

SPECIALISTŲ PASIŪLOS KAITA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SRITYJE IR GYDYTOJŲ POREIKIO BEI INTEGRACIJOS DARBO RINKOJE GALIMYBIŲ VERTINIMAS

Arūnas Pocius

Lietuvos socialinių tyrimų centras, Darbo ir socialinių tyrimų institutas

Adresas: Rinktinės g. 48, LT-09318 Vilnius, Lietuva. El. paštas arunas.pocius@dsti.lt

Gauta: 2013 m. liepa

Pataisyta: 2013 m. rugpjūtis

Paskelbta: 2013 m. lapkritis

Santrauka. Straipsnyje analizuojama sveikatos priežiūros srities specialistų pasiūla Lietuvoje demografinės kaitos požiūriu. Remiantis skirtingų tyrimų duomenimis bei autoriaus atliktos analizės rezultatais didelis dėmesys šiame darbe skiriamas sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų) poreikio darbo rinkoje vertinimo problemai. Aptariant sveikatos priežiūros srities specialistų integracijos į darbo rinką galimybes be sociologinių apklausų rezultatų buvo pasinaudota Lietuvos statistikos departamento darbo jėgos (užimtumo) tyrimų duomenimis. Šiame straipsnyje atskleidžiamos skirtingų duomenų šaltinių panaudojimo galimybės analizuojant sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų) poreikį, atliekama jų padėties darbo rinkoje apžvalga remiantis atskirų mokslinių tyrimų duomenimis.

Reikšminiai žodžiai: darbo rinka, gydytojų integracija, gydytojų poreikis, darbo migracija, užimtumas, specialistai, sociologiniai tyrimai.

1. Įvadas

2011–2012 metais Lietuvos socialinių tyrimų centras vykdė Lietuvos mokslo tarybos iniciuotą Nacionalinės mokslo programos projektą „Gydytojo profesijos pasirinkimo motyvacija ir karjeros projektavimas kintančios Lietuvos darbo rinkos sąlygomis“. Projekto metu buvo sukaupta naujų aktualių statistinių žinių apie Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų (gydytojų) poreikio kaitą, padėtį darbo rinkoje, karjeros galimybes, jos pasirinkimo motyvus, projektavimą, migraciją ir profesijos prestižą, kurių tik nedidelė dalis apžvelgiama šioje publikacijoje. Dalis tyrimo rezultatų gana glaustai paskelbti keliuose straipsniuose [9; 13]. Tačiau šiose publikacijose tiesiogiai beveik nenagrinėjamos gydytojų poreikio problemos, nors tai ir yra susiję su šiuose straipsniuose tirtais klausimais.

Straipsnio *tikslas* – ištirti medicinos sferos specialistų poreikio kaitą Lietuvoje bei įvertinti jų padėtį darbo rinkoje. Su straipsnio tikslu susieti šie publikacijos *uždaviniai*: įvertinti sveikatos priežiūros srities specialistų pasiūlą Lietuvoje demografinės kaitos požiūriu, atlikti gydytojų poreikio bei jų integracijos į darbo rinką nuostatų apžvalgą, aptarti skirtingų duomenų šaltinių panaudojimo galimybes tiriant medicinos sferos specialistų poreikį darbo rinkoje. Straipsnis yra *aktualus* tuo, jog nuo Lietuvoje parengtų gydytojų poreikio patenkinimo galimybių dideliu mastu priklauso gyventojams teikiamų medicinos paslaugų kokybė, kuri yra viena iš svarbiausių visuomenės gerovės sudedamųjų dalių. Publikacijos *naujumas* sietinas su būtinybe apžvelgti gydytojų poreikio dinamiką per kartų kaitos prizmę, nes vykstant intensyviai gydytojų emigracijai iš Lietuvos kyla jų trūkumo grėsmė.

Labai dažnai analitikai skundžiasi vienokių, ar kitokių statistinių duomenų trūkumu. Tačiau galima teigti, kad Lietuvoje panaudojama palyginti nedidelė dalis aktualių oficialiosios statistikos ir kitų duomenų, kuriuos suformuoja įvairios žinybinės institucijos. Tikrai aktualios ir prieinamos informacijos nepanaudojimas vertinant sveikatos priežiūros specialistų padėtį darbo rinkoje įvairiuose tyrimuose yra pakankamai aktuali problema. Norėdami atlikti detalesnę atskiro tiriamo reiškinio stebėseną turėtume įvertinti skirtingų duomenų šaltinių vartojimo specifiką. Todėl įgyvendinant minėtą projektą buvo skirta nemažai dėmesio įvairių statistinių duomenų šaltinių panaudojimo galimybėms analizuojant gydytojų padėtį darbo rinkoje ir atliekant jų karjeros stebėseną. Tiek Lietuvos statistikos departamento, tiek kitų institucijų rengiama statistika pasižymi tikrai gausia duomenų šaltinių įvairove, kurių geresnis panaudojimas galėtų pagerinti tiriamų procesų analizės kokybę. Minėtas gydytojų darbo rinkos tyrimas, kurio rezultatais pasinaudojo šio straipsnio autorius, padėjo atskleisti plačias skirtingų duomenų šaltinių panaudojimo galimybes. Šis straipsnis galėtų labiau suintriguoti ir paskatinti statistikos vartotojus sveikatos apsaugos sferos tyrimuose naudoti įvairesnius duomenų šaltinius bei praturtinti atliekamą analizę.

2. Gydytojų poreikio bei jų integracijos į darbo rinką galimybių vertinimo apžvalga

Šio straipsnio aktualumą lemia tai, jog daug rašoma apie sveikatos priežiūros specialistų paklausos aktualijas, tačiau Lietuvoje beveik nėra tyrimų, kur būtų konkrečiai pagrįstas bei moksliskai argumentuotas skirtingų profesijų gydytojų poreikis. Vis dėlto Lietuvoje atlikti keli tyrimai, kur buvo daugiau ar mažiau išsamiai vertinama medikų poreikio darbo rinkoje problema. Pavyzdžiui, tyrimo „Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990–2015 metais“ dalyviai, atsižvelgdami į rekomenduotino gydytojų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų rodiklio palyginamąją analizę, įvertino, kad priimant 400 medicinos studentų kasmet gydytojų skaičius Lietuvoje po penkiolikos metų sumažės apytikriai 20 procentų [6]. Šalies sveikatos priežiūros specialistų poreikio (planavimo) problemos mokslinėje literatūroje plačiau buvo nagrinėtos ir vėlesniais metais. Antai A. Lipnevič straipsnyje „Žmogiškųjų išteklių kismas sveikatos sektoriuje“ atkreipia dėmesį, jog gydytojai Lietuvoje dirba daugiau nei vieno etato krūviu dėl dviejų svarbiausių priežasčių: dėl jų noro daugiau uždirbti ir (arba) dėl specialistų trūkumo. Lietuvoje yra svarbios ir labai tarpusavyje persipynusios nepakankamo medikų poreikio bei darbo apmokėjimo problemos, susijusios su dideliais jų darbo krūviais. Autorės nuomone, sumažinti iš Lietuvos emigruojančių gydytojų srautą galėtų jų atlyginimo didinimas [7]. Tai prisidėtų prie jų poreikio problemos sprendimo.

Prognozuojant gydytojų poreikį dažnai remiamasi prielaida, kad ateityje vienas specialistas vidutiniškai suteiks tiek pat paslaugų per metus. Šia hipoteze paremtas modelis gydytojų poreikiui prognozuoti yra sėkmingai taikomas gydytojų poreikį planuojančiose šalyse, pvz., Australijoje, Olandijoje. Išreiškiama nuomonė, kad bendrąjį sveikatos priežiūros paslaugų poreikį gali lemti bendra makroekonominė situacija šalyje (pvz., biudžeto išlaidų mažinimas gali lemti sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidų mažinimą bei paslaugų prieinamumą), infrastruktūros pokyčiai sveikatos priežiūros sistemoje (ligoninių uždarymas arba sujungimas, skyrių restruktūrizacija ir kt.), gydytojų darbo krūvio ir pobūdžio reglamentavimas (pvz., vidutinė apsilankymo trukmė), gyventojų pajamų mažėjimas gali lemti didesnį paslaugų prieinamumo atotrūkį tarp kaimo ir miesto gyventojų [3].

