

Gydytojų karjerą Lietuvoje stabilizuojantys veiksniai

MEILUTĖ TALJŪNAITĖ

Lietuvos socialinių tyrimų centro Sociologijos institutas, Goštauto g. 11a, LT-09318 Vilnius

El. paštas: meile.taljun@gmail.com

Straipsniu siekiama atskleisti gydytojų integracijos darbo rinkoje vertinimus gydytojų požiūriu bei jų sėkmingos ir patrauklios karjeros Lietuvoje kūrimo bei valdymo perspektyvas. Straipsnyje remiamasi autorių atliktos gydytojų kokybinės apklausos 2011–2012 m. duomenimis, Lietuvos mokslo tarybos inicijuoto ir Lietuvos socialinių tyrimų centro vykdyto Nacionalinės mokslo programos projekto „Gydytojo profesijos pasirinkimo motyvacija ir karjeros projektavimas kintančios Lietuvos darbo rinkos sąlygomis“ (sutarties Nr. SIN-01/2011) medžiaga. Projekto tikslas atitinka nacionalinėje mokslo programoje „Socialiniai iššūkiai nacionaliniam saugumui“ numatytus šalies demografinės raidos (migracijos tendencijų ir pasekmių) bei šalies žmoniškųjų išteklių, darbo rinkos politikos ir užimtumo tyrimus. Projekto įgyvendinimo metu buvo ne tik sukaupta naujų aktualių žinių apie Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų (gydytojų) karjerą, jos pasirinkimo motyvus, projektavimą, migraciją ir profesijos prestižą, bet ir siekta įvardyti tiek Lietuvos gydytojams, tiek visiems piliečiams aktualius gydytojų karjerą galimai stabilizuojančius veiksnius, kurių tik nedidelė dalis apžvelgiama šioje publikacijoje.

Raktažodžiai: mobilumas, gydytojų integracija darbo rinkoje, karjera

ĮVADAS

Lietuvos sveikatos apsaugos politikoje nematyti realių pokyčių, kurie skatintų už mokesčių mokėtojų pinigais parengtus medicinos specialistus pasilikti Lietuvoje. Teigiama, kad naujai gydytojų kartai parengti ir įtikinti (?) pasilikti dirbti savo šalyje reikės ne vienerių metų ir realių pokyčių. Klausimas, kokias sritis šie pokyčiai turėtų paliesti pirmiausia: gydytojų rengimą, „naujos kartos darbo vietų“ steigimą ar gydytojų pensijų skyrimą (nekalbant apie atlyginimus)? Ar įmanoma visa tai subalansuoti šalies mastu, tikrąja žodžio prasme, Lietuvai gyvybiškai svarbioje srityje?

Medikų migracija šiuo metu yra aktuali problema visoje Europos Sąjungoje. Sveikatos priežiūros specialistų darbo rinkos ir migracijos tematikos tyrimams užsienyje daugiausia dėmesio skiria Tarptautinė migracijos organizacija ir Pasaulinė sveikatos organizacija.

Daugelyje tyrimų skiriama daug dėmesio pereinamojo laikotarpio arba besivystančių šalių švietimo sistemoje parengtų gydytojų migracijai į labiau išsivysčiusias (OECD 2010). Kita tyrimų kryptis – migracijos ir mobilumo poveikis sveikatos priežiūros sektoriui ekonominiu aspektu. Mokslinėje literatūroje daug dėmesio skiriama politikos ir strateginių sprendimų analizei. S. Castles ir M. J. Milleris (2009), išanalizavę ir apibendrinę aukštos kvalifikacijos asmenų mobilumo statistiką, linkę daryti išvadą, kad valstybė privalo turėti bendrą, tačiau diferencijuotą skirtingiems migracijos tipams ir grupėms „žmonių“ strategiją, suderintą su ekonomiais ir darbo rinkos politikos tikslais. Dėl efektyvių strategijų ir jų įgyvendinimo priemonių vienos šalys ilgainiui tapo specialistų traukos šalinimis.

Lietuvoje atlikti aukštos kvalifikacijos darbuotojų darbo rinkos, karjeros mobilumo ir migracijos tyrimai apima tiek tyrėjų, tiek nekvalifikuotų bei mažai kvalifikuotų darbuotojų emigraciją, tačiau *atskirų profesijų ir sektorių darbuotojų* karjera, jos projektavimas, emigracija ir mobilumas yra mažai tirti. Lietuvos sveikatos sektoriaus rinka yra nekonkurencinga kitų ES šalių atžvilgiu. ES šalyse parengtiems medikams, kurių diplomai yra pripažįstami visose šalyse, realia migracijos kliūtimi tampa tik tos šalies, į kurią norima vykti, kalbos žinios.

Negalime teigti, kad Lietuvoje yra „saugus gydytojų migracijos lygis“ (iš Lietuvos gydytojų sąjungos prezidento profesoriaus Liutauro Labanausko interviu, *Lietuvos rytas* 2011 m. liepos 23 d.). Šiuo atveju Lietuvos gydytojų sąjungos vadovų teigimu, susirūpinimą kelia „ne iš Lietuvos išvykstančių gydytojų skaičius, bet specialistų praradimas“. Darbdaviai užsienyje beveik nesamdo labai jaunų specialistų ar vyresnio amžiaus greitai nebedirbsiančių gydytojų. Paklausūs 10–20 metų stažą turintys specialistai: darbingiausi gydytojai, turintys daug patirties.

