

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
SVEIKATOS POLITIKA IR VADYBA

SILVIJA BALČIŪTĖ

NETOLYGIAUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ
PASISKIRSTYMO PROBLEMA IR GYDYZTOJŲ
PRITRAUKIMUI Į RAJONINES GYDYMO ĮSTAIGAS
TAKOMŲ PRIEMONIŲ VERTINIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Prof. dr. *Marija Čaplinskienė*

VILNIUS

2024

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	4
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	4
PRIEDŲ SĄRAŠAS	6
ĮVADAS	7
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ TRŪKUMO IR NETOLYGAUS PASISKIRSTYMO PROBLEMA BEI JOS AKTUALUMAS: SITUACIJA PASAULYJE IR LIETUVOJE.....	11
2. VEIKSNIAI LEMIANTYS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ PASIRINKIMĄ DIRBTI MAŽIAU APGYVENDINTOSE VIETOVĖSE.....	13
2.1. Finansiniai veiksniai	13
2.2. Profesiniai veiksniai ir darbo sąlygos	14
2.3. Gyvenimo sąlygos, kultūriniai ir asmeniniai veiksniai	15
2.4. Mažiau apgyvendintų vietovių sąvokos interpretavimo skirtumai ir reikšmė.....	20
3. NETOLYGAUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ PASISKIRSTYMO PROBLEMOS SPRENDIMO BŪDAI: TEORINĖS REKOMENDACIJOS	20
3.1 Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijos	24
4. ĮVAIRIŲ PASAULIO ŠALIŲ PATIRTIS PRITRAUKIANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTUS Į GEOGRAFIŠKAI NEPATRAUKLIAS VIETOVES	28
4.1. Jungtinės Amerikos Valstijos.....	28
4.2. Norvegija	30
4.3. Čilė.....	32
4.4. Latvija.....	34
5. NETOLYGAUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ PASISKIRSTYMO PROBLEMA LIETUVOJE IR JOS SPRENDIMO BŪDAI	36
5.1. Netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema Lietuvoje ir jos atspindys strateginiuose dokumentuose.....	36
5.2. Sveikatos priežiūros specialistų trūkumo Lietuvos rajonuose problemos sprendimo būdai	39
5.2.1. Rezidentūros studijų trukmės prailginimas ir rezidentūros bazių tinklo plėtimas	39
5.2.2. Rezidentūros studijų finansavimas ir kita finansinė parama.....	41
5.3. „HEROES“ projektas	43
6. LIETUVOJE TAIKOMŲ GYDYTOJŲ PRITRAUKIMO Į RAJONINES GYDYMO ĮSTAIGAS PRIEMONIŲ VERTINIMAS MEDICINOS REZIDENTŲ IR GYDYTOJŲ TARPE. TYRIMO METODIKA.....	45
7.1. Priežastys lėmusios pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje.....	49
7.2. Veiksmų lemiančių pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje analizė	50
7.2.1. Finansiniai veiksniai	50

7.2.2. Profesiniai veiksniai ir darbo sąlygos	53
7.3. Gyvenimo kokybės veiksniai.....	61
7.4. Gydytojų pritraukimo priemonės Lietuvoje – informantų požiūris ir pasiūlymai.....	64
7.5. Informantų požiūris į Lietuvoje taikomų motyvavimo priemonių efektyvumą	72
7.6. Informantų patarimai ir klausimai kolegoms.....	73
7.7. Darbo pasiūlymų paieška.....	74
DISKUSIJOS	77
IŠVADOS	79
PASIŪLYMAI	81
BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	83
ANOTACIJA.....	91
SANTRAUKA	92
SUMMARY	93
PRIEDAI	94

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 paveikslas. Socialinių veiksnių įtaka ir jų tarpusavio ryšys lemiantis sveikatos priežiūros specialisto apsisprendimą dirbti mažiau apgyvendintose vietovėse.

2 paveikslas. Devyni pagrindiniai strateginiai elementai, planuojant, pritraukiant ir išlaikant sveikatos priežiūros specialistus geografiškai nepatraukliose vietovėse.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė. 1000 gyventojų Lietuvoje tenkantis gydytojų specialistų skaičius pagal apskritį.
- 2 lentelė. Minimalios profesinės praktikos atlikimo trukmės rodiklio procentinis pokytis pagal metus.
- 3 lentelė. Informantų charakteristikos pagal lytį, amžių, šeimyninį statusą, gimtosios vietos lokalizaciją, kvalifikaciją ir specializaciją.
- 4 lentelė. Priežastys lėmusios pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje.
- 5 lentelė. Svarbiausi finansiniai veiksniai, nulemiantys pasirinkimą grįžti į rajonines gydymo įstaigas.
- 6 lentelė. Socialinių santykių veiksniai, nulemiantys pasirinkimą grįžti į rajonines gydymo įstaigas.
- 7 lentelė. Darbo sąlygų veiksniai, turintys įtakos sprendimo priėmimui grįžti į rajonines gydymo įstaigas.
- 8 lentelė. Profesiniai veiksniai, turintys įtakos sprendimo priėmimui grįžti į rajonines gydymo įstaigas.
- 9 lentelė. Gyvenimo kokybės veiksniai, turintys įtakos sprendimo priėmimui grįžti į rajonines gydymo įstaigas.
- 10 lentelė. Finansinės motyvavimo priemonės.
- 11 lentelė. Darbo sąlygos susijusios su motyvavimo priemonėmis.
- 12 lentelė. Profesinio tobulėjimo galimybės/ugdymo programos susijusios su motyvavimo priemonėmis
- 13 lentelė. Socialinės gerovės užtikrinimas susijęs su motyvavimo priemonėmis.
- 14 lentelė. Darbo pasiūlymų paieškos būdai.

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Interviu klausimynas.

IVADAS

Temos aktualumas. Sveikatos priežiūros specialistai yra svarbiausia sveikatos sistemos dalis. Augant žmonių populiacijai ir senstant visuomenei, tobulėjant medicinos technologijoms didėja ir sveikatos priežiūros specialistų paklausa, plečiamos jų kompetencijos bei paslaugų spektras. Numatoma, kad 2030 metais visame pasaulyje truks beveik 18 milijonų sveikatos priežiūros specialistų (Boniol ir kt., 2022). Daugelyje pasaulio šalių susiduriama ne tik su sveikatos priežiūros specialistų trūkumo problema, tačiau ir netolygiu jų pasiskirstymu. Netolygų sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą galima apibūdinti kaip aprūpinimo gydytojais skirtumus, kurie neigiamai veikia visos sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimą, jos paslaugų prieinamumą bei kokybę ir prasčiau gydytojais aprūpintų vietovių gyventojų sveikatos rodiklius (Abbiati ir kt., 2020). Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, beveik pusė žmonių populiacijos pasaulyje gyvena kaimo vietovėse, o iki 2050 metų tai bus vienas iš trijų žmonių. Nepaisant to, tik 36 procentai visų sveikatos priežiūros specialistų dirba kaimo vietovėse (Pasaulio sveikatos organizacija, 2021).

Lietuvoje netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema taip pat išlieka aktuali. Remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, 2022 metais Lietuvoje miestų savivaldybėse 100 tūkst. gyventojų teko 60,3 gydytojo, o rajonuose tik 16,8 (Gaidelytė ir Garbuvienė, 2023, p. 54). Šiuo metu stebima tendencija, kad sveikatos priežiūros specialistų, o ypač gydytojų skaičius ir toliau išlieka augantis didžiųjų miestų, Vilniaus ir Kauno apskrityse (Vyriausybės strateginės analizės centras, 2022).

Pasaulio sveikatos organizacija yra sukūrusi ir nuolat atnaujinama rekomendacijas kaip pritraukti ir išlaikyti sveikatos priežiūros specialistus mažiau apgyvendintose, kaimo vietovėse. Atkreipiamas dėmesys, kad svarbus kompleksinis požiūris – ne tik finansiniai veiksniai, tokie kaip studijų paskolos apmokėjimas, konkurencingas atlyginimas ar persikraustymo išlaidų padengimas, tačiau būtina užtikrinti saugią ir leidžiančią nuolatos tobulėti darbo aplinką, gerinti gyvenamosios vietos infrastruktūrą bei suteikti įvairiapusę pagalbą šeimos nariams – pagalba įdarbinant šeimos narius, užtikrinant kokybišką ir prieinamą vaikų švietimą (Pasaulio sveikatos organizacija, 2021).

Nors Lietuvoje dar 2008 metais buvo išleistas sveikatos apsaugos ministro įsakymas ir nustatyta tvarka, kuria remiantis Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos gali apmokėti mokinių, studentų ar gydytojų rezidentų studijas, 2024 metų balandžio 22 dieną pristatytas strateginis sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo ir išlaikymo planas 2024 – 2029 metams, tačiau iki šiol, Lietuvoje nėra vieningos ir efektyvios sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo programos. Šiuo metu dažniausiai Lietuvoje taikomos skatinimo priemonės yra finansinės. Vis dėlto pastebėta, kad finansinis

skatinimas yra viena iš sėkmingiausių naujų sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonių, tačiau finansinių veiksnių svarba mažėja ir jų nebepakanka sveikatos priežiūros specialistams išlaikyti, būtinas dėmesys profesiniams, darbo sąlygų ir asmeniniams veiksniams (Kelley ir kt., 2008).

Temos ištirtumas. Užsienio autorių moksliniuose šaltiniuose daugiausia dėmesio buvo skiriama veiksnių, kurie lemia pasirinkimą dirbti kaimo vietovėje analizei. Analizuojant mokslinius šaltinius, rastos sisteminės literatūros apžvalgos, kuriuose daugiausia dėmesio skiriama pasirinkimą dirbti kaimo vietovėje nulemiančių veiksnių bei jų tarpusavio ryšio analizei (Mohammadiaghdam ir kt., 2020; Danish ir kt., 2019; Koebisch ir kt., 2020; Holloway ir kt., 2020; Putri ir kt., 2020; Verma ir kt., 2016). Kitose mokslinėse studijose buvo analizuojamos tam tikros atskiros veiksnių grupės – pavyzdžiui socialinių veiksnių, tokių kaip integravimosi į bendruomenę, gyvenamojoje vietovėje esančių paslaugų, infrastruktūros ir kt. reikšmė (Cosgrave ir kt., 2019), švietimo ir tobulinimosi kursų reikšmė (Elma ir kt., 2022).

Dalis mokslinių šaltinių nagrinėjo tam tikrose šalyse, pavyzdžiui Kanadoje, Filipinuose, Čilėje, Jungtinėse Amerikos Valstijose, Norvegijoje taikomų sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui skirtų programų efektyvumą (Jolicoeur ir kt., 2022).

Atskiruose moksliniuose šaltiniuose buvo tiriama tam tikros specializacijos gydytojų pasirinkimo dirbti kaimo vietovėse motyvai, pavyzdžiui šeimos gydytojų Kanadoje (Asghari ir kt., 2020), vidaus ligų gydytojų Japonijoje (Saijo ir kt., 2023), sisteminė literatūros apžvalga apie chirurginių specialybių gydytojus (Kumar ir Clancy, 2021). Kai kuriuose tyrimuose dalyvavo medicinos studentai, kurie dar tik planavo savo ateities pasirinkimus (Abbiati ir kt., 2020).

Analizuojant mokslinius šaltinius taip pat rasta sveikatos priežiūros specialistams pritraukti skirtų rekomendacijų, kurios buvo parengtos bendradarbiaujant kelioms šalims – dalijantis sisteminės literatūros apžvalgomis, praktine patirtimi (Abelsen ir kt., 2020).

Tuo tarpu Lietuvoje, mokslinių darbų, netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problemos tematika, yra labai nedaug, o ši tema dažniausiai buvo nagrinėjama būtent baigiamuosiuose magistro darbuose (BMD). A. Mickevičiūtės BMD „Šeimos gydytojų rezidentų nuomonės apie darbo galimybes rajoninėse pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas“ nagrinėjama šeimos gydytojų pasirinkimo dirbti rajoninėse gydymo įstaigose motyvai, netolygaus pasiskirstymo priežastys, atliktas pusiau struktūruotas interviu su šeimos medicinos gydytojais rezidentais atskleidė, kad svarbiausi motyvuojantys faktoriai rinktis rajoninę gydymo įstaigą buvo finansiniai – atlyginimo dydis, bei socialinės garantijos ir galimybė tobulėti (Mickevičiūtė, 2016, p. 65). D. Kondratenkienė savo BMD „Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika Rokiškio rajono savivaldybėje“ analizavo sveikatos priežiūros netolygumus, tarp kurių išskyrė ir netolygų sveikatos priežiūros specialistų

pasiskirstymą Lietuvoje, plačiau analizuojant gydytojų trūkumą Rokiškio rajone, o viena iš pagrindinių šios problemos priežasčių įvardijo nepakankamą politikos atstovų dėmesį šiai problemai (Kondratenkienė, 2016, p. 91-92). A. Jasiukėno BMD „Gydytojų motyvavimo dirbti rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas“ atliktas pusiau struktūruotas interviu su gydytojais atskleidžia, kad gydytojai sprendimą dirbti rajone priima atsižvelgdami į darbo užmokestį, kiti svarbūs veiksniai – atstumas iki didžiųjų miestų ir artimųjų, profesinio tobulėjimo galimybės. Taip pat, išskiriamos tokios problemos kaip nepakankama informacijos sklaida apie padėtį sveikatos priežiūros specialistų darbo rinkoje ir nepakankamas universitetų vaidmuo sprendžiant šią problemą (Jasiukėnas, 2017, p. 66).

Problema. Nors Lietuvoje sveikatos priežiūros specialistų trūkumo ir netolygaus pasiskirstymo problema egzistuoja ne vienerius metus, tačiau iki šiol nėra sukurtos vieningos ir efektyvios sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo programos. Šiuo metu taikomos priemonės nėra pakankamai efektyvios, nes sveikatos priežiūros specialistų skaičius didžiųjų miestų apskrityse ir toliau auga, o didžiojoje dalyje mažesnių miestų apskričių mažėja. Nesant vieningų valstybinių sprendimų, atskiros savivaldybės ar sveikatos priežiūros įstaigos taiko įvairias priemones sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui, tačiau, kadangi didžioji dalis motyvavimo priemonių yra finansinio pobūdžio, dalis gydymo įstaigų dėl savo ribotų finansinių galimybių negali lygiomis teisėmis konkuruoti su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis, vyksta specialistų „perpirkimas“. Darbe keliami šie **probleminiai klausimai**: ar Lietuvoje taikomos gydytojų pritraukimo priemonės yra efektyvios ir atitinkančios gydytojų poreikius? Kokius svarbiausius veiksnius, lemiančius pasirinkimą dirbti rajoninėse gydymo įstaigose išskiria medicinos rezidentai ir mažesnių miestų apskričių gydymo įstaigose jau dirbantys gydytojai? Kaip reiktų tobulinti šiuo metu Lietuvoje taikomas sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemones, kad jos būtų efektyvesnės?

Mokslinė ir praktinė reikšmė. Mokslinės literatūros analizė ir empirinio tyrimo duomenys bus naudingi ateityje sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonės ir jų efektyvumą nagrinėjantiems specialistams. Tikimasi, kad pusiau struktūruoto interviu surinktais duomenimis bus galima vadovautis kuriant išsamesnius ir tikslesnius klausimynus sveikatos priežiūros specialistams.

Tyrimo objektas: Lietuvoje taikomų gydytojų pritraukimo į rajonines gydymo įstaigas priemonių vertinimas medicinos rezidentų ir gydytojų tarpe.

Tyrimo tikslas: atskleisti Lietuvoje taikomų gydytojų pritraukimo į rajonines gydymo įstaigas priemonių vertinimą medicinos rezidentų ir gydytojų tarpe.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išnagrinėti sveikatos priežiūros specialistų netolygaus pasiskirstymo problemos priežastis.
2. Aptarti Lietuvoje taikomas sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui ir netolygaus pasiskirstymo mažinimui skirtas priemones.
3. Atskleisti medicinos rezidentams ir gydytojams svarbiausius veiksnius, nulemiančius pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje.
4. Atskleisti medicinos rezidentų ir gydytojų požiūrį į Lietuvoje taikomus sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo metodus.
5. Pateikti rekomendacijas, kuriomis remiantis būtų galima gerinti Lietuvoje taikomų sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonių efektyvumą.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros, teisinių bei strateginių dokumentų, Lietuvoje taikomų motyvacinių priemonių analizė.
2. Pusiaus struktūruotas interviu su gydytojais rezidentais bei rajoninėse gydymo įstaigose jau dirbančiais gydytojais.
3. Pusiaus struktūruoto interviu metu gautos informacijos analizė, taikant kokybinę turinio analizę.

Darbo struktūra: pirmoje darbo dalyje analizuojama sveikatos priežiūros specialistų trūkumo ir netolygaus pasiskirstymo problema bei jos statistiniai aspektai, pagrindiniai veiksniai, kurie lemia sveikatos priežiūros specialistų pasirinkimą dirbti mažiau apgyvendintose bei kaimo vietovėse, šių veiksnių svarba bei tarpusavio ryšys. Taip pat, apžvelgiamos Pasaulio sveikatos organizacijos bei kitų mokslinių studijų metu pateiktos priemonės, sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui bei išlaikymui mažiau apgyvendintose vietovėse, pateikiama informacija apie kitų šalių praktiką, bei dabartinę situaciją Lietuvoje – aptariami svarbiausi strateginiai dokumentai bei šiuo metu Lietuvoje taikomos sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonės. Antroje darbo dalyje aprašomas atliktas empirinis tyrimas, siekiant įvertinti būsimųjų bei jau rajoninėse gydymo įstaigose dirbančių gydytojų požiūrį į gydytojų trūkumo mažesniuose rajonuose problemą, galimus jos sprendimo būdus bei šiuo metu Lietuvoje taikomų motyvavimo priemonių vertinimą.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ TRŪKUMO IR NETOLYGAS PASISKIRSTYMO PROBLEMA BEI JOS AKTUALUMAS: SITUACIJA PASAULYJE IR LIETUVOJE

Sveikatos priežiūros specialistai yra svarbiausia sveikatos sistemos dalis. Manoma, kad 2030 metais pasaulyje bus apie 80 milijonų sveikatos priežiūros specialistų – numatomas net 29 proc. sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus augimas, kuris bus tris kart greitesnis lyginant su bendru populiacijos augimu (numatomas bendros populiacijos augimas 9,5 proc.). Nepaisant ekonominio ir technologinio vystymosi, sveikatos priežiūros specialistų trūkumo ir netolygaus pasiskirstymo problema aktuali visose pasaulio šalyse. Nors sveikatos priežiūros specialistų trūkumas labiausiai jaučiamas mažo ir vidutinio pragyvenimo lygio šalyse, tačiau su panašiomis problemomis susiduria ir turtingos šalys. Prognozuojama, kad siekiant užtikrinti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas visame pasaulyje, 2030 metais truks beveik 18 milijonų sveikatos priežiūros specialistų (Boniol ir kt., 2022).

Netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas gali sutrikdyti efektyvų sveikatos sistemos veikimą. Ilgainiui, ši problema lemia netolygų prieinamumą sveikatos priežiūros paslaugoms ir tai prisideda prie prastesnės, kaimo vietovėse gyvenančių žmonių sveikatos būklės (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). Pasaulyje beveik pusė žmonių populiacijos gyvena kaimo vietovėse, o 2050 metais tai bus vienas iš trijų žmonių. Nepaisant šio fakto, tik 36 proc. sveikatos priežiūros specialistų dirba kaimo vietovėse. Nuo 51 iki 67 proc. kaimo ir mažiau apgyvendintų vietovių gyventojų turi ribotą prieigą prie pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų (Pasaulio sveikatos organizacija, 2020). Remiantis PSO duomenimis, netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema yra skirtingo lygio įvairiose šalyse – pavyzdžiui, Jungtinėse Amerikos Valstijose, miestuose 1000 gyventojų tenka 2 gydytojai, o kaimo vietovėse – 0,82 gydytojo 1000 gyventojų. Tuo tarpu Bangladeše, 1000 gyventojų miestuose tenka 1,8 gydytojo, o kaimo vietovėse – 0,1 gydytojo (Pasaulio sveikatos organizacija, 2021).

Lietuvoje taip pat susiduriama tiek su sveikatos priežiūros specialistų trūkumu, tiek su netolygaus jų pasiskirstymo problema. Stebima tendencija, kad mažėjant Lietuvos gyventojų skaičiui, sveikatos priežiūros specialistų suteikiamų paslaugų skaičius auga. Manoma, kada ateityje sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir augantis jų teikiamų paslaugų skaičius susijęs ne tik su senstančia visuomene, bet ir dėl medicinos pažangos bei naujų technologijų vystymosi atsiras naujus įgūdžius turinčių specialistų poreikis.

Nemažu iššūkiu tampa ir sveikatos priežiūros specialistų, patenkančių į pensinio amžiaus ribas skaičius. Remiantis Vyriausybės strateginės analizės centro (STRATA) žmogiškųjų išteklių poreikio prognozėmis 2023 - 2032 metams, sveikatos priežiūros sektorius priskiriamas „seniausiems“ sektoriams – darbuotojų pakeitimo metinė paklausa viršija 2 tūkst. darbuotojų. Nors ir Lietuvoje vidutinis sveikatos priežiūros specialistų amžiaus vidurkis yra 47,5 metų, tačiau atidžiau analizuojant atskiras specializacijas, išryškėja kur kas didesnis problemos mastas – pavyzdžiui, 39 proc. šiuo metu Lietuvoje dirbančių vidaus ligų gydytojų yra pensinio amžiaus ir dar bent vienuolikoje gydytojų specializacijų šis rodiklis yra didesnis nei 30 proc. Remiantis STRATA prognozėmis, 2032 metais didžiausias specialistų trūkumas bus šiose specializacijose: bendrosios praktikos slaugytojai, slaugytojų padėjėjai, vidaus ligų gydytojai ir šeimos gydytojai (Vyriausybės strateginės analizės centras, 2023).

2022 m. duomenimis Lietuvoje miestų savivaldybėse 100 tūkst. gyventojų teko 60,3 gydytojo, o rajonuose – 16,8. (Gaidelytė ir Garbuvienė, 2023, p. 54). Remiantis STRATA duomenimis, daugiausia gydytojų specialistų yra didžiosiose Vilniaus ir Kauno apskrityse. Dar 2018 m. Vilniaus apskrityje 1000 gyventojų teko 5 gydytojai specialistai, o Kauno apskrityje – 5,6. Stebima tendencija, kad Vilniaus ir Kauno apskrityse esant ir taip dideliame gydytojų specialistų santykiniam skaičiui, šis skaičius dar didėja – 2020 m. Vilniaus apskrityje 1000 gyventojų jau teko 5,5 gydytojo specialisto, o Kauno apskrityje – 6,9 (1 lentelė) (Vyriausybės strateginės analizės centras, 2023):

1 lentelė. 1000 gyventojų Lietuvoje tenkantis gydytojų specialistų skaičius pagal apskritį

Apskritis	Gydytojai specialistai	
	2018	2020
Alytaus apskritis	3,5	3,5
Kauno apskritis	5,6	6,9
Klaipėdos apskritis	3,7	3,7
Marijampolės apskritis	2,7	2,6
Panevėžio apskritis	3,1	3,1
Šiaulių apskritis	2,7	2,6
Tauragės apskritis	2,3	2,5
Telšių apskritis	2,2	2,2
Utenos apskritis	2,7	2,9
Vilniaus apskritis	5,0	5,5

Šaltinis: Vyriausybės strateginės analizės centras, 2023.

2. VEIKSNIAI LEMIANTYS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ PASIRINKIMĄ DIRBTI MAŽIAU APGYVENDINTOSE VIETOVĖSE

Analizuojant sveikatos priežiūros specialistų pasirinkimo motyvus dirbti mažiau apgyvendintose vietovėse, svarbu išskirti veiksmų grupes, lemiančias šį pasirinkimą. Dažniausiai išskiriamos šios pagrindinės veiksmų grupės: finansiniai, profesiniai ir karjeros, darbo sąlygų, asmeniniai, gyvenimo sąlygų bei kultūriniai veiksniai (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). Skirtinguose šaltiniuose, išskiriami esminiai veiksniai sutampa, kai kurie autoriai juos bando sugrupuoti pagal tam tikras savybes, pavyzdžiui, išskiriant vidinių (asmeninės ir intelektualinės savybės, asmeninė motyvacija, noras turėti iššūkių bei kt.) ir išorinių veiksmų (darbo sąlygos, finansiniai aspektai ir kt.) grupes (Abbiati ir kt., 2020). Atkreipiamas dėmesys, kad vieni iš veiksmų yra svarbesni sveikatos priežiūros specialisto pritraukimui, o kitų reikšmė išauga norint sveikatos priežiūros specialistą išlaikyti ilgesnį laiką (Kelley ir kt., 2008). Kiekvienas iš veiksmų yra skirtingo reikšmingumo lygio, tas pats veiksnys gali turėti tiek teigiamus, tiek neigiamus savo aspektus, o jų tarpusavio ryšys nulemia galutinį rezultatą (Mohammadiaghdam ir kt., 2020).

2.1. Finansiniai veiksniai

Sprendžiant sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į mažiau apgyvendintas vietas problemą daugiausia dėmesio sulaukia finansiniai veiksniai. Didžioji dalis studijų atskleidė, kad finansiniai veiksniai yra vieni iš svarbiausių ir finansinis skatinimas yra būtinas norint, kad sveikatos priežiūros specialistas rinktųsi mažiau apgyvendintą vietovę. Dauguma jaunųjų gydytojų darbą didmiestyje sutiktų iškeisti į darbą rajoninėse gydymo įstaigose su sąlyga, kad jų darbo užmokestis bus reikšmingai didesnis nei dirbančiųjų didžiuosiuose miestuose (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). Finansinis skatinimas apima ne tik konkurencingą darbo užmokestį, tačiau dažnai tai tampa pagrindiniu veiksmu įvairiose įdarbinimo programose, skatinančiose sveikatos priežiūros specialistus rinktis darbą mažiau apgyvendintose vietovėse – stipendijos, studijų paskolos apmokėjimas, įsikūrimo ar apgyvendinimo išlaidų apmokėjimas (Mandal ir Phillips, 2022). Pastebima, kad finansiniai veiksniai ypač didelę reikšmę turi jauniems, neseniai studijas pabaigusiems gydytojams – tai siejama su studijų paskolos grąžinimu. Pastaruosius kelerius metus stebimas tendencingas medicinos studijų kainos augimas. Dažniausiai dar didesnius finansinius įsipareigojimus turi asmenys, atvykę studijuoti iš mažesnių miestų, kurie patyrė papildomas išlaidas, tokias kaip būsto nuoma (Koebisch ir kt., 2020). Galima išskirti dvi pagrindines grupes, kurioms finansinis skatinimas yra taikomas – medicinos

studentai ir praktikuojantys gydytojai. Medicinos studentų skatinimas apima jau anksčiau minėtas stipendijas, studijų paskolos apmokėjimą, tuo tarpu norint pritraukti jau praktikuojantį gydytoją, pasitelkiami kiek kitokie metodai – nustatomas minimalus metinis darbo užmokesčio dydis, taikoma modifikuota paslaugų apmokėjimo sistema, mokami specialūs priedai, tam, kad dėl potencialiai mažesnės populiacijos nenukentėtų gydytojo darbo užmokestis (Danish ir kt., 2019).

Vertinant finansinių veiksnių svarbą, būtina atkreipti dėmesį ir į neigiamus šio veiksnio aspektus. N. Mohammadiaghdam ir kt. atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje išskiriami galimi neigiami finansinių veiksnių aspektai, pavyzdžiui, papildomos išlaidos reikalingos įsikūrimui ar persikraustymui, mažesnė tikimybė sveikatos priežiūros specialistui įsidarbinti privačioje gydymo įstaigoje ir kt. (Mohammadiaghdam ir kt., 2020).

Atkreipiamas dėmesys, kad nepaisant finansinių veiksnių svarbos, vien finansinių veiksnių nepakanka, norint užtikrinti sėkmingą specialistų pritraukimą ir išlaikymą. Pastebėta, kad finansinis skatinimas yra viena iš sėkmingiausių naujų specialistų pritraukimo priemonių, tačiau finansinių veiksnių svarba mažėja ir jų nebepakanka sveikatos priežiūros specialistams išlaikyti, būtinas dėmesys profesiniams, darbo sąlygų ir asmeniniams veiksniams (Kelley ir kt., 2008).

2.2. Profesiniai veiksniai ir darbo sąlygos

Beveik visose studijose ar sisteminėse literatūros apžvalgose svarbią vietą užima ir profesiniai veiksniai bei darbo sąlygos. Nors įvairiose studijose šios grupės veiksniai įvardijami skirtingai, tačiau dažniausiai kalbama apie tobulėjimo galimybes profesinėje veikloje, žmogiškųjų ir nežmogiškųjų išteklių trūkumą, darbo sąlygas ir aplinką (Kumar ir Clancy, 2021). Darbo sąlygų ir aplinkos veiksniai apima ne tik darbo krūvį ar priemones, tačiau ir patikimos bei palaikančios darbo komandos buvimą, administracijos požiūrį į darbuotoją bei gebėjimą spręsti problemas (Jolicoeur ir kt., 2022). Priklausomai nuo ekonominio šalies išsivystymo, skiriasi ir sveikatos priežiūros specialistų požiūris į tai, kas jiems svarbiausia, kalbant apie darbo sąlygas. Ekonomiškai išsivysčiusių šalių sveikatos priežiūros specialistai labiau telkia dėmesį į galimybę dalyvauti kursuose, stažuotėse, turėti nuotolines konsultacijas su didesniais medicinos centrais, kai besivystančiose šalyse vis dar svarbu išlieka turėti bent jau pagrindinę medicininę įrangą ir medikamentus (Mohammadiaghdam ir kt., 2020).

Nemažai kalbama apie sveikatos priežiūros specialisto saugumo sąvoką, kuri apima ne tik reikiamos įrangos, medikamentų buvimą, tačiau ir tenkančią atsakomybę sudėtingus sprendimus priimti savarankiškai, atsirandant didesnei klaidos tikimybei (Kumar ir Clancy, 2021). Tai ypač svarbu jauniems, karjerą pradedantiems gydytojams, kurie dėl profesinės patirties stokos, dirbdami mažiau apgyvendintose vietovėse susiduria su iššūkiais. Šie iššūkiai, dažnu atveju gali būti didesni ir sunkiau

įveikiami nei tie, su kuriais turi susidurti kolegos dirbdami didesniuose medicininiuose centruose. Kita vertus, jaunieji specialistai kritiškai vertina galimybę tobulėti dirbant atokesnėse vietovėse – baiminamasi prarasti jau įgytus įgūdžius ar nesugebėti įgyti naujų (Jolicoeur ir kt., 2022). Šios problemos sprendimui pasitelkiami papildomi, gydymo įstaigos finansuojami mokymai, stažuotės, galimybė konsultuotis su kitais medicininiais centrais ar dar studijų metais taikomos praktikos ir mokymų programos, orientuotos į medicininio personalo darbą esant ribotiems ištekliams (Koebisch ir kt., 2020). Šios problemos sprendimui vis didesnę svarbą įgauna telemedicinos plėtojimas – ne tik galimybė įgyti naujų žinių bei neatsilikti nuo naujausių medicininių tendencijų, tačiau ir kasdieninio gydytojo darbo palengvinimas, kai sprendimo priėmimo procese dalyvauja didesnių medicininių centrų atstovai (Kumar ir Clancy, 2021).

Dėl dažnu atveju pasitaikančio personalo trūkumo, į mažiau apgyvendintos vietovės gydymo įstaigą naujai atvykęs sveikatos priežiūros specialistas susiduria su spaudimu dirbti didesniu krūviu, turėti daugiau viršvalandžių ar neplanuotų budėjimų (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). Būtina atkreipti dėmesį į tai, kad turint tokį patį darbo krūvį mažesniame medicininiame centre, esant ribotiems ištekliams, lyginant su darbu didesniuose centruose, gali būti reikalingas didesnis laiko limitas tokiems pat darbams atlikti. Personalo trūkumo problemos sprendimas negali būti svarbesnis už tinkamą ir optimalų, sveikatos priežiūros specialisto poreikius tenkinantį darbo krūvį (Jolicoeur ir kt., 2022).

2.3. Gyvenimo sąlygos, kultūriniai ir asmeniniai veiksniai

Ne viename moksliniame straipsnyje buvo bandoma išskirti asmenines savybes, kurios nulemia pasirinkimą dirbti mažiau apgyvendintoje vietovėje. Išskiriamas ne tik amžius, lytis, rasė, priklausomybė etninei grupei tačiau ir demografiniai ypatumai bei tam tikros asmenybės charakterio savybės.

