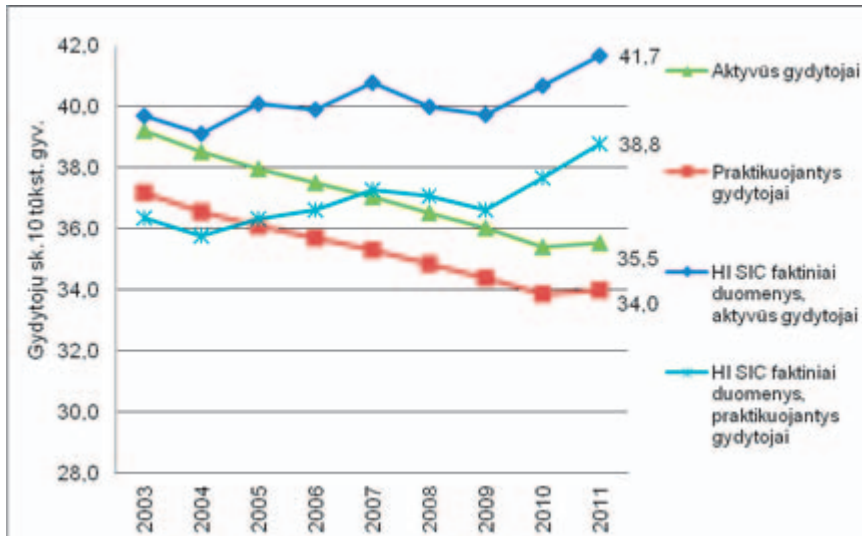
16 Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.

17 Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž., Macijauskienė J., Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. 2011, t. 1(3).

pensiją iš profesijos pasitraukiančių gydytojų skaičius, o kaip minėta anksčiau, autoriai vertino tik išėjimo į pensiją įtakotą pasitraukimą.

A. Gaižauskienė su bendraautoriais 2003 m. paskelbė antrąjį tyrimą, kuriame prognozuotas gydytojų skaičius iki 2015 m.¹⁸. Buvo atskirai planuoti aktyvių (įskaitant administracinį darbą dirbančius gydytojus) ir praktikuojančių (neįskaitant administracinį darbą dirbančių gydytojų gydytojų) skaičiai pagal du scenarijus, kurie skyrėsi tik priimamų studentų skaičiumi (250 arba 400). Kadangi buvo laikyta, kad studijos trunka vidutiniškai 9 metus (6 metai vientisųjų studijų ir 3 metai rezidentūros studijų), t. y. tik tada absolventai patenka į profesiją, iki 2011 m. scenarijai nesiskyrė.

Antrame paveiksle pateikiamas planavimo prognozių palyginimas su faktiniais rodikliais.



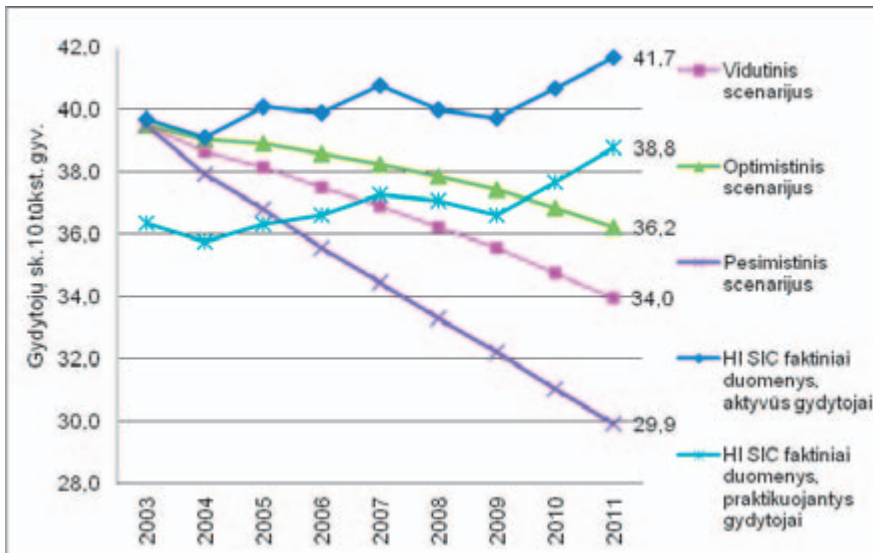
2 pav. Gydytojų skaičius, tekusio 10 tūkst. gyventojų 2003–2011 m., prognozių (pagal du scenarijus) ir faktinių rodiklių palyginimas