Tyrimų duomenimis, pagrindinės priežastys, dėl kurių Lietuvos specialistai ryžtasi išvykti dirbti svetur, yra gerokai didesni atlyginimai ir geresnės darbo sąlygos. Įstojus į Europos Sąjungą, iš Lietuvos išvyko 3 % visų sveikatos priežiūros specialistų. Kai kurių specialybių atstovų ypač sumažėjo: pasitraukė 8,5 % chirurgų, 6 % akušerių, 4,7 % akušerių-ginekologų. Manoma, kad tai lėmė šios priežastys: prieš dešimtmetį į medicinos studijas buvo priimama daugiau studentų, gydytojų darbas didesniu nei vieno etato krūviu ar tai, kad dalis gydytojų dirba sulaukę pensinio amžiaus. Dažniausiai keliamos šios su gydytojų darbu susijusios problemos mūsų šalyje:

- nėra garantuota natūrali gydytojų kaita;
- nepakankamai studentų priimama į akušerijos-ginekologijos, neurologijos, otorinolaringologijos rezidentūros studijų programas;
- gydytojų rezidentų padėties netikrumas dėl įgytos specializacijos reikalingumo, pavyzdžiui, pediatrų darbo vietos naikinamos juos keičiant šeimos gydytojais;
- vientisąsias medicinos studijas ir aukštojo mokslo kolegines studijas meta apie 20 % visų įstojusiųjų;
- valstybė neskatina jaunų specialistų vykti dirbti į rajonus, kur gydytojų bendruomenė sensta greičiausiai.

Skeptiškai vertinama perspektyva, kad ištuštėjusias Lietuvos gydytojų vietas užims kaimyninių posovietinių šalių gydytojai, nes Lietuva negali jiems pasiūlyti tokių garantijų kaip ES senbuvės, nėra didelio skirtumo tarp atlygio Lietuvoje ir jų šalyse (ypač dėl krizės), be to, norėdami praktikuoti ES šalyse iš trečiųjų šalių atvykę gydytojai turi pereiti ganėtinai ilgą biurokratinę procedūrą, t. y. turi būti pripažintas jų diplomai, jie turi išlaikyti valstybinės kalbos egzaminą. Lietuvoje kalbos ir Konstitucijos testas yra privalomas, jei norima gauti nuolatinį leidimą gyventi; į jį galima pretenduoti pragyvenus penkerius metus ir kasmet pratęsiant laikiną leidimą. Norint gauti Vokietijos pilietybę, reikia išlaikyti žinių ir kalbos testą, o norint gyventi Švedijoje, testo laikyti nereikia. Bet kuris medikas rinksis galimybę įgyti teisę praktikuoti toje šalyje, kuri jam pasiūlys geriausias sąlygas ir kurios kalbą jis nors kažkiek moka (anglų, vokiečių, prancūzų, ispanų). Manoma, kad kol bus didelė laisvų darbo vietų pasiūla kitose šalyse, gydytojai iš ne ES šalių nesirinks Lietuvos. Motyvacijos dirbti Lietuvoje užsienio gydytojams lyg ir nėra.

LIETUVOS GYDYTOJŲ EMIGRACIJĄ SKATINANTYS / STABDANTYS VEIKSNIAI

Emigruoja daugelis jaunų gydytojų ir tai skatina tokie veiksniai:

- Jaunų medikų lūkesčių nepateisinusi aukštojo mokslo reforma.

• Mažėjantis valstybės finansavimas („krepšelių“ kaita). Nuo 2011 m. 30 gydytojų rezidentų neteko valstybės finansavimo. Jau diplomus gavę medikai turi įstengti susimokėti po 100 tūkst. litų už rezidentūrą.

- Gerokai didesni atlyginimai svetur.
- Stabilus atlygis svetur.
- Socialinių garantijų tarp šalių skirtumai.
- Saugi ir komfortiška darbo aplinka svetur.

Tačiau mūsų kalbinti gydytojai teigė, kad šiuo metu gydytojų trūkumo neįveikiama, kaip ir jų pertekliaus. Turime puikių chirurgų, terapeutų, kardiologų ir kitų specialistų, kurių potencialo neišnaudojame. Pagal 2010–2011 m. minimalius konkursinius balus į universitetų studijų programų valstybės finansuojamas vietas, medicinos ir sveikatos mokslų konkursinio priėmimo balas buvo 5 nuo viršaus po kūrybinių, teisės bei verslo vadybos specialybių. Tačiau papildomo priėmimo metu vietų į medicinos ir sveikatos specialybes 2011 m. jau nebuvo. Verta pažymėti, kad valstybinėse Lietuvos aukštosiose mokyklose daugėja studentų iš užsienio. Lietuvos sveikatos mokslų universitete medicinos, farmacijos, odontologijos mokosi beveik keturi šimtai studentų iš 34 šalių – daugiausia Izraelio, Libano, Švedijos, po kelis iš Kinijos, Šri Lankos, Kubos, Indijos ar Peru (Anilionytė 2011). Nors studentams iš užsienio mokslai LSMU kainuoja dvigubai brangiau nei lietuviams, tačiau tai pigiau nei Vakarų Europos šalyse. „Šiame universitete mes gausime tokį pat išsilavinimą, kaip ir Vakarų Europos universitetuose, tik pigiau. Čia puikūs dėstytojai, geros sąlygos mokytis ir atlikti praktiką“, – teigė studentas Sami al Assaadas iš Libano (Anilionytė 2011). Po medicinos studijų darbą užsienyje galima gauti pakankamai greitai. Vilniaus teritorinės darbo biršos Profesinio informavimo centro atstovė Jolanta Skirmantienė teigia, kad „gydytojo prestižas buvo kritęs, tačiau jį, matyt, atstatė žinios, kad mūsų medikai labai gerai uždirba užsienyje“ (Saukienė 2011). „Yra sričių, kur Lietuvoje tikrai nėra blogiau, pvz., kalbant apie specialistų (gydytojų) parengimo lygį. Kodėl Norvegijoje, Vokietijoje ir kitose šalyse daug lietuvių gydytojų – visų pirma jie gerai parengti, įvaldę naujausias technologijas. Gydytojai rezidentai, išmokę dirbti su tokia aparatūra, išvažiuavę į mažesnes ligonines [Lietuvoje] tų galimybių neturi. Tačiau taip yra daugelyje net ir turtingų šalių, nes naujausia sudėtinga tam tikros srities tyrimų ar modernių gydymo būdų įranga yra sukoncentruota centruose, kurių net ir Europoje gali būti tik keletas. O Lietuva nėra didelė, ir joje esantys įvairių medicinos sričių centrai (dažniausia universitetų ligoninėse) yra lengvai pasiekiami, svarbu, kad jie būtų ir tarnautų mokymo bei medicinos praktikos reikmėms“ (iš interviu su Z. Kučinskiene).