Stebima tendencija, kad darbą mažiau apgyvendintoje vietovėje dažniau renkasi vyrai. Tai siejama su tuo, kad moterys ypatingą dėmesį skiria darbo sąlygoms bei gyvenamajai aplinkai, taip pat, yra linkusios detaliau žvelgti į ateities planus ir turi daugiau įsipareigojimų šeimai. N. Mohammadiaghdam ir kt. atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje nurodoma, kad vertinant amžiaus įtaką pasirinkimui dirbti mažiau apgyvendintoje vietovėje, atskirų studijų gauti rezultatai yra gana kontraversiški. Nors didžioji dalis studijų parodė, kad į atokiau esančias gydymo įstaigas lengviau pritraukti jauno amžiaus specialistus, tačiau vyresni kolegos labiau linkę į pastovumą ir rečiau keičia darbo vietą, pasilikdami dirbti ilgesniam laikui. Tokia tendenciją nulemia jauno amžiaus specialistų didesnis profesinio tobulėjimo, karjeros vystymo ir įdomų bei kokybišką laisvalaikį, galinčios suteikti gyvenamosios vietos poreikis (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). A. Goodfellow ir kt. atliktoje

sisteminėje literatūros apžvalgoje aptariamas ir priklausomumas etninei grupei, rasė bei mokamos kalbos. Tai ypač atsispindi šalyse, turinčiose dideles imigrantų bendruomenes, pavyzdžiui Jungtinėse Amerikos Valstijose. Pastebėta, kad šioje šalyje bendrosios praktikos gydytojai kalbantys ispanų kalba, dažniau renkasi vietoves, kuriose daugiau ispaniškai kalbančių žmonių ir tai dažnai tampa svarbesniu veiksnium nei vietovės apgyvendinimo lygis (Abbiati ir kt., 2020). Ilgesniam laikui mažiau apgyvendintose vietovėse kur kas dažniau pasilieka vidutinio amžiaus, turintys partnerį ar šeimą, ypač auginantys priešmokyklinio ar pradinių klasių amžiaus vaikus sveikatos priežiūros specialistai (Cosgrave ir kt., 2019).

Aptariant demografinius veiksnius, nurodoma, kad darbą mažiau apgyvendintoje vietovėje dažniau renkasi iš mažesnių miestų ar kaimų kilę specialistai. Manoma, kad tai yra susiję su lengvesniu prisitaikymu prie gyvenamosios ir darbo aplinkos – dažnu atveju, sveikatos priežiūros specialistai grįžta į savo gimtąsias vietas, yra jau pripratę prie kitokio gyvenimo būdo ir neretai, dar iki savo darbo pradžios būna susipažinę su galimomis problemomis ir iššūkiais, kurie jų laukia (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). A. Goodfellow ir kt. atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje, kurioje analizuojami bendrosios praktikos gydytojų darbo vietos pasirinkimo motyvai nurodoma, kad šios specializacijos gydytojai, kilę iš mažesnių miestų ar kaimiškų vietovių yra tris kartus labiau linkę į juos sugrįžti dirbti nei kolegos, kilę iš kitų gyvenamųjų vietų (Goodfellow ir kt., 2016). Atsižvelgiant į šią tendenciją, rekomenduojama atkreipti į tai dėmesį ir dalyvaujant universitetui bei gydymo įstaigoms, su būsimuoju specialistu aptarti ateities planus bei karjeros galimybes dar pirmaisiais studijų metais (Mohammadiaghdam ir kt., 2020).

Ne ką mažesnę reikšmę turi ir gydytojo specializacija – siauresnės specializacijos gydytojai rečiau renkasi darbą mažiau apgyvendintoje vietovėje, o bendrosios praktikos gydytojai, dažnai pasirenka išvykti iš didmiesčių. Tokią tendenciją patvirtina ir kitų šalių patirtis, pavyzdžiui, Šveicarijoje, didmiesčiuose susiduriama su bendrosios praktikos gydytojų trūkumu, tuo tarpu mažesniuose miesteliuose ar kaimo vietovėse trūksta siauresnės specializacijos gydytojų. Atliktoje apklausoje, kurioje dalyvavo paskutinių metų medicinos studentai, didžioji dalis pasirinkusiųjų darbą mažiau apgyvendintose vietovėse planavo tapti bendrosios praktikos gydytojais (Abbiati ir kt., 2020).

Įvairiose studijose bandoma atrasti esminius sąlyčio taškus tarp asmeninių ir profesinių savybių, kurios nulemia pasitenkinimą savo darbu. Dar 1997 m. M.P. Cutchin atliktame kokybiniame tyrime, apklausiant kaimo vietovėse dirbančius gydytojus, išskirtos trys sferos, nuo kurių priklauso galutinis apsisprendimas likti dirbti mažiau apgyvendintose vietovėse. Pirmoji sfera, tai saugumo pojūtis, apimantis pasitikėjimą savo profesinėmis žiniomis, patirtį dirbant esant ribotiems ištekliams, sugebėjimą sprendimus priimti savarankiškai, socialinius ir kultūrinius ryšius. Antroji sfera – asmeninė laisvė, įvardijant galimybę keisti savo aplinką, prisidėti prie sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo,

dalyvauti bendruomenės sprendimų priėmimo procese. Trečioji sfera, tai identiteto suvokimas – buvimas bendruomenės dalimi, gebėjimas prisiimti atsakomybę. Cutchin apibendrinamas savo tyrimą padarė išvadą, kad siekiant visapusiško sveikatos priežiūros specialisto, pasirinkusio dirbti mažiau apgyvendintose vietovėse pasitenkinimo, reikalingas ilgalaikis integracijos procesas, užtikrinantis ilgalaikius ir stiprius ryšius su bendruomene (Cutchin, 1997).

C. Cosgrave ir kt. atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje didelis dėmesys skiriamas socialiniams veiksniams – visuomeniniams ryšiams ir integravimuisi į bendruomenę. Pasak atliktos analizės, nemaža dalis studijų parodė, kad socialiniai veiksniai gali būti patys svarbiausieji, kurie nulemia apsisprendimą likti dirbti mažiau apgyvendintose vietovėse. Galimybė susipažinti su naujais žmonėmis ir kurti kokybiškus socialinius ryšius buvo ypač svarbi į mažiau apgyvendintą vietą atvykusiems sveikatos priežiūros specialistams (Cosgrave ir kt., 2019). Naujai atvykę sveikatos priežiūros specialistai susiduria su socialine atskirtimi, savęs nelaiko pilnaverčiais bendruomenės nariais, ypač pirmaisiais praktikos metais. Pastebima, kad su šia problema susiduriama, kai sveikatos priežiūros specialistas atvyksta vienas, neturi partnerio ar nėra sukūręs šeimos bei iki šiol neturėjo patirties gyvenant atokesnėse vietovėse. Naujai atvykę specialistai įprastai artimiausius ryšius sukuria su kitais naujakuriais ar bendradarbiais ir kur kas rečiau su vietiniais gyventojais. Tai gali sutrikdyti integravimąsi į vietinių gyventojų bendruomenę (Cosgrave ir kt., 2018). Gerinant specialisto integraciją į bendruomenę, į šį procesą būtina įtraukti ir jo partnerį ar šeimos narius (Hancock ir kt., 2009). C. Cosgrave sisteminėje literatūros apžvalgoje analizuojamas ryšys tarp integravimosi į bendruomenę sėkmingumo ir pasitenkinimo darbu lygio. Matoma, kad šis ryšys yra unikalus kalbant apie mažiau apgyvendintas vietas. Pasitenkinimas darbo sąlygomis retai buvo kaip savarankiškas veiksnys, nulėmęs sprendimą išvykti, o asmeninė ar šeimos atskirtis nuo bendruomenės buvo būtina sąlyga, lėmusi išvykimą. Priklausomumas bendruomenei yra siejamas su asmens, savęs kaip bendruomenės nario suvokimu, prisirišimu prie gyvenamosios vietos ir mažiau apgyvendintos vietovės gyvenimo būdo pamėgimu. Jausmą, kad esi bendruomenės nariu, atspindi paprasti dalykai, tokie kaip – noras būti atpažintam, pasisveikinimas kreipiantis vardu, galimybė dalyvauti ir priimti sprendimus įvairių bendruomeninių grupių veiklose. Sveikatos priežiūros specialistų apklausoje, mažiau apgyvendintos vietovės gyvenimo būdo privalumai buvo įvardijami tokie kaip lėtesnis gyvenimo tempas, leidžiantis daugiau praleisti laiko su šeima, paprastesnis ir greitesnis susisiekimas išvengiant transporto kamščių, stipresnis tarpusavio ryšys mažesnėje gyvenamosios vietos bendruomenėje, mažiau materialistinis gyvenimo būdas ir galimybė auginti vaikus ramesnėje ir saugesnėje aplinkoje (Cosgrave ir kt., 2019). Tačiau gyvenimo sąlygos mažiau apgyvendintoje vietovėje turi nemažai neigiamų aspektų – mažesnė gyvenamosios vietos pasirinkimo įvairovė, ribotos galimybės įdomiai praleisti laisvalaikį, nemaži atstumai iki didmiesčių, tam tikrų sveikatos priežiūros ar kitokių paslaugų trūkumas (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). Gyvenimas nedidelėje bendruomenėje gydytojų požiūriu

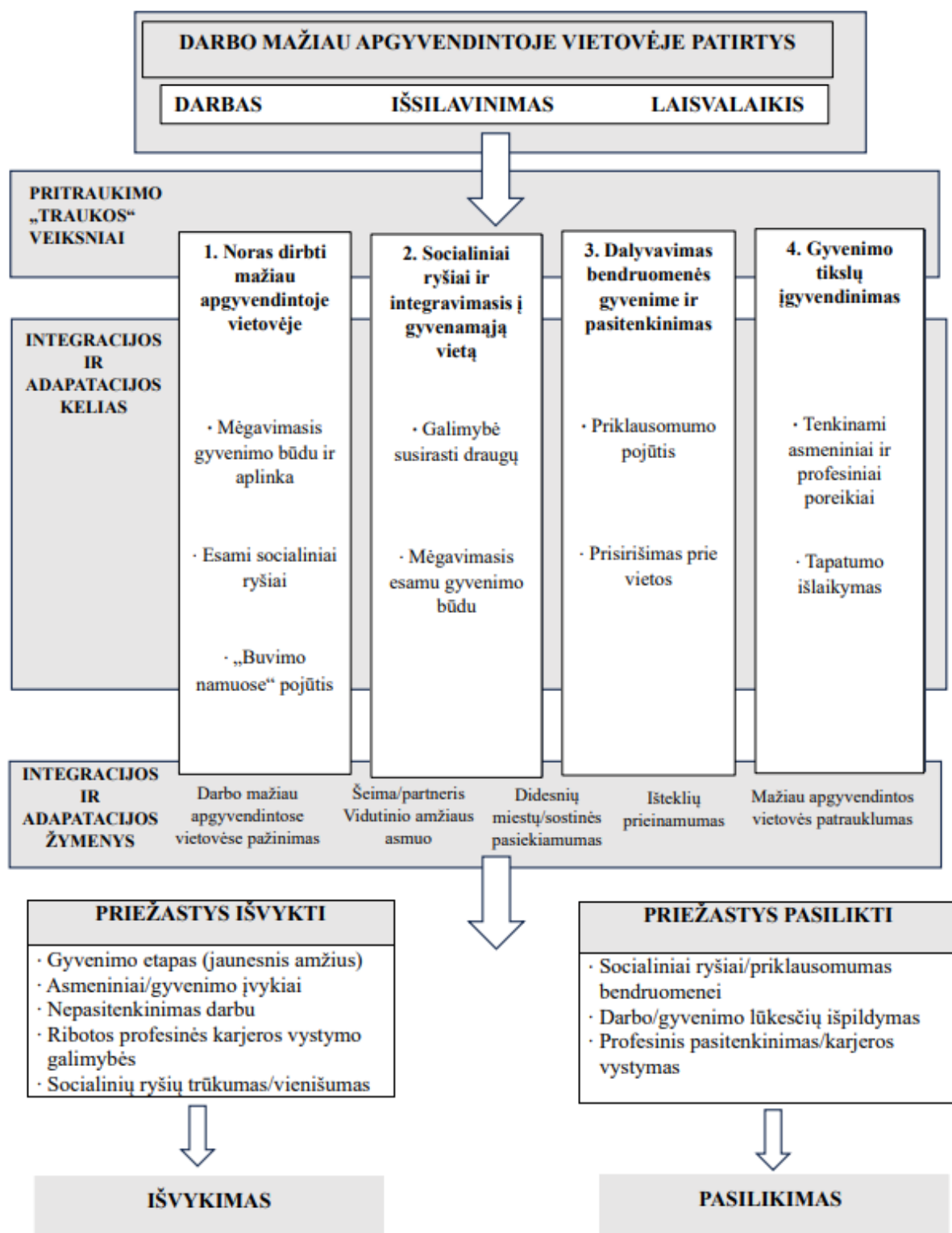
taip pat gali tapti ir našta – daugumai, laisvalaikio metu tenka susidurti su savo pacientais, kurie ne visada gerbia gydytojo privatumą, pavyzdžiui, atvyksta skubiai konsultacijai į namus ar sveikatos problemas nori aptarti ne darbinėje aplinkoje. Kai kurie gydytojai netgi nurodė, kad dėl galimo prašymo padirbėti papildomai, renkasi laisvalaikį ar atostogas leisti ne savo gyvenamojoje aplinkoje (Jolicoeur ir kt., 2022).

Kaip ir minėta anksčiau – norint išlaikyti naujai atvykusį sveikatos priežiūros specialistą, į jį reikia žvelgti kaip į bendruomenės dalį, nepamirštant į tai įtraukti jo partnerio ar šeimos. Praktiškai visose studijose įžvelgta, kad specialisto atskirtis nuo šeimos nulemia apsisprendimą išvykti. Norint pritraukti sveikatos priežiūros specialistą, reikia nepamiršti ir jo šeimos narių – didelę reikšmę turi jo partnerio įsidarbinimo galimybės, kokybiško vaikų išsilavinimo klausimas (Cosgrave ir kt., 2019). Aktualia problema įvardijamas partnerio ar šeimos narių įdarbinimo klausimas. Apsisprendimą nevykti į mažiau apgyvendintą vietovę gali nulemti ribotos partnerio karjeros galimybės. Šios problemos sprendimas tampa sudėtingas kai partneris ar šeimos narys turi specializuotą išsilavinimą ar iki šiol jau yra nemažai pasiekęs savo profesinėje srityje. Manoma, kad tokiu atveju turėtų būti sudaromos kiek įmanoma geresnės įdarbinimo sąlygos, o nesant galimybių šeimos narį įdarbinti pagal profesiją, reikia suteikti pagalbą ieškant nuotolinio darbo galimybių ar apsvarstant persikvalifikavimo galimybę, sukuriant geras darbo sąlygas turinčią darbo vietą. Ne vienoje apklausoje, sveikatos priežiūros specialistai buvo nusivylę, kad nesulaukė tinkamos pagalbos sprendžiant partnerio ar šeimos nario įdarbinimo problemą (Jolicoeur ir kt., 2022).

Apibendrinant galima teigti, kad nėra vieno ir svarbiausio veiksnio, užtikrinančio sveikatos priežiūros specialisto pasirinkimą dirbti mažiau apgyvendintoje vietovėje, svarbu žvelgti į jų visumą ir tarpusavio ryšius. J. Goertzen šių veiksnių tarpusavio svarbą apibūdina kaip keturių kojų virtuvinę taburetę – pirmoji „koja“ – asmeninės savybės ir specialistą bei jo šeimą supanti aplinka, antroji – pakankamas pasirengimas praktikai, esant ribotiems ištekliams, trečioji – priklausymas bendruomenei, o ketvirtoji – darbo sąlygos. Trikojės taburetės, gali būti kaip kompromisas, kuris esant tam tikroms sąlygoms gali būti naudojamos, tačiau virtuvės taburetės yra stabiliausios, kai visos keturios jos kojos yra gerai pritvirtintos ir remiasi į žemę, taip lengviau atlaikant neišvengiamus aplinkos pokyčius (Goertzen, 2005).

C. Cosgrave ir kt. sisteminėje literatūros analizėje pateikė apibendrintą socialinių veiksnių įtaką sveikatos priežiūros specialisto pasirinkimui likti mažiau apgyvendintoje vietovėje bei jų tarpusavio ryšį (žiūr. 1 pav.):

1 paveikslas. Socialinių veiksnių įtaka ir jų tarpusavio ryšys lemiantis sveikatos priežiūros specialisto apsisprendimą dėl darbo mažiau apgyvendintose vietovėse



Šaltinis: Cosgrave ir kt., 2019

2.4. Mažiau apgyvendintų vietovių sąvokos interpretavimo skirtumai ir reikšmė

Analizuojant įvairių šalių mokslininkų tyrimus apie sveikatos priežiūros specialistų trūkumą mažiau apgyvendintose vietovėse tenka susidurti su skirtingu šios sąvokos interpretavimu. Kaimiškos ar kitaip mažiau apgyvendintos vietovės sąvokos interpretavimas priklauso nuo šalies, kurioje tyrimas yra vykdomas bei konteksto, kuriame ši sąvoka yra naudojama. Norint įvardinti mažiau apgyvendintas vietovės apibrėžimą dažnai yra remiamasi skirtingais kriterijais, tokiais kaip populiacijos dydis, nutolimas nuo didžiųjų miestų ar gyventojų tankumas. Dažnai remiamasi ir papildomais kriterijais – atstumas iki tam tikro dydžio miestų, prieinamų paslaugų įvairovė ar vietinės darbo rinkos dydis. Kiekvienoje iš pasaulio valstybių yra tikslūs miesto, miestelio ar kaimo vietovių apibrėžimai, kurie gali skirtis net tarp kaimyninių valstybių. Pavyzdžiui, Švedijoje miesteliu yra laikoma vietovė, turinti bent 200 vietinių gyventojų kai tarp gyvenamųjų namų atstumas yra mažesnis nei 200 metrų (Sturesson ir kt., 2019). Tuo tarpu Lietuvoje šios sąvokos yra apibrėžtos įstatymiškai, daugiausia remiantis gyventojų skaičiumi bei jų darbo vieta. Lietuvoje miestu yra laikoma „kompaktiškai užstatyta gyvenamoji vietovė, kurioje gyvena 3000 ir daugiau gyventojų, iš kurių daugiau kaip 2/3 dirbančiųjų dirba pramonės, statybų, prekybos, valdymo, aptarnavimo, švietimo ir kultūros srityse, miesteliu - gyventojų skaičius yra tarp 500 – 3000, o kaimu - gyvenamoji vietovė, kurioje gyvena mažiau kaip 500 gyventojų“ (Lietuvos Respublikos teritorijos administracinių vienetų ir jų ribų įstatymas, 1998). Vis dėlto, didžioji dalis tyrėjų pabrėžia, kad mažiau apgyvendintos vietovės sąvoka turėtų remtis ne tik skaičiais, tačiau ir tiriamųjų patirtimi bei asmeniniu požiūriu, ką jie laiko atokiau esančia vietove ir tai nebūtinai turi būti apibrėžiama tiksliais skaičiais ar rodikliais. Skandinavijos šalys susiduria su kita problema – dalyje vietovių dėl atšiaurių sąlygų (žema oro temperatūra, ilgas tamsusis paros laikotarpis) taip pat susiduriama su sveikatos priežiūros specialistų trūkumu (Straume ir kt., 2010). Kai kuriuose studijose daugiau dėmesio kreipiamas ne į vietovės gyventojų skaičių ar atstumą iki didesnių miestų, tačiau į galimybę gauti tam tikras paslaugas, galimybę įsidarbinti pagal tam tikrą profesiją, tuomet dažniausiai pasirenkamas terminas „geografiškai nepatrauklios vietovės“ (Sturesson ir kt., 2019).

3. NETOLYGAUS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ PASISKIRSTYMO PROBLEMOS SPRENDIMO BŪDAI: TEORINĖS REKOMENDACIJOS

Abelsen B. ir kiti studijoje, bandyta sukurti veiksmų planą, kuris leistų užtikrinti sveikatos priežiūros specialistų pritraukimą į geografiškai nepatrauklias, mažiau apgyvendintas vietoves. Ši

studija truko septynerius metus ir joje dalyvavo penkios šalys – Švedija, Norvegija, Kanada, Islandija ir Škotija. Tarptautinės studijos metu buvo kuriama bendra literatūros apžvalga, dalijamasi praktine patirtimi ir nacionalinėmis atvejo studijomis.

Minėtoje studijoje buvo įvardinti devyni pagrindiniai strateginiai elementai, kurie sugrupuoti į tris pagrindines užduotis – planuoti, pritraukti ir išlaikyti. Studijoje aptariama, kad sėkmingos programos sukūrimui būtinas stabilus „pagrindas“. Geografiškai nepatraukliose vietovėse susiduriama su dažna darbuotojų kaita. Naujai samdomi darbuotojai nebūna gerai susipažinę su būsimomis darbo sąlygomis ir vietinio gyvenimo ypatumais. Dėl darbuotojų kaitos nukenčia paslaugų gavėjai – pacientai, kuriems teikiamos prastesnės kokybės paslaugos. Ilgalaikė strategija, užtikrinanti darbo jėgos tęstinumą, turėtų apimti tris prioritetų lygmenis:

1. Reikia skatinti tarpsektorinį finansavimą, skirtą mokymams ir sveikatos priežiūros specialistų ruošimui, suteikti galimybes karjeros vystymui. Jeigu yra galimybė - rinktis žmones iš vietinės bendruomenės, taip padidinant tikimybę, kad specialistas pasiliks ilgesniam laikotarpiui.
2. Patrauklios darbo vietos sukūrimas. Tai apima darnią komandą ir palaikantį vadovavimą, saugią ir gerai įrengtą darbo aplinką, galimybę turėti kokybišką ir pastovų ryšį su kitais medicinos centrais.
3. Sukurkite ir skatinkite pavaduojančių darbuotojų grupę, kuri turės ilgalaikius įsipareigojimus. Visada reikės laikinų darbuotojų, kurie pakeistų atostogaujančius ar motinystės atostogų išėinančius darbuotojus ir turės užpildyti kitas laikinas darbo vietas. Taip užtikrinamas darbo tęstinumas.

Pasak Abelsen B. ir kt. atliktos studijos, aptariamos trys pagrindinės užduotys, kurios turi būti įgyvendintos norint užtikrinti efektyvų ir ilgalaikį rezultatų pritraukiant sveikatos priežiūros specialistus į geografiškai nepatrauklias vietas.

1. Planavimas (vietiniu, regioniniu ir nacionaliniu lygiais):

- **Gyventojų paslaugų poreikio vertinimas.** Vietos valdžia bei sveikatos priežiūros įstaigų vadovybė turi atsižvelgti į aptarnaujamą populiacijos poreikius. Turi būti įdiegtos sistemos, kurios leistų reguliariai įvertinti kintančius gyventojų poreikius. Šiam vertinimui pasitelkiama gyventojų demografijos analizė, dažniausių ūmių ir lėtinių ligų struktūros analizė, laukimo laikas įvairioms paslaugoms gauti ir kita. Rekomenduojama sukurti ilgalaikio stebėjimo programą, leidžiančią įvertinti pokyčius ir spėti prie jų prisitaikyti visai sveikatos priežiūros sistemai.

- **Paslaugų teikimo modelio derinimas su gyventojų poreikiu.** Kuriant naujas ar plečiant esamas paslaugas reikia atsižvelgti į gyventojų poreikį ir galimybę paslaugą suteikti kokybiškai bei nepatiriant finansinių nuostolių. Norint išlaikyti sveikatos priežiūros paslaugas, kurios neatitinka besikeičiančių populiacijos poreikių, jų atlikimui tikslingai samdant darbuotojus, patiriami ne tik finansiniai nuostoliai, tačiau tai veda prie specialisto „perdegimo“ ir nepasitenkinimo darbu.
- **Potencialaus darbuotojo charakteristikos kūrimas.** Dažnai kaimo vietovėse tenka įdarbinti lengviausiai pasiekimus specialistus, tačiau tai neduoda gerų rezultatų. Esant specifinėms darbo sąlygoms, kai tenka susidurti su ribotais darbo ištekliais, būsimasis darbuotojas turi turėti reikiamą kvalifikaciją ir pasiruošimą. Iš kitos pusės – dirbant kaimo vietovėje, specialistai patiria profesinę „izoliaciją“, reikia užtikrinti sąlygas nuolatiniam mokymuisi ir įgūdžių palaikymui. Rekomenduojama pirma apsvastyti būsimą kandidato charakteristikas ir tik tada kryptingai taikyti pritraukimo metodus.

2. Pritraukimas (vietinio lygio priemonės):

- **Lengvai prieinama ir aiški informacija apie darbo sąlygas.** Norint pritraukti naują darbuotoją, nepakanka tik darbo skelbimo. Turi būti pateikiama lengvai prieinama ir išsami informacija apie būsimą darbo sąlygas, sutuoktinio įdarbinimo galimybes, vaikų švietimo ir užimtumo pasirinkimus. Būtina sudaryti galimybę gyvai susisiekti su esamais darbuotojais ar vietinės bendruomenės nariais.
- **Bendruomenės vaidmuo.** Į sveikatos priežiūros specialistų trūkumo problemos sprendimą reikia įtraukti ir vietinę bendruomenę, kuri turi prisidėti prie naujo specialisto integravimosi sėkmingumo (bendruomeninių ryšių sudarymas).
- **Partnerio ar šeimos palaikymas.** Dėmesys turėtų būti kreipiamas ne tik į naująjį specialistą, tačiau ir į jo šeimos narius – tai ne tik partnerio ar sutuoktinio įdarbinimas, tinkamo vaikų išsilavinimo užtikrinimas, tačiau ir visos šeimos įtraukimas į visuomeninį gyvenimą, suteikiant jiems galimybę jaustis pilnaverčiais bendruomenės nariais.

3. Išlaikymas (vietiniu, regioniniu ir nacionaliniu lygiu):

- **Komandinio darbo svarba.** Specialistai nurodo, kad dirbant, esant ribotiems ištekliais, dažnai pasigenda kolegų palaikymo ar galimybės sudėtingus sprendimus priimti komandoje. Reikia skatinti tarpusavio kolegų bendradarbiavimą bei sudaryti sąlygas esant sudėtingiems atvejams juos aptarti su didesnių ar labiau specializuotų medicininių centrų specialistais.

- **Užtikrinti profesinį tobulėjimą.** Darbas mažiau apgyvendintose vietovėse reikalauja plataus įgūdžių spektro, kurio palaikymui ir plėtojimui reikalingi sistemingi mokymai. Būtinai finansavimas įvairiems mokymams, įgūdžių plėtojimui ir atnaujinimui.
- **Mokymai būsimiems specialistams.** Vietinės sveikatos priežiūros įstaigos turėtų siekti akademinį/mokymo teisių, ruošiant būsimuosius specialistus. Turėtų būti sudaroma galimybė vietinėse gydymo įstaigose atlikti praktiką ar dalyvauti mokymuose. Tai didina tikimybę, kad dalis būsimųjų specialistų pasirinks ten likti.

Visi išvardinti elementai ir etapai yra ciklinis procesas, kuris neturi nei pradžios, nei pabaigos taško (2 paveikslas) (Abelsen ir kt., 2020):

2 paveikslas. Devyni pagrindiniai strateginiai elementai, planuojant, pritraukiant ir išlaikant sveikatos priežiūros specialistus geografiškai nepatraukliose vietovėse.



Šaltinis: Abelsen ir kt., 2020.

3.1 Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijos

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) – viena iš nedaugelio organizacijų, sukūrusių rekomendacijas, kaip pritraukti ir išlaikyti sveikatos priežiūros specialistus kaimo ar mažiau apgyvendintose vietovėse. 2010 metais šia tematika buvo išleistos rekomendacijos, o 2021 metais jos papildytos. PSO gairėse nurodoma, kad beveik pusė pasaulio gyventojų gyvena kaimio vietovėse ir 2050 metais bent vienas iš trijų žmonių gyvens kaimo vietovėje. Svarbu ne tik sukurti veiksmų planą, tačiau ir įvertinti kurios iš priemonių yra labiausiai prieinamos, lengviausiai įgyvendinamos, finansiškai efektyvios ir kaip tų priemonių sėkmingumą reiktų įvertinti. Visas aptariamas iniciatyvas galima suskirstyti į keturias pagrindines kategorijas: švietimas, reglamentavimas, skatinimas ir palaikymas (Pasaulio sveikatos organizacija, 2021). Pagrindinės PSO nurodomos rekomendacijos yra šios:

1) Įtraukti studentus iš kaimo vietovių į sveikatos priežiūros darbuotojų švietimo programas.

Vienas labiausiai pasirinkimą dirbti kaimo vietovėse lemiančių veiksnių – kilimas iš mažiau apgyvendintų vietovių (Grobler ir kt., 2009). Šį veiksnių būtina įtraukti į pritraukimo programų dalyvių atrankos kriterijus, užtikrinant teisingumą lyties, etninės kilmės ir kalbos požiūriu bei atitikimą nacionaliniams ir vietiniams reglamentams bei įstatymams. Švietimo programos turi apimti visus švietimo etapus – pradinį, vidurinį ir aukštąjį mokslus. Rekomenduojama išvelgti galimas kliūtis dalyvavimui pritraukimo programose žmonėms, kilusiems iš kaimo vietovių. Į šį procesą turėtų įsitraukti visuomenė, vietos valdžia ir gydymo įstaigų atstovai.

2) Švietimo įstaigas, ruošiančias sveikatos priežiūros specialistus, įkurti arčiau kaimo vietovių. Įvairios švietimo programos turėtų būti susietos su vietos gyventojų poreikiais ir lūkesčiais. Jų kūrimo turi dalyvauti vietos suinteresuotosios šalys. Kuriant naujas programas, švietimo įstaigas, investuojama ne tik į sveikatos priežiūros specialistų ruošimą, tačiau ir į kaimo vietovės infrastruktūros plėtrą, papildomų darbo vietų sukūrimą ir kita. Ši rekomendacija apima ne tik naujų švietimo įstaigų kūrimą, tačiau ir specializuotų programų, skirtų studentams sukūrimą, bendradarbiaujant universitetams ir vietinės sveikatos priežiūros įstaigoms. Norint švietimo programas vystyti kaimo vietovėse, reikia investuoti į esamų žmogiškųjų išteklių papildomą pedagoginį išsilavinimą. Šiai iniciatyvai reikalingos didelės išlaidos dėl to jos ekonominį efektyvumą būtina įvertinti iš anksto ir derinti kartu su kitomis priemonėmis. Šios rekomendacijos sėkmingumo įvertinimui reikalingos detalesnės studijos (Ajuebor ir kt., 2020).

3) Sukurti galimybę įvairių sričių sveikatos priežiūros studijų studentams ar specialistams susipažinti su kaimo ir atokiose vietovėse veikiančiomis sveikatos priežiūros įstaigomis.

Reikia sukurti lengvai prieinamą, klinikinę ir praktinę veiklą užtikrinančią programą, kuri leistų susipažinti su kaimo vietovės darbo specifika, gydymo įstaigomis ir karjeros galimybėmis. Nors

įprastai medicinos studentų bei kitų sveikatos priežiūros specialistų ruošimas vyksta didžiuosiuose medicinos centruose, tačiau dažnai kreipiamas per mažas dėmesį į tai, kad būsimasis specialistas neturi pakankamai įgūdžių dirbti esant ribotiems ištekliams. Vykdam mokymo programas mažesniuose centruose, medicinos studentai įgauna daugiau specifinių praktinių įgūdžių ir pasitikėjimo savo jėgomis, turi didesnę galimybę ugdyti savarankiškumą (Bentley ir kt., 2019).

4) Sveikatos priežiūros specialistų švietimo programas derinti su kaimo vietovių

bendruomenių poreikiais. Rekomenduojama reguliariai stebėti, rinkti ir sisteminti informaciją apie esmines kaimo vietovių sveikatos priežiūros sistemos problemas bei numatyti ateities tendencijas ar prioritetines sritis. Kuriant pritraukimo ar švietimo programą, reikia atsižvelgti į tai, kokios specializacijos sveikatos priežiūros specialistų labiausiai trūksta. Esamiems darbuotojams, suteikti galimybes plėsti ir atnaujinti savo žinias bei praktinius įgūdžius. Vis dažniau orientuojamasi į plataus profilio specialistus – bendrosios praktikos gydytojus, turinčius platų bazinių įgūdžių spektrą. Šios rekomendacijos įgyvendinimas negali būti atsiejamas su darbo aplinkos ir sąlygų gerinimu – integruotų pirminės sveikatos priežiūros komandų kūrimas, telemedicinos paslaugų plėtojimas (Kaye ir kt., 2010).

5) Kaimo ir nutolusių vietovių sveikatos priežiūros specialistams užtikrinti galimybę

nuolatiniam tobulėjimui. Sveikatos priežiūros specialistai turi turėti galimybę tobulėti, gilinti ir plėsti savo žinias bei praktinius įgūdžius jiems aktualiomis temomis. Profesinio tobulėjimo programos turi būti priderintos prie sveikatos priežiūros specialistų poreikių. Specialistui turėtų būti sąlygos, įgyti naujas žinias neaukojant asmeninio laiko ir finansinių resursų. Kursai dažnai gali būti rengiami ir nuotoliniu būdu, visa tai turi būti finansuojama gydymo įstaigos (Van Dormael ir kt., 2008).

6) Plėsti sveikatos priežiūros specialistų profesijų spektrą, užtikrinant kaimo vietovės

bendruomenės poreikius. Pagrindinė šios rekomendacijos idėja – vystyti integruotą, multidisciplininę komandą, kuri užtikrintų įvairius kaimo vietovės poreikius. Būtinasi visų sveikatos priežiūros specialistų švietimas apie komandinio darbo svarbą ir naudą, užtikrinti, kad visi darbuotojai aiškiai žino savo pareigas ir vaidmenis komandoje. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugoms reikalinga stipri ir gerus tarpusavio ryšius turinti komanda.