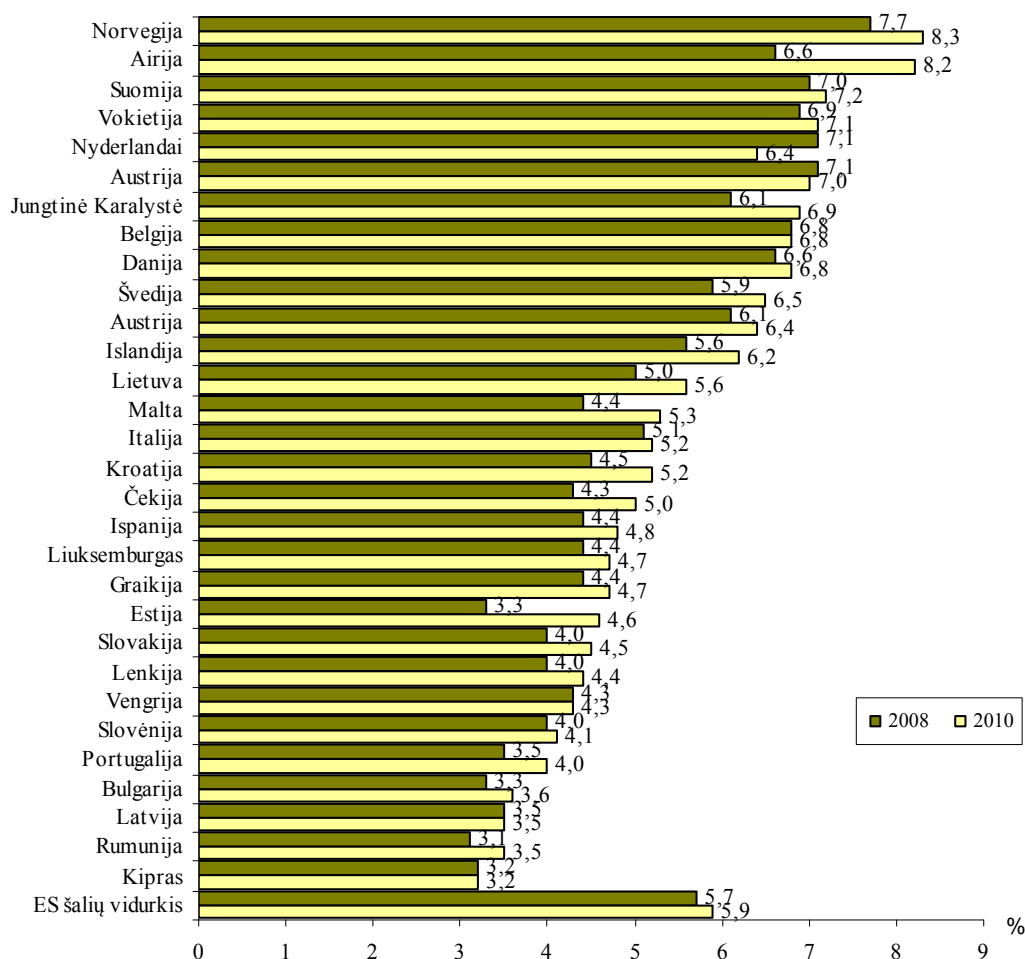
Įvairiuose gydytojų poreikio bei padėties darbo rinkoje vertinimuose svarbu išvengti žinybiškumo, kai į padėtį žvelgiama tik iš atskiros institucijos varpinės. Patirtis rodo, kad skirtingų profesijų bei regionų specialistų padėtis darbo rinkoje gali labai skirtis. Rengiamų sveikatos priežiūros specialistų pasiūlos stebėseną atlikti palyginti nesudėtinga, gerokai sudėtingiau objektyviai įvertinti jų paklausą.

Medikų asociacijos *Medical Group Management Association* tyrimo duomenimis, vienas iš veiksnių, komplikuojančių tiriamos specialistų grupės padėtį JAV darbo rinkoje, buvo gydytojų pasiūlos perteklius, nes daugėjo iš užsienio atvykstančių dirbti gydytojų. Atlikus tyrimą JAV, paaiškėjo, kad dominuoja tendencija, jog gydytojais renkasi specialybę, siekdami geresnės gyvenimo kokybės. Dar viena įvardijama aktuali problema – gydytojais ir rezidentais dažnai keičia darbus, ieškodami geresnių galimybių. Atliktų tyrimų duomenimis, daugiau nei 10 procentų gydytojų kasmet keičia darbus [1]. Kita vertus, skirtingų profesijų gydytojų padėtis gali akivaizdžiai skirtis. Masačusetso medicinos bendrijos 2011 metų tyrimo rezultatai patvirtino, kad iki šiol išliko ryškus kai kurių specialybių gydytojų trūkumas, pvz., trūksta dermatologų, bendrosios chirurgijos, ortopedijos, urologijos specialistų. Be to, gydytojais nemažą darbo laiko dalį turi skirti administracinei veiklai. Tai patvirtina naujausių tyrimų rezultatai: gydytojais dirba vidutiniškai 53 valandas per savaitę, iš kurių 65 procentus skiria pacientų priežiūrai, 21 procentą – administracinei veiklai. 53 procentai gydytojų yra nepatenkinti dėl to, kad reikia derinti pacientų priežiūrą su administracine veikla [8].

ES šalyse sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus kaita glaudžiai susijusi su jų migracija. Tradicinės ES šalys senbuvės yra valstybės, pritraukiančios sveikatos apsaugos sferos darbo išteklių, o naujosios ES šalys – donorės – dėl gydytojų emigracijos juos praranda. Lietuvai įstojus į ES, mūsų gydytojų darbo rinka tapo gerokai lankstesnė bei mobilesni. Jau gana ilgą laiką daug jaunų gydytojų iš Lenkijos, Vengrijos, Lietuvos, Rumunijos persikelia į Prancūziją, Vokietiją, Jungtinę Karalystę, Airiją, Belgiją, Norvegiją. Dėl migracijos netenkant dalies paklausių kvalifikuotų specialistų, sudėtinga prisitaikyti prie vykstančių pokyčių tiek eiliniams medicinos paslaugų vartotojams, tiek gydymo įstaigoms. Netgi tokios ES „vidutiniokės“ kaip Portugalija susiduria su gydytojų trūkumu nacionalinėje darbo rinkoje. Tačiau per paskutinius du dešimtmečius pastebėta, kad dėl sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumo Portugalijoje labai pagausėjo atvykstančių iš užsienio medikų [5].

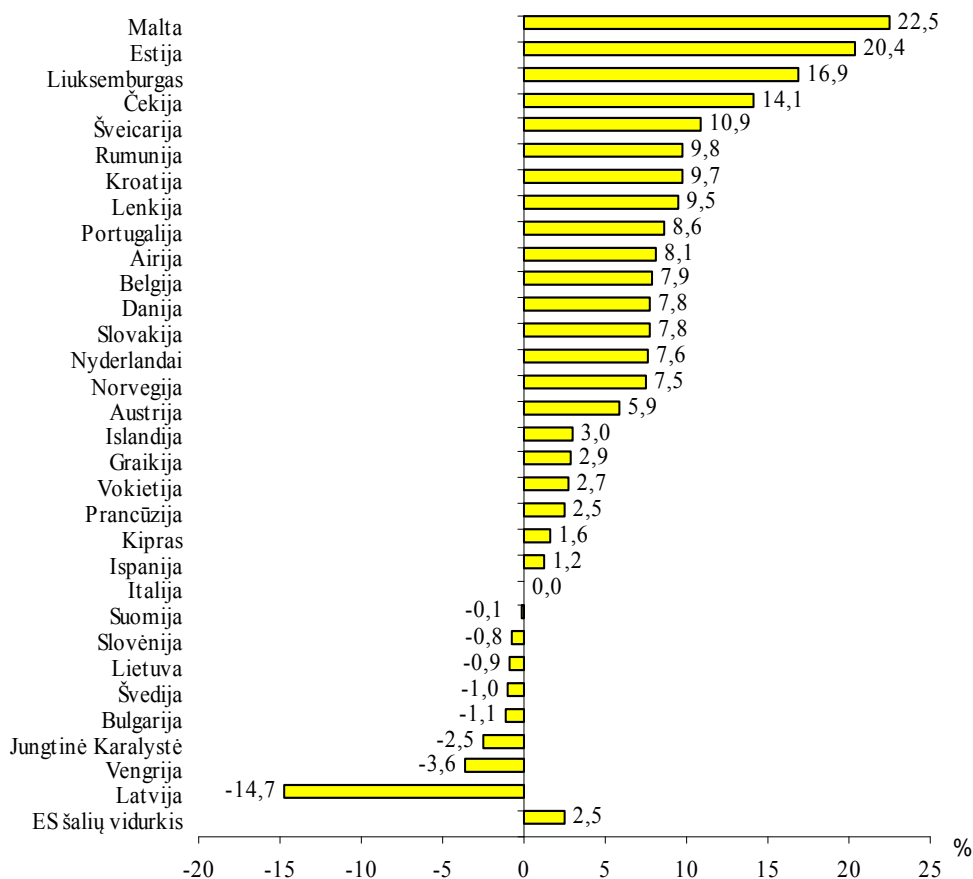
Vertinant praėjusio dešimtmečio pabaigoje stebimas kaitos tendencijas ES, galima teigti, jog esminis dėsningumas – sveikatos priežiūros ir socialinio darbo srities darbuotojų dalis tarp užimtų gyventojų, nepaisant ekonominės krizės poveikio, daugumoje ES šalių 2008–2010 metais išaugo (išskyrus Jungtinę Karalystę, kur stebimas labai nežymus šio rodiklio mažėjimas) (1 pav.). Taip pat išskiriamos trys šalys, kuriose sveikatos priežiūros ir socialinio

darbo srityje užimtų gyventojų skaičius nepakito – tai Švedija, Vengrija bei Latvija. Didžiausia sveikatos priežiūros darbuotojų dalis užfiksuota Norvegijoje: 2008 metais – 7,7, 2010 metais – 8,3 procento. Aukštas šis rodiklis yra ir kitose Skandinavijos šalyse bei Vokietijoje. Mažiausia sveikatos priežiūros darbuotojų dalis užfiksuota Latvijoje (2008 metais – 3,5, 2010 – 3,5 procento), Rumunijoje (2008 metais – 3,1, 2010 – 3,5 procento) ir Kipre (2008 metais – 3,2, 2010 – 3,2 procento). Būtina pabrėžti, kad Lietuva pagal sveikatos priežiūros ir socialinio darbo srityje dirbančių asmenų dalį beveik atitinka ES vidurkį (2008 metais – 5, 2010 – 5,6 procento).