Tarp emigraciją stabdančių veiksnių minimas užsienio kalbos barjeras, asmenybės psichologiniai ypatumai (neretai negebėjimas laiku ir tiksliai vadovautis keliamais organizaciniais reikalavimais ir juos atlikti, sustojama ties pradžia ar pusiaukelėje arba noras būti savo šalyje, ryšiai su šeima, noras auginti savo vaikus tėvynėje).

TYRIMO METODOLOGIJA IR ATRANKOS DIZAINAS

Atlikdami Lietuvos gydytojų karjeros tyrimą derinome kiekybinių ir kokybinių duomenų rinkimo ir analizės metodus. Pirmiausia buvo išsamiai išanalizuoti antriniai kiekybiniai duomenys – ankstesnių Lietuvos ir užsienio autorių tyrimų medicinos darbuotojų karjeros, migracijos temomis. Antrinių duomenų analizės pagrindu kėlėme kokybinio tyrimo klausimus. Kalbant apie antrinius kiekybinius tyrimo duomenis, jų privalumus ir apribojimus, galima konstatuoti, kad Lietuvoje kaupiami ne visi analizei reikalingi duomenys. Tikslių

duomenų apie specialistų migraciją sunku gauti ir kitose šalyse (Salt 1995; Stillwell et al. 2004), pvz., gydytojų migracijos tyrimai dažniau apima gydytojų migraciją iš mažai ekonomiškai išvystytų į ekonomiškai išsivysčiusias šalis, tačiau apie gydytojų iš Rytų Europos migraciją duomenų yra nedaug (DRCMGP 2006, cit. iš Williams ir Baláz 2008). Ir Lietuvoje labai sudėtinga gauti duomenis apie gydytojų judėjimą ar švytuoklinę migraciją, taip pat nėra duomenų apie darbuotojų judėjimą šalies viduje (vidinę migraciją) ne tik todėl, kad neaiškus tokių duomenų pateikimo šaltinis, be to, tokie duomenys greitai kinta, bet ir *a priori* numatoma galima didelė tokių duomenų fragmentacija. Dar sudėtingiau gauti duomenų apie emigravusius, o vėliau sugrįžusius gydytojus, nors pastarieji, tikėtina, skiriasi nuo tų, kurių darbo karjera buvo sėkli.

Kaip tyrimo instrumentas naudoti klausimai gydytojams Lietuvoje ir svetur. Interviu temos apėmė klausimus apie Lietuvoje gyvenančių ir dirbančių gydytojų patirtį siekiant įvertinti pozityvius ir negatyvius veiksnius, darančius įtaką jų įsitraukimui į darbo rinką ir platesnį socialinį lauką arba skatinančius vykti svetur. Interviu vyko pagal numatytus atvirus klausimus, kurie leidžia pasakoti savo istoriją ir išsakyti rūpimas problemas. Pusiau struktūruotų interviu trukmė – nuo 30 minučių iki 1,5 valandos.

Kokybinio tyrimo metu siekta:

1. Surinkti kokybinius duomenis apie medicinos studentų rengimą ir įsidarbinimą, darbuotojų poreikį ir kaitą.
2. Įvertinti atskirų biomedicinos mokslo šakų „jautrumą“ emigracijai siekiant papildyti statistikos duomenis ekspertų vertinimais.
3. Palyginti statistinę gydytojų darbo rinkos ir emigracijos srautų analizę su kokybiniais duomenimis, nustatyti esamus prieštaravimus ir neatitikimus tarp kiekybinių ir kokybinių duomenų.

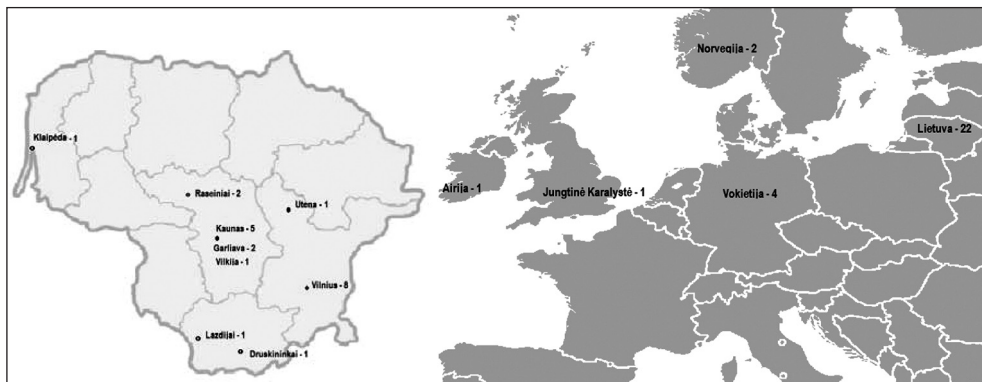
Empirinius tyrimo duomenis sudaro 30 individualių pusiau struktūruotų interviu. Informantai buvo pasirenkami naudojant „sniego gniūžtės“ ir tikslinės grupės sudarymo metodus, taip pat atsižvelgiant į gydytojų specializacijas, amžių, lytį bei teritorinius kriterijus. Pirminiai „sniego gniūžtės“ atrankos subjektai buvo ligoninių skyrių vedėjai ar konkrečių sričių gydytojai.

