

NETOLYGUS GEOGRAFINIS GYDYTOJŲ PASISKIRSTYMAS: SISTEMINĖ KITŲ ŠALIŲ PATIRTIES APŽVALGA

Liudvika Starkienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto
Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto
Profilaktinės medicinos katedra
Eivenių g. 4, LT-50161 Kaunas, Lietuva
Telefonas (+370 6) 114 9215

Elektroninis paštas: liudvika.starkiene@lsmuni.lt; liudvika.starkiene@gmail.com

Pateikta 2013 m. liepos 5 d., parengta spausdinti 2013 m. rugsėjo 17 d.

doi:10.13165/SPV-13-1-5-07

Santrauka

Pusė visų pasaulio gyventojų gyvena kaimo vietovėse, tuo tarpu jose dirba mažiau nei ketvirtadalis pasaulio gydytojų. Sisteminė literatūros šaltinių paieška, atrenkant kitose šalyse vykdytas netolygiam gydytojų pasiskirstymui spręsti skirtas programas, buvo atlikta pagal šiuos kriterijus: ieškota tik gydytojams skirtas veikiančias programas aprašančių visatekusių straipsnių, paskelbtų 2000–2013 m. anglų kalba, naudojant PubMed duomenų bazės paieškos sistemą. Nustatytus kriterijus atitiko 18 straipsnių, kuriuose aprašoma 14 gydytojų pritraukimo ir išlaikymo geografiškai nepatraukliose vietovėse programų. Nustatyta, jog programos, kuriose taikomos tik finansinės paskatos, dažniausiai pasiteisina, pritraukiant gydytojus į geografiškai nepatrauklias vietoves ir išlaikant juos ten trumpą laikotarpį (2–6 m.). Užsieniečių gydytojų įdarbinimo programos taip pat nėra ilgalaikis sprendimas, kadangi jis veiksmingas iki sutarties galiojimo pabaigos. Medicinos studentų rengimo darbui geografiškai nepatraukliose vietovėse programos (tiek su stipendija ir įsipareigojimais, tiek be jų), nors ir nepadedą greitai išspręsti gydytojų trūkumo problemas, tačiau yra labai naudingos ilguoju laikotarpiu.

Reikšminiai žodžiai: gydytojai, netolygus geografinis pasiskirstymas, pritraukimo ir išlaikymo programos, sveikatos politika.

Įvadas

Su netolygaus geografinio gydytojų pasiskirstymo problema susiduria visos šalys, nors problemos mastas, kaip ir bandymai ją spręsti, yra skirtingi. Netolygų geografinį pasiskirstymą galima apibrėžti kaip aprūpinimo gydytojais skirtumus, neigiamai veikiančius sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimą, reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą

bei jų kokybę, pacientų pasitenkinimą ir prasčiau gydytojais aprūpintų vietovių gyventojų sveikatos rodiklius^{1,2}.

Šiame straipsnyje aprašant gydytojų pritraukimo ir išlaikymo programas, vartojamas terminas „geografiškai nepatrauklios vietovės“, apimantis visas kaimų, rajonų, atokias, nutolusias ir pan. vietoves, kuriose susiduriama su gydytojų stygiumi.

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, pusė visų pasaulio gyventojų gyvena kaimo vietovėse, tuo tarpu jose dirba mažiau nei ketvirtadalis pasaulio gydytojų³. Istoriskai susiklostė, kad gydytojai yra labiau linkę apsigyventi ir verstis medicinos praktika miestuose, kur yra geresnės darbo ir profesinio tobulėjimo galimybės, ugdymo ir kitos socialinės sąlygos, kurios svarbios ne tik jiems patiems, bet ir jų šeimų nariams⁴. Jungtinėse Amerikos Valstijose geografiškai nepatraukliose vietovėse dirbo mažiau nei 11 proc. gydytojų, o Kanadoje – 9 proc., tuo tarpu jose gyveno atitinkamai 20 ir 24 proc. visų gyventojų⁵. Indijoje geografiškai nepatraukliose vietovėse dirbo 26 proc. gydytojų, tačiau jose gyveno net 72 proc. visų šalies gyventojų⁶. Lietuvoje 2012 m. rajonuose dirbo 28,4 proc. gydytojų, o juose gyveno 33,2 proc. gyventojų^{7,8}.

Gydytojų apsisprendimą dirbti geografiškai nepatraukliose vietovėse lemia asmeniniai veiksniai (kilimas iš šių vietovių, vertybės, altruizmas), šeimos ir bendruomenės veiksniai (šeimos narių įsidarbinimo ir ugdymo galimybės (darželių ir mokyklų buvimas), vietinės bendruomenės charakteristikos), finansiniai ir ekonominiai veiksniai (darbo užmokestis ir įvairūs priedai), su profesine karjera susiję veiksniai (tęstinio profesinio tobulėjimo galimybės, profesinis palaikymas, galimybė eiti vadovaujančias pareigas), darbo ir gyvenimo sąlygos (darbovietės infrastruktūra, darbo krūvis, apgyvendinimo sąlygos), taip pat privalomas tam tikros trukmės vertimasis medicinos praktika (mainais į gautą stipendiją ar privalomas paskyrimas visiems absolventams)^{9,10,11}.

Dažniau medicinos praktiką geografiškai nepatraukliose vietovėse renkasi vyrai, kilę iš tokių vietovių ir jau studami į medicinos studijas apsisprendę, jog grįš dirbti į savo kilmės ar kitą geografiškai nepatrauklią vietovę. Tokį apsisprendimą taip pat lemia ir pasirinkta šei-

¹ Blumenthal, D. Geographic imbalances of physician supply: an international comparison. *Journal of Rural Health*. 1994, 10(2): 109–118.

² Humphreys, J.; Solarsh, G. At-risk populations: rural. Heggenhougen HK, ed. *The International Encyclopedia of Public Health*. London: Elsevier, 2008, 242–253.

³ World Health Organization. World Health Report 2006: Working together for health. 2006.

⁴ Gupta, N., et al. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *Int J Equity Health*. 2003, 2(1): 11.

⁵ Dumont, J. C., et al. International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: myths and realities. OECD Health working paper no 40. Paris: OECD, 2008.

⁶ Sundararaman, T.; Gupta, G. Indian approaches to retaining skilled health workers in rural areas. *Bull World Health Organ*. 2011, 89(1): 73–77.

⁷ Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2012 m. (išankstiniai duomenys). Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013, p. 73–75.

⁸ Lietuvos statistikos departamentas. Oficialiosios statistikos portalas [žiūrėta 2013-04-23]. <<http://osp.stat.gov.lt>>.

⁹ Dussault, G.; Franceschini M. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*. 2006, 4: 12.

¹⁰ Buykx, P.; Humphreys, J.; Wakerman, J.; Pashen, D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: toward evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010, (3): 102–109.

¹¹ Wibulpolprasert, S.; Pengpaibon, P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Hum Resour Health*. 2003, 1(1): 12.

mos, bendruomenės ar kaimo medicinos rezidentūros studijų programa. Teigiamą poveikį (tik silpnesnį) taip pat turi ilgesnės trukmės klinikinė praktika studijų metu geografiškai nepatraukliose vietovėse. Autoriai taip pat pastebi, kad užsieniečių įdarbinimas šiose vietovėse, stipendijų skyrimas mainais už darbą ir finansinio skatinimo priemonės taip pat prisideda prie netolygaus geografinio pasiskirstymo problemos sprendimo^{12,13}.