Šiame tyrime buvo prognozuojamas didelis gydytojų pasitraukimas iš profesijos, laikant, kad tiriamuoju laikotarpiu kasmet į pensiją išeis 1,92 proc. gydytojų (visi sulaukę 66 m.), dėl mirties ar ligos pasitrauks 1,08 proc., o dėl kitų priežasčių – 1 proc. Taip pat buvo laikyta, kad studijų nebaigs 17,3 proc. pirmakursių. Pernelyg ankstyvas pasitraukimo į pensiją amžius ir jo įtakotas didelis pasitraukimas iš profesijos ir nulėmė, kad prognozės nepasitvirtino.

18 Gaižauskienė A., Grabauskas V. J, Kučinskienė Z. A, Lovkytė L. ir kt. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990 - 2015 metais, Vilnius, 2003.

2004 m. buvo parengti keli prognozių variantai¹⁹ (šios prognozės buvo atnaujintos 2007 m.²⁰), kurie skyrėsi priimanų studentų skaičiumi (360, 400 ir 440), pasitraukimo rezidentūros studijų metu rodikliais (1 proc., 1,5 proc. ir 2 proc.), pasitraukimo į pensiją amžiumi (visi sulaukę 66 m. amžiaus arba visi sulaukę 71 m. amžiaus) ir emigracijos rodikliais (1 proc., 2 proc. ir 3 proc.). Visose prognozėse buvo laikoma, kad dėl mirties iš profesijos kasmet pasitraukia 0,7 proc., o studijų nebaigia 17,3 proc. pirmakursių.

Visuose prognozių variantuose buvo planuotas gydytojų skaičiaus mažėjimas, tačiau nei vienas iš scenarijų nepasitvirtino (3 pav.).



3 pav. Gydytojų skaičiaus, tenkančio 10 tūkst. gyv., prognozių (pagal tris scenarijus) ir faktinių rodiklių 2003–2011 m. palyginimas

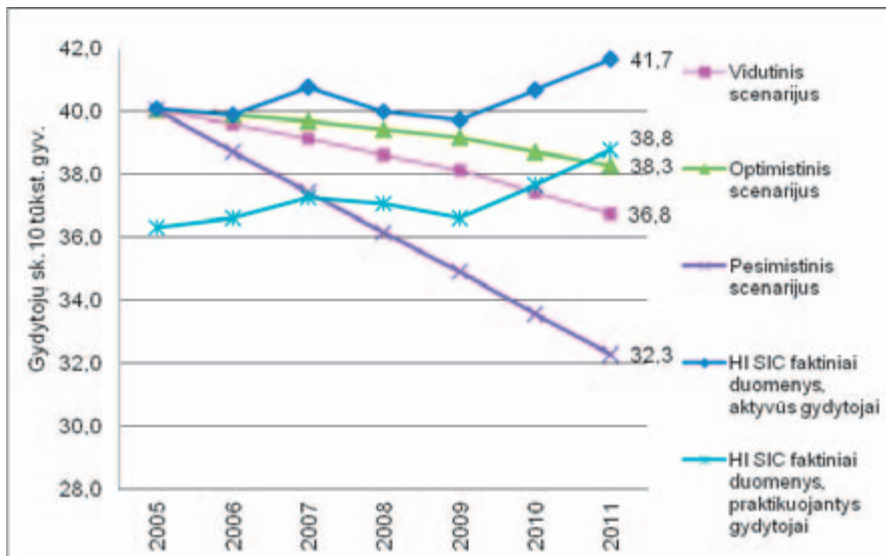
Taip atsitiko dėl to, kad tyrime buvo prognozuotas labai didelis pasitraukimas iš profesijos, ypač dėl gydytojų išvykimo į kitas šalis. Šis rodiklis buvo apskaičiuotas Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) išduodamas pažymas apie gerąją profesinę praktiką gavusių gydytojų skaičiaus (nuo 2004 m. gegužės mėn. iki rugpjūčio mėn.) pagrindu, laikant, kad toks pat rodiklis išliks ir ateityje. Tuo tarpu vėliau atliktas tyrimas parodė, kad 2004–2010 m. išvyko tik pusė pažymas gavusių gydytojų. Be to, pažymų išdavimo pradžioje SAM pateikdavo duomenis apie pažymų, o ne apie jas gavusių asmenų, skaičių (kadangi pažymos galiojo tik tris mėnesius, kai kurie gydytojai trumpu tiriamuoju laikotarpiu jau buvo gavę po antrą pažymą ir buvo dar kartą įskaičiuoti į pažymas gavusiųjų skaičių).