Lauko tyrimas vykdytas 2011 m. pabaigoje – 2012 m. pradžioje Lietuvoje, Airijoje, Anglijoje, Vokietijoje ir Norvegijoje. Tik su trimis svetur (dviem Norvegijoje ir vienu Vokietijoje) nuolat dirbančiais gydytojais interviu buvo atliekamas pasitelkus elektronines priemones.

Atrankos formavimas. Atrankos formavimas vyko keliais žingsniais. Pirmuoju siekta rasti informantus skirtingose teritorijose (darbo ir gyvenamosios vietos atžvilgiu). Kadangi bendra Lietuvos gyventojų emigracija iš skirtingų Lietuvos miestų ir vietovių yra labai nevienoda, nutarta apklausti gydytojus tiek skirtinguose šalies regionuose, tiek pasirenkant skirtingo dydžio miestus (atitinkamai – ligonines ar poliklinikas). Airijos, Jungtinės Karalystės, Norvegijos bei Vokietijos pasirinkimą sąlygojo statistikos duomenys apie dažniausiai būtent į šias šalis vykstančius medikus (pav.).

Antruoju atrankos žingsniu siekta į tyrimą įtraukti skirtingos specializacijos gydytojus. Kadangi tiek Lietuvoje esamų laisvų darbo vietų užpildymas, tiek iš Lietuvos emigravusių gydytojų skaičiai priklausomai nuo jų turimos specializacijos gerokai skiriasi, buvo siekiama tam tikros informantų specializacijos įvairovės. Pateikiame suvestinius duomenis apie tyrime dalyvavusių gydytojų specializacijas: chirurgas (traumatologas, kraujagyslių – iš viso 3), kardiologas, vaikų ligų (pediatras-endokrinologas, pediatras-genetikas – iš viso 5), psichiatras

(iš viso 3), genetikas, anesteziologas-reanimatologas, endokrinologas, imunologas, akušeris-ginekologas (2), urologas, vidaus ligų, odontologas, otorinolaringologas ir šeimos gydytojai (4); iš jų 18 buvo moterų ir 12 vyrų.



Pav. Tyrimo dalyvavusių gydytojų teritorinis pasiskirstymas

Informantų amžius (šis požymis nebuvo atrankos kriterijumi)	Informantų skaičius
29–35	8
36–45	6
46–55	12
56–65	2
Per 66	2

Duomenys pagal baigtą aukštąją mokyklą (nors tai nebuvo atrankos požymis, nes jį iš anksto sunku valdyti): 17 informantų yra baigę studijas Vilniaus universitete, 12 – Kaune, o vienas – Bonos, vėliau Berlyno universitete. Kadangi siekis pažinti ir įvertinti medicinos studentų parengimą Lietuvos aukštosiose mokyklose ir jų įsidarbinimo pirmiausia Lietuvoje perspektyvas buvo šalutinis tyrimo tikslas, nustatyta, kad keli informantai, būdami gydytojai, užėmė ir administracines pareigas universitetuose Vilniuje ir Kaune. Pagal užimamas informantų pareigas šiuo metu 7 yra skyrių vedėjai, 6 turi mokslo daktaro laipsnį, du iš jų – docentų vardus, du yra habilituoti daktarai, turintys profesoriaus vardą.

GYDYTOJŲ KARJERĄ LIETUVOJE GALIMAI STABILIZUOJANTYS VEIKSNIAI: REGIONINIS ASPEKTAS

Tiriant žmogaus karjerą, galima pažinti visuomenėje vyraujančius socialinius procesus. Už gyvenimiškųjų karjerų slypi socialinės struktūros (gamybinė, teritorinė) su visais joms būdingais prieštaravimais. Kokia yra tų socialinių struktūrų tarpusavio sąveika ir kiek jos veikia žmonių karjerą? Kiek sociologai gali operacionalizuoti šį poveikį ir kokių sąvokų bei tyrimų dėka jį aprašyti (nekalbant apie prognozes)? Karjeros sampratos aiškinimas pastaruoju metu Lietuvos tyrėjų darbuose išgyvena savotišką renesansą. Susidomėjimas didelis, darbų netrūksta. Vadybos mokslo plėtra ypač skiria dėmesį profesinei karjerai bei ją sąlygojantiems veiksniams. Karjera literatūroje nusakoma kaip nuolatinio darbo nuosekli tąša arba kaip viso gyvenimo įvairių vaidmenų patirties seka (Valackienė 2003). Karjera – įvairių socialiai

reikšmingų žmogaus vaidmenų seka, susijusi su saviraiška ir individualiu profesiniu tobulėjimu bei atspindinti asmenybės gyvenimo viziją, stilių (*Karjeros projektavimo vadovas* 2005: 160; Laužackas 2005: 17; Kučinskienė 2003: 16).