Gydytojų pasiūlos ir poreikio analizė ir planavimas bei tolygaus geografinio jų pasiskirstymo užtikrinimas yra svarbi sveikatos politikos dalis, kuriai, deja, Lietuvoje nebuvo skiriamas pakankamai dėmesio. Nebuvo net mėginama parengti valstybiniu mastu veikiančią gydytojų skatinimo dirbti rajonuose programą, todėl nenuostabu, kad geografinis gydytojų pasiskirstymas per pastaruosius penkiolika metų tapo dar netolygesnis – 1998 m. miestuose dirbo 66,3 proc. visų Lietuvos gydytojų, tuo tarpu 2012 m. – 71,6 proc.¹⁴ Pastaruoju metu dažnai keliamas tik privalomo gydytojų rezidentų įdarbinimo rajonų sveikatos priežiūros įstaigose klausimas, tačiau nediskutuojama apie skatinimo (pritraukimo) priemones, todėl tikslinga įvertinti kitų šalių patirtį, siekiant pagerinti geografinį gydytojų pasiskirstymą.

Šio straipsnio tikslas – sisteminės literatūros paieškos būdu atrinkti ir aprašyti pastaruosius dešimtmečius kitose pasaulio šalyse vykdytas programas, kurios buvo skirtos sumažinti netolygų geografinį gydytojų pasiskirstymą.

1. Tyrimo medžiaga ir metodika

2009 m. Cochrane Collaboration paskelbtos sisteminės apžvalgos autoriai priėjo prie išvados, jog nesant aukščiausios kokybės tyrimų, kuriuose būtų vertintas programų, skirtų sumažinti netolygų sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų geografinį pasiskirstymą, efektyvumas, negalima pagrįsti ar paneigti įvairių rūšių programų naudingumo, sprendžiant šią problemą¹⁵. Todėl vykdydami sisteminę literatūros šaltinių paiešką nekėlėme sau tikslo įvertinti programų efektyvumą.

Publikacijų paieška atlikta 2013 m. birželio 5 d., naudojant PubMed duomenų bazės paieškos sistemą. Paieškai pasitelkti šie reikšminių žodžių deriniai: „physicians AND recruitment AND retention“, „doctors AND recruitment AND retention“, „physicians AND retention AND rural“, „doctors AND retention AND rural“, „physicians AND retention AND remote“, „doctors AND retention AND remote“.

Literatūros šaltinių įtraukimo ir atmetimo kriterijai pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Literatūros šaltinių įtraukimo ir atmetimo kriterijai

Kriterijus	Įtraukimo kriterijus	Atmetimo kriterijus
Laikotarpis	2000 01 01–2013 05 31	Anksčiau ar vėliau paskelbti straipsniai
Kalba	Anglų k.	Kita nei anglų k.
Tyrimo vieta	Visos pasaulio šalys	-

¹² Wilson, N. W., *et al.* A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009, (2): 1060.

¹³ World Health Organisation. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Locations through Improved Retention: Global Policy Recommendations. Geneva: WHO, 2010.

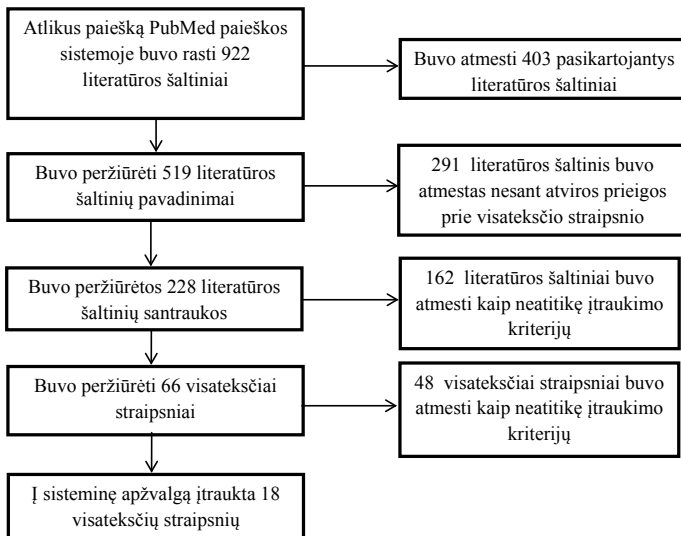
¹⁴ *Supra* note 7, p. 73–75.

¹⁵ Grobler, L., *et al.* Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009, (1): CD005314.

Kriterijus	Įtraukimo kriterijus	Atmetimo kriterijus
Tiriamieji	Gdytojai	Kiti sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistai
Publikacijos tema	Publikacijoje aprašoma gydytojų pritraukimo ir išlaikymo geografiškai nepatraukliose vietovėse programa	Kita tema; publikacijoje neaprašoma programa
Atvira prieiga	Atvira prieiga prie visateksčio straipsnio iš LSMU kompiuterių tinklo	Prieinama tik straipsnio santrauka
Programos tipas	Veikianti programa	Teorinė programa

Visi literatūros šaltiniai, kuriuose nebuvo aprašoma gydytojų pritraukimo ir išlaikymo geografiškai nepatraukliose vietovėse programa, buvo atmesti. Taip pat buvo atmesti tie šaltiniai, kuriuose buvo aprašomos kitiems sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistams skirtos programos. Viena programa buvo atmesta, kadangi ji buvo skirta kariuomenėje tarnaujantiems gydytojams¹⁶. Dar viena (Keele universiteto) programa buvo atmesta, kadangi dar tik planuojama pradėti ją vykdyti¹⁷.

Sisteminės literatūros šaltinių paieškos ir atrankos schema pateikta 1 paveiksle.



1 pav. Sisteminės literatūros šaltinių paieškos ir atrankos schema

Nustatytus kriterijus atitiko ir į sisteminę apžvalgą buvo įtraukti 18 straipsnių, kuriuose aprašomos gydytojų pritraukimo ir išlaikymo geografiškai nepatraukliose vietovėse programos.

¹⁶ Holmes, S. L., et al. Military physician recruitment and retention: a survey of students at the Uniformed Services University of the Health Sciences. *Mil Med.* 2009,174(5): 529-534.

¹⁷ Deaville, J. A., et al. Perceptions of UK medical students on rural clinical placements. *Rural Remote Health.* 2009, 9(2): 1165.

2. Tyrimo rezultatai

2.1. Programų charakteristikos

Visų į sisteminę analizę įtrauktų gydytojų pritraukimo ir išlaikymo geografiškai nepatraukliose vietovėse programų aprašymas (programos pavadinimas, tyrimo autoriai, vykdy-mo vieta ir laikotarpis, tikslas ir tikslinė grupė) pateikiamas 2 lentelėje.