19 Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.

20 Starkienė L., Padaiga Ž., Reamy J., Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus, 2007.

2011 m. atliktas tyrimas parodė, kad prielaida dėl to, kad iš profesijos pasitraukia visi 71 metų sulaukę gydytojai (o juo labiau 66 m. sulaukę gydytojai) yra neteisinga – 70-79 m. amžiaus grupėje, priklausomai nuo profesinės kvalifikacijos, tebedirbo nuo 21 iki 67 proc. gydytojų. Faktinis pasitraukimas iš profesijos dėl visų priežasčių buvo apie 1,7 proc. kasmet, tuo tarpu buvo prognozuotas tarp 3,4 ir 6,2 proc. svyruojantis rodiklis.

2007 m. šios prognozės buvo atnaujintos²¹, taikant mažesnę Lietuvos gyventojų svertinį mirtingumo rodiklį (0,59 proc., adaptuotas pagal gydytojų amžių ir lytį) bei mažesnę kasmet išvykstančių gydytojų rodiklį (0,8 proc., 1,5 proc. ir 3 proc.). Arčiausiai faktinių rodiklių buvo pagal optimistinį scenarijų prognozuotas gydytojų rodiklis (4 pav.).



4 pav. Gydytojų skaičius, tenkančio 10 tūkst. gyv., prognozių (pagal tris scenarijus) ir faktinių rodiklių 2005–2011 m. palyginimas

Visuose planavimo tyrimuose buvo planuotas fizinių asmenų, o ne etatų skaičius ir netiesiogiai buvo priimta prielaida, kad fizinių asmenų ir etatų santykis nesikeis. 2001 m. vienas gydytojas vidutiniškai dirbo nuo 0,7 iki 1,6 etato krūviu (priklausomai nuo profesinės kvalifikacijos). Tuo tarpu 2009 m. etatų/ fizinių asmenų santykis išaugo, kai kuriais atvejais net iki 1,4 karto. Tai rodo, kad mažėjant fizinių asmenų skaičiui, etatų skaičius mažėjo lėčiau ir gydytojams teko didesnis darbo krūvis²².

21 Starkienė L., Padaiga Ž., Reamy J., Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmoniškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus, 2007.

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

2.3. Stabilų gydytojų skaičių įtakoję veiksniai ir sveikatos politikos sprendimai

Vertinant veiksnius, kurie galimai įtakojo mažai pakitusį gydytojų skaičių, tenkantį 10 tūkst. gyventojų, pirmiausiai reikėtų paminėti tiriamuoju laikotarpiu sparčiai mažėjusį gyventojų skaičių – 1994–2011 m. gyventojų skaičius sumažėjo net 427 tūkstančiais. Todėl net ir mažėjant absoliučiam gydytojų skaičiui, rodiklis, tenkantis 10 tūkst. gyventojų išliko pastovus.