Sociologai labiau linkę karjerą sieti su socialiniu mobilumu, kai pripažįstama ne tik asmenybės veiksmų reikšmė, bet ir socialinių sąlygų vaidmuo, individų galimybės įgyti vienokias arba kitokias socialines pozicijas. Dar J. H. Goldthorpe ir R. Eriksonas (plačiau žr. Česnavičius 1999: 31) nustatė, kad mobilumas Europoje yra multidimensinis procesas, kurį nulemia ne tiek vertikalioji, arba hierarchinė, socialinių klasių struktūra, kiek skirtumai tarp ūkio sektorių ir rinkoje. Jie pademonstravo, kaip mobilumo procesai skiriasi tarp tautų, ir padarė išvadą, kad valstybės politika veikia socialinį mobilumą. Industrinėse visuomenėse socialinis mobilumas yra intensyvesnis, o vertikalusis mobilumas, suprantamas kaip kilimas socialiniais laiptais, yra kur kas intensyvesnis nei atvirkštinė tendencija.

Svetur net ir iš Lietuvos atvykęs medicinas sparčiai *kopia karjeros laiptais*: atvažiavęs dirbti kaip rezidentas, po kelių mėnesių tampa specialistu, o netrukus užimamas pareigos Lietuvoje atitiktą skyriaus vedėjo poziciją. Mūsų informantai ypač pabrėžė galimybę būnant gydytoju rezidentu atlikti mokslinį darbą, rašyti disertaciją (šios galimybės svetur vertinamos kaip platesnės). Gydytojai rezidentai nori daugiau atlikti operacijų (svetur laikomasi nuostatos, kad gydytojai turi pradėti operuoti kuo anksčiau), taip pat pažymima, kad jokioje srityje vienas specialistas nelabai ką padarys – turi dirbti komanda, bandydama suderinti skirtingas nuomones ir pozicijas.

Gydytojų karjeros projektavimo pradžią gana aiškiai nusako pasirinkta specializacija. Kai gydytojas dėl savo specializacijos yra labiau „pririštas“ prie paciento, jis svetur išvyksta ilgesniam laikui. Vertinama, kad iš Lietuvos dažniausiai trumpam laikotarpiui išvyksta tie gydytojai, kurie dėl savo specializacijos nėra „prisirišę“ prie pacientų – anesteziologai, radiologai, okulistai. Specializacijos pasirinkimas paprastai prasideda nuo studijų pradžios.

Per pirmus studijų metus apie specialybę negalvojau, nes maniau, kad galėsiu pasirinkti bet kokią (nežinojau, kad viską nulemia studijų balai). Rimčiau susimąsčiau antrame kurse, kai praktikos metu pabuvojau operacinėje (AL4_V_UL_U).

Didelė dalis gydytojų specialybę rinkosi paskutiniuose kursuose, tačiau buvo tokių, kurie iš pat pradžių buvo tvirtai apsisprendę dėl specializacijos. Vienas gydytojas pažymėjo, kad jam buvo svarbi studijų vieta.

Aš, deja, Vilniuje neįstojau, nes nepraėjau konkurso, bet įstojau Kaune. Kaip vilnietis, baigęs Vilniaus mokyklą, norėjau čia ir tęsti [studijas]: vis tiek namai ir savas miestas (AL5_V_PS_V).

Stojant į rezidentūrą vyksta motyvacinis pokalbis su kandidatais, kuris LSMU ir VU vertinamas nevienodai: už motyvacinį pokalbį LSMU skiriama iki 5 balų, o VU – tik 1. Be to, nėra fiksuojama, kokie veiksniai motyvuoja rinktis tam tikrą specialybę. Respondentai teigia, kad vienos specializacijos yra labiau prioritetingesnės nei kitos. Prioritetų eilė, gydytojų teigimu, keičiasi:

Tarybiniais laikais vyravo pragmatinis požiūris: jeigu tu chirurgas, tai gyvensi neblogai. Šiais laikais tai keičiasi. Chirurgo specialybė – tai streso specialybė, jai reikia talento, tam tikro charakterio, ir stipraus charakterio. Ne visi gali išlaikyti tą įtampą, didžiulę atsakomybę ir pan. Daug vaikinių dabar renkasi anesteziologiją, kuri perspektyvi ta prasme, kad tu gali išvažiuoti į užsienį. Ten juos labai ima (MT1_V_CH_VIL).

Gydytojų manymu, vienos specializacijos labiau tinka vyrams nei moterims: *Vaikinas studentas iš karto siejamas su chirurgija, ypač tarp medikų studentų* (AL5_V_PS_V).

Palyginti su profesijos pasirinkimu, renkant specializaciją turi įtakos kiti veiksniai. Labai svarbūs yra studijų rezultatai, darbo pobūdis, karjeros galimybės ir t. t. Kai kuriems įtaką padaro dėstytojai, praktikos vadovai, stipriai motyvuodami savo pavyzdžiu:

Pasirinkti specializaciją pastūmėjo studijų laikais sutikti įdomūs žmonės. O tie žmonės – tai dėstytojai. Dėstytojų nuopelnas (MT1_V_CH_VIL).

<...> tik dalyvavimo studentų mokslinėje draugijoje (vykdavo nuostabios diskusijos net vasarą, seniai visi sėdėdavo, o mes – ant palangių) ir patrauklių dėstytojų dėka [pasirinkau šią specialybę] (MT4_M_PSI_VIL).

