



LIETUVOS RESPUBLIKOS
SEIMAS

LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO KANCELIARIJOS
INFORMACIJOS IR KOMUNIKACIJOS DEPARTAMENTO
TYRIMŲ SKYRIUS

Gedimino pr. 53, 01109 Vilnius Tel.: (0 5) 209 6170 / (0 5) 209 6185
El. p.: tyrimai@lrs.lt; info@lrs.lt; ikd@lrs.lt www.lrs.lt/info

Analitinė apžvalga
25/125

**Gydytojams ir slaugytojams taikomos pritraukimo į regionus priemonės
Europos valstybėse**

patarėja Dainora Valiukaite
tel. (0 5) 209 6187, el. p. dainora.valiukaite@lrs.lt

patarėja Dalia Juknevičiūtė
Tel. (0 5) 209 6185, el. p. dalia.jukneviciute@lrs.lt

2025-11-10

Seimo kanceliarijos Informacijos ir komunikacijos departamento Tyrimų skyriaus parengti analitiniai ir informaciniai darbai skirti Seimo narių parlamentinei ir Seimo kanceliarijos veiklai. Šiuose darbuose pateikta informacija nėra oficiali Lietuvos Respublikos Seimo pozicija. Šį darbą atgaminti, išleisti, platinti, versti, perdirbti, viešai skelbti, išskyrus įstatymų nustatytas išimtis, galima tik gavus Seimo kanceliarijos leidimą. Visais atvejais naudojant šį darbą privaloma nurodyti šaltinį.
© Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarija, 2025

Turinys

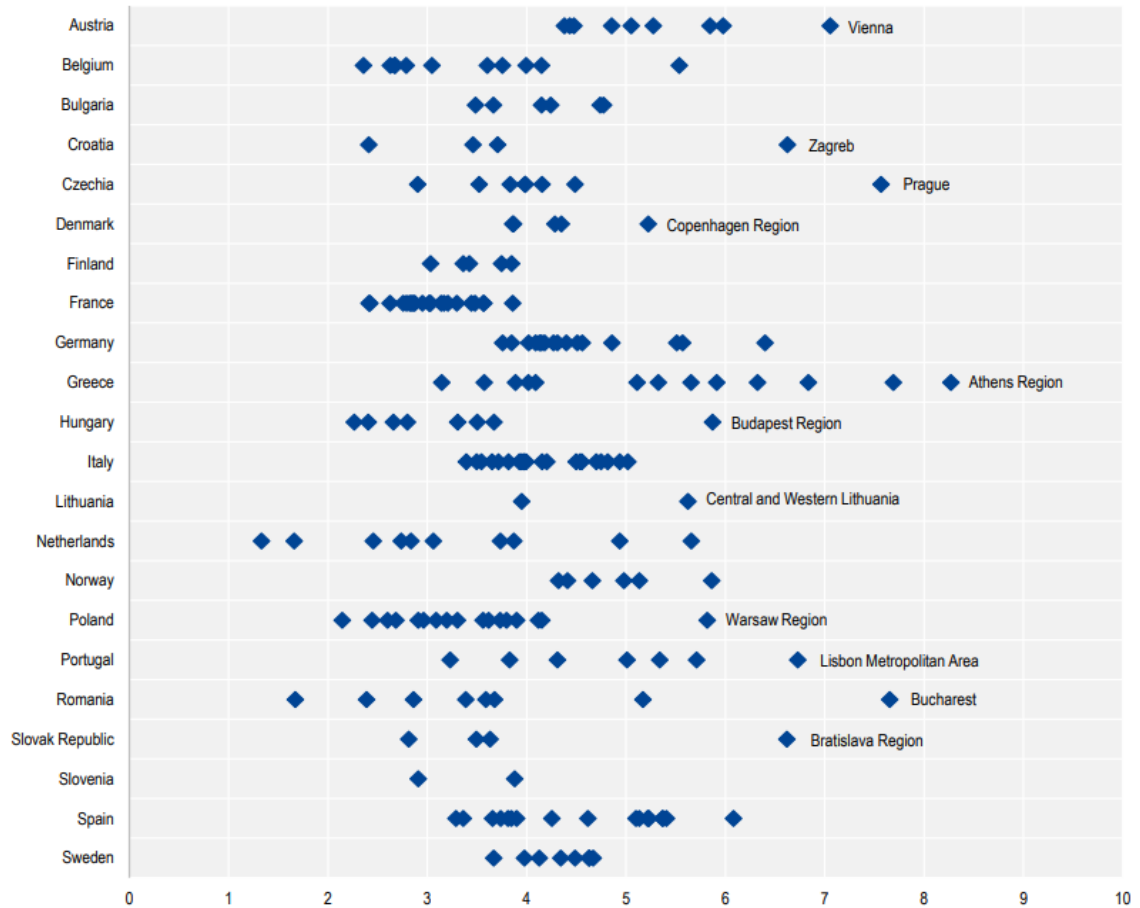
Įvadas	2
Lietuva	6
Austrija	9
Belgija	11
Čekija	12
Estija	13
Ispanija	15
Italija	16
Kroatija	17
Latvija	18
Lenkija	20
Liuksemburgas	21
Nyderlandai	22
Norvegija	23
Portugalija	25
Rumunija	27
Slovakija	29
Suomija	33
Švedija	34
Vengrija	36
Vokietija	38

Įvadas

Netolygus gydytojų pasiskirstymas Europos valstybių teritorijose yra pagrindinė kliūtis gyventojams gauti sveikatos priežiūros paslaugas regionuose. Tai pažymima Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos studijoje “Sveikatos apžvalga: Europa 2024 m.”¹. Daugelyje valstybių ypač didelis gydytojų tankumas yra sostinėse ar sostinių regionuose, ir tai savaime lemia specializuotų paslaugų koncentraciją bei gydytojų pageidavimą praktikuoti sostinėse.

¹ Health at a Glance: Europe 2024. STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE. OECD:
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf

Taip yra, 2022 m. duomenimis, pavyzdžiui, Austrijoje, Kroatijoje, Čekijoje, Danijoje, Vengrijoje, Graikijoje, Lenkijoje, Portugalijoje, Rumunijoje ir Slovakijoje (žr. *1 paveikslą*). Pavyzdžiui, 1 000 gyventojų Austrijos sostinėje Vienoje tenka kiek daugiau nei 7 gydytojai, Čekijos sostinėje Prahoje – 7,5, Graikijoje, Atėnų regione – kiek daugiau kaip 8 gydytojai. Nurodomas Lietuvos rodiklis – apytiksliai 5,6 gydytojai Vidurio ir Vakarų Lietuvoje.



1 pav. Gydytojų skaičius 1 000 gyventojų sostinių regionuose, ES (anglų k.)

Atkreipiamas dėmesys, kad valstybės siekė spręsti susidariusias medicinos paslaugų spragas, vadinamąsias „medicinos paslaugų dykumas“ (angl. *medical deserts*) taikydamos politiką, pagrįstą finansinėmis paskatomis, sveikatos priežiūros paslaugų pertvarkymu ir skaitmeniniais sprendimais. Studijoje pateikiami kelių valstybių pavyzdžiai:

- *Prancūzijoje*, kur terminas „medicinos paslaugų dykumos“ atsirado beveik prieš du dešimtmečius, pagrindinis politinis sprendimas buvo daugiadisciplininių sveikatos priežiūros namų (*multidisciplinary health homes*) kūrimas, leidžiantis bendrosios praktikos gydytojams ir kitiems pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams dirbti toje pačioje vietoje, ir taip sumažinti su individualia praktika susijusius iššūkius. Iki 2023 m. pabaigos iš viso veikė 2 500 tokių namų, o iki 2027 m. pabaigos, tikimasi, jų bus 4 000. Visgi, pabrėžiama, nepaisant šių pastangų ir įvairių finansinių paskatų, skirtų gydytojams steigti savo praktikas nepakankamai aptarnaujamose vietovėse, atrodo, kad priemonės nebuvo pakankamos problemai išspręsti.

- *Čekijoje* Sveikatos apsaugos ministerija teikia specialias subsidijas bendrosios praktikos gydytojams, kad šie atidarytų kabinetus nepakankamai aptarnaujamose vietovėse, o sveikatos draudimo bendrovės moka didesnius atlyginimus gydytojams, aptarnaujantiems rečiau apgyvendintas vietoves, kad pritrauktų ir išlaikytų juos nepakankamai aptarnaujamose vietovėse.

- Ispanija taip pat ėmėsi veiksmų spręsti „medicinos paslaugų dykumų“ problemą, skatindama skaitmeninių sveikatos sprendimų, tokių kaip nuotolinio stebėjimo programos, diegimą kartu su pažangios slaugos praktikos bei gydytojų įdiegimu. Be to, Ispanijos vyriausybė pradėjo iniciatyvas, skirtas skatinti medicinos personalą dirbti kaimo ir retai apgyvendintose vietovėse, įskaitant investicijas į sveikatos centrų infrastruktūrą ir mokymo programų medicinos studentams diegimą kaimo vietovėse. Visgi, tačiau ši praktika sulaukė kritikos iš Ispanijos Generalinės gydytojų tarybos, nes ji kelia pavojų jaunų gydytojų profesiniam tobulėjimui.

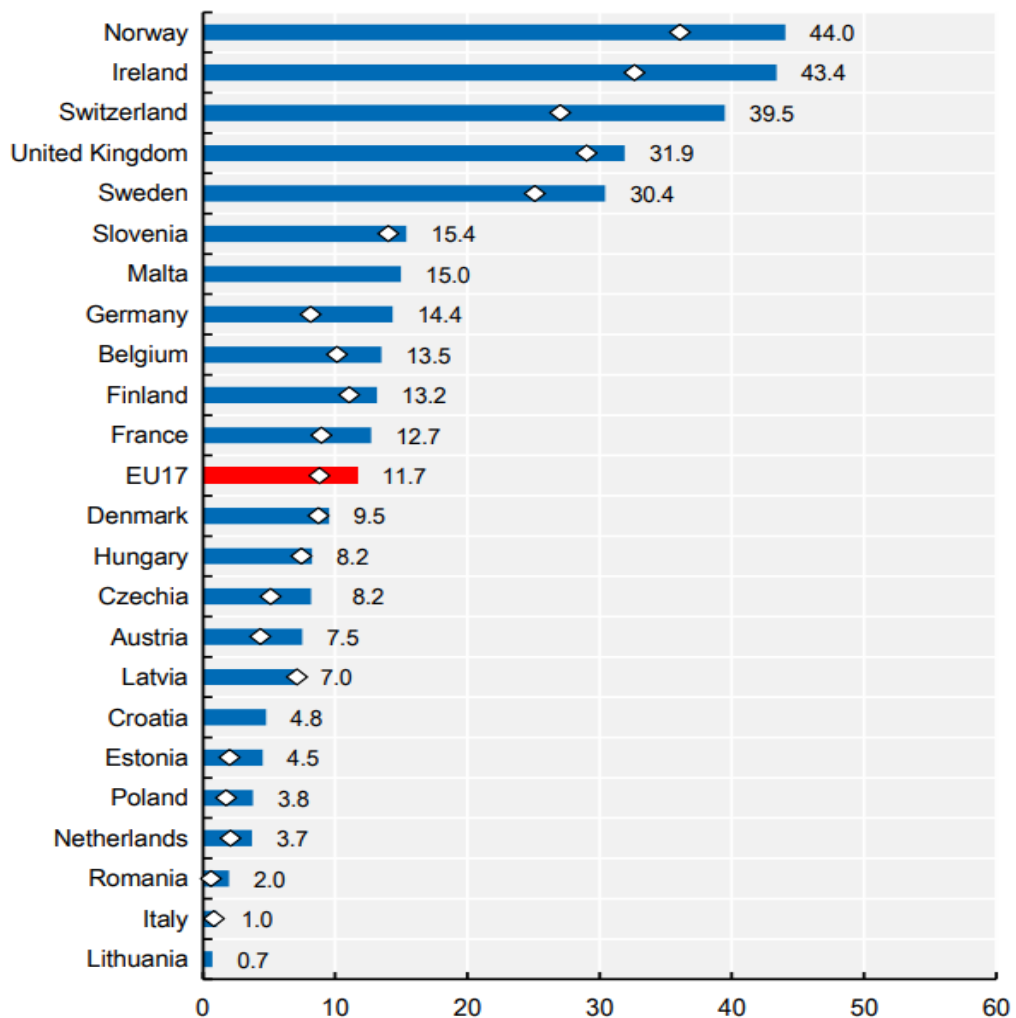
Studijoje „Sveikatos apžvalga: Europa 2024 m.“ vartojamas ir terminas „medicinos paslaugų dykumėjimas“ (*medical desertification*)². Šiuo terminu apibūdinamas nepakankamai aptarnaujamų vietovių, kuriose gyventojai susiduria su didelėmis kliūtimis, trukdančiomis gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas, atsiradimas. Egzistuoja įvairios „medicinos paslaugų dykumų“ apibrėžtys, atspindinčios skirtingas prieigos problemas, visgi ši sąvoka įprastai apibrėžia tiek geografinį atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų teikėjų, tiek sveikatos priežiūros specialistų trūkumą ir pačias vietas, kuriose sensta gyventojai ir jų mažėja, o dėl to sunku pritraukti ir išlaikyti medicinos personalą tokiose vietovėse.

Siekiant spręsti medicinos personalo regionuose trūkumą, nuo 2021 m. iki 2024 m. pirmojo ketvirčio buvo vykdomi trys ES finansuojami projektai, kurie buvo skirti siekiant geriau suprasti, įvertinti ir spręsti šį vadinamąjį dykumėjimą:

- *ROUTE-HWF* (Veiksmų planas, kaip medicinos paslaugų dykumas paversti palaikomomis sveikatos priežiūros darbuotojų iniciatyvomis ir politika (*Roadmap OUT of mEdical deserts into supportive Health WorkForce initiatives and policies*)) – buvo skirtas padėti ES valstybėms sumažinti sveikatos priežiūros prieinamumo nelygybę, remti jas kuriant ir įgyvendinant su „medicinos paslaugų dykumomis“ susijusią politiką. Projekto metu buvo sukurta penkių skirtingų „medicinos paslaugų dykumų“ tipų taksonomija, apibrėžtos jų stebėsenos ir matavimo gairės, dykumėjimą skatinančių veiksmų analizė ir veiksmų planas su politikos priemonių deriniu, skirtu spręsti skirtingų tipų „medicinos paslaugų dykumų“ problemas.
- *OASES* (Įrodymais pagrįstų reformų skatinimo planas (*prOmoting evidence-bASed rEformS*)) – buvo skirtas stiprinti Kipro, Suomijos, Prancūzijos, Vengrijos, Italijos, Moldovos ir Rumunijos sveikatos priežiūros institucijų gebėjimus spręsti „medicinos paslaugų dykumų“ problemas. Projekto metu buvo sukurta metodika erdvinei prieigai matuoti ir atlikti bandomieji tyrimai dalyvaujančiose valstybėse, taip siekiant įvertinti vadinamąsias dykumas ir pasiekti suinteresuotų šalių sutarimą dėl švelninimo strategijų.
- *AHEAD* (Veiksmai sveikatos ir lygybės labui: medicinos paslaugų dykumų problemos sprendimas (*Action for Health and Equity: Addressing medical Deserts*)) – skirtas sumažinti sveikatos priežiūros nelygybę, sprendžiant „medicinos paslaugų dykumų“ problemą Italijoje, Moldovoje, Nyderlanduose, Rumunijoje ir Serbijoje. Projekto tikslai – pasiekti geresnę prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų nepakankamai aptarnaujamose vietovėse ir lygiateisiškesnę prieigą prie sveikatos priežiūros darbuotojų, kaupiant žinias, skatinant inovacijas teikiant sveikatos paslaugas ir taikant dalyvaujamąjį požiūrį į sveikatos politikos formavimą.

Medicinos personalo stoką valstybės sprendžia ir kviesdamos užsienyje medicininį išsilavinimą įgijusius specialistus. Per pastarąjį dešimtmetį daugumoje Europos valstybių itin išaugo užsienyje išsilavinimą įgijusių gydytojų dalis (žr. 2 paveikslą)

² *Health at a Glance: Europe 2024. STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE. OECD:*
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf



2 pav. Užsienyje išsilavinimą įgijusių gydytojų dalis procentais palyginti su visais gydytojais, ES 2023 m. (anglų k.)

2022 ir 2023 m. daugelyje Europos valstybių itin išaugo užsienyje išsilavinimą įgijusių gydytojų ir slaugytojų įdarbinimas. 2023 m. duomenimis, daugiausia užsienyje išsilavinimą įgijusių gydytojų dirbo Norvegijoje – 44,0 proc. ir Airijoje – 43,4 proc. Latvijoje tokių gydytojų buvo 7,0 proc., Estijoje – 4,5 proc., o Lietuvoje mažiausiai visoje ES – tik 0,7 proc. Pažymėtina, kad 2 paveiksle pateikti Vokietijos duomenys yra susiję su užsienio pilietybe, o ne su studijų vieta.

Dėl nagrinėjamo klausimo specifikos aktualios informacijos buvo kreiptasi į Europos parlamentinių tyrimų ir dokumentų centrą (ECPRD)³. Europos valstybių parlamentų korespondentų buvo paprašyta pateikti informaciją apie gydytojų ir slaugytojų paskirstymą šalyje, pritraukimo į regionus motyvacines priemones, įteisintą pareigą atidirbti pagal paskyrimą ir kt. Gauti 19-os valstybių parlamentų atsakymai.

Šiame darbe apžvelgiami Austrijos, Belgijos, Čekijos, Estijos, Ispanijos, Italijos, Kroatijos, Latvijos, Lenkijos, Lietuvos, Liuksemburgo, Nyderlandų, Norvegijos, Portugalijos, Rumunijos, Slovakijos, Slovėnijos, Suomijos, Švedijos, Vengrijos ir Vokietijos nacionaliniai sprendimai dėl gydytojų ir slaugytojų tolygaus paskirstymo regionuose, taip pat supažindinama su priemonėmis, didinančiomis profesinę motyvaciją ir gerinančiomis darbo sąlygas. Visose apžvelgtose valstybėse sveikatos priežiūros darbuotojų tolygaus paskirstymo administracinėse teritorijose siekiama taikant

³ Request No. 6174. European Center for Parliamentary Research and Documentation: <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu>

personalo ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikio stebėsenos ir planavimo instrumentus. Šalys įvardijo tokias specialistų pritraukimo ir motyvavimo priemones kaip tikslinis studijų finansavimas, finansinės paskatos, lankstus darbo grafikas, kvalifikacijos kėlimo galimybės.

Dauguma valstybių nurodė, kad teisės aktais nėra įtvirtintos gydytojų ar slaugytojų bendrosios pareigos po studijų atidirbti pagal paskyrimą regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose. Lietuvoje, Austrijoje, Slovakijoje gydytojų ir slaugytojų išipareigojimai po studijų tam tikrą laikotarpį atidirbti konkrečiose sveikatos priežiūros įstaigose siejami tik su gautu individualiu, tiksliniu studijų ar rezidentūros finansavimu.

Apžvalgoje remiamasi Europos parlamentų tyrimų ir dokumentacijos centro (ECPRD) narių – nacionalinių parlamentų – pateiktais atsakymais.