Teigiamą poveikį turėjo ir 2002 m. priimtas sprendimas padidinti į medicinos studijas priimamų pirmakursių skaičių (iki 400 studentų kasmet, remiantis planavimo prognozėmis²³). Šio sprendimo rezultatai jau juntami kelerius metus – pirmieji absolventai studijas baigė 2008 m. ir šiuo metu tęsia studijas rezidentūroje arba yra jas jau baigę (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras gydytojus rezidentus įtraukia tiek į aktyvių, tiek į praktikuojančių gydytojų skaičių).

2003 m. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtinta Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programa²⁴, kurią įgyvendinant 2004-2007 m. buvo skiriamas finansavimas moksliniams šios srities tyrimams.

2005 m. buvo pasirašytas trišalis susitarimas „Dėl medikų darbo užmokesčio didinimo“, kuris taip pat turėjo teigiamą poveikį mažesniai gydytojų pasitraukimui iš profesijos. Įgyvendinant šį susitarimą, vidutinis mėnesinis gydytojų darbo užmokestis (neatskaičius mokesčių) išaugo nuo 1604 Lt. (2005 m.) iki 4069 Lt. (2011 m.). 2008 m. buvo užfiksuotas didžiausias darbo užmokesčio dydis – 4231 Lt.²⁵

Dar vienas svarbus veiksnys – didelis medicinos praktika besiverčiančių gydytojų, kuriems jau paskirta senatvės pensija, išlikimo profesijoje rodiklis. Tai bent dalinai būtų galima paaiškinti ženkliais skirtumais tarp vidutinio gydytojų darbo užmokesčio ir valstybinio socialinio draudimo senatvės pensijos dydžių. Nors pensijos dydis tiriamuoju laikotarpiu išaugo (nuo 147 Lt. 1995 m. iki 748,4 Lt. 2011 m.), tačiau buvo pusšesto karto mažesnis nei vidutinis mėnesinis gydytojų darbo užmokestis²⁶.

Nuo 2008 m. gydytojai rezidentai įgavo dvigubą statusą, t. y. ne tik studentų, gunančių stipendijas, bet ir gydymo įstaigose įdarbinamų visateisių gydytojų, kuriems mokamas bazinis atlyginimas²⁷. Priėmus šį sprendimą, gydytojai rezidentai gavo ne tik visas socialines garantijas, bet ir pradėjo gauti daugiau nei du kartus didesnes pajamas

23 Gaižauskienė A., Grabauskas V. J., Kučinskienė Z. A., Lovkytė L. ir kt. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990 - 2015 metais, Vilnius, 2003.

24 Sveikatos apsaugos ministerija. Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programos tvirtinimo. Valstybės žinios: 2004-11-17 Nr.167-6146.

25 Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>.

26 Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>.

27 Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2008-02-14, Nr. 19-682.

(1248 Lt. stipendiją ir 1400–1792 Lt. dydžio atlyginimą, svyruojantį priklausomai nuo patirties).

Gydytojų emigracija tiriamuoju laikotarpiu neįgavo prognozuoto masto, skaičiuojama, kad 2004–2010 m. išvyko kas antras Sveikatos apsaugos ministerijos išduodamą pažymą apie gerą profesinę praktiką gavęs gydytojas. Vertinant dalį nuo bendro atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojų skaičiaus, nustatyta, kad šiuo laikotarpiu išvyko nuo 1,8 proc. iki 8,5 proc. gydytojų²⁸. Tačiau būtina atkreipti dėmesį į tai, kad, jaunesnio amžiaus gydytojų rizika išvykti yra didesnė. Analizuojant, ar pasilikimas Lietuvoje priklauso nuo amžiaus, nustatyta stipri tiesinė priklausomybė ($r^2=0,99$). O šansų santykis išvykti į kitas šalis, lyginant jaunesnius nei 40 m. amžiaus gydytojus su sulaukusiais 40 m. amžiaus ir vyresniais, buvo 1,52 (95 proc. PI 1,03 – 2,26)²⁹.