7) Užtikrinti, kad sveikatos priežiūros specialisto privalomieji įsipareigojimai nepažeistų

specialisto teisių, jį tinkamai skatinant bei suteikiant paramą. Norint dalyvauti įvairiose pritraukimo programose, jos dalyvis turi prisiimti tam tikrus privalomus įsipareigojimus. Būtina užtikrinti tinkamą paramą ir priežiūrą bei skatinti galimo poveikio įvertinimo tyrimus. Reikalinga sistema, kuri leistų efektyviai stebėti ir įvertinti sveikatos priežiūros specialisto ir gydymo įstaigos santykius, vengiant specialisto teisių pažeidimo. Nepaisant ilgalaikio įsipareigojimo, specialistas turi būti skatinamas ir motyvuojamas bei turi gauti konkurencingą darbo užmokestį. Dažniausias

įsipareigojimas – iš anksto nustatyta minimali darbo trukmė gydymo įstaigoje. Tam, kad šis įsipareigojimas būtų efektyvus ir išlaikytų specialistą kaimo vietovėje, reikia gerinti gyvenimo ir darbo sąlygas.

8) PSO rekomenduoja skirti stipendijas ar kitas subsidijas sveikatos priežiūros specialistams, pasirinkusiems dirbti kaimo vietovėje. Rekomenduojama kurti programas, kurios dalyviams būtų apmokamos studijų paskolos ar skiriamas papildomas finansinis skatinimas, juos įpareigojant išdirbti tam tikrą laikotarpį. Būtina užtikrinti vienodas sąlygas ir vengti specialisto teisių pažeidimo. Finansinė parama gali būti skiriama ne tik studijų paskolos apmokėjimui, tačiau ir persikraustymo, įsikūrimo ar kitoms išlaidoms, kurios prisideda prie atvykusio sveikatos priežiūros specialisto gyvenimo sąlygų gerinimo (Pasaulio sveikatos organizacija, 2021).

9) Pritraukimo programos turi būti kompleksinės. PSO rekomenduoja, kad pritraukimo programos neturėtų būti paremtos vien finansinėmis paskatomis, būtinos ir kitos skatinimo priemonės. Nors dauguma studijų įrodė, kad finansinė parama (stipendijos, studijų paskolos apmokėjimas, papildomi priedai ir kt.) yra viena iš pagrindinių šių programų efektyvumo sąlygų, tačiau vien jos nepakanka, dažniausiai tokios programos pritraukia specialistus tik trumpam, fiksuotam laikotarpiui. Taip pat, pastebėta, kad šalyje nesant vieningos skatinimo programos, tarp skirtingų šalies vietovių gali kilti konfliktinės situacijos ir nėra užtikrinamos vienodos galimybės pritraukti specialistus, galima nesąžininga konkurencija tarp skirtingų specializacijų sveikatos priežiūros specialistų (Solowiej ir kt., 2010). Reikalinga papildoma parama ir pagalba persikraustymui, gyvenamosios vietos paieškai, taip pat, suteikiamos sąlygos sėkmingam šeimos narių įdarbinimui bei švietimui, užtikrinamas nuolatinis specialisto tobulėjimas. Dažniausiai tokios iniciatyvos veiksmingiausios neseniai studijas baigusiams ar neįsidarbinusiems sveikatos priežiūros specialistams. Būtina sutelkti dėmesį į specialistus, kilusius iš mažiau apgyvendintų vietovių (Yong ir kt., 2018).

10) PSO rekomenduojama investuoti į mažiau apgyvendintų vietovių infrastruktūros gerinimą ir paslaugų spektro plėtimą. Reikia užtikrinti vietovėje esančios infrastruktūros plėtrą (telekomunikacijos, kokybiškas interneto ryšys, švietimo kokybė) ir jų plėtros planavimą įtraukti sveikatos priežiūros specialistus. Būtinis bendradarbiavimas tarp skirtingų paslaugų sričių (švietimo, transporto, energetikos, finansų ir kt.). Daugelis atliktų tyrimų parodė, kad viena iš pagrindinių priežasčių dėl ko specialistai nesirenka mažiau apgyvendintų vietovių – nepakankamas palaikymas įsikuriant. Dažniausiai buvo nurodomas ne tik persikraustymo procesas, būsto paieška, tačiau ir integravimasis į vietinę bendruomenę, vaikų švietimo klausimas (darželiai, mokyklos, būreliai ir kt.), saugumo pojūtis bei partnerio/sutuoktinio įdarbinimo klausimas (Narayan ir kt., 2018).

11) Užtikrinti saugią darbo aplinką. Sveikatos priežiūros specialistus reikia apsaugoti nuo

psichologinio ir fizinio smurto, seksualinio priekabiavimo, užtikrinti visada prieinamą psichologinę pagalbą. Svarbu suteikti saugias darbo sąlygas, užtikrinant infekcijų kontrolę, vedant saugumo mokymus ir suteikiant visas reikalingas priemones. Kai šie faktoriai nėra užtikrinami, tai prisideda prie sveikatos priežiūros specialistų pasirinkimo išvykti iš mažiau apgyvendintų vietovių (Terry ir kt., 2015).

12) Sukurti galimybes karjeros vystymui. Rekomenduojama, kad sveikatos priežiūros specialistai turėtų galimybę vystyti savo karjerą. Atitinkamai, daugiau pasiekusiems ir tobulėjantiems specialistams turėtų būti taikomas finansinis skatinimas. Aiškos karjeros perspektyvos yra motyvuojantis veiksnys likti dirbti mažiau apgyvendintose vietovėse (Levesque ir kt., 2018).

13) Kurti asociacijas ar grupes, vienijančias sveikatos priežiūros specialistus, dirbančius kaimo ar mažiau apgyvendintose vietovėse. Rekomenduojama įkurti įvairias grupes ar asociacijas, kurios užtikrintų tarpusavio sveikatos priežiūros specialistų bendravimą ir bendradarbiavimą. Įvairūs mokymai bei susibūrimai turi būti organizuojami ne tik didžiuosiuose miestuose ar regionų centruose. Grupių veiklos palaikymui reikalinga finansinė parama.

14) Pripažinti sveikatos priežiūros specialistų dirbančių kaimo ar mažiau apgyvendintose vietovėse darbo svarbą. Specialistų darbo pasiekimai turi būti pripažinti ir įvertinami viešai. Reikalingas tiek administracijos, tiek bendruomenės pripažinimas bei įvertinimas. Tai prisideda prie mažiau apgyvendintose vietovėse dirbančių specialistų įvaizdžio gerinimo. (Pasaulio sveikatos organizacija, 2021). Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis, programos skirtos pritraukti sveikatos priežiūros specialistus į geografiškai nepalankias vietas gali būti skirstomos į penkis tipus:

1. Medicinos studentų rengimas darbui geografiškai nepatraukliose vietovėse (esant įsipareigojimams ir finansinei paramai).
2. Medicinos studentų rengimas darbui geografiškai nepatraukliose vietovėse (be įsipareigojimų ir finansinės paramos).
3. Fiksuotos trukmės gydytojų įdarbinimo programos.
4. Profesinio palaikymo, tobulinimosi programos.
5. Užsieniečių pritraukimo darbui geografiškai nepatraukliose vietovėse skirtos programos (Pasaulio sveikatos organizacija, 2021).

4. ĮVAIRIŲ PASAULIO ŠALIŲ PATIRTIS PRITRAUKIANT SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTUS Į GEOGRAFIŠKAI NEPATRAUKLIAS VIETOVES

Netolygus geografinis sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas – šią sąvoką galima apibūdinti kaip aprūpinimo gydytojais skirtumus, neigiamai veikiančius sveikatos priežiūros funkcionavimą, paslaugų prieinamumą bei jų kokybę, pacientų pasitenkinimą ir prasčiau gydytojais aprūpintų gyventojų sveikatos rodiklius. Su šia problema susiduria visos šalys, tačiau problemos mastas ir taikomi būdai jai spręsti yra skirtingi (Abbiati ir kt., 2020).

4.1. Jungtinės Amerikos Valstijos

Nepaisant aukšto pragyvenimo lygio Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV), ši valstybė lygiai taip pat susiduria su sveikatos priežiūros specialistų trūkumu mažiau apgyvendintose, kaimo vietovėse. 20 procentų amerikiečių gyvena kaimo vietovėse, tačiau jose dirba tik 10 procentų visų JAV gydytojų (Arredondo ir kt., 2023). Nors bandoma kurti įvairias gydytojų pritraukimo ir išlaikymo programas, tik 10 proc. JAV medicinos studentų pasirenka dalyvavimą specialiose programose, iš jų mažiau nei pusė pasiryžta dirbti kaimo vietovėse, o dar mažesnė dalis pasilieka dirbti bent septynerius metus (Redford, 2019).

2015 – 2022 metais JAV buvo vykdoma ir iki šiol tebevyksta apie 120 įvairių, gydytojams pritraukti ar išlaikyti mažiau apgyvendintose ar kaimo vietovėse skirtų programų. Didžioji dalis programų orientuotos į naujų specialistų pritraukimą ir tik nedidelė dalis skirta jau dirbančiųjų mažiau apgyvendintoje vietovėje išlaikymui. Arredondo K. ir kt. atliktoje studijoje buvo analizuojamos JAV šiuo metu vykdomos programos, skirtos gydytojų trūkumui kaimo vietovėse mažinti. Pagal pagrindinį taikomą metodą, skirtą gydytojo pritraukimui ar jau dirbančio gydytojo išlaikymui, programos buvo suskirstytos į tris pagrindinius tipus: studijų paskolos apmokėjimo, užsieniečių įdarbinimo (J-1 vizos turėtojai) ir mokymo programos.

Dažniausiai taikomas metodas – studijų paskolos apmokėjimas. Pagrindinis šių programų tikslas – pritraukti naujus specialistus dirbti tam tikroje vietovėje mainais į jų studijų paskolos apmokėjimą. Nors visų programų esminė sąlyga ta pati, tačiau egzistuoja įvairus šio metodo pritaikymas. Šios programos neturi dalyvavimo mokesčio, o studijų paskola gali būti apmokama keliais būdais – arba iškart sumokama visa suma, įsipareigojant tam tikrą laikotarpį išdirbti nurodytoje vietovėje arba paskola apmokama dalimis, po kiekvienų išdirbtų metų. Įsipareigojimo laikotarpis programose buvo įvairus, nuo 1 iki 9 metų. Daugiau nei pusė programų neturėjo papildomų sąlygų būsimiems

programos dalyviams ir tik nedidelė dalis teikė pirmenybę specialistams, kilusiems iš kaimo vietovių. Didžioji dalis programų buvo skirta jau kvalifikaciją įgijusiems gydytojams ir tik nedidelė – medicinos studentams. Priklausomai nuo įsipareigojimų, vienam programos dalyviui skiriamas finansavimas svyravo nuo 20 tūkst. iki 250 tūkst. JAV dolerių.

Kitas metodas – J-1 tipo vizai taikomos išimtys. Įprastai šios vizos turėtojai įsipareigoja po tam tikro laikotarpio bent dvejiems metams grįžti į savo gimtąją šalį, tačiau kai kuriose valstijose buvo sukurtos programos, leidžiančios daryti išimtis ir medicinos studijas baigusiems specialistams suteikiančios galimybę iškart įsidarbinti. Dažniausiai kiekviena iš valstijų gauna apie 30 išimtinę tvarka pratęsimų J-1 vizų, tačiau dalis valstijų, turinčių ypač didelį trūkumą tam tikros specializacijos specialistams (dažniausiai psichikos sveikatos priežiūros specialistai), gali turėti iki 40 vietų. Be abejo, prieš taikant anksčiau minėtas išimtis, valstija turi įrodyti, jog įdėjo maksimalias pastangas įdarbinti JAV piliečius. Dažniausiai įsipareigojama išdirbti nurodytoje vietovėje ne trumpiau nei 3 metus. Papildomos finansinės paskatos programos dalyviams nėra siūlomos, o kai kurios iš programų turi ir dalyvio mokestį, kuris gali svyruoti nuo 200 iki 3571 JAV dolerių (Arredondo ir kt., 2023). Stebimas augantis užsieniečių įdarbinimas sveikatos priežiūros įstaigose. Beveik 28 proc. JAV praktikuojančių gydytojų bei chirurgų ir daugiau nei 20 proc. slaugytojų yra imigrantai (Redford, 2019).

Trečiasis programų tipas – mokymo/tobulinimosi programos. Atsižvelgiant į kaimo vietovėse dirbančių gydytojų patiriamus iššūkius esant ribotiems ištekliams, buvo parengtos programos, skirtos medicinos studentams, kuriems paskutiniuosius dvejus metus buvo suteikiama galimybė dalyvauti specialiuose mokymuose ar atlikti praktiką mažiau apgyvendintoje vietovėje. Minimali kursų trukmė – 40 val. teorinių mokymų ir 40 val. praktinių įgūdžių bei papildomi mokymai. Didžioji dalis programų buvo skirta tik tam tikro universiteto studentams, nedidelė dalis programų netgi nurodė iš kokio regiono turėtų būti kilęs būsimas programos dalyvis. Dažniausiai kaip papildoma paskata buvo skiriama papildoma stipendija ar bandoma padidinti susidomėjimą pirmiesiems 120 į programą užsiregistravusių studentų skirti 1000 JAV dolerių vienkartinę išmoką. Kaip nemažą trūkumą, studijos autoriai įžvelgia neapibrėžtumą nurodant tikslų, būsimos stipendijos dydį.

Apibendrinami nagrinėtus programų tipus, studijos autoriai pastebi kelis esminius trūkumus. Pagrindinis studijos paskolos apmokėjimo programų trūkumas – per mažas finansinis motyvavimas. Studijų paskolos dydis yra vienodas tiek didmiesčiuose, tiek kaimuose pasirinkusiems dirbti gydytojams, tačiau dažnai pastarųjų darbo užmokestis būna tokio pat dydžio kaip ir miestuose dirbančių kolegų (Arredondo ir kt., 2023). Stebima tendencija, kad atlyginimo dydžio skirtumas tarp gydytojų dirbančių kaimo vietovėse ir miestuose yra mažėjantis, nors dažnai pragyvenimo išlaidos būna beveik vienodos (Redford, 2019). Taip pat, per mažai dėmesio skiriama jau kaimo vietovėse dirbantiems gydytojams, o daugiausia dėmesio sutelkiama naujų specialistų pritraukimui. Neretai, pasibaigus numatytam darbo sutarties laikotarpiui, programos dalyvis išvyksta dirbti kitur, o dėl

dažnos sveikatos priežiūros specialistų kaitos labiausiai nukenčia pacientai. Trūkumu įvardijama ir tai, kad kreipiamas per mažai dėmesio į tai, iš kur kilęs būsimasis programos dalyvis. Ne viena mokslinė studija įrodė, kad būsimieji gydytojai, kilę iš mažiau apgyvendintų vietovių turi kur kas didesnę tikimybę pasirinkti darbą kaimo vietovėje, o tuo tarpu tik nedidelė dalis vykdomų programų teikia prioritetą programos dalyvio gimtajai vietai (Arredondo ir kt., 2023). Pastaruosius kelerius metus, medicinos studentams ir rezidentams bandoma sudaryti kuo geresnes sąlygas susipažinti su mažiau apgyvendintos vietos sveikatos priežiūros įstaigų darbo sąlygomis, įvedant privalomą, nustatytos minimalios trukmės praktiką kaimo vietovėse. Dalis programų pageidauja, kad būsimasis dalyvis jau iki dalyvavimo programoje turėtų praktikos ar darbo patirties mažiau apgyvendintoje vietovėje (Redford, 2019).

Pastebima, kad iki šiol nėra sukurtų standartizuotų, mokslškai pagrįstų ir bendrai naudojamų parametrų, skirtų programų sėkmingumo įvertinimui (Arredondo ir kt., 2023). Bandydamos spręsti gydytojų trūkumą mažiau apgyvendintose vietovėse, kai kurios valstijos plečia slaugytojų kompetencijų ribas ar kuria naujas pozicijas, tokias kaip gydytojo asistentas, kurios leidžia dar labiau optimizuoti gydytojo darbą. Plėtojamos telemedicinos paslaugos, skirtos kaimo vietovėse dirbančių gydytojų konsultavimui ar kitų sveikatos priežiūros specialistų mokymui. Ypač atokių vietovių gyventojams plečiamas transportavimo paslaugų spektras (Redford, 2019).

4.2. Norvegija

Norvegija – aukšto pragyvenimo lygio šalis, turinti vieną iš didžiausių sveikatos priežiūros specialistų skaičių. Vis dėlto, dėl tam tikrų geografinių ir klimato ypatybių, susiduria su netolygaus sveikatos priežiūros specialistų, ypač gydytojų pasiskirstymo problema (Straume ir kt., 2010). Vienas iš sėkmingiausių pavyzdžių, vykdančių specialistų mokymo programas – Finmarkas. Finmarkas – labiausiai į šiaurę nutolusi Norvegijos apskritis, savo plotu beveik prilygstanti Šveicarijai, tačiau šioje apskrityje gyvena tik apie 70 tūkst. gyventojų. Dėl savo geografinės padėties ir atšiaurių klimato sąlygų sveikatos priežiūros specialistai, ypač bendrosios praktikos gydytojai susiduria su iššūkiais, kai nesant galimybių pacientą transportuoti į didesnį medicinos centrą, turi įvairias sveikatos problemas išspręsti savarankiškai, su turimais ištekliais. Dažniausia priežastimi išvykti iš nutolusios ir geografiškai nepatrauklios vietovės įvardijama ribotos galimybės tobulėti profesinėje srityje (Straume ir Shaw, 2010).

Norvegijoje jau nuo 1955 m. taikomas praktikos (internatūros) modelis. Visi medicinos studentai po šešerius metus trunkančių medicinos studijų turi atlikti ne trumpesnę nei pusantrų metų praktiką, kai vienerius metų dirba ligoninėje, o likusius šešis mėnesius – pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Iki 2014 metų, praktikos vieta buvo pasirenkama loterijos būdu – laimėtojas renkasi

pirmasis, antrasis dalyvis renkasi iš to kas liko ir taip toliau. Be abejo, kad populiariausios ir greičiausiai pasirenkamos praktikos vietos buvo didžiuosiuose miestuose esantys medicinos centrai, o mažiausiai populiarios – atokiau esančios ar geografiškai nepatrauklios vietovės. Dažnu atveju, dalis mažesnių sveikatos priežiūros centrų apskritai nebuvo pasirenkami. Norint pritraukti daugiau būsimųjų gydytojų į Finmarko apskritį, buvo sukurtas ankstyvo praktikos pasirinkimo modelis. Medicinos studentams buvo suteikta galimybė dar neįvykus bendrajam, „loterijos“ principu organizuojamam praktikos dalinimuisi, pasirinkti Finmarko apskritį tolimesnei praktikai. Pagrindinė šio modelio idėja – esant laisvam studento pasirinkimui yra didesnė tikimybė, kad po praktikos jis ir ateityje liks dirbti Finmarko apskrityje. Buvo tikimasi, kad būsimieji gydytojai turės kur kas geresnį požiūrį į šią praktiką, nei tie, kurie ankstesniu metodu netiesiogiai buvo verčiami rinktis tai kas liko – geografiškai nepatrauklių vietovių medicinos įstaigas. Analizuojant šio metodo rezultatus, pastebėta, didžioji dalis gydytojų pasilikusių dirbti Finmarko apskrityje buvo savanoriškai iš anksto pasirinkę būtent šią praktikos vietą – jų buvo dvigubai daugiau nei tų gydytojų, kurie šią praktikos vietą gavo įprastiniu būdu, renkantis iš likusių praktikos vietų. Jau nuo 2014 m. buvo pradėta keisti praktikos pasirinkimo tvarka, nebetaikant loterijos principo, tačiau kiekvienam medicinos studentui suteikiant galimybę pretenduoti į jo norimą praktikos vietą – rašomas prašymas bei motyvacinis laiškas, sukuriant panašią į darbo rinką sistemą (Gaski ir Abelsen, 2017). Nors dauguma šalių taiko centralizuotos praktikos metodą, kai medicinos studentai savo praktiką dažniausiai atlieka didžiuosiuose medicinos centruose, tačiau tai tik dar labiau prisideda prie netolygaus gydytojų pasiskirstymo, o praktikos decentralizavimo būdas gali būti efektyviai pritaikomas įvairios šalyse ir įvairioms sveikatos priežiūros specialistų grupėms (Straume ir Shaw, 2010).

Kitas su Finmarko apskritimi siejamas metodas – mokymo grupių būrimas. Kadangi Finmarko apskrityje labiausiai trūko bendrosios praktikos gydytojų ir visuomenės sveikatos specialistų, visa programa buvo orientuota į juos. Praktiką Finmarko apskrityje atlikę medicinos studentai buvo nukreipiami į mokymosi grupes, skirtas būsimiesiems bendrosios praktikos specialistams. Specialistai buvo buriami į grupes, kurioms organizuojami mokymai (Straume ir Shaw, 2010). Grupės susitikimus dažniausiai turi bent 2 kartus per mėnesį ar dalyvaujant atokiau gyvenantiems programos dalyviams – bent kartą per mėnesį visai dienai. Visos su šiais mokymais susijusios išlaidos yra apmokamos gydymo įstaigos. Pusė susitikimų temų buvo numatytos iš anksto ir privalomos – su jomis dar prieš kursų pradžią yra supažindinami programos dalyviai, jiems atsiunčiama susitikimui skirta medžiaga, leidžianti lengviau pasiruošti būsimiems mokymams. Likusiąją dalį temų išsirenka patys programos dalyviai, priklausomai nuo to, kas jiems tuo metu aktualiausia ar sukelia daugiausia nerimo. Pagal numatomą mokymų tematiką, kviečiami geriausi savo srities specialistai iš didesnių medicinos centrų (Straume ir kt., 2010). Vykdamt panašius mokymus, sveikatos priežiūros specialistams suteikiama galimybė ir toliau sėkmingai atnaujinti ir tobulinti savo žinias bei įgūdžius, nepaisant to, kad jiems

tenka dirbti atokiau esančiose vietovėse. Taip pat, kursai ypač vertingi jau dirbantiems specialistams, nes yra orientuoti į realioje klinikinėje praktikoje kylančias problemas. Taip ne tik mažinama specialistų atskirtis nuo kitų kolegų, tačiau kartu kuriamas ir tarpusavio profesinis ryšys. Būtina suprasti, kad šios mokymo programos nėra skirtos „antros klasės“ gydytojų ruošimui. Dėl savo specifinių darbo sąlygų, kaimo ar atokiau esančiose vietovėse gydytojai susiduria unikaliais iššūkiais ir ši programa suteikia galimybę išmokyti juos įveikti savarankiškai.

Nors įvertinti programos sėkmingumą yra gana sudėtinga dėl įvairių išorinių veiksnių, tačiau net 65 proc. mokymo programą baigusių sveikatos priežiūros specialistų po penkerių metų vis dar dirbo Finmarko apskrityje (Straume ir Shaw, 2010). Šį pakankamai gerą rezultatą galėjo nulemti tai, kad mokymai suteikia profesinę pagalbą ir leidžia tobulinti bei plėsti savo įgūdžius, kas ypač svarbu jauniems gydytojams. Taip pat, programos dalyviams suteikiama galimybė gilintis į jiems svarbias ir realią klinikinę reikšmę turinčias tematikas, suteikiama galimybė mokytis iš geriausių savo srities specialistų. Kadangi mokymo programos vyksta būtent atokiau esančiose vietovėse, tikimasi, kad per tą laikotarpį gydytojo šeima spės įsikurti ir priprasti prie gyvenamosios aplinkos, integruosis į vietinę bendruomenę. Mokymai suartina specialistus ir leidžia sukurti profesines grupes. Programoje gali dalyvauti ir kitos specializacijos gydytojai, norintys įgyti naują specializaciją, o įgyta akreditacija nėra išskirtinai sukurta tik Finmarko apskrityje, ji galioja visoje šalyje (Straume ir kt., 2010). Apibendrinant reiktų pasakyti, kad kuriant gydytojų pritraukimo programas, būtina nepamiršti, kad gydytojas yra aukštos kvalifikacijos specialistas, kuriam reikalinga užtikrinti nenutrūkstamą ir kokybišką profesinį tobulėjimą.

4.3. Čilė

Čilė – valstybė priskiriama vidutinio pragyvenimo lygio šalims. Nepaisant to, netolygaus gydytojų pasiskirstymo problemą pradėjo spręsti daugiau nei prieš 60 metų, praėjus vos 3 metams, po nacionalinės Čilės sveikatos sistemos sukūrimo. Dar 1955 m. pastebėta, kad apie 65 proc. gydytojų lieka dirbti sostinėje arba jos priemiesčiuose, nors tame regione gyveno tik apie 32 proc. visos šalies gyventojų. Šios problemos sprendimui buvo sukurta speciali programa, skirta gydytojams, praktikuojantiems kaimo vietovėse. Esminis programos principas – pritraukti gydytojus į kaimo vietas, finansuojant rezidentūros studijas universitetinėje ligoninėje, skiriant konkurencingą atlyginimą bei kitas skatinamąsias priemones, kurios priklauso nuo regiono, kuriame dirbs gydytojas. Manais, specialistas įsipareigoja tam tikrame regione išdirbti nuo 3 iki 6 metų. Bėgant metams programa keitėsi, tobulėjo, tačiau esminiai jos principai išliko tokie pat.

Programos dalyviams yra vykdoma atranka – medicinos studijas baigę dalyviai įvertinami 100 balų skalėje. Didžiausia balų dalis skiriama už mokymosi rezultatus, o likusioji dalis už mokslinę bei savanorišką veiklą. Čilės sveikatos apsaugos ministerija sudaro praktikos vietų sąrašą, jas graduodama

nuo A iki E (A reiškia pačias sudėtingiausias darbo sąlygas; sudėtingumas įvertinimas pagal turimus išteklius ir infrastruktūrą, geografinę padėtį, klimato sąlygas). Po minimalios trejų metų praktikos tam tikrame regione, gydytojas įgyja galimybę rinktis tolimesnės specializacijos kryptį. Po atliktos praktikos, visi dalyviai taip pat sureitinguojami, pagal tai kokios trukmės praktiką ir kurioje vietovėje atliko, kaip aktyviai dalyvavo įvairiuose visuomeniniuose projektuose.

Čilėje vykdomą programą, skirtą gydytojų pasiskirstymo netolygumams mažinti, galima suskirstyti į keturias pagrindines sudedamąsias dalis: pinigine kompensacija (tiesioginis ir netiesioginis finansavimas), mokymų/praktikos organizavimas, socialinė parama ir išorinės iniciatyvos.

Finansiniai programos aspektai. Programos dalyviams suteikiamas papildomas finansavimas pagal dalyvavimo programoje trukmę. Prie pagrindinio gydytojo atlyginimo, kas trejus metus yra mokamas nustatytas priedas – po trejų metų pridedama 34 proc. bazinio atlyginimo sumos, po šešių – 44 proc. Papildomai kintamieji priedai gali būti mokami už sudėtingas darbo sąlygas, padidėjusį darbo krūvį, šie priedai nėra pastovūs ir nekintami, dėl to programos dalyvis gali visuomet derėtis dėl geresnio užmokesčio. Svarbiausi netiesioginio finansavimo aspektai – persikraustymo, transporto, būsto nuomos išlaidų kompensavimas.

Mokymų/praktikos organizavimas. Medicinos studentams, studijų metu leidžiama savanoriškai atlikti praktiką kaimo vietovėje padedant ten jau dirbantiems gydytojams. Maksimali praktikos trukmė – 4 savaitės. Taip būsimasis programos dalyvis pagerina savo šansus būti atrinktam į programą.

Programos dalyviams suteikiama galimybė vienam mėnesiui per metus išvykti dirbti į didžiąsias regiono gydymo įstaigas, taip plečiant ir atnaujinat gydytojo žinias bei įgūdžius bei išvengiant atskirties pojūčio.

Socialinė parama. Kiekvienam iš programos dalyvių kasmet suteikiamos 6 dienos skirtos mokymams. Papildomai kiekvieną mėnesį suteikiamas vienas laisvadienis dėl asmeninių priežasčių ir papildomos penkios atostogų dienos.

Išorinės iniciatyvos. Nors tai nėra programos sudedamoji dalis, net 54 proc. akredituotų medicinos mokyklų į savo programas įtraukė 4-8 savaites trunkančią praktiką kaimo vietovėse. Lygiai taip pat, šios programos vystymas prisidėjo prie atokiau esančių regionų susisiekimo gerinimo, sveikatos priežiūros specialistų atlyginimų augimo ir gerėjančių darbo sąlygų.

Vertinant programos rezultatus pastebima, kad pritraukti gydytojus pavyksta gana sėkmingai, dalyvavimą programoje savo noru gydytojai nutraukia ypač retai, tačiau kur kas sunkiau sekasi šiuos specialistus išlaikyti ilgesnį laikotarpį – maksimalų šešių metų praktikos laikotarpį pasirenka tik 58 proc. programos dalyvių. Įžvelgiamas ir kitas programos trūkumas – programa neskatina rinktis trūkstamos specializacijos rezidentūros kryptį. Stebima tendencija, kad mažėja bendrosios praktikos gydytojo specializacijos populiarumas, o tai viena iš reikalingiausių specializacijų kaimo vietovėje.

Pabrėžiama, kad trūksta profesionalaus programos efektyvumo įvertinimo studijų, kurios leistų tiksliau planuoti visuomenės poreikius ir kurti ateities viziją (Peña ir kt., 2010). Apibendrinant pateiktą informaciją apie Čilėje taikomą programą, skirtą netolygaus gydytojų pasiskirstymo problemai spręsti, reiktų atkreipti dėmesį į tai, kad šalis sugebėjo sukurti vieningą, aiškią ir visiems vienodai prieinamą gydytojų pritraukimo programą.

4.4. Latvija

Latvijos sveikatos apsaugos sistema susiduria su nemažai iššūkių – tai atspindi ir statistiniai duomenys, kuriuos lyginant su kitomis Baltijos šalimis, Latvija dažniausiai gerokai atsilieka. Vertinant pastarųjų metų tendencijas, Latvijoje auga mokamų sveikatos priežiūros paslaugų procentas (angl. „*Out of pocket*“), kai už tam tikras paslaugas pacientas turi susimokėti papildomai. Šis papildomo mokesčio rodiklis ne tik, kad didžiausias tarp Baltijos šalių, tačiau ir pagal savo dydį pirmauja visoje Europoje. Manoma, kad tokia situacija susiklostė dėl sveikatos priežiūros specialistų trūkumo, prailgėjusio laukimo laiko, dėl ko žmonės norėdami greičiau gauti paslaugą renkasi privačias gydymo įstaigas ir turi mokėti pilną paslaugų kainą.

Nors Latvija turi du pagrindinius universitetus, ruošiančius gydytojus ir pastaruosius metus gydytojų skaičius Latvijoje yra augantis, tačiau jis vis dar išlieka mažesnis nei kitose Baltijos šalyse, nepaisant to, kad medicinos studentų skaičius yra toks pats kaip Lietuvoje ir net didesnis nei Estijoje.

Ne ką mažesnė problema – netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas. Nors bendras sveikatos priežiūros specialistų skaičius nėra ryškiai mažesnis lyginant su kitomis Europos šalimis, tačiau stebimi ryškūs specialistų geografinio pasiskirstymo netolygumai lyginant Rygos ir kitų rajonų padėtį. I. Bikava straipsnyje nurodoma, kad net 62 proc. gydytojų dirba Rygos mieste, kas nulemia prastesnes galimybes mažesnių miestų ar kaimo vietovių gyventojams laiku gauti kokybiškas medicinos paslaugas. Mažesniuose Latvijos rajonuose trūksta ne tik gydytojų specialistų, tačiau ir bendrosios praktikos gydytojų. Trečdalis bendrosios praktikos gydytojų dirbančių kaimo vietovėse yra sulaukę senatvės pensijos amžiaus, o pagal 2017 metų duomenis, daugiau nei 75 procentai buvo sulaukę 50-ies metų. Kai kuriose rajonuose situacija tokia sudėtinga, kad vieninteliam bendrosios praktikos gydytojui išėjus į pensiją, nebėra kam jo pakeisti ir tenka uždaryti medicinos centrą.

Dažniausiai nurodoma priežastis, kodėl sveikatos priežiūros specialistai renkasi darbo vietą didmiestyje – daugiau galimybių užsidirbti. Kaimo vietovėse dėl nedidelės populiacijos, gydytojui tenka mažesnis aptarnaujamų pacientų skaičius, dėl ko jis gauna mažesnę atlyginimą. Tuo tarpu didmiesčiuose, gydytojai turi galimybę dirbti tiek valstybinėse, tiek privačiose gydymo įstaigose, taip pat, gali mokyti rezidentus ar dalyvauti klinikiniuose tyrimuose. Kitos svarbios priežastys – gyvenimo sąlygos, paslaugų spektras, įsidarbinimo galimybės partneriui ir švietimo įstaigų pasirinkimas vaikams.