1 pav. Vidutinė metinė sveikatos priežiūros ir socialinio darbo veikloje (EVRK 2 red.) dirbančių asmenų dalis, palyginti su užimtais gyventojais ES šalyse ir kandidatėse 2008 ir 2010 metais, procentais.
Šaltinis: Europos Sąjungos statistikos tarnybos (Eurostato) duomenys.

Nepaisant ekonominės krizės poveikio, daugumoje ES šalių ir kandidačių absoliutus sveikatos priežiūros ir socialinio darbo veikloje užimtų gyventojų skaičius augo (2 pav.). Nors Lietuva priskirtina prie šalių, kur šis rodiklis šiek tiek sumažėjo, tačiau nagrinėjamos ekonominės veiklos darbuotojų dalis bendroje užimtų gyventojų struktūroje padidėjo (žr. 1 pav.). Didžiausias užimtų gyventojų skaičiaus pokytis aptariamoje veikloje 2008–2010 metais pastebėtas Maltoje, Estijoje ir Liuksemburge (atitinkamai 22,5, 20,4 ir 16,9 procento). Prie valstybių, kuriose šio rodiklio pokyčiai nepalankiausi, priskirtinos Jungtinė Karalystė, Vengrija ir Latvija (atitinkamos jo reikšmės siekė –2,5, –3,6 ir –14,7 procento).



2 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinio darbo veikloje (EVRK 2 red.) užimtų gyventojų skaičiaus pokytis ES šalyse narėse ir kandidatėse 2008–2010 metais, procentais.

Šaltinis: Europos Sąjungos statistikos tarnybos (Eurostato) duomenys.

Žmogiškuosius išteklius ir jų padėtį darbo rinkoje sveikatos priežiūros sektoriuje galima tyrinėti dvejopai – tiek horizontaliai, tiek vertikalčiai. Plėtojant gydytojų padėties darbo rinkoje analizę horizontaliai, labai svarbus palyginamasis vertinimų aspektas. Pritaikius palyginamosios analizės metodą medikų karjeros padėties darbo rinkoje tyrimui, galima lyginti sveikatos priežiūros srityje dirbančių asmenų padėtį su kitose ekonominėse veiklose dirbančių asmenų padėtimi. Tačiau netgi turint duomenis apie visos šalies darbo jėgos pasiskirstymą pagal ekonomines veiklas, būtų labai sudėtinga išsamiau įvertinti gydytojų padėtį darbo rinkoje dėl detalių duomenų stokos, nes kyla paviršutiniško vertinimo rizika.

Galima išskirti kelis informacijos detalumo lygmenis priklausomai nuo mūsų šalyje prieinamų statistinių duomenų šaltinių (1 lentelė). Pagrindinis nuolat kaupiamos statistinės informacijos šaltinis – Lietuvos statistikos departamento duomenys, tačiau analizei buvo naudojami ir kiti duomenų šaltiniai: Lietuvos darbo biržos ir Higienos instituto duomenys. Pastarieji duomenys gaunami ištisinio statistinio stebėjimo būdu.

Esamos statistinės informacijos detalumo lygmenys išskirti, analizuojant sveikatos priežiūros specialistų padėtį darbo rinkoje (karjeros galimybes):

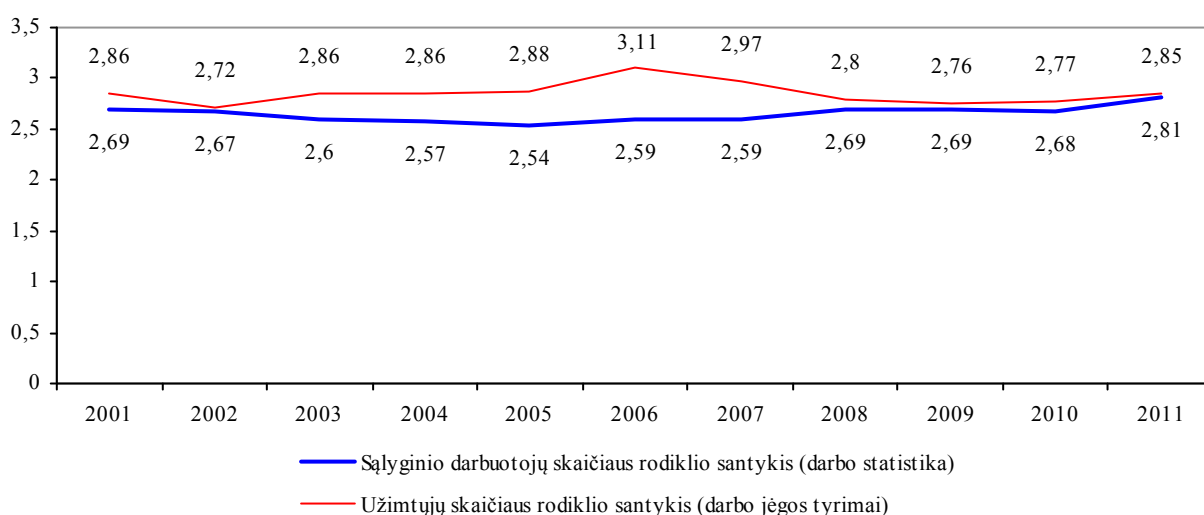
Pirmasis (žemesnis) detalumo lygmuo – esami statistiniai duomenys naudotini analizėje, tačiau pageidautina juos išskirti detalčiau.

Antrasis (aukštesnis) detalumo lygmuo – esamų statistinių duomenų panaudojimas leidžia išskirti tiriamąją grupę kaip atskirą visumą.

1 lentelė. Esamų statistinės informacijos šaltinių ir detalumo lygmenų, naudotinių analizuojant sveikatos priežiūros specialistų integraciją bei padėtį darbo rinkoje (karjeros galimybes), išskyrimas¹

Statistinės informacijos apie sveikatos priežiūros specialistus (rodiklių) pobūdis	Duomenų šaltiniai	Duomenų detalumas	Lygmuo
1. Šalies mokymo institucijose parengtų specialistų (bakalaurų ir magistrų) darbo pasiūla	Lietuvos statistikos departamento duomenys	Išskiriama sveikatos priežiūros studijų sritis	II
2. Užimti gyventojai (darbo ištekiai) sveikatos priežiūros srityje	Lietuvos statistikos departamento darbo jėgos (užimtumo) tyrimų duomenys	Sveikatos priežiūros ekonominė veikla kartu išskiriama su socialiniu darbu	I
3. Darbo statistikos rodikliai (darbuotojų skaičius, darbo užmokestis)	Lietuvos statistikos departamento duomenys	Sveikatos priežiūros ekonominė veikla išskiriama atskirai	II
4. Užimtų ir laisvų darbo vietų statistika	Lietuvos statistikos departamento darbo vietų tyrimo duomenys	Sveikatos priežiūros ekonominė veikla išskiriama kartu su socialiniu darbu	I
5. Darbo pasiūla (bedarbiai) ir darbo paklausa (registruotos darbo vietos)	Lietuvos darbo biržos duomenys	Sveikatos priežiūros ekonominė veikla išskiriama kartu su socialiniu darbu	I
6. Sveikatos priežiūros specialistų rodikliai, jų teritorinis pasiskirstymas	Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys	Išskiriami įvairūs rodikliai	II
7. Sveikatos priežiūros specialistų pasiūla, paklausa, poreikis bei karjeros galimybės	Specialiųjų tyrimų duomenys	Išskiriami įvairūs rodikliai	I–II

Nors pirmojo lygmens duomenys ne tokie detalūs, jų analizę palengvina tai, kad socialinio darbo srityje dirbančių asmenų skaičius apima tik nedidelę dalį tiriamoje ekonominėje veikloje užimtų gyventojų, į kurią patenka sveikatos priežiūros darbuotojai. Be to, socialinis darbas yra glaudžiai susijęs su sveikatos priežiūros veikla.



3 pav. Sveikatos priežiūros ir socialinio darbo darbuotojų skaičiaus santykis su bendru gyventojų skaičiumi šalyje, procentais.
Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento duomenys.

Skirtingų duomenų šaltinių analizės pavyzdžiu galėtų būti darbo statistikos duomenimis apskaičiuoto sveikatos priežiūros ir socialinio darbo darbuotojų skaičiaus santykio su bendru šalies gyventojų skaičiumi bei analogiškai apskaičiuoto rodiklio darbo jėgos (užimtumo) tyrimų duomenimis palyginimas (3 pav.). Remiantis darbo statistikos duomenimis, stebimu laikotarpiu (2001–2011 metais) galima įžvelgti nežymią sveikatos priežiūros ir socialinio darbo darbuotojų skaičiaus santykio augimo tendenciją (nuo 2,7 iki 2,8 procentų). Dėl galimo paklaidų poveikio vertinant bendrą situaciją pagal darbo jėgos (užimtumo) tyrimų duomenis prioritetą reikėtų teikti darbo statistikos duomenims. Tačiau taikant darbo jėgos tyrimų duomenis atsiranda galimybės panaudoti juos situacijos vertinimui detalesniais pjūviais.

¹ Analizėje taikytinų informacijos šaltinių Nr. 3–5 rodiklių grupės remiasi išskirtų rodiklių pasiskirstymu pagal ekonomines veiklas. Šaltinio Nr. 2 atveju pagal ekonomines veiklas detalizuojamas tik užimtų gyventojų skaičius.