Lietuva

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Lietuvoje tolygus sveikatos priežiūros specialistų – gydytojų ir slaugytojų – pasiskirstymas tarp didžiųjų miestų ir regionų užtikrinamas taikant kompleksinį planavimą, duomenų analizę ir strategines priemones, kurias koordinuoja kelios institucijos ir platformos:

- 1) Sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų platforma⁴
 - tai nacionalinė duomenų sistema, leidžianti stebėti specialistų pasiskirstymą, kvalifikaciją, trūkstamas sritis ir prognozuoti kompetencijų poreikį.
- 2) Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komitetas⁵
 - šis komitetas formuoja valstybės užsakymą aukštosioms mokykloms, atsižvelgdamas į regionų poreikius;
 - užsakymas apima tikslinį finansavimą studijoms, kai studentai išipareigoja po studijų dirbti konkrečiose vietovėse;
 - komitetas remiasi kompetencijų platformos duomenimis ir ekspertų įžvalgomis.
- 3) dvi ekspertų tarybos, suformuotos iš gydytojų organizacijų atstovų ir veikiančios prie Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komiteto
 - veikia kaip konsultacinės grupės, kurios vertina specialistų rengimo kokybę, poreikį ir pasiskirstymą;
 - tarybos teikia rekomendacijas dėl rezidentūros vietų paskirstymo, studijų kryptių prioritetų ir regioninių iniciatyvų;
 - jų įžvalgos padeda formuoti ilgalaikę strategiją, kaip užtikrinti sveikatos paslaugų prieinamumą visoje Lietuvoje.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Lietuvoje taikomos įvairios motyvacinės ir skatinimo priemonės, siekiant pritraukti gydytojus ir slaugytojus dirbti regiono sveikatos priežiūros įstaigose. Šios priemonės yra išsamiai apibrėžtos Sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo ir išlaikymo veiksmų 2024–2029 metų plane⁶. Šios priemonės yra koordinuojamos Sveikatos apsaugos ministerijos ir kitų atsakingų institucijų, siekiant

⁴ Kompetencijų platforma: <https://kplatforma.vaspvt.gov.lt/>

Projektas „Kompetencijų platforma“: <https://kplatforma.vaspvt.gov.lt/about-project>

⁵ Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komitetas ir Ekspertų tarybos: <https://sam.lrv.lt/lt/struktura-ir-kontaktine-informacija/komisijos-ir-darbo-grupes/nacionalines-sveikatos-sistemas-specialistu-rengimo-valstybinio-uzsakymo-formavimo-komitetas-ir-ekspertu-tarybos/>

⁶ Sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo ir išlaikymo veiksmų 2024–2029 metų planas: <https://sam.lrv.lt/media/viesa/saugykla/2024/4/KU00X5aQd1w.pdf>

užtikrinti tolygų specialistų pasiskirstymą visoje Lietuvoje ir sumažinti regionų atskirtį sveikatos priežiūros srityje.

Pagrindinės iniciatyvos apima:

- 1) tikslinį studijų finansavimą:
 - valstybė formuoja studijų užsakymus pagal regionų poreikius, finansuodama studijas tiems, kurie sutartimis įsipareigoja dirbti konkrečiose vietovėse po studijų baigimo;
 - skatinamos rezidentūros vietos regioninėse gydymo įstaigose.
- 2) finansines paskatas:
 - galimybę gauti papildomą finansavimą už darbą regionuose, ypač trūkstamose specializacijose;
 - būsto kompensavimą, kelionės išlaidų padengimą, vienkartinės išmokos pradedant dirbti regionuose.
- 3) karjeros galimybes ir profesinį tobulėjimą:
 - skatinamas profesinis augimas regionuose, įskaitant galimybę dalyvauti mokymuose, konferencijose, mentorystės programose;
 - rezidentams sudaromos sąlygos atlikti praktiką regioninėse ligoninėse.
- 4) darbo ir gyvenimo sąlygų gerinimą:
 - investuojama į regioninių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą.
- 5) HEROES projektą:
 - pagal Europos Komisijos programą „EU4Health“ finansuojama tarptautinė iniciatyva, skirta gerinti sveikatos specialistų darbo sąlygas ir psichologinę gerovę⁷.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Lietuvoje pritraukimo ir išlaikymo strategijos gydytojams ir slaugytojams skiriasi, nors abi grupės yra svarbios regionų sveikatos sistemai.

Gydytojams skiriamos tikslinės rezidentūros vietos, kai gydymo įstaigos gali prašyti tikslinių vietų, skirtų konkrečiam specialistui ar regionui. Gydytojas pasirašo sutartį, įsipareigodamas dirbti po rezidentūros tam tikrą laiką (dažniausiai 3 metus). Valstybės arba savivaldybių teikiamos finansinės paskatos (vienkartinės išmokos gydytojams), skirtos pritraukti jaunus gydytojus dirbti regionuose ar mažesnėse gydymo įstaigose, kuriose trūksta specialistų. Vienkartinė išmoka – tai vieną kartą skiriama piniginė suma, dažniausiai nuo 10 000 iki 15 000 EUR, gydytojui, kuris pasirenka dirbti regioninėje gydymo įstaigoje ir įsipareigoja dirbti ten tam tikrą laiką (dažniausiai 2–3 metus). Jei įsipareigojimas nutraukiamas anksčiau – gali tekti grąžinti dalį išmokos⁸.

Slaugytojams nėra rezidentūros modelio kaip gydytojams, o karjeros raida labiau priklauso nuo įstaigos poreikių. Visgi, gydymo įstaigos gali apmokėti studijas studentams, įstojusiems į valstybės nefinansuojamas vietas. Mainais būsimasis slaugytojas įsipareigoja po studijų dirbti sveikatos priežiūros įstaigoje tam tikrą laikotarpį, dažniausiai 2 metus. Kai kurios savivaldybės pinigėmis paskatomis siekia pritraukti ir slaugytojus, pavyzdžiui, Elektrėnų savivaldybė siūlo iki 3000 eurų kasmetinę išmoką slaugytojui pirmus 3 arba 5 metus, o skatinimo priemonę gaunantis slaugytojas įsipareigoja sveikatos priežiūros įstaigoje dirbti ne trumpiau kaip 3 (arba 5) metus⁹.

Regioninės infrastruktūros poveikis medikų apsisprendimui dėl darbo vietos

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija – Medikų trūkumui mažinti parengtas veiksmų planas: <https://sam.lrv.lt/lt/news/mediku-trukumui-mazinti-parengtas-veiksmu-planas/>

⁸ Viena Lietuvos savivaldybė siekia pritraukti trūkstamų gydytojų: numato vienkartinės išmokas nuo 15 iki 50 tūkst. eurų. *Etaplius.lt*, 2024:

<https://www.etaplius.lt/naujiena/viena-lietuvos-savivaldybe-siekia-pritraukti-trukstamu-gydytoju-numato-vienkartinės-ismokas-nuo-15-iki-50-tukst-euru-299505>

⁹ Elektrėnų savivaldybė – Finansavimo skyrimas trūkstamų specialybių gydytojams ir slaugytojams:

<https://www.elektrenussc.lt/uploads/Siekiamo%20pritraukti%20medicinos%20darbuotojus%20%C4%AF%20Elektr%C4%97n%C5%B3%20savivaldyb%C4%97s%20vie%C5%A1%C4%85sias%20asmens%20sveikatos%20prie%C5%BEi%C5%ABros%20%C4%AFstaigas.docx>

Yra atlikti situacijos vertinimai, analizuojant sveikatos priežiūros specialistų trūkumo ir netolygaus pasiskirstymo problemą Lietuvoje. Išvados parodo, kad moderni diagnostinė ir gydymo įranga, patikimos tiekimo grandinės ir IT sprendimai mažina klinikinę riziką, pervargimo tikimybę ir profesinę izoliaciją, todėl regioninės darbo vietos tampa konkurencingesnės.

Galimybės konsultuotis nuotoliu, dalyvauti mokymuose bei stažuotėse ir aiškūs karjeros keliai regionų įstaigose sukuria augimo perspektyvą, ypač jauniems specialistams, kurie baiminasi įgūdžių regresijos atokesnėse vietovėse.

Pertekliniai budėjimai, nenumatyti pavaduojantys grafikai ir nepakankamas komandų dydis ženkliai mažina pasitenkinimą darbu ir didina kadro kaitą, todėl subalansuoti krūviai yra kritinis pritraukimo ir išlaikymo veiksnys.

Aiškūs pacientų srautų valdymo principai, pakankami slaugos ir pagalbinio personalo etatai bei regioninė specialistų rotacija padeda stabilizuoti grafikus ir mažina profesinį „perdegimą“¹⁰.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Šiuo metu Lietuvoje nėra kokiamo nors įstatyme įtvirtinto bendrojo reikalavimo gydytojams ir slaugytojams privalomai dirbti pagal paskyrimą po studijų, net jei studijos buvo finansuotos valstybės lėšomis.

Tačiau yra tam tikros sąlygos, kai gydytojas gali būti įpareigotas dirbti konkrečioje vietoje. Asmuo, priimtas į tikslinę rezidentūros vietą arba gavęs finansinę paramą iš gydymo įstaigos ir pasirašęs sutartį su gydymo įstaiga (dažniausiai regionine), kuri finansuoja rezidentūrą ar teikia stipendiją, įsipareigoja po baigimo dirbti tam tikrą laiką toje įstaigoje. Jei studentas priimamas į tikslinę rezidentūros vietą, skirtą konkrečiai gydymo įstaigai ar regionui, tai yra siejama su įsipareigojimu tam tikrą laiką dirbti ten po studijų. Darbo pagal tokį įsipareigojimą laikas dažniausiai būna 3 metai po rezidentūros baigimo. Jei gydytojas nevykdo įsipareigojimo, gali tekti grąžinti dalį finansavimo ar stipendijos¹¹.

Lietuvoje yra galimybė slaugytojams sudaryti sutartį su gydymo įstaiga, kuri apmoka studijų kainą, net jei studentas įstoja į valstybės nefinansuojamą vietą. Studentas pasirašo sutartį su gydymo įstaiga dar prieš studijas arba jų metu. Įstaiga apmoka studijų kainą, kuri gali siekti nuo 10,4 tūkst. iki 15,8 tūkst. EUR per visą studijų laikotarpį (2025 m. duomenys). Mainais studentas įsipareigoja po studijų dirbti toje įstaigoje, dažniausiai 2 metus¹².

Jei gydytojas ar slaugytojas pasirašo sutartį su gydymo įstaiga (pavyzdžiui, dėl tikslinės rezidentūros vietos ar studijų finansavimo), tuomet įsipareigojimas dirbti tam tikrą laiką yra savanoriškas ir sutartinis, o ne privalomas visiems absolventams. Tai reiškia, kad autonomija išlieka – niekas neverčia pasirašyti sutarties – tai laisvas pasirinkimas mainais už finansinę paramą ar garantuotą darbo vietą. Teisinis pagrindas yra sutartinis (sudaroma sutartis), todėl įsipareigojimas grindžiamas civiline sutartimi, o ne valstybės įsakymu ar įstatymu. Gydytojas ar slaugytojas gali atsisakyti tokios sutarties, jei nenori prisiimti įsipareigojimų, ir rinktis valstybės finansuojamą ar nefinansuojamą studijų ir rezidentūros vietą be papildomų sąlygų.

Studijas baigusią gydytojų emigracijos statistika

Remiantis 2025 m. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto atliktu tyrimu, sveikatos priežiūros specialistų emigracijos ketinimai yra itin dideli. Tyrimo rezultatai rodo, kad 50,91 proc. studentų,

¹⁰ Silvija Balčiūtė. *Netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema ir gydytojų pritraukimui į rajonines gydymo įstaigas taikomų priemonių vertinimas*. Magistro baigiamasis darbas, 2024; <https://cris.mruni.eu/server/api/core/bitstreams/fa8cad03-00a2-49cd-b2e5-35fd5d152125/content>

¹¹ Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų apmokėjimo už mokinių, studentų ar gydytojų rezidentų studijas tvarkos aprašas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.331192/asr>

¹² Sveikatos apsaugos ministerija – Slaugytojų pritraukimas:

<https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-specialistai/slaugytoju-pritraukimas/>

39,70 proc. rezidentų ir 36,81 proc. gydytojų planuoja emigruoti arba visai neketina dirbti medicinos srityje. Pagrindinės nurodytos emigracijos priežastys buvo didesni atlyginimai, geresnės gyvenimo sąlygos ir platesnės profesinės galimybės. Pagrindinės pasitraukimo iš medicinos profesijos priežastys – mažas atlyginimas, fizinis ir psichologinis krūvis bei administracinė našta (gydytojų tarpe), taip pat suvokimas, kad ši profesija jiems netinka (studentų ir rezidentų tarpe)¹³.

Austrija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Apžvelgiant sveikatos sistemos reguliavimo principus, paminėtina, kad Austrijoje santykiai tarp sveikatos draudimo fondų ir savarankiškai dirbančių gydytojų ar grupinių praktikų yra reglamentuojami vadinamaisiais bendraisiais susitarimais (vok. *Gesamtverträge*). Remiantis šiais susitarimais, vėliau yra sudaromos individualios sutartys tarp savarankiškai dirbančių gydytojų ar grupinių praktikų ir sveikatos draudimo fondų. Kiti esminiai komponentai yra įkainių sąrašas, kuriame pateikiamos išsamios nuostatos dėl medicinos paslaugų ir atlygio, bei etatų planas, kuriuo nustatomas pagal sutartį dirbančių gydytojų skaičius ir geografinis pasiskirstymas.

Gydytojų rengimą ir profesinę veiklą reglamentuoja Medicinos praktikos įstatymas¹⁴. Pagal šį įstatymą, Austrijos žemių medicinos rūmai (nustatytose kompetencijos ribose) yra įgalioti sudaryti ir nutraukti sutartis, reguliuojančias gydytojų ir socialinio draudimo, gerovės ir sveikatos priežiūros institucijų (asociacijų) tarpusavio santykius (66a sk. 1(1) d.). Jeigu toks susitarimas apima gydytojus iš dviejų ar daugiau žemių, tai kompetentinga institucija susitarimui sudaryti yra Austrijos medicinos rūmai.

Bendrasis socialinio draudimo įstatymas¹⁵ detaliau reglamentuoja reikalavimus paminėtų bendrųjų susitarimų turiniui.

Tolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas užtikrinamas teisiškai privalomu Austrijos sveikatos apsaugos struktūros planu¹⁶ ir Regioniniais sveikatos apsaugos struktūros planais¹⁷. Už šių planų įgyvendinimą atsakingi įstatymu nustatyti socialinio draudimo teikėjai. Jei jie to nepadaro, įgyvendinimo taisyklės reglamentu nustato Austrijos socialinio draudimo institucijų skėtinė asociacija (*Dachverband der Sozialversicherungsträger*), remdamasi Austrijos nacionalinio visuomenės sveikatos instituto (*Gesundheit Österreich GmbH*) arba kitos lygiavertės planavimo institucijos ekspertine išvada.

Be to, Austrijos federalinė darbo, sveikatos priežiūros, socialinių reikalų ir vartotojų apsaugos ministerija yra inicijavusi nacionalinę stebėsenos programą „Pflegerreporting“, siekdama parengti slaugos ir socialinės rūpybos situacijos apžvalgą. Išryškinami trys ramsčiai: personalo padėtis, poveikis paslaugų gavėjams ir poveikis slaugytojams. Turimi duomenys nuolat pildomi ir kasmet atnaujinami, siekiant nustatyti tendencijas ir klasifikuoti pokyčius.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

¹³ Linas Šablinskas, Mindaugas Stankūnas. Health workforce attrition in Lithuania: migration and career exit intentions. *Healthcare*, 2025: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/19/2470>

¹⁴ Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998:

<https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>

¹⁵ Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Allgemeines Sozialversicherungsgesetz:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147>

¹⁶ Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG): <https://goeg.at/OESG>

¹⁷ Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) – Monitoring:

[https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Regionale-Strukturplaene-Gesundheit-\(RSG\)-%E2%80%93Monitoring.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Regionale-Strukturplaene-Gesundheit-(RSG)-%E2%80%93Monitoring.html)

Valstybinės sveikatos sistemos finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos užtikrinamos sveikatos draudikų sudaromomis sutartimis su paslaugų teikėjais, taip pat pasitelkiant pačių draudikų turimas ambulatorinės priežiūros įstaigas. Austrijoje yra daugiau kaip 10 000 sutartis sudariusių gydytojų (įskaitant odontologus), todėl šalyje susiformavęs tankus medicinos paslaugų tinklas privačiame sektoriuje.

Gydytojų trūkumo problema sprendžiama keliais metodais, kurie – Austrijos gydytojų rūmų savivaldos kontekste – įvairiomis formomis įtvirtinami kolektyvinėse draudikų ir gydytojų asociacijos sutartyse, pavyzdžiui:

- 1) priemonės kolektyvinėse sutartyse, pavyzdžiui, didinant atlyginimą už vizitus į namus;
- 2) darbo ir poilsio pusiausvyros ir palankumo šeimai skiriamam laikui gerinimas, sudarant lankstesnes darbo sąlygas (darbas ne visą dieną, nuolatinių darbo vietų dalijimasis, praktikos perdavimas ir kt.);
- 3) atleidimas nuo privalomų budėjimų pagal naujus reglamentus;
- 4) piniginė parama pradiniam profesiniam įsitvirtinimui, mokomajai praktikai, taip pat stipendijai.

Teisėkūros lygmeniu buvo sudaryta galimybė gydytojams įdarbinti kitus gydytojus, o ypač Pirminės sveikatos priežiūros įstatymo¹⁸ pakeitimas palengvino ir paspartino šios darbo santykių formos sukūrimą. Tikslas – pagerinti ir išplėsti sveikatos priežiūros paslaugų spektrą, papildant esamus privačios praktikos modelius.

Sveikatos reformos priemonių finansavimo įstatymas¹⁹ nustatė keletą neatidėliotinų priemonių. Tuo pagrindu sveikatos draudikai 2024 m. sudarė 100 papildomų sutarčių su gydytojais.

Siekiant, kad sutartinės gydytojų pareigos būtų patrauklesnės, tiems gydytojams, grupinėms praktikoms ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms bendrosios praktikos, pediatrijos ir paauglių medicinos bei ginekologijos ir akušerijos srityse, kurie laikotarpiu nuo 2023 m. rugpjūčio 1 d. iki 2024 m. gruodžio 31 d. sudarė sutartis su sveikatos draudikais, buvo skiriama iki 100 000 EUR dydžio išmoka veiklos pradžia (angl. *start-up bonus*). Ši priemonė taip pat apėmė ilgą laiką neužimtas pareigas kaimo vietovėse. Šiam tikslui federalinė Vyriausybė iš viso skyrė 10 milijonų eurų finansavimą.

Specialios paskirties subsidijos atlyginimų didinimui įstatymo²⁰ tikslas – užtikrinti geresnį slaugytojų ir priežiūros personalo atlyginimą. Federalinė Vyriausybė skyrė už šią sritį atsakingoms federalinėms žemėms iš viso 531 milijoną eurų 2022 ir 2023 metams specialios paskirties subsidijų forma. Šios subsidijos lėšos buvo skirtos 335 140 slaugytojų ir kitų priežiūros darbuotojų (249 392 viso etato vienetai).

Slaugos ir priežiūros mokymo specialios paskirties subsidijos įstatymas²¹ įtvirtino kasmėnesinę finansinę paramą asmenims, baigiantiems atitinkamus mokymus. Federalinė Vyriausybė 2022 m. ir 2023 m. skyrė apie 67 milijonus eurų federalinėms žemėms, o iš viso 22 356 besimokantieji gavo kasmėnesinę subsidiją.

Tiek specialiosios paskirties subsidija atlyginimų didinimui, tiek specialiosios paskirties subsidija slaugos ir priežiūros mokymui yra ilgam užtikrintos, nes nuo 2024 m. sausio 1 d. šios priemonės įtrauktos į ilgalaikės priežiūros fondo įstatymą²².