2 lentelė. Gydytojų pritraukimo ir išlaikymo geografiškai nepatraukliose vietovėse programų charakteristikos

Pavadinimas, tyrimo autoriai, metai	Vieta, nuo kada vykdoma	Tikslas	Tikslinė grupė / atrankos būdas
Jichi medicinos universiteto (JMU) gydytojų rengimo programa; M. Matsumoto ir kt., 2008 m. ¹⁸ , M. Matsumoto ir kt., 2010 m. ¹⁹	Japonija, visa šalis, nuo 1972 m.	Parengti rajonuose dirbsiančius gydytojus ir paskirstyti juos tolygiai visoje šalyje	Visi JMU medicinos studentai
Australijos vyriausybės stipendijų programa; D. Wilkinson, 2003 m. ²⁰	Australija, visa šalis, programos pradžia nenurodyta	Pritraukti ir 6 m. išlaikyti gydytojus geografiškai nepatraukliose vietovėse	Australijos pilietybę (arba nuolatinio gyventojų statusą) turintys pirmo kurso medicinos studijų studentai atrinkti konkurso būdu (kasmet atrenkama 100 studentų)
Naujojo Pietų Velso sveikatos departamento stipendijų programa; J. S. Dunbabin, 2006 m. ²¹	Australija, Naujojo Pietų Velso valstija, nuo 1989 m.	Sumažinti gydytojų trūkumą rajonų ligoninėse, pritraukti gydytojus į kaimo vietoves	Australijos ir Naujosios Zelandijos medicinos studentai, atrinkti konkurso būdu
„Friends of Mosvold“ stipendijų schema; A. J. Ross ir kt., 2007 m. ²²	Pietų Afrikos Respublika, Umkhanyakude rajonas, nuo 1998 m.	Padėti absolventams įsilieti į rajono darbo rinką	Iš Umkhanyakude rajono kilę studentai, priimti į trečios pakopos studijų programą ir atrinkti vietos gyventojų komiteto

¹⁸ Matsumoto, M.; Inoue, K.; Kajii, E. A contract-based training system for rural physicians: follow-up of Jichi Medical University graduates (1978–2006). *J Rural Health*. 2008, 24(4): 360–368.

¹⁹ Matsumoto, M., et al. Retention of physicians in rural Japan: concerted efforts of the government, prefectures, municipalities and medical schools. *Rural Remote Health*. 2010, 10(2): 1432

²⁰ Wilkinson, D. Evidence-based rural workforce policy: an enduring challenge. *Rural Remote Health*. 2003, 3(1): 224.

²¹ Dunbabin, J. S.; McEwin, K.; Cameron, I. Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce. *Rural Remote Health*. 2006, 6(2): 481.

²² Ross, A. J. Success of a scholarship scheme for rural students. *S Afr Med*. 2007, 97(11): 1087–1090.

Pavadinimas, tyrimo autoriai, metai	Vieta, nuo kada vykdoma	Tikslas	Tikslinė grupė / atrankos būdas
Bendruomenės medicinos ar šeimos medicinos rezidentūros programa; K. Straume ir kt., 2010 m. ²³	Norvegija, Finnmarko apskritis, nuo 1997 m.	Pritraukti ir išlaikyti gydytojus geografiškai nepatraukliose vietovėse	Vientisųjų medicinos studijų programą (6 m.) ir internatūrą (1 m.) baigę absolventai, pasirinkę bendruomenės ar šeimos medicinos rezidentūros studijų programą
Minesotos universiteto gydytojų pritraukimo į geografiškai nepatrauklias vietoves programa; G. W. Haalas ir kt., 2008 m. ²⁴	JAV Minesotos valstija, nuo 1971 m.	Supažindinti trečiakursius su klinikinės praktikos geografiškai nepatraukliose vietovėse ypatumais 9 mėn. trukmės stažuotės metu	Trečio kurso medicinos studentai, atrinkti konkurso būdu
Džefersono medicinos kolegijos programa (PSAP); H. K. Rabinowitz ir kt., 2001 m. ²⁵ ; H. K. Rabinowitz ir kt., 2012 m. ²⁶ ; H. K. Rabinowitz ir kt. 2013 m. ²⁷	JAV Delavero ir Pensilvanijos valstijos, nuo 1974 m.	Priėmimo ir studijų programa, skirta pritraukti ir išlaikyti gydytojus kaimo vietovėse ir mažuose miesteliuose	Studentai, užaugę kaimo vietovėse ar mažuose miesteliuose ir ketinantys ten verstis medicinos praktika, atrinkti konkurso būdu
Nacionalinė gydytojų įdarbinimo kaimo vietovėse programa; J. A. Leonardia ir kt., 2012 m. ²⁸	Filipinai, visa šalis, nuo 1993 m.	Pasiekti, kad kiekvienoje savivaldybėje po 20 m. dirbtų bent po vieną gydytoją (1992 m. 271 savivaldybėje nedirbo nė vienas gydytojas)	Sveikatos departamento paskyrimas, tikslinė grupė nenurodyta

²³ Straume, K.; Sondenå, M. S.; Prydz, P. Postgraduate training at the ends of the earth - a way to retain physicians? *Rural Remote Health*. 2010, 10(2): 1356.

²⁴ Halaas, G. W., et al. Recruitment and retention of rural physicians: outcomes from the rural physician associate program of Minnesota. *J Rural Health*. 2008 Fall;24(4): 345-352.

²⁵ Rabinowitz, H. K., et al. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA*. 2001, 286(9): 1041-1048.

²⁶ Rabinowitz, H. K., et al. Medical school rural programs: a comparison with international medical graduates in addressing state-level rural family physician and primary care supply. *Acad Med*. 2012, 87(4): 488-492.

²⁷ Rabinowitz, H. K., et al. Retention of rural family physicians after 20-25 years: outcomes of a comprehensive medical school rural program. *J Am Board Fam Med*. 2013, 26(1): 24-27.

²⁸ Leonardia, J. A., et al. Assessment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program. *BMC Health Serv Res*. 2012, 12: 411.

Pavadinimas, tyrimo autoriai, metai	Vieta, nuo kada vykdoma	Tikslas	Tikslinė grupė / atrankos būdas
Gydytojų skatinimo dirbti kaimo vietovėse programa; S. Pena ir kt., 2010 m. ²⁹	Čilė, visa šalis, nuo 1963 m.	Pritraukti gydytojus dirbti kaimiškose vietovėse esančiuose pirminės SPĮ ir ligoninėse (3–6 m. laikotarpiui)	Medicinos absolventai, atrinkti konkurso būdu SAM paskelbus apie laisvas paskyrimo vietas
Nacionalinė kaimo vietovių aprūpinimo gydytojais programa; T. Sundararaman ir kt., 2011 m. ³⁰	Indija, nuo 2005 m.	Pritraukti ir 1–3 m. išlaikyti gydytojus kaimo vietovėse	Pageidaujantys gydytojai, atrinkti konkurso būdu
Nacionalinė gydytojų skatinimo dirbti kaimo ir atokesnėse vietovėse programa; A. Meliala ir kt., 2013 m. ³¹	Indonezija, visa šalis, nuo 2006 m.	Pritraukti daugiau gydytojų į kaimo ir atokias vietas	Kaimo vietovėse pageidaujantys dirbti gydytojai atrinkti konkurso būdu
Sutarčių su gydytojais programa; P. Zurn ir kt., 2010 m. ³²	Senegalas, nuo 2006 m.	Pritraukti daugiau gydytojų į geografiškai nepatrauklias vietas (ypač pasienį)	Pageidaujantys gydytojai, atrinkti konkurso būdu (laimėję negali pasirinkti nei vietovės, nei SPĮ)
Marathono šeimos praktikos programa; E. Orrantia ir kt., 2005 m. ³³	Kanada, Ontarijo valstijos Marathono miestelis, nuo 1996 m.	Pritraukti ir išlaikyti gydytojus Maratono miestelio bendruomenėje	Gydytojai, norintys dirbti Marathono miestelyje, atrankos būdas nenurodomas
Užsieniečių gydytojų įdarbinimo (Conrad 30 J-1 vizų) programa ^{34,35}	JAV, nuo 1995 m.	Sumažinti gydytojų trūkumą menkai gydytojais aprūpintose vietovėse	Kiekviena valstija gali geografiškai nepatraukliose vietovėse įdarbinti po 30 J-1 vizų turinčių užsieniečių gydytojų kasmet