3. Sveikatos priežiūros specialistų padėties darbo rinkoje apžvalga remiantis anksčiau atliktų sociologinių tyrimų duomenimis

Nors toliau aptariamų tyrimų rezultatų apžvalga apima laiko požiūriu ir nuo esamos situacijos atitolusį sveikatos priežiūros specialistų situacijos darbo rinkoje vertinimą, tačiau jis nepraranda aktualumo ir dabar, kadangi atspindi visą spektrą šioje sferoje susikaupusių problemų, kurios anaipol neišnyko. Sveikatos priežiūros specialistų integracijos į darbo rinką galimybes padeda atskleisti lyginamosios analizės metodo taikymas aptariamuose tyrimuose. Jau 1989 metais buvo pastebėta, kad medicinos studijų krypties specialistų įsidarbinimo pagal įgytą specialybę lygis yra vienas iš aukščiausių (86 procentai), aukštesnis buvo tik teisininkų bei architektūros specialistų įsidarbinimo pagal specialybę lygis. Gerokai naujesnis aukštųjų mokyklų absolventų tyrimas patvirtino nustatytą faktą, kad sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys pagal profesinę kvalifikaciją, sudaro ypač didelę dalį – 95 procentus [2].

Aukštas aptariamo rodiklio reikšmes tarp teisės studijų krypties absolventų lemia santykinai aukštas darbo užmokestis. O itin aukštą dirbančių pagal profesinę kvalifikaciją medikų dalį, matyt, lemia jų darbo specifika, susijusi su jų žinių pritaikymu ribotoje, t. y. siauresnės specializacijos medicinos sferoje. Jų mokymas specializuotesnis, teikiantis mažiau galimybių įsidarbinti kitose srityse, nesusijusiose su sveikatos apsauga. Kita vertus, medikai bei teisininkai – tai tų studijų krypties absolventai, kurie darbo vietoje beveik neįtę kitų studijų sričių absolventų konkurencijos, kurie daug dažniau įsidarbina ne pagal specialybę. Tai padidino medikų ir teisininkų įsidarbinimo pagal profesinę kvalifikaciją galimybes. Šis sociologinis tyrimas rodo, jog darbo rinka buvo imli šių studijų sričių specialistams. Kita vertus, apklausos duomenimis, įsidarbinusių pagal profesinę kvalifikaciją absolventų dalis tarp skirtingų specialybių specialistų reikšmingai skyrėsi (svyravo nuo 40 iki 95 procentų).

Siauresnė medikų įsidarbinimo sfera ir griežtesnė rengimo specializacija anaipol nereiškia blogesnių įsidarbinimo galimybių. Atvirkščiai – sveikatos priežiūros specialistų galimybės susirasti darbo vietą itin palankiai vertintos jau praeito dešimtmečio pradžioje, nors aukštas šios srities specialistų užimtumas mums nesuteikia informacijos apie kokybinius medikų karjeros aspektus (pasitenkinimą darbu, darbo sąlygomis ir pan.).

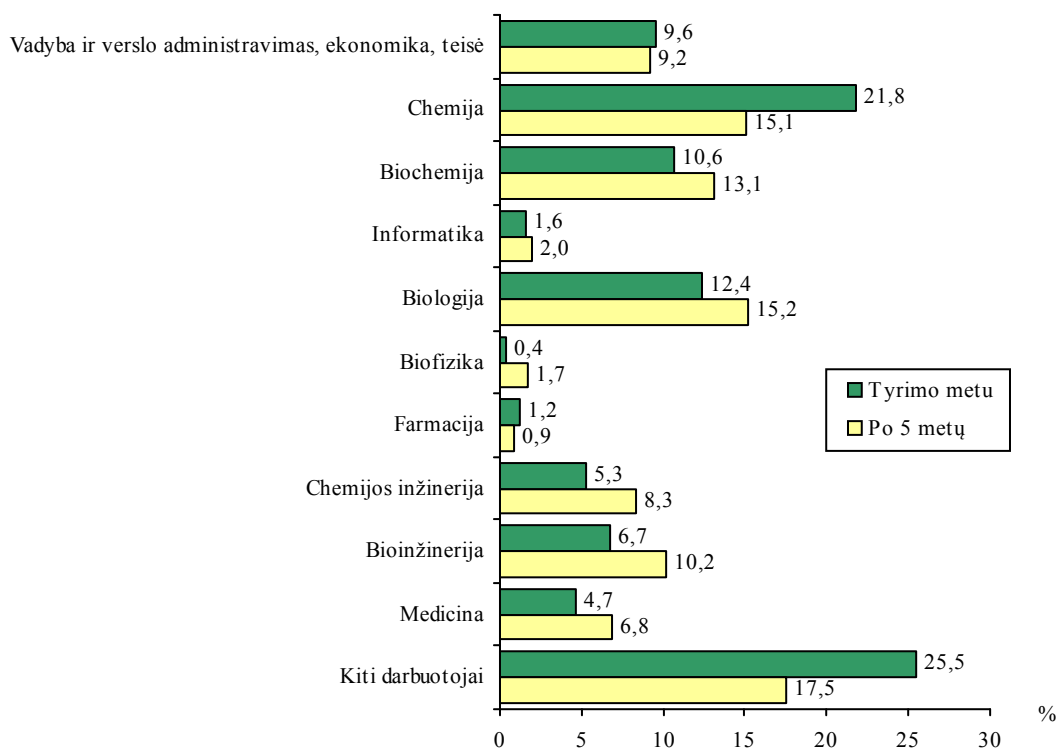
Kaip rodo 2006 metų Darbo ir socialinių tyrimų instituto atliktas darbo vietų užpildymo problemų tyrimas, jau per ankstesnį ekonomikos pakilimą išryškėjo sveikatos apsaugos specialistų trūkumas. Nepakankamą darbo pasiūlos ir paklausos suderinamumą rodo laisvų darbo vietų užpildymo problemos. Kaip matyti iš minėto tyrimo duomenų, 2001–2005 metais daugiausia neužpildytų darbo vietų šalies mastu buvo sveikatos priežiūros, farmacijos ir veterinarijos srityse (išskyrus slaugos specialistus). Tokių specialistų poreikis nemažėjo, o surasti tinkamą specialistą šioms darbo vietoms buvo ypač sunku.

Pavyzdžiui, gydytojų psichiatrų bei gydytojų chirurgų paklausa viršijo pasiūlą vidutiniškai 25 kartus, kitų profesijų gydytojų – nuo 3 iki 10 kartų. Kaip galima spręsti iš susidariusio darbo pasiūlos ir paklausos neatitikimo, darbo biržų specialistams daug sudėtingiau užpildyti šios srities darbo vietas. Dėl to nemaža dalis darbdavių, pageidaujančių įdarbinti sveikatos priežiūros, farmacijos bei veterinarijos specialistus, buvo priversti laukti ilgiau kaip du ar net tris mėnesius. Pavyzdžiui, gydytojo neurologo vieta vidutiniškai buvo užpildoma per 7 mėnesius, gydytojo chirurgo – ilgiau negu per pusę metų. Netgi vairuotojams bei statybininkams skirtos darbo vietos per ankstesnį ekonominį pakilimą buvo užpildomos sparčiau nei sveikatos priežiūros specialistų vietos, nors tradiciškai laikoma, kad darbininkiškų profesijų atstovų trūksta labiausiai. Atlikta darbo vietų užpildymo tyrimo duomenų analizė rodo, kad skirtingų specialybių medikų paklausa buvo netgi didesnė nei darbininkiškų profesijų atstovų, o sveikatos apsaugos darbuotojų trūko labiausiai [4].

Sektorijų tyrimai rodo, kad besiplečiantis biotechnologijos sektorius lemia medicinos studijų krypties specialistų poreikio augimą šalyje, nors jų dalis tarp visų šio sektoriaus darbuotojų buvo palyginti nedidelė (sieki apie 5 procentus) (4 pav.). Kita vertus, sektoriuje dirbo santykinai daug medikams giminingų biologų – jų dalis siekė 12 procentų sektoriaus darbuotojų. Ypač akcentuotinas galimas spartus bioinžinierių poreikio augimas [11]. Kadangi šių specialistų rengimas reikalauja ypač daug medicinos ir biologijos žinių, akivaizdu, kad ši tendencija yra tampriai susijusi su numatomu medikų poreikio augimu viename iš aukštųjų technologijų sektorių, kuris toliau plėtosis, jungiantis skirtingų mokslo sferų žinioms, kurių sėkmingas panaudojimas galėtų pagerinti sveikatos apsaugos mokslų kokybę.

2008 metų specialistų poreikio tyrimo duomenimis apskaičiuota, jog biomedicinos srities darbuotojų poreikis sudarė apie dešimtadalį visų šalies specialistų poreikio. Jie užėmė tarpinę padėtį tarp skaitlingesnių socialinių ir technologijos mokslų specialistų grupių ir neskaitlingų studijų sričių, kurioms priskirtini humanitarinės ir meno studijas baigę asmenys. Didelė dalis biomedicinos mokslus baigusiu darbuotojų pateko į viešąjį ūkio sektorių. Biomedicinos

mokslus baigę asmenys sudarė net 17 procentų valstybiniame sektoriuje dirbančių specialistų – tai antra sritis pagal viešajame sektoriuje užimtų specialistų skaičių, daugiausiai jame buvo socialinių mokslų atstovų (apie du trečdaliai). Galima teigti, kad planuoti savo karjerą viešajame sektoriuje biomedicinos srities specialistų galimybės buvo didžiausios. Apie dešimtadalį jų dirbo kituose ūkio sektoriuose (daugiausia – žemės ūkyje). Likusiuose ūkio sektoriuose jų dirbo gerokai mažiau – jie sudarė tik 4 procentus pramonės ir 3 procentus prekybos įmonėse dirbančių specialistų [12].