Siekiant pritraukti gydytojus į mažiau apgyvendintas vietas, Latvijoje jau nuo 2015 metų buvo pradėtos vykdyti kelios pritraukimo programos. Viena iš programų skirta bendrosios praktikos gydytojams. Kadangi buvo stebima tendencija, kad mažesniuose miestuose ar kaimo vietovėse dirbantys vyresnio amžiaus bendrosios praktikos gydytojai dirbo mažesniu krūviu, taip užimdami darbo vietą, tačiau nepatenkindami paslaugų poreikio, buvo nuspręsta skirti papildomą išmoką senatvės pensijos amžiaus sulaukusiems gydytojams, kad atsiradus naujam kandidatui, jie užleistų savo darbo vietą. Vis dėlto, programa nebuvo sėkminga, nes išmoka buvo pernelyg maža, kad vyresnio amžiaus gydytojai pasirinktų nebetęsti savo praktikos.

2015 metais buvo pradėta vykdyti speciali programa skirta neseniai studijas baigusiems sveikatos priežiūros specialistams. Programos dalyviams buvo apmokamos rezidentūros studijos, suteikiamas gyvenamasis plotas bei pagalba ieškant darbo partneriams/sutuoktiniams, įsipareigojant pasirinktoje vietovėje išdirbti bent 3 metus. Per pirmuosius metus, šia programa pasinaudojo net 20 procentų medicinos studentų ir toks rezultatas buvo vertinamas kaip sėkmingas.

2017 metais buvo pradėta Europos sąjungos fondų remiama socialinė programa „Investavimas į žmones“. Programa buvo skirta tikslinėms gydytojų specializacijoms (kardiologija, onkologija, pediatrija, psichiatrija), o pagrindinė sąlyga – specialistas dirba ne Rygos apskrityje. Buvo skiriama finansinė parama ir įvairios kompensacijos persikraustymui, įsikūrimui ir kitoms išlaidoms padengti.

Vis dėlto, stebint, kad sveikatos priežiūros specialistų trūkumas yra didėjantis ne tik kaimo vietovėse, tačiau ir pačioje Rygoje, Latvijos Parlamentas priėmė įsipareigojimą sistemingai kelti sveikatos priežiūros specialistų atlyginimus, tačiau vien finansinių veiksmų nepakaks ir būtinas kompleksinis požiūris sprendžiant šią problemą (Bikava ir Skride, 2019).

5. NETOLYGAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ PASISKIRSTYMO PROBLEMA LIETUVOJE IR JOS SPRENDIMO BŪDAI

5.1. Netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema Lietuvoje ir jos atspindys strateginiuose dokumentuose

Jau nuo pat 1996 m. kas dešimtmetį yra patvirtinama nauja Lietuvos sveikatos programa – tai dokumentas, kuriame aptariami įvairūs esami ir siejami su sveikata susiję rodikliai, nustatomi sveikatinimo veiklos tikslai ir uždaviniai.

1998 m. pirmojoje priimtoje Lietuvos sveikatos programoje tiesiogiai netolygaus sveikatos priežiūros specialistų problema nėra nagrinėjama, tačiau skiriama dėmesio sveikatos priežiūros paslaugų kokybei bei jų prieinamumui, daugiau analizuojant socialinį ir ekonominį aspektus. Taip pat, aptarinėjamas pirminių sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymas remiantis teritoriniu prieinamumu ir savivaldybės bendruomenės sveikatos rodikliais. Nemažai dėmesio skiriama planuojamai reformai – sveikatos priežiūros įstaigų decentralizavimui, terapeutų perkvalifikavimui į šeimos gydytojus, nurodant, kad ypatingas dėmesys turi būti skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse. Numatoma, kad bus reguliuojamas į aukštasias medicinos mokyklas priimamų studentų skaičius, tačiau šis teiginys nedetalizuojamas (Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo, 1998).

2014 – 2025 metų Lietuvos sveikatos programoje vienas iš pagrindinių tikslų – užtikrinti kokybišką ir efektyvią, orientuotą į gyventojus sveikatos priežiūrą bei plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Programoje įvardijama, kad šio tikslo įgyvendinimui reikia sudaryti galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, gerinant pirminės sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą bei stiprinant skubios pagalbos, reabilitacijos ir specializuotos ambulatorinės pagalbos paslaugas. Svarbia išlieka ir decentralizacijos idėja. Kaip buvusios programos nesėkme įvardijamas nepakankamai efektyvus sveikatos sistemos išteklių, tarp jų ir žmogiškųjų, paskirstymas.

2014 – 2025 metų Lietuvos sveikatos programoje pradėta analizuoti netolygaus gydytojų pasiskirstymo problema. Pastebima, kad nors gydytojų skaičius šalyje yra pakankamas, tačiau jie pasiskirstę labai netolygiai – nors 60 proc. visų sveikatos priežiūros paslaugų yra suteikiama rajone, tačiau daugiau nei 71 proc. gydytojų dirba miestuose. Aptariama ir sveikatos priežiūros specialistų senėjimo problema (Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo, 2014).

Kitas ne ką mažiau svarbus strateginis dokumentas - 2021–2030 metų nacionalinis pažangos planas „Lietuvos pažangos strategija - Lietuva 2030“. Šiame nacionaliniame pažangos plane sveikatos sektoriui skirtas antrasis strateginis uždavinys - „Didinti gyventojų socialinę gerovę ir įsitraukimą, stiprinti sveikatą ir gerinti Lietuvos demografinę padėtį“, o vienas iš šiam tikslui pasiekti skirtų uždavinių – „didinti kokybiškų ir inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir sveikatos atsparumą grėsmėms“. Šiam uždaviniui pasiekti buvo parengta nacionalinė plėtros programa „2022–2030 m. Sveikatos kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programa“ (Dėl 2021–2030 metų nacionalinio pažangos plano patvirtinimo, 2020). Šioje programoje minima, kad pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo trūkumai yra neefektyvi priminė sveikatos priežiūra bei netolygus ir ribotas specializuotos pagalbos prieinamumas. Programoje aptariamos nacionalinio ir regioninio lygmens pažangos priemonės, kurios suteiktų galimybę gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programoje pirmoji nurodoma problema – didelis gyventojų mirtingumas nuo ligų, kurių būtų galima išvengti gydymo priemonėmis. Toliau aptariamos spręstinos problemų priežastys. Viena iš jų – ribotas ir netolygus specializuotos pagalbos prieinamumas, esant neefektyviam ligoninių tinklui. Kita nurodoma problema – specialistų trūkumas, kuris nulemia netolygiai prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas regionuose. Manoma, kad visa to priežastys yra netinkamas specialistų poreikio planavimas, neveikianti specialistų kvalifikacijos kėlimo sistema, reikalingų sveikatos sektoriui profesijų nepopuliarumas ir neužtikrinama tinkama darbo aplinka sveikatos priežiūros specialistams (Dėl 2022–2030 metų Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos patvirtinimo, 2022).

Rengiant šiuos strateginius dokumentus, buvo konsultuojamasi su Europos komisija, vyko derybos dėl Europos sąjungos struktūrinių fondų lėšų, skiriamų 2021–2027 metams. Šių lėšų poreikiui pagrįsti buvo sukurtas „Naujos kartos Lietuva“ planas. Šiame plane nurodoma reforma „Paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas bei inovacijų skatinimas“. Nemažai dėmesio skiriama netinkamam specialistų poreikio planavimui. Pažymima, kad Lietuvoje šiuo metu nėra veiksmingo įrankio, leidžiančio tiksliau prognozuoti specialistų poreikį, taip gerinant sveikatos priežiūros specialistų rengimo planavimą. Plane nurodoma, kad bus skiriamas finansavimas ne tik specialistų rengimui, tačiau ir modelių kūrimui, kurie padėtų pritraukti ir išlaikyti sveikatos priežiūros specialistą tam tikroje gydymo įstaigoje (Dėl 2021–2027 metų Europos sąjungos fondų investicijų programos ir ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo plano „Naujos kartos Lietuva“ įgyvendinimo, 2022).

2024 metų balandžio 22 dieną Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija pristatė sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo ir išlaikymo veiksmų planą 2024 – 2029 metams. Nors šis planas dar

nėra iki galo priimtas ir vis dar derinamas, jame išskirti penki pagrindiniai uždaviniai, priemonės, finansavimas jiems įvykdyti bei įvardijama kokia instancija už tai bus atsakinga.

Nemažai dėmesio skiriama informacijos rinkimui ir analizavimui apie sveikatos priežiūros specialistų skaičių, rengimą, pritraukimą bei jų pasiskirstymą, aptariami su tuo susiję projektai bei būtinybė sukurti veiksmingą sveikatos priežiūros specialistų poreikio prognozavimo įrankį. Numatoma, kad turi bus renkami duomenys ne tik apie laisvas darbo vietas, darbo skelbimus, sveikatos priežiūros įstaigų taikomas pritraukimo priemones, medicinos studentų, rezidentų skaičiaus pokyčius, tačiau ir medicinos rezidentų pasiskirstymą po rezidentūros bazes.

Kitas veiksmų plano uždavinys – vykdyti ir gerinti sveikatos priežiūros specialistų poreikio prognozavimą. Pagrindinis tikslas – tobulinti sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą ir prognozavimą, numatomas bendradarbiavimas su Latvijos ir Estijos ministerijomis bei dalyvavimas Europos sąjungos finansuojamuose projektuose, pavyzdžiui tarptautinio bendradarbiavimo „HEROES“ projektas.

Taip pat, nemažai dėmesio skiriama sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui ir išlaikymui. Naudojantis Europos sąjungos investicinių fondų lėšomis numatoma vykdyti pritraukimo ir išlaikymo priemones. Veiksmų plane minimas medicinos rezidentūros studijų kokybės gerinimas, rezidentūros bazių plėtra ir rezidentūros mentorių švietimas bei įvairios finansinės paskatos, tokios kaip stipendijų mokėjimas, rezidentūros studijų kainų apmokėjimas. Rekomenduojama, kad nuo 2025 metų kiekviena iš sveikatos priežiūros įstaigų turėtų žmoniškųjų išteklių specialistą, kuris būtų atsakingas už sveikatos priežiūros specialistų pritraukimą ir išlaikymą. Šio darbuotojo pagrindinės funkcijos turėtų būti ne tik sveikatos priežiūros specialistų poreikio prognozavimas, tačiau ir pagalba naujiems darbuotojams integruotis į gydymo įstaigą, bendradarbiavimas su aukštosiomis mokyklomis ir universitetais, įstaigos kaip rezidentūros bazės vystymas, palankios darbo aplinkos bei psichoemocinio klimato kūrimas.

Kitas uždavinys – slaugytojų ir slaugytojo padėjėjų profesinės kvalifikacijos prestižo didinimas. Aprašant šį uždavinį veiksmų plane daugiausia dėmesio skiriama keliems Europos sąjungos projektams, informacinėms kampanijoms ir renginių ciklams, kurie skirti visuomenę supažindinti su šiomis profesijomis ir skatinti jas rinktis.

Paskutiniai du uždaviniai – sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimas ir darbo sąlygų gerinimas. Kalbant apie darbo sąlygų gerinimą – aptariami tik finansiniai faktoriai – gydytojų rezidentų bei kitų sveikatos priežiūros specialistų tolygus darbo užmokesčio didinimas ir kolektyvinės sutarties įsipareigojimų vykdymas. (Dėl sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo ir išlaikymo veiksmų 2024–2029 metų plano patvirtinimo, 2022).

5.2. Sveikatos priežiūros specialistų trūkumo Lietuvos rajonuose problemos sprendimo būdai

5.2.1. Rezidentūros studijų trukmės prailginimas ir rezidentūros bazių tinklo plėtimas

Ne vienerius metus buvo svarstomas medicinos rezidentūros studijų kokybės klausimas. Remiantis užsienio šalių patirtimi, buvo pradėta įgyvendinti pakopinių kompetencijų sistema medicinos rezidentūros studijų metu. Pakopinių kompetencijų sąvoka apima visų rezidento žinių ir klinikinių įgūdžių visumą. Šios mokymo sistemos esmė, kad įvykdžius tam tikrus nustatytus reikalavimus atskiroms kompetencijoms, rezidentas įgauna teisę savarankiškai, be kito gydytojo priežiūros atlikti tam tikrus veiksmus savo rezidentūros bazėje. Taip siekiama rezidento savarankiškumą ugdyti etapais, nuosekliai, nelaukiant rezidentūros studijų pabaigos. 2019 metais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras priėmė įsakymą, kuriame apibrėžė pakopinių kompetencijų sąvoką bei kiekvienai iš rezidentūros krypčių sudarė tikslių pakopinių kompetencijų sąrašą. Pakopinės kompetencijos įgijimą turi patvirtinti universiteto išduodamas pakopinės kompetencijos patvirtinimo pažymėjimas (Dėl gydytojo rezidento ir gydytojo odontologo rezidento, įgijusių pakopinių kompetencijų patvirtinimo pažymėjimą, kompetencijos, 2019). 2021 metais šis pakopinių kompetencijų sąrašas atskiroms rezidentūroms kryptims buvo papildytas ir pakoreguotas (Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. Balandžio 9 d. Įsakymo Nr. V-398 „dėl gydytojo rezidento ir gydytojo odontologo rezidento, įgijusių pakopinių kompetencijų patvirtinimo pažymėjimą, kompetencijos“ pakeitimo, 2021).

Pradedant įgyvendinti pakopinių kompetencijų modelį pastebėta, kad vis dėlto, daugelio rezidentūros krypčių trukmė yra per trumpa. Lyginant atskiras rezidentūros kryptis, didžioji dalis jų neatitiko kitų Europos šalių rezidentūros programų reikalavimų bei trukmės. Pastebėta, kad atskirose rezidentūros kryptyse esantiems įgūdžiams yra skiriamas per mažas laikotarpis tam įgūdžiui įsisavinti bei tobulinti. Rezidentūros programos neatitiko Europos medicinos specialistų draugijos rekomendacijų. Negalint tinkamai įgyvendinti pakopinių kompetencijų modelio, nuspręsta, norint pagerinti gydytojų ruošimo kokybę, prailginti rezidentūros studijų trukmę. 2022 metais buvo priimtas nutarimas dėl medicinos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų pakeitimo. Vietoj buvusios 3-6 metų trukmės, rezidentūros studijų programų trukmė prailginta iki 4-7 metų. Atitinkamai didžioji dalis terapinių specialybių tokių kaip kardiologija, endokrinologija, gastroenterologija ir kt., rezidentūros studijų trukmė buvo prailginta nuo 4 iki 6 metų. Prailginus rezidentūros studijų trukmę, žengtas kitas svarbus žingsnis – sudarytos sąlygos plėsti rezidentūros bazių tinklą. Atsižvelgiant į tai, kad ne viena studija įrodė, jog didelę reikšmę apsisprendimui dirbti rajonuose turi ir ankstesnė patirtis

bei praktika mažesnėse, rajoninėse gydymo įstaigose, nuspręsta suteikti galimybę rezidentūros bazėmis tapti ir mažesnėms gydymo įstaigoms, o ne tik universitetinėms ligoninėms. Šiame nutarime taip pat įvestas minimalus profesinės praktikos atlikimo trukmės rodiklis. Šis rodiklis skirtas įvertinti, kokią rezidentūros studijų dalį rezidentas praktikuoja ne universitetinėje ligoninėje, lyginant su visa rezidentūros trukme (rezidentūros praktikos trukmės, atliekamos ne universitetinėje ligoninėje procentinė dalis nuo visos rezidentūros studijų trukmės). Kiekvienas medicinos rezidentus rengiantis universitetas buvo įpareigotas kasmet pateikti duomenis apie šio rodiklio pokyčius. Sveikatos apsaugos ministerija numatė tikslų šio rodiklio kitimą iki 2027 metų, kiekvienais metais šį rodiklį didinant bent 5 procentais (2 lentelė) (Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. Vasario 13 d. Nutarimo Nr. 144 „Dėl medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, 2022):

2 lentelė: Minimalios profesinės praktikos atlikimo trukmės rodiklio procentinis pokytis pagal metus:

Metai	Rodiklio minimali vertė procentais
2023 m.	15 %
2024 m.	20 %
2025 m.	25 %
2026 m.	30 %
2027 m. ir vėlesniais metais	35 %

Šaltinis: Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2022.

Rezidentūros bazių tinklo plėtimui kelių užkirsdavo ir rezidentų vadovui keliami reikalavimai. Rezidento vadovas turėjo turėti ne mažesnę nei 5 metų darbo patirtį, dirbti universitete ir turėti ne daugiau nei 4 rezidentus vienu metu. Tokias sąlygas išpildyti rajoninėms gydymo įstaigoms buvo praktiškai neįmanoma, o tai sumažindavo rezidentų migravimą iš universitetinių ligoninių taip prisidedant prie netolygaus specialistų pasiskirstymo. 2023 metų sausio 25 dieną buvo išleistas medicinos rezidentūros studijų programos vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo pakeitimas, kuriame įvesta nauja, studijų mentoriaus sąvoka. Šiame nutarimo pakeitime nurodyta, kad jeigu rezidentūros bazėje nėra asmens, kuris atitinka reikalavimus keliamus rezidentūros vadovui, tuomet gali būti skiriamas rezidento mentorius. Nors ir rezidento mentorius vis tiek privalės turėti ne mažesnę nei 5 metų darbo patirtį, galės vienu metu turėti ne daugiau nei 4 rezidentus, tačiau jam nebus privaloma dirbti universitete. Norint tapti rezidentų mentoriumi, teks išlaikyti edukacines kompetencijas suteikiančius kursus (Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. Vasario 13 d. Nutarimo Nr. 144 „Dėl medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų

vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, 2023). Visi šie priimti sprendimai prisidėjo prie pokyčių, užtikrinančių galimybę rezidentams dalį rezidentūros studijų atlikti ne universitetinėse ligoninėse taip įgyjant reikiamų įgūdžių dirbant mažesnėse gydymo įstaigose, esant ribotiems ištekliams. Šie sprendimai leis bent iš dalies sumažinti specialistų trūkumą rajonuose bei padidins tikimybę, jog iš arčiau su rajoninėmis ligoninėmis ir jų darbo ypatumais susipažinę rezidentai, ateityje kaip būsimieji gydytojai rinksis darbo vietą ne didžiosiose gydymo įstaigose.

5.2.2. Rezidentūros studijų finansavimas ir kita finansinė parama

Vienas iš svarbiausių veiksnių, sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui – finansiniai veiksniai. Daugelyje pasaulio šalių taikomas ne tik studijų paskolos apmokėjimas, įsikūrimo išlaidų padengimas, mokamas konkurencingas atlyginimas, tačiau skiriamos ir papildomos vienkartinės išmokos (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). Dažniausiai Lietuvoje taikoma finansinė priemonė pritraukti sveikatos priežiūros specialistams – studijų apmokėjimas. Dar 2008 m. buvo išleistas sveikatos apsaugos ministro įsakymas, kuriuo buvo nustatyta tvarka, kuria remiantis Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos gali apmokėti mokinių, studentų ar gydytojų rezidentų studijas. Minėtame įsakyme, nurodoma viso proceso tvarka – mokinsys, studentas ar rezidentas pasirašo ketinimų sutartį su jo studijas planuojančia finansuoti įstaiga, kurioje nurodyta, kad įstaiga įsipareigoja apmokėti studijas bei nurodoma kokį laikotarpį studentas ar rezidentas įsipareigoja išdirbti gydymo įstaigoje. Tam, kad sveikatos priežiūros įstaiga ar savivaldybė galėtų finansuoti studijas, jų kryptis turi atitikti sveikatos priežiūros specialistų poreikio prognozes. Taip pat, numatoma, kad neįvykdžius sutarties sąlygų, studentas ar rezidentas turi grąžinti visą studijų kainą ir sumokėti sutartyje numatytą netesybų baudą. Antroje šio įsakymo dalyje nurodoma, kad sveikatos priežiūros įstaigoms suteikiama galimybė apmokėti ne tik studijas, tačiau paskolos, ar išperkamosios nuomos objektas gali būti būstas, transporto priemonė ar vartojamoji paskola (Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų apmokėjimo už mokinių, studentų ar gydytojų rezidentų studijas ir Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų paskolų sutarčių sudarymo su mokiniais, studentais ar gydytojais rezidentais ir kredito įstaigomis mokinių, studentų ar gydytojų rezidentų gerovei užtikrinti tvarkos aprašo patvirtinimo, 2008). Remiantis šiuo įsakymu, įvairios Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos ir miestų savivaldybės sveikatos apsaugos ministerijai pateikė informaciją apie sveikatos priežiūros specialistų trūkumą ir kokias skatinamąsias priemones jie taiko. Savivaldybės priėmė oficialus sprendimus, kuriais patvirtino trūkstančių specialybių gydytojų ar rezidentų finansavimo sąlygas. Oficialiame sveikatos apsaugos ministerijos tinklapyje yra pateikiamas visos Lietuvos įstaigų bei savivaldybių sąrašas, kuriame nurodoma kokios tiksliai specializacijos sveikatos priežiūros specialistų trūksta ir kokios skatinamosios priemonės yra taikomos (Skatinamosios priemonės, skirtos pritraukti sveikatos

priežiūros specialistus, 2024).

Nuo 2016 metų buvo pradėta aktyviau įsisavinti Europos sąjungos fondo lėšas, sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui. Vienas iš pagrindinių projektų, kuriame dalyvavo Lietuva – 2014 – 2020 metų Europos sąjungos fondų investicijų veiksmų programos įgyvendinimo priemonė „Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“. 2016 metais sveikatos apsaugos ministras išleido įsakymą, kuriuo buvo patvirtinta šio projekto suteikiamo finansavimo sąlygos. Projekto esmė – finansuoti būsimų gydytojų rezidentų ir jau studijuojančių rezidentų rezidentūros studijas, mainais jiems įsipareigojant išdirbti numatytoje sveikatos priežiūros įstaigoje bent dvejus metus. Projekte norinčios dalyvauti sveikatos priežiūros įstaigos turėjo patekti į tikslinę teritoriją, kurioje yra didžiausias tam tikrų specialistų trūkumas. Taip buvo parengtas įstaigų, bei jose trūkstamų specializacijų sąrašas, iš kurio turėjo rinktis būsimasis rezidentas. Tikslinių teritorijų sudarymas vyko atsižvelgiant į pirmalaikio mirtingumo dėl neinfekcinių ligų rodiklius. Projekto dalyviai galėjo rinktis iš šių gydytojų specializacijų: kardiologija, neurologija, šeimos medicina ir pulmonologija.

Skirtingai nei anksčiau minėtas studijų finansavimo metodas, kai visą kainą tenka sumokėti gydymo įstaigai, šiame projekte, didžiąją dalį (80 procentų) studijų kainos išlaidų padengia Europos sąjungos struktūrinio fondo lėšos, o likusią dalį (20 procentų) – gydymo įstaiga. Buvo sudaromos trišalės sutartys, kurios pagrindiniai dalyviai – rezidentas, gydymo įstaiga ir universitetas (Dėl 2014–2020 metų Europos sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo priemonės Nr. 08.4.2-esfa-v-617 „Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“ projektų finansavimo sąlygų aprašo patvirtinimo, 2016).

Remiantis Europos sąjungos fondų investicijų veiksmų programos oficialaus tinklapio duomenimis, 2023 metų gruodžio 31 d. šiame projekte dalyvavo 25 dalyviai iš kurių, 21 dalyvis po rezidentūros studijų baigimo mažiausiai 2 metus dirbo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tikslinėse teritorijose (Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti, 2023).

Kadangi Lietuvoje šiuo metu nėra vieningos programos ir veiksmų plano, kaip pritraukti ir išlaikyti sveikatos priežiūros specialistus rajoninėse gydymo įstaigose, galima įžvelgti didėjančią konkurenciją tarp skirtingų Lietuvos regionų. Didžioji dalis šiuo metu prieinamų skatinamųjų priemonių dažniausiai yra finansinio pobūdžio – rezidentūros studijų apmokėjimas, vienkartinės išmokos, rezidentui skiriamos stipendijos, kelionės, būsto nuomos išlaidų apmokėjimas. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos oficialiame tinklapyje yra talpinama informacija kokiuose rajonuose, kokių specialistų trūksta ir kokias skatinimo priemones jie taiko. Šiuo metu pateikiami 67 asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasiūlymai, kuriais suteikiama galimybė apmokėti 356 gydytojų rezidentų rezidentūros studijų kainą (atitinkamai 2021 m. tokių įstaigų buvo tik 37, o būsimų gydytojų poreikis buvo 187 medicinos rezidentai). Visos motyvacinės priemonės taikančios savivaldybės turi priėmę atskirus miestų ar rajonų tarybų sprendimus, kuriais numatomos tikslios finansinės priemonės.

Skatinamųjų išmokų dydis svyruoja nuo 500 eurų per mėnesį Biržų rajono savivaldybėje iki 10 tūkst. eurų kasmet, pirmuosius trejus darbo metus Alytaus mieste. Kai kurie rajonai, pavyzdžiui, Zarasų, Mažeikių rajono savivaldybės siūlo vienkartinės 30-40 tūkst. eurų išmokas įsikūrimui. Mainais įsipareigojama to rajono gydymo įstaigoje išdirbti nuo trejų ir iki penkerių metų. Analizuojant pateiktą informaciją apie pritraukimo priemonės įvairiuose Lietuvos rajonuose, vos 9 gydymo įstaigos iš visų, sąraše esančių 67, siūlo ne tik finansinę paramą, o taip pat ir pagalbą įsidarbinant antrajai pusei, kokybiško vaikų švietimo užtikrinimą - vietos darželyje suradimą, tarpininkavimą dėl mokyklos pasirinkimo. (Skatinamųjų priemonių sąrašas rezidentūros studijoms, 2024).

5.3. „HEROES“ projektas

Nuo 2023 metų Lietuva prisijungė prie jungtinio veiksmo „HEROES“ (angl. *Joint Action on Health woRkforce to meet health challEnges*). Tai jungtinis projektas, kurio pagrindinis tikslas – sukurti sistemą ir įrankius, leidžiančius efektyviai ir tiksliai prognozuoti sveikatos priežiūros specialistų poreikį. Numatoma projekto trukmė – treji metai. Projekte dalyvauja 19 Europos sąjungos šalių bei 51 partnerinė organizacija. Pagrindinė įgaliojimus turinti institucija - Europos sveikatos ir skaitmeninė vykdomoji agentūra (HaDEA). Numatoma, kad projektas sukurs tinkamas sąlygas visoms dalyvaujančioms šalims laisvai dalintis savo žiniomis, įžvalgomis ir gerosiomis patirtimis, taip kuriant efektyvią, vieningą sistemą.

Visos 19 šalių yra sugrupuotos į tris pagrindines šalių grupes. Grupės parinktos taip, kad toje pačioje grupėje esančių šalių sveikatos sistemos turėtų kuo daugiau bendrų bruožų. Lietuva buvo priskirta grupei, kurioje taip pat yra šios šalys: Kroatija, Rumunija, Slovėnija, Vengrija ir Lenkija.

Viena iš projekto idėjų - pagerinti šalių gebėjimus planuoti sveikatos priežiūros specialistų poreikį, ateityje siekiant užtikrinti prieinamas ir laiku suteikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Daugiausia dėmesio projekte yra skiriama keturioms pagrindinėms sritims:

1. **Duomenų bazių kūrimas.** Planuojama kurti duomenų bazes, rinkti duomenis, atlikti duomenų analizę, įvertinti galimus ryšius ir papildomus šaltinius, suteikiančius informacijos apie sveikatos priežiūros specialistų darbo jėgos paklausą ir pasiūlą.
2. **Prognozavimo įrankiai ir planavimo metodologijos.** Siekiama sukurti naujus įrankius ir metodologijas, skirtas spręsti būsimas sveikatos priežiūros specialistų darbo jėgos trūkumo ir netolygaus geografinio pasiskirstymo problemas.
3. **Efektyvios sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo sistemos kūrimas.** Numatoma vystyti šios sistemos valdymo įgūdžius tiek nacionaliniu, tiek regioniniu lygiu.

4. **Suinteresuotų šalių įsitraukimas į projektą.** Siekiama įtraukti kuo daugiau suinteresuotų šalių, kurios prisidėtų prie sėkmingos ir tvarios sveikatos priežiūros specialistų darbo jėgos valdymo sistemos kūrimo ir priežiūros.

„HEROES“ projekte dalyvaujančios šalys siekia:

- Įvertinti esamą padėtį kiekvienoje iš šalių, kurios dalyvauja projekte;
- Apibrėžti prioritetines sritis, nustatyti pagrindines atsakingas organizacijas ar asmenis bei įvardinti veiksmus, kurių reikia imtis nacionaliniu ir/ar regioniniu lygiu;
- Išbandyti ir pritaikyti kitų šalių gerąsias praktikas nacionaliniu/regioniniu lygiu.

Kiekviena iš šalių, iš pradžių turės surinkti informaciją, ją išanalizuoti ir pristatyti pagrindinius duomenis apie esamą padėtį šalyje, o tuomet bendromis jėgomis sukurti planą bei strategiją jos įgyvendinimui. Tikimasi, kad šis projektas prisidės prie efektyvesnio sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo ir tai palengvins specialistų trūkumo rajonuose problemos sprendimą (Joint Action on Health workforce to meet health challenges, 2023).

6. LIETUVOJE TAIKOMŲ GYDYTOJŲ PRITRAUKIMO Į RAJONINES GYDYMO ĮSTAIGAS PRIEMONIŲ VERTINIMAS MEDICINOS REZIDENTŲ IR GYDYTOJŲ TARPE. TYRIMO METODIKA.

Siekiant įvertinti Lietuvoje taikomų gydytojų pritraukimo į rajonines gydymo įstaigas priemonių efektyvumą medicinos rezidentų ir gydytojų tarpe buvo atliekamas **kokybinis tyrimas**. Kokybinis tyrimas suteikia galimybę tyrėjui surinkti kur kas platesnį duomenų spektrą iš įvairialypės populiacijos (Alamri, 2019). Kokybinis tyrimas sveikatos priežiūros tematika rengiamuose tyrimuose dažniausiai pasirenkamas kai analizuojamas pacientų požiūris į gyvenimo kokybę susijusią su sveikata, patirtys ir nuomonės susijusios su sveikatos priežiūros paslaugomis, jų kokybės vertinimu (Pyo ir kt., 2023). Nors sveikatos priežiūros sferoje atliekami tyrimai daugelių atvejų būna kiekybiniai, tačiau šiame darbe nagrinėjama tema yra pakankamai nauja ir plačiai netyrinėta, nėra turima daug ankstesnių tyrimų duomenų, mažai tikėtina, kad kiekybinis tyrimas sugebėtų atskleisti gilesnę problemos esmę ir tyrimo dalyvių pasirinkimo motyvus, dėl to kokybinio tyrimo pasirinkimas šios temos atveju atrodė racionalesnis sprendimas.

Tyrimo metu su medicinos rezidentais ir gydytojais, dirbančiais rajoninėse gydymo įstaigose atliktas **pusiau struktūruotas interviu**. Kadangi šia tema Lietuvoje nėra atlikta daug tyrimų, dėl to nuspręsta taikyti būtent pusiau struktūruotą interviu. Interviu – tai bendravimo santykis tarp dviejų ar daugiau žmonių, kurio tikslas išsiaiškinti interviu dalyvio nuomonę ir reikalingą informaciją. Abu interviu dalyviai pasikeičia savo nuomone ir mintimis apie iš anksto žinomą temą. Pusiau struktūruotas interviu dažniausiai naudojamas socialinių mokslų tyrimuose, iš kitų interviu tipų išsiskiria savo galimybe ne tik laikytis iš anksto tyrėjo sudaryto temų plano, tačiau ir lanksčiai prisitaikyti prie dalyvių asmeninės patirties, plačiau aptarti tyrimo dalyviui svarbias sritis ar atrasti reikšmingų iš anksto sudarytame plane nenumatytų temų (Ruslin ir kt., 2022). Šis interviu tipas leidžia atsiskleisti interviu dalyvio mintims, jausmams ir nuomonei (Alamri, 2019). Svarbus aspektas – būsimiems interviu dalyviams reiktų suteikti galimybę iš anksto susipažinti su aptariamomis temomis ir interviu metu užduodamais klausimais. Be to, sėkmingam interviu, reikalingi tinkamai suformuluoti, atviri klausimai, vengiant asmeninės interviu kūrėjo nuomonės įtraukimo (Ruslin ir kt., 2022). Svarbu įsitikinti, kad interviu dalyvis aiškiai suvokia klausimo prasmę, tačiau ir interviu informaciją analizuojantis žmogus, ją turi teisingai perprasti ir nepakeisti jos reikšmės. Kita vertus – būtent tiesioginis interviu kūrėjo ir dalyvio ryšys visuomet suteikia galimybę aptariamus klausimus patikslinti ir kilusius neaiškumus išspręsti vietoje, taip gaunant tikslesnius duomenis (Alamri, 2019).

Svarbu tinkamai apdoroti interviu metu gautus duomenis – juos reiktų sugrupuoti pagal tam tikras sritis ar veiksnius, stengiantis, neprarasti tikslios teiginio prasmės. Po kiekvieno atlikto etapo būtina peržiūrėti esamas teiginių grupes ir vengti jų pasikartojimo. Apibendrinus gautus duomenis, reikia ieškoti tarpusavio ryšių, veiksmų kurie nulemia pasirinkimus, analizuoti dažniausius pasirinkimus ar nuomones, o iš apibendrintų duomenų kurti naujas idėjas, teorijas ar strategijas (Ruslin ir kt., 2022).