Gal iš tikrųjų turi įtakos ir žmonės, su kuriais tu dirbi. [Klaipėdos ligoninėje] dirbo atsidavęs savo darbui gydytojas, ir labai sudomino: leisdavo daryti procedūras <...>. Labai patiko, ir po to [pasirinkau šią specializaciją] (AL3_M_PL_K).

Vienas respondentas teigė, kad savo specialybę pasirinko todėl, kad nuo trečio kurso dirbo šios srities skyriuje medicinos broliu. Patiko darbas šiame skyriuje.

Siekdami apibendrinti individualiuose interviu kylančius siūlymus, pateiksime juos glaustai.

Specialistų įdarbinimo tvarkos keitimas. Lietuvoje užtenka vyriausiojo gydytojo sprendimo, kad jau kitą dieną specialistas būti įdarbintas. „Anglijoje, kad būtų sukurta specialisto darbo vieta, gali prireikti 3–4 mėnesių. Egzistuojančios įdarbinimo tvarkos keitimas užkirstų kelią po rezidentūros baigusiems specialistams mėginti dirbti tik Vilniuje ir Kaune, nes ekonomiškai būtų neįmanoma įrodyti, jog tokių specialistų šiuose miestuose trūksta“*. Tai sumažintų galimybę gydytojų pažįstamiems ar giminaičiams patekti į universiteto ar respublikines ligonines ir atvertų kelią kitiems iš rajonų atvykusiems ir ką tik mokslus pabaigusiems gydytojams. Tikėtina, kad šis žingsnis paaštrintų įtampą tarp gydytojų universitetinėse ir respublikinėse ligoninėse, taip pat konkurenciją tarp jaunų gydytojų. Gali atsirasti emigracijos problemos, nes jauni gydytojai nenoriai vyksta dirbti į rajonų ligonines. Konkrečios specializacijos gydytojams (pavyzdžiui, ausų, nosies, gerklės gydytojams / rezidentams) svetur didesnės perspektyvos – tos šalies sveikatos priežiūros sistemos suteikia platesnės veiklos galimybes (informantų išsakomas *noras dirbti sistemoje, kuri leidžia daryti daugiau: Vokietijoje gydytojo darbą galiu dirbti be jokių apribojimų* (t. y. *galiu daryti tai, ką kaip gydytojas moku daryti*). O Lietuvoje dėl įvairių gydytojams taikomų normų, apribojimų, labai griežtai paskirstytos atsakomybės net ir mokėdamas atlikti darbus gydytojas jų atlikti negali: *anksčiau mes gydėme, dabar – teikiame paslaugas* (MT2_V_P_LZ).

Galima galvoti apie **specialisto regioninę sutartį**. Specialistas universiteto ar respublikinėje ligoninėje dirbtų tik tam tikrą laiką, o kitą laiko dalį jis važiuotų dirbti į regiono ligoninę ar polikliniką. Regioninės sutarties idėja būtų ypač tinkama Vilniaus ir Kauno universitetų ligoninėms bei respublikinėms šalies gydymo įstaigoms. Šis žingsnis padėtų išvengti specialistų trūkumo rajonuose, be to, būtų naudinga patirtis vietiniams gydytojams, galimybė atlikti sudėtingesnes procedūras, nes dažnai rajonuose trūksta asistentų. Specialistai dėl jų pertekliaus Lietuvos universiteto ligoninėse atlieka rezidentų darbus, o

* 2012 m. sausio 19 d. *Jaunieji gydytojai tapo dešimtmečių neveiklumo įkaitais*. Prieiga per internetą: <http://www.vlmedicina.lt/2012/01/jaunieji-gydytojai-tapo-desimtmečiu-neveiklumo-ikaitais/> (žiūrėta 2012 03 27).

rezidentams darbo neužtenka, todėl jų parengimas yra prastesnis, negu galėtų būti. Rezidentūros metu jie negauna pakankamai neįkainojamos patirties. Šis žingsnis padėtų spręsti rezidentų mokymo kokybės problemą. Reikėtų ir rajonų specialistams suteikti galimybę dalį laiko dirbti universiteto ar respublikinėje ligoninėje – tai užtikrintų gydytojų rajonuose kvalifikacijos išsaugojimą ir tobulinimą. Šis žingsnis turėtų paskatinti jaunos gydytojus vykti dirbti į rajonus, tačiau šiai naujai sistemai sukurti reikėtų laiko ir resursų. Būtų sunku organizuoti gydytojų važinėjimą, nes ne visi, ypač vyresnio amžiaus gydytojai, norėtų važinėti viešuoju transportu. Mažiau laiko liktų gydytojų tiesioginiam darbui, nes dalį laiko tektų skirti važiavimui.

Tyrimo metu galvota ir apie **ligoninių ir gydymo centrų, esančių atokesnėse (ne didžiuosiuose miestuose) vietovėse, aktyvesnį bendradarbiavimą su universitetais dėl „užsakomojo“ specialistų rengimo**. Tai padidintų darbdavių suinteresuotumą kompetentingais specialistais, ilgainiui gydytojai tolygiau pasiskirstytų regionuose pagal amžių, mažėtų konkurencija dėl darbo vietų didžiųjų miestų sveikatos priežiūros įstaigose. Universitetai gautų papildomų lėšų medikams rengti iš užsakančiųjų sveikatos priežiūros įstaigų. Tačiau reikėtų turėti kaštų įstaigų ir universitetų bendradarbiavimo administravimui bei teisiškai reglamentuoti tokį bendradarbiavimą.