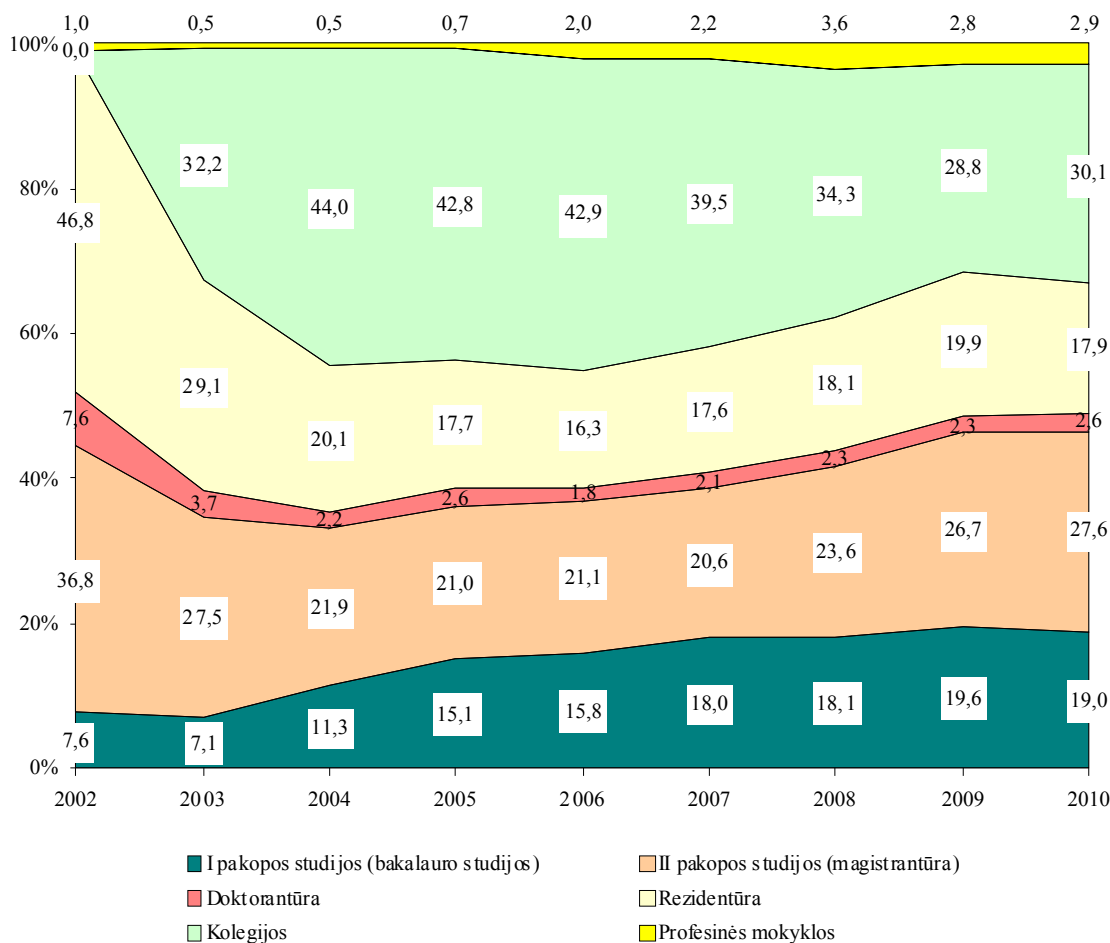
4 pav. Biotechnologijos sektoriaus įmonių darbuotojų paskirstymas pagal studijų kryptis Nacionalinės plėtros instituto inicijuotos darbdavių apklausos duomenimis, procentais [11]

4. Specialistų pasiūlos vertinimas, jų kartų kaitos analizė

Nors visaverčiais specialistais sveikatos priežiūros krypties absolventai tampa tik baigę rezidentūros studijas, galima teigti, kad medikų įžengimas į darbo rinką profesinės karjeros požiūriu prasideda baigus magistrantūrą. Sveikatos priežiūros studijas baigusių magistrų skaičius praėjusio dešimtmečio pradžioje šalyje labai svyravo. 2000 metais sveikatos priežiūros studijas Lietuvoje baigė net 1214 magistrų, o iki 2002 metų baigusiųjų sumažėjo daugiau nei perpus (iki 578). Sprendžiant pagal statistinius duomenis, vėliau šalies darbo rinką kasmet papildė vis daugiau magistrų, kurie derino baigiamąsias studijas su praktine profesine veikla. Sveikatos priežiūros studijas 2010 metais baigė 916 magistrų. Aukštosiose mokyklose parengtų bakalaurų skaičius augo beveik visą stebimą laikotarpį (2000–2009 metais jis padidėjo nuo 102 iki 656), tačiau 2010 metais kiek sumažėjo (iki 630).

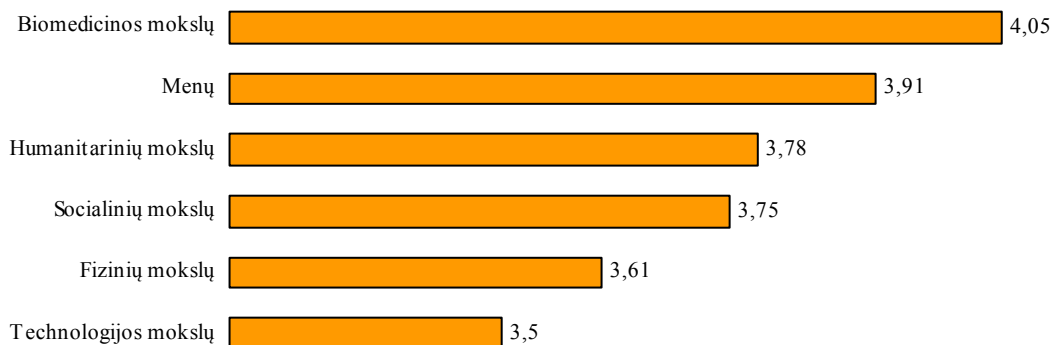
Skaičiavimai rodo (5 pav.), kad tarp pirmos pakopos sveikatos priežiūros studijų absolventų vyrauja kolegijas baigę bakalaurai – jų dalis tarp darbo rinkai parengtų specialistų 2004 metais buvo išaugusi net iki 44 procentų, nors toliau nuolat mažėjo ir 2010 metais jau siekė tik 30 procentų. Gerokai mažiau paruošiama aukštąjį universitetinį mokslą baigusių bakalaurų – jie sudarė apie penktadalį visų sveikatos priežiūros studijų absolventų.

Daugiausia universitetuose parengiama medikų magistrų – 2010 metais jie sudarė 28 procentus šios srities darbuotojų pasiūlos. Vertėtų atsižvelgti į tai, kad daug kolegijas baigusių būsimų medikų turi galimybę pratęsti magistrantūros studijas universitetuose. Rezidentūros studijas baigusių asmenų dalis tarp parengtų sveikatos priežiūros specialistų paskutiniiais metais keitėsi palyginti nežymiai – 2010 metais siekė 18 procentų, nors pirmaisiais stebimo laikotarpio metais šio rodiklio reikšmė buvo gerokai aukštesnė. Ypač nedaug darbuotojų sveikatos priežiūros sferai parengta profesinėse mokyklose – jų dalis svyravo nuo 0,5 iki 3,2 procento.



5 pav. Parengtų sveikatos priežiūros specialistų struktūros vertinimas 2002–2010 metais, procentais.
Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento duomenys.

Faktiškai aukštųjų mokyklų profesinės absolventų karjeros stebėseną prasideda nuo jų įsidarbinimo. Aukštųjų mokyklų absolventų karjeros galimybes lemia geresnis jų pripažinimas ir įvertinimas darbo rinkoje. Karjera kaip individo savirealizacijos išraiška, atspindinti jo įsidarbinimo sąlygas ir darbo kokybę, yra subtilesnis tyrimų objektas nei paprastas jo būklės darbo rinkoje pasikeitimas, pereinant nuo studijų prie darbo.



6 pav. Studijų metais įgytų profesinių žinių panaudojimo darbe lygio vertinimas penkiabalėje sistemoje².
Šaltinis: Viešosios politikos ir vadybos instituto tyrimo duomenys [14].

Formalūs rengiamų specialistų skaičiaus rodikliai beveik nieko nepasako apie būsimų gydytojų žinių panaudojimo galimybes. Sprendžiant iš analizuojamo Viešosios politikos ir vadybos instituto tyrimo duomenų, biomedicinos mokslus

² 1 reiškia „visiškai nenaudoju“, 5 – „labai dažnai naudoju“.

baigusią absolventų įgytų profesinių žinių panaudojimo darbe lygis yra aukštesnis nei kitų šalyje rengiamų studijų sričių specialistų. Todėl būsimų medikų įgyjamos teorinės žinios yra labiau siejamos su jų darbinės karjeros aktualijomis (6 pav.).

Vertinant darbo pasiūlą, reikia turėti omenyje, jog tikrais specialistais gydytojai dažniausiai tampa po doktorantūros. Atskiras toliau straipsnyje minimas gydytojų specialybes, tokias kaip kardiologija, akušerija, vidaus ligos ir t.t., gydytojai įgyja tik po rezidentūros, o ne po bakalauro ar magistro studijų – savarankiškai dirbti jie gali tik baigę šias studijas. Kita vertus, rezidentūrą baigia ne visi universiteto absolventai. Todėl medikai tikrais specialistais tampa bent penkeriais metais vėliau.