SPĮ – sveikatos priežiūros įstaiga

Aštuoniolikoje straipsnių buvo aprašyta 14 programų. Džefersono medicinos kolegijos vietovių, kuriose trūksta gydytojų, aprūpinimo programa buvo aprašyta trijuose straips-

²⁹ Peña, S., *et al.* The Chilean Rural Practitioner Programme: multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010, 88(5): 37–378.

³⁰ Sundararaman, T., *supra* note 6, p. 73–77.

³¹ Meliala, A.; Hort, K.; Trisnantoro, L. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: the role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Soc Sci Med.* 2013, 82: 30–34.

³² Zurn, P., *et al.* How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience. *Bull World Health Organ.* 2010,88(5): 386–389.

³³ Orrantia, E. Marathon works. How to thrive in rural practice. *Can Fam Physician.* 2005, 51: 1217–1221.

³⁴ Crouse, B. J.; Munson, R. L. The effect of the physician J-1 visa waiver on rural Wisconsin. *Wisconsin Medical Journal.* 2006, 105 (7): 16–20.

³⁵ Kahn, T. R.; Hagopian, A.; Johnson, K. Retention of J-1 visa waiver program physicians in Washington State's health professional shortage areas. *Acad Med.* 2010, 85(4): 614–621.

niuose, Jichi medicinos universiteto gydytojų rengimo programa ir užsieniečių gydytojų įdarbinimo (Conrad 30 J-1 vizų) programa – dviejuose straipsniuose.

Ilgiausiai vykdoma programa buvo pradėta 1963 m. Čilėje, trumpiausiai – nuo 2006 m. Senegale. Daugiausiai, po keturias programas, buvo vykdoma Šiaurės Amerikoje (trys JAV ir viena Kanadoje) ir Azijoje (Filipinuose, Indijoje, Indonezijoje ir Japonijoje), po dvi – Australijoje ir Afrikoje (Pietų Afrikos Respublikoje ir Senegale), po vieną Europoje (Norvegijoje) ir Pietų Amerikoje (Čilėje). Visos programos, remiantis PSO pasiūlyta klasifikacija, buvo suskirstytos į penkis tipus ir aprašomos toliau³⁶.

2.1.1. Medicinos studentų rengimo darbai geografiškai nepatraukliose vietovėse programos (su stipendija ir išpareigojimais)

Šių keturių programų skiriamasis bruožas – studentams skiriama stipendija (nuo 2 iki 6 metų), o mainais dalyviai išpareigoja po studijų baigimo dirbti geografiškai nepatrauklios vietovės sveikatos priežiūros įstaigoje tam tikrą laikotarpį, svyruojantį nuo 2 iki 9 metų. Į visas programas dalyviai atrenkami konkurso būdu.

Japonijoje 1972 m. buvo įkurtas Jichi medicinos universitetas, kuriame visi studijuojantys studentai tikslingai rengiami darbui tokiose vietovėse. Studentams paskiriama stipendija, apimanti stojimo mokesį, mokesį už mokslą, pragyvenimo išlaidas visus 6 studijų metus. Mainais jie išpareigoja 9 m. po studijų baigimo (3 podiplominių studijų metus ir 6 darbo prefektūroje metus) dirbti sveikatos priežiūros įstaigoje tos prefektūros, iš kurios yra atvykę^{37,38}.

Pietų Afrikos Respublikoje vykdomos „Friends of Mosvold“ stipendijų schemos dalyviai taip pat išpareigoja dirbti Umkhanyaku rajone – po vienerius metus už kiekvienus studijų metus, kai gavo stipendiją (padengiančią mokesį už mokslą, knygų, apgyvendinimo ir maitinimo išlaidas)³⁹.

Australijoje vykdomos dvi stipendijų programos – viena vykdoma nacionaliniu mastu⁴⁰, o kita – Naujojo Pietų Velso valstijoje⁴¹. Tik Australijoje vykdomose programose nurodomas tikslus stipendijos dydis per metus, svyruojantis nuo 15 iki 25 tūkst. Australijos dolerių. Detaliausiai išpareigojimų įvykdymo kontrolė aprašoma nacionalinėje Australijos programoje – jei programos dalyvis neįvykdo išpareigojimo nepertraukiamai šešerius metus dirbti geografiškai nepatrauklios vietovės sveikatos priežiūros įstaigoje (ne mažiau kaip po 20 valandų per savaitę ir ne mažiau kaip 9 mėnesius per metus), jis turi ne tik grąžinti visą stipendijos sumą (150 tūkst. Australijos dolerių), tačiau jam taip pat 12 metų uždraudžiama dirbti valstybinėje *Medicare* sistemoje⁴². Pasakytina, jog šioje programoje numatyta galimybė sutrumpinti maksimalią išpareigojimo laikotarpio trukmę – jis gali būti trumpinamas, jei dalyvis pasirenka darbą ypač geografiškai atokioje vietovėje.

³⁶ World Health Organisation, *supra* note 13, p. 35–341.

³⁷ Matsumoto, M., *supra* note 18, p. 360–368.

³⁸ Matsumoto, M., *supra* note 19, p. 1432.

³⁹ Ross, A. J., *supra* note 22, p. 1087–1090.

⁴⁰ Wilkinson, D., *supra* note 20, p. 224.

⁴¹ Dunbabin, J. S., *supra* note 21, p. 481.

⁴² Australian Government. Department of Health and Ageing. Medical Rural Bonded Scholarship Scheme. Information Booklet for 2013.

2.1.2. Medicinos studentų rengimo darbai geografiškai nepatraukliose vietovėse programos (be stipendijos ir įsipareigojimų)

Tyrime nagrinėtos trys programos, kurių dalyviai studijų metu negauna stipendijų ar kitokių finansinių išmokų, tačiau taip pat neprisiima ir jokių įsipareigojimų, pasibaigus programai.

Norvegijos Finnmarko apskrityje vykdoma profesinio palaikymo programa, skirta vienisų medicinos studijų programą ir internatūrą baigusiems absolventams, pasirinkusiems bendruomenės ar šeimos medicinos rezidentūros studijų programą. Studijų programa vykdoma sveikatos priežiūros įstaigose, kurios kai kuriais atvejais yra nutolusios nuo apskrities centro 500 kilometrų. Profesinio palaikymo programa nėra privaloma ir trunka dvejus (bendruomenės medicinos atveju) ar trejus metus (šeimos medicinos atveju, bendra abiejų rezidentūros programų studijų trukmė – 5 metai). Grupės susitikimai vyksta vieną du kartus per mėnesį (priklausomai nuo atstumo) po visą dieną. Išlaidos apmokamos iš valstybinio fondo. Dalyvio pageidavimu programa gali būti tęsiama ir vėliau – iki rezidentūros studijų programos pabaigos⁴³.

