



***Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių
planavimas: nuo mokslo tyrimų iki sveikatos
politikos***

doc. dr. Liudvika Starkienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos

Profilaktinės medicinos katedra;

Asociacija „Sveikatos forumas“

Konferencija „SVEIKATOS SISTEMOS VYSTYMO PERSPEKTYVOS“

2012 m. spalio 24 d.

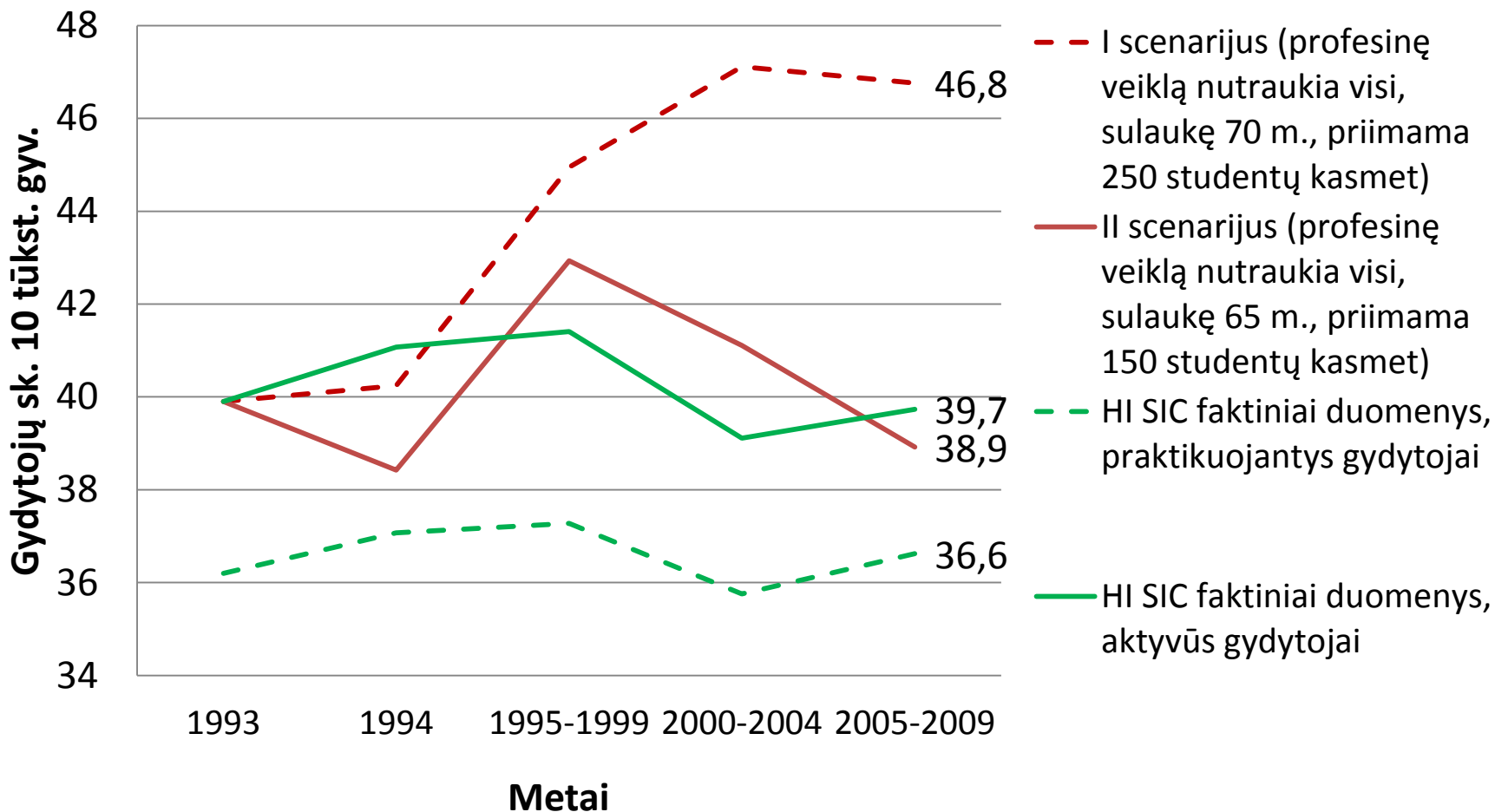


Pristatymo struktūra

- Nuo 1994 m. atlikti gydytojų skaičiaus planavimo tyrimai:
 - Gydytojų skaičiaus prognozės;
 - Prognozuotų kintamųjų ir faktinių rodiklių palyginimas
 - Išvados ir rekomendacijos
- Pagrindiniai sveikatos politikos sprendimai
- Kokius sveikatos politikos sprendimus būtina priimti artimiausiu metu?