Tyrimo objektas. Tyrimo dalyviai buvo atrinkti naudojant tikslinę atranką. Kokybiniame tyrime naudojama tikslinė atranka, nes šio tyrimo metu kur kas svarbiau atrinkti dalyvius, turinčius patirties analizuojamoje temoje ir gebančius pateikti turiningą informaciją (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016). Šis atrankos metodas buvo pasirinktas dėl to, kad norint gauti kuo tikslesnės ir įvairesnės informacijos apie tiriamą problemą, reikalinga tam tikra tyrimo dalyvių specifika, šio tyrimo atveju – medicinos rezidentai ir gydytojai dirbantys rajoninėse gydymo įstaigose. Vieni iš jų – rezidentai, kurie dar tik ruošiasi priimti sprendimą dėl tolimesnės darbo vietos pasirinkimo, o kiti – jau praktikuojantys gydytojai, turi patirties dirbant rajoninėse gydymo įstaigose ir gali įvardinti kokie šios darbo vietos privalumai, trūkumai ar iššūkiai. Renkant informaciją iš šių dviejų grupių galima ieškoti tarpusavio sąlyčio taškų, įžvelgti požiūrių panašumus ir skirtumus, tuo pačiu leidžiant planuoti, kurios motyvavimo priemonės būtų efektyvesnės rezidentų, ar gydytojų požiūriu, o kurios motyvuotų abi grupes.

Tyrimo organizavimas. Parengus pusiau struktūruoto interviu klausimus, buvo atliktas pilotinis tyrimas su dviem tyrimo dalyviais. Pilotinio tyrimo metu paaiškėjo, kurie klausimai kartojasi, ar informantas tiksliai suvokia klausimų prasmę, taip pat, atsiskleidė poreikis kai kuriuos klausimus praplėsti. Po pilotinio tyrimo buvo pakeista dalies klausimų formuluotė ir pridėti keli, prieš tai nebuvę papildomi klausimai.

Tyrimas buvo vykdomas balandžio 22 – gegužės 1 dienomis. Vykdamas tikslinę atranką buvo atrinkti medicinos rezidentai ir gydytojai, dirbantys rajoninėse gydymo įstaigose. Tyrimo dalyvis turėjo atitikti vieną iš šių kriterijų:

1. Tyrimo dalyvis yra medicinos rezidentas, rezidentūrą atliekantis Lietuvoje.
2. Tyrimo dalyvis aktyviai praktikuojantis gydytojas, tyrimo metu dirbantis rajoninėje gydymo įstaigoje, ne trumpiau nei dvejus metus.

Bent dviejų metų darbo rajoninėje gydymo įstaigoje laikotarpis buvo pasirinktas dėl to, kad dažniausiai Lietuvoje taikomų motyvavimo priemonių minimalus įsipareigojimas išdirbti įstaigoje prasideda nuo dvejų metų, todėl nuspręsta, kad tai būtinas minimalus laikotarpis, norint įvertinti gydytojo patirtį ir motyvavimo priemonių efektyvumą.

Su didžiąja dalimi informantų buvo bendraujama gyvai, su likusiais – bendrauta telefonu, iš anksto suderintu laiku.

Tyrimo etika. Tyrimo metu buvo laikomasi kokybiniam tyrimui būtinų etikos standartų. Išskiriami trys esminiai etikos principai, apimantys pagarbą, teisingumą bei sąžiningumą tiriamojo atžvilgiu. Tyrimo dalyvis turi aiškiai suvokti tyrimo prasmę, paskirtį, taikomas procedūras ir galimas rizikas, o tyrime turi dalyvauti savanoriškai. Vienas iš svarbiausių tyrimo etikos aspektų – tiriamųjų konfidencialumo užtikrinimas (Yusof ir kt., 2022). Prieš sutikdami dalyvauti tyrime, visi tyrimo dalyviai buvo informuoti apie tyrimo eigą, jo paskirtį bei kaip ir kur bus naudojami tyrimo metu gauti duomenys. Informantams buvo užtikrintas konfidencialumas, juos informuojant, kad visa interviu metu pateikta informacija bus pateikiama anonimiškai, jų atsakymus užkoduoju ir niekur nebus skelbiami jų asmeniniai duomenys. Visi tyrimo dalyviai tyrime sutiko dalyvauti savanoriškai. Tam, kad tyrimas išliktų konfidencialus, visi informantų pasisakymai bus pateikiami naudojant koduotes, kurios buvo parinktos pagal interviu davimo eiliškumą – pavyzdžiui, I1 – pirmasis informantas, I2 – antrasis informantas ir t.t. Pirmieji šeši informantai – gydytojai, o 7-10 numerio koduotėmis žymimi informantai – rezidentai.

Tyrimo eiga. Tyrimo instrumentą sudarė 19 klausimų – 5 bendrojo pobūdžio, apie tiriamojo dabartinę kvalifikaciją, amžių, šeimyninę padėtį, kilimo vietą, bei atskiros, 7 klausimų grupės skirtos gydytojams ir rezidentams. Klausimai buvo sudarinėjami atsižvelgiant į darbe iškeltus probleminius klausimus, siekiant išsiaiškinti medicinos rezidentams bei gydytojams svarbiausius veiksnius lemiančius pasirinkimą dirbti rajoninėse gydymo įstaigose bei Lietuvoje taikomų motyvavimo priemonių vertinimą jų akimis.

Tyrimo duomenų analizė buvo atlikta taikant kokybinę (angl. *content*) turinio analizę. Naudojantis šia priemone, pusiau struktūruoto interviu metu gautus duomenis galima struktūrizuoti ir grupuoti į tam tikras kategorijas, o jose išskirti subkategorijas bei nurodyti jas pagrindžiančius teiginius, kai didžiausias dėmesys yra skiriamas tyrimo duomenų interpretavimui (Lindgren ir kt., 2020).

Kokybinis tyrimas buvo atliktas keliais etapais:

1. Mokslinės literatūros, strateginių ir teisinių dokumentų analizė sveikatos priežiūros specialistų netolygaus pasiskirstymo problemos, jos priežasčių tematika, Lietuvoje ir pasaulyje taikomų motyvavimo priemonių apžvalga, kitų šalių patirties analizė.
2. Tyrimo instrumento sudarymas – klausimynas skirtas medicinos rezidentams ir gydytojams, dirbantiems rajoninėse gydymo įstaigose.
3. Pusiau struktūruoto interviu vykdymas.

4. Tyrimo duomenų interpretavimas, taikant kokybinę turinio analizę, rezultatų apibendrinimas.

Tiriamųjų charakteristika. Tyrime dalyvavo medicinos rezidentai ir gydytojai, ne trumpiau nei dvejus metus dirbantys rajoninėje gydymo įstaigoje. Iš viso tyrime dalyvavo 10 informantų – 6 gydytojai ir 4 medicinos rezidentai, iš jų 3 vyrai ir 7 moterys. Informantų amžiaus intervalas svyravo nuo 24 iki 38 metų. Tyrimo metu buvo apklausti šios specializacijos medicinos rezidentai ir gydytojai: vidaus ligų, šeimos medicinos, urologijos, fizinės medicinos ir reabilitacijos, kardiologijos, teismo medicinos. 8 iš 10 informantų buvo kilę ne iš penkių didžiųjų (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Šiauliai) Lietuvos miestų. Informantų šeimyninė padėtis – 3 informantai iš 10 buvo vedę/ištekėjusios, o 7 savo šeimyninį statusą nurodė kaip partnerystę. Visi apklaustieji nurodė, kad turėjo praktiką rajoninėje gydymo įstaigoje medicinos studijų, internatūros ar rezidentūros metu. Visiems gydytojams buvo siūlomos tam tikros motyvavimo priemonės, tačiau tik 3 iš 6 gydytojų jomis pasinaudojo. Apibendrinta informacija apie informantus pateikiama 3 lentelėje:

3 lentelė: Informantų charakteristikos pagal lytį, amžių, šeimyninį statusą, gimtosios vietos lokalizaciją, kvalifikaciją ir specializaciją:

Informanto charakteristika	Charakteristikos savybės	Informantų skaičius
Lytis	Moteris	7
	Vyras	3
Šeimyninė padėtis	Partnerystė	7
	Vedęs/ištekėjusi	3
Amžiaus grupė	20-24 metai	1
	25-29 metai	3
	30-34 metai	4
	35-39 metai	2
Gimtosios vietos lokalizacija	Didieji miestai	3
	Ne didieji miestai	7
Kvalifikacija	Rezidentas	4
	Gydytojas	6
Specializacija	Vidaus ligos	3
	Šeimos medicina	3
	Kardiologija	1
	Urologija	1
	Fizinė medicina ir reabilitacija	1
	Teismo medicina	1

7. TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

7.1. Priežastys lėmusios pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje

Vieni iš pirmųjų klausimų interviu metu buvo apie dabartinę darbo vietą gydytojams ir planuojamą darbo vietą rezidentams. Informantų buvo prašoma nurodyti, dėl kokių priežasčių jie nusprendė rinktis darbą rajoninėje gydymo įstaigoje. Visi apklaustieji rezidentai taip pat ateityje planavo rinktis darbo vietą rajoninėje gydymo įstaigoje. Analizuojant informantų atsakymus, buvo galima išskirti 3 pagrindines priežasčių grupes: praktikos atlikimas/rezidentūros bazė, asmens kilimas iš rajono ar kitas ryšys bei finansiniai motyvai. Pagrindiniai informantų teiginiai pateikti 4 lentelėje:

4 lentelė: Priežastys lėmusios pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje.

Kategorija	Subkategorija	Kvalifikacija	Patvirtinantys teiginiai
Priežastys lėmusios pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje	Asmens kilimas iš rajono/kitas ryšys	Gydytojas	„<...> norėjau sugrįžti į polikliniką, kurioje pati buvau nuo mažumės prisirašius ir viskas buvo sava“ (I2) „Kadangi esu kilusi iš mažo miesto, ieškojau darbo, netoli nuo savo gimtojo miesto, kur gyvena tėvai“ (I4) „Tai, kad čia jau buvo mano visa šeima. Vyras turėjo darbą, o vaikasėjo į darželį“ (I6) „Esu kilęs iš šio miesto, dėl to daug dvejonių neturėjau“ (I1) „Grįžau į savo vaikinio gimtąjį miestą“ (I5)
	Praktikos atlikimas medicinos studijų, rezidentūros metu	Gydytojas	„<...> ten atlikau internatūrą. Tuomet paskutinius rezidentūros metus praleidau šioje ligoninėje. Taip užsimezgė ryšys, paskatinęs sugrįžti.“ (I3)
		Rezidentas	„<...> o ten kaip tik atlikau praktiką bei internatūrą, labai patiko, dėl to planuoju grįžti“ (I8)
	Finansiniai motyvai	Rezidentas	„<...> pagrindinis motyvas – didelės algos“ (I9) „Planuoju dirbti rajone. Pagrindinė priežastis – didesnis atlyginimas“ (I7) „<...> jei nepersigalvosiu, tai grįšiu dėl didesnės algos“ (I10)

Analizuojant informantų pasirinkimo dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje priežastis išryškėja, kad gydytojų grupėje 5 iš 6 gydytojų nurodė ryšį su ta vietoje kurioje dirbo – dažniausiai tai buvo vietoje iš kurios jie, ar jų artimieji kilę. Rezidentų grupėje svarbiausias veiksnys buvo finansiniai motyvai – konkurencingas atlyginimas ir tik vienas rezidentas nurodė, kad ryšį su rajonine gydymo įstaiga atrado po ten atliktos internatūros praktikos.

7.2. Veiksnų lemiančių pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje analizė

Vienas iš tyrimo uždavinių buvo atskleisti kokie veiksniai, medicinos rezidentų ir gydytojų, dirbančių rajoninėse gydymo įstaigose požiūriu, yra svarbiausi priimant sprendimą rinktis darbo vietą rajoninėje ligoninėje. Klausimyne buvo net keletas panašios formuluotės klausimų apie veiksnius, kurie nulemia pasirinkimą grįžti į mažesniame rajone esančią gydymo įstaigą. Buvo siekiama išsiaiškinti kokie veiksniai svarbūs ne tik pačiam informantui, tačiau ir jo nuomone, kas svarbu kitiems kolegoms, su kokiomis patirtimis jie yra susidūrę ir pasidalinę su informantu. Taip bandoma atskleisti požiūrių įvairovę, nes tai kas svarbu informantui, nebūtinai turi sutapti su jo pažįstamų kolegų nuomone. Kadangi visi tyrime dalyvavę rezidentai taip pat planavo grįžti į rajonines gydymo įstaigas, atskira grupė jie nebuvo išskirti.

Dažniausiai sisteminėse literatūros apžvalgose veiksniai buvo grupuojami į tris pagrindines veiksnų grupes - finansiniai, darbo bei gyvenimo sąlygų veiksniai (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). Analizuojant informantų atsakymus apie pagrindinius veiksnius, kurie jų nuomone yra svarbūs renkantis darbą rajoninėje gydymo įstaigoje, visi dažniausiai nurodomi veiksniai buvo išskirti į tris pagrindines kategorijas – **finansiniai, profesiniai veiksniai ir darbo sąlygos, gyvenimo kokybės.**

7.2.1. Finansiniai veiksniai

Informantų buvo klausiama, kokie veiksniai jiems atrodo svarbiausi renkantis darbą rajoninėje gydymo įstaigoje. Visi informantai paminėjo finansinius veiksnius bei aptarė skirtingas galimos finansinės paramos rūšis. Analizuojant informantų atsakymus, **finansinių veiksnų kategorija** buvo suskirstyta į **5 pagrindines subkategorijas**: konkurencingą atlyginimą, papildomų išmokų/stipendijų skyrimą, rezidentūros studijų apmokėjimą, finansinę paramą būsto įsigijimui/nuomai, kelionės/kuro išlaidų padengimą. Apibendrintas respondentų požiūris į finansinius veiksnius pateikiamas 5 lentelėje:

5 lentelė: Svarbiausi finansiniai veiksniai, nulemiantys pasirinkimą grįžti į rajonines gydymo įstaigas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Finansiniai veiksniai	Konkurencingas atlyginimas	„<...> aišku, svarbiausia geras atlyginimas be ilgalaikių įsipareigojimų“ (I5) „Manau pagrindas yra finansinė parama, nes tiesiog ieškoma vietos kur galima daugiau uždirbti“ (I7) „<...> be abejo, kad didžiausias pasirinkimo dirbti rajone privalumas yra didesnės algos“ (I6) „Daug kas grįžta vien dėl didelio atlyginimo“ (I9) „<...> didelis atlyginimas, o kas daugiau gali traukti dirbti kaime“ (I4) „<...> aišku, svarbiausia konkurencingas atlyginimas. Ir ne mažiau svarbu, kad ir bėgant laikui jis toks išliktų“ (I8) „Rinkausi darbą rajone, nes žadėjo, kad uždirbsiu bent minimaliai 50 proc. didesnę atlyginimą nei didmiestyje“ (I2) „<...> atlyginimai rajone yra beveik dvigubi nei didmiesčio poliklinikoje“ (I1)
	Papildomos išmokos/stipendijos	„<...> daug kas susivilioja savivaldybių skiriamais pinigais pirmus trejus metus“ (I5) „Kolega iškart buvo „nupirktas“, nes dar nesugrįžus į rajoną, jau gavo papildomą stipendiją“ (I7)
	Rezidentūros studijų apmokėjimas	„Įstojusiam į mokamą rezidentūrą, kai studijas apmoka savivaldybė, tai labai geras šansas sutaupyti, studijuoti tą ko norėjai“ (I3) „<...> visi kolegos svarstė apie rajoną tik dėl to, kad nereiktų patiems už rezidentūrą mokėti“ (I9)
	Finansinė parama būsto nuomai/įsigijimui	„Jeigu nori pritraukti specialistą, visada turi pagalvoti, kur jis gyvens – turi suteikti paramą būsto įsigijimui arba jei važinėjantis gydytojas – suteikti tarnybinį būstą“ (I8) „<...> nenorėjau turėti ilgalaikių įsipareigojimų ir leisti savo pinigų, tai pasiūlė tarnybinį būstą ir viskas išsprendė paprasčiau“ (I2)
	Kelionės/kuro išlaidų padengimas	„<...> galėčiau dirbti netoli esančiame rajone, jei padengtų visas kuro išlaidas ir automobilio nusidėvėjimą“ (I10) „<...> turi padengti visas kuro išlaidas“ (I4)

Analizuojant informantų atsakymus, vis dėlto didžiajai daliai iš finansinių veiksnių buvo svarbiausias konkurencingas atlyginimas, o tiksliau jo dydis. Ne vienas interviu dalyvis netgi tiksliai nurodė, kiek didesnis atlyginimas galėtų būti vertas dėmesio ir atitiktų konkurencingo atlyginimo

sąlygas: „*Rinkausi darbą rajone, nes žadėjo, kad uždirbsiu bent minimaliai 50 proc. didesnę atlyginimą nei didmiestyje*“ (I2); „*<...> atlyginimai rajone yra beveik dvigubi nei didmiesčio poliklinikoje*“ (I1).

Tyrimo dalyviai taip pat nurodė, kad rezidentūros studijų kainos apmokėjimas yra svarbus, ypač rezidentams ar paskutinių metų medicinos studentams. Neretai tai buvo apibūdinama „mainų“ sąvoka: „*Tu gauni specialybę kurios visada norėjai ir būsimą, garantuotą darbo vietą, o jie gauną specialistą*“ (I8).

Nemaža dalis informantų patvirtino, kad jiems svarbu ir papildomos išmokos ar stipendijų mokėjimas. Dažniausiai buvo nurodytos vienkartinės išmokos su įsipareigojimu išdirbti tam tikrą laikotarpį arba rezidentams mokamos stipendijos, dar nepradėjus dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje: „*<...> savivaldybės išmokos palengvina apsisprendimą grįžti. Tuomet ne tiek daug skaičiuoji, kiek kainuos kraustyti ar važinėti, nes dalis išlaidų yra padengiama*“ (I8).

Daugelis išskirdamas kitas finansinių veiksmų rūšis, paminėjo būstą ir kelionės išlaidas. Beveik visais atvejais, kai informantas aptarinėjo šiuos veiksmus, buvo nurodoma, kad arba viena, ar kita turi būti suteikiama, norint pritraukti specialistą, o geriausia, kad būtų galimybė gauti tiek kompensaciją už kelionę, tiek turėti tarnybinį būstą „*<...> svarbu, kad turėtum pasirinkimą – jeigu nori važinėti, turi mokėti už kurą, bet jei tarkim turi laiko, neprivalai grįžti atgal arba pavyzdžiui blogas oras ir prastos sąlygos keliauti, turi pasirinkti, kad turėtum kur nakvoti*“ (I6).

Anksčiau pateiktoje 5 lentelėje nurodomi finansinių veiksmų teigiami poveikiai, bet neretas tyrimo dalyvis kalbėdamas apie finansinius veiksmus nurodydavo ir galimą neigiamą finansinių veiksmų reikšmę. Dažniausiai buvo minimi dėl finansinių motyvavimo priemonių (išmokų, stipendijų, rezidentūros studijų kainos apmokėjimo) atsirandantys neigiami poveikiai – ribota galimybė derėtis dėl atlyginimo dydžio: „*Galiausiai rezultatas būna toks, kad iš tų programų jokios naudos – žada geras išmokas, bet po to moka labai mažą atlyginimą <...> ir realiai lieki apgautas*“ (I10); „*Keliami labai dideli lūkesčiai ir reikalavimai, ypač kaip pasinaudoji kokia finansine parama*“ (I2). Taip pat, vienas iš informantų nurodė, išskirtinės finansinės sąlygos, gali sutrikdyti jauno specialisto sėkmingą integravimąsi į kolektyvą: „*<...> jeigu ateisi į įstaigą su išskirtinėmis sąlygomis, tau pačiam gali būti nesmagu tame kolektyve dirbti*“ (I1). Vienas iš informantų finansinių veiksmų aspektą atskleidė kiek kita kryptimi – darbas rajoninėje gydymo įstaigoje užkerta kelią jaustis iki galo saugiam finansiškai, nes gydytojas neturi didelio pasirinkimo tarp valstybinių įstaigų, o privataus sektoriaus įstaigų tinklas rajonuose dažniausiai nėra pakankamai gerai išvystytas: „*<...> gali mokėti daug, bet jei nepatiks, kur išeisi. O užsinorėjus dirbti daugiau, kitos ligoninės ar privačių įstaigų nėra, tai ir pajamų papildomų nežinia kaip reiktų gauti*“ (I7).

Apibendrinant finansinių veiksmų kategoriją, galima išvelti aiškia ir neabejotiną jos svarbą tiek medicinos rezidentams, tiek gydytojams. Dažniausiai minimas finansinis veiksnys – konkurencingas atlyginimas, o vertinant veiksmų svarbą, reiktų atsižvelgti ir į galimus, jų sukeltus neigiamus poveikius bei apsvaistyti, kaip jų išvengti ar sumažinti jų poveikį.

7.2.2. Profesiniai veiksniai ir darbo sąlygos

Nors ir ne vienas anksčiau literatūros apžvalgoje nagrinėtas tyrimas įrodė, kad finansiniai veiksniai būtini, tačiau vien jų pritraukti ir išlaikyti gydytoją mažiau apgyvendintoje vietovėje ar kaime nepakanka ir būtinas dėmesys profesiniams veiksmams bei darbo sąlygoms (Kelley ir kt., 2008). Šio tyrimo metu taip pat, informantai nemažai dėmesio ir interviu laiko skyrė būtent profesinių veiksmų ir darbo sąlygų svarbos apibūdinimui. Kadangi profesiniai ir darbo sąlygų veiksniai yra labai plati, sudėtinga ir daug tarpusavio ryšių turinti veiksmų kategorija, aptariant šiuos veiksmus dauguma informantų iškart pateikdavo tiek teigiamus, tiek neigiamus pavyzdžius, susijusius su darbu rajoninėje gydymo įstaigoje, todėl lentelėje pateikiami du skirtingi, teigiami ir neigiami požiūriai į tos pačios subkategorijos veiksmus.

Išanalizavus informantų pateiktus teiginius, profesinių veiksmų ir darbo sąlygų kategorija buvo suskirstyta į šias kategorijas: **socialiniai santykiai darbo vietoje** (kolektyvo santykiai, administracijos požiūris), **darbo sąlygos** (darbo krūvis, darbo aplinka, aprūpinimas žmogiškaisiais ir nežmogiškaisiais ištekliais), **profesiniai veiksniai** (personalo kvalifikacija, profesinio tobulėjimo galimybė, profesinis palaikymas). Didžioji dalis šių kategorijų veiksmų turėjo tiek neigiamus, tiek teigiamus aspektus, o apibendrintas informantų požiūris pateikiamas tolimesnėse lentelėse.

6 lentelė: Socialinių santykių veiksniai, nulemiantys pasirinkimą grįžti į rajonines gydymo įstaigas

Kategorija	Subkategorija	Vertinimas	Patvirtinantys teiginiai
Socialiniai santykiai darbo vietoje		Teigiamas	„Mažesnėje ligoninėje iškart esi priimamas kaip kolektyvo narys, nepaisant to, kad esi dar tik rezidentas“ (I8) „<...> rajoninėje ligoninėje yra kur kas geresnis psichoemocinis klimatas, visi tarpusavyje gerai sutaria“ (I8) „Mažoje ligoninėje dažnai esi labiau „prižiūrimas“, nebijai klausti ir daryti klaidų“ (I10) „Man patiko <...> ir kolektyvas, su visais sutariau“ (I3) „Turi būti draugiškas kolektyvas. Pavyzdžiui,

	Santykis su kolektyvu		<i>priėmimo skyriuje nieks nenori dirbti nes labai sunku, bet daug metų ten dirbu vien dėl ryšio su kolektyvu“ (I6)</i>
		Neigiamas	„Manau trūkumas, kad rajonuose kolektyvas yra vyresnio amžiaus, sunku surasti bendraminčių, draugų“ (I7) „Mažas kolektyvas – jei su kažkuo nesutari ar susipyksti, tą žmogų teks matyti kasdien ir viskas labai apsisunkina“ (I1) „Mažesniame mieste dažnai turi dirbti su vyresniais kolegom. <...> dažniausiai nėra vieningo kolektyvo pojūčio, o pensinio amžiaus kolegos bijo ir paprieštarauti administracijai, bijodami dėl savo darbo vietos“ (I5) „Trūksta privatumo. Visi ir viską apie visus žino“ (I10) „Man svarbu, kad tarp kolegų turėtų būti jaunų žmonių, vienas dirbti tarp pensininkų nesutikčiau jokiais sąlygomis“ (I10)
	Darbuotojų ir administracijos santykiai	Teigiamas	„Jaučiu daugiau ryšio su administracija – mažesnis kolektyvas, gali sulaukti daugiau dėmesio ir tikėtis, kad daugiau atsižvelgs į tavo poreikius“ (I10) „Kadangi esi labai laukiamas ir reikalingas, lengviau derint viską su administracija, jie labiau paiso tavo norų“ (I5)
		Neigiamas	„Valdžia per daug iškart iš jauno specialisto nori, o jis tuos reikalavimus gali išpildyti tik po kurio laiko, įsidirbęs“ (I2) „<...> jaučiausi apgauta, nes motyvavo tų, kad esu tik ką baigusi rezidentūrą, žadėjo atlyginimą kelti po kurio laiko, tačiau vėliau pažado taip ir neištesėjo“ (I4) „Administracija labai greitai pamiršta savo pažadus, kurie jiems yra nepalankūs“ (I4) „<...> administracija į skundus mažose ligoninėse reaguoja nepagrįstai, ragina atlikti tai, kas net gydytojo požiūriu nėra reikalinga, tik tam, kad išvengti konflikto, nepalaiko gydytojo, net jei jis ir teišus“ (I9) „Labai daug priklauso nuo administracijos požiūrio – tave gali prisivilioti, bet elgiasi kaip su antrarūšiu gydytoju, nes į tave investavo pinigus“ (I9)

	Santykiai su pacientais	Teigiamas	„Mažesnio miesto gyventojai kur kas labiau vertina gydytojo darbą yra dėkingesni“ (I2) „Pacientai labiau prieinami ir paprasčiau bendraujantys, nes ir taip džiaugiasi patekę pas gydytoją kai nėra iš ko labai daug rinktis“ (I6) „<...> teko rezidentūros metu padirbti rajone, ten paprastesni ir labiau sukalbami žmonės“ (I7)
		Neigiamas	„<...> nežinau kodėl, bet mažam mieste dažnai nėra pasitikima jaunu specialistu, visi pripratę prie vyresnių ir patyrusių gydytojų“ (I2) „Periferijoje pacientai labai linkę skųstis. Ir jeigu skundžias, tai eina tiesiai į administraciją“ (I9)

Didžioji informantų dalis baigusi kalbėti apie finansinius veiksmus, dažniausiai iškart pereidavo prie santykių su kolektyvu, administracija bei pacientais aptarimo. Vertindami santykių su kolektyvu svarbą rajoninėje gydymo įstaigoje, nemažai informantų įvardijo panašius bruožus, būdingus mažos įstaigos kolektyvui – kolektyvas nedidelis ir dažniausiai vyresnio amžiaus. Įvardinti mažo kolektyvo privalumai – glaudesnis ryšys ir greitesnė integracija į kolektyvą: „Mažesnėje ligoninėje iškart esi priimamas kaip kolektyvo narys, nepaisant to, kad esi dar tik rezidentas <...> ten „daktarėliu“ tampi jau po kelių dienų“ (I8). Kita vertus – dažnas informantas mažą kolektyvą įvardijo kaip trūkumą, nes esant konfliktinei situacijai ją būna sunkiau spręsti, o ir dažnai pritrūksta privatumo: „Visi visus pažįsta. Visi visus atidžiai stebi, vertina, o kartais ir apkalba, visos naujienos, tikros ir ne, plinta labai greit, o tai vargina“ (I5).

Kita dažna savybė, kurią nurodė tyrimo dalyviai kalbėdami apie rajoninės gydymo įstaigos personalą – vyresnio amžiaus kolegos. Teigiamai apie tai atsiliepė vos keli respondentai, paminėję galimybę pasinaudoti vyresnių kolegų patirtimi ir patarimais „Rajoninėje ligoninėje dažnai esi labiau „prižiūrimas“, nebijai klausti ir daryti klaidų, kai tuo tarpu universitetinėje ligoninėje visi bijo suklysti ir gauti „kreivą“ žvilgsnį iš profesoriaus“ (I8). Vis dėlto, didžiajai daliai informantų vyresnio amžiaus kolegos buvo didelis trūkumas, o dažniausiai nurodomos to priežastys buvo: sudėtinga užmegzti artimesnį ir kokybišką ryšį bei pernelyg mažas vyresnių kolegų iniciatyvumas. Dažniausiai buvo nurodoma, kad informantai pageidauja, kad kolektyve nebūtų vieninteliai, jauno amžiaus gydytojai, o kartais tai net buvo viena iš pagrindinių sąlygų „Man svarbu, kad tarp kolegų turėtų būti jaunų žmonių, vienas dirbti tarp pensininkų nesutikčiau jokiomis sąlygomis“ (I10). Kalbant apie iniciatyvumą, nemažai informantų pabrėžė, kad yra kur kas sudėtingiau sutelkti vieningą kolektyvą ir spręsti problemines situacijas su administracija, kai kolegos yra pensinio amžiaus ir baimė prarasti darbo vietą tampa svarbesne už visus kitus interesus: „Mažesniame mieste dažnai turi dirbti su

vyresniais kolegom. Pasitarti gal ir gerai, bet dažniausiai nėra vieningo kolektyvo pojūčio, o pensinio amžiaus kolegos vengia ir paprieštarauti administracijai, bijodami dėl savo darbo vietos“ (I5).

Informantams pasakojant apie santykių svarbą su administracija taip pat, retas kuris galėjo išskirti daug teigiamų šios subkategorijos pusių, didžioji dalis išreikšdavo nepasitenkinimą ar nuoskaudas dėl to, kad nebuvo išpildytos žadėtos sąlygos, dažnas įvardijo ir prastą psichoemocinę aplinką, nes pasinaudojus tam tikromis motyvavimo priemonėmis, administracija priversdavo specialistą jaustis nepilnaverčiu kolektyvo nariu: „*Nusivyliau administracijos požiūriu į darbuotoją <...>. Jeigu būtų normalesnis požiūris į darbuotoją, net kitų įstaigų dosnūs pasiūlymai nebūtų tokie patrauklūs, bet kai tau kaskart prikišinėjama, kad jie už tave sumokėjo pinigus ir nesulauki jokios pagalbos, labai lengva priimti sprendimą išeiti“ (I1).* Vienas iš informantų atkreipė dėmesį, kad vis dėlto, dažniausiai pirmasis susipažinimas su gydymo įstaiga vyksta per administraciją, dėl to ypač svarbu, koks ryšys tarp jaunojo specialisto ir administracijos užsimezga pirmojo susitikimo metu: „*Reikia turėti savivertę nuo pat pradžių. Jeigu bendraujant su administracija prasideda kažkokie išvedžiojimai nuo pirmo susitikimo, reikia apsvarstyti ar ta įstaiga tikrai tinkamas pasirinkimas“ (I4).*

Tyrimo dalyviai pasidalijo ir savo mintimis apie santykį su pacientu mažesnėje gydymo įstaigoje. Kalbant apie santykius su pacientu, informantų nuomonės išsiskyrė ir bendro dėsningumo nebuvo įžvelgta. Turėję teigiamą vertinimą apie santykį su pacientu mažesnėje gydymo įstaigoje, informantai nurodė, kad čia pacientai yra mažiau įnoringi ir labiau gerbiantys gydytoją bei jo darbą: „*<...> pacientai labiau prieinami ir paprasčiau bendraujantys, nes ir taip džiaugiasi patekę pas gydytoją kai nėra iš ko labai daug rinktis. O kadangi gerbia, tikrai laikosi gydytojų patarimų“ (I6).* Tuo tarpu kiti pasisakė už tai, kad santykis gali būti ir neigiamas, nes mažesniame mieste matyti jauną gydytoją nėra įprasta, juo dažniausiai mažiausiai pasitikima, o ir pacientei linkę dažniau skųstis kreipdamiesi tiesiai į administraciją: „*<...> pacientai mažuose miestuose dažnai keliauja skųstis ligoninės administracijai, net ir dėl menkiausių nepatogumų. Universitetinėje ligoninėje niekas nesugalvoja eiti pas generalinį direktorių, tam kad pasiskųsti kad vėlavo priimti gydytojas“ (I9).*

Kita nemaža veiksmų grupė - darbo sąlygos. Remiantis interviu metu gauta informacija, ši kategorija buvo suskirstyta į mažesnes subkategorijas - darbo krūvis, darbo aplinka, aprūpinimas žmogiškaisiais ir nežmogiškaisiais ištekliais.