Federalinės žemės ir savivaldybės taip pat atlieka svarbų vaidmenį diegiant papildomas motyvacines ir skatinamąsias priemones. Įgyvendinta daugybė priemonių, skirtų pritraukti papildomų darbuotojų, įskaitant reklaminius filmus, darbuotojų paiešką socialiniuose tinkluose, išplėstas vaikų

¹⁸ Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Primärversorgungsgesetz:

<https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948>

¹⁹ Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz:

<https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20012450>

²⁰ Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz:

<https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011967>

²¹ Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz:

<https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011968>

²² Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Pflegefondsgesetz:

<https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007381>

priežiūros paslaugas ir tarnybinio būsto suteikimą. Kitos priemonės orientuotos į studentų pritraukimą į slaugos sektorių. Tarp jų – mokymo modernizavimas ir skaitmeninimas, siekiant padaryti jį patrauklesnį, finansavimas viešojo transporto bilietams ir mokymams reikalingoms vakcinoms, kalbų ir parengiamųjų kursų organizavimas, taip pat informacijos ir konsultacijų teikimas.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Paminėtos specialios paskirties subsidijos, skirtos atlyginimų didinimui ir slaugos bei priežiūros mokymui, yra nukreiptos būtent į slaugytojus ir (socialinės) priežiūros darbuotojus. Šiomis subsidijomis gali pasinaudoti tam tikros apibrėžtos profesinės grupės įvairiose įstaigose (pavyzdžiui, ligoninėse, senelių ir slaugos namuose): kvalifikuoti sveikatos priežiūros ir slaugos specialistai (*Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen*), slaugos specialistų padėjėjai (*Pflegefachassistenten*), slaugos padėjėjai (*Pflegeassistenten*) ir socialinės priežiūros profesijų atstovai (*Sozialbetreuungsberufe*), kaip tai reglamentuota federacijos ir federalinių žemių valstybine sutartimi.

Federalinė sveikatos apsaugos ministerija sprendžia sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumo problemą, įgyvendindama įvairias iniciatyvas ir sudarydama darbo grupes kartu su atitinkamomis suinteresuotosiomis šalimis, tačiau konkrečios strategijos, skirtos pritraukti ir išlaikyti sveikatos priežiūros specialistus regionuose, priklauso atskirų federalinių žemių ir vietos institucijų kompetencijai. Dėl šios priežasties federalinė ministerija neturi išsamios informacijos apie visoje šalyje įgyvendinamas iniciatyvas. Vis dėlto darytina pagrįsta prielaida, kad gydytojų ir slaugytojų pritraukimui bei išlaikymui taikomi skirtingi metodai, atspindintys šių dviejų sričių specifinius iššūkius ir poreikius.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Gydytojai nėra įpareigoti sutartiniu pagrindu dalyvauti valstybinėje socialinio draudimo sistemoje. Paminėtina, kad draudikai gali siūlyti stipendijas medicinos studentams, o šie mainais turi įsipareigoti po studijų bent 5 metus dirbti viešosios sveikatos sistemos vienos ar kitos specializacijos srityje regionuose, kuriuose trūksta gydytojų.

Slaugytojai ir jų padėjėjai nėra teisiškai įpareigoti po studijų dirbti konkrečioje veiklos srityje. Tačiau federalinėse žemėse, kurios finansuoja didžiąją dalį slaugytojų mokymo ir taip pat teikia finansinę paramą besimokantiejiems, kartais sudaromos sutartys, numatančios privalomą darbo laikotarpį baigus mokymus. Šios sutartys priklauso civilinės teisės reguliavimo sričiai.

Belgija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Belgijoje federalinė valstybė ir federaliniai subjektai dalijasi atsakomybe sveikatos apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemos, grindžiamos privalomuoju sveikatos draudimu, reguliavimo srityse. Federalinės valdžios institucijos yra atsakingos už visų gyventojų privalomąjį sveikatos draudimą, ligoninių biudžetų formavimą ir bendrųjų organizacinių taisyklių rengimą, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų reguliavimą ir pacientų teises. Nacionalinis sveikatos ir negalios draudimo institutas (INAMI) valdo privalomąjį sveikatos draudimą, o Federalinės sveikatos, maisto grandinės saugos ir aplinkos viešosios tarnybos Sveikatos priežiūros generalinis direktoratas²³ yra atsakingas už bendrą organizacinę struktūrą ir sveikatos priežiūros sistemos planavimą.

Belgijoje gydytojai gali laisvai pasirinkti savo praktikos vietą. Tai gali lemti geografinį gydytojų pasiskirstymo netolygumą. Nepaisant to, didelių skirtumų tarp regionų nėra:

²³ The Federal Public Service (FPS) Health, Food Chain Safety and Environment. Health: <https://www.health.belgium.be/en/health>

praktikuojančių gydytojų skaičius Flandrijos regione yra šiek tiek mažesnis nei Valonijos regione arba Briuselio sostinės regione – atitinkamai 2,9, 3,2 ir 3,8 gydytojai 1 000 gyventojų (2016 m. duomenimis, remiantis gydytojų gyvenamąja vieta, o ne jų praktikos vieta). Kaimo vietovėse, tokiose kaip Limburgas ar Vakarų Flandrija, 1 000 gyventojų tenka apie 2,5 gydytojus, o miestuose, tokiuose kaip Briuselis ir jo artimiausios apylinkės, Flandrijos Brabantas ir Valonijos Brabantas, šis santykis yra atitinkamai 4 ir 5 gydytojai 1 000 gyventojų²⁴.

Motyvacinės ir skatinamosios priemonės medikų ir slaugytojų pritraukimui į regionus

Pastebėtina, kad tam tikrų specialybių gydytojų (bendrosios praktikos, vaikų ir paauglių psichiatrijos, ūmiosios medicinos, skubiosios medicinos pagalbos ir geriatrijos) trūkumo rizika egzistuoja. Vienas iš galimų veiksnių, prisidedančių prie šio netolygumo, yra tas, kad labiau intelektualiai orientuotos specialybės paprastai yra mažiau pelningos nei techninės ir todėl yra mažiau populiarios.

Kalbant apie bendrosios praktikos gydytojus, atstumas yra labai svarbus veiksnys siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą. 2017 m. atlikto tyrimo duomenimis, Briuselyje 1 000 gyventojų teko 1,23 bendrosios praktikos gydytojas (įskaitant besimokančius bendrosios praktikos gydytojus). Kai kuriose vietovėse bendrosios praktikos gydytojų yra itin mažai. Siekiant padidinti bendrosios praktikos gydytojų profesijos patrauklumą, nacionaliniu lygmeniu buvo įdiegtos kelios paskatos, pavyzdžiui, nuo 2006 m. taikomos beprocentės paskolos ir įsikūrimo priemonė, nuo 2008 m. skiriama papildoma parama administracinei pagalbai ir medicinos sekretoriams (angl. *medical secretaries*).

Praktikuojančių slaugytojų tankumas svyruoja nuo 6,5 iki 14,7 slaugytojų 1 000 gyventojų, priklausomai nuo provincijos (atsižvelgiant į darbo vietą). Pavyzdžiui, Liuksemburgo provincijoje, esančioje šalia sienos su Liuksemburgu (kuris siūlo patrauklesnius atlyginimus), slaugytojų trūkumas yra didesnis nei kitose provincijose. Kai kuriuose regionuose slaugytojų ir gyventojų santykis yra didesnis, pavyzdžiui, Briuselyje, kuriame yra didelė pacientų, kuriems reikia didesnių priežiūros poreikių, koncentracija.

Rimta problema – senstantys Belgijos gydytojai. 2018 m. 44,3 proc. praktikuojančių gydytojų buvo 55 metų ir vyresni, tokio amžiaus šeimos gydytojų buvo net 52 proc.

Čekija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Tolygus sveikatos priežiūros specialistų paskirstymas regionuose nėra centralizuotai valdomas vyriausybės. Pagal Visuomenės sveikatos draudimo įstatymo Nr. 48/1997²⁵ 46 straipsnį, sveikatos draudimo bendrovės privalo užtikrinti, kad jų apdraustiesiems asmenims būtų teikiamos kompensuojamos paslaugos vietoje ir laiku.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Valstybė teikia subsidijas specializuotam būsimų gydytojų mokymui (rezidentūrai). Subsidijų gydytojams teikimą reglamentuoja Įstatymas Nr. 95/2004 dėl profesinės ir specializuotos kompetencijos praktikuoti gydytojo, odontologo ir vaistininko profesijas įgijimo ir pripažinimo

²⁴ Gerkens Sophie, Merkur Sherry. *Health system review. Belgium - Health Systems in Transition*, Vol. 22 No. 5, 2020: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf1881cd-aff4-48fc-9718-a838711e9ef0/content>

²⁵ *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* : <https://www.e-sbirka.cz/sb/1997/48?zalozka=text>

sąlygų²⁶. Pagal šio įstatymo 21ab straipsnį, skirstant subsidijuojamas rezidentūros vietas, reikėtų atsižvelgti į tolygų paskirstymą tarp regionų. Visgi, atkreiptinas dėmesys, ši priemonė pirmiausia nėra skirta užtikrinti priežiūrą regionuose, kuriuose ji yra mažiau prieinama. Panaši programa egzistuoja ir slaugytojams pagal Įstatymą Nr. 96/2004 dėl negydytojų sveikatos priežiūros profesijų²⁷. Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos draudimo bendrovės privalo užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, jos siūlo įvairias paramos programas gydytojams. Pavyzdžiui, Bendroji sveikatos draudimo bendrovė²⁸ vykdo premijų programas už naujų praktikų įsteigimą pageidaujamos (mažiau aptarnaujamose) vietovėse, taip pat premijas už praktikos valandų pratęsimą (pastaraisiais metais buvo skiriama iki 100 tūkst. Čekijos kronų už naujos praktikos pradėjimą; 2025 m. buvo pranešta apie 119 remiamų praktikų). Be to, kai kurie regionai ir ligoninės siūlo dotacijas mainais už įsipareigojimą dirbti regionuose (daugiausia gydytojams).

Regioninės infrastruktūros poveikis medikų apsisprendimui dėl darbo vietos

Konkrečių duomenų nepateikiama. 2024 m. Masaryko universitetas atliko tyrimą, kuriame atkreiptas dėmesys į nustatytą nepakankamą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą už didžiųjų miestų ribų. Sveikatos informacijos ir statistikos institutas renka duomenis, pavyzdžiui, apie darbuotojų skaičių ir atlyginimus regionuose.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Čekijos įstatymai nenustato privalomo darbo laikotarpio regioninėse įstaigose medicinos ar slaugos absolventams. Gydytojai ir slaugytojai gali laisvai pasirinkti, kuriose įstaigose nori dirbti.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

Sveikatos ministerijos duomenimis, 91–93 proc. medicinos mokyklų absolventų lieka dirbti Čekijoje²⁹.

Estija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Estijoje gydytojų ir slaugytojų trūkumas bei gydytojų senėjimas yra vienas didžiausių iššūkių sveikatos priežiūros sistemai. Remiantis Socialinių reikalų ministerijos informacija, teisingas gydytojų ir slaugytojų paskirstymas valdomas naudojant duomenimis pagrįstą darbo jėgos planavimo sistemą, kurią valdo pati ministerija, pasitelkdama HEROES prognozavimo modelį, OSKA darbo rinkos prognozavimo sistemą, taip pat konsultuodamasi su Nacionaliniu sveikatos plėtros institutu (TAI)³⁰. OSKA analizėse prognozuojami sveikatos priežiūros darbo jėgos poreikiai dešimties metų laikotarpiui, įvertinant demografinius pokyčius, paslaugų paklausą ir specialybių profilius pagal regionus. Remiantis šiomis prognozėmis ir bendradarbiaujant su Tartu universitetu yra nustatomos metinės medicinos studentų priėmimo kvotos ir rezidentūros vietos, taip užtikrinant tikslinį medikų stiprinimą regionuose, kuriuose yra didesni poreikiai.

²⁶ Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2004/95?zalozka=text>

²⁷ Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2004/96?zalozka=text>

²⁸ Bonifikace. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/bonifikace>

²⁹ Zdravotnictví ČR: personální kapacita a odměňování 2024 (Sveikatos priežiūra Čekijos Respublikoje: darbuotojų pajėgumai ir atlygis 2024 m.): <https://www.uzis.cz/res/f/008463/nzis-rep-2023-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2024.pdf>

³⁰ Tervise Arengu Instituut (angl. National Institute for Health Development): <https://tai.ee/et/instituudist/instituudist>

Socialinių reikalų ministerija ir Sveikatos draudimo fondas bendradarbiauja siekdami užtikrinti gydymo prieinamumą. Pavyzdžiui, siekiant pagerinti šeimos gydytojų prieinamumą ir bendradarbiavimą tarp šeimos gydytojų ir specialistų, naudojama elektroninių konsultacijų paslauga, kuri padeda sutaupyti pacientų laiką ir pagerinti gydymo kokybę. Be to, padidėjo slaugytojų svarba sveikatos priežiūros sistemoje, o tai padeda sumažinti gydytojų darbo krūvį.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Estijoje taikomos įvairios motyvacinės priemonės, kurios palengvina, supaprastina sveikatos priežiūros specialistų įsidarbinimą nepakankamai aptarnaujamose vietovėse. Paskatos:

- tikslinės stipendijos ir parama pradedantiems gydytojams rezidentūros ir stažuočių metu kaimo vietovėse;
- šeimos gydytojų rėmimo schemos, įskaitant tiesiogines subsidijas praktikos steigimui ir būsto išlaidų padengimą;
- studijų išlaidų kompensavimas ir užimtumo garantijos slaugytojams, kurie įsipareigoja dirbti toje pačioje sveikatos priežiūros įstaigoje po studijų baigimo.

Pažymėtina, kad nuo 2015 m. vykdomas Socialinių reikalų ministerijos finansuojamas ir drauge su Talino sveikatos priežiūros kolegija įgyvendinamas projektas „Slaugytojų grįžimas į sveikatos priežiūrą“ (angl. *Nurses Back to Healthcare*). Projekto pradžios priežastis buvo tai, kad Estijoje 1 000 gyventojų teko 6,6 slaugytojų, nors nacionalinis tikslas buvo 9 slaugytojai 1 000 gyventojų³¹. Iki 2025 m. sėkmingai reintegruota daugiau nei 200 slaugytojų, kurie anksčiau buvo palikę šį sektorių. Ši iniciatyva padeda sumažinti darbo jėgos trūkumą ir siūlo papildomus mokymus slaugytojams, grįžtantiems po karjeros pertraukų.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Estijos sveikatos politikoje skiriasi gydytojų ir slaugytojų pritraukimo strategijos:

- gydytojai gauna tikslines rezidentūros vietas, kai kurios iš jų priklauso nuo savanoriškų 2–3 metų trukmės darbo sutarčių su regioninėmis ligoninėmis; šie įsipareigojimai yra sutartiniai, o ne įstatyminiai;
- slaugytojai gauna darbdavio teikiamą paramą, pavyzdžiui, studijų įmokų padengimą, su sąlyga, kad po studijų baigimo jie dirbs remiančioje organizacijoje bent dvejus metus.

Atkreiptinas dėmesys, kad Švietimo ir mokslo ministerija, sveikatos universitetai ir sveikatos priežiūros kolegijos, ligoninių asociacijos ir profesinės sąjungos 2022 m. pasirašė bendrą susitarimą dėl sveikatos priežiūros specialistų mokymo užsakymų. Susitarimo tikslas (2022–2026 m.) – padidinti slaugytojų priėmimą iki 700 studentų per metus ir užtikrinti praktinio mokymo finansavimą, o iki 2030 m. susitarimą numatoma atnaujinti.

Regioninės infrastruktūros poveikis medikų apsisprendimui dėl darbo vietos

Pagrindiniai veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros specialistų rinktis dirbti regione, yra darbo krūvis ir darbo organizavimas, modernių medicinos technologijų prieinamumas ir gyvenimo sąlygų kokybė mažesniuose centruose. Sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimas, finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis, ir skaitmeninių sveikatos paslaugų (e. sveikatos, telemedicinos) plėtra padeda sumažinti profesinę izoliaciją. Numatyta, kad nuo 2026 m. Estija įgyvendins nacionalinę kas dvejus metus atliekamą sveikatos priežiūros darbuotojų gerovės ir pacientų saugos apklausą. Apklausos rezultatai suteiks įstaigoms grįžtamąjį ryšį apie darbo sąlygas ir

³¹ *Completing the “Nurses back to healthcare” training and returning to professional work: a qualitative study of nurses’ experiences* (Mokymų „Slaugytojų grįžimas į sveikatos priežiūrą“ baigimas ir grįžimas į profesionalų darbą: kokybinis slaugytojų patirties tyrimas): <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-025-03281-9>

valdymo praktiką, taip pat informuos apie nacionalinės politikos rekomendacijas, kaip pagerinti darbo vietos organizavimą ir kokybės sistemas, įskaitant gerovės stiprinimą.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Nėra jokių teisinių nuostatų, numatančių sveikatos priežiūros absolventams po studijų baigimo pareigą dirbti regionuose. Sutartiniai įsipareigojimai atsiranda tik savanoriškai sudarius susitarimus su ligoninėmis arba vietos valdžios institucijomis. Estijos sistema tvirtai remia profesinę autonomiją ir pirmenybę teikia lanksčiai įdarbinimo politikai, pagrįstai motyvacija, o ne prievarta.

Jau minėta, kad įsipareigojimas dirbti regione kyla tik iš savanoriško susitarimo, o ne iš teisės aktų. Gydytojas arba slaugytojas sprendžia, ar sudaryti tokį susitarimą.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

2025 m. Estijoje dirbo maždaug 4 800 gydytojų ir 9 600 slaugytojų. Apie 40 proc. šių asmenų yra vyresni nei 55 metų amžiaus – tai patvirtina gana didelį darbo jėgos atnaujinimo poreikį artimoje ateityje. Remiantis Nacionalinio sveikatos plėtros instituto (TAI) duomenimis, emigracijos lygis išlieka mažas – maždaug 1,8 proc.. Visgi pažymėtina, kad laikinas darbas užsienyje, ypač Suomijoje ir Švedijoje, yra įprastas. Siekiant sumažinti būsimą trūkumą, labai svarbu padidinti rezidentūros pajėgumus (2025 m. studijas pradėjo 283 nauji rezidentai – tai yra didžiausias pastaruoju metu priimtų rezidentų skaičius) ir išplėsti slaugytojų mokymo programas, kurias bendrai prižiūri Socialinių reikalų ir Švietimo ministerijos.

Ispanija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Pažymėtina, kad sveikatos priežiūros sistemą ir jos politiką reguliuoja atskiri autonominiai regionai. Taigi, šalies sveikatos priežiūros sistema yra decentralizuota. Kiekvienas autonominis regionas valdo savo vietinę sveikatos priežiūros sistemą bendros Nacionalinės sveikatos sistemos rėmuose. Dėl šio ypatumo autonominiai regionai pasižymi savitais infrastruktūros, sveikatos priežiūros personalo ir specifinių gydymo paslaugų pasiekiamumo skirtumais.

Visuomenės sveikatos ir sveikatos apsaugos tarptautiniu mastu generalinis direktoratas (tai sveikatos apsaugos ministerijos struktūrinis padalinys) 2008 m. spalio mėnesį inicijavo Nacionalinę socialinės nelygybės sveikatos priežiūros srityje mažinimo komisiją. Ši komisija 2010 m. parengė rekomendacijas dėl strateginės politikos įgyvendinimo ar sustiprinimo įvairiuose administravimo lygiuose, siekiant sušvelninti sveikatos priežiūros netolygumus šalyje³².