2009 m., pakeitus Medicinos praktikos licencijavimo taisykles, atsirado galimybė po pertraukos į medicinos praktiką sugrįžantiems gydytojams atnaujinti žinias ir įgūdžius už valstybės lėšas. Taisyklės numato, kad vieną kartą po gydytojo diplomo įgijimo valstybės biudžeto lėšomis iš Sveikatos apsaugos ministerijai skirtų asignavimų sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijai kelti gali būti apmokama ne daugiau kaip 90 proc. stažuotės kainos. Likusius 10 proc. stažuotės kainos, apmoka ta gydymo įstaiga, kurioje baigęs stažuotę dirbs licenciją gavęs gydytojas³⁰. Tai neabejotinai teigiamas sprendimas, tačiau jis galioja per trumpai, kad būtų galima įvertinti jo poveikį į profesiją sugrįžusių gydytojų skaičiui. Kitose šalyse panašių gydytojų sugrąžinimo į profesiją programų nėra daug ir jos taip pat yra pakankamai naujos³¹.

Europos Sąjungos struktūrinių fondų skiriama parama sveikatos priežiūros sistemai taip pat turėjo teigiamos įtakos – pagerėjo ne tik gydytojų darbo sąlygos, tačiau ir buvo užtikrintos geresnės profesinio tobulėjimo galimybės.

3. Ateities gydytojų skaičiaus planavimo rekomendacijos

Siekiant tiksliau planuoti ateities gydytojų skaičių ir priimti sveikatos politikos sprendimus, pirmiausiai būtina sukurti gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų pasiūlos ir poreikio vertinimui būtinų duomenų nuolatinio surinkimo mechanizmą, kurio pagalba kasmet būtų galima stebėti ne tik iš profesijos pasitraukiančių ir į ją patenkančių gydytojų skaičius, tačiau ir kitas charakteristikas: geografinio pasiskirstymą, etatinį darbo krūvį, suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičių ir pan.

Šiuo metu svarbiausia problema - specialistų senėjimas. Senėjant bendrai Lietuvos populiacijai, stebimas ir spartus gydytojų senėjimas. 2000 m. vyresni nei 60 m. amžiaus

28 Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž., Macijauskienė J., Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmonių išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. 2011, t. 1(3).

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

30 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymo Nr. V-396 „Dėl Medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2009-05-21, Nr. 59-2313.

31 Varjavand N., Novack D. H., Schindler B. A. Returning physicians to the workforce: History, progress, and challenges. J Contin Educ Health Prof. 2012 Mar;32(2):142-7.

gydytojai sudarė 16 proc., o 2010 m. jų dalis perkopė 20 proc. ribą. Dar 27,6 proc. gydytojų 2010 m. buvo 51-60 m. amžiaus grupėje. Kai kuriose profesinėse kvalifikacijose vyresnių nei 60 m. amžiaus gydytojų dalis 2010 m. buvo artima ar net viršijo 40 proc. Prognozuojama, jog dėl demografinių priežasčių iki 2025 m. iš profesijos pasitrauks 40–60 proc., kuriuos reikės pakeisti (bent dalinai) naujais specialistais³².

Naujų specialistų atėjimas į profesiją tiesiogiai priklauso nuo to, kiek pirmakursių buvo priimta studijuoti medicinos studijų programoje, kuri dalis iš jų šias studijas baigė ir pasirinko gydytojo profesinį kelią. Stebimas studentų pasitraukimas (20 proc.) iš medicinos vientisųjų studijų yra labai didelis, be to, net ir gavę gydytojo diplomą, dalis absolventų (8 proc.) nesirinko toliau studijuoti medicinos rezidentūros programoje³³. Tai byloja apie dalies pirmakursių motyvacijos stoką ne tik baigti studijas, bet ir baigusiujų - pasirinkti gydytojo karjerą. Todėl būtina tobulinti pirmakursių priėmimo (atrankos) mechanizmą ir skirti didesnę dėmesį potencialių pirmakursių motyvacijos vertinimui, taikant tik moksliniais tyrimais pagrįstas metodikas ir perimant gerosios praktikos pavyzdžius iš kitų šalių (pvz. Nyderlandų Karalystės³⁴ ar Danijos³⁵). Tai itin aktualu žinant, kad ateityje mažės ir potencialių pirmakursių, t. y. vidurinių išsilavinimą įgijusių jaunuolių, skaičius. 2011 m. vidurinių išsilavinimą bendrojo ugdymo mokyklose įgijo 37 tūkst. abiturientų, tuo tarpu prognozuojama, kad 2020 metais abiturientų bus 9 tūkst. mažiau, o skaičius vėl ims augti apie 2024-uosius, kai mokyklas turėtų baigti 32 tūkst. moksleivių³⁶.