Vertindami galimybę, kad **valstybės finansuojamų vietų studentai pagal gautą pasiskyrimą trejus metus liktų dirbti Lietuvoje, informantai skyla į dvi grupes**. Pasisakanantieji „už“ (dalis jų turi tokią asmeninę patirtį) argumentuoja tuo, kad valstybė gydytojų rengimui išleisdžia pinigus, ir gana nemažus, todėl nors dalį lėšų turėtų kompensuoti mediko profesijai įgijęs asmuo. Gal ir nelabai tinkamas palyginimas, bet juk, tarkime, išleisdama sportuoti krepšininką į užsienį komanda, paruošusi gerą žaidėją, gauna nemažą „išpirką“ už jį. Manoma, kad bent tam tikrą laiką ši priemonė būtų naudinga, kol sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje pagaliau „susistygūs“. Tai būtų vienas problemos dėl mažėjančio rajoninių ar miestų ligoninių personalo sprendimų būdų – specialisto įdarbinimas keletui metų jam gavus diplomą. Ligoninės galėtų drauge su vietos savivaldybėmis, kurios neretai būna gydymo įstaigos steigėjos, skirti stipendijas medicinos studentams. Baigę studijas buvę stipendiatai būtent „savoje“ ligoninėje ir padirbėtų nors kelerius metus. Tai galėtų išspręsti dalį gydytojų migracijos keliamų problemų. Siūlytina diferencijuoti darbo apmokėjimą medicinos studijas baigusiams absolventams bent trejus metus. Didžiuosiuose miestuose darbo apmokėjimas galėtų būti 15 % mažesnis už jaunų medikų apmokėjimo vidurkį, o regionuose, kur medikų trūksta, – 15 % didesnis. Siūloma darbo apmokėjimo diferenciacija padėtų spręsti medicinos studijas baigusių specialistų poreikio patenkinimą, tačiau būtų gana sudėtinga administruoti darbo apmokėjimo skirstymo mechanizmą jaunesniems darbuotojams.

Pasisakančiųjų „prieš“ teigimu, vargu ar toks žingsnis būtų teisiškai įmanomas, kyla kitų profesijų atstovų problemos; ar tai iš tiesų simbolizuoja grįžimą prie planinio ūkio bei specialistų rengimo šalies mastu? Dabartinėje Europoje kiekvienas žmogus turi teisę rinktis, kur jam keliauti, kur apsigyventi, kur dirbti. Žodžiu, jo valia rinktis, kur jam geriau. Migracijos pristabdymą per privalomą specialistų įdarbinimą reglamentuojančių susitarimų tarp valstybių nėra.

Ar pavyktų **diferencijuoti gydytojų atlyginimus pagal regionus / ligonines?** Ši sistema skatintų jaunos gydytojus vykti dirbti į rajonus, kartu būtų sprendžiama gydytojų didžiuosiuose gydymo centruose pertekliaus problema. Sustiprėtų jaunų gydytojų motyvacija dirbti rajonuose net ir turint mažiau galimybių kvalifikacijai palaikyti ir tobulinti.

Jeigu gydytojų atlyginimas rajonuose būtų daug didesnis, sumažėtų gydytojų emigracijos iš Lietuvos grėsmė. Didieji gydymo centrai šiam žingsniui priešintis, kadangi pragyvenimas didžiuosiuose miestuose kainuoja daugiau negu rajonuose. Ar tai būtų savotiška gydytojų diskriminacija? **Toks sprendimas** gydytojų trūkumo rajonuose problemą išspręstų tik laikinai, kadangi ne apmokėjimo sąlygos, o profesinės realizacijos galimybės netenkina gydytojų.

Visuose interviu vyrauja leitmotyvas dėl **tolygaus darbo krūvių paskirstymo**. Vertinama galimybė svetur *dirbti „tikrai gydytojo darbą“*: Lietuvoje rutininiais darbais, kaip antai dokumentų, anketų, formuliarių pildymu ir pan., gydytojai turi pasirūpinti patys, tuo tarpu Vokietijoje tuo užsiima pagalbinis personalas. Ryškiai skiriasi *darbo krūviai*. Gydytojai Lietuvoje yra tiesiog išnaudojami. Užsienio valstybėse vienam ligoniui gydytojas gali skirti pusvalandį ar net valandą. Lietuvoje gydytojas per valandą turi pakonsultuoti tris keturis pacientus. Lietuvoje ligoninės spaudžia gydytojus, nes siekia gauti daugiau lėšų. Gydytojas neturėtų dirbti daugiau nei vienu etatu – tuomet pagerėtų jo darbo kokybė. Universitetinėse ligoninėse apribojus etatų skaičių vienam gydytojui, atsirastų galimybė jauniems specialistams rasti savo nišą šiose ir kitose ligoninėse. Kadangi emigruoti daugiau linkę jauni gydytojai, tai emigracijos grėsmė padidėtų nedaug, nes daugiau nei vieno etato krūvį paprastai turi vyresni gydytojai. Kartu sumažėjus gydytojų finansinėms galimybėms, reikėtų peržiūrėti ir darbo apmokėjimo sistemą. Rajono ligoninėse specialistų trūkumo problema dar labiau paaštrėtų.