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Už sveikatos priežiūrą atsakingas kiekvienas autonominis regionas, todėl kiekvienas jų gali parengti ir taikyti skirtingas priemones, kad išlaikytų medikus nutolusiose kaimo gyvenamosiose vietovėse. Pavyzdžiui, Katalonijoje 2022–2023 m. buvo siūlomi 5 000 EUR, 7 000 EUR ir 9 000 EUR dydžio finansiniai paskatinimai, priklausomai nuo geografinės vietos, kurioje buvo darbo vieta, o būtent Barselonos metropolinės zonos, likusios Barselonos dalies ir kitų Katalonijos vietovių.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

³² Commission on the Reduction of Social Inequalities in Health in Spain – A proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain:
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Moving_Forward_Equity.pdf

Kai kuriuose autonominiuose regionuose medikų ir slaugytojų pritraukimo strategijos gali skirtis, o dalyje regionų yra vienodos.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Tiek rezidentūros (isp. *Médico Interno Residente*), tiek darbo vietos pasirinkimas po jos yra grindžiamas laisva valia ir konkurencija, o ne valstybės nustatytu privalomu paskyrimu. Paskirstant rezidentūros vietas, pirmenybę turi tie, kas geresniais pažymiais išlaikė egzaminą, būtiną pereinant į rezidentūros etapą.

Italija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Remiantis Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaita, 2022 m. gydytojų pasiskirstymas šalies teritorijoje buvo: 48 352 gydytojai šiaurinėje dalyje, 22 540 – centrinėje, 23 232 – pietinėje, o 13 043 – salynų dalyje. Atitinkamai, slaugytojų pasiskirstymas yra toks: 144 099 šiaurinėje, 59 084 – centrinėje, 53 388 – pietinėje, o 25 467 – salynų dalyje.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Sprendžiant sveikatos priežiūros personalo ilgalaikio trūkumo problemą, buvo priimtas įstatymo galios dekretas, laikinai padidinęs metinius išlaidų limitus, skirtus regioninių sveikatos priežiūros įstaigų personalui³³.

Be to, siekiant spręsti nuolatinį gydytojų ir slaugytojų personalo trūkumą ligoninių skubiosios pagalbos skyriuose ir mažinti išorės paslaugų pirkimą, įstatymo galios dekreto Nr. 34 / 2023³⁴ 11 straipsnyje numatyta, kad nuo 2023 m. nacionalinės sveikatos sistemos įmonės ir įstaigos gali pasinaudoti papildomomis paslaugomis, numatytomis nacionalinėje kolektyvinėje gydytojų ir slaugytojų darbo sutartyje. Tai leidžia padidinti atitinkamą valandinį atlyginimo įkainį iki 100 EUR (bruto, tai yra neatskaičius mokesčių) medicinos personalui ir iki 50 EUR (bruto) slaugytojų personalui. Į šias sumas neįskaičiuojamos administracijos patiriamos netiesioginės išlaidos.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Italijoje nėra ypatingų skirtumų tarp gydytojų ir slaugytojų statuso įvairiuose regionuose.

Regioninės infrastruktūros poveikis medikų apsisprendimui dėl darbo vietos

Medikų asociacijų žiniomis, daugiausia trūksta slaugytojų ir skubiosios pagalbos gydytojų, taip pat pirminio sveikatos priežiūros lygio gydytojų (šeimos gydytojų) ir tai turbūt gali būti siejama su mažu patrauklumu atlyginimo prasme, palyginti su sunkiu darbo krūviu.

Remiantis naujausia Italijos universitetų ir už šią sritį atsakingos ministerijos duomenų analize, slaugytojų studijų programa yra tarp mažiausiai patrauklių iš 23 sveikatos priežiūros profesijų – paraiškų ir vietų santykis tesiekia 0,92, palyginti su vidutiniu 1,73 rodikliu.

³³ Decreto-Legge 30 aprile 2019, n. 35 (art. 11):

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2019-07-01&atto.codiceRedazionale=19A04288&elenco30giorni=true

³⁴ Decreto-Legge 30 marzo 2023, n. 34 (art. 11):

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2023-03-30;34>

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Italijos sveikatos sistemoje specializuoto medicininio mokymo (rezidentūros) sutartis yra laikoma tik mokymosi, o ne darbo sutartimi, ir neįpareigoja vėliau įdarbinti gydytojo toje pačioje sveikatos priežiūros įstaigoje³⁵.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

Italijos užsieniečių gydytojų asociacija (AMSI) praneša, kad nuo 2023 m. sausio 1 d. iki 2024 m. spalio 31 d. daugiau nei 14 000 sveikatos priežiūros specialistų pateikė oficialias užklausas dėl darbo galimybių užsienyje: iš jų 54 proc. sudarė gydytojai, 31 proc. – slaugytojai, 10 proc. – kineziterapeutai, o likę 5 proc. – kiti specialistai (podologai, logopedai, psichologai, dietologai, technikai).

Profesinė sąjunga „Nursing Up“ pažymi, kad 2024 m. daugiau nei 20 000 slaugytojų, akušerių ir slaugos specialistų paliko darbą nacionalinėje sveikatos sistemoje – daugelis jų pasirinko privačią praktiką.

Kroatija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Kroatijoje siekiama užtikrinti tolygų sveikatos priežiūros darbuotojų paskirstymą, derinant struktūrines ir finansines paskatas bei nacionalinį žmogiškųjų išteklių planavimą. Pagrindiniai mechanizmai apima sistemingus gydytojų ir slaugytojų paskirstymo planus, finansinę paramą dirbantiems kaimo vietovėse, paskatas specializuotis srityse, kuriose trūksta specialistų, ir programas, skirtas išlaikyti bei pritraukti darbuotojus mažiau išsivysčiusiuose regionuose.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Valstybės lygmeniu taikomos priemonės: skiriamos lėšos jaunų gydytojų atlyginimams ir specializacijai, siekiant sudaryti sąlygas profesiniam tobulėjimui ir profesiniam išitvirtinimui Kroatijoje. Atskiros apskritys (pavyzdžiui, Istrijos apskritis) yra parengusios 2025 m. priemonių programas viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros ir socialinių įstaigų darbuotojų pritraukimui ir išlaikymui: numatytos tiesioginės finansinės paskatos, papildomi priedai mentoriams, lengvatinės kortelės ir būsto infrastruktūros organizavimas (22 butai medicinos personalui). Be to, darbuotojams, turintiems didesnę kaip 5 ar 10 metų darbo stažą turistinėse klinikose ar skubios pagalbos komandose, skiriamos metinės premijos – atitinkamai 700 EUR arba 1 400 EUR, o už sezoninį darbą – papildomi 900 EUR.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Įstatymai ar jų įgyvendinamieji teisės aktai nenustato pareigos gydytojams ir slaugytojams po studijų privalomai atidirbti regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose. Sveikatos priežiūros įstatymas³⁶ reguliuoja sveikatos sistemos subjektų teises, pareigas ir atsakomybę, tačiau nenustato pareigos po studijų privalomai dirbti tam tikrose įstaigose.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

³⁵ Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (art. 37):

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999-08-17;368>

³⁶ Zakon o zdravstvenoj zaštiti: <https://www.zakon.hr/z/190/zakon-o-zdravstvenoj-zastiti>

Kroatijos medikų asociacijos 2024 m. duomenimis, per dešimt metų nuo Kroatijos įstojimo į ES iš šalies išvyko iš viso 1 214 gydytojų. Remiantis 2024 m. vertinimais, Kroatijai trūksta maždaug 4 000 slaugytojų. Po reikšmingo atlyginimų padidinimo, darbuotojų migracija sulėtėjo. Naujausiais Kroatijos medikų asociacijos duomenimis, šiuo metu šalyje dirba apie 16 800 gydytojų. Didžiausia sveikatos apsaugos problema – gydytojų ir slaugytojų trūkumas ar pernelyg didelė visos sistemos apkrova.

Latvija

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Kiekvienais metais Sveikatos apsaugos ministerija nustato valstybės finansuojamų rezidentūros vietų skaičių pagal specialybę ir mokymo vietą (ligoninę / universitetą); vietos paskirstomos Rygos ir regionų įstaigoms, o tai yra pagrindinis valstybės svertas, padedantis geografiškai nukreipti būsimus specialistus. Teisinis pagrindas ir procesas nustatyti 2011 m. Ministrų kabineto nutarime dėl rezidentūros priėmimo, skyrimo ir finansavimo tvarkos³⁷ ir sveikatos apsaugos ministro įsakymuose, kuriais patvirtinamos metinės kvotos.

Regioninė sektoriaus strategija. Ministrų kabinetas 2024 m. patvirtino Sveikatos priežiūros darbuotojų plėtros strategiją 2025–2029 m.³⁸, kurioje numatytas darbo jėgos žemėlapis, vieningas registras, planavimo modeliai ir tikslinės pritraukimo / išlaikymo priemonės, įskaitant kiekybiškai įvertintus rezultatus (pavyzdžiui, Europos Sąjungos struktūrinių fondų finansuojamas pritraukimo kompensacijas).

Paslaugų pirkimas taikant teritorinio prieinamumo kriterijus. Nacionalinė sveikatos tarnyba³⁹ sudaro sutartis su paslaugų teikėjais pagal Ministrų kabineto 2018 m. patvirtintą Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarką⁴⁰, kurioje reikalaujama užtikrinti paslaugų prieinamumą teritorijose, sudarant sutartis dėl paslaugų kiekių ir finansavimo.

Pirminės sveikatos priežiūros teritorinis organizavimas. Nacionalinė sveikatos tarnyba priskiria bendrosios praktikos (šeimos) gydytojų praktikas apibrėžtomis bazinėms teritorijoms (ir leidžia steigti papildomus priėmimo punktus), taip užtikrindama aprėptį retai apgyvendintose vietovėse. Pažymėtina, kad jaunų gydytojų įdarbinimas dirbti medicinos sektoriuje regionuose yra ilgalaikė ir labai aktuali problema Latvijoje.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Latvijoje taikomos įvairios motyvacinės ir skatinimo priemonės, skirtos pritraukti ir išlaikyti medicinos specialistus regioninėse (ne Rygos) sveikatos priežiūros įstaigose. Tai apima finansines išmokas, karjeros plėtros paramą ir geresnes darbo bei gyvenimo sąlygas.

Finansinės paskatos gydytojams regionuose

Remiantis Ministrų kabineto nutarimu dėl rezidentūros, patvirtintos kelios priemonės, skirtos geografiškai nukreipti naujai apmokytus gydytojus:

Didesnis mokymo finansavimas regioninėms vietovėms (rezidentams). Valstybė skiria žymiai didesnes maksimalias finansavimo sumas rezidentų mokymui, jei rezidentūra vyksta tam tikrose

³⁷ Rezidentu užņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība: <https://likumi.lv/ta/id/235421-rezidentu-uznemšanas-sadales-un-rezidenturas-finansesanas-kartiba>

³⁸ Par plānu "Veselības darbaspēka attīstības stratēģija no 2025. gada līdz 2029. gadam": <https://likumi.lv/ta/id/357507-par-planu-veselibas-darbaspeka-attistibas-strategija-no-2025-gada-lidz-2029-gadam>

³⁹ The National Health Service: <https://www.vmnvd.gov.lv/en>

⁴⁰ Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=301399>

įstaigose, esančiose už Rygos ribų (pavyzdžiui, specializuotose ligoninėse už Rygos ribų, regioninėse daugiaprofilinėse ligoninėse arba šeimos gydytojo praktikoje už Rygos ribų).

Atlyginimo priedas už darbą regione (rezidentams). Rezidentai, sudarę sutartį su regionine daugiaprofiline ligonine, specializuota ligonine už Rygos ribų arba šeimos gydytojo praktika už Rygos ribų, gauna priemoką (lat. *piemaksu*) už darbą regione, kuri sudaro ne mažiau kaip 30 proc. minimalaus mėnesio atlyginimo.

Su regionine praktika susietas įsipareigojimas. Rezidentai, gavę valstybės finansavimą, dažnai turi trejų metų tarnybos įsipareigojimą po rezidentūros, kuris gali būti konkrečiai susietas su darbu medicinos įstaigoje už Rygos ribų, jei jie pasirašė atitinkamą sutartį.

Finansinės ir struktūrinės paskatos pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms (šeimos gydytojams) kaimo / nepakankamai aptarnaujamose vietovėse

Priemokos, susietos su gyventojų tankumu ir kaimo vietove (*Lauku teritorija*):

Šeimos gydytojų praktikos gauna fiksuotą mėnesinę priemoką (*ikmēneša fiksētā piemaksa*) už praktikos ir personalo veiklą kaimo vietovėje (*lauku teritorija*), kur priemokos suma didėja mažėjant gyventojų tankumui:

- teritorija, kurioje gyventojų tankumas yra nuo 100 iki 499 km²: 182 eurų/mėn. (bazinė suma);
- teritorija, kurioje gyventojų tankumas yra nuo 20 iki 99 km²: 268 eurų/mėn. (bazinė suma).
- teritorija, kurioje gyventojų tankumas yra mažesnis nei 20 gyventojų km²: 361 eurų/mėn. (bazinė suma).

Teritorijoje, kurioje gyventojų tankumas yra didelis (virš 500 gyventojų km²), tokia papildoma priemoka netaikoma.

Naujų praktikų ir greito įdarbinimo skatinimo priemonės

Pirmenybė teikiama naujiems gydytojams. Šeimos gydytojas, baigęs valstybės finansuojamą rezidentūrą, turi teisę per vienus metus nuo diplomo gavimo dienos prašyti įregistruoti jį į šeimos gydytojo laukiančiųjų sąrašą be eilės (*ārpus kārtas*).

Praktikos perėmimo skatinimo priemonės. Tarnyba (*dienests*) suteikia galimybę perimti praktiką (nesilaikant chronologinės eilės laukiančiųjų sąrašo) šeimos gydytojui, kuris gavo savivaldybės stipendiją (*saņems stipendiju no pašvaldībām*), remiantis susitarimu teikti paslaugas savivaldybės teritorijoje po licencijavimo. Tai aiški priemonė, kuria naudojama savivaldybės finansinė parama gydytojams geografiškai nukreipti.

Parama naujai atidarytoms praktikoms. Naujai atidarytos šeimos gydytojo praktikos gauna didelę fiksuotą mėnesinę išmoką (*fiksētais maksājums*) – laikotarpiu iki devynių mėnesių (arba kol užregistruos 600 pacientų). Ši fiksuota išmoka apima vidutinius mėnesinius gydytojo ir pacientų priežiūros personalo (slaugytojo / gydytojo padėjėjo) atlyginimus ir socialinio draudimo įmokas.

Skatinamosios priemonės slaugytojų / gydytojų padėjėjų įdarbinimui (svarbios regioninių praktikų personalui)

Valstybė siūlo mechanizmą, pagal kurį slaugytojų / gydytojų padėjėjų (*feldšeris*) darbo užtikrinimui skirtas mokėjimas padvigubėja, jei šeimos gydytojo praktika kreipiasi dėl šio padidinto mokėjimo ir atitinka tam tikrus kriterijus, pavyzdžiui, turi bent 1 200 registruotų pacientų (arba 600 vaikų) ir užtikrina, kad abu darbuotojai turėtų darbo vietą ir bent 10 valandų per savaitę savarankiškai priimtų pacientus. Šis didesnis mokėjimas už personalą padeda remti daugiapakopės praktikas, kurios dažnai reikalingos regionų medicinos įstaigose.

Šeimos gydytojo praktikos gauna bendrą mėnesinę fiksuotą 1 000 eurų išmoką.

Struktūrinė parama nuotolinei pirminei sveikatos priežiūrai (Feldšerpunkts).

Vietovėse, kuriose nepakankamai teikiamos šeimos gydytojų paslaugos ir sunku gauti priežiūrą, tarnyba gali pasirašyti sutartį su savivaldybe dėl gydytojo padėjėjo punkto (*feldšerpunkts*) veiklos. Toks susitarimas užtikrina priežiūros prieinamumą atokiose vietovėse ir remia gydytojų

padėjėjų įdarbinimą (jiems taikomas apskaičiuotas vidutinis pacientų priežiūros personalo atlyginimas). Gydytojų padėjėjai, dirbantys savivaldybių gydytojų padėjėjų punktuose, gauna vidutinį pacientų priežiūros personalo atlyginimą, pagrįstą apsilankymų skaičiumi.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Valstybės finansuojama rezidentūros planavimo ir paskirstymo sistema skirta tik gydytojams ir leidžia susieti mokymo vietas su regioninėmis ligoninėmis. Pažymėtina, kad valstybės finansuojamiems rezidentams taikomas išpareigojimas atlikti praktiką po rezidentūros. Slaugytojams tokios rezidentūros sistemos nėra.

Nėra duomenų, tiesiogiai įvertinančių regioninės infrastruktūros (pavyzdžiui, ligoninių lovų, įrangos, gyvenimo sąlygų) įtaką atskirų specialistų sprendimams priimti arba atsisakyti darbo regionuose.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Latvijoje nėra visuotinio teisinio įpareigojimo, reikalaujančio, kad visi medicinos absolventai (gydytojai ar slaugytojai) nustatytą laikotarpį dirbtų regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose. Visgi, pagal 2011 m. Ministrų kabineto nutarimą dėl rezidentūros⁴¹, specialus įpareigojimas taikomas gydytojams, kurių podiplominis mokymas (rezidentūra) buvo finansuojamas iš valstybės biudžeto.

Pagal nutarimą, asmuo, kurio rezidentūra buvo finansuojama iš valstybės biudžeto, per penkerius metus nuo rezidentūros baigimo privalo trejus metus dirbti atitinkamoje medicinos specialybėje neviršijant įprasto darbo laiko (įskaitant metų sumą) Latvijos Respublikos teritorijoje viešojo asmens įsteigtoje medicinos įstaigoje, šeimos gydytojo praktikoje, Sveikatos inspekcijoje, Ligų prevencijos ir kontrolės centre, dirbti aukštojo mokslo įstaigoje pedagoginį ar mokslinį darbą atitinkamos specialybės srityje arba tęsti studijas doktorantūroje, arba dirbti mokslinį darbą valstybiniame mokslo institute atitinkamos specialybės srityje (28 p.).

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

Konkrečių statistinių duomenų apie jaunų gydytojų, baigusią studijas, emigraciją nėra. Dera paminėti, kad šiuo metu Rygos Stradinio universitetas įgyvendina mokslinių tyrimų projektą „Bendrosios praktikos gydytojų gyvybingumo stiprinimas Latvijoje: iššūkiai ir sprendimai“⁴², kurio tikslas – nustatyti veiksnius, darančius įtaką bendrosios praktikos gydytojų įdarbinimui ir išlaikymui Latvijos sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrime analizuojama, kaip darbo sąlygos, atlyginimas, profesinio tobulėjimo galimybės ir regioninė infrastruktūra veikia jaunų gydytojų sprendimus dirbti pirminės sveikatos priežiūros srityje, ypač už Rygos ribų. Projekto metu tyrėjai taip pat vertina nacionalinius ir vietos paramos mechanizmus, tokius kaip stipendijos, praktikos vietos, finansinės paskatos ir būsto suteikimas, taip pat kitų šalių patirtį, siekdami pasiūlyti įrodymais pagrįstus sprendimus, pritaikytus Latvijos kontekstui. Tikimasi, kad tyrimo rezultatai suteiks rekomendacijų sveikatos politikos formuotojams, kaip ilgainiui stiprinti bendrosios praktikos gydytojų sistemą ir užtikrinti kokybiškos pirminės sveikatos priežiūros teikimą visuose Latvijos regionuose.