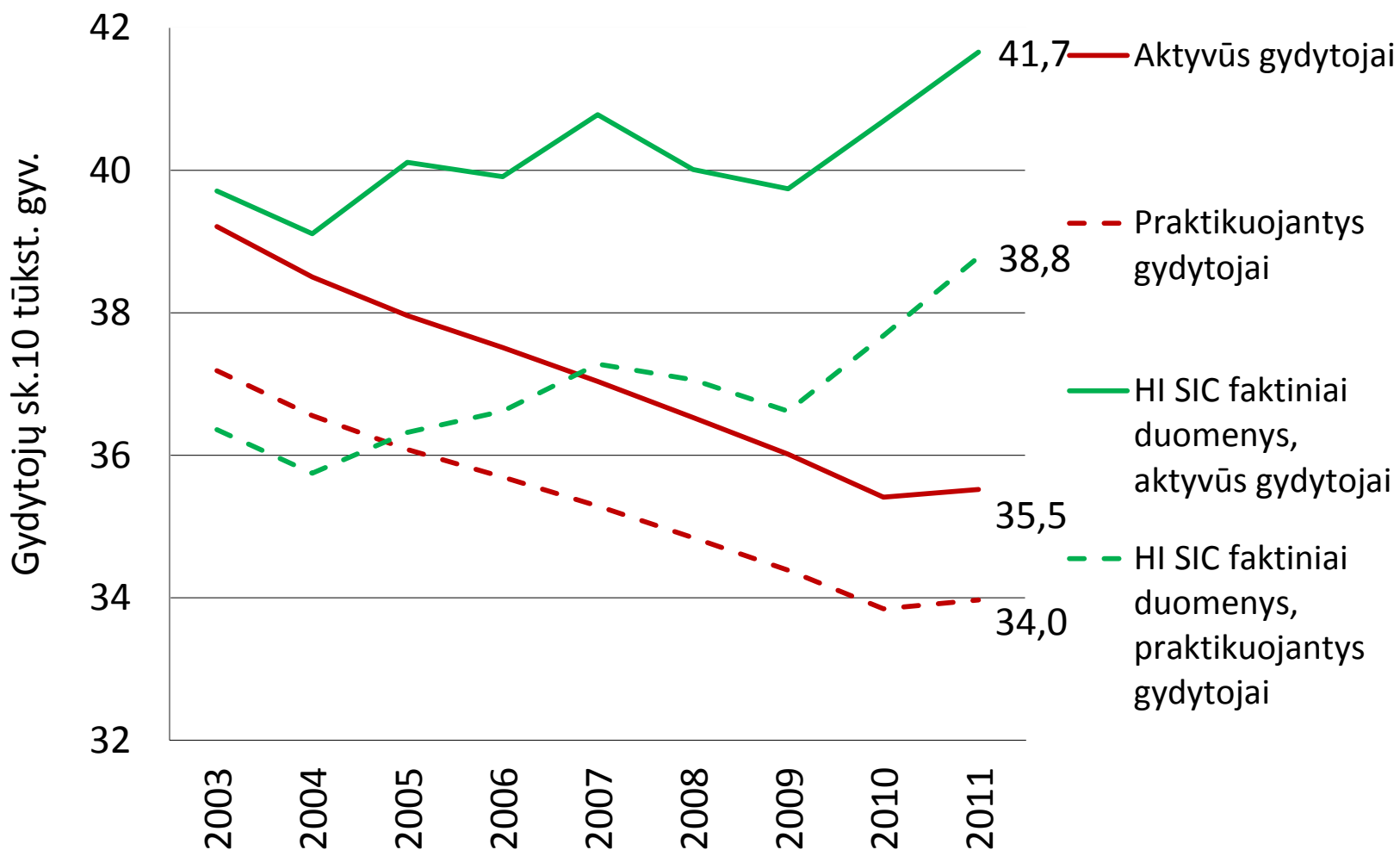


Gydytojų skaičiaus, tekusio 10 tūkst. gyventojų 1993-2009 m., prognozių ir faktinių rodiklių palyginimas