Minesotos universitete vykdoma programa, skirta trečio kurso studentams, kuriems suteikiama galimybė atlikti devynių mėnesių trukmės klinikinę praktiką geografiškai nepatrauklios vietovės sveikatos priežiūros įstaigoje, vadovaujant pirminės sveikatos priežiūros gydytojui. Praktikos metu studentai įvykdo iš anksto parengtą programą, šešis kartus susitinka su universiteto dėstytojais, gali dalintis savo patirtimi su kolegomis specialiaje internete⁴⁴.

Džefersono medicinos kolegijos programos dalyviai atrenkami pagal du privalomus kriterijus: (a) jie turi būti užaugę kaimo vietovėse ar mažuose miesteliuose; ir (b) jie turi ketinti po studijų baigimo verstis medicinos praktika geografiškai nepatrauklioje vietovėje. Studentai mokosi pagal specialią studijų programą, kurioje daug dėmesio skiriama klinicinei praktikai rajonuose ar kaimo vietovėse. Šiems studentams paskiriamas vadovas iš Šeimos medicinos ir bendruomenės klinikos, kuriam dar padeda vyresnio kurso studentas. Taip pat programos dalyviams suteikiama pirmenybė renkantis šešių savaičių trukmės klinikinės praktikos vietas ir sudaroma galimybė vasarą vykdyti mokamą tiriamąjį darbą. Nors kontrolės mechanizmo nėra, laukiama, jog, baigę studijas, absolventai pasirinks šeimos ar kaimo medicinos rezidentūros studijų programą. Vis dėlto tyrimai rodo, jog šios programos dalyviai šeimos ar kaimo medicinos rezidentūros studijų programas pasirenka aštuonis kartus dažniau nei kiti studentai^{45, 46, 47}.

2.1.3. Į trumpalaikį (fiksuotos trukmės) gydytojų įdarbinimą orientuotos programos

Tyrime nagrinėtos penkios šio tipo programos, vykdomos Indijoje, Indonezijoje, Filipinuose, Senegale ir Čilėje. Šiomis programomis siekiama pritraukti gydytojus į geografiškai nepatrauklias vietoves fiksuotam laikotarpiui, svyruojančiam nuo 1 iki 6 metų.

⁴³ Straume, K., *supra* note 23, p. 1356.

⁴⁴ Halaas, G. W., *supra* note 24, p. 345–352.

⁴⁵ Rabinowitz, H. K., *supra* note 25, p. 1041–1048.

⁴⁶ Rabinowitz, H. K., *supra* note 26, p. 488–492.

⁴⁷ Rabinowitz, H. K., *supra* note 27, p. 24–27.

Pirmųjų dviejų programų dalyviams buvo siūlomos tik finansinės paskatos (didesnis nei miestuose dirbančių gydytojų darbo užmokestis ir / ar specialūs priedai) ir jomis buvo siekiama kompensuoti gydytojų trūkumą aiškiai apibrėžtą laikotarpį (iki 3 metų)^{48, 49}.

Filipinuose vykdomos programos dalyviams, be didesnio atlyginimo ir socialinių garantijų, dar sudaroma galimybė lankyti profesinės kvalifikacijos kursus (du kartus per metus), o pasibaigus dvejų metų paskyrimo laikotarpiui – suteikiama pirmenybė stojant į magistrantūros ar klinikinės rezidentūros studijų programų vietas⁵⁰.

Programoje dalyvaujantys Senegalo gydytojai be didesnio atlyginimo dar yra įdarbinami kaip valstybės tarnautojai (ir jiems suteikiamos atitinkamos socialinės garantijos), taip pat skiriamas nemokamas apgyvendinimas⁵¹.

Kompleksiškiausia šio tipo programa vykdoma Čilėje. Jos dalyviams (medicinos vientisiųjų studijų programą baigusiems absolventams) ne tik skiriami didesni atlyginimai ir priedai (minimali sutarties trukmė – treji metai, maksimali – šešeri), tačiau ir suteikiamas būstas, skiriamos išmokos persikraustymui ir įsikūrimui, skiriamos papildomos 12 dienų atostogos, stažuotės, kvalifikacijos kėlimo kursai. Tačiau svarbiausiai – po trejų metų dalyvis įgyja teisę studijuoti valstybės finansuojamoje rezidentūros studijų programos vietoje, tuo tarpu kitiems už šias studijas reikia mokėti apie 5000 JAV dolerių per metus. Atrankos į valstybės finansuojamas vietas metu visi programos dalyviai reitinguojami pagal iš anksto paskelbtus kriterijus: sutarties laikotarpio trukmė (10 balų), darbo sudėtingumas (9 balai), darbas kaimiškųjų vietovių sveikatos postuose (8 balai), dar 3 balai skiriami tuo atveju, jei dalyvis buvo vienintelis gydytojas tame rajone. Papildomi 40 balų skiriami už bendruomenės ir sveikatos projektų inicijavimą ir vykdymą, vadybinių funkcijų atlikimą, sveikatos stiprinimo ir ugdymo veiklas ir paskelbtus mokslinius straipsnius⁵².

2.1.4. Profesinio palaikymo programos

Šio tipo bendruomeninė programa vykdoma Kanados Ontarijo valstijoje esančio Marathono miestelyje, kuriame dirba 9 šeimos gydytojai ir yra prisirašę 6500 gyventojų. Šie šeimos gydytojai yra susibūrę į grupę ir bendrai priima visus sprendimus. Atvykę gydytojai nepasirašo sutarčių ir neprisiima įsipareigojimų, o norėdami išvykti, turi įspėti prieš mėnesį. Grupės susitikimai, kuriuose aptariami grupės ir medicinos praktikos klausimai, vyksta mažiausiai vieną kartą per mėnesį, taip pat veikia uždaras internetinis bendravimo forumas. Kiekvienų metų pradžioje gydytojas turi pasirinkti, kiek valandų per metus jis ketina dirbti (nėra minimalaus ar maksimalaus per savaitę dirbamų valandų skaičiaus), jam mokama už kiekvieną darbo valandą. Grupė bendru sutarimu sprendžia dėl atostogų ir profesinio tobulėjimo kursų grafiko ir pavaduoja vieni kitus⁵³.

⁴⁸ Sundararaman, T., *supra* note 6, p. 73–77.

⁴⁹ Meliala, A., *supra* note 31, p. 30–34.

⁵⁰ Leonardia, J. A., *supra* note 28, p. 411.

⁵¹ Zurn, P., *supra* note 32, p. 386–389.

⁵² Peña, S., *supra* note 29, p. 371–378.

⁵³ Orrantia, E., *supra* note 33, p. 1217–21.