7 lentelė: Darbo sąlygų veiksniai, turintys įtakos sprendimo priėmimui grįžti į rajonines gydymo įstaigas

Kategorija	Subkategorija	Vertinimas	Patvirtinantys teiginiai
Darbo sąlygos	Darbo krūvis	Teigiamas	„Dirbdamas rajone turiu galimybę dirbti mažiau ir vis tiek uždirbti padoriai. Turiu daugiau laiko savo pomėgiams ir laisvalaikiui“ (I1) „Rajone turiu daugiau lankstumo derinant darbo krūvius, darbo grafiką“ (I10)
		Neigiamas	„Kas iš to didelio atlyginimo, jeigu po to nenormalūs krūviai ir turi sėdėti per naktis“ (I2) „Pradėjus pačiam dirbti rajoninėje ligoninėje negalvojau, kad teks dirbti tokiu darbo krūviu ir turėti tiek daug viršvalandžių“ (I3) „Gali būti didelis krūvis, nes trūksta darbuotojų visose srityse ir tu turėsi tai kompensuoti“ (I10)
	Darbo aplinka	Teigiamas	„<...> man patiko, kad pati ligoninė yra sutvarkyta, tvarkinga aplinka“ (I3); „<...> dabar mažos ligoninės net dažniau gauna paramą remontams, o tvarkinga darbo vieta yra svarbu (I8)
		Neigiamas	„<...> jeigu gydymo įstaiga seniai mačiusi remontą, aišku, kad niekas nenori dirbti senose patalpose“ (I7)
	Aprūpinimas žmogiškaisiais ištekliais	Neigiamas	„Mažesnėse ligoninėse trūksta ne tik gydytojų, bet ir slaugytojų, dėl to gydytojui tenka daryti ne savo darbus“ (I3) „<...> dėl personalo trūkumo, ta pati slaugytoja turi dvigubai daugiau pacientų ir tai apsunkina gydytojo darbą“ (I4) „Kartais dėl gydytojų trūkumo, tau užkraunama daryti papildomas procedūras, nors jos nėra tau privalomos“ (I6)
	Aprūpinimas nežmogiškaisiais ištekliais	Neigiamas	„Rajoninėje ligoninėje nėra prieinami visi ištyrimo ir gydymo būdai, kuriuos gali turėti dirbdamas trečiame lygyje“ (I8) „<...> rajone nėra visų procedūrų, tau nesuteikia galimybės paciento ištirti iki galo“ (I4) „Trūksta įrangos, tyrimų, negali daryti procedūrų, kurias galėtum atlikti pagal savo licenciją“ (I9) „<...> skyriuje turime ne visus reikiamus vaistus, dėl kurių trečiame lygyje manau net nekiltų problemų“ (I6)

Aptariant darbo krūvio ir sąlygų aspektus, informantai pasiskirstė beveik po lygiai, turėjo tiek neigiamų, tiek teigiamų vertinimų ir tai priklausė nuo jų asmeninės patirties mažesnėje gydymo įstaigoje. Analizuojant tyrimo dalyvių požiūrį į darbo krūvio ypatumus rajoninėje gydymo įstaigoje, teigiamai buvo vertinama tai, kad rajoninėje gydymo įstaigoje yra daugiau lankstumo derinant grafikus ir darbo krūvius, o kai kurie pasidalino patirtimi, kad pradėję dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje, netgi atrado daugiau laisvo laiko: „*Dirbdamas rajone turiu galimybę dirbti mažiau ir vis tiek uždirbti padoriai. Turiu daugiau laiko savo pomėgiams ir laisvalaikiui, pagaliau galėjau atsiversti knygą ir prisiminti ką reiškia turėti laisvalaikį*“ (I1). Tuo tarpu kitų informantų patirtys nebuvo tokios pozityvios ir jie dažniausiai įvardindavo dėl personalo stokos ar gautų finansinių motyvavimo priemonių atsirandančią prievolę dirbti didesniu nei etato krūviu, dažnai turėti neplanuotus budėjimus: „*Kas iš to didelio atlyginimo, jeigu po to nenormalūs krūviai ir turi sėdėti per naktis <...> tiesiogine prasme naktis, nes kai kažkas išeina atostogų ar suserga, eini budėti kas trečią naktį*“ (I2).

Analizuojant informantų pateiktus požiūrius į darbo aplinką, daug įvairovės nepavyko atrasti – visi kalbėjo apie pastatų naujumą, darbo vietos jaukumą ir estetiškumą, o vertinimas priklausė nuo to, su kuriuo iš variantų teko susidurti: „*<...> man patiko, kad pati ligoninė yra sutvarkyta, tvarkinga aplinka, visuomet yra malonu dirbti tvarkingoje ir išremontuotoje darbo vietoje*“ (I3).

Šioje darbo sąlygų kategorijoje buvo kelios subkategorijos, kurios nesulaukė nei vieno informanto teigiamo vertinimo – aprūpinimas žmogiškaisiais ir nežmogiškaisiais ištekliais. Be abejo, kad kalbant apie žmogiškuosius išteklius viena ar kita prasme visų informantų pateiktuose teiginiuose atsispindėjo personalo trūkumo problema, ypač pabrėžiant slaugytojų trūkumą: „*<...> negali ramiai užsiimti savo darbais ir juos atlikti laiku, nes skyriuje per mažai slaugytojų, o vienai susirgus, visi darbai užsitęsia, gydytojo darbo kokybė irgi suprastėja*“ (I1).

Ko gero iš to galima spręsti, kad rajoninėse gydymo įstaigose egzistuoja ir nežmogiškųjų išteklių trūkumo problema – dažniausiai buvo aptariamose sunkiai prieinamos ar apskritai neatliekamos įvairios diagnostinės ir gydomosios procedūros, specifiniai medikamentai su kurių trūkumu susiduria rajonuose dirbantys gydytojai „*<...> duodi receptą skyriuje gulinčiam žmogui ir liepi, kad artimieji atneštų tą vaistą, nes tiesiog esantys skyriuje netinkami jo atveju arba apskritai, reikalingų nėra*“ (I6).

Toliau aptarsime profesinių veiksmų kategoriją, kuri buvo suskirstyta į šias subkategorijas: profesinis tobulėjimas, profesinis palaikymas ir personalo kvalifikacija. Apibendrinta informacija pateikiama 8 lentelėje:

8 lentelė: Profesiniai veiksniai, turintys įtakos sprendimo priėmimui grįžti į rajonines gydymo įstaigas

Kategorija	Subkategorija	Vertinimas	Patvirtinantys teiginiai
Profesiniai veiksniai	Profesinis tobulėjimas	Teigiamas	„<...> rajoninėje ligoninėje nebijai klausti ir daryti klaidų, drąsiai gali tartis su kolegomis“ (I8) „Mažesniame mieste ar kaime galima kaip tik pamatyti įdomesnių ir sunkesnių atvejų, nes čia dažniau sutinki „užleistų“ pacientų“ (I2) „<...> jeigu rajoninėje ligoninėje išlikę dienos stacionaro paslaugos – chirurginio profilio specialistai gali didmiesčio pacientus su kur kas mažesnėmis eilėmis priimti ten, taip atlikdami daugiau procedūrų“ (I9) „<...> mano noras įgyti papildomą licenciją – būti echoskopuotoju. Kadangi rajonuose tų specialistų trūksta, turėsiu galimybę praplėsti savo specializaciją“ (I7) „Manau greičiau tobulėti ir subręsti kaip specialistas, nes iškart daug sprendimų turi priimti savarankiškai, neturi krūvos konsultantų, o tai labai svarbu jaunam, pradedančiam specialistui“ (I1) „Rajone daugiau atsakomybės, karjeros pradžioje tai būtų sunkiau, bet naudingiau“ (I1)
		Neigiamas	„Rajone nėra visų procedūrų, o dalis kolegų yra maksimalistai, kurie nori viską atlikti, ar patys daryti sudėtingas procedūras“ (I8) „Daug kas nori pamatyti pačias sudėtingiausias ir rečiausias patologijas, o didžiausia jų koncentracija aišku, kad trečiame lygyje“ (I8) „<...> mažesniuose miestuose yra mažiau galimybių tobulėti“ (I3) „Žmonės galvoja, kad mažesniame mieste nepadarys karjeros“ (I4) „<...> matant daugiau įvairesnių ir sunkesnių atvejų, ateina greitesnis patyrimas, o mažesnėje gydymo įstaigoje dažniausiai sunkūs atvejai reti arba jie iškart išsiunčiami į trečią lygį“ (I4) „<...> viskas centralizuojama ir greitai daugybės procedūrų mažesnėse ligoninėse net nebus galima atlikti“ (I9) „Sunkesni atvejai yra išsiunčiami, o jaunas specialistas nori iššūkių ir tobulėti, bijo užstrigti ir netobulėti“ (I9) „Mes viską stengiamės centralizuoti, o po to stebisi, kad nieks nenori grįžti į mažą miestą ir prarasti

			<i>savo įgūdžius“ (I1)</i> <i>„<...> turi atlikti tyrimus kurių tavo kolega didmiestyje niekada neatlikinėtų ir toks priverstinis tobulėjimas tikrai nėra geras“ (I6)</i> <i>„Nėra kur tobulėti. Nėra galimybių kilti karjeros laiptais“ (I6)</i> <i>„<...> galimybę rinktis turi ne visos specialybės. Jeigu tu esi pavyzdžiui hematologas, tavęs net ne visur reikės“ (I5)</i>
	Profesinis palaikymas	Neigiamas	<i>„<...> žada vis, kad turėsime oficialias nuotolines konsultacijas, tačiau realiai dabar nieko nėra“ (I4)</i> <i>„<...> yra net nupirkta speciali įranga telemedicinai, pagal paramą, bet jos niekas nenaudoja“ (I9)</i>
	Personalo kvalifikacija	Neigiamas	<i>„Susidūriau su prasta slaugytojų kompetencija. Didžiuosiuose miestuose jos mato daugiau ir sudėtingesnių atvejų, dėl to geriau gaudosi, o gera slaugytoja yra pusė gydytojo darbo“ (I7)</i> <i>„<...> mažesniuose miestuose dalis gydytojų tarsi „užpelkėję“, nevažiuoja į kongresus ar konferencijas, dėl to neturi su kuo pasitarti“ (I5)</i>

Daugiausia dėmesio profesinių veiksmų kategorijoje sulaukė profesinio tobulėjimo subkategorija. Praktiškai visi informantai, vienaip ar kitaip išsakė savo požiūrį šios veiksmų grupės atžvilgiu. Profesinio tobulėjimo galimybę teigiamai vertinę tyrimo dalyviai dažniausiai minėjo galimybę laisvai pasitarti su kolegomis ir esant ribotiems ištekliams, ugdyti patirtį anksčiau ir daugiau sprendimų priimant savarankiškai: „<...> aišku, kad tik pradėjus dirbti, gali būti labai sunku, bet savarankiškai dirbti be konsultantų būrio kaip universitetinėje ligoninėje, jaunam specialistui tikrai yra tik į naudą“ (I1). Buvo ir informantų, kurie rajoninėje gydymo įstaigoje išvėlgė geresnes galimybes savo kvalifikacijos ir įgūdžių spektro plėtimui nei universitetinėje ligoninėje: „<...> mano noras įgyti papildomą licenciją – būti echoskopuotoju. Kadangi rajonuose tų specialistų trūksta, turėsiu galimybę praplėsti savo specializaciją. Trečiam lygyje niekas to neleistų, nes patys echoskopuotojai kariauja dėl darbo vietų“ (I7). Kita vertus, ši subkategorija susilaukė ir tiek pat neigiamų veiksmų, kuriuos apibendrinus dažniausiai buvo minimos ribotos karjeros galimybės, specializuotų paslaugų ir sunkesnių, tobulėjimą skatinančių medicininių atveju stoka: „Matant daugiau įvairesnių ir sunkesnių atvejų, ateina greitesnis patyrimas, o mažesnėje gydymo įstaigoje dažniausiai sunkūs atvejai reti arba jie iškart išsiunčiami į trečią lygį. Kas iš to, jog savo pastangomis diagnozavai retą susirgimą ar matei įdomų atvejį – vėliau apie jį galėsi paskaityti nebent e-sveikatoje, bet jokio ryšio su tuo daugiau neturėsi“ (I4). Nemažai respondentų išsakė savo dvejones dėl Lietuvoje vykdomų

reformų, vedančių link centralizacijos, kurios dažnai jaunam specialistui kelia nerimą dėl mažesnių gydymo įstaigų ateities ir jų teikiamų paslaugų spektro: „*Neaiškus mažesnių ligoninių likimas. Jeigu esi tarkim chirurgas, o staiga uždaro reanimacijos skyrių ar tavo chirurgijos, lieki be darbo. Juk dauguma reformų priimamos net nedalyvaujant medikams*“ (I9).

Tuo tarpu profesinio palaikymo ir personalo kompetencijos subkategorijose vyravo tik neigiamas vertinimas. Keli informantai išreiškė nusivylimą, kad vis dar nėra plėtojamos nuotolinės konsultacijos, konsiliumai su universitetinių ligoninių gydytojais: „*<...> yra net nupirkta speciali įranga pagal paramą, bet jos niekas nenaudoja. Jei reikia pagalbos – turi pats imti telefoną į rankas ir tikėtis, kad tau kažkas teiksis padėti*“ (I9). Buvo aptariama ir rajoninių gydymo įstaigų personalo kvalifikacijos stoka – visi apie tai kalbėję informantai pabrėžė, kad teko susidurti tiek su gydytojų, tiek su slaugytojų kompetencijos trūkumu.

Kadangi profesinių veiksmų kategorijoje ypač daug dėmesio susilaukė profesinis tobulėjimas, o nuomonės apie jo teigiamą ar neigiamą vertinimą išsiskyrė beveik perpus, apibendrinant šio veiksmo reikšmę, galima panaudoti vieno iš informantų išsakytą mintį: „*Turi nuspręsti ar nori būti daugiau praktikas ar teoretikas. Jeigu nori daugiau praktikos – rajonas tinka, ten turėsi pakankamai praktikos ir savarankiškų įgūdžių, o jei nori būti teoretikas ir tęsti mokslinę veiklą, be abejo, rajonas tokios galimybės tau nesuteiks ir turėtum rinktis didžiąsias gydymo įstaigas*“ (I1). Iš šio informanto pastebėjimo, galime daryti prielaidą, kad ko gero požiūris į šį veiksmą susijęs su gydytojo karjeros ateities planais, o tiksliau, kokia kryptimi jis ruošiasi savo specializaciją plėtoti – teorine ar praktine.

7.3. Gyvenimo kokybės veiksniai

Po gyvenimo kokybės sąvoka slepiasi labai daug ir įvairių sričių – tai ne tik laisvalaikio ar švietimo sritys, infrastruktūra, gyvenamosios aplinkos puoselėjimas, tačiau ir bendrystės pojūtis. Dalyje mokslinių studijų buvo pastebėta, kad neturėdamas ryšio su vietine bendruomene, nesijaučiantis jos dalimi sveikatos priežiūros specialistas kur kas dažniau priima sprendimą išvykti (Cosgrave ir kt., 2019). Interviu metu informantų išsakytos mintys apie gyvenimo kokybės veiksmų įtaką pasirinkimui grįžti į rajonines gydymo įstaigas buvo sugrupuotos į tokias subkategorijas: integravimasis į vietos bendruomenę, švietimo sritis, partnerio įdarbinimas, laisvalaikio kokybė, infrastruktūra/gyvenamosios vietos aplinka. Apibendrintos mintys pateikiamos 9 lentelėje:

9 lentelė: Gyvenimo kokybės veiksniai, turintys įtakos sprendimo priėmimui grįžti į rajonines gydymo įstaigas

Kategorija	Subkategorija	Vertinimas	Pagrindžiantys teiginiai
Gyvenimo kokybė	Integravimasis į vietos bendruomenę	Teigiamas	„<...> mažesnė bendruomenė, per laiką visi vieni su kitais susipažįsta, bendravimas yra visai kitoks, nuoširdesnis nei didmiestyje“ (I4) „<...> gyvenant mažam mieste atsiranda ryšių ir pažinčių, kurie labai praverčia tiek darbe, tiek asmeniniame gyvenime“ (I2)
		Neigiamas	„<...> kas iš to, kad atlyginimas gal ir geras, bet tavo šeima ten prastai jausis“ (I8) „Į rajoną yra sunku išvažiuoti su šeima, nes dažnai niekam nerūpi kaip sekasi tavo šeimos nariams“ (I8) „Trūksta privatumo. Visi ir viską apie visus žino“ (I10)
	Švietimas	Teigiamas	„Man patiko ne tik požiūris, bet ir tai, kad yra gerų mokyklų ir daželių, girdėjau gerų atsiliepimų“ (I10)
		Neigiamas	„<...> gali mokėti kiek nori, bet nėra galimybių gauti vietos daželyje dėl ilgų eilių, tai kur tą vaiką dėti?“ (I8) „<...> neužtenka tik darželio ar mokyklos. Jeigu norėsiu vaiką mokyti privačiai kokios užsienio kalbos, kur man tai gauti mažame mieste?“ (I6) „<...> nėra jokios normalios ir įtraukiančios užklausinės veiklos vaikams“ (I4)
	Partnerio įdarbinimas	Neigiamas	„Kadangi rezidentūrą baigiame jau vyresnio amžiaus, dažnas turi šeimą ir vaikus, tačiau jie antrajai pusei įsidarbinti niekaip nepadeda“ (I8) „<...> antros pusės sunkumai įsidarbinant“ (I3) „Žmonės sukuria šeimą ir dažnai net ne su mediku, o antrajai pusei nėra galimybės dirbti rajone pagal savo specialybę“ (I9)
	Laisvalaikis	Neigiamas	„Mažesniame mieste ar kaime yra mažas paslaugų pasirinkimas, nėra kur įdomiai praleisti laisvalaikio“ (I8) „<...> mažame mieste neverda gyvenimas, po darbo nebėra ką veikti, trūksta veiklų“ (I7) „Socialinis gyvenimas rajonuose tiesiog neegzistuoja, ten dirbi ir tiek“ (I10)
	Infrastruktūra/	Teigiamas	„<...> iš kitos pusės – esant gerai infrastruktūrai ir

	gyvenamoji aplinka		<i>nedideliu atstumu iki didesnio miesto, nėra sunku iki jo nuvykti kai nori kažką nuveikti ar įsigyti“ (I8)</i> <i>„Gyvendamas mažesniame mieste gali išvengti kamščių, spūsčių ir kitų didmiesčio „malonumų“, gali greičiau nuvykti į darbą ir įveikti didesnius atstumus“ (I8)</i> <i>„<...> pasirinkau šį miestą nes jis nuolat gražėja, atsinaujina, gerėja gyvenimo sąlygos visai šeimai“ (I2)</i> <i>„Man labai svarbu, kad arti yra didieji miestai, viskas pasiekama iki 100 kilometrų, tai tikrai nėra sunku esant poreikiui nuvykti“ (I2)</i> <i>„<...> miestas gražus, sutvarkytas, nėra kamščių“ (I3)</i> <i>„Svarbu susisiekimas ir kelių kokybė, ne tik važinėjantiems gydytojams, bet keliaujant į didmiesčius“ (I10)</i>
		Neigiamas	<i>„<...>.svarbi kelių infrastruktūra, kad būtų geras pasiekiamumas ir galėtum lengvai pasiekti tą rajoninę gydymo įstaigą. Keli kolegos darbo atsisakė vien dėl to, kad kelias labai blogas iki to miesto“ (I2)</i>

Informantams vertinant integravimosi į bendruomenę veiksnio svarbą, nemaža dalis vertinimų buvo susijusių su mažos bendruomenės privalumais ir trūkumais – vieni informantai tai vertino teigiamai, nes mažoje bendruomenėje lengviau integruotis ir suskurti kokybiškus socialinius ryšius, tačiau kitiems atvirkščiai, maža bendruomenė reikšdavo per artimą santykį ir privatumo stoką: „<...> apsipirkinėjau vyro gimtadieniui, aišku, kad krepšelyje ten visko buvo, gal ir to ko pacientui nerekomenduočiau. Bet kol praeini pro tą parduotuvę, sutinki bent tris savo pacientus ir visi teisiančiu žvilgsniu vertina tavo krepšelio turinį. Mažame mieste net apsipirkti be nužiūrėjimo sunku“ (I5).

Kalbant apie švietimo sritį mažesniuose miestuose, vos keli respondentai apie tai turėjo teigiamą nuomonę, kurią nulėmė girdėti atsiliepimai apie tame mieste esančias švietimo įstaigas. Didžioji dalis neigiamų atsiliepimų buvo susiję su eilėmis gauti vietą valstybiniuose darželiuose ir mažu popamokinių veiklų pasirinkimą vaikams: „<...> negaliu pervažiuoti vien dėl atlyginimo. Mano vaikas šiuo metu lanko tarkim robotikos būrelį, jis juo labai džiaugiasi, kaip aš kažką panašaus rasiu ten tam kaime?“ (I3). Tačiau galima įžvelgti, kad kartais net ir esant gerai švietimo kokybei, kai kurie rajonai bandydami pritraukti sveikatos priežiūros specialistą per mažai patys gilinaisi į stipriąsias savo rajono puses: „Kiekvienas rajonas pritraukdamas specialistus turi atrasti savo stipriąsias puses, pavyzdžiui, mano gimtojoje Palangoje, Palangos gimnazija savo reitingu nusileidžia tik Vilniui ir Kaunui, tai

reiškia, kad gali užtikrinti stiprų ir kokybišką švietimą, o tai tikrai labai svarbu vaikų turintiems specialistams“ (I10).

Patyrimai susiję su partnerio įdarbinimu ar laisvalaikiu buvo tik neigiami. Dažniausiai buvo nurodoma, kad partneris neturi galimybių įsidarbinti ir dėl to nesulaukė jokios pagalbos. Taip pat kalbant ir apie laisvalaikį – visi nurodė paslaugų trūkumą ir labai ribotą laisvalaikio praleidimo pasirinkimą: *„<...> nėra net paprasto kino teatro. Didmiestyje net nesusimąstęs po pusvalandžio sėdėtumei kino salėje, o čia šimtą kilometrų reiks nuvažiuoti, kad į kino teatrą papultum, o kur dar sugaištas laikas kelyje“ (I1).*

Informantams kalbant apie gyvenamosios vietos aplinką ir infrastruktūrą daugiausia dėmesio susilaukė gyvenamosios aplinkos puoselėjimas bei aplink esančių kelių kokybė, susisiekimas su kitais, didesniais miestais: *„<...> šalia turim gerą greitkelį, tai realiai valanda ir gali jau turėti visas paslaugas kurių tau reikia“ (I2).* Taip pat, buvo pabrėžiama, kad mažuose miestuose galima išvengti spūsčių, nereikalingi dideli laiko limitai kažkur nuvykti. Vis dėlto, pasitaikė ir informantų, turėjusių ir neigiamas patirtis, dažniausiai buvo nurodoma prasta kelių kokybė ir sudėtingas susisiekimas su rajonine gydymo įstaiga: *„<...> esu atsisakiusi darbo pasiūlymo dėl to, kad apie tą kelią jau legendos sklindo, niekas jo nesiruošia tvarkyti, įvyksta daug avarijų, žūsta žmonės, o žiemą manau dar ten blogiau būna. Nenorėjau rizikuoti kasdien važinėdama“ (I3).*

Aptariant gyvenimo kokybės veiksnių svarbą galime daryti išvadą, kad vis dėlto šioje srityje informantai nurodė daugiau neigiamų aspektų, kurie dažniausiai buvo susiję su nepakankamu dėmesiu šeimos integravimuisi – partnerio įdarbinimo sunkumai, vaikų švietimo, popamokinės veiklos įvairovės stoka, siauras laisvalaikio paslaugų spektras. Ypatingas dėmesys skirtas kelių kokybei ir susisiekimui su kitais didžiais miestais.

7.4. Gydytojų pritraukimo priemonės Lietuvoje – informantų požiūris ir pasiūlymai

Kita pusiau struktūruoto interviu klausimų dalis buvo apie sveikatos priežiūros specialistų motyvavimo priemones taikomas Lietuvoje. Informantų buvo teiraujama, kokias Lietuvoje taikomas motyvavimo priemones jie žino, ką mano apie jų efektyvumą ir ar turi pasiūlymų kaip jas pagerinti, tam, kad jos būtų dar efektyvesnės. Taip pat, jau praktikuojančių gydytojų buvo klausama ar jie darbindamasi dalyvavo pritraukimo programose, o galbūt pasinaudojo motyvavimo priemonėmis.

Analizuojant informantų interviu, buvo laikytasi panašių subkategorijų kaip ir aptarinėjant veiksnius, kurie turi įtakos pasirinkimui grįžti į rajonines gydymo įstaigas. Informantų įvardijamos motyvavimo priemonės buvo suskirstytos į finansines, darbo sąlygų, profesinio tobulėjimo/ugdymo

programų, bei socialinės gerovės užtikrinimo. Lentelėje iškart pateikiama ne tik informantų žinomi motyvavimo būdai, su tuo susijusios jų patirtys, tačiau ir jų pasiūlymai, kaip šias taikomas priemones pagerinti (10 lentelė).

10 lentelė: Finansinės motyvavimo priemonės

Kategorija	Subkategorija	Turima informacija, patirtys/pasiūlymai	Patvirtinantys teiginiai
Finansinės motyvavimo priemonės	Konkurencingas atlyginimas	Turima informacija, patirtys	„Dažniausiai žada didesnę atlyginimą, nei gautum už tokį pat krūvį dideliame mieste“ (I10) „<...> kiek girdėjau iš kolegų, atlyginimai rajone yra beveik dvigubi nei didmiesčio poliklinikoje“ (I2) „Pagrindinė priemonė – didelis atlyginimas“ (I5) „<...> jaučiausi apgauta, nes motyvavo tuo, kad esu tik ką baigusi rezidentūrą, žadėjo atlyginimą kelti po kurio laiko, tačiau vėliau pažado taip ir neištesėjo“ (I4) „<...> jeigu viskas gerai, po pusės metų tas atlyginimas tikrai kils, tačiau pakėlė tik tada kai kėlė visiems ir buvo priversti kelti“ (I1)
		Pasiūlymai	„Atlyginimas turi tikrai būti didesnis, o ne tai, kad tą suma susirenki tik dirbdamas pusantro etato“ (I1) „Aš geriau rinkčiausi pastoviai augantį ir konkurencingą atlyginimą, o ne vienkartinės išmokas, kurias įpareigoja ilgam laikui. Ilgalaikiai įsipareigojimai verčia atsisakyti darbo pasiūlymų“ (I8) „Specialistas dirbdamas rajone tikisi uždirbti bent minimaliai 50 proc. didesnę atlyginimą nei didmiestyje“ (I2) „<...> man pakaktų gero atlyginimo be ilgalaikių įsipareigojimų“ (I5)
	Papildomos išmokos/stipendijos	Turima informacija, patirtys	„Žinau visokias stipendijas rezidentams, kurias moka dar nepabaigus studijų“ (I8)

			„Išankstinės sutartys, kai rezidentūroje jau mokami priedai, įsipareigojant vėliau dirbti tame rajone“(I10) „Žinau apie išmokas pirmuosius trejus metus“(I2) „<...> tris metus iš eilės moka išmokas“(I6) „Dažniausiai girdžiu apie metines išmokas“(I7) „Pasinaudojau išmoka - kiekvienus pirmus metus moka 5 tūkst. eur., pasirašant sutartį, kad išdirbsiu toje gydymo įstaigoje bent 4 metus, etato krūviu“(I2) „<...> savivaldybė suteikė išmokas, be didelių įsipareigojimų, atidirbi metus ir už juos gauni išmoką“(I1)
		Pasiūlymai	„Keliami labai dideli lūkesčiai ir reikalavimai, ypač kaip pasinaudoji kokia finansine parama. Turi atsirasti kas nors, kas tam jaunam gydytojui padėtų užtikrinti sąžiningas derybas“(I2) „Kuo nepatrauklesnis miestas, tuo turėtų būti skiriamos didesnės išmokos“(I3) „<...> manau visur turėtų būti mokama vienodai, niekas neturi būti nuskriaustas. Mažesnės ligoninės gi nėra niekuo pranašesnės ir iš kur joms gauti tas papildomas lėšas?“ (I6)
	Rezidentūros studijų apmokėjimas	Turima informacija, patirtys	„<...> siūlo apmokėti rezidentūrą ir pasirašyti sutartį“(I9) „<...> Europos sąjungos projektas kartu su savivaldybe ir gydymo įstaiga“(I9)
	Įsikūrimo išlaidų kompensavimas	Turima informacija, patirtys	„Siūlo tarnybinį butą arba apmoka pradinį įnašą būsto įsigijimui“(I8) „<...> taiko paramas pirmajam būstui įsigyti“(I2) „<...> duoda sumą įsikūrimui ir turi už tai atidirbti“(I9) „Siūlė tarnybinį būstą, bet jis netiko mūsų šeimos poreikiams, dėl to

			<i>nepasinaudojau“ (I4)</i> <i>„Žadėjo tarnybinį būstą, o daugiau nieko“ (I6)</i>
		Pasiūlymai	<i>„Jeigu jau siūlo tarnybinį būstą, turi atsižvelgti ir į tai, ar jis to gydytojo šeimai yra tinkamas, o ne bandyti prastumti bet ką“ (I4).</i>
	Kelionės/transporto išlaidos	Turima informacija, patirtys	<i>„Kuro apmokėjimas“ (I3)</i> <i>„<...> važinėjantiems sumoka už kurą“ (I2)</i>

Informantai dalindamiesi savo žiniomis, patirtimis ir įžvalgomis apie finansines priemones daugiausia kalbėjo apie konkurencingą atlyginimą. Beveik visi apklaustieji teigė, kad atlyginimas turi būti kur kas didesnis nei didmiestyje, kai kurie iš jų nurodė, kad jis turėtų būti bent 50 proc., arba dvigubai didesnis už kolegos, dirbančio didmiestyje. Dalindamiesi savo patirtimis, ne vienas išreiškė nusivylimą, kai gydymo įstaiga neišpildė savo pažadų: *„Atvykau iškart po rezidentūros baigimo. Administracija sakė, kad esu tik ką baigusi ir labai jauna, nepatyrusi ir neaišku kaip man čia seksis, sakė, kad jei viskas gerai, atlyginimą pakels po kurio laiko, kai įsidirbsiu, tačiau likau apgauta, nes jie savo pažado taip ir neištesėjo“ (I4).* Taip pat, pabrėžė, kad po dideliu atlyginimu neturi „slėptis“ labai dideli krūviai *„Žmonės ir vyksta tam į kaimą, nes ten dirbdamas etatu gali gauti tiek, kiek didmiestyje už pusanthro moka“ (I1).*

Kalbėdami apie finansines motyvavimo priemones, didžioji dalis informantų nurodė žinantys apie savivaldybių skiriamas kasmetines išmokas ar rezidentūros metu mokamas stipendijas. 3 iš 6 apklaustų gydytojų nurodė, kad pasinaudojo metinėmis išmokomis, kurios svyravo nuo 5 iki 7 tūkst. eurų. Vienas iš gydytojų įsipareigojo tame rajone išdirbti bent ketverius metus, o likusieji du, įsipareigojimo išdirbti neturėjo, o išmokas gaudavo po kiekvienų, gydymo įstaigoje išdirbtų metų.

Dažniausiai girdimas pasiūlymas kalbant apie atlyginimą ir papildomas išmokas ar stipendijas buvo vengti ilgalaikių įsipareigojimų. Dažnas informantas nurodė, kad jį kur kas labiau motyvuotų konkurencingo dydžio atlyginimas, o ne vienkartinės išmokos, dėl kurių atsiranda ilgalaikiai įsipareigojimai. Tačiau teikiant pasiūlymus dėl mokamų kasmetinių išmokų, informantų nuomonės išsiskyrė – vieni teigė, kad turi būti atsižvelgiama į tai, kokioje geografinėje vietovėje yra gydymo įstaiga, ir kuo ta vieta yra „nepatrauklesnė“, išmokos turėtų būti didesnės. Tačiau vienas iš informantų manė, kad visuose Lietuvos rajonuose taikomos finansinės priemonės turėtų vienodos, nes kitu atveju atsiranda nesąžininga konkurencija tarp gydymo įstaigų: *„Dabar Lietuvoje vyksta specialistų perpirkimas. Manau visur turėtų būti mokama vienodai, niekas neturi būti nuskriaustas. Mažesnės ligoninės gi nėra niekuo pranašesnės ir iš kur joms gauti tas papildomas lėšas?“ (I6).*

Buvo aptarta ir kita, kartu su taikomomis finansinės priemonės atsirandanti problema – ne vienas informantas nurodė, kad pasinaudojus finansinėmis priemonėmis, iš administracijos jie jautė spaudimą ar girdėjo iš kolegų apie sunkumus, derantis dėl optimalių darbo sąlygų: „*Keliami labai dideli lūkesčiai ir reikalavimai, ypač kaip pasinaudoji kokia finansine parama. Turi atsirasti kas nors, kas tam jaunam gydytojui padėtų užtikrinti sąžiningas derybas*“ (I2); „*<...> kadangi jau buvau gavusi išmoką, direktorius teigė, kad ir taip jie už mane sumokėjo ir tik jų dėka aš čia gavau darbo vietą, dėl to nieko daugiau neturiu teisės prašyti*“ (I1). Informantai teigė, kad turi atsirasti atskira instancija, kuri užtikrintų gydytojo teisę į nešališkas derybas dėl darbo sąlygų.

Beveik visi informantai žinojo apie galimybę gauti medicinos rezidentūros studijų apmokėjimą, tačiau pasiūlymų šiai priemonei neturėjo. Vienas informantų netgi nurodė žinąs apie anksčiau vykdytą Europos sąjungos projektą, skirtą rezidentūros studijoms apmokėti.