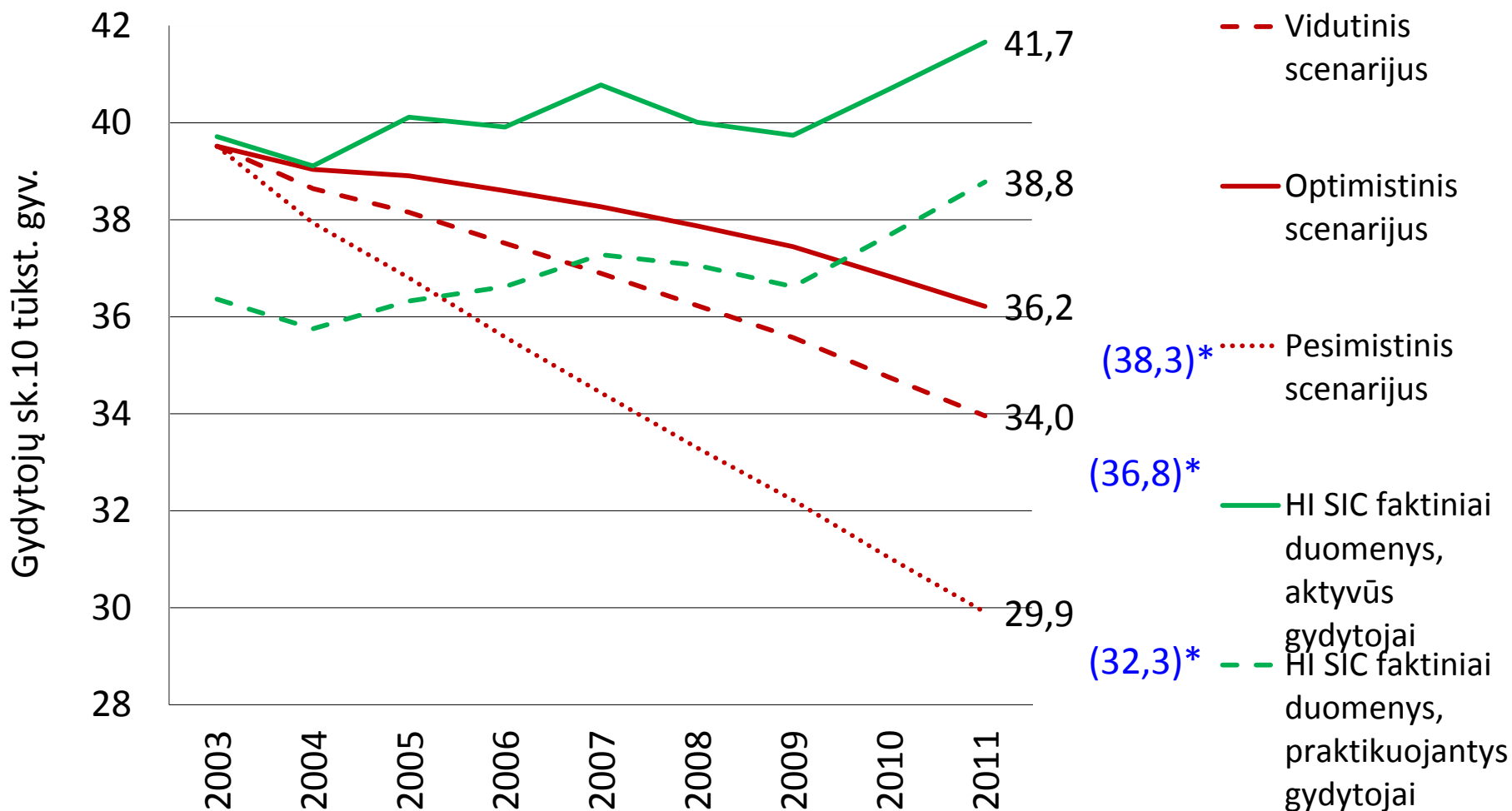
Gydytojų skaičiaus, tekusio 10 tūkst. gyventojų 2003-2011 m., prognozių ir faktinių rodiklių palyginimas