2.1.5. Užsieniečių gydytojų įdarbinimo geografiškai nepatraukliose vietovėse programos

Nors šios programos vykdomos ne vienoje pasaulio šalyje (Australijoje, Kanadoje, Afrikoje, Europoje), sisteminės literatūros atrankos kriterijus atitiko tik Jungtinėse Amerikos Valstijose vykdoma (Conrad 30 J-1 vizų) programa. Ši programa kiekvienai JAV valstijai suteikia galimybę kasmet geografiškai nepatraukliose vietovėse įdarbinti po 30 užsieniečių gydytojų trejų metų laikotarpiui, kuriam pasibaigus gydytojai ir jų šeimos nariai įgyja teisę kreiptis dėl nuolatinio leidimo gyventi JAV. Gavę nuolatinio gyventojų statusą, gydytojai gali laisvai rinktis, kur toliau verstis medicinos praktika^{54, 55}.

2.2. Programų rezultatai

Aprašydami programų rezultatus autoriai dažniausiai nurodė programoje per tam tikrą laikotarpį dalyvavusių dalyvių skaičių, įsipareigojimus (jei tokie buvo taikomi) įvykdžiusių skaičių, gydytojų išlikimo geografiškai nepatraukliose vietovėse rodiklius, pasibaigus sutarties laikotarpiui.

2.2.1. Medicinos studentų rengimo darbui geografiškai nepatraukliose vietovėse programos (su stipendija ir įsipareigojimais)

Jichi medicinos universitetą Japonijoje 1978–2006 m. baigė 2988 absolventai. Praėjus 10–26 metams, tose pačiose vietovėse dirbo 60–45 proc. absolventų^{56, 57}.

Pietų Afrikos Respublikoje „Friends of Mosvold“ stipendijų programą 1998–2007 m. baigė 24 absolventai, 75 proc. tyrimo metu dirbo Umkhanyakude rajone⁵⁸.

Australijoje vykdomos nacionalinės programos rezultatai nebuvo nurodyti, tačiau dėl griežtos įsipareigojimų kontrolės ir nuobaudų tikėtina, kad šią programą turėtų baigti beveik visi dalyviai⁵⁹. Naujojo Pietų Velso sveikatos departamento vykdomos programos stipendijos 1989–2004 m. buvo skirtos 180 studentų. 61,7 proc. jau buvo įvykdę savo įsipareigojimus, 25 proc. – tebevykdė, 11,1 proc. įsipareigojimų neįvykdė (13 prieš pradėdami darbą geografiškai nepatrauklios vietovės sveikatos priežiūros įstaigoje, o septyni – šio darbo metu). Keturi studentai net nebaigė medicinos studijų. 2004 m. geografiškai nepatraukliose vietovėse tebedirbo 42 proc. įvykdžiusių įsipareigojimus⁶⁰.

⁵⁴ Crouse, B. J., *supra* note 34, p. 16–20.

⁵⁵ Kahn, T. R., *supra* note 35, p. 614–21.

⁵⁶ Matsumoto, M., *supra* note 18, p. 360–368.

⁵⁷ Matsumoto, M., *supra* note 19, p. 1432.

⁵⁸ Ross, A. J., *supra* note 22, p. 1087–1090.

⁵⁹ Wilkinson, D., *supra* note 20, p. 224.

⁶⁰ Dunbabin, J. S., *supra* note 21, p. 481.

2.2.2. Medicinos studentų rengimo darbui geografiškai nepatraukliose vietovėse programos (be stipendijos ir įsipareigojimų)

Norvegijos Finnmarko apskrities programoje 1995–2008 m. dalyvavo 40 studentų. Toje pačioje Finnmarko apskrities vietovėje praėjus penkeriems metams vis dar dirbo 65–67 proc. gydytojų⁶¹.

Minesotos universitete vykdomą programą nuo 1971 m. baigė 1175 absolventai, iš jų 901 gydytojas tyrimo metu vertėsi medicinos praktika, kiti tęsė studijas, o 15 buvo pasitraukę į kitas profesijas ar mirę. Geografiškai nepatraukliose vietovėse dirbo 49,7 proc. besivertusiųjų medicinos praktika⁶².

Džefersono medicinos kolegijos programą 1978–1986 m. baigė 148 studentai. 2011 m. 70,3 proc. šios programos absolventų vis dar vertėsi medicinos praktika toje pačioje paskyrimo vietovėje (lyginant su 46,2 proc. nedalyvavusiųjų šioje programoje)⁶³.

2.2.3. Į trumpalaikį (fiksuotos trukmės) gydytojų įdarbinimą orientuotos programos

Indijoje per dvejus programos įgyvendinimo metus buvo įdarbinti 9172 gydytojai. Tyrime nevertintas jų išlikimas geografiškai nepatrauklioje vietovėje, pasibaigus sutarties laikotarpiui⁶⁴.

Tyrimo, kuriame analizuota Indonezijoje vykdoma programa, nei įdarbintų gydytojų skaičius, nei jų išlikimo rodikliai nepateikiami, tačiau teigiama, jog, nepaisant priemonių, geografinis gydytojų pasiskirstymas išliko labai netolygus⁶⁵.

1993–2011 m. Filipinuose vykdytoje programoje dalyvavo 452 gydytojai. Pasibaigus sutarčiai, savo paskyrimo vietose pasiliko 18 proc. gydytojų⁶⁶.

Senegalo sveikatos apsaugos ministerija 2006–2008 m. sudarė sutartis su 59 gydytojais, apie jų išlikimą dirbti geografiškai nepatraukliose vietovėse pasibaigus sutarčiai nepranešama⁶⁷.

Čilėje vykdomoje programoje 2001–2009 m. dalyvavo 1209 dalyviai. Beveik visi dalyviai dirbo privalomą trejų metų trukmės sutarties laikotarpį; maksimalų šešerių metų laikotarpį dirbo 58 proc. dalyvių⁶⁸.

2.2.4. Profesinio palaikymo programos

Kanados Ontarijo valstijoje esančio Marathono miestelio šeimos gydytojų grupėje per 9 metus dirbo 16 gydytojų. Tyrimo metu iš jų dar tebedirbo devyni gydytojai⁶⁹.

⁶¹ Straume, K., *supra* note 23, p. 1356.

⁶² Halaas, G. W., *supra* note 24, p. 345–352.

⁶³ Rabinowitz, H. K., *supra* note 27, p. 24–27.

⁶⁴ Sundararaman, T., *supra* note 6, p. 73–77.

⁶⁵ Meliala, A., *supra* note 31, p. 30–34.

⁶⁶ Leonardia, J. A., *supra* note 28, p. 411.

⁶⁷ Zurn, P., *supra* note 32, p. 386–389.

⁶⁸ Peña, S., *supra* note 29, p. 371–378.

⁶⁹ Orrantia, E., *supra* note 33, p. 1217–1221.