Atliekant tolimesnę tyrimų rezultatų analizę, buvo taikomas sąlyginis tiriamos gyventojų visumos grupių struktūros kaitos palyginimas. Šis analizės būdas itin populiarus gyventojų statistikoje, tiriant kartų kaitą, bei neretai vadinamas sąlyginės gyventojų kartos metodu. Atliekant skirtingų gyventojų kartų struktūros palyginimą stebima, kaip laiko atžvilgiu sąlyginai keičiasi tiriamų asmenų grupės struktūra. Ši analizė metodiškai pagrįsta, nes leidžia ištirti skirtingų kartų asmenų profesinės struktūros kaitą pagal tyrimo metu išskirtas studijų sritis. Netiesiogiai apie tikėtinas darbo pasiūlos ir paklausos raidos perspektyvas galima spręsti iš aukštojo išsilavinimo lygmens gyventojų kartų kaitos pagal studijų sritis.

Iš pateiktų duomenų matoma, kad turimų specialistų struktūra praėjusio dešimtmečio pabaigoje ir anksčiau gerokai skyrėsi (2 lentelė). Analizės rezultatai rodo, jog gana problematiška situacija perspektyvoje gali susiformuoti ir sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sferose, nors čia neigiamas specialistų lyginamojo svorio pokytis yra ne toks žymus (siekė 7 procentinius punktus), kaip švietimo bei inžinerinėse gamybinėse srityse, kur gali susiformuoti ryškesnės darbuotojų trūkumo grėsmės. Stebimi pokyčiai rodo valstybės vaidmens didinimo būtinybę, reguliuojant į darbo rinką patenkančių specialistų profesinę struktūrą sveikatos apsaugos sistemoje. Esamas negatyvias tendencijas skatina šio sektoriaus darbuotojų migracija [10]. Kita vertus, lyginant 65 metų amžiaus ir vyresnių asmenų bei 25–34 metų amžiaus asmenų grupes, situacija sveikatos apsaugos sistemoje atrodo optimistiškesnė, nes neigiamas stebimo rodiklio skirtumas yra mažesnis. Šių amžiaus grupių rodiklių reikšmių palyginimas padėtų atspindi objektyviau, nes absoliuti dauguma sveikatos priežiūros specialistų į darbo rinką patenka gerokai vėliau nei kitų studijų kryptių absolventai.

2 lentelė. Skirtingų amžiaus grupių aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų pasiskirstymas pagal studijų sritis 2009 metais, procentais*

Studijų sritys	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	≥ 65	Skirtumas procentiniais punktais**
Švietimas	5,9	8,4	16,6	17,4	18,5	18,4	-12,5
Humanitariniai mokslai ir menas	11,1	7,0	6,5	6,8	7,3	9,0	-2,1
Socialiniai mokslai, verslas ir teisė	43,0	37,4	30,2	23,2	17,0	15,3	27,7
Gamtos mokslai, matematika ir kompiuterija	10,3	9,1	4,7	6,8	6,0	5,1	5,2
Inžinerija, gamyba ir statyba	18,4	21,6	21,8	30,0	31,3	29,5	-11,1
Žemės ūkis ir veterinarija	2,4	2,9	5,1	4,1	6,9	7,7	5,3
Sveikatos priežiūra ir socialinė apsauga	4,6	8,3	10,6	9,5	11,1	11,4	-6,8 (-3,1)***
Paslaugos	4,3	5,2	4,5	2,2	2,0	3,8	0,5
Iš viso	100	100	100	100	100	100	-

* Skaičiavimuose pateiktų lyginamųjų svorių suma pagal studijų sritis lygi 100 procentų.

** Lyginamos 15–24 metų ir 65 metų ir vyresnių asmenų amžiaus grupės.

*** Lyginamos 25–34 metų ir 65 metų ir vyresnių asmenų amžiaus grupės.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento duomenys.

Lietuvos statistikos departamento duomenys rodo, kad 2009 metais šalyje buvo 62,7 tūkst. sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos srities specialistų. Tarp visų šioje studijų srityje parengtų asmenų kiek daugiau buvo 25–34 metų amžiaus bei 35–44 metų amžiaus sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos specialistų (apytiksliai po 15 tūkst.). Vyresnio amžiaus specialistų, kurie dėl ilgesnio karjeros laikotarpio būtų sukaupę didelę darbinę patirtį, buvo mažiau. Kita vertus, manytina, bent jau kol kas tarp medikų egzistavo pakankama profesinėje karjeroje dalyvaujančių specialistų kartų įvairovė, kad vyresnio amžiaus specialistai perduotų savo žinias ir patyrimą jaunesniesiems, nors išskyla grėsmė, kad ši pusiausybra dėl jaunesnių sveikatos apsaugos specialistų migracijos gali būti labai pažeista. Minėtą palankų parengtų specialistų struktūros pagal amžių pasiskirstymą rodo tai, kad skirtingo amžiaus medikų grupių pasiskirstymas nuo 25 metų amžiaus buvo gana nežymus (svyravo maždaug nuo 8 iki 11 procentų), dar mažesni skirtumai stebimi nuo 35 metų.

Reikia atkreipti dėmesį į tai, kad profesinės karjeros metu sveikatos apsaugos specialistai, nuosekliai kaupdami darbo patirtį, kelia esamą profesinę kvalifikaciją bei tobulina savo darbo įgūdžius. Todėl straipsnyje išskirti profesinės ir darbo karjeros tarpsniai nesutampa (3 lentelė).

Atsižvelgiant į pateiktus statistinius duomenis, gana sudėtinga būtų vertinti spaudoje pateikiamą teiginį, kad sveikatos apsaugos įstaigose trūksta jaunų medikų. Atskirose ligoninėse ir poliklinikose gydytojų ir kitų jų darbuotojų amžiaus struktūra gali labai skirtis. Taigi galimi žymūs šio rodiklio, atspindinčio specialistų kaitą, nukrypimai. Dėl statistinių duomenų trūkumo galima daryti prielaidą, kad mažesniuose šalies regionuose medicinos įstaigų personalas sensta gerokai sparčiau nei didžiuosiuose miestuose, kur suvažiuoja jaunimas. Tikėtina, kad jaunimo daugiau dirba privačiajame sektoriuje.

3 lentelė. Aukštąjį išsilavinimą turinčių sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos specialistų kaita ir labiausiai tikėtini karjeros tarpsniai

Karjeros tarpsniai	Iš viso	Trumpojo laikotarpio profesinė karjera – studijų ir tapimo jaunais specialistais tarpsnis (karjeros pradžia ir darbo patirties kaupimas)		Vidutinės trukmės profesinė karjera (tolimesnis darbinės patirties kaupimas)		Ilgalaikė profesinė karjera ir jos pabaiga (patyrę specialistai)	
		15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	≥ 65
Specialistų amžiaus grupės							
Labiausiai tikėtini medikų karjeros tarpsniai pagal amžių*	-	0–2 metų	0–9 metai	10–19 metų	20–29 metai	30–39 metai	40 metų ir daugiau
Labiausiai tikėtini medikų bendrosios profesinės karjeros tarpsniai pagal amžių**	-	7 metai	8–17 metų	18–27 metų	28–37 metai	38–47 metai	48 metų ir daugiau
Absoliutūs sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos srities specialistų skaičius 2009 metais, tūkst.	62,7	1,7	16,6	15,6	12,1	8,7	7,9
Sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos srities specialistų dalis tarp aukštąjį išsilavinimą turinčių 15 metų ir vyresnių šalies gyventojų 2009 metais, procentais	9,5	4,6	8,3	10,6	9,5	11,1	11,4

* Sąlyginai apima labiausiai tikėtiną dalyvavimo darbo rinkoje laikotarpį nuo darbinės karjeros pradžios pagal profesinę kvalifikaciją.

** Sąlyginai apima labiausiai tikėtiną laikotarpį nuo studijų pradžios pagal kvalifikaciją ir tolesnį potencialų darbuotojų dalyvavimą darbo rinkoje.

Tiriamos darbuotojų visumos struktūros pokyčius sąlyginai galima nustatyti įvertinus skirtingų studijų kryptų specialistų kaitos koeficientus pagal amžių. Jie rodo, kokių santykiu jaunesnės specialistų kartos pakeičia vyresnes.

Palyginimui pagal studijų sritis buvo apskaičiuoti keturi santykiniai rodikliai:

15–24 ir 55–64 metų specialistų kaitos koeficientas ($15-24 / 55-64$);

15–24 ir 65 metų ir vyresnių specialistų kaitos koeficientas ($15-24 / \geq 65$);

25–34 ir 55–64 metų specialistų kaitos koeficientas ($25-34 / 55-64$);

25–34 ir 65 metų ir vyresnių specialistų kaitos koeficientas ($25-34 / \geq 65$).