Gydytojų „plėšymasis“ tarp darbo valstybinėse ligoninėse ir privačiose įstaigose skatina galvoti apie galimybę **ligonines iš dalies privatizuoti – pusę ligoninių akcijų atiduoti į privačias rankas**. Apie valstybinio sektoriaus svarbą tarp medicinos mokslus baigusių specialistų liudija ir Statistikos departamento duomenys. Valstybinio sektoriaus darbuotojų dalis tarp sveikatos priežiūros ir socialinio darbo darbuotojų sudaro apie 85 %. Vis dėlto, sprendžiant pagal užimtumo struktūrą, specialistų rengimas galėtų būti labiau orientuotas į privatų sektorį. Priklausomai nuo studijų krypties biomedicinos mokslus baigusių specialistų poreikis atskirų ekonominių veiklų įmonėse gerokai skyrėsi. Galima teigti, kad daugelio medikų karjeros negalima įsivaizduoti be jų užimtumo viešajame sektoriuje. Dalis gydytojų noriai renkasi darbą privačiame sektoriuje: nuo 2004 m. iki 2010 m. gydytojų privačiame sveikatos sektoriuje padaugėjo daugiau nei trečdaliu. Trečdalis jų pagrindinis darbas yra privačioje įstaigoje. Odontologų skaičius privačiame sektoriuje taip pat išaugo daugiau nei trečdaliu, tačiau net pusės jų pagrindinis darbas yra privačioje įstaigoje. 2010 m. privačių sveikatos priežiūros įstaigų buvo 2503, t. y. 572 įstaigomis daugiau nei 2004 metais.

Pirmiausia reikėtų racionalizuoti sveikatos apsaugai skirtų lėšų paskirstymą. Privatus savininkas labiau būtų suinteresuotas racionaliu išteklių paskirstymu. Šis žingsnis dabartinę sveikatos apsaugos sistemą padarytų efektyvią. Vis daugiau gyventojų renkasi privačių gydymo įstaigų paslaugas dėl aptarnavimo kokybės. Esant privačiam savininkui, pagerėtų ligoninių valdymas, pacientų aptarnavimo kokybė. Gydymo įstaigų tarpusavio konkurencija sumažintų gydymo paslaugų kainas. Konkurencija tarp gydytojų turėtų reikšmės aptarnavimo kultūrai ir paslaugų kokybei, kartu gydytojai būtų motyvuojami ne tik įsisavinti gaunamą finansavimą, bet ir teikti kokybiškesnes paslaugas.

Tikėtina, šiam žingsniui priešintis efektyviai dirbti neįpratusios ligoninės, paaštrėtų gydytojų tarpusavio konkurencija, sumažėtų valstybės įtaka ligoninių valdymui.

Literatūra

1. Anilionytė, J. Universitetai privileija vis daugiau studentų iš užsienio. 2011 01 30. Prieiga per internetą: <http://www.bernardinai.lt/straipsnis/-/57050>.
2. Castles, S.; Miller, M. J. 2009. *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World* (Fourth edition, revised and updated). London: Palgrave Macmillan.
3. Česnavičius, A. 1999. „Socialinio mobilumo simetrija ir hierarchija: Eriksono ir Goldthorpe modelio metodologinė analizė“, in *Socialinis struktūrinimasis ir jo pažinimas*, sud. M. Taljūnaitė. Vilnius: Lietuvos filosofijos ir sociologijos institutas.
4. DRCMGP (Development Research Centre on Migration, Globalization and Poverty). 2006. *Skilled migration: healthcare policy options*. University of Sussex: Development Research Centre on Migration, Globalization and Poverty, Briefing 6, Brighton.
5. *Karjeros projektavimo vadovas*. 2005. Kaunas: VDU.
6. Kučinskienė, R. 2003. *Ugdymo karjerai metodologija*. Klaipėda.
7. Laužackas, R. 2005. *Profesinio rengimo terminų aiškinamasis žodynas*. Kaunas: VDU.
8. OECD. 2010. *Improving Health and Social Cohesion through Education*. Paris: OECD.
9. Saukienė, I. Profesijos po 20 metų: nuo gyvūnų advokatų iki kosmoso gidų. Prieiga per internetą: <http://www.delfi.lt/news/daily/education/profesijos-po-20-metu-nuo-gyvunu-advokatu-iki-kosmoso-gidu.d?id=44204383> (žiūrėta 2011 04 09).
10. Salt, J. 1995. “International Migration Report”, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 443–464.
11. Stilwell, B.; Diallo, K.; Zurn, P.; Vujicic, M.; Adams, O.; Dal Poz, M. 2004. “Migration of Health Care Workers from Developing Countries: Strategic Approaches to its Management”, *Bulletin of the World Health Organization* 82: 595–600.
12. Valackienė, A. 2003. „Lietuvos moterų profesinės karjeros veiksniai: subjektyvus vertinimas“, *Filosofija. Sociologija* 1.
13. Williams, A. M.; Baláz, V. 2008. “International Return Mobility, Learning and Knowledge Transfer: Slovak Doctors”, *London Metropolitan, ISET Working Paper Series* 1. Prieiga per internetą: www.londonmet.ac.uk/library/l22097_3.pdf (žiūrėta 2011 09 11).

MEILUTĖ TALJŪNAITĖ

Factors stabilizing the career of physicians in Lithuania

Summary

The article represents the data of the project *Medical doctors' career motivation and career planning in the changing labour market in Lithuania*. The aim of it is to explore medical doctors' profession and career dynamics. The project explores contradictions between qualifications, labour market, status and prestige of doctors' profession as well as migration of medical doctors. The article seeks to advise policy makers on developing solutions and providing strategic recommendations for their implementation, which would help to mitigate the ongoing social and geographical redistribution of human resources in the Lithuanian health care sector.

The evaluations of various possible actions on career planning models and migration have been studied. Qualitative interviews with experts at Vilnius University, Faculty of Medicine, and the Lithuanian Health Sciences University graduates, doctors, students / staff / international office have been analyzed (30 in total).

Key words: mobility, integration of physicians in the labour market, career