Lenkija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

⁴¹ Rezidentu užņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība: <https://likumi.lv/ta/id/235421-rezidentu-uznemšanas-sadales-un-rezidenturas-finansesanas-kartiba>

⁴² Ģimenes ārstu dzīvesspēka veicināšana Latvijā: izaicinājumi un risinājumi: <https://www.rsu.lv/projekts/gimenes-arstu-dzivesspeka-veicinasana-latvija-izaicinajumi-un-risinajumi>

Lenkijoje yra didelių skirtumų, kalbant apie medicinos specialistų skaičių skirtingose šalies dalyse. Remiantis Centrinės statistikos tarnybos statistika, 2024 m. daugiausia gydytojų, tiesiogiai dirbančių su pacientais, 10 000 gyventojų buvo Mazovijos vaivadijoje (46,9 gydytojai) ir Lodzės vaivadijoje (44,1 gydytojai). Mažiausias gydytojų 2024 m. buvo Liubušio vaivadijoje – maždaug 26,2 gydytojai 10 000 gyventojų.

Vertinant slaugytojų, tiesiogiai dirbančių su pacientais, skaičius, 2024 m. didžiausias skaičius, tenkantis 10 000 gyventojų buvo Švento Kryžiaus vaivadijoje (71,8 slaugytojas), o mažiausias – Pamario vaivadijoje (45,8 slaugytojai).

Nuo 2015 m. Sveikatos apsaugos ministerija rengia regioninius sveikatos poreikių žemėlapius ir Nacionalinį sveikatos poreikių žemėlapi. Žemėlapiuose, be kita ko, pateikiama demografinė analizė, išteklių būklės ir naudojimo analizė bei sveikatos poreikių prognozės. Užduotis, susijusias, be kita ko, su savivaldybių, apskričių ir vaivadijų gyventojų sveikatos poreikių ir sveikatos būklės nustatymu, taip pat atlieka vietos valdžios institucijos. Visgi, dauguma analizėse naudojamų rodiklių nesusiejami su pacientų migracija, kuri turi įtakos viešosios sveikatos priežiūros prieinamumo laipsnio vertinimo tikslumui.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Lenkijoje yra taikomos kelios iniciatyvos, kuriomis siekiama paskatinti gydytojus dirbti valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose regionuose. Sveikatos apsaugos ministerija taiko stipendijų sistemą medicinos sričių (pavyzdžiui, medicinos, odontologijos, farmacijos) studentams, skirtą suteikti jiems galimybę tęsti mokslus ir įsidarbinti Lenkijos sveikatos priežiūros sistemoje. Gydytojams, norintiems dirbti periferinėse ir neurbanizuotose vietovėse, siūlomos įvairios paskatos, pavyzdžiui, pagalba ieškant būsto, subsidijos įrangai ir mokymams, profesinis tobulėjimas ir pagalba šeimoms (pavyzdžiui, vietų vaikų darželiuose ir lopšeliuose organizavimas). Be to, gydytojai gali tikėtis konsultacinės pagalbos (mokesčių, teisinės) ir pagalbos ieškant būsto.

Skatinimo priemonės slaugytojams dirbti valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose daugiausia apima tokias priemones kaip profesinio tobulėjimo rėmimas, įgūdžių gerinimas diegiant pažangiąją slaugos praktiką, darbo užmokesčio sąlygų gerinimas ir papildomos darbdavių teikiamos lengvatos.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

Varšuvos universiteto Migracijos tyrimų centro atlikti tyrimai rodo, kad 2022 m. 20 proc. paskutiniųjų kursų medicinos studentų svarstė galimybę išvykti iš šalies, 2023 m. – 18 proc., o 2024 m. – 13 proc.

Liuksemburgas

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Liuksemburge tolygus gydytojų ir slaugytojų paskirstymas daugiausia užtikrinamas nacionaliniu ligoninių veiklos planavimu pagal 2018 m. kovo 8 d. Ligoninių įkūrimo ir planavimo įstatymą⁴³. Sveikatos ir socialinės apsaugos ministerija parengia Sveikatos žemėlapi⁴⁴ ir nacionalinį ligoninių planą. Vadovaujantis šių dokumentų duomenimis, ligoninių pajėgumai ir personalas paskirstomi šalies šiaurinėje, centrinėje ir pietinėje dalyse pagal regioninius poreikius.

⁴³ Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/03/08/a222/jo>

⁴⁴ Carte sanitaire: <https://obs.gouvernement.lu/fr/projets/prochaine-carte-sanitaire.html>

Privatiems (laisviesiems) gydytojams ir slaugytojams geografinių kvotų nėra. Paskirstymas stebimas remiantis Nacionalinės sveikatos valdybos (ObSanté)⁴⁵ duomenimis ir ministerijos skelbiama metine statistika. Siekama užtikrinti prieigą ne įprastomis darbo valandomis, valstybė valdo tris regioninius budėjimo medicinos centrus (Liuksemburge, Eše, Etelbruke).

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Liuksemburge nėra jokių konkrečių finansinių ar karjeros paskatų, skirtų pritraukti gydytojus ar slaugytojus į regionines sveikatos priežiūros įstaigas. Atkreiptinas dėmesys, kad šalies studentai, siekiantys medicinos studijų, gauna bendrą 7 000 eurų paskatą, o sveikatos priežiūros specialistai naudojasi vienodai dideliais atlyginimais ir darbo sąlygomis visoje šalyje, o ne regionams būdingomis priemonėmis.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Liuksemburgas netaiko skirtingų regioninių gydytojų ir slaugytojų pritraukimo ar išlaikymo strategijų. Šalyje vadovaujamasi vieninga nacionaline strategija (požiūriu), kuria siekiama sudaryti kokybiškas darbo sąlygas ir išlaikyti didelį atlyginimą visame sveikatos sektoriuje, be kokio nors regioninio ar profesinio skirstymo.

Nyderlandai

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Nyderlanduose nėra sistemos, užtikrinančios tolygų sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymą, todėl ši problema sprendžiama politika, kuria siekiama valdyti trūkumą ir tenkinti konkrečius poreikius, o ne garantuoti vienodą pasiskirstymą. Vyriausybė ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai taiko Integruotos priežiūros susitarimą (angl. *Integrated Care Agreement* (IZA)). Taip siekiama pagerinti prieinamumą ir integruotą priežiūrą, kad kartu analizuojant regioninius skirtumus ir slaugytojų „paslėptą rezervą“ būtų priimti tiksliniai sprendimai.

Kiekvienas regionas turi unikalių sveikatos priežiūros iššūkių, todėl reikalingas regioninis ir vietos požiūris. Be to, ryšys su socialine sritimi yra būtinas siekiant išvengti nereikalingos priežiūros. Todėl Integruotos priežiūros susitarime pabrėžiama regioninio bendradarbiavimo svarba⁴⁶.

Regioninis bendradarbiavimas yra svarbus ir sprendžiant darbo rinkos problemas. „RegioPlus“⁴⁷ yra nacionalinė skėtinė organizacija, vienijanti 12 regioninių darbdavių organizacijų, kuri jungia nacionalinę politiką ir regioninį įgyvendinimą.

Užimtumo organizacija⁴⁸, remdamasi demografiniais pokyčiais ir numatomais sveikatos priežiūros poreikiais, apskaičiuoja reikiamą sveikatos priežiūros specialistų pajėgumus. Be to, organizacija konsultuoja sveikatos priežiūros sektorių ir vyriausybę bei teikia jiems informaciją apie su mokymais ir tolesniu švietimu susijusių specialistų poreikį ir galimybes.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Sveikatos priežiūros personalo trūkumas yra plačiai paplitusi ir nuolatinė problema, daranti įtaką visam sektoriui ir visiems regionams. Siekiant išlaikyti gydytojus ir slaugytojus sveikatos priežiūros įstaigose, planuojama gerinti darbo sąlygas ir siūlyti tobulėjimo galimybes, didinti

⁴⁵ Observatoire national de la santé. Le gouvernement luxembourgeois: <https://obs.gouvernement.lu/fr.html>

⁴⁶ Regionale samenwerking algemeen (Regioninis bendradarbiavimas). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <https://www.zorgakkoorden.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/>

⁴⁷ RegioPlus: <https://regioplus.nl/oplossingsrichtingen/arbeidsmarktinformatie/>

⁴⁸ Capaciteits orgaan (angl. The Capacity Organization): <https://capaciteitsorgaan.nl/>

sveikatos priežiūros darbuotojų profesinę veiklos sritį ir savarankiškumą, investuoti į mokymą ir karjeros perspektyvas, taip pat struktūriškai skirti daugiau lėšų atlyginimų didinimui ir darbo krūvio mažinimui. Konkrečios sveikatos priežiūros specialistų paskirstymo priemonės nežinomos.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Nyderlanduose pareiga dirbti po studijų nėra įprasta praktika. Jaunųjų gydytojų teises ir autonomiją garantuoja Medicinos profesionalumo manifestas⁴⁹, suteikiantis gydytojams teisę į profesinę autonomiją teikti paslaugas pagal savo sugebėjimus, ir gydytojo pareiga išlikti kompetentingam ir prisiimti atsakomybę už savo veiksmus. Čia galima paminėti „įsipareigojimą“ – tai profesinė pareiga teikti gerą priežiūrą ir laikytis taikomų standartų bei kokybės sistemų, kurios iš tikrųjų skatina autonomiją, reikalaujamos, kad gydytojai veiktų remdamiesi mokslinėmis įžvalgomis ir praktine patirtimi.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

Nėra jokių konkrečių naujausių Nyderlandų statistinių duomenų apie jaunų medicinos absolventų emigraciją, taip pat apie atitinkamus teisės aktus, kurie konkrečiai tai reglamentuotų, nes tokia demografinė informacija paprastai nėra išsamiai renkama ir viešinama. Visgi, esama bendros informacijos apie emigracijos mastą Nyderlanduose, tačiau ji nėra konkrečiai susijusi su jaunaisiais gydytojais po studijų.

Norvegija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Norvegija gerokai viršija Europos vidurkį, kai kalbama apie praktikuojančių gydytojų skaičių: 2022 m. šis skaičius siekė 4,9 gydytojų 1 000 gyventojų. Per pastaruosius 20 metų šis skaičius žymiai išaugo. Per pastarąjį dešimtmetį Norvegijoje taip pat padidėjo slaugytojų skaičius. 2022 m. Norvegijoje buvo 15,6 praktikuojančių slaugytojų, tenkančių 1 000 gyventojų, palyginti su gerokai mažesniu Europos vidurkiu – 8,4 slaugytojai⁵⁰. Tai iš dalies lemia didelis Norvegijos plotas ir išsisklaidžiusi gyventojų koncentracija, taip pat siekis teikti lygiateises sveikatos priežiūros paslaugas nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos.

Nepaisant tokių rodiklių, daugelis Norvegijos savivaldybių susiduria su personalo trūkumo problema pirminės sveikatos priežiūros srityje. Pastaraisiais metais savivaldybėms tapo žymiai sunkiau įdarbinti sveikatos priežiūros darbuotojus, ypač sunku įdarbinti bendrosios praktikos gydytojus ir slaugytojus. Įdarbinimo sunkumai didėja ir šalies centrinėse vietovėse.

Kurį laiką specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos (ligoninės) susidūrė su kur kas mažesnėmis įdarbinimo problemomis nei savivaldybių sveikatos priežiūros ir slaugos paslaugos. Visgi pastaruoju metu kelios ligoninės, įskaitant centrinėse srityse esančias, susidūrė su sunkumais užpildant laisvas darbo vietas. Be kita ko, kyla problemų įdarbinant slaugytojus į įprastas pareigas, intensyviosios terapijos slaugytojus, akušeres ir psichiatrijos sveikatos priežiūros paslaugų personalą⁵¹.

⁴⁹ Manifesto on Medical Professionalism: <https://www.knmg.nl/over-knmg-1/about-knmg-1/the-rdma>

⁵⁰ Health at a Glance: Europe 2024 (Sveikatos apžvalga: Europa 2024), OECD: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf

⁵¹ Time to Act. The Personnel in a Sustainable Health and Care Service (Laikas veikti. Tvarios sveikatos ir priežiūros paslaugų personalas). Norwegian Official Report (NOU) 2023:4: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9704e2bfd8af492ebeca5a64ec5f11c0/norwegian-2023-health-personnel-commission-english-summary.pdf>

Kaip ir visose Europos šalyse, Norvegijos sveikatos priežiūros sistema patiria vis didesnį spaudimą dėl senėjančios visuomenės ir didėjančio sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumo.

2021 m. gruodžio mėn. Norvegijos vyriausybė paskyrė Sveikatos priežiūros personalo komisiją⁵², kad ji atliktų išsamią šalies numatomų darbo jėgos iššūkių analizę. 2023 m. vasario mėn. pateiktoje šios komisijos ataskaitoje pateikiamas rimtas Norvegijos gebėjimo patenkinti būsimus sveikatos priežiūros darbuotojų poreikius vertinimas. Norvegijos sveikatos priežiūros sektorius (išskyrus socialinio darbo veiklą) yra didžiausias šalies darbdavys, kuriame dirba daugiau kaip 400 000 žmonių, t. y. daugiau kaip 15 proc. visų darbuotojų – tai didžiausia dalis Europoje. Sektoriaus darbo jėga sparčiai augo ir nuo 1970 m. pradžios padidėjo daugiau nei tris kartus, o tai lėmė spartus ekonomikos augimas, medicinos pažanga ir senėjanti visuomenė. Visgi, teigiama, šis augimas susidurs su demografiniais pokyčiais, dėl kurių tuo pačiu metu didės sveikatos priežiūros paslaugų paklausa, o turima darbo jėga mažės, todėl vis didesnė našta teks mažėjančiai darbuotojų daliai.

Komisijos ataskaitoje taip pat nerekomenduojama kaip sprendimą taikyti didelio masto sveikatos priežiūros darbuotojų įdarbinimą iš užsienio, pabrėžiant, kad priklausomybė nuo užsienio darbuotojų padarytų sistemą pažeidžiamą ir būtų neatsakinga pasauliniu mastu.

Siekiant išspręsti šią problemą, Sveikatos priežiūros personalo komisija rekomenduoja daugiašalę strategiją, kuria siekiama riboti sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus augimą ne daugiau kaip 0,5 proc. per metus, tuo pačiu didinant esamų žmogiškųjų išteklių produktyvumą, plečiant užduočių perdavimą, technologijų naudojimą, paslaugų pertvarkymą ir gerinant priežiūros integraciją. Ataskaitoje ypač raginama iš esmės pakeisti visuomenės požiūrį į sveikatos priežiūrą, pabrėžiant būtinybę nustatyti prioritetus ir realius lūkesčius dėl paslaugų teikimo lygio. Komisija pabrėžia, kad būtina surengti viešą diskusiją apie sudėtingus kompromisus, kurie yra neišvengiami atsižvelgiant į prognozuojamus fiskalinius ir demografinius pokyčius.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Siekiant skatinti labiau subalansuotą sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų ir slaugytojų) pasiskirstymą tarp Norvegijos didžiųjų miestų ir regionų, buvo įgyvendinta įvairių reguliavimo priemonių ir paskatų sistemų.

Švietimo galimybės kaimo vietovėse. Medicinos studijų programos yra įgyvendinamos įvairiose šalies vietovėse, o slaugos programos taip pat yra prieinamos ir kaimo vietovėse. Siekiama padėti studentams užmegzti ryšius su vietos bendruomene ir paskatinti juos dirbti regione ar rajone baigus studijas.

Reikalavimas praktikuotis pirminės sveikatos priežiūros srityje, dažnai kaimo vietovėse. Baigus medicinos studijas Norvegijoje, privaloma atlikti vienerių metų klinikinę praktiką ligoninėje ir šešių mėnesių praktiką savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose, daugiausia bendrosios praktikos srityje. Reikalavimas šešis mėnesius dirbti savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose, įvestas apie 1960 m., buvo specialiai sukurtas siekiant spręsti gydytojų trūkumo kaimo vietovėse problemą ir yra išskirtinis Norvegijos medicinos mokymo aspektas. Tai reglamentuoja Specialistų ir odontologų specialybės išsilavinimo ir akreditavimo taisyklės (Specialistų mokymo taisyklės)⁵³. Slaugytojų mokymui tokie reikalavimai netaikomi.

Tromso ir Finnmarko zona. Norvegijos šiaurėje yra teritorija, žinoma kaip Tromso ir Finnmarko (nor. *Troms og Finnmark*). Šiame regione taikomos kelios priemonės, skirtos darbuotojams, įskaitant sveikatos priežiūros personalą, pritraukti ir išlaikyti (pavyzdžiui, nemokama vaikų priežiūra, mažesni mokesčiai ir studentų paskolų lengvatos). Paskatų priemonės ir tarifai nustatomi kasmetinio biudžeto sudarymo proceso metu. Priemonės yra įvertinamos ir daroma išvada, kad naujos arba sustiprintos priemonės padidino apsigyvenimą, tačiau paprastai tik ribotą laikotarpį,

⁵² The Healthcare Personnel Commission delivers its report: <https://www.regjeringen.no/en/whats-new/the-healthcare-personnel-commission-delivers-its-report/id2961748/>

⁵³ Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften): <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482?q=spesialistforskriften>

įprastai trumpesnį nei dešimt metų. Visgi galimybė nurašyti studentų paskolas atrodo veiksmingesnė nei mažesnio pajamų mokesčio tarifo siūlymas.

Nauja studentų paskolų nurašymo schema. Šiuo metu Norvegijoje kuriama nauja studentų paskolų nurašymo schema, apimanti papildomas decentralizuotas šalies dalis. Tikslas – pritraukti kvalifikuotų darbuotojų į šiuos rajonus, o ne tik į šiaurinę šalies dalį.

Gydytojų ir slaugytojų samdymas. Pastaraisiais metais Norvegijoje tapo įprasta naudotis įdarbinimo agentūrų paslaugomis, siekiant užtikrinti pakankamą personalo kiekį, ypač atokiose vietovėse. Šios agentūros įdarbina tiek Norvegijos, tiek užsienio gydytojus ir slaugytojus. Užsienio medicinos specialistai atliko svarbų vaidmenį išlaikant tiek specializuotas sveikatos priežiūros, tiek pirminės sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybėse. Visgi, vyriausybė dabar siekia sumažinti priklausomybę nuo šios įdarbinimo praktikos, ir nebėra laikoma politiškai pageidautina spręsti darbo jėgos trūkumo problemą samdant užsienio darbo jėgą.

Regioninės infrastruktūros poveikis medikų apsisprendimui dėl darbo vietos

Kommunesektorens (KS) yra Norvegijos savivaldybių ir apskričių darbdavių organizacija, o „Arbeidsgivermonitor“ (Darbo jėgos stebėseną) yra jos kas dvejus metus skelbiama ataskaita, kurioje pateikiami duomenys ir analizė apie darbo rinkos tendencijas ir iššūkius Norvegijos savivaldybių sektoriuje.

Pastaraisiais metais KS užfiksavo nuolat didėjančius įdarbinimo iššūkius, ypač sveikatos ir priežiūros sektoriuje. 2025 m. ataskaitoje⁵⁴ matyti, kad sveikatos priežiūros specialistų įdarbinimas išlieka sudėtingas, tačiau apklausa taip pat rodo pagerėjimą, palyginti su 2023 m. Pavyzdžiui, tarp slaugytojų ir gydytojų, atsakiusių, kad įdarbinimas yra gana arba labai sudėtingas, dalis sumažėjo nuo 93 proc. 2023 m. iki 81 proc. 2025 m. slaugytojų atveju ir nuo 82 proc. 2023 m. iki 63 proc. 2025 m. gydytojų atveju.