Kalbant apie įsikūrimo išlaidų kompensavimą didžioji dalis informantų paminėdavo išmokas įsikūrimui ir tarnybinio būsto suteikimą. Įdomi tendencija, kad visiems tyrim dalyvavusiems gydytojams buvo siūlytas tarnybinis būstas, o juo pasinaudojo trys iš šešių apklaustųjų gydytojų. Likusieji nurodė, kad siūlomas būstas neatitiko jų poreikių, o kalbant apie pasiūlymus kaip šią priemonę pagerinti, teigė, kad turi būti atsižvelgiama į gydytojo poreikius ir jo šeimos dydį, kas dažnu atveju nebuvo daroma: „*Jeigu jau siūlo tarnybinį būstą, turi atsižvelgti ir į tai, ar jis to gydytojo šeimai yra tinkamas, o ne bandyti prastumti bet ką*“ (I4).

Kelionės ir transporto išlaidų kompensavimo priemonė taip pat buvo paminėta, tačiau papildomų pasiūlymų, kaip ją gerinti nesulaukė.

Apibendrinant informantų mintis – dažniausia nurodomos finansinės motyvacinės priemonės buvo konkurencingas atlyginimas, papildomos išmokos ar stipendijos bei rezidentūros studijų kainos apmokėjimas. Vis dėlto, dalis informantų gydymo įstaigoms siūlė mokėti konkurencingus atlyginimus be ilgalaikių įsipareigojimų bei užtikrinti gydytojo teisę į nešališkas derybas dėl darbo sąlygų.

11 lentelė: Darbo sąlygos susijusios su motyvavimo priemonėmis

Kategorija	Subkategorija	Turima informacija, patirtys/pasiūlymai	Patvirtinantys teiginiai
	Darbo krūvis	Turima informacija, patirtys	„ <i>Kadangi dalis kolegų yra važinėjantys, jiems suteikia teisę vieną dieną per savaitę dirbti nuotoliu</i> “ (I2)
		Pasiūlymai	„ <i><...> noriu adekvataus darbo krūvio, pavyzdžiui keturių dienų darbo savaitės</i> “ (I2)

Darbo sąlygos			„Rajone tikiuosi daugiau lankstumo derinant darbo krūvius, darbo grafiką“ (I10) „Įstaigos turi daugiau prisitaikyti prie atvykstančio gydytojo ir suteikti jam lankstų darbo grafiką, jeigu yra galimybė, padirbėti ir nuotoliu“ (I2)
	Žmogiškieji ištekliai	Pasiūlymai	„Nors tai ne tik mažų ligoninių problema, bet turi mažinti pagalbinių personalo trūkumą – tiek slaugytojų, tiek jų padėjėjų“ (I6) „<...> aišku, kad turi būti pakankamai seselių“ (I3)
	Nežmogiškieji ištekliai	Pasiūlymai	„Jeigu nori kažką prisikviesti, turi užtikrinti, kad bus vykdomos tam specialistui reikalingos procedūros, turės bazinius medikamentus ir įrangą“ (I9)
	Darbo aplinka	Pasiūlymai	„<...> jei nori, kad kas atvažiuotų, tai ir patalpos neturi atrodyti kaip kaimo ligoninė“ (I10) „Pritraukimui svarbu graži, išremontuota aplinka, tai skatina pasilikti dirbti“ (I3)

Diskutuoiant apie darbo sąlygų gerinimą, daugiausia dėmesio skirta darbo krūviui – buvo siūloma prisitaikyti prie gydytojo poreikių ir suteikti galimybę lanksčiau derinti darbo krūvį, grafikus bei suteikti galimybę dirbti nuotoliu. Kitos subkategorijos sulaukė tik pasiūlymų – lygiai taip pat, kaip ir nagrinėjant įvairių veiksnių svarbą, buvo atkreipiamas dėmesys, kad gydymo įstaiga turi mažinti slaugytojų ir jų padėjėjų trūkumą, turėti reikalingą įrangą, medikamentus ir suteikti estetišką darbo aplinką.

12 lentelė: Profesinio tobulėjimo galimybės/ugdymo programos susijusios su motyvavimo priemonėmis

Kategorija	Subkategorija	Turima informacija, patirtys/pasiūlymai	Patvirtinantys teiginiai
Profesinis tobulėjimas/ ugdymo programos	Profesinio tobulėjimo galimybės	Pasiūlymai	„<...> stengtis išlaikyti specializuotas paslaugas, nes kitaip į ligoninę kur yra tik vidaus ligų skyrius ir slauga nieks nenorės grįžti“ (I9) „<...> peržiūrėti kokių specializacijų gydytojų labiausiai trūksta ir galbūt suteikti galimybę, kažkam įgyti papildomą specializaciją ar persikvalifikuoti“ (I7)
	Kvalifikacijos kėlimo kursai/ugdymo programos	Turima informacija, patirtys	„<...> žinau, kad kai kurių rajonų ligoninės išleidžia į kursus daugiau nei tos penkios numatytos dienos konferencijoms“ (I9) „<...> girdėjau, kad ilgina rezidentūros trukmę ir privalomai dalį rezidentūros turėsi atlikti rajoninėje ligoninėje“ (I3) „<...> norėjau savo gimtojo miesto ligoninėje atlikti praktiką, bet nesutiko manęs priimti“ (I5)
		Pasiūlymai	„Turi prisikviesti daugiau studentų ir rezidentų, kad jie susipažintų su rajoninės ligoninės kasdienybe“ (I9) „Rajoninės įstaigos turi tapti rezidentūros bazėmis ir priimti daugiau praktikantų, tuomet atsiranda ryšys su ta vieta“ (I3)

Informantai pakankamai nedaug kalbėjo apie profesinio tobulėjimo galimybes ar ugdymo programas kaip motyvavimo priemones. Pasikartojo kelių informantų jau anksčiau skambėjusios nuomonės, kad gydymo įstaigos turi stengtis ir teikti bent kažkiek specializuotų paslaugų, taip pat, apsvarstyti pritraukti ne tik naujus specialistus, bet ir suteikti galimybę esantiems įgyti papildomą specializaciją. Keli informantai žinojo apie vykdomą rezidentūros bazių plėtrą ir vertino tą teigiamai, nes jų nuomone, stipresnis ryšys su gydymo įstaiga gali atsirasti tik tada kai, kai joje turi praktiką kaip studentas ar rezidentas: „Ta ligoninė buvo vienintelis pasirinkimas – nes ten turėjau paskutinius rezidentūros metus, o po to pasiūlė likti, Sutikau, nes su ta ligonine jau buvau susipažinusi ir jaučiau ryšį su kolegomis“ (I3).

13 lentelė: Socialinės gerovės užtikrinimas susijęs su motyvavimo priemonėmis

Kategorija	Subkategorija	Turima informacija, patirtys/pasiūlymai	Patvirtinantys teiginiai
Socialinės gerovės užtikrinimas	Partnerio įdarbinimas	Turima informacija, patirtys	„Antrai pusei padeda susirasti darbą“ (I7) „<...> padėjo įsidarbinti vyrui“ (I3) „<...> klausiau dėl pagalbos vyro įdarbinimui, bet sakė, kad nežino kaip padėti“ (I5)
		Pasiūlymai	„Kadangi rezidentūrą baigiame jau vyresnio amžiaus, dažnas turi šeimą <...> svarbu, kad padėtų įsidarbinti antrajai pusei“ (I8)
	Švietimo sistema/ popamokinė veikla vaikams	Turima informacija, patirtys	„<...> tikrai yra kelios savivaldybės, kad vaikas į darželį be eilės patenka“ (I6) „<...> ir padeda vaikui darželį surast“ (I3)
		Pasiūlymai	„Reikia nepamiršti vaikų – dažnai nėra galimybių gauti vietos daželyje dėl ilgų eilių, atvykęs gydytojas tokios problemos neturėtų pats spręsti“ (I8) „Rajonas turi būti patrauklus ne tik alga, bet ir švietimu, gera švietimo kokybe mokyklose ir darželiuose“ (I10)
	Šeimos integravimasis į bendruomenę	Turima informacija, patirtys	„Į rajoną yra sunku išvažiuoti su šeima, nes dažnai niekam nerūpi kaip sekasi tavo šeimos nariams“ (I8) „<...> jei tas miestas labai mažas, gali jaustis kaip prašalaitis, nėra net su kuo laisvalaikio leisti“ (I5)
		Pasiūlymai	„<...> turėtų žiūrėti ne kaip pritraukti specialistą, o kaip pritraukti visą šeimą, kad visi gerai jaustųsi“ (I8) „<...> į specialistą turi žiūrėti kaip į visumą, jo visos šeimos gerovę“ (I7)
	Laisvalaikio/ paslaugų sfera	Pasiūlymai	„<...> miestas turėtų atkreipti dėmesį ir į savo laisvalaikio paslaugų plėtimą, tam kad nereiktų važinėti linksmiau praleisti laiko“ (I8) „Kiek tai įmanoma – turi būti nors kažkiek paslaugų pasirinkimo, turi grąžinti aplinką, kad tame mieste būtų malonu gyventi ir leisti laiką“ (I2).

Informantus kalbinant apie socialinės gerovės užtikrinimą, daugiausia dėmesio susilaukė partnerio įdarbinimo klausimas bei vaikų švietimo klausimas – mokyklos bei darželių pasirinkimas ir prieinamumas. Informantų patyrimai buvo skirtingi – vieni sulaukė pagalbos tiek dėl partnerio įdarbinimo ir gavo pagalbą sprendžiant vaikų priėmimo į darželį klausimą, tačiau kiti buvo nusivylę ir teigė, kad šios problemos buvo jų pačių rūpestis: „*Grižome kartu su vyru, jis neseniai buvo pabaigęs informatikos studijas. Klausiau savivaldybėje dėl pagalbos vyro įdarbinimui, bet sakė, kad nežino kaip padėti, tokių paslaugų neteikia*“ (I5). Be abejo, visi šią temą palietę informantai siūlė savivaldybei ir gydymo įstaigų administracijai kur kas labiau prisidėti sprendžiant visos gydytojo šeimos problemas, nes, didžioji šių rūpesčių dalis ir atsiranda dėl pasirinkimo dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje.

Informantai taip pat išreiškė pasiūlymus plėsti mieste esančių paslaugų spektrą ir rūpintis bendrųjų miesto erdvių priežiūra.

7.5. Informantų požiūris į Lietuvoje taikomų motyvavimo priemonių efektyvumą

Apibendrinant visas informantų išsakytas mintis, aštuoni iš dešimties informantų teigė, kad remiantis jų nuomone, Lietuvoje taikomos motyvavimo priemonės gydytojams į rajoninės gydymo įstaigos pritraukti yra neefektyvios: „*Taikomos priemonės nėra efektyvios. Net ir skiriant labai dideles sumas, vis tiek nėra kam dirbti*“ (I3). Likusieji negalėjo tvirtai atsakyti, ir teigė, kad tai priklauso nuo rajono bei taikomų priemonių. Ne vienas iš jų nurodė, kad šiuo metu vyksta stipri konkurencija tarp gydymo įstaigų, tačiau ji neduoda gerų rezultatų, o tik kuria priešpriešą tarp skirtingų rajonų: „*<...> iš tikrųjų yra sunku pasakyti ar pakankamai veiksmingai tos taikomos priemonės veikia. Dabar kiekviena savivaldybė žada viską skirtingai, o net ir finansinės priemonės yra labai skirtingo dydžio. Vyksta aukcionas – kas gali daugiau už tą specialistą sumokėti. Gydytojui gal ir nieko, bet gydymo įstaigoms tikrai darosi sunku konkuruoti*“ (I8); „*Manau problema, kad prasidėjo specialistų migracija tarp rajonų, jie tarsi vienas nuo kito juos perperka*“ (I4); „*<...> efektyvumas nėra pakankamas, nes didžioji dalis gydytojų ir toliau pasilieka didmiesčiuose*“ (I7).

Vienas iš informantų turėjo kontraversišką nuomonę apie tai ar apskritai, pačios pritraukimo programos nulemia gydytojo pasirinkimą. Pasak pirmojo informanto, sprendimą grįžti gydytojas dažniausiai priima nepriklausomai nuo to, kiek ir kokių motyvacinių priemonių tam rajone taikoma. Jo manymu, jeigu žmogus tvirtai apsisprendęs likti didmiestyje, jokios motyvavimo priemonės nebus pakankamai efektyvios jam pritraukti: „*Manau, kad taikomos priemonės nėra efektyvios, nes pagrindinį sprendimą dirbti, ar ne, lemia ne jos, o kažkoks ankstesnis ryšys su vietove į kurią vykstama. Dalis specialistų jau ir be jų būna nusimatę dirbti rajone. Aišku, jos gal leidžia apsispręsti lengviau ir tai tik plusas prie visko, bet kažin, ar didesnės pinigų sumos situaciją pakeistų iš esmės*“ (I1).

Lygiai taip pat, dalis informantų teigė, kad šiuo metu per daug dėmesio yra skiriama kaip specialistą pritraukti, bet niekam neįdomu, kaip jį išlaikyti, visiškai neskiriama dėmesio jau esamų darbuotojų darbo sąlygų gerinimui, dėl ko visa specialistų trūkumo problema tik gilėja: „Sąlygas turi gerinti visiems darbuotojams rajonuose – kas iš to, kad pritraukia jauną specialistą, kai tuo tarpu anksčiau atvykę kolegos meta darbą dėl mažo atlyginimo ir kur kas prastesnių darbo sąlygų nei suteikiamos, tam ką tik atvykusiam gydytojui. Visose rajono gydymo įstaigose reikia gerinti darbo sąlygas visiems gydytojams“ (I5).

Vienas iš informantų svarstė, kad šiuo metu per daug visi koncentruojasi į finansines priemones, tačiau ne visi rajonai, turi užtektingai lėšų, kad galėtų lygiomis teisėmis dalyvauti kovoje dėl gydytojų. Dešimtojo informanto manymu, rajonams reikia skirti daugiau dėmesio savo privalumų paieškoms, kurie juos išskirtų iš kitų: „Kiekvienas rajonas pritraukdamas specialistus turi atrasti savo stipriąsias puses, pavyzdžiui, mano gimtojoje Palangoje, Palangos gimnazija savo reitingu nusileidžia tik Vilniui ir Kaunui, tai reiškia, kad gali užtikrinti stiprų ir kokybišką švietimą. Gal gydytojams, turintiems mokyklinio amžiaus vaikų, kokybiškas vaiko švietimas gali būti svarbiau už tai, kad šalia esantis rajonas duoda keliais tūkstančiais eurų daugiau“ (I10).

7.6. Informantų patarimai ir klausimai kolegoms

Vienas iš interviu klausimų buvo apie tai, ko rezidentas norėtų paklausti vyresnio kolegos, dirbančio rajoninėje gydymo įstaigoje ir atvirkščiai, kokį patarimą gydytojas duotų rezidentui ar medicinos studentui. Rezidentų grupėje atsakymai buvo įprastiniai, daugiausia buvo nurodomas darbo krūvis, sąlygos, tobulėjimo galimybės ir santykiai su kolegomis.

Gydytojų grupėje atsakymai skambėjo visai kitaip – didžioji dalis išreiškė nemenką nepasitikėjimą ilgalaikiąsias įsipareigojimas, administracija ir jos pažadais. Dauguma gydytojų ypač akcentavo svarbą visus susitarimus įrašyti į darbo sutartį: „Svarbu, kad darbo sutartyje visi pasižadėjimai būtų aiškiai įvardinti ir numatyta per kiek laiko tai bus įvykdyta“ (I2); „Jeigu kažką žada, turi viską įrašyti į sutartį, nes liksi be nieko. Administracija labai greitai pamiršta savo pažadus, kurie jiems yra nepalankūs“ (I4); „Darbinantis reikia labai gilintis į sutartį, skaityti kelis kartus kas ten parašyta ir nepamiršti paskaityti tarp eilučių, o geriau dar ir teisininkui parodyti“ (I6); „<...> reikia išsiaiškinti visas, net ir mažiausias smulkmenas, nes po to sužinai, kad tau tas nepriklauso, o už tą ar aną nebemokės“ (I1). Svarbiu įvardijo ir administracijos bendravimą su būsimuoju darbuotoju: „Reikia turėti savivertę. Jeigu bendraujant su administracija prasideda kažkokie išvedžiojimai nuo pat pradžių, reikia apsvarstyti ar ta įstaiga tikrai tinkamas pasirinkimas“ (I4).

Neretas gydytojas rekomendavo pirma apsispręsti, ar būsimajam kolegai yra priimtinas gyvenimas mažesniame mieste, o tik tada svarstyti apie taikomas motyvavimo priemones: „*Patarčiau pagyvoti pirma ne apie atlyginimą, o apie tai kur jis būtų laimingesnis. Ar jam reikia šurmulio ir daugiau veiklių, ar ramesnio gyvenimo ir lėtesnio tempo*“ (I2); „<...> turi pats apsispręsti ar gali gyventi mažame mieste“ (I3).

Galima teigti, kad gydytojų patarimai jaunesniems kolegoms atskleidė neigiamas patirtis dirbinantis ir bendraujant su gydymo įstaigų administracija. Netinkamas administracijos komunikavimas, susitarimo sąlygų nevykdymas ar painių darbo sutarčių pateikimas yra nemaža problema rajoninėse gydymo įstaigose, kuri prisideda prie specialistų pasirinkimo į jas negrįžti.

7.7. Darbo pasiūlymų paieška

Interviu metu informantų buvo klausiama koku būdu jie sužinojo apie esamą darbo vietą ar kokiais būdais tokios informacijos ieškotų. Anksčiau aptartuose moksliniuose šaltiniuose taip pat nurodoma, kad ypač svarbi lengvai prieinama ir aiški informacija apie darbo sąlygas, o darbo skelbimuose turi būti nurodoma ne tik su darbu susijusi informacija, bet ir kitos galimybės – partnerio įdarbinimas, vaikų švietimo ir užimto klausimas. Taip pat, reiktų sudaryti galimybę būsimajam darbuotojui pabendrauti su jau dirbančiais kolegomis ar bendruomenės nariais (Abelsen ir kt., 2020).

Apibendrinant informantų atsakymus, jie sugrupuoti į 3 pagrindines subkategorijas: oficialūs darbo skelbimai/renginiai, asmeniniai ryšiai ir asmeninė iniciatyva (14 lentelė).

14 lentelė: Darbo pasiūlymų paieškos būdai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Darbo pasiūlymų paieška	Oficialūs darbo skelbimai/renginiai	„<...> nemažai informacijos gavau LSMU rezidentūros dienoje, kai galėjau gyvai pabendrauti su įvairių įstaigų vadovais, išgirsti jų siūlomas sąlygas“ (I8); „<...> manau bandyčiau per“ Facebook“ medikų grupes žiūrėti“ (I4) „Manau pirma išsirinkčiau ligoninę, o tada ieškočiau informacijos jos tinklapyje“ (I3) „Pradėčiau nuo kiekvienos ligoninės oficialių tinklapių peržiūros“ (I4) „Žinau, kad yra sveikatos apsaugos ministerijos tinklapyje darbo pasiūlymų medikams sąrašas“ (I4) „Ieškočiau darbo pasiūlymų SAM puslapyje“ (I9) „Ieškočiau tam tikros ligoninės pasiūlymus“ (I9) „Dažnai tikrinu skelbimus LSMU karjeros centro tinklapyje“ (I5)

		<i>„Pirma pagalvočiau kokiam rajone noriu dirbti, tada išsirinkčiau gydymo įstaigą ir tikrinčiau jos oficialų tinklapį“ (I1)</i>
	Asmeniniai ryšiai	<i>„Viską apie darbo sąlygas geriausia sužinoti iš pirmų lūpų, ypač iš tų, kurie ten jau dirba ar dirbo“ (I8) „<...> be abejo, bandyčiau dėl darbo pasiklausinėti pažįstamų ar kolegų“ (I4) „<...> aišku pirmiausia per pažįstamus“ (I3) „Kadangi mūsų specialistų nėra daug, sužinojau iš kolegų, kad būtent tas miestas ieško mano specializacijos gydytojo“ (I4) „<...> gaudyčiau informaciją per pažįstamus, kurie jau ten dirbo“ (I6) „<...> prasidėjo nuo ryšio su pavaduotoja, ją asmeniškai pažinojau, ji man ir pasiūlė darbą“ (I5) „Tik per pažįstamus“ (I10)</i>
	Asmeninė iniciatyva	<i>„Manau, kad pirma išsirinkčiau rajonus apie kuriuos galvoju, o tada tiesiog skambinčiau ir klausčiau kokias sąlygas jie gali pasiūlyti“ (I8) „Norėjau į šitą miestelį, dėl to pati paskambinau direktoriui ir paklausiau ar nereikia terapeutų“ (I6)</i>

Interviu metu gydytojų buvo klausta, kaip jie sužinojo apie dabartinę savo darbo vietą. Abiejų informantų grupių klausta kaip apskritai, jie ieškotų informacijos apie darbo pasiūlymus rajoninėse gydymo įstaigose. Didžioji dalis respondentų apie darbą sužinojo per kitus kolegas ar pažįstamus, o kita dalis ėmėsi iniciatyvos patys „*Supratau, kad noriu būtent šitos gydymo įstaigos, tai skelbimų net nežiūrėjau, paskambinau tiesiai pavaduotojui ir paklausiau kokių specialistų jiems trūksta*“ (I6). Rezidentų grupėje situacija taip pat nepasikeitė – visi informantai nurodė, kad pirmiausia savo darbo paiešką aptartų su kitais kolegomis ar pažįstamais, o tik po to bandytų ieškoti atskirų darbo skelbimų sveikatos apsaugos ministerijos tinklapyje, gydymo įstaigų oficialiuose tinklapiuose, socialinių tinklų medikų grupėse ar universitetų karjeros centrų tinklapiuose. Didžioji dalis savo pasirinkimą motyvavo tuo, kad gaunant informaciją iš kitų kolegų ji yra patikimesnė ir suteikia papildomos, realios informacijos apie esamas darbo sąlygas ir darbo kultūrą, bendravimą kolektyve bei administracijos požiūrį: „*Ieškočiau per pažįstamus, nes jie galėtų nupasakoti tikrą situaciją, kaip ten kolektyvas, o svarbiausia yra darbo aplinka ir tik ten dirbantis žmogus gali ją tiksliai apibūdinti*“ (I7). Dalis rezidentų nurodė savo universiteto karjeros centro puslapį bei specialus renginius, skirtus susipažinimui su kitų rajonų gydymo įstaigomis, jų darbo pasiūlymais, galimybę gyvai pakalbėti su įstaigų vadovais: „*<...> nemažai informacijos gavau LSMU rezidentūros dienoje, kai galėjau gyvai*

pabendrauti su įvairių įstaigų vadovais, išgirsti jų siūlomas sąlygas ir iškart aptarti visus iškilusius klausimus. Gyvas ryšys visada tikresnis“ (I8).

Vertinant respondentų atsakymus, nemažai jų nurodė, kad informacijos apie darbo pasiūlymus ieškotų gydymo įstaigų oficialiuose tinklapiuose, dėl to rajoninės gydymo įstaigos turėtų gerinti savo tinklapiuose pateikiamos informacijos kokybę bei prieinamumą, o universitetai ir toliau plėsti savo karjeros centrų veiklą bei jų informacijos sklaidą, tęsti renginių organizavimą.

DISKUSIJOS

Šiame darbe atliktas kokybinis tyrimas naudojant pusiau struktūruotą interviu leido atskleisti medicinos rezidentų ir gydytojų požiūrį į veiksnius, lemiančius apsisprendimą dirbti rajoninėse gydymo įstaigose bei Lietuvoje taikomų motyvavimo priemonių vertinimą. Didžioji dalis gautų rezultatų sutapo su kitais šią temą nagrinėjusiais moksliniais šaltiniais.

Tyrimas patvirtino, kad vienas iš svarbiausių veiksnių, renkantis darbą rajoninėje gydymo įstaigoje yra finansinis motyvavimas. Šio veiksnio svarba atsispindėjo tiek aptariant svarbiausių veiksnių grupes, tiek kalbant apie motyvavimo priemones taikomas Lietuvoje. Tyrimo dalyviai daugiausia dėmesio skyrė atlyginimo dydžiui, papildomoms kasmetinėms išmokoms ir rezidentūros studijų apmokėjimui. Gauti rezultatai atitinka Mohammadiaghdam ir kt. atliktos sisteminėje literatūros analizėje nurodomą finansinių veiksnių svarbą - finansinis skatinimas yra būtinas norint, kad sveikatos priežiūros specialistas rinktųsi mažiau apgyvendintą vietovę, darbo užmokestis turi būti reikšmingai didesnis nei dirbančiųjų didžiuosiuose miestuose, o Mandal ir Phillips tyrimas taip pat patvirtina finansinių veiksnių svarbą įdarbinimo programose (Mohammadiaghdam ir kt., 2020; Mandal ir Phillips, 2022). Koebisch ir kt. sisteminėje apžvalgoje nurodoma, kad finansiniai veiksniai ypač didelę reikšmę turi neseniai studijas baigusiems gydytojams (Koebisch ir kt., 2020). Struktūruoto interviu metu analizuojant tyrimo dalyvių pasirinkimo dirbti rajoninėse įstaigose motyvus taip pat paaiškėjo, kad finansiniai veiksniai, o tiksliau konkurencingas atlyginimas, svarbiausias buvo rezidentams, kai tuo tarpu jau praktikuojantys gydytojai savo pasirinkimą siejo su kilimu iš tos vietovės ar kitu ryšiu. Goodfellow ir kt. tyrimas šį ryšio su vietove santykį ir darbo vietos pasirinkimą taip pat patvirtino, nurodydami, kad gydytojai kilę iš mažesnių miestų ar kaimo vietovių yra tris kartus labiau linkę į juos sugrįžti dirbti nei kolegos, kilę iš kitų gyvenamųjų vietų (Goodfellow ir kt., 2016).

Mohammadiaghdam ir kt. nurodė kad darbas mažiau apgyvendintoje vietovėje gali turėti ir neigiamą finansinę reikšmę, pavyzdžiui mažesnė tikimybė sveikatos priežiūros specialistui įsidarbinti privačioje gydymo įstaigoje (Mohammadiaghdam ir kt., 2020). Informantai taip pat nurodė šį aspektą, kartu atsiskleisdami ir finansinio motyvavimo programų trūkumą, nenurodytą anksčiau minėtuose tyrimuose – naudojimasis finansine parama gali apriboti gydytojo teisę į nešališkas derybas dėl geresnių darbo sąlygų.

Kita didelė grupė veiksnių kurią plačiai aptarinėjo informantai – darbo sąlygos ir profesinis tobulėjimas. Asghari ir kt. sisteminėje apžvalgoje įvardijo kad specialistui grįžusiam į mažiau apgyvendintą vietovę tenka susidurti su ribotais ištekliais - tiek žmogiškaisiais, iš kurių dažniausias personalo stoka, tiek nežmogiškaisiais, tokiais kaip medicinos įrangos, specializuotų medicininių procedūrų nebuvimas (Asghari ir kt., 2020). Atliktame tyrime informantai kalbėdami apie darbo

krūvius lygiai taip pat kaip Asghari ir kt. pabrėžė personalo stoką, lemiančią didelius krūvius ir dažnus viršvalandžius, o įrangos ir specializuotų procedūrų nebuvimą įvardijo pagrindine priežastimi užkertančią kelią tobulėjimui. Informantai interviu metu aptarinėdami profesinio tobulėjimo temą išreiškė nemažą susirūpinimą dėl savo profesinių įgūdžių tobulinimo, nurodydami, kad visi sudėtingesni atvejai yra nukreipiami universitetinėms ligoninėms, o tai užkerta kelią profesinių įgūdžių tobulinimui bei naujų įgijimui. Tuo tarpu Kumar ir Clancy moksliniame straipsnyje nemažai dėmesio buvo skiriama analizuojant mažoje gydymo įstaigoje dirbančiam specialistui tenkančią atsakomybę sudėtingus sprendimus priimti savarankiškai, kai tuo tarpu interviu dalyviai šio aspekto nenurodo, o dalis iš jų netgi įžvelgė pranašumą, turėti galimybę pasitarti su vyresniais, didelę patirtį turinčiais kolegomis (Kumar ir Clancy, 2021).

Apibendrinant informantų išsakytą požiūrį apie gyvenimo kokybę lemiančius veiksnius, buvo išskirtos svarbiausios sritys – partnerio įdarbinimas, vaikų švietimo klausimas bei laisvalaikio kokybė. C. Cosgrave ir kt. atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje daugiausia dėmesio buvo skirta visuomeniniams ryšiams ir specialisto integravimuisi į bendruomenę, o esminė mintis – į sveikatos priežiūros specialistą reikia žvelgti kaip į bendruomenės dalį, nepamirštant į tai įtraukti jo partnerio ar šeimos (Cosgrave ir kt., 2019). Tokias pačias mintis išsakė ir tyrimo dalyviai – daugelis nurodė, kad pasigenda kompleksinio požiūrio ir pagalbos dėl savo šeimos narių, ypač ieškant darbo savo partneriui ar užtikrinant kokybišką švietimą vaikams.

Vertinant Lietuvoje taikomas motyvavimo priemones, informantai teikė ir pasiūlymus kaip jas patobulinti. Esminiai pasiūlymai didžiąja dalimi atitiko PSO rekomenduojamas priemones – vengti griežtų įsipareigojimų, taikyti kompleksines priemones integruojant visą specialisto šeimą, užtikrinti galimybę profesiniam tobulėjimui ir nešališkoms deryboms dėl darbo sąlygų, plėtoti galimybes medicinos studentams bei rezidentams atlikti praktiką bei kurti vieningą, visoje Lietuvoje taikomą sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo programą.

Analizuojant šio darbo ribotumus, manau, kad kokybinį tyrimą reiktų atlikti su daugiau tyrimo dalyvių, kaip papildomą grupę įtraukiant ir medicinos studentus. Tokiu būdu būtų galima turėti dar įvairesnių požiūrių, turint omenyje, kad motyvavimo priemonės siūloma pradėti taikyti kuo anksčiau. Taip pat, reiktų daugiau dėmesio skirti Lietuvoje taikomų programų efektyvumo vertinimui, kokybinį tyrimą atliekant su tiksline grupe – gydytojais, kurie naudojosi motyvavimo priemonėmis ar programomis, tačiau jų sąlygų neišpildė ir pakeitė darbo vietą anksčiau, nei numatyta sutartyje. Taip būtų galima atverti kelią detalesniam Lietuvoje taikomų motyvavimo priemonių efektyvumo vertinimo tyrimui.

IŠVADOS

1. Netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema yra aktuali visame pasaulyje, tarp jų ir Lietuvoje. Nepaisant sveikatos priežiūros specialistams taikomų motyvavimo priemonių, specialistų skaičius didžiuosiuose Lietuvos miestuose ir toliau auga, o mažesnių miestų apskrityse mažėja. Moksliniuose tyrimuose nurodoma, kad sveikatos priežiūros specialistai nesirenka gydymo įstaigų mažiau apgyvendintose vietovėse dėl ribotų profesinio tobulėjimo galimybių, didelių darbo krūvių, prastos infrastruktūros ir sunkumų specialisto šeimai integruojantis į vietos bendruomenę.
2. Šiuo metu Lietuvoje taikomos sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonės dažniausiai yra finansinio pobūdžio – konkurencingas atlyginimas, kasmetinės išmokos ar stipendijos, būsto išlaidų kompensavimas ir rezidentūros studijų apmokėjimas. Vos kelios savivaldybės siūlo pagalbą įdarbinant specialisto partnerį ar užtikrinant kokybišką vaikų švietimą. Nemažai dėmesio skiriama gydytojams rezidentams - prailginus rezidentūros studijų trukmę, įvesta minimali praktikos trukmė ne universitetinėse ligoninėse. Lietuva dalyvauja tarptautiniuose ir Europos sąjungos projektuose, kurių tikslas sukurti sveikatos priežiūros specialistų poreikio prognozavimo modelį ir sistemą, leidžiančią efektyviai pritraukti sveikatos priežiūros specialistus.
3. Analizuojant medicinos rezidentų ir gydytojų pasirinkimo dirbti rajoninėse gydymo įstaigose priežastis pastebėta, kad rezidentai didžiausią reikšmę teikė finansiniam skatinimui, iš kurių dažniausiai nurodytas konkurencingas atlyginimas, kai tuo tarpu jau praktikuojantys gydytojai savo pasirinkimą siejo su kilimu iš tos vietovės ar kitu ryšiu. Tačiau, abi grupės išskyrė finansinių veiksnių svarbą, nurodant pageidavimą ją gauti be ilgalaikių įsipareigojimų. Kiti svarbūs veiksniai – galimybė tęsti profesinį tobulėjimą ir pagalba specialisto šeimai – partnerio įdarbinimas, kokybiško vaikų švietimo užtikrinimas.
4. Didžioji dalis tyrimo dalyvių Lietuvoje taikomas sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonės vertino kaip nepakankamai efektyvias. Dažniausiai išskirti šių priemonių trūkumai – per griežti ilgalaikiai įsipareigojimai, mažas dėmesys specialisto poreikiams (neadekvatus darbo krūvis, nelankstus darbo grafikas) ir neužtikrinamas tęstinis profesinis tobulėjimas. Daugelis nurodė, kad priemonės turėtų būti labiau kompleksinės ir būti pritaikytos visai specialisto šeimai. Atskira problema buvo įvardinta gydytojų, pasinaudojusių finansine parama patiriami sunkumai, derantis dėl optimalių darbo sąlygų.
5. Remiantis analizuotais moksliniais šaltiniais bei tyrimo duomenimis, rekomenduojama kurti bendrą ir vieningą sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo programą Lietuvoje, visoms gydymo įstaigoms užtikrinant lygias teises į galimybę pritraukti specialistus. Svarbus

kompleksinis požiūris - finansinis motyvavimas būtinas, tačiau jis turi būti taikomas kartu su kitomis motyvacinėmis priemonėmis, tokiomis kaip profesinio tobulėjimo užtikrinimas ir šeimos integravimas į bendruomenę. Šiuo metu taikomų priemonių efektyvumo įvertinimui būtina inicijuoti didelės apimties mokslinius tyrimus, aiškinantis šių priemonių trūkumus ir jų pagrindines priežastis.