2.2.5. Užsieniečių gydytojų įdarbinimo geografiškai nepatraukliose vietovėse programos

Conrad 30 J-1 vizų programos rezultatai dviejose valstijose buvo labai skirtingi. Viskonsino valstijoje 1996–2002 m. buvo įdarbinti 145 gydytojai, tačiau 30 proc. neįvykdė sutarties. Iš įvykdžiusiųjų praėjus trejiems metams darbą tęsė 71,7 proc.⁷⁰ Tuo tarpu Vašingtono valstijoje 1995–2003 m. buvo įdarbinti 155 gydytojai, o praėjus trejiems metams darbą paskyrimo vietovėje tebetęsė 26 proc.⁷¹

3. Rezultatų aptarimas

PSO rekomenduoja, jog rengdami nacionalines ar regionines programas sveikatos politikai turėtų atsižvelgti į: (a) nacionalinius prioritetus ir sveikatos priežiūros specialistų bei geografiškai nepatrauklių vietovių gyventojų lūkesčius; (b) programų priimtinumą kuo platesniam suinteresuotųjų šalių skaičiui; (c) finansines galimybes; (d) kitose šalyse vykdomų programų efektyvumą; (e) laukiamo programų poveikio vertinimą. Ši organizacija taip pat rekomenduoja, kad šios programos turėtų apimti kompleksines poveikio priemones: (a) sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų rengimo ir reguliacines priemones; (b) finansinio skatinimo priemones; (c) asmeninio, profesinio ir socialinio palaikymo priemones⁷². Tuo tarpu mūsų darbe nustatėme tik vieną programą, kurioje buvo taikomos kompleksinės priemonės⁷³.

Programos, kuriose taikomos tik finansinės paskatos, dažniausiai pasiteisina, pritraukiant gydytojus į geografiškai nepatrauklias vietas ir išlaikant juos ten trumpą laikotarpį (2–6 m.)^{74, 75, 76, 77, 78}, tačiau neprideda prie ilgalaikio problemos sprendimo, kadangi geresnės ekonominės, socialinės ir kitos gyvenimo ir darbo miestuose sąlygos skatina specialistus sugrįžti į miestus^{79, 80}.

Kai kurios šalys netolygaus geografinio pasiskirstymo problemą sprendžia nepatraukliose vietovėse esančiose sveikatos priežiūros įstaigose įdarbindamos iš kitų šalių atvykusius gydytojus, tačiau tai taip pat nėra ilgalaikis sprendimas, kadangi jis veiksmingas iki sutarties galiojimo pabaigos (pasakytina, kad, net ir sudarę sutartis, ne visi dalyviai įvykdo prisiimtus įsipareigojimus), o vėlesnio išlikimo rodikliai dviejuose tyrimuose labai skyrėsi^{81, 82}.

⁷⁰ Crouse, B. J., *supra* note 34, p. 16–20.

⁷¹ Kahn, T. R., *supra* note 35, p. 614–621.

⁷² World Health Organisation, *supra* note 13, p. 35–41.

⁷³ Peña, S., *supra* note 29, p. 371–378.

⁷⁴ Sundararaman, T., *supra* note 6, p.73–77.

⁷⁵ Meliala, A., *supra* note 31, p. 30–34.

⁷⁶ Leonardia, J. A., *supra* note 28, p. 411.

⁷⁷ Zurn, P., *supra* note 32, p. 386–389.

⁷⁸ Peña S., *supra* note 29, p. 371–378.

⁷⁹ Sempowski, I. P. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2004, 9: 82–88.

⁸⁰ Barnighausen, T.; Bloom, D. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2009, 9: 86.

⁸¹ Crouse, B. J., *supra* note 34, p. 16–20.

⁸² Kahn, T. R., *supra* note 35, p. 614–621.

Medicinos studentų rengimo darbui geografiškai nepatraukliose vietovėse programų (tiek su stipendija ir išpareigojimais, tiek be jų) rezultatai buvo geresni nei tik finansines paskatas ar į užsienio gydytojus orientuotų programų rezultatai ir dažnas dalyvis tęsdavo medicinos praktiką toje pačioje vietovėje ilgesnį laiką. Nors šios programos nepadeda greitai išspręsti gydytojų trūkumo problemos, tačiau jos labai naudingos ilguoju laikotarpiu^{83,84,85,86,87,88,89}.

Atrankos kriterijų neatitiko nė viena privalomo gydytojų įdarbinimo kaimo vietovėse programa, tačiau sisteminės apžvalgos, kurioje buvo vertintas tokių programų efektyvumas, autorių teigimu, šios programos labai dažnai sukelia medikų bendruomenės nepasitenkinimą, todėl jas būtina kruopščiai planuoti, pagrįsti jų būtinybę, užtikrinti skaidrumą ir būtinai susieti su kompleksinėmis skatinimo ir palaikymo priemonėmis⁹⁰.

Išvados

1. Nepaisant to, jog daugiau nei pusę amžiaus įvairiose pasaulio šalyse vykdomos nacionalinės, regioninės ar bendruomeninės programos, skatinančios gydytojus ar medicinos studentus vykti dirbti į geografiškai nepatrauklias vietas, tik nedidelė jų dalis aprašyta mokslinėje literatūroje, jau nekalbant apie tai, jog iki šiol nėra atlikti aukštos kokybės šių programų efektyvumo tyrimai, kuriais remiantis būtų galima įvardinti labiausiai pasiteisinusias (ar priešingai – nepasiteisinusias) programas.

2. Remiantis sisteminės literatūros apžvalgos rezultatais galima teigti, jog prie ilgalaikio netolygaus geografinio gydytojų pasiskirstymo problemos sprendimo labiau prisideda į medicinos studentų rengimą darbui geografiškai nepatraukliose vietovėse orientuotos programos, tuo tarpu užsieniečių įdarbinimo programos ar vien tik finansinėmis paskatomis grįstos programos, nors ir padeda greitai išspręsti šią problemą, yra tik trumpalaikiai sprendimai. Todėl Lietuvoje rengiant valstybiniu mastu veikiančią gydytojų skatinimo dirbti rajonuose programą būtina atlikti ne tik mokslinės literatūros apžvalgą, tačiau ir išnagrinėti tokio pobūdžio literatūroje neskelbtus kitose šalyse veikiančių programų aprašus. Taip pat būtinas įvairių suinteresuotųjų šalių dalyvavimas bei detali analizė ir būsimos programos poveikio (tiek teigiamo, tiek neigiamo) vertinimas.

Literatūra

1. Australian Government. Department of Health and Ageing. Medical Rural Bonded Scholarship Scheme. Information Booklet for 2013.
2. Barnighausen, T.; Bloom, D. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2009, 9: 86.
3. Blumenthal, D. Geographic imbalances of physician supply: an international comparison. *Journal of Rural Health*. 1994, 10(2): 109-118.

⁸³ Straume, K., *supra* note 23, p. 1356.

⁸⁴ Halaas, G. W., *supra* note 24, p. 345-352.

⁸⁵ Rabinowitz, H. K., *supra* note 27, p. 24-27.

⁸⁶ Matsumoto, M., *supra* note 18, p. 360-368.

⁸⁷ Matsumoto, M., *supra* note 19, p. 1432.

⁸⁸ Ross, A. J., *supra* note 22, p. 1087-1090.

⁸⁹ Dunbabin, J. S., *supra* note 21, p. 481.

⁹⁰ Frehywot, S., *et al.* Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bull World Health Organ*. 201088(5): 364-370.