Ataskaitoje taip pat pažymima, kad 68 proc. savivaldybių įdarbinimo procesuose taikė skatinimo schemas. Tai apima, pavyzdžiui, didesnius atlyginimus ir profesinio tobulėjimo bei tolesnio mokymosi pasiūlymus. Šios priemonės taip pat gali būti susijusios su kitais veiksniais, tokiais kaip būsto ar įsikūrimo savivaldybėje dotacijos, galimybė naudotis vaikų priežiūros paslaugomis ir panašios lengvatų. Kitos iniciatyvos apima geresnį darbo valandų organizavimą, geresnį budėjimo tvarką ir savivaldybių bendradarbiavimą sveikatos priežiūros personalo srityje.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

EBPO statistika rodo, kad beveik pusė Norvegijoje dirbančių gydytojų yra įgiję išsilavinimą kitose valstybėse⁵⁵. Dėl studijų vietų trūkumo Norvegijoje, šalies pajėgumai nėra pakankami, kad patenkintų medicinos specialistų paklausą, todėl beveik pusė Norvegijos medicinos studentų įgyja išsilavinimą užsienyje, daugiausia kitose Europos šalyse. Dažniausiai pasirenkamos šalys yra Lenkija, Vengrija, Slovakija, Danija, Latvija ir Čekija. Atsižvelgiant į tai, studijas baigusių jaunų gydytojų emigracija Norvegijoje nėra problema.

Portugalija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

⁵⁴ *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2025:*

<https://www.ks.no/contentassets/a0617fcf2e9c4e8eaca11e181481edcc/kommunesektorens-arbeidsgivermonitor-2025.pdf>

⁵⁵ *Health at a Glance: Europe 2024* (Sveikatos apžvalga: Europa 2024), OECD:

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf

Pagal Portugalijos Respublikos Konstitucijos 64(3)(b) straipsnį, siekiant užtikrinti teisę į sveikatos apsaugą, pirmiausia valstybė privalo garantuoti racionalų ir veiksmingą visos šalies aprūpinimą žmogiškaisiais ištekliais ir sveikatos priežiūros įstaigomis. Nacionalinė sveikatos tarnyba (NHS), įsteigta vadovaujantis Įstatymo Nr. 56/79⁵⁶ nuostatomis, privalo užtikrinti teisę į sveikatos apsaugą pagal Konstituciją.

Pagrindiniame sveikatos apsaugos įstatyme⁵⁷, patvirtintame kaip rugsėjo 4 d. įstatymo Nr. 95/2019 priedas, 20(g) straipsnyje taip pat nustatyta, kad sveikatos apsaugos sistemos principas yra „artumas, užtikrinantis, kad visa šalis turėtų racionalų ir efektyvų sveikatos išteklių aprūpinimą“. 22(5) straipsnyje nustatyta, kad „sistemos veikimas grindžiamas darbo jėga, suplanuota ir organizuota taip, kad atitiktų gyventojų sveikatos priežiūros poreikius prieinamumo, prieinamumo, priimtumo ir kokybės požiūriu, palaipsniui vystant mechanizmus, skirtus visiškam atsidavimui viešųjų funkcijų vykdymui, struktūrizuotus karjeros kryptimis, ir turi būti užtikrintos sąlygos bei darbo aplinka, skatinanti profesinį pasitenkinimą ir tobulėjimą, ir profesinio, asmeninio ir šeimos gyvenimo derinimas“.

Šie principai yra pakartotinai įtvirtinti 2022 m. Sveikatos tarnybos statute, kurio 14 straipsnyje nustatyta, kad sveikatos sistemos žmogiškųjų išteklių politiką nustato už sveikatą atsakingas Vyriausybės narys, ir ji yra pagrįsta daugiamečiu planu, kurio patvirtinimui reikalinga išankstinė (privaloma) už viešąjį administravimą ir finansus atsakingų Vyriausybės narių nuomonė.

2023 m. rugpjūčio 16 d. buvo priimta Ministrų Tarybos rezoliucija Nr. 93/2023⁵⁸, kuria patvirtintas Nacionalinis sveikatos planas iki 2030 m., atitinkantis sveikatos politikos pagrindus. Remiantis preambule, tai yra nacionalinė strateginė priemonė, kuria siekiama gerinti gyventojų sveikatą ir gerovę visą jų gyvenimo ciklą, nustatant sveikatos poreikius nacionaliniu lygmeniu, teikiant strategines gaires ir kuriant konkrečias intervencijos strategijas, taip nustatant socialinį įsipareigojimą sveikatos srityje per tam tikrą laikotarpį. Juo taip pat siekiama sustiprinti ir integruoti sveikatos poreikių ir lūkesčių nustatymo procesą, nepamirštant sveikatos nelygybės nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygmenimis.

Dera pažymėti, kad Nacionalinės sveikatos tarnybos valdyba yra atsakinga visų pirma už žmogiškųjų išteklių planavimą, valdymą ir administravimą. Ji koordinuoja veiksmus su Sveikatos sistemos centrine administracija ir įvairiomis sveikatos apsaugos įstaigomis bei tarnybomis pagal jų atitinkamus įgaliojimus. Būtent Sveikatos sistemos centrinė administracija nustato standartus ir gaires, susijusias su profesijomis, profesine praktika, darbo susitarimais, kolektyvinėmis derybomis, specialistų registracija, žmogiškųjų išteklių duomenų bazėmis, švietimu ir profesiniu mokymu, taip pat atlieka tyrimus, skirtus žmogiškiesiems ištekliais, profesijoms ir profesinei praktikai sveikatos sektoriuje nustatyti.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Siekiant sumažinti regioninius skirtumus, 2015 m. birželio 4 d. Įstatymo dekretu Nr. 101/2015⁵⁹ nustatytos geografinio mobilumo paskatų teikimo vietovėms, kuriose trūksta medicinos darbuotojų, turinčių nuolatines darbo sutartis, arba kurie būtų įdarbinti per viešąjį ar privatųjį sektorių tarnyboje ar įstaigoje, integruotoje į Nacionalinę sveikatos tarnybą, sąlygos. 2 straipsnyje nustatyta, kad paskatos medicinos darbuotojams gali būti piniginės arba nepiniginės. Taigi, medicinos darbuotojams, kurie dirba nepakankamai aptarnaujamose vietovėse, teikiamos kelionės ir transporto išlaidų kompensacijos. Nepiniginės paskatos yra labai įvairios, įskaitant vaikų perkėlimą į kitą mokyklą ir ilgesnes atostogas. Pagal minėtą įstatymo dekretą, kovo 28 d. įsakymu Nr. 3397/2024⁶⁰

⁵⁶ *Serviço Nacional de Saúde, Lei n.º 56/79*: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1979-75079849>

⁵⁷ *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro*: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

⁵⁸ *Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto*: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>

⁵⁹ *Decreto-Lei n.º 101/2015*: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2015-105821479>

⁶⁰ *Despacho n.º 3397/2024, de 28 de março*: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3397-2024-857831699>

nustatytos sveikatos priežiūros įstaigos ir paslaugos, taikomos nepakankamai aptarnaujamose vietovėse, siekiant suteikti paskatas medicinos personalo mobilumui ir įdarbinimo procedūroms, pradėtoms 2024 m. sausio 1 d. Savivaldybių tarybos taip pat siūlo įvairias paskatas gydytojams, siekdamas pritraukti ir išlaikyti specialistus, pavyzdžiui, finansinę paramą (mėnesines išmokas, įnašą į būstą, transporto ir kuro išlaidas), galimybę gauti savivaldybės būstą ir atleidimą nuo mokesčių už naudojimąsi savivaldybės tam tikra infrastruktūra (pavyzdžiui, lankymąsi baseinuose ir sporto salėse).

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Portugalijoje gydytojai ir slaugytojai neturi pareigos pabaigę studijas, mokymus dirbti regione.

Rumunija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Gavusi finansinę paramą iš Nacionalinio ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo plano bei Pasaulio sveikatos organizacijos techninę pagalbą, taip pat vadovaudamasi ilgalaikę Žmogiškųjų išteklių plėtros sveikatos apsaugos srityje strategija 2022–2030 m.⁶¹, Sveikatos apsaugos ministerija parengė leidinį „Vietos veiksmų gidas: sprendimai žmogiškiems ištekliams sveikatos apsaugos srityje“. Šiame gide pateiktais duomenimis, 100 000 gyventojų 2013 m. vidutiniškai teko 264,36 bendrosios praktikos gydytojai ir 51,39 slaugytojai, o 2022 m. šie skaičiai atitinkamai išaugo iki 364,79 ir 93,54. Ši tendencija iš dalies paaiškinama sumažėjusia emigracija po reikšmingo atlyginimų padidinimo 2017 m. ir masiniu darbuotojų priėmimu Covid-19 pandemijos metu.

Nepaisant teigiamų pokyčių, darbuotojų trūkumas išlieka, ypač tarp tam tikrų specialybių gydytojų ir kai kuriuose regionuose. Didžiausias trūkumas yra nutolusiose kaimo vietovėse ir tose gyvenamosiose vietovėse, kuriose nėra universitetų. Tarpregioniniai skirtumai yra ženklūs – kai kuriose apskrityse yra mažiau nei 200 gydytojų 100 000 gyventojų, o tai žymiai skiriasi nuo pagrindinių universitetinių centrų, kur gydytojų skaičius yra gerokai didesnis nei likusioje šalies dalyje. Pavyzdžiui, vien Bukarešte dirba 20 proc. visų šalies gydytojų, nors ten gyvena tik apie 9 proc. šalies gyventojų. Tuo tarpu 328 administraciniai-teritoriniai vienetai kaimo vietovėse neturi šeimos gydytojo.

Yra žinoma, kad 2021 m. apytikriai 22 000 gydytojų ir 23 000 slaugytojų iš Rumunijos dirbo kitose Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos valstybėse narėse.

Pažymėtina, kad nepakankamas medicinos personalo kiekis tiek pirminės sveikatos priežiūros srityje, tiek ligoninėse apsunkina budinčių paslaugų tęstinį užtikrinimą daugelyje apskričių centrų, todėl didėja apkrova skubios pagalbos sistemai ir ilgėja pacientų laukimo laikas būtinai medicininei pagalbai gauti.

Iš vietovių, kuriose nėra reikiamo gydytojo specialisto, pacientai yra priversti vykti ten, kur yra didesnė medicinos personalo koncentracija, o tai sukelia papildomas išlaidas ir gali apriboti galimybes gauti medicininės paslaugas mažas pajamas turintiems žmonėms.

Sveikatos priežiūros darbuotojų migracija ir senėjimas dar labiau apsunkina jau ir taip ribotus žmogiškuosius išteklius ir gali dar labiau paaštrinti personalo trūkumą, jei ateityje nebus imtasi bendrų priemonių. Ypatingą susirūpinimą kelia šeimos gydytojų amžiaus statistika – net 40 proc. šios specializacijos gydytojų yra 55 metų ir vyresni.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

⁶¹ Strategia multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2022–2030: <https://sgg.gov.ro/1/wp-content/uploads/2022/06/ANEXA-40.pdf>

2008 m. buvo pakeista priėmimo į rezidentūros programą tvarka, kartu leidžiant iš karto pasirinkti laisvas darbo vietas ligoninėse, kuriose trūksta tam tikros specializacijos personalo (pavyzdžiui, ligoninė veikia su 75 proc. ar mažiau standartinio darbuotojų skaičiaus). Toks mokymosi modelis vadinamas „rezidentūra pagal laisvą vietą“ arba „rezidentūra pagal poreikį“ (3–7 metų trukmės, priklausomai nuo specializacijos). Visgi, šios rūšies rezidentūra negali būti organizuojama klinikinėse ligoninėse, turinčiose universitetinius klinikinius skyrius, instituteuose ar klinikiniuose medicinos centruose, taip pat regioninėse ligoninėse. Rezidentūros vietų skaičių trūkstamose specialybėse nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Pagal rezidentūros organizavimą ir finansavimą nustatantį Vyriausybės potvarkį⁶², sutartiniai įsipareigojimai (neterminuota individuali darbo sutartis su viešosios sveikatos priežiūros įstaiga) reiškia, kad gydytojai dirbs pasirinktose ligoninėse ne trumpiau nei rezidentūros mokymų trukmė, taip užtikrinant gydytojams darbo stabilumą ankstyvajame karjeros etape (18 str. 6 ir 7 d.). Paminėtina, kad nemažai gydytojų, pasirinkusių rezidentūros vietą, šios atsisakė pasibaigus mokymų laikotarpiui.

2022 m. priėmus Vyriausybės potvarkio⁶³ papildymą, nustatyta, kad viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įstaigose darbo vietos, kurios tampa laisvos nutraukus su rezidentais sudarytas individualias darbo sutartis, gali būti užpildomos atviro konkurso būdu rezidentų, besimokančių 3–6 rezidentūros metus, gavus Sveikatos apsaugos ministerijos pritarimą.

Finansinės priemonės, tokios kaip gydytojų ir slaugytojų atlyginimų didinimas, buvo palaipsniui įgyvendinamos nuo 2018 m., siekiant galutinio tikslo – suvienodinti pajamas su ES vidurkiu. Šių priemonių veiksmingumą įrodo sumažėjusi medikų emigracija ir 27,5 proc. padidėjęs bendras gydytojų skaičius 2015–2022 m. Visgi, esamas santykis, kai 374 gydytojai tenka 100 000 gyventojų, vis dar šiek tiek atsilieka nuo ES vidurkio (410 gydytojų 100 000 gyventojų), o medikų pasiskirstymas išlieka netolygus.

Nors universitetiniai centrai lengvai pritraukia didelį skaičių medicinos specialistų, vietos valdžios institucijos kaimo vietovėse ir neuniversitetiniuose miestuose yra priverstos ieškoti ir siūlyti įvairias paskatas, kad pritrauktų ir išlaikytų reikiamų specializacijų medikus ir užtikrintų vietos bendruomenių sveikatos priežiūros poreikius. Taikomos tokios finansinės ir kitokios paskatos kaip:

- 1) piniginių priedų skyrimas medicinos personalui viešojo sektoriaus ligoninėse, esančiose nepakankamai aptarnaujamose vietovėse; finansinių paskatų skyrimą reglamentuoja Sveikatos priežiūros reformos įstatymo⁶⁴ 199 straipsnio 2 dalis: vietos viešojo administravimo institucijos savo sprendimu gali skirti joms priklausančio sveikatos priežiūros tinklo viešųjų ligoninių medicinos ir specializuotam personalui mėnesio finansines paskatas, kurių dydis (neatskaičius mokesčių) neviršija dviejų šalies minimaliųjų darbo užmokesčių. Sveikatos paslaugų decentralizacija Rumunijoje buvo įgyvendinta pagal Vyriausybės potvarkį, kuriuo Sveikatos apsaugos ministerijos įgaliojimai ir atsakomybė buvo perduoti administraciniam-teritoriniam vienetams. Po reformos didžioji dalis (270 iš 367) viešojo sektoriaus ligoninių buvo perduotos tokių administracinių-teritorinių vienetų kaip apskritys ir vietos tarybos pavaldumui;
- 2) piniginių priedų, siekiančių iki 20 proc. bazinio atlyginimo, skyrimas medicinos personalui sveikatos priežiūros įstaigose, esančiose izoliuotose vietovėse⁶⁵;
- 3) sąlygų sudarymas ir pagalbos teikimas šeimos gydytojams, padedant įsteigti naujus kabinetus ir kurti antrines darbo vietas;
- 4) piniginiai paskatinimai šeimos gydytojams tam tikrose vietovėse;

⁶² Ordonanță nr. 18 din 29 august 2009 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului:
<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/110922>

⁶³ Ordonanță de urgență nr. 87 din 23 iunie 2022: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/256714>

⁶⁴ Lege nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății:
<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>

⁶⁵ Lege-Cadru nr. 153 din 28 iunie 2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice:
<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/190446>

- 5) nuomos ir transporto išlaidų kompensavimas, taikant lojalumo sąlygą, siekiant užtikrinti darbuotojo įsipareigojimą darbdaviui; nuomos sutarties registravimas mokesčių institucijose, siekiant užtikrinti šalių skaidrumą ir atskaitomybę;
- 6) siūloma galimybė medicinos personalui išsinuomoti ar įgyti būstą, priklausantį vietos valdžios institucijoms;
- 7) nuo 2025 metų viešojo sektoriaus ligoninės galės siūlyti veiklos paskatas medicinos personalui, remiantis stebėsenos rezultatais; paskatinimo vertė negalės viršyti šešių šalies minimalių atlyginimų dydžio (neatskaičius mokesčių), atsižvelgiant į patvirtinto biudžeto ribas. Veiklos rodiklius, vertinimo metodiką, personalo kategorijas ir paskatų skyrimo sąlygas tvirtina sveikatos apsaugos ministras.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Taikomos strateginės nuostatos nesiskiria.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Gydytojai ir slaugytojai po mokymų baigimo neprivalo sudaryti ilgalaikės privalomos sutarties su konkrečia ligonine. Tik rezidentūros laikotarpiu rezidentas turi darbuotojo statusą (įprastai forminamą per universitetą arba ligoninę, kuriai jis / ji priskiriamas) ir turi terminuotą darbo sutartį, galiojančią visą mokymų laikotarpį.

Slovakija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, sveikatos priežiūros darbuotojų, profesinių organizacijų sveikatos priežiūros sektoriuje įstatymo 5 straipsnyje viešasis minimalus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tinklas apibrėžiamas kaip mažiausias galimas viešai prieinamų paslaugų teikėjų skaičius, išdėstytas šalies, savivaldaus regiono ar rajono teritorijoje. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų skaičius ir sudėtis turi būti tokie, kad būtų užtikrinta veiksminga prieiga prie nepertraukiamos, sistemingos ir profesionalios sveikatos priežiūros, atsižvelgiant į apdraustųjų asmenų skaičių, atitinkamos teritorijos gyventojų sergamumą ir mirtingumą, vidaus migraciją ir valstybės saugumą⁶⁶.

Be to, įstatymo 5b straipsnyje taip pat apibrėžiamas optimalus bendrosios ambulatorinės priežiūros teikėjų, pirminės specializuotos ginekologinės ambulatorinės priežiūros teikėjų ir specializuotos ambulatorinės priežiūros teikėjų tinklas kaip viešai prieinamų ambulatorinių įstaigų išdėstymas tam tikroje teritorijoje, o skaičius ir sudėtis turi būti pakankami, kad būtų užtikrinta veiksminga prieiga prie nenutrūkstamų, sistemingų ir profesionalių sveikatos priežiūros paslaugų, atsižvelgiant į atitinkamos teritorijos apdraustųjų skaičių ir amžiaus struktūrą, apdraustųjų sergamumą šalyje, apdraustųjų nacionalinę migraciją, sveikatos priežiūros paslaugų teikimui reikalingą laiką ir vietinį paslaugų teikėjų prieinamumą.

Optimalaus ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tinklo padėtį kartą per metus įvertina Sveikatos apsaugos priežiūros tarnyba. Vertinimo rezultatai pateikiami Sveikatos apsaugos ministerijai, savivaldiems regionams ir sveikatos draudikui. Pagal įstatymo 5d straipsnį, per 15 dienų po šio vertinimo paskelbimo, savivaldis regionas turi savo interneto svetainėje paskelbti informaciją apie regiono teritorijoje trūkstamas ambulatorines įstaigas, jų skaičių ir profesinę specializaciją. Nuo 2022 m. yra teikiama parama naujų bendrosios praktikos gydytojų ir pediatrų arba bendrosios

⁶⁶ Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov:

<https://www.slov-lex.sk/ezbierky/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/?ucinmost=09.10.2025>

ambulatorinės priežiūros klinikų steigimui, finansuojama iš Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo priemonės lėšų. Sveikatos apsaugos ministerija kasmet iki liepos 31 d. nustato ir paskelbia rajonų ir vietos savivaldybių, kurioms skiriama parama, sąrašą, įskaitant šiuos duomenis: paramos gavėjų skaičius konkrečioje administracinėje vietovėje, paramos dydis ir paskirstymo metodika⁶⁷.

Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas užtikrinamas įgyvendinant Ligoninių tinklo optimizavimą (slovak. *Optimalizácia siete nemocníc*). Atskiroms regionų zonoms priskiriamas nustatyto tipo ir lygio stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas. Tokiu būdu, atsižvelgiant į išteklių poreikį, geriau užtikrinamas sistemos veiksmingumas – tankiau apgyvendintose vietovėse planuojamas aukštesnio specializacijos lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikimas.

Ambulatorinės sveikatos priežiūros srityje (bendrosios praktikos gydytojai ir specialistai) optimaliai išdėstant šių paslaugų teikėjus, reguliuojamas ambulatorinių įstaigų skaičius pagal prieinamas darbo valandas atskiruose regionuose ir rajonuose, atsižvelgiant į specializacijos rūšį ir regioninius poreikius. Kai kurios specializacijos reguliuojamos rajono lygiu, pavyzdžiui, bendrosios praktikos gydytojai ar ginekologai, kadangi jie užtikrina pirminį pacientų konsultavimą. Mažesnio poreikio ar aukštos specializacijos medikų paskirstymas vykdomas regioniniu lygiu. Visas optimizavimo ir poreikių prognozavimo mechanizmas grindžiamas tokių statistinių duomenų analize kaip pacientų amžius ir jų skaičius bei geografinis pasiskirstymas ir kreipimusi į medikus dažnumas.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose papildomi privalumai ir skatinamosios priemonės įprastai teikiamos remiantis kolektyvinėmis sutartimis, tai yra šie dalykai nenumatomi darbo sutartyse. Paskatų forma priklauso nuo konkretaus paslaugų teikėjo ir gali apimti, pavyzdžiui, priedus prie atlyginimo, papildomą atlygį, papildomas atostogų dienas ar kitas finansines ir nefinansines naudos formas.

Ambulatorinės sveikatos priežiūros srityje skatinimo politika yra labiau centralizuota (arba siekiama ją centralizuoti per minėtas išmokas naujų ambulatorijų steigimui). Šiuo metu tokios paramos išmokos taikomos tik pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms, tai yra suaugusiųjų ir vaikų bendrosios praktikos gydytojams.

Kai kuriais atvejais iniciatyvą dėl skatinimo gali rodyti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reguliuotojas, pavyzdžiui, Žilinos regionas siūlo įvairias papildomas išmokas trūkstantų profesijų atstovams (ambulatorinėje ir stacionarinėje srityje), tokias kaip mentorystės priedas, subsidijos studijoms, įsidarbinimui ar absolventų darbo užmokesčiui.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Paminėtos finansinės paskatos ir parama pirmiausia nukreiptos į ambulatorines sveikatos priežiūros įstaigas, todėl praktiškai labiau taikomos gydytojams nei slaugytojams. Visgi, nėra aiškiai įvardijama, kad priemonės taikomos išskirtinai gydytojams. Yra siekiama užtikrinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą konkrečiame regione. Ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos steigėjas turi užtikrinti tinkamą gydytojų ir kito personalo komplektaciją.

Žilinos regione taikoma šiek tiek skirtinga strategija gydytojų ir slaugytojų pritraukimui ir išlaikymui. Gydytojų atveju, akcentuojamas profesinės kvalifikacijos kėlimas ir specializuoti mokymai, įskaitant sertifikavimo eigoje teikiamą finansinę ir mentorystės paramą.

Slaugytojams yra numatytos specialios subsidijų programos, skirtos specializuotoms darbo vietoms, adaptaciniam laikotarpiui ir išlaikymui profesinėje veikloje.

Stacionarinės sveikatos priežiūros srityje šiuo metu regionų lygmeniu nėra įgyvendintos vieningos motyvacinės politikos, sistemingai sutelktos į gydytojų ar slaugytojų išlaikymą

⁶⁷ Ministry of Health of the Slovak Republic:

<https://www.health.gov.sk/?prispevok-na-zriadenie-vseobecnej-ambulancie>

konkrečiuose regionuose. Tačiau atskiros sveikatos priežiūros įstaigos privalo laikytis teisės aktuose nustatytų normų ir standartų, todėl turi užtikrinti pakankamą personalą, kad atitiktų reikalavimus.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Slovakijos įstatymuose nėra įtvirtintos bendrosios pareigos gydytojams ar slaugytojams po studijų atidirbti nustatytą laikotarpį regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose. Visgi, tam tikrais atvejais, toks įpareigojimas gali būti taikomas gydytojams, baigusiems valstybės finansuojamą rezidentūros programą, kaip tai nustato Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir profesijų įstatymo⁶⁸ 39b straipsnio 13 dalis. Gydytojas, išlaikęs specializacijos egzaminą, turi pradėti dirbti regione, nurodytame paraiškoje dėl rezidentūros studijų. Suteikiamas 12 mėnesių laiko terminas įsidarbinimui sveikatos priežiūros įstaigoje pagal darbo sutartį. Jei pradedama individuali ambulatorinė praktika rezidentūros paraiškoje nurodytame regione, tai darbui turi būti pasirengta per 3 mėnesius. Įstatymas suteikia galimybę gydytojui pasirinkti privalomojo atidirbimo trukmę – 7 metus dirbant visą darbo dieną arba 10 metų, dirbant dalį dienos, tačiau abiem atvejais turi susidaryti 5 metai aktyvios gydytojo praktikos.

Pagal įstatymą, gydytojui po rezidentūros studijų neįvykdžius reikalavimo per nustatytą laiką pradėti dirbti nurodytame regione, skiriama 5 000 EUR bauda už kiekvienus rezidentūros metus (39b str. 21 d.). Pažeidus reikalavimą dėl darbo trukmės, skiriama 5 000 EUR bauda už kiekvienus trūkstantis darbo metus, pavyzdžiui, gydytojas, dirbęs tik 3 metus vietoje 5 metų, turi sumokėti 10 000 EUR (39b str. 22 d.).

Pažymėtina, kad gydytojai rezidentai gali prašyti Sveikatos apsaugos ministerijos pakeisti jų paraiškose nurodytus regionus. Įprastai į tokius prašymus ministerija atsižvelgia.

Gydytojai rezidentai savanoriškai ir iš anksto sutinka su paskirtos konkrečios darbo vietovės sąlygomis prieš pradėdami rezidentūros etapą. Taigi, tai yra asmens laisvanoriškas pasirinkimas.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

2025 m. kovo mėn. Biudžeto atsakomybės taryba paskelbė Gydytojų ir slaugytojų skaičiaus bei šių profesijų paklausos raidos prognozę⁶⁹. Numatoma, kad dėl tikėtinų gyventojų senėjimo apimčių bus žymiai didesnis poreikis didesniems sveikatos priežiūros sektoriaus personalo pajėgumams. Gydytojų kiekio problema bus ne tokia akivaizdi kaip manyta prieš dešimtmetį, kadangi 2013–2023 m. laikotarpiu į sveikatos sistemą įsitraukė žymiai daugiau medicinos absolventų.

Nacionalinio sveikatos informacijos centro duomenimis, 2023 m. Slovakijoje dirbo 20 753 gydytojai. Tai trimis tūkstančiais daugiau nei 2009 m., kai jų skaičius buvo pasiekęs minimumą (duomenys neapėmė odontologų).

Iš Slovakijos emigruojantys gydytojai dažniausiai renkasi Čekiją ir Vokietiją. Pastarosiose šalyse jau dirba trys su puse tūkstančio Slovakijoje atitinkamą išsilavinimą įgijusių gydytojų. Visgi, šiuo metu medikų emigracijos tempai laipsniškai lėtėja, ypač į Vokietiją. Tuo tarpu išvykusiųjų dirbti į Čekiją skaičius 2022–2023 m. išaugo, nepaisant tuo metu Slovakijoje priimtų sprendimų dėl ligoninėse dirbančių gydytojų darbo užmokesčio padidinimo. Paminėtinos tokios priežastys kaip prasta ligoninių įranga, vadovų nekompetencija, korupcijos apraiškos ir nepalankios sąlygos mokytis.

Sudarant patrauklesnes sąlygas slaugytojams, taikomos tokios priemonės kaip lankstesnis darbo grafikas, galimybė dalį administracinės veiklos atlikti nuotoliniu formatu, dalies administracinių užduočių delegavimas ne sveikatos priežiūros personalui, palankesnės sąlygos mokymuisi.

⁶⁸ Zákon č. 578/2004 Z. z.: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-578>

⁶⁹ Projekcia – Lekári, sestry a Slovensko 2040:

<https://www.rz.sk/lekari-sestry-a-slovensko-2040-projekcia-vyvoja-poctu-lekarov-sestier-a-dopytu-po-tychto-profesiach-zo-strany-starnucej-populacie/>

Slovėnija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Sveikatos priežiūros sektoriaus žmogiškųjų resursų poreikio vertinimą ir pakankamą specialistų kiekio užtikrinimą reglamentuoja Sveikatos priežiūros paslaugų įstatymas⁷⁰. Nustatyta, kad sveikatos apsaugos ministras sprendžia dėl sveikatos priežiūros pareigybių skaičiaus ir rūšies viešajame sektoriuje, taip pat skirtingų specializacijų rezidentūros vietų pasiūlos kiekvienais metais. Užimtumo stebėseną, atskirų specializacijų poreikio vertinimą ir atranką į rezidentūros vietas vykdo Slovėnijos medikų rūmai.

Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto duomenimis, 2021 m. pabaigoje sveikatos sistemoje iš viso dirbo 45 000 gydytojų, odontologų, farmacininkų, slaugytojų, akušerių ir sveikatos priežiūros technikų. Ketvirtadalis visų gydytojų dirba viešojo sektoriaus pirminiame sveikatos priežiūros lygyje. Iš jų 35 proc. dirba klinikose ir nacionaliniuose institutuose, o 21 proc. – ligoninėse. Iš viso 18 proc. gydytojų verčiasi bendrąja ir šeimos gydytojo praktika.

Sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų išsidėstymas skiriasi atskiruose šalies regionuose, priklausomai nuo vietos gyventojų poreikių ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų galimybių. Remiantis 2021 m. duomenimis, didžiausias skaičius gydytojų, odontologų ir slaugytojų 100 000 gyventojų buvo Centrinės Slovėnijos regione, o mažiausias santykis – Pajūrio-Vidinės Karniolės regione. Pamurio regione 100 000 gyventojų tenka didžiausias skaičius sveikatos priežiūros technikų, o Karsto regione yra didžiausia farmacininkų koncentracija. Pažymėtina, kad tokie regioniniai skirtumai stebimi ir dėl duomenų rinkimo ir monitoringo nenuoseklumo.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos Sveikatos statistikos apžvalga atskleidžia, kad Slovėnija išlieka tarp ES šalių, kuriose yra mažiausias gydytojų tankis: 1 000 gyventojų vidutiniškai tenka 3,3 gydytojai.

Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto duomenimis, 2005–2021 m. laikotarpiu slaugytojų skaičius nuo 15 320 išaugo iki 22 591. Bakalauro ir magistro diplomus įgijusių slaugytojų ir sveikatos švietėjų skaičius nuo 2 165 (2010 m.) išaugo iki 8 906 (2021 m.).

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Už pirminės sveikatos priežiūros organizavimą atsakomybė tenka vietos savivaldybėms. Pastarosioms taip pat priklauso bendruomenių sveikatos centrai ir vaistinės. Vietos savivaldybės dažnai suteikia gyvenamąją vietą, sudaro palankias darbo sąlygas ir suteikia įvairias finansines paskatas, kad pritrauktų sveikatos priežiūros specialistus, tokius kaip šeimos gydytojai, pediatrai ir slaugytojai. Visgi, vien tokiomis priemonėmis nepavyksta užtikrinti pakankamą medikų kiekį visose šalies vietovėse.

2025 m. gegužės 23 d. priimtu Sveikatos priežiūros sektoriaus profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymu⁷¹ siekiama palengvinti ir paspartinti užsienio sveikatos priežiūros specialistų įdarbinimą supaprastinant ir sutrumpinant užsienyje įgytų kvalifikacijų pripažinimo procedūras. Remiantis šiuo įstatymu, kvalifikacijos pripažinimo procese Sveikatos apsaugos ministerija gali paprašyti eksperto išvados. Jei tokia išvada nepateikiama per 15 dienų, kompetentinga institucija gali priimti sprendimą ir be eksperto išvados arba skirti kitą ekspertą. Be to, įstatymas numato mokymo programas, padedančias užsienio specialistams integruotis į Slovėnijos kultūrinę, ekonominę ir socialinę aplinką.

Pagal įstatymą, darbo vietą siūlančios sveikatos priežiūros įstaigos pasiūlymu, Sveikatos apsaugos ministerija gali suteikti kandidatui iki 6 mėnesių trukmės apmokymo laikotarpį būsimojoje darbo vietoje. Kandidatas šiuo laikotarpiu mokosi slovėnų kalbos, rengiasi profesiniam egzaminui, susipažįsta su organizacija ir kasdieninės veiklos organizavimu, įgyja praktinės patirties, reikalingos

⁷⁰ Zakon o zdravniški službi (ZZdrS): <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO1395>

⁷¹ Zakon o priznavanju poklicnih kvalifikacij v zdravstveni dejavnosti (ZPPKZD): <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO9116>

tolesniam savarankiškam darbui. Toks apmokymas nepakeičia privalomos praktikos, todėl ministerija gali pareikalausti dar papildomai atlikti praktiką. Pagal įstatymą, slovėnų kalbos mokėjimas turi būti įvertintas po kvalifikacijos pripažinimo procedūros, bet prieš laikant profesinį egzaminą ir prieš pradėdant savarankišką veiklą.

Jeigu kandidatas dėl nuo jo priklausančių priežasčių neišsidarbina pas būsimą darbdavį per 12 mėnesių nuo sprendimo, kuriuo pripažįstama jo kvalifikacija, jis privalo kompensuoti darbdaviui ekspertinių vertinimų, papildomų egzaminų ir profesinio tinkamumo testų išlaidas. Jei kandidatas dirba tik dalį adaptacijos laikotarpio ir pasitraukia iš veiklos, tai turi padengti proporcingą dalį susijusių išlaidų.

Už Sveikatos priežiūros sektoriaus profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatymo nuostatų laikymosi priežiūrą atsakinga Sveikatos apsaugos inspekcija ir Kultūros ir žiniasklaidos inspekcija (pastaroji – už slovėnų kalbos reikalus).

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į regionus strategijos nesiskiria gydytojų ir slaugytojų atvejais. Laikomasi vienodo požiūrio į abi profesines grupes.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Slovėnijoje nėra įstatymais nustatyto reikalavimo gydytojams ir slaugytojams po studijų tam tikrą laikotarpį privalomai atidirbti regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Jei gydytojas ar slaugytojas pasirašo darbo sutartį su sveikatos priežiūros įstaiga, tai bet kokie iš to kylantys išpareigojimai dėl darbo terminų yra savanoriškai priimti sutartiniais pagrindais. Taigi, profesinės autonomijos principas nepažeidžiamas.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

Statistikos duomenimis, emigraciją daugiausia renkasi slovėnų jaunuoliai, iš jų 33,6 proc. priima tokį sprendimą dar studijų metu, o 15,6 proc. – pabaigę studijas. Pažymėtina, kad 29,02 proc. slovėnų neplanuoja grįžti ir numato nuolat gyventi užsienyje. Slovėnijos medikų rūmai 2020 m. gavo 11 gydytojų, o 2021 m. – 16 gydytojų pranešimus apie įsidarbinimą užsienyje.

Suomija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimas nuo 2023 m. priklauso gerovės paslaugų apskritims (jų iš viso yra 21, o Helsinkio miestas ir Alandų salos išlaiko savarankiškumą šioje srityje). Šių apskričių kompetencija apima ir pakankamo sveikatos priežiūros personalo skaičiaus užtikrinimą.

Pažymėtina, kad pastaraisiais metais šalies sveikatos priežiūros ir socialinės gerovės sektoriuose personalo pakankamumas ir pasiūla smarkiai sumažėjo. Ypač sveikatos centrai, teikiantys pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas, susiduria su sunkumais siekdami įdarbinti pakankamai gydytojų. Remiantis Suomijos gydytojų asociacijos atlikta apklausa, 2021 m. spalio mėnesį sveikatos centruose buvo beveik 300 neužimtų gydytojų darbo vietų.

2024 m. buvo nacionaliniu lygmeniu padidintas studentų priėmimas į medicinos studijas, siekiant užtikrinti gydytojų pakankamumą ateityje.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Sveikatos priežiūros paslaugų organizatoriai gali taikyti bet kokios rūšies skatinamąsias priemones, tačiau apibendrinančios informacijos tuo klausimu nėra.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Suomijoje nėra įpareigojimo gydytojams ir slaugytojams po studijų atidirbti paskirtose regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Švedija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Apžvelgiant Švedijos sveikatos priežiūros sistemą, pažymėtina, kad yra trys valdžios lygmenys: nacionalinis, regioninis ir vietos savivaldos. Švedijos administracinė teritorija suskirstyta į 21 regioną ir yra 290 vietos savivaldybių⁷². Švedijos sveikatos priežiūros sistema pasižymi atsakomybės pasiskirstymu tarp valstybės, regionų ir vietos savivaldybių, formuojant sistemos teisinį pagrindą. Būtent regionų ir vietos savivaldos lygiu sprendžiama dėl sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir pagrindinės dalies finansavimo skyrimo⁷³. Tiek regionai, tiek vietos savivaldybės taiko proporcingus pajamų mokesčius savo gyventojams, kad finansuotų sveikatos priežiūros veiklą. Prioritetų nustatymą ir sprendimus dėl išteklių paskirstymo paslaugų teikėjams priima regioninės tarybos, sudarytos iš išrinktų politikų ir atsakingos už sveikatos priežiūrą⁷⁴.

Švedijos 21 regionas bendradarbiauja šešiuose didesniuose geografiniuose vienetuose (vadinamuosiuose bendradarbiaujančiuose sveikatos priežiūros regionuose), kuriuose jie veikia 2–7 regionų grupėmis, siekdami užtikrinti visapusišką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą savo gyventojams. Kiekvienas bendradarbiaujantis sveikatos priežiūros regionas turi bent vieną universitetinę ligoninę, aptarnaujančią visus atitinkamos grupės regionus (iš viso yra 7 universitetinės ligoninės). Šalyje 2023 m. veikė 59 papildomos regioninės skubios pagalbos ligoninės (angl. *emergency hospitals*) ir daug specializuotų klinikų, maždaug 1 100–1 200 pirminės sveikatos priežiūros centrų ir apie 4 430 odontologijos klinikų⁷⁵.

Pakankamo kompetentingų darbuotojų skaičiaus užtikrinimas ilgai buvo iššūkiu sveikatos priežiūros sektoriuje. Sudėtinga įdarbinti ir išlaikyti personalą, ypač retai apgyvendintose ir nutolusiose kaimo vietovėse. Pagrindinės nurodomos personalo trūkumo priežastys yra per mažas apmokytų specialistų skaičius, didelė konkurencija su kitais darbdaviais ir darbuotojų išėjimas į pensiją. Specialistų, turinčių reikiamą kvalifikaciją, pasiūla taip pat skiriasi priklausomai nuo šalies regiono ir sveikatos priežiūros srities⁷⁶.

Švedijoje regionai ir vietos savivaldybės sprendžia dėl sveikatos priežiūros paslaugų apimties ir organizavimo, įskaitant ligonines, pirminės sveikatos priežiūros centrus, slaugą namuose ir globą gyvenamosiose įstaigose. Regionų kompetencija apima materialinių ir žmogiškųjų išteklių (darbuotojų) planavimą⁷⁷.

⁷² Observatory on Health Systems and Policies – Sweden, p. 15:

<https://eurohealtheobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>

⁷³ Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR):

<https://skr.se/halsaochsjukvard/sastyrssjukvardenisverige.7651.html>

⁷⁴ Observatory on Health Systems and Policies – Sweden, p. xx-xxi.