Išvados

1994-2011 m. gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, išliko stabilus. Nei viena iš gydytojų skaičiaus planavimo prognozių nepasitvirtino todėl, kad tyrimų autoriams nebuvo prieinami visi planavimui būtini duomenys ir kai kuriais atvejais teko priimti pernelyg optimistiškas ar pesimistiškas prielaidas dėl planavimui būtinų rodiklių dydžių.

Nepaisant to, kad Lietuvoje skirtingai nuo daugumos Europos Sąjungos šalių jau daugiau nei dešimtmetį vykdomi nuoseklūs sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiūlos ir poreikio planavimo tyrimai, tačiau ryžtingų sveikatos politikos sprendimų šioje srityje buvo nedaug. Todėl artimiausiu metu būtina inicijuoti suinteresuotų vyriausybinių ir nevyriausybinių institucijų atstovų diskusijas ir priimti sprendimus dėl sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių, tame tarpe ir gydytojų, pasiūlos ir poreikio vertinimui būtinų duomenų nuolatinio surinkimo mechanizmo sukūrimo ir apsispręs-

32 Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž., Macijauskienė J., Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. 2011, t. 1(3).

33 *Ibid.*

34 Urlings-Strop L. C., Stijnen T., Themmen A. P, Splinter T. A. Selection of medical students: a controlled experiment. *Med Educ.* 2009 Feb;43(2):175-83.

35 O'Neill L., Hartvigsen J., Wallstedt B., Korsholm L, Eika B. Medical school dropout- testing at admission versus selection by highest grades as predictors. *Med Educ.* 2011

36 Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>

ti dėl pirmakursių atrankos mechanizmo ir priėmimo tvarkos tobulinimo. Taip pat būtina atkreipti dėmesį į atotrūkį tarp miestų ir rajonų gyventojų aprūpinimo gydytojais ir priimti sveikatos politikos sprendimus, skatinančius jaunos gydytojus verstis medicinos praktika rajonų sveikatos priežiūros įstaigose.

Literatūra

1. Gaižauskienė A., Grabauskas V. J., Kučinskienė Z. A., Lovkytė L. ir kt. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990 - 2015 metais, Vilnius, 2003.
2. Goldacre M. J., Davidson J. M., Lambert T. W. Retention in the British National Health 488 Service of medical graduates trained in Britain: cohort studies. *BMJ* 2009;338:b1977.
3. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m. (išankstiniai duomenys), Vilnius, 2012.
4. Kirch D.G., Henderson M. K., Dill M. J. Physician workforce projections in an era of health care reform. *Annu Rev Med.* 2012; 63:435-45.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymo Nr. V-396 „Dėl Medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2009-05-21, Nr. 59-2313.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymo Nr. V-802 „Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programos tvirtinimo“ priėmimo. Valstybės žinios: 2004-11-17 Nr. 167-6146.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2008-02-14, Nr. 19-682.
8. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.
9. Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.
10. O'Neill L., Hartvigsen J., Wallstedt B., Korsholm L., Eika B. Medical school dropout-testing at admission versus selection by highest grades as predictors. *Med Educ.* 2011. Nov; 45(11):1111-20.
11. Petrauskienė J., Bierontas D., Guogienė E. Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje. *Medicina* 1994; 30(11): 608-13
12. Starkienė L., Padaiga Ž., Reamy J., Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus, 2007.
13. Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž., Macijauskienė J., Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmonių išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. 2011, t. 1(3).
14. Statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2000-2020 m. Vilnius, 1998.
15. Statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2005-2030 m. Vilnius, 2004.
16. Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>
17. Stordeur S., Christian L. Challenges in physician supply planning: the case of Belgium. *Human Resources for Health* 2010, 8:28.