Gydytojų skaičiaus, tekusio 10 tūkst. gyv., prognozių ir faktinių rodiklių 2003-2011 m.

palyginimas





Kodėl prognozės nepasitvirtino?

- *„Niekas negali numatyti tolimos ateities, ypač tokioje sudėtingoje sistemoje kaip sveikatos priežiūra.“*

(Thomas L. Hall)

- Tyrimų autoriams nebuvo prieinami visi planavimui būtini duomenys ir planuojant pasitraukimą dėl pensijos, mirties, emigracijos teko priimti pernelyg optimistiškas ar pesimistiškas prielaidas dėl planavimui būtinų rodiklių dydžių.



Prognozuoti kintamieji vs. faktiniai rodikliai

Kintamieji	1994 m.	2003 m.	2004 m.	2007 m.	2011 m.
Pirmakursių skaičius ^{pr}	150/ 200/ 250	250 / 400	360 / 400/ 440		-
Pasitraukimas iš studijų	15 proc.	17,3 proc.	17,3 proc.		20,1 proc.
Absolventų skaičius ^{pr}	128/ 170/ 213	207 / 331	298 / 331/ 365		-
Absolventų skaičius ^f	314	312	312	340	-
Pasitraukimas iš rezidentūros	-	-	1 / 1,5 / 2 proc.		-
Išėjimo į pensiją amžius	65 / 70 m.	66 m.	66/ 71 m.		~ 75 m.
Pasitraukimas dėl pensijos ^{pr}	1,6 / 2,4 proc.	1,92 proc.	1,7 / 2,5 proc.		1,14 proc.
Pasitraukimas dėl mirties ^{pr}		1,08 proc.	0,7 proc.	0,59 proc.	0,59 proc.
Pasitraukimas dėl emigracijos ^{pr}	-	1 proc.	1 / 2 / 3 proc.	0,8/1,5/ 3 proc.	0,64 proc.
Pasitraukimas ^f	3,2 proc.	2,51 proc.	2,24 proc.	2,43 proc.	2,37 proc.

NB. Paskyrus senatvės pensiją, gydytojai vidutiniškai dirba dar 15 m.