⁷⁵ Observatory on Health Systems and Policies – Sweden, p. 24–25.

⁷⁶ The Government – Regeringens arbete med stärkt kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården:

<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/regeringens-prioriteringar/halso--och-sjukvard/regeringens-arbete-med-starkt-kompetensforsorjning-inom-halso--och-sjukvarden/>

⁷⁷ Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR):

<https://skr.se/halsaochsjukvard/sastyrssjukvardenisverige.7651.html>

Švedijos Nacionalinėje sveikatos ir gerovės taryboje (šved. *Socialstyrelsen*) 2020 m. buvo įsteigta Nacionalinė sveikatos priežiūros kompetencijos taryba (*Nationellt vårdkompetensråd*). Tarybos įgaliojimai apima veiksmingą sveikatos priežiūros sektoriaus kompetencijų planavimą:

- 1) atliekant bendrą kompetencijų poreikių vertinimą remiantis turimomis žiniomis ir pateikiant aktualių duomenų apžvalgas ir analizes;
- 2) padedant nacionalinio ir regioninio lygmens sprendimų priėmėjams klausimais, susijusiais su sveikatos priežiūros darbuotojų kompetencijų užtikrinimu;
- 3) skatinant bendradarbiavimą ir dialogą tarp svarbiausių suinteresuotų šalių bei remiant regionines sveikatos priežiūros tarybas⁷⁸.

Taip pat veikia nacionalinė mokesčių išlyginimo sistema (nacionalinis mechanizmas, skirtas perskirstyti mokestines pajamas tarp šalies savivaldybių ir regionų), kurios tikslas – užtikrinti visoms savivaldybėms ir regionams vienodas ekonomines sąlygas jų veiklai vykdyti. Dotacijos, skirtos išlaidų poreikių suvienodinimui, suteikia vietos valdžios institucijoms galimybę visoje šalyje teikti vienodo lygio paslaugas. Ši dotacija yra nacionalinės vyriausybės bendrojo finansavimo dalis, skirta sveikatos priežiūros veiklai regioniniu ir vietos savivaldybių lygmenimis⁷⁹.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Kaip jau buvo minėta, Nacionalinė sveikatos priežiūros kompetencijos taryba (*Nationellt vårdkompetensråd*) prisideda prie veiksmingo sveikatos priežiūros sektoriaus kompetencijų planavimo, pavyzdžiui, teikiant pagalbą nacionalinio ir regioninio lygmens sprendimų priėmėjams ir kitiems pagrindiniams veikėjams klausimais, susijusiais su sveikatos priežiūros ir medicinos darbuotojų kompetencijų pasiūlos užtikrinimu. Be to, regionai yra atsakingi už personalo valdymą savo teritorijose, o tai reiškia, kad jie turi teisę taikyti įvairias priemones, skirtas pritraukti ir išlaikyti sveikatos priežiūros specialistus.

Regioninės infrastruktūros poveikis medikų apsisprendimui dėl darbo vietos

Švedijos Nacionalinė sveikatos ir gerovės taryba (*Socialstyrelsen*) pateikia statistiką apie asmenis, turinčius licenciją arba kvalifikacijos pažymėjimą sveikatos priežiūros srityje. Šiuos duomenis galima analizuoti pagal įvairius parametrus, pavyzdžiui, regioninę lygmenį. Tačiau jie nėra grindžiami srautais ar pavienių asmenų migracijos elgsena – atspindima tik kiekvieno asmens situacija tuo metu, kai sudaromas registras⁸⁰. Be to, vykdoma stebėseną, susijusią su personalo situacija Švedijos sveikatos priežiūros sektoriuje.

ES projekto HEROES (sveikatos priežiūros darbuotojų poveikio, atsako ir streso padarinių tyrimas) rėmuose, Švedijos statistikos tarnyba (SCB), Nacionalinė sveikatos ir gerovės taryba (*Socialstyrelsen*) bei Švedijos aukštojo mokslo institucijų priežiūros tarnyba (*Universitetskanslerämbetet*) atliko neseniai baigusių studijas slaugytojų migracijos tendencijų tyrimą. Rezultatai atskleidė, kad didmiesčių regionai sulaukia studijas baigusių slaugytojų srautų, tuo tarpu iš kitų, mažėjančio gyventojų skaičiaus regionų, stebimas jų išvykimas. Tyrimas taip pat parodė, kad asmenys, studijuojantys savo gimtajame regione, dažniau lieka ir dirba ten pat, kai baigia studijas. Tuo tarpu tie, kas išvyksta į kitą regioną studijuoti, po baigimo dažnai vėl išvyksta. Todėl regionai, kurie priima daug slaugytojų specializacijos studentų iš kitų vietovių, patiria studijas baigusių slaugytojų nutekėjimą⁸¹.

⁷⁸ The National Council for Health Care – Om Nationella vårdkompetensrådet:

<https://www.nationellavardkompetensradet.se/om-radet/om-nationella-vardkompetensradet/>

⁷⁹ Observatory on Health Systems and Policies – Sweden, p. 62–71.

⁸⁰ Socialstyrelsen – Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal: https://sdb.socialstyrelsen.se/ef_per/val.aspx

⁸¹ Universitetskanslersämbetet – Flyttmönstren för sjuksköterskestudenter har betydelse för att förse regionerna med sjuksköterskor:

<https://www.uka.se/om-oss/nyheter/nyhetsartiklar/2024-05-31-flyttmonstren-for-sjukskoterskestudenter-har-betydelse-for-att-forse-regionerna-med-sjukskoterskor>

Švedijos aukštojo mokslo institucijų priežiūros tarnybos (*Universitetskanslerämbetet*) atliktas tyrimas rodo, kad migracijos tendencijos skiriasi tarp įvairių studijų programų absolventų. Profesinių programų, kurios siūlomos tik keliuose universitetuose, absolventai pasižymi didesniu mobilumu – pavyzdžiui, gydytojai ir odontologai. Be to, tyrimas atskleidė, kad 40 procentų medicinos studijų absolventų įsidarbino tame pačiame regione, kuriame studijavo⁸².

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Švedijoje nėra įstatymų ar įgyvendinamųjų teisės aktų, kurie įpareigotų gydytojus ir / ar slaugytojus, baigusius studijas, tam tikrą laiką privalomai dirbti regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose. Vis dėlto tiek „slaugytojo“, tiek „gydytojo“ profesiniai pavadinimai Švedijoje yra saugomi įstatymu ir norint juos naudoti, būtina turėti licenciją. Abiejų specializacijų studijų programos apima praktinį mokymąsi profesinėje aplinkoje kaip neatsiejamą mokymo programos dalį.

Slaugytojas gali kreiptis dėl licencijos gavimo baigęs atitinkamas studijas, kurių dalį sudaro klinikinis mokymas (praktika), o šiais metais Vyriausybė įpareigojo Nacionalinę sveikatos ir gerovės tarybą (*Socialstyrelsen*) padidinti šio mokymo savaitių skaičių⁸³.

Nuo 2021 m. rudens Švedijoje pradėta vykdyti nauja 6 metų trukmės medicinos studijų programa, kuri tiesiogiai suteikia teisę gauti licenciją. Tai reiškia, kad studentai medicinos licenciją įgyja baigę studijas. Tiems, kurie medicinos studijas pradėjo 2021 m. pavasarį ar anksčiau, vis dar taikomas ankstesnis modelis – 5,5 metų medicinos studijos ir privaloma internatūra (*allmänntjänstgöring*), kuri būtina norint gauti mediko licenciją⁸⁴.

Vengrija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Praktikuojančių gydytojų skaičius šalies regionuose labai įvairuoja. Vengrijos centrinės statistikos valdybos duomenimis, pavyzdžiui, sostinėje Budapešte 10 tūkstančių gyventojų 2024 m. pabaigoje teko 77,1 praktikuojantys gydytojai, Pešto (*Pest*) regione – 35,1 gydytojai, Centrinio Padunojaus (*Közép-Dunántúl*) regione – 30,3 gydytojų, o Šiaurės Vengrijos (*Észak-Magyarország*) regione – 28,5 gydytojai⁸⁵. Šalies vidurkis – 40,9 gydytojų 10 tūkstančių gyventojų. Gydytojų skaičius miestuose labai skiriasi lyginant su mažai gyventojų turinčiomis vietovėmis.

2024 m. pabaigoje 10 tūkstančių gyventojų teko 44,0 slaugytojai (angl. *nurses*).

Darbo jėgos trūkumas Vengrijoje iš dalies susijęs su emigracija į kitas Europos šalis. Nuo 2020 m. Vengrijos sveikatos priežiūros politika iš esmės pasikeitė, siekiant spręsti sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumo problemą ir pagerinti darbuotojų išlaikymo rodiklius, visgi, nepaisant to, gydytojų ir slaugytojų skaičius yra mažesnis už ES vidurkį.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

⁸² The Swedish Higher Education Authority, p. 48–51:

<https://www.uka.se/download/18.44865ea18c38c0aae968cbd/1702975618181/Rapport%20Etablering%20p%C3%A5%20arbetsmarknaden%20efter%20studier%20i%20h%C3%B6gskolan.pdf>

⁸³ The National Board of Health and Welfare – *Sjuksköterska utbildad i Sverige*:

<https://legitimation.socialstyrelsen.se/legitimation/utbildad-i-sverige/sjukskoterska-utbildad-i-sverige>

The Government – *Uppdrag till Socialstyrelsen att betala ut statsbidrag till regioner och kommuner för utökad verksamhetsförlagd utbildning*:

<https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2025/03/uppdag-till-socialstyrelsen-att-betala-ut-statsbidrag-till-regioner-och-kommuner-for-utokad-verksamhetsforlagd-utbildning/>

⁸⁴ The Swedish Medical Association – *Grundutbildning*: <https://slf.se/rad-och-stod/utbildning/grundutbildning/>

⁸⁵ 4.1.2.1. *Dolgozó orvosok vármegye és régió szerint* (Dirbančių gydytojų skaičius pagal apskritis ir regionus). *Központi Statisztikai Hivatal*: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0044.html

Vengrijos medicininės priežiūros paslaugų teikimo padėtis yra nevienareikšmė: nors bendras gydytojų skaičius nuo 2010 iki 2024 m. padidėjo maždaug 9 tūkst. ir pasiekė 43 tūkst., dėl mažo bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus ir gydytojų didelio vidutinio amžiaus kyla rimta problema. Reaguodama į tai, vyriausybė ėmėsi kelių politikos krypčių, skirtų padidinti gydytojų išlaikymo rodiklius, todėl pastaraisiais metais sumažėjo gydytojų, prašančių oficialaus pažymėjimo, kad jų profesinė kvalifikacija būtų pripažinta užsienyje, skaičius.

Gydytojų ir (ar) slaugytojų pritraukimo dirbti regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose pavyzdžiai:

- Sveikatos priežiūros specialistų atlyginimai buvo kelis kartus padidinti, o paskutinį kartą – pagal naująją 2020 m. viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įdarbinimo sutartį, pagal kurią gydytojams, odontologams ir vaistinininkams atlyginimai buvo palaipsniui didinami per trejų metų laikotarpį (nuo 2021 iki 2023 m.). 2022 m. pakeitimu buvo numatytos galimybės apdovanoti gydytojus už gerus darbo rezultatus, didinant atlyginimą iki 40 proc.

- Įstaigų medicinos studentams yra prieinamos studentų stipendijų galimybės. Pagal 2015 m. Vyriausybės dekretą, rezidentų paramos programa (stipendijos forma) remia rezidentų ir rezidentų specialistų karjeros pradžią, didindama jų profesinę savivertę ir palengvindama jų įsidarbinimą po mokymo.

- Slaugytojams ir tiems, kurie svarsto apie slaugos karjerą, buvo pradėta stipendijų programa „Aš būsiu slaugytojas“ (angl. *I'm Going to Be a Nurse*).

- Reguliavimo pakeitimai taip pat apima paskatas gydytojams ir slaugytojams, sulaukusiems pensinio amžiaus, grįžti į darbą: nuo 2026 m. pensinio amžiaus sulaukę sveikatos priežiūros darbuotojai galės dirbti gaudami pensiją.

- Sveikos Vengrijos 2021–2027 m. strategijoje⁸⁶ teigiama, kad „aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugos turėtų būti prieinamos ir mažuose miesteliuose“. Šis tikslas yra kaimo sveikatos priežiūros įstaigų plėtros pagrindas.

- Vengrijos nacionalinis sveikatos draudimo fondas skelbia kvietimą teikti paraiškas, skirtas paremti teisės į šeimos gydytojo praktiką įsigijimą. Dotacijos tikslas – teikti nekompensuojamą paramą šeimos gydytojams, neturintiems praktikos teisės, kad jie galėtų pradėti / atnaujinti savo karjerą – taip būtų sumažintas laisvų etatų skaičius ir užtikrinta nuolatinė šeimos gydytojų priežiūra gyventojams.

- Pagal 2018 m. Vyriausybės nutarimu patvirtintą „Vengrijos kaimų programą“ yra finansavimo galimybių tokioms iniciatyvoms kaip medicinos paslaugų įstaigų statyba, medicinos klinikų plėtra ir statyba bei medicinos klinikų įrangos modernizavimas. Paramos tikslas – teikti pagrindines sveikatos priežiūros paslaugas ir pagerinti sąlygas gyvenvietėse, kuriose gyvena 5 000 ar mažiau gyventojų. Tikimasi, kad dėl šios plėtros sumažės regioninė nelygybė teikiant pagrindines sveikatos priežiūros paslaugas.

- Kaimų ir mažų miestelių savivaldybės labai dažnai teikia specialias lengvatas gydytojams, pavyzdžiui, garantuoja būstą.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Politikos ir strategijos, skirtos pritraukti ir išlaikyti Vengrijos sveikatos priežiūros specialistus (ypač gydytojus ir slaugytojus) skirtinguose regionuose, skiriasi.

Pagrindinė to priežastis yra ta, kad gydytojų pagrindinis tikslas yra spręsti trūkumo problemą nepakankamai aptarnaujamose vietovėse ir padidinti šeimos gydytojų skaičių, taip užtikrinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą visuose regionuose. Priešingai, slaugytojams skirta politika yra skirta emigracijos mažinimui, kvalifikuoto personalo trūkumo palengvinimui ir slaugos profesijos patrauklumo didinimui.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

⁸⁶ „Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia:

<https://kormany.hu/dokumentumtar/egeszseges-magyarorszag-20212027-egeszsegugyi-agazati-strategia>

Remiantis Švietimo biuro⁸⁷ informacija, studentai, gaunantys valstybės stipendiją (t. y. valstybės finansuojamas medicinos studijas), įprastai privalo pasirašyti deklaraciją, kuria įsipareigoja po studijų baigimo dirbti Vengrijoje. Paprastai darbo šalyje trukmė turi atitikti stipendijos finansuojamų semestrų skaičių (trukmę), nors tikslios sąlygos yra nustatomos sutarties sąlygose. Visgi, šis įsipareigojimas nebūtinai reiškia darbą konkrečiame regione ar kaimo vietovėse.

Rezidentūros atveju už antrosios pakopos studijas atsakingi universitetai ir akredituotos mokymo įstaigos nustato vietas ir įsipareigojimus pagal profesinio mokymo teisinės sistemos (rezidentūros sistemos) taisykles.

Apibendrinant galima teigti, kad pats teisės aktuose (pavyzdžiui, Sveikatos priežiūros paslaugų įdarbinimo įstatyme) nenustatytas automatinis reikalavimas ar pareiga dirbti regiono ar kaimo vietovėje visiems neseniai baigusiems studijas absolventams.

Studijas baigusių gydytojų emigracijos statistika

Remiantis oficialiais duomenimis (iš Nacionalinės ligoninių generalinio direktorato – vengriška santrumpa OKFŐ), 2022 m. vadinamojo „oficialaus pažymėjimo“ darbui užsienyje paprašė 789 gydytojai, 2021 m. – 733, o 2020 m. – 702.

Tai rodo, kad bent jau tiek asmenų oficialiai pareiškė apie savo ketinimą dirbti užsienyje, tačiau tai nebūtinai reiškia, kad jie iš tikrųjų išvyko iš šalies arba visam laikui išsikraustė.

Vokietija

Gydytojų ir slaugytojų tolygus paskirstymas tarp gyvenamųjų vietovių

Vokietijoje tolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas tarp miestų ir kaimo vietovių išlieka nuolatiniu iššūkiu. Taikomos tokios strategijos kaip poreikiais grįstas planavimas, finansinės ir infrastruktūrinės paskatos imtis medicinos praktikos nutolusiose kaimo gyvenamosiose vietovėse, tiksliniai motyvaciniai projektai, pavyzdžiui, projektas „Išvyka į Fuldos regioną“, sudaręs sąlygas medicinos studentams atlikti dviejų savaitių trukmės praktiką kaimo gydytojų kabinetuose. Be to, taikomi inovatyvūs sprendimai, pavyzdžiui, mobiliosios pirminių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo grupės, telemedicinos ir skaitmeninis formatas, praktikuojančių gydytojų junginasis į integruotas struktūras.

Pritraukimo į regionus motyvacinės ir skatinamosios priemonės

Suteikiant finansinę paramą yra skatinamas praktikuojančių gydytojų darbo vietų kūrimasis nutolusiose kaimo gyvenamosiose vietovėse. Tai gali būti, pavyzdžiui, subsidijuojama patalpų kaina ar tiesioginis finansavimas, padedantis įsikurti naujoje darbo vietoje.

Pažymėtina, kad tyrimų duomenimis, kokybiškas darbo ir asmeninio gyvenimo balansas yra svarbesnis veiksnys daugeliui jaunųjų medikų nei finansinis skatinimas. Taikomi tokie organizaciniai sprendimai kaip užimtumas ne visą darbo dieną, administracinės naštos mažinimas, labiau patyrusių profesinėje veikloje kolegų individualizuota parama. Medicinos studentų ankstyvoji praktika kaimiškose vietovėse, ypač derinama su finansinėmis paskatomis ir mentorių teikiama parama, gali būti įvardijama kaip sėkminga motyvuojanti priemonė rinktis tolesnį profesinį kelią tose vietovėse.

Be to, svarbūs tokie dalykai kaip vaikų ugdymo įstaigų buvimas, geras viešojo transporto susisiekimas, poilsio ir pramogų sąlygos.

⁸⁷ Oktatási Hivatal: https://www.oktatas.hu/magyar-allami-osztondij/altalanos_tajekoztatok

Paminėtina, kad vis dar trūksta sisteminio įvairių paskatų poveikio vertinimo. Todėl gana sudėtinga išskirti sėkmingiausias priemones. Kai kurios iniciatyvos po bandomojo etapo yra nutraukiamos dėl ekonominių priežasčių.

Gydytojams ir slaugytojams taikomų pritraukimo strategijų skirtumai

Svarbiausias paskatų gydytojams tikslas yra išlyginti geografinio pasiskirstymo netolygumus, todėl dauguma tikslinių priemonių yra sutelktos į regioninių trūkumų sušvelninimą. Tuo tarpu slaugytojų atveju yra jaučiamas šių specialistų bendras stygius, todėl siekiama pagerinti bendrąsias darbo sąlygas visiems šios specializacijos darbuotojams, kad pati profesija taptų labiau patraukli.

Pareiga atidirbti pagal paskyrimą, suderinamumas su profesine autonomija

Vokietijoje nėra teisės aktais įtvirtintos gydytojų ar slaugytojų pareigos po studijų atidirbti konkrečiose regioninėse sveikatos priežiūros įstaigose. Specialistų trūkumo problemos sprendžiamos paskatomis ir motyvuojant savanoriškus pasirinkimus, o ne privalomumu.