18. Urlings-Strop L. C., Stijnen T., Themmen A. P., Splinter T. A. Selection of medical students: a controlled experiment. *Med Educ.* 2009 Feb;43(2):175-83.
19. Van Greuningen M., Batenburg R. S., Van der Velden LF. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Human Resources for Health* 2012, 10:21.
20. Varjavand N., Novack D. H., Schindler B. A. Returning physicians to the workforce: History, progress, and challenges. *J Contin Educ Health Prof.* 2012 Mar;32(2):142-7.

Planning the number of physicians: from research to health policy decisions

Liudvika Starkienė

Lithuanian University of Health Sciences

Summary

The first planning projections of physician number in Lithuania were drawn almost two decades ago; however, the accuracy of those and later planning efforts (conducted in 2003, 2004 and 2007) was never evaluated. This study aimed to overview the actual changes in the physician's number in Lithuania in 1994-2011 and to compare them with previously drawn planning projections. Also, the study reviewed health policy decisions and other important factors, which possibly influenced actual changes in physician number.

Lithuania has retained stable physician per population ratio between 1994 and 2011. This was influenced by a combination of various factors as well as health policy decisions. First of all, the influence of declining overall population number should be noted; the number of population decreased by almost half a million (427 thousand) in 1994-2011. Because of that, while the overall number of physicians decreased by 12.3%, the physician to population ratio remained stable (41.7 per 10,000 population).

None of the planning projections proved to be very accurate; however they served as an important tool for policy makers in taking decisions regarding physician human resources.

Financial support of the EU Structural funds, which enabled renovation of most hospitals and supply of new medical equipment, contributed to significant changes in working conditions of physicians. The support was also given to physicians' continuous professional development. Health policy decision to increase the salaries (they increased by 2.5 times between 2005 and 2011) also played an important role in retaining physicians. Increased enrolment to physician training programmes since 2002 as well as change in the legal status of medical residents contributed to ensuring at least partial substitution for the number of those physicians who leave the profession annually. Establishment of re-entry programme into profession in 2009 was a positive development, especially with coverage of 90% of traineeship costs. Unfavourable retirement conditions, while not a specific physicians' retention policy, contributed to retaining practicing physicians after their retirement age.

Immediate challenges that need to be addressed by policy makers are rapid physician ageing (especially in some specialties), which will inevitably cause shortages of physicians in the next decade, and numerous student drop out from studies. Increasing training enrolments is relevant only as part of a broader policy portfolio for medium- or long-term solutions. The effect of reducing drop out occurs immediately and also avoids the substantial costs of extra capacity in study programs as well, representing a more efficient use of resources. Therefore author recommends modifying

the selection procedure for medical students, including assessment of applicants' noncognitive and cognitive abilities. As in other countries, establishment of comprehensive monitoring system and harmonization of physician human resources planning with ongoing health care reform objectives remains one of the biggest future challenges for Lithuania.

Keywords: *Human resources for health, physicians, supply, planning projections, Lithuania.*

Dr. Liudvika Starkienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Profilaktinės medicinos katedros docentė. Mokslinių interesų sritys: sveikatos priežiūros žmoniškųjų išteklių pasiūlos ir poreikio analizė ir prognozės, specialistų migracija, pasitraukimas iš profesijos.

Dr. Liudvika Starkienė, associated professor at the Department of Preventive Medicine, Faculty of Public Health, Lithuanian University of Health Sciences. Her research interests are focused on analysis of supply and requirement of human resources for health and their future projections, migration issues and drop out from profession.