Pr –prognozuoti kintamieji

F – faktiniai rodikliai



Išvados ir rekomendacijos

Metai	Išvados / rekomendacijos
1994 m.	<ul style="list-style-type: none">Gydytojų skaičius Lietuvoje yra didesnis negu daugelyje išsivysčiusių Vakarų Europos šalių. Reformavus sveikatos sistemą, gydytojų pasiūla gali viršyti jų paklausą. Norint stabilizuoti gydytojų skaičių Lietuvoje arba jį mažinti, artimiausiais metais studentų priėmimą reikėtų mažinti, periodiškai kontroliuojant situaciją
2002 m.	<ul style="list-style-type: none">Būtina iki 400 studentų padidinti į medicinos vientisąsias studijas priimamų pirmakursių skaičių.Būtina suformuoti nuoseklią ikidiplominio ir podiplominio gydytojų rengimo bei geografinio paskirstymo politiką.SAM turėtų suformuoti nuolat veikiančią tarnybą SPŽI planavimui.Duomenys apie gydytojus renkami keletoje duomenų bazių, tačiau nė viena iš jų nepateikia pilnos informacijos. Šie duomenys būtini efektyviam SPŽI planavimui ir valdymui.
2004 m.	<ul style="list-style-type: none">Kasmet į medicinos vientisąsias studijas būtina priimti 400 studentų.Gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozes būtina atnaujinti kas trejus metus.Sėkmingam planavimui būtini tikslūs, patikimi, kokybiški ir savalaikiai duomenys.Būtina parengti atskirų profesinių kvalifikacijų gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozes ir jų pagrindu paruošti priėmimo į rezidentūros studijas vietų paskirstymo pagal profesines kvalifikacijas planą.



Aktyvių ir praktikuojančių gydytojų skaičiaus pokyčiai 1994-2011 m.

Aktyvūs gydytojai	Praktikuojantys gydytojai
1994 m. 10 tūkst. gyventojų teko 41,1 gydytojai, o 2011 m. - 41,7 (vidutinis metinis pokytis 0,1 proc.).	1994 m. 10 tūkst. gyventojų teko 37,1 gydytojai, o 2011 m. - 38,8 (vidutinis metinis pokytis 0,3 proc.).
Absoliutus gydytojų skaičius per septyniolika metų sumažėjo 12,3 proc. (nuo 14962 iki 13327, vidutinis metinis pokytis -0,7 proc.)	Absoliutus gydytojų skaičius šiuo laikotarpiu sumažėjo 8,9 proc. (nuo 13505 iki 12407, vidutinis metinis pokytis -0,5 proc.).



Gydytojų skaičius išliko stabilus. Kodėl?

- 1994-2011 m. sparčiai mažėjo gyventojų skaičius (427 tūkst.) Todėl net ir šiek tiek mažėjant absoliučiam gydytojų skaičiui, rodiklis, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, išliko pastovus.
- Gydytojų emigracija neįgavo prognozuoto masto:
 - 2004-2010 m. išvyko kas antras SAM išduodamą pažymą apie gerą profesinę praktiką gavęs gydytojas (1,8-8,5 proc. nuo bendro gydytojų skaičiaus).
 - Tačiau jaunesnio amžiaus gydytojų rizika išvykti yra 1,5 karto didesnė (lyginant jaunesnius nei 40 m. amžiaus gydytojus su sulaukusiais 40 m. amžiaus ir vyresniais).
- Paskyrus senatvės pensiją gydytojai dar dirbo apie 15 metų:
 - Ženklaus skirtumai tarp vidutinio gydytojų darbo užmokesčio ir valstybinio socialinio draudimo senatvės pensijos dydžių - nors pensijos dydis išaugo (nuo 147 Lt. 1995 m. iki 748,4 Lt. 2011 m.), tačiau buvo pus šešto karto mažesnis nei vidutinis mėnesinis gydytojų darbo užmokestis



Svarbiausi sveikatos politikos sprendimai (1)

- 2002 m. - sprendimas padidinti į medicinos studijas priimamų pirmakursių skaičių (iki 400 kasmet).
- 2003 m. SAM patvirtinta Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programa, kurią įgyvendinant 2004-2007 m. buvo skiriamas finansavimas moksliniams šios srities tyrimams.
- 2005 m. - susitarimas „Dėl medikų darbo užmokesčio didinimo“. Vidutinis gydytojų darbo užmokestis (neatskaičius mokesčių) išaugo nuo 1604 Lt. (2005 m.) iki 4069 Lt. (2011 m.). 2008 m. buvo užfiksuotas didžiausias dydis – 4231 Lt.
- 2005, 2006 m. – teiktos rekomendacijos universitetams dėl rezidentūros vietų paskirstymo pagal profesines kvalifikacijas