Ypač aukštos specialistų kaitos koeficientų reikšmės rodo, kad tolimesnėje retrospektyvoje aukštąjį išsilavinimą turinčių specialistų buvo gerokai daugiau nei pastarąjį dešimtmetį. Palankiausiai situacija vertintina, kai specialistų kaitos koeficientų reikšmės artimos 100 procentų. Metodškai pagrįstai palyginti santykinų rodiklių pasiskirstymą galima juos detalizavus vienodais dešimtmečių intervalais. Kita vertus, esamą pasirinkimą išskirti intervalo reikšmę ≥ 65 būtų galima aiškinti tuo, kad tarp dviejų gretimų amžiaus intervalų 55–64 ir ≥ 65 rodiklių reikšmių skirtumai yra palyginti nedideli. Apskritai galima teigti, kad bendro rengiamų specialistų su skirtingų sričių aukštuoju išsilavinimu trūkumo artimiausiu metu neturėtų jaustis, nors dėl nepalankiai žemų kartų kaitos rodiklių reikšmių, gerokai žemesnių nei 100 procentų, jau kyla švietimo darbuotojų trūkumo grėsmė. Daugiau būtų galima kalbėti apie kai kurių sričių specialistų trūkumą maždaug po 10 metų – dėl nepalankios natūralios kaitos. Pagreitinti specialistų trūkumo grėsmę gali ir specialistų migracija, ypač – sveikatos priežiūros darbuotojų. Dideli sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos darbuotojų kartų kaitos rodiklio skirtumai 15–24 metų ir 29–34 metų amžiaus grupėse rodo, kad šios sferos darbuotojai į darbo rinką patenka bent jau keliais metais vėliau nei kitų sričių specialistai – 15–24 metų ir 55–64 metų amžiaus darbuotojų kartų kaitos koeficientas tarp sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos specialistų buvo ypač žemas (apie 20 procentų), nors vyresnio amžiaus grupėje jis gerokai aukštesnis. Tai liudija apie žymiai ilgesnį medikų profesinių studijų karjeros tarpsnį.

Reikia pažymėti, jog 25–34 metų amžiaus kartų kaitos koeficientas yra gerokai aukštesnis nei analogiškas 15–24 metų amžiaus grupės rodiklis. 25–34 metų amžiaus specialistai paprastai yra įgiję specialybę ir sėkmingai įsitvirtinę

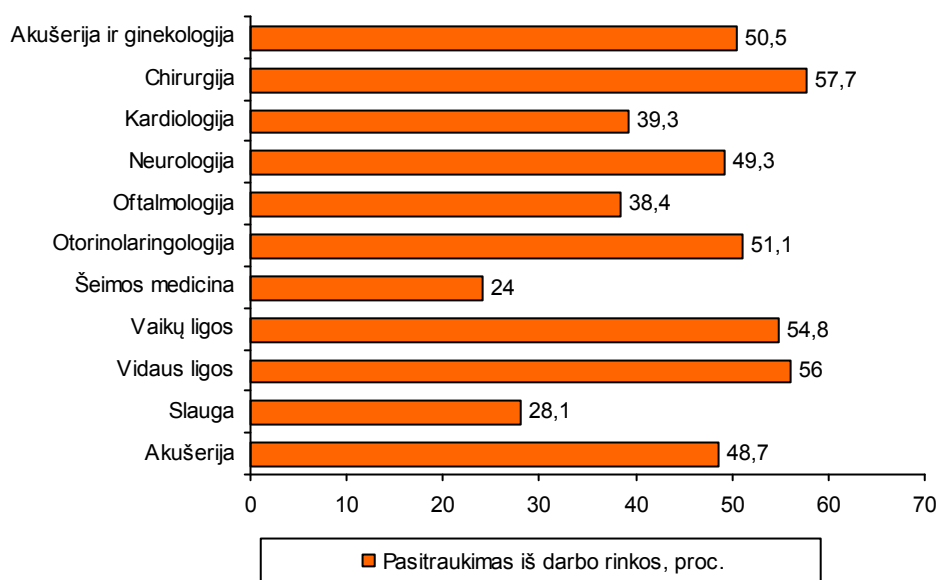
darbo rinkoje. To didelė dalimi negali atspindėti 15–24 metų amžiaus kartų kaitos koeficientas. Tačiau nepaisant šio rodiklio netobulumo tiesiogiai vertinant situaciją, jis yra tikrai naudingas atliekant palyginamąją analizę studijų sričių lygmeniu, nes į šią demografinę grupę patenka tų profesijų specialistai, kurie integruojasi į darbo rinką santykinai anksčiau – jau po bakalauro studijų. Todėl santykinai didelis 15–24 ir 25–34 metų amžiaus kartų kaitos koeficientų skirtumas sveikatos priežiūros bei socialinės apsaugos specialistų atveju didelė dalimi lemia gerokai vėlesnę medikų integraciją į darbo rinką, palyginti su kitų studijų sričių specialistais. Kita vertus, specialistų kartų kaitą lemia ir žymūs pasiūlos pokyčiai pagal skirtingas studijų sritis. 15–24 ir 25–34 metų amžiaus kartų kaitos koeficientų palyginimas parodo, kaip atrodo sveikatos apsaugos be socialinės priežiūros specialistų kartų kaita, palyginti su kitų studijų sričių specialistų, aptariamose amžiaus grupėse. Toks palyginimas išsamiau atspindi skirtingų švietimo sričių specialistų kaitos istoriją per visą jų galimą dalyvavimo darbo rinkoje laikotarpį. Tačiau nepaisant 15–24 metų amžiaus kartų kaitos koeficiento kaip rodiklio trūkumų, socialinių mokslų, verslo ir teisės specialistų kartų kaitos koeficientai 15–24 / 55–64 ir 15–24 / ≥ 65 yra gana žymiai aukštesni nei 100 procentų. Žinant šalies darbo rinkos specifiką, tai galima interpretuoti kaip tik ką baigusius šių studijų sričių specialistų santykinį perteklių darbo rinkoje (4 lentelė).

4 lentelė. Aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų kartų kaitos koeficientai pagal studijų sritis 2009 metais, procentais*

	15–24 / 55–64	15–24 / ≥ 65	25–34 / 55–64	25–34 / ≥ 65
Iš viso	47,1	53,5	254,0	288,2
Švietimas	15,2	17,3	115,9	132,3
Humanitariniai mokslai ir menas	71,9	66,1	245,6	225,8
Socialiniai mokslai, verslas ir teisė	119,5	150,0	560,9	703,8
Gamtos mokslai, matematika ir kompiuterija	80,9	108,6	385,1	517,1
Inžinerija, gamyba ir statyba	27,8	33,3	175,5	210,8
Žemės ūkis ir veterinarija	16,7	17,0	107,4	109,4
Sveikatos priežiūra ir socialinė apsauga	19,5	21,5	190,8	210,1
Paslaugos	100,0	61,5	650,0	400,0

*Apskaičiuota pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis.

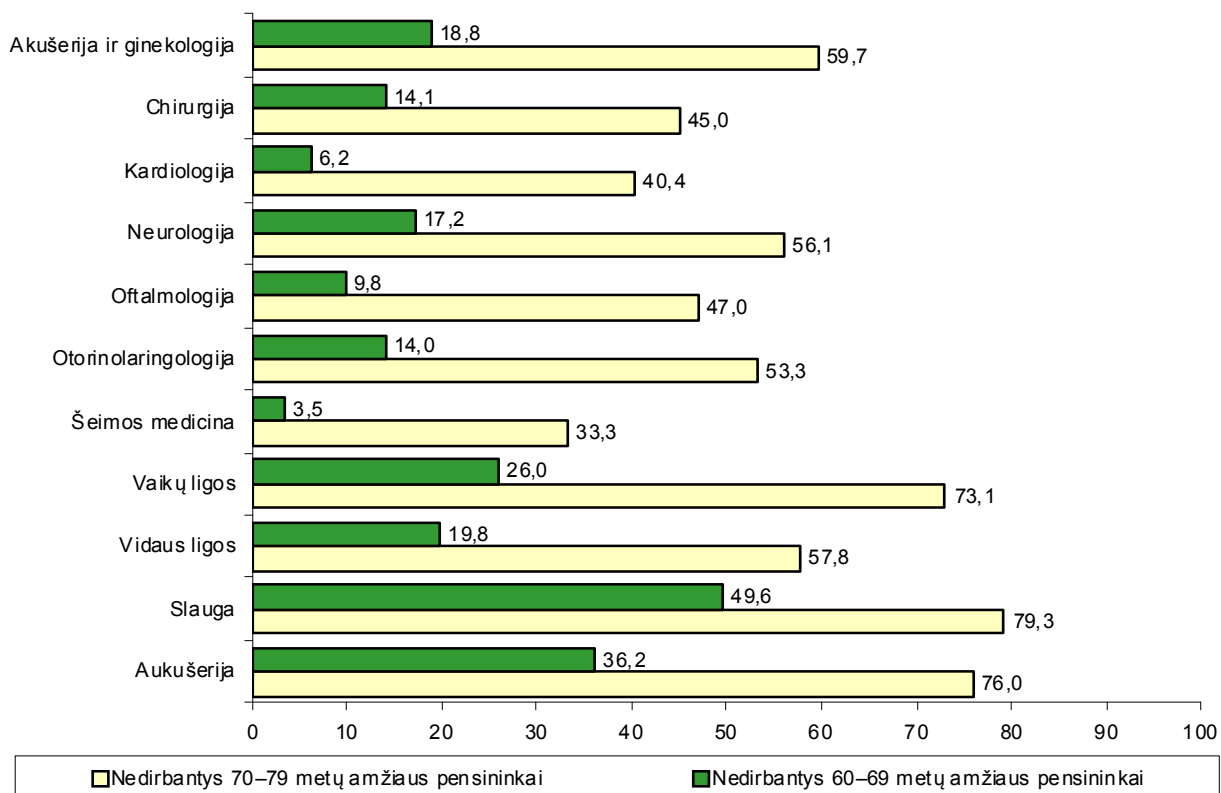
Grėsminga šalies gydytojų senėjimo tendencija dėl galimai nepalankios natūralios kaitos perspektyvoje abejonių nekelia. Vis dėlto dabar sunku vertinti, kiek reikšmingai gydytojų kartų kaitą šalyje gali paveikti jų migracija. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (LSMU) 2011 metais atlikto Žmoniškųjų sveikatos priežiūros išteklių tyrimo duomenimis, daugiausia iš darbo rinkos 2011–2025 metais turėtų pasitraukti chirurgų, vidaus ir vaikų ligų gydytojų, mažiausiai – slaugos ir šeimos medicinos specialistų (7 pav.).