4. Buykx, P., *et al.* Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: toward evidence-based policy. *Aust J. Rural Health.* 2010, 18(3): 102–109.
5. Crouse, B. J.; Munson, R. L. The effect of the physician J-1 visa waiver on rural Wisconsin. *Wisconsin Medical Journal.* 2006, 105(7): 16–20.
6. Deaville, J. A., *et al.* Perceptions of UK medical students on rural clinical placements. *Rural Remote Health.* 2009, 9(2): 1165.
7. Dumont, J. C., *et al.* International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: myths and realities. OECD Health working paper no 40. Paris: OECD, 2008.
8. Dunbabin, J. S.; McEwin, K.; Cameron, I. Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce. *Rural Remote Health.* 2006, 6(2): 481.
9. Dussault, G.; Franceschini, M. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health.* 2006, 4: 12.
10. Gupta, N., *et al.* Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *Int J Equity Health.* 2003, 2(1): 11.
11. Frehywot, S., *et al.* Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bull World Health Organ.* 2010, 88(5): 364–370.
12. Grobler, L., *et al.* Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009, (1): CD005314.
13. Halaas, G. W., *et al.* Recruitment and retention of rural physicians: outcomes from the rural physician associate program of Minnesota. *J Rural Health.* 2008, 24(4): 345–352.
14. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2012 m. (išankstiniai duomenys). Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2013.
15. Holmes, S. L., *et al.* Military physician recruitment and retention: a survey of students at the Uniformed Services University of the Health Sciences. *Mil Med.* 2009, 174(5): 529–534.
16. Humphreys, J.; Solarsh, G. At-risk populations: rural. Hegggenhougen HK, ed. *The International Encyclopedia of Public Health.* London: Elsevier, 2008: 242–253.
17. Kahn, T. R.; Hagopian, A.; Johnson, K. Retention of J-1 visa waiver program physicians in Washington State's health professional shortage areas. *Acad Med.* 2010, 85(4): 614–621.
18. Leonardia, J. A., *et al.* Assessment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program. *BMC Health Serv Res.* 2012, 12: 411.
19. Lietuvos statistikos departamentas. Oficialiosios statistikos portalas [žiūrėta 2013-04-24]. <<http://osp.stat.gov.lt>>.
20. Matsumoto, M., *et al.* Retention of physicians in rural Japan: concerted efforts of the government, prefectures, municipalities and medical schools. *Rural Remote Health.* 2010, 10(2): 1432.
21. Matsumoto, M.; Inoue, K.; Kajii, E. A contract-based training system for rural physicians: follow-up of Jichi Medical University graduates (1978–2006). *J Rural Health.* 2008, 24(4): 360–368.
22. Meliala, A.; Hort, K.; Trisnantoro, L. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: the role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Soc Sci Med.* 2013, 82: 30–34.

23. Orrantia, E. Marathon works. How to thrive in rural practice. *Can Fam Physician*. 2005, 51: 1217-1221.
24. Peña, S., *et al.* The Chilean Rural Practitioner Programme: multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. *Bull World Health Organ*. 2010, 88(5): 371-378.
25. Rabinowitz, H. K., *et al.* Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA*. 2001, 286(9):1041-1048.
26. Rabinowitz, H. K., *et al.* Medical school rural programs: a comparison with international medical graduates in addressing state-level rural family physician and primary care supply. *Acad Med*. 2012, 87(4): 488-492.
27. Rabinowitz, H. K., *et al.* Retention of rural family physicians after 20-25 years: outcomes of a comprehensive medical school rural program. *J Am Board Fam Med*. 2013, 26(1): 24-27.
28. Ross, A. J. Success of a scholarship scheme for rural students. *S Afr Med J*. 2007, 97(11): 1087-1090.
29. Sempowski, I. P. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2004, 9: 82-88.
30. Straume, K.; Sondenå, M. S.; Prydz, P. Postgraduate training at the ends of the earth - a way to retain physicians? *Rural Remote Health*. 2010, 10(2): 1356.
31. Sundararaman, T.; Gupta, G. Indian approaches to retaining skilled health workers in rural areas. *Bull World Health Organ*. 2011, 89(1): 73-77.
32. Wibulpolprasert, S.; Pengpaibon, P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Hum Resour Health*. 2003, 1(1): 12.
33. Wilkinson, D. Evidence-based rural workforce policy: an enduring challenge. *Rural Remote Health*. 2003, 3(1): 224.
34. Wilson, N. W., *et al.* A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*. 2009, 9(2): 1060.
35. World Health Organisation. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Locations through Improved Retention: Global Policy Recommendations. Geneva: WHO, 2010.
36. World Health Organisation. World Health Report 2006: Working together for health. 2006.
37. Zurn, P., *et al.* How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience. *Bull World Health Organ*. 2010, 88(5): 386-389.

Inequitable Geographic Distribution of Physicians: Systematic Review of International Experience

Liudvika Starkienė

Department of Preventive Medicine,
Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Summary

Background. According to the World Health Organization, approximately one half of the global population lives in rural areas, but these are served by less than a quarter of total physician

workforce. This is a global problem that affects almost all countries: some countries are affected to a higher degree and some to a lower degree. Over the last fifty years, various attempts to solve this problem have been observed in different parts of the world.

Material and methods. The author carried out a systematic literature search of PubMed for studies describing intervention programmes aimed at improvement of recruitment and retention of physicians to geographically remote or rural areas. The following inclusion criterion was used: full-text articles, describing programmes aimed at physicians and published in English in 2000-2013. In the initial search, 922 articles were identified, 856 of which were excluded as duplicates or based on their titles or abstracts. Full-text reviews of the remaining 66 articles were conducted. Eighteen articles, which described 14 programmes, were included in the final review.

Results. Considering the reviewed 14 programmes, the earliest programme was started in Chile in 1963 and the latest – in Senegal in 2006. Four programmes were implemented in North America (three in the USA and one in Canada) and Asia (Philippines, India, Indonesia and Japan), two in Australia (nationally and in New South Wales) and Africa (South Africa and Senegal), one in Europe (Norway) and South America (Chille). The following types of programmes were analysed: educational programmes, which train medical students for rural and remote areas (with scholarships and obligations), educational programmes, which train medical students for rural and remote areas (without scholarships and obligations), short-term oriented programmes, professional support programmes and programmes aimed at bringing international medical graduates to rural and remote areas. Programmes, which were aimed at resolving physician shortage in the short-term, usually included financial incentives and some of them included other benefits (social benefits, free housing, etc.). These programmes were successful in retaining physicians for duration of contract (2-6 years), and so were international medical graduates-oriented programmes. Educational programmes, which train medical students for rural and remote areas, showed some promise, as their results were better compared to other programmes. These programmes contribute to solving the issue in the long-term.

Conclusion. Even though different countries have implemented different intervention programmes to address geographic maldistribution of physicians, the design of studies, which were included in this systematic review, did not allow to confirm whether any of the reviewed programmes were effective or not. Rigorous studies are needed to evaluate the true effect of these programmes to increase the number of physicians working in remote and rural areas.

Keywords: physicians, geographic maldistribution, recruitment and retention programmes, health policy.

Liudvika Starkienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Profilaktinės medicinos katedros docentė, mokslų daktarė. Mokslinių interesų sritis: sveikatos priežiūros žmoniškųjų išteklių pasiūlos ir poreikio analizė ir prognozės, sveikatos politika, specialistų migracija, specialistų rengimas, pasitraukimas iš profesijos, netolygus geografinis pasiskirstymas.

Liudvika Starkienė, PhD, Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Public Health, Department of Preventive Medicine, Associated Professor. Research interests: supply and requirement of human resources for health and their future projections, training and migration issues, drop out from profession, geographic maldistribution, health policy.