Svarbiausi sveikatos politikos sprendimai (2)

- Nuo 2008 m. gydytojai rezidentai įgavo dvigubą statusą, t.y. studentų ir gydytojų. Priėmus šį sprendimą, gydytojams rezidentams suteiktos ne tik visos socialinės garantijos, bet ir padidėjo jų pajamos (1248 Lt. stipendija ir 1400–1792 Lt. atlyginimas)
- 2009 m., pakeitus Medicinos praktikos licencijavimo taisykles, atsirado galimybė po pertraukos į mediciną sugrįžtantiems gydytojams atnaujinti žinias ir įgūdžius už valstybės lėšas
- Europos Sąjungos struktūrinių fondų skiriama parama sveikatos priežiūros sistemai ženkliai prisidėjo prie:
 - geresnių gydytojų darbo sąlygų,
 - geresnių gydytojų profesinio tobulėjimo galimybių



Svarbiausi sveikatos politikos sprendimai (3)

- 2009 m. patvirtintas SAM projektas „Sisteminė sveikatos sektoriaus vykdomų reformų analizė siekiant geresnio Europos Sąjungos sveikatos politikos įgyvendinimo“ (projekto Nr. VP1-4.2-VRM-05-V-01-004) įgyvendinti
- Šio projekto rėmuose atlikta „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“:
 - Pasitelkus įvairių duomenų bazių jungimus, nustatyti faktiniai pasitraukimo dėl pensijos, mirties, emigracijos rodikliai, taip pat pasitraukimo iš studijų, rodikliai per pastarąjį dešimtmetį



Kokius sveikatos politikos sprendimus būtina priimti artimiausiu metu? (1)

- 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: geografinį pasiskirstymą, etatinį darbo krūvį, suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičių ir pan.



Kokius sveikatos politikos sprendimus būtina priimti artimiausiu metu? (2)

- 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:
 - Rajonuose aprūpinimo praktikuojančiais gydytojais rodiklis 1998 m. buvo 2,7 karto mažesnis (19 ir 51,5 / 10 tūkst. gyv.), o 2011 m. – 3 kartus mažesnis nei miestuose (17,4 ir 51,4 / 10 tūkst. gyv.).
 - Didžiausias skirtumas tarp miestų ir rajonų rodiklių (3,7 karto) buvo užfiksuotas 2010 m. (63,7 miestuose ir 17,4 rajonuose).
 - Didelis atotrūkis stebimas ne tik tarp miestų ir rajonų rodiklių, bet ir tarp skirtingų rajonų:
 - pvz. 2011 m. Alytaus rajono ir Pagėgių sav. gyventojų aprūpinimo gydytojais rodiklis buvo 5,7, o Utenos rajono – 27,6 / 10 tūkst. gyv.



Kokius sveikatos politikos sprendimus būtina priimti artimiausiu metu? (3)

- 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:
 - 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 programoje. Tai byloja apie dalies pirmakursių motyvacijos stoką ne tik baigti studijas, bet ir baigusiujų - pasirinkti gydytojo karjerą.
 - ateityje mažės ir potencialių pirmakursių, t.y. vidurinį išsilavinimą įgijusių jaunuolių, skaičius. 2011 m. vidurinį išsilavinimą bendrojo ugdymo mokyklose įgijo 37 tūkst. abiturientų. 2020 metais abiturientų bus 9 tūkst. mažiau, o skaičius vėl ims augti apie 2024-uosius, kai mokyklas turėtų baigti 32 tūkst. moksleivių.



Dėkoju už dėmesį