7 pav. Gydytojų pasitraukimo iš darbo rinkos prognozės 2011–2025 metais, procentais nuo 2009 metais dirbusių atitinkamos srities gydytojų.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Žmoniškųjų sveikatos priežiūros išteklių tyrimo duomenys [15].

Vėlyvą gydytojų pasitraukimo iš darbo rinkos amžių, manytina, skatina kelios priežastys: atskirų profesijų medikų trūkumas, jų vyraujančios nuostatos išsilaikyti darbo rinkoje ilgesnį laikotarpį bei žemos pensijos. Kaip rodo 8 pav. pateikta diagrama, dauguma šalyje dirbančių gydytojų išeina į pensiją tik perkopę septintą dešimtį metų (nuo 70 iki 79 metų amžiaus). Labai mažai nedirbančių 70–79 metų gydytojų minėto tyrimo duomenimis buvo tarp šeimos medicinos specialistų – vos trečdalis. Nepaisydami solidaus amžiaus, toliau savo karjerą tęsė didesnioji dalis kardiologų, chirurgų bei oftalmologų. Taigi nedirbo daugiau nei pusė šių 70–79 metų amžiaus specialistų (8 pav.). Kitų specialybių gydytojų kartų kaita buvo spartesnė.



8 pav. 60–69 metų ir 70–79 metų į pensiją pasitraukusių gydytojų dalis pagal profesijas, procentais.
Šaltinis: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Žmogiškųjų sveikatos priežiūros išteklių tyrimo duomenys [15].

5. Išvados

Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, nustatyti specialistų kartų kaitos pokyčiai rodo valstybės vaidmens didinimo būtinybę reguliuojant į darbo rinką patenkančių specialistų profesinę struktūrą. Išlikus negatyvioms migracijos tendencijoms, gali susiformuoti nepalankios ilgalaikės specialistų skaičiaus kaitos tendencijos. Analizės rezultatai labiausiai išryškino nepalankios specialistų kartų kaitos grėsmę inžinerijos, gamybos, statybos ir švietimo srityse. Palyginti su šiomis sritimis, situacija sveikatos priežiūros srityje bent jau kol kas buvo geresnė.

Nepaisant straipsnyje pateiktos statistinių duomenų analizės, būtų sudėtinga įvertinti, kiek sveikatos priežiūros srities specialistų kartų kaita perspektyvoje atitiks bendrąsias darbuotojų senėjimo tendencijas šalies ūkyje. Tai priklauso nuo skirtingų veiksnių poveikio dabartiniu metu bei perspektyvoje. Aukštas emigracijos lygis ir gyventojų senėjimas didina pagyvenusių gydytojų dalį. Tačiau išlikus dideliu gydytojo profesijos populiarumui bei sulėtėjus jų emigracijai, sveikatos priežiūros specialistų darbo rinkoje pavyktų išlaikyti daugiau jaunų žmonių bei optimizuoti kartų kaitą. Abejonių nekeltų tai, jog toliau senstant visuomenei, gydytojo profesija išliks labai paklausiai – tai užtikrins pakankamai aukštą sveikatos priežiūros studijų srities specialistų poreikį ir ateityje.

Kita vertus, ilgalaikė intensyvi medikų emigracija gali sukurti žymų patyrusių šios srities specialistų trūkumą darbo rinkoje. Nepaisant to, esama migracijos situacija gerokai padidina jaunų sveikatos apsaugos specialistų karjeros

galimybes šalies vidaus rinkoje ir sumažina jų konkurenciją. Dėl senstančios gyventojų struktūros turėtų išaugti medikų poreikis, nes fizinis gyventojų senėjimas gali skatinti didesnę specialistų poreikį sveikatos apsaugos sistemoje.

Publikacijoje pateikta duomenų analizė didele dalimi rėmėsi sociologinių apklausų duomenimis. Sociologinės apklausos – vienas iš efektyviausių sveikatos priežiūros specialistų padėties darbo rinkoje vertinimo metodų. Nors apklausų šalyje atlikta gana nemažai, tačiau esminė problema, manytina, yra ta, jog jos nėra pritaikytos skirtingų profesijų specialistų padėties darbo rinkoje stebėsenai. Todėl rengiant apklausų metodikas, svarbu būtų užtikrinti skirtingais metais atliekamų tyrimų rezultatų palyginamumą, kad būtų galima specialistų karjeros būklės bei jų padėties darbo rinkoje pasikeitimus įvertinti pakartotinai.

Literatūra

1. Abdo, W.; Broxterman M. 2004: *Physician Employment Trends*. June. <<http://www.physiciansnews.com/business/604abdo.html>>.
2. Biveinytė, S.; Gruževskis, B.; Martinaitis, Ž.; Pocius, A.; Zabaraukaitė, R., 2007: *Sėkmingos karjeros darbo rinkoje veiksniai*. Vilnius: Švietimo ir mokslo ministerija, Darbo ir socialinių tyrimų institutas.
3. Buivydas, E.; Buivydienė, J.; Šmigelskas, K., 2010: *Gyventojų skaičiaus pokyčių amžiaus ir lyties grupėse įtaka gydytojų poreikiui*, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 14, p. 487-493.
4. Darbo ir socialinių tyrimų institutas. 2006: *Darbo jėgos paklausos ir darbo vietų užpildymo problemų tyrimas. Laisvų darbo vietų užpildymo problemų bei darbuotojų kaitos priežasčių įvertinimas remiantis darbdavių (vadovaujančio personalo) apklausos duomenimis*. Vilnius. <http://www.ldb.lt/Informacija/Apie/Documents/ldv_2etapas.pdf>
5. Espinar-Ruiz, E.; Masanet, E. 2011 International Recruitment of Uruguayan Doctors to Portugal: Benefits and Challenges. *Abstract Book. Geneva, 7–10 September ESA 10th Conference “Social Relations in Turbulent Times”*. European Sociological Association (ESA), University of Geneva & Swiss Sociological Association, p. 752-753.
6. Gaižauskienė, A.; Grabauskas, V.; Kučinskienė, Z. ir kiti. 2002: Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990–2015 metais. *Atviros Lietuvos fondo projekto „Sveikatos žmogiškųjų išteklių raida ir planavimas Lietuvoje“ ataskaita*.
7. Lipnevič, A. 2010: Žmogiškųjų išteklių kismas sveikatos sektoriuje. *Socialiniai pokyčiai Eurointegracijos procese 2*, Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras, p. 83-94.
8. Massachusetts Medical Society, 2011: *Physician Workforce Study*. September, Massachusetts. <<http://www.massmed.org/AM/Template.cfm?Section=Home6&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=61512>>.
9. Pocius, A. 2012: Gydytojų mobilumas bei jų integracijos darbo rinkoje tendencijų raida ekonomikos pakilimo / nuosmukio sąlygomis. *Filosofija. Sociologija*. 23(2), p. 164-171.
10. Lietuvos socialinių tyrimų centras. 2011: *Specialistų ir kompetencijų esamos pasiūlos ir paklausos atitikimo analizė (tyrimo ataskaita)*. Vilnius.
11. Nacionalinės plėtros institutas, UAB „Informacijos tinklas“. 2007: *Specialistų poreikio tyrimų metodologijos rengimas ir pilotinio tyrimo įgyvendinimas aukštųjų technologijų srityse*. Vilnius.
12. Nacionalinės plėtros institutas. 2008: *Specialistų poreikio tyrimų metodologija ir prognozės Lietuvoje*. Sudarytojas Andrėnas A.
13. Taljūnaitė, M. 2012: Gydytojų karjerą Lietuvoje stabilizuojantys veiksniai. *Filosofija. Sociologija*. 23(2), p. 154–163;
14. Viešosios politikos ir vadybos instituto tyrimas. 2010: *Universitetų absolventų integracija darbo rinkoje*. Vilnius.
15. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. 2011: *Žmogiškųjų sveikatos priežiūros išteklių tyrimas*. Kaunas. <<http://www.delfi.lt/news/daily/Health/tyrimas-gydytojams-senstant-ir-emigruojant-netrukus-pritruksime-specialistu.d?id=47854811&l=fplead>>.

A CHANGE IN THE SUPPLY OF PROFESSIONALS IN THE HEALTH CARE SECTOR AND ASSESSMENT OF THE DEMAND FOR PHYSICIANS AND OPPORTUNITIES FOR THEIR INTEGRATION INTO THE LABOUR MARKET

Arūnas Pocius

Abstract. The article paper analyses the supply of health care professionals in health care sector in Lithuania in terms of demographic change. On the basis of data from different studies and of the analysis carried out in this work by the author, particular attention is given to the problem of the assessment of the demand for health care professionals (physicians) in health care sector in Lithuania. When analysing the integration of health care professionals into the labour market, in addition to sociological surveys, the data of Lithuanian Statistics Lithuania Department on labour force (employment) was were used. This article paper investigates explores the possibility of using different data sources for the analysis of the demand for health care professionals (physicians), as well as analyses their situation in the labour market on the basis of the scientific literature review.

Keywords: labour market, integration of physicians doctors, demand of for physicians doctors, labour migration, employment, specialists, sociological surveys.