PASIŪLYMAI

Rajono savivaldybėms, rajoninėms gydymo įstaigoms:

1. Suteikti galimybę ir finansinę paramą sveikatos priežiūros specialistams įgyti sveikatos priežiūros įstaigai trūkstamos srities gydytojo specializaciją ar plėsti esamą.
2. Skleisti aiškią ir lengvai prieinamą informaciją apie praktikos galimybes medicinos studentams ir rezidentams rajoninėse gydymo įstaigose. Apsvarstyti papildomas motyvavimo priemones, pavyzdžiui, vienkartinės stipendijas.
3. Skleisti aiškią ir lengvai prieinamą informaciją apie darbo galimybes ir sąlygas rajoninėse gydymo įstaigose. Atkreipti dėmesį į gydymo įstaigų oficialiuose tinklapiuose pateikiamos informacijos kokybę ir aiškumą. Suteikti galimybę besidomintiems darbo galimybėmis asmenims pabendrauti su esamais įstaigos darbuotojais.
4. Užtikrinti nuolatinį sveikatos priežiūros specialistų profesinį tobulėjimą. Bendradarbiaujant su kitomis rajoninėmis gydymo įstaigomis – organizuoti nemokamus kursus, mokymus ar konferencijas rajono centruose, mokymų tematiką pritaikant prie sveikatos priežiūros specialistų poreikio.

Sveikatos priežiūros specialistus ruošiantiems universitetams:

1. Bendradarbiaujant su rajonų savivaldybėmis ir rajonų gydymo įstaigomis, atrinkti tikslinius kandidatus motyvavimo priemonėms taikyti. Reikalingas išskirtinis dėmesys medicinos studentams ir rezidentams, kurie yra kilę iš mažesnių miestų ar kaimo vietovių, nes jie turi didžiausią tikimybę sugrįžti dirbti į rajonines ligonines.
2. Tęsti medicinos studentų ir rezidentų praktikos bazių plėtimą, bendradarbiaujant su rajoninėmis gydymo įstaigomis. Užtikrinti aiškią ir lengvai prieinamą informaciją apie praktikos galimybes rajoninėse gydymo įstaigose.
3. Stiprinti praktikos rajoninėse gydymo įstaigose reikšmę, stojimo į rezidentūros studijas motyvacijos vertinimo sistemoje. Motyvacinėje vertinimo sistemoje skirti atskirą įvertinimą už praktiką rajoninėje gydymo įstaigoje, atsižvelgiant į turėtų praktikų skaičių ir trukmę.
4. Tęsti renginių, skirtų rajoninių gydymo įstaigų prisistatymui, darbo pasiūlymų pateikimui, organizavimą, įtraukiant kuo daugiau rajoninių gydymo įstaigų.

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Kurti ir taikyti bendrą sveikatos priežiūros specialistų motyvavimo programą visoje Lietuvoje, siekiant išvengti konkurencinės kovos, kurioje lygiomis teisėmis negali dalyvauti sveikatos priežiūros įstaigos turinčios mažesnius finansinius išteklius. Finansinio skatinimo dydžių skirtumai turėtų būti aiškiai nurodomi ir motyvuoti (pavyzdžiui, įvertinant vietovės geografinį nepatrauklumą, atstumą iki kitų didžiųjų miestų ir kt.).
2. Kurti kompleksines motyvavimo priemones sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui, kartu integruojant ir jų šeimas. Taikyti ne tik finansinius motyvavimo būdus, tačiau suteikti visokeriopą pagalbą sveikatos priežiūros specialisto šeimai, įskaitant pagalbą įsidarbinant partneriui ir užtikrinant kokybišką ir prieinamą vaikų švietimą.
3. Kurti atskirą instituciją ar koordinatoriaus funkciją, kuris esant poreikiui, kaip trečioji šalis stebėtų ir dalyvautų motyvacinėmis priemonėmis pasinaudojusio sveikatos priežiūros specialisto derybų procesą dėl optimalių darbo sąlygų su gydymo įstaigos administracija. Būtina užtikrinti sveikatos priežiūros specialisto, pasinaudojusio motyvavimo priemonėmis nepažeidžiamumą ir suteikti teisę į nešališkas derybas dėl darbo sąlygų, išvengiant neigiamo gydymo įstaigos administracijos poveikio.
4. Vykdyti nacionalinio lygio tyrimą, siekiant įvertinti Lietuvoje taikomų motyvavimo priemonių efektyvumą ir trūkumus, daugiausia dėmesio skiriant sveikatos priežiūros specialistams, pasinaudojusiems motyvavimo priemonėmis, tačiau neišpildžiusiems susitarimo sąlygų ir neišdirbusiems gydymo įstaigoje iš anksto numatytą laikotarpį.
5. Plėtoti telemedicinos paslaugas, užtikrinant oficialią rajoninių gydymo įstaigų specialistų galimybę gauti pagalbą sprendžiant sudėtingus medicininius atvejus.

BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Moksliniai šaltiniai:

1. Abbiati, M., Savoldelli, G. L., Baroffio, A., ir Bajwa, N. M. (2020). Motivational factors influencing student intentions to practise in underserved areas: Medical Education. *Medical Education*, 54(4), 356–363. <https://doi.org/10.1111/medu.14063>
2. Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., Wakegijig, J., Forsling, N., Moody-Corbett, P., Akearok, G. H., Mason, A., Savage, C., ir Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: A framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 18(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>
3. Ajuebor, O., Boniol, M., McIsaac, M., Onyedike, C., ir Akl, E. A. (2020). Increasing access to health workers in rural and remote areas: What do stakeholders' value and find feasible and acceptable? *Human Resources for Health*, 18(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00519-2>
4. Alamri, W. A. (2019). Effectiveness of Qualitative Research Methods: Interviews and Diaries. *International Journal of English and Cultural Studies*, 2(1), 65. <https://doi.org/10.11114/ijecs.v2i1.4302>
5. Arredondo, K., Touchett, H. N., Khan, S., Vincenti, M., ir Watts, B. V. (2023). Current Programs and Incentives to Overcome Rural Physician Shortages in the United States: A Narrative Review. *Journal of General Internal Medicine*, 38(Suppl 3), 916–922. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08122-6>
6. Asghari, S., Kirkland, M. C., Blackmore, J., Boyd, S., Farrell, A., Rourke, J., Aubrey-Bassler, K., Godwin, M., Oandasan, I., ir Walczak, A. (2020). A systematic review of reviews: Recruitment and retention of rural family physicians. *Canadian Journal of Rural Medicine: The Official Journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal Canadien De La Medecine Rurale: Le Journal Officiel De La Societe De Medecine Rurale Du Canada*, 25(1), 20–30. https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM_4_19
7. Bentley, M., Dummond, N., Isaac, V., Hodge, H., ir Walters, L. (2019). Doctors' rural practice self-efficacy is associated with current and intended small rural locations of practice. *Australian Journal of Rural Health*, 27(2), 146–152. <https://doi.org/10.1111/ajr.12486>
8. Bikava, I., ir Skride, A. (2019). Health care accessibility and disparities in medical staff availability in Latvia. *SHS Web of Conferences*, 68, 02003. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20196802003>

9. Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J., ir Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and ‘universal’ health coverage? *BMJ Global Health*, 7(6), e009316.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>
10. Cosgrave, C., Malatzky, C., ir Gillespie, J. (2019). Social Determinants of Rural Health Workforce Retention: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030314>
11. Cosgrave, C., Maple, M., ir Hussain, R. (2018, rugsėjo 3). *An explanation of turnover intention among early-career nursing and allied health professionals working in rural and remote Australia – findings from a grounded theory study*. <https://doi.org/10.22605/RRH4511>
12. Cutchin, M. P. (1997). Physician retention in rural communities: The perspective of experiential place integration: Health ir place. *Health ir place*, 3(1), 25–41.
[https://doi.org/10.1016/s1353-8292\(96\)00033-0](https://doi.org/10.1016/s1353-8292(96)00033-0)
13. Danish, A., Blais, R., ir Champagne, F. (2019). Strategic analysis of interventions to reduce physician shortages in rural regions. *Rural and Remote Health*, 19(4), 5466.
<https://doi.org/10.22605/RRH5466>
14. Elma, A., Nasser, M., Yang, L., Chang, I., Bakker, D., ir Grierson, L. (2022). Medical education interventions influencing physician distribution into underserved communities: A scoping review: Human resources for health. *Human resources for health*, 20(1), 31.
<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00726-z>
15. Gaižauskaitė, I., ir Valavičienė, N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: Kokybinis interviu: vadovėlis*. Valstybės Įmonė Registrų centras.
16. Gaski, M., ir Abelsen, B. (2017). Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas. *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1), 1314415. <https://doi.org/10.1080/22423982.2017.1314415>
17. Goertzen, J. (2005). The four-legged kitchen stool. Recruitment and retention of rural family physicians. *Canadian Family Physician*, 51(9), 1181–1183.
18. Goodfellow, A., Ulloa, J. G., Dowling, P. T., Talamantes, E., Chheda, S., Bone, C., ir Moreno, G. (2016). Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review. *Academic Medicine*, 91(9), 1313. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001203>
19. Grobler, L., Marais, B. J., Mabunda, S. A., Marindi, P. N., Reuter, H., ir Volmink, J. (2009). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD005314.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub2>

20. Hancock, C., Steinbach, A., Nesbitt, T. S., Adler, S. R., ir Auerswald, C. L. (2009). Why doctors choose small towns: A developmental model of rural physician recruitment and retention. *Social Science ir Medicine*, 69(9), 1368–1376.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.002>
21. Yong, J., Scott, A., Gravelle, H., Sivey, P., ir McGrail, M. (2018). Do rural incentives payments affect entries and exits of general practitioners? *Social Science ir Medicine*, 214, 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.014>
22. Yusof, M. Y. P. M., Teo, C. H., ir Ng, C. J. (2022). Electronic informed consent criteria for research ethics review: A scoping review. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 117.
<https://doi.org/10.1186/s12910-022-00849-x>
23. Jolicoeur, J., DeMiglio, L., R Kin, L. N., ir Orrantia, E. (2022). Why they leave: Small town rural realities of northern physician turnover. *Canadian Journal of Rural Medicine: The Official Journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal Canadien De La Medecine Rurale: Le Journal Officiel De La Societe De Medecine Rurale Du Canada*, 27(1), 22–28. https://doi.org/10.4103/cjrm.cjrm_2_21
24. Kaye, D. K., Mwanika, A., ir Sewankambo, N. (2010). Influence of the training experience of Makerere University medical and nursing graduates on willingness and competence to work in rural health facilities. *Rural and Remote Health*, 10(1), 1372.
25. Kelley, M., Kuluski, K., Brownlee, K., ir Snow, S. (2008). Physician satisfaction and practice intentions in Northwestern Ontario. *Canadian journal of rural medicine : the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal canadien de la médecine rurale : le journal officiel de la Société de médecine rurale du Canada*, 13, 129–135.
26. Koebisch, S. H., Rix, J., ir Holmes, M. M. (2020). Recruitment and retention of healthcare professionals in rural Canada: A systematic review. *Canadian Journal of Rural Medicine: The Official Journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal Canadien De La Medecine Rurale: Le Journal Officiel De La Societe De Medecine Rurale Du Canada*, 25(2), 67–78. https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM_43_19
27. Kumar, S., ir Clancy, B. (2021). Retention of physicians and surgeons in rural areas—What works? *Journal of Public Health*, 43(4), e689–e700. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa031>
28. Levesque, M., Hatcher, S., Savard, D., Kamyap, R. V., Jean, P., ir Larouche, C. (2018). Physician perceptions of recruitment and retention factors in an area with a regional medical campus. *Canadian Medical Education Journal*, 9(1), e74–e83.
29. Lindgren, B.-M., Lundman, B., ir Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

30. Mandal, A., ir Phillips, S. (2022). To stay or not to stay: The role of sense of belonging in the retention of physicians in rural areas. *International Journal of Circumpolar Health*, 81(1), 2076977. <https://doi.org/10.1080/22423982.2022.2076977>
31. Mohammadiaghdam, N., Doshmangir, L., Babaie, J., Khabiri, R., ir Ponnet, K. (2020). Determining factors in the retention of physicians in rural and underdeveloped areas: A systematic review: BMC family practice. *BMC family practice*, 21(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01279-7>
32. Narayan, V., John-Stewart, G., Gage, G., ir O'Malley, G. (2018). "If I had known, I would have applied": Poor communication, job dissatisfaction, and attrition of rural health workers in Sierra Leone. *Human Resources for Health*, 16(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0311-y>
33. Peña, S., Ramirez, J., Becerra, C., Carabantes, J., ir Arteaga, O. (2010). The Chilean Rural Practitioner Programme: A multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas: Bulletin of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 371–378. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.072769>
34. Pyo, J., Lee, W., Choi, E. Y., Jang, S. G., ir Ock, M. (2023). Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(1), 12–20. <https://doi.org/10.3961/jpmp.22.451>
35. Redford, L. J. (2019). Building the Rural Healthcare Workforce: Challenges--and Strategies--in the Current Economy: Generations. *Generations*, 43(2), 71–75.
36. Saijo, Y., Yoshioka, E., Sato, Y., ir Kunori, Y. (2023). Factors related to Japanese internal medicine doctors' retention or migration to rural areas: A nationwide retrospective cohort study. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 28, 14. <https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00169>
37. Solowiej, K., Upton, P., ir Upton, D. (2010). A scheme to support the recruitment and retention of allied health professionals to hard to fill posts in rural areas. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(10), 545–555. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.10.78813>
38. Straume, K., S, øndenå M. S., ir Prydz, P. (2010). Postgraduate training at the ends of the Earth – A way to retain physicians? *Rural and Remote Health*, 10(2), 341–349. <https://doi.org/10.3316/informit.392298595496595>
39. Straume, K., ir Shaw, D. M. (2010). Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 390–394. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.072686>

40. Stureson, L., Öhlander, M., Nilsson, G., ir Stenfors, T. (2019). Migrant physicians' conceptions of working in rural and remote areas in Sweden: A qualitative study: PLoS ONE. *PLoS ONE*, 14(1), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210598>
41. Terry, D., Lê, Q., Nguyen, U., ir Hoang, H. (2015). Workplace health and safety issues among community nurses: A study regarding the impact on providing care to rural consumers. *BMJ Open*, 5(8), e008306. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008306>
42. Van Dormael, M., Dugas, S., Kone, Y., Coulibaly, S., Sy, M., Marchal, B., ir Desplats, D. (2008). Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: A case study from Mali. *Human Resources for Health*, 6(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-25>

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. *Lietuvos Respublikos teritorijos administracinių vienetų ir jų ribų įstatymas*. 1994/Nr. I-558. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5911?jfwid=-taeoucwha> (žiūrėta 2024-03-17).
2. *Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo*. 1998/Nr. VIII-833. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.60036?jfwid=rivwzvpvg> (žiūrėta 2024-03-17).
3. *Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo*. 2014/Nr. XII-964. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3583481004f11e4b0ef967b19d90c08/asr> (žiūrėta 2024-03-17).
4. *Dėl 2021–2030 metų Nacionalinio pažangos plano patvirtinimo*. 2020/Nr. 998. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/c1259440f7dd11eab72ddb4a109da1b5> (žiūrėta 2024-03-17).
5. *Dėl 2022–2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos patvirtinimo*. 2022/Nr. 319. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/c4da70d0b1c011ecba9197ac603309e4> (žiūrėta 2024-03-17).
6. *Dėl 2021–2027 metų Europos sąjungos fondų investicijų programos ir ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo plano „Naujos kartos Lietuva“ įgyvendinimo*. 2022/Nr. 1K-237. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/2022-01-11-1K-237>

- seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/fd3d3843f26111ecbfe9c72e552dd5bd (žiūrėta 2024-03-17).
7. *Dėl Sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo ir išlaikymo veiksmų 2024-2029 metų plano patvirtinimo*. 2024. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/0da2a9f0fe3511ee8e4be9fad87afa59> (žiūrėta 2024-04-23).
 8. *Dėl gydytojo rezidento ir gydytojo odontologo rezidento, įgijusių pakopinių kompetencijų patvirtinimo pažymėjimą, kompetencijos*. 2019/Nr. V-398. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/46fb84205b5f11e99684a7f33a9827ac> (žiūrėta 2024-03-17).
 9. *Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 9 d. įsakymo Nr. V-398 „Dėl gydytojo rezidento ir gydytojo odontologo rezidento, įgijusių pakopinių kompetencijų patvirtinimo pažymėjimą, kompetencijos“ pakeitimo*. 2021/Nr. V-2848. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b49776105d7311ecb2fe9975f8a9e52e> (žiūrėta 2024-03-17).
 10. *Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimo Nr. 144 „Dėl Medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo*. 2022/Nr. 386. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/2720b453c17211ec9f0095b4d96fd400> (žiūrėta 2024-03-17).
 11. *Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimo Nr. 144 „Dėl Medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo*. 2022/Nr. 386. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/2720b453c17211ec9f0095b4d96fd400> (žiūrėta 2024-03-17).
 12. *Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų apmokėjimo už studentų ir gydytojų rezidentų studijas ir Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų paskolų sutarčių sudarymo su gydytojais rezidentais ir kredito įstaigomis gydytojų rezidentų gerovei užtikrinti tvarkos aprašų patvirtinimo*. 2008/Nr. V-1080. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.331192/FwFIBRGiJU> (žiūrėta 2024-03-17).
 13. *Dėl 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo priemonės Nr. 08.1.2-*

CPVA-R-408 „Socialinio būsto fondo plėtra“ projektų finansavimo sąlygų aprašo Nr. 1 patvirtinimo. 2015/Nr. A1- 525. TAR. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/f55898f05cad11e5beff92bd32ec99a1/asr> (žiūrėta 2024-03-17).

Kiti internetiniai šaltiniai:

1. World health organization guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. World health organization. Geneva, 2021, prieiga per internetą: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229> (žiūrėta 2024-03-12)
2. Gaidelytė R. ir Garbuvienė M. (2023). *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2022 m. (išankstiniai duomenys)*. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2023, p. 52., prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/Statistikos_leidiniai_Gyventoju_sveikata/leid2022.pdf (žiūrėta 2024-03-12).
3. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis. Vyriausybės strateginės analizės centras. Vilnius, 2022, prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/20220629-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelis.pdf> (žiūrėta 2024-04-28).
4. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. World Health Organization. Geneva, 2020, prieiga per internetą: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> (žiūrėta 2024-03-13)
5. Žmogiškųjų išteklių paklausa ir pasiūla: ilgalaikės prognozės. Vyriausybės strateginės analizės centras. Vilnius, 2023, prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/ZI-paklausa-ir-pasiula-ilgalaikes-prognozes.pdf> (žiūrėta 2024-04-28).
6. *Joint Action on Health workforce to meet health challenges* (2023). Heroes joint action. Prieiga per internetą: <https://healthworkforce.eu/> (žiūrėta 2024-04-11).
7. *Skatinamosios priemonės, skirtos pritraukti sveikatos priežiūros specialistus (2024)*. Sveikatos apsaugos ministerija. Prieiga per internetą: <https://sena-sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/skatinamosios-priemones-skirtos-pritraukti-sveikatos-prieziuros-specialistus> (žiūrėta 2024-03-26).
8. *Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti (2023)*. Europos regioninės plėtros fondas. Prieiga per internetą: https://2014.esinvesticijos.lt/lt/finansavimas/patvirtintos_priemones/specialistu-pritraukimas-sveikatos-netolygumams-mazinti (žiūrėta 2024-02-12).

9. *Skatinamųjų priemonių sąrašas rezidentūros studijoms* (2024). Sveikatos apsaugos ministerija. Prieiga per internetą:
[https://senasam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Skatinamosios_priemon%C4%97s_skirtos_pritraukti_sveikatos_prie%C5%BEi%C5%ABros_specialistus/Skatinamosios%20priemon%C4%97s%20\(rezident%C5%ABros%20stud_\).pdf](https://senasam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Skatinamosios_priemon%C4%97s_skirtos_pritraukti_sveikatos_prie%C5%BEi%C5%ABros_specialistus/Skatinamosios%20priemon%C4%97s%20(rezident%C5%ABros%20stud_).pdf) (žiūrėta 2024-04-02).

Baigiamieji magistro darbai:

1. Mickevičiūtė, A. (2016). *Šeimos gydytojų rezidentų nuomonės apie darbo galimybes rajoninėse pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas* (baigiamasis magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://portalcris.lsmuni.lt/server/api/core/bitstreams/d74b6213-31fa-4633-a0d5-eab52380de5e/content>
2. Kondratenkienė, D. (2016). *Sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo politika Rokiškio rajono savivaldybėje* (baigiamasis magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:16065161/datastreams/MAIN/content>
3. Jasiukėnas, A. (2017). *Gydytojų motyvavimo dirbti rajoninėse sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas* (baigiamasis magistro darbas). Prieiga per internetą: <https://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:2197907/datastreams/MAIN/content>

ANOTACIJA

Šiame darbe išnagrinėtas medicinos rezidentų ir gydytojų požiūris į Lietuvoje taikomas sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonės bei įvardinti svarbiausi veiksniai, lemiantys pasirinkimą grįžti į rajonines gydymo įstaigas. Teorinėje dalyje nagrinėjama netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema, jos mastas, priežastys, rekomenduojami sprendimo būdai, kitų šalių patirtis ir aptariamos Lietuvoje šiuo metu taikomos pritraukimo priemonės. Empiriniame tyrime atskleidžiami svarbiausi medicinos rezidentų ir gydytojų nurodomi veiksniai, lemiantys jų pasirinkimą grįžti į rajonines gydymo įstaigas bei požiūris į Lietuvoje taikomas pritraukimo priemonės, įvardijami jų trūkumai bei rekomendacijos kaip jas pagerinti.

Raktiniai žodžiai: sveikatos priežiūros specialistai; gydytojai; netolygus pasiskirstymas; trūkumas; motyvavimo priemonės; rajoninės gydymo įstaigos.

ANNOTATION

This paper examines the attitudes of medical residents and doctors towards health care recruitment measures applied in Lithuania, and identifies the key factors influencing their decision to return to regional medical institutions. The theoretical part discusses the problem of uneven distribution of health care professionals, its scale, causes, recommended solutions, experiences from other countries, and the recruitment measures currently applied in Lithuania. The empirical study reveals the most important factors cited by medical residents and doctors influencing their decision to return to regional medical institutions, and their attitudes towards the recruitment measures applied in Lithuania, pointing out their shortcomings and recommendations for improvement.

Key words: health care professionals; doctors; uneven distribution; shortage; motivational measures; regional medical institutions.

SANTRAUKA

Netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema yra aktuali visame pasaulyje, tarp jų ir Lietuvoje. Nepaisant sveikatos priežiūros specialistams taikomų motyvavimo priemonių, specialistų skaičius didžiuosiuose Lietuvos miestuose ir toliau auga, o mažesnių miestų apskrityse mažėja, stebimas nepakankamas šių priemonių efektyvumas. Darbe keliama šie probleminiai klausimai: ar Lietuvoje taikomos gydytojų pritraukimo priemonės yra efektyvios ir atitinkančios gydytojų poreikius? Kokius svarbiausius veiksnius, lemiančius pasirinkimą dirbti rajono gydymo įstaigose išskiria medicinos rezidentai ir mažesnių miestų apskričių gydymo įstaigose jau dirbantys gydytojai? Kaip reiktų tobulinti šiuo metu Lietuvoje taikomas sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemones, kad jos būtų efektyvesnės?

Tyrimo objektas: Lietuvoje taikomų gydytojų pritraukimo į rajonines gydymo įstaigas priemonių vertinimas medicinos rezidentų ir gydytojų tarpe.

Tyrimo tikslas: atskleisti Lietuvoje taikomų gydytojų pritraukimo į rajonines gydymo įstaigas priemonių vertinimą medicinos rezidentų ir gydytojų tarpe.

Tyrimo uždaviniai: 1. Išnagrinėti sveikatos priežiūros specialistų netolygaus pasiskirstymo problemos priežastis. 2. Aptarti Lietuvoje taikomas sveikatos priežiūros specialistų pritraukimui ir netolygaus pasiskirstymo mažinimui skirtas priemones. 3. Atskleisti medicinos rezidentams ir gydytojams svarbiausius veiksnius, nulemiančius pasirinkimą dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje. 4. Atskleisti medicinos rezidentų ir gydytojų požiūrį į Lietuvoje taikomus sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo metodus. 5. Pateikti rekomendacijas, kuriomis remiantis būtų galima gerinti Lietuvoje taikomų sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonių efektyvumą.

Tyrimo metodai: 1. Mokslinės literatūros, teisinių bei strateginių dokumentų, Lietuvoje taikomų motyvacinių priemonių analizė. 2. Pusiaus struktūruotas interviu su gydytojais rezidentais bei rajoninėse gydymo įstaigose jau dirbančiais gydytojais. 3. Pusiaus struktūruoto interviu metu gautos informacijos analizė, taikant kokybinę turinio analizę.

Išvados: sveikatos priežiūros specialistai nesirenka gydymo įstaigų mažiau apgyvendintose vietovėse dėl ribotų profesinio tobulėjimo galimybių, didelių darbo krūvių, prastos infrastruktūros ir sunkumų specialisto šeimai integruojantis į vietos bendruomenę. Šiuo metu Lietuvoje taikomos sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemonės dažniausiai yra finansinio pobūdžio – konkurencingas atlyginimas, kasmetinės išmokos ar stipendijos, būsto išlaidų kompensavimas ir rezidentūros studijų apmokėjimas. Tyrimo dalyviai išskyrė finansinių veiksnių svarbą, dažniausiai nurodant konkurencingą atlyginimą. Kiti svarbūs veiksniai – galimybė tęsti profesinį tobulėjimą ir pagalba specialisto šeimai. Didžioji dalis tyrimo dalyvių Lietuvoje taikomas sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo priemones vertino kaip nepakankamai efektyvias. Dažniausiai išskirti šių priemonių trūkumai – per griežti ilgalaikiai įsipareigojimai, mažas dėmesys specialisto poreikiams ir neužtikrinamas tęstinis profesinis tobulėjimas. Remiantis analizuotais moksliniais šaltiniais bei tyrimo duomenimis, Lietuvoje rekomenduojama kurti bendrą ir vieningą, kompleksinį požiūrį turinčią sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo programą.

Raktiniai žodžiai: sveikatos priežiūros specialistai; gydytojai; netolygus pasiskirstymas; trūkumas; motyvavimo priemonės; rajoninės gydymo įstaigos

SUMMARY

The problem of uneven distribution of health care professionals is a global issue, including in Lithuania. Despite the motivational measures applied to health care professionals, the number of specialists continues to increase in the major cities of Lithuania, while decreasing in smaller city counties, showing an insufficient effectiveness of these measures. This work raises the following problematic questions: Are the doctor recruitment measures applied in Lithuania effective and meeting the needs of doctors? What are the main factors influencing the choice to work in district medical institutions identified by medical residents and doctors already working in smaller city counties? How should the current health care professional recruitment measures in Lithuania be improved to be more effective?

Subject of the research: evaluation of the measures for attracting doctors to regional medical institutions in Lithuania among medical residents and doctors.

Aim of the research: to reveal the evaluation of the measures for attracting doctors to regional medical institutions in Lithuania among medical residents and doctors.

Tasks of the research: 1. Examine the causes of the uneven distribution of health care professionals. 2. Discuss the measures implemented in Lithuania for the recruitment of health care professionals and the reduction of their uneven distribution. 3. Reveal the most significant factors that influence medical residents and doctors to choose to work in a regional medical institution. 4. Uncover the perspectives of medical residents and doctors on the methods of recruiting health care professionals in Lithuania. 5. Provide recommendations that could improve the effectiveness of the recruitment measures for health care professionals applied in Lithuania.

Research methods: 1. Analysis of scientific literature, legal and strategic documents, and motivational measures applied in Lithuania. 2. Semi-structured interviews with resident doctors and doctors already working in regional medical institutions. 3. Analysis of information obtained during semi-structured interviews using qualitative content analysis.

Conclusions: health care professionals tend not to choose medical institutions in less populated areas due to limited opportunities for professional development, high workloads, poor infrastructure, and difficulties for the specialist's family in integrating into the local community. Currently, the recruitment measures for health care professionals in Lithuania are primarily of a financial nature—competitive salaries, annual bonuses or scholarships, housing expense compensation, and payment for residency studies. Study participants emphasized the importance of financial factors, most often mentioning competitive salaries. Other important factors include the opportunity for continued professional development and support for the specialist's family. The majority of study participants found the health care professional recruitment measures applied in Lithuania to be insufficiently effective. Commonly identified shortcomings of these measures include overly strict long-term commitments, little attention to the specialist's needs, and a lack of guaranteed continuous professional development. Based on analyzed scientific sources and study data, it is recommended that Lithuania develop a comprehensive and unified approach to a health care professionals recruitment program.

Key words: health care professionals; doctors; uneven distribution; shortage; motivational measures; regional medical institutions.

PRIEDAI

1 priedas

INTERVIU KLAUSIMYNAS

Bendrojo pobūdžio klausimai:

1. Šiuo metu esate rezidentas ar praktikuojantis gydytojas?
2. Kokia jūsų specializacija?
3. Ar esate atlikęs praktiką ne pagrindinėje studijų ar rezidentūros bazėje?
4. Koks šiuo metu Jūsų dabartinis šeimyninis statusas? Kiek jums metų?
5. Iš kur esate kilęs/kilusi?

Klausimai gydytojams:

1. Kai rinkotės esamą darbo vietą – ar tai buvo vienintelis pasirinkimas ar turėjote kelis variantus? Kaip apie esamą darbo vietą sužinojote? Kokius žinote būdus, kaip surasti informaciją apie darbo vietas rajoninėse gydymo įstaigose?
2. Ar Jums darbinantis buvo žadamos kokios nors motyvacinės priemonės? Jeigu taip – kokios? Ar jomis pasinaudojote? Ar dalyvavote kokioje nors įdarbinimo programoje? Ar įsidarbinus visos priemonės buvo išpildytos taip kaip žadėta?
3. Kokie Jūsų manymu pagrindiniai veiksniai nulėmė Jūsų sprendimą rinktis darbą rajoninėje gydymo įstaigoje?
4. Kokius darbo rajoninėje gydymo įstaigoje pranašumus/trūkumus pastebite? Ar pradėjus dirbti, pasikeitė Jūsų požiūris į šio darbo pobūdį? Jei pasikeitė – ar atsirado naujų, anksčiau nesvarstytų pranašumų/trūkumų?
5. Ar esate girdėjęs apie šiuo metu Lietuvoje taikomus motyvacinius veiksnius/programas sveikatos priežiūros specialistams į rajonines gydymo įstaigas pritraukti? Kokias priemones žinote? Kaip manote, ar jos pakankamai veiksmingos? Kaip jas vertinate? Galbūt turite pasiūlymų, kaip jas būtų galima patobulinti?
6. Kaip manote dėl kokių priežasčių sveikatos priežiūros specialistai nesirenka darbo rajoninėse gydymo įstaigose? O kokie jį rinktis skatina?
7. Kokį patarimą dėl darbo vietos lokalizacijos pasirinkimo duotumėte medicinos studentui ar rezidentui? Ar rekomenduotumėte darbą rajoninėje gydymo įstaigoje?

Klausimai rezidentams:

1. Ar turite planų ateityje dirbti rajoninėje gydymo įstaigoje? Kokios priežastys nulėmė Jūsų sprendimą?
2. Kokiu būdu ieškotumėte informacijos apie rajoninių gydymo įstaigų darbo pasiūlymus ir sąlygas?
3. Ar esate girdėjęs apie šiuo metu Lietuvoje taikomus motyvacinius veiksnius/programas sveikatos priežiūros specialistams į rajonines gydymo įstaigas pritraukti? Kokias priemones žinote? Kaip manote, ar jos pakankamai veiksmingos? Kaip jas vertinate? Galbūt turite pasiūlymų, kaip jas būtų galima patobulinti?
4. Kokie Jūsų manymu didžiausi darbo rajoninėje gydymo įstaigoje privalumai ir trūkumai?
5. Kurie veiksniai Jūsų manymu yra patys svarbiausi renkantis darbo rajoninėje gydymo įstaigoje?
6. Kaip manote dėl kokių priežasčių sveikatos priežiūros specialistai nesirenka darbo rajoninėse gydymo įstaigose? O kokios priežastys jį rinktis skatina?
7. Kokius klausimus/temas norėtumėte aptarti su kitu sveikatos priežiūros specialistu, jau dirbančiu rajoninėje gydymo įstaigoje?