

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS**  
**VERSLO IR VIEŠOSIOS VADYBOS KATEDRA**

**Dalia JUTIENĖ**

Viešojo valdymo studijų programos studentė

**PERSONALO PLANAVIMO TOBULINIMAS SVEIKATOS  
PRIEŽIŪROS INSTITUCIJOJE NAUJOJO VIEŠOJO  
VALDYMO KONTEKSTE**

Magistro baigiamasis darbas

Šiauliai, 2018

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS**  
**VERSLO IR VIEŠOSIOS VADYBOS KATEDRA**

**Dalia JUTIENĖ**

Viešojo valdymo studijų programos studentė

**PERSONALO PLANAVIMO TOBULINIMAS SVEIKATOS  
PRIEŽIŪROS INSTITUCIJOJE NAUJOJO VIEŠOJO  
VALDYMO KONTEKSTE**

Magistro baigiamasis darbas

Socialiniai mokslai, Viešasis administravimas (612N70006)

Darbo vadovė:

**Prof. dr. Laima Liukinevičienė**

Teigiu, kad magistro darbas, kurį teikiu Viešojo administravimo magistro kvalifikaciniam laipsniui įgyti, yra originalus autorinis darbas.

---

(Studento parašas)

Jutienė Dalia (2018). **PERSONALO PLANAVIMO TOBULINIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS INSTITUCIJOJE NAUJOJO VIEŠOJO VALDYMO KONTEKSTE.** Viešojo valdymo magistrantūros studijų programos baigiamasis darbas. Mokslinė vadovė – prof. dr. Laima Liukinevičienė. Šiaulių universitetas, Verslo ir viešosios vadybos katedra. Šiauliai, 2018.

## SANTRAUKA

Magistro baigiamajame darbe analizuojamas **personalo planavimo proceso tobulinimas sveikatos priežiūros institucijoje naujojo viešojo valdymo kontekste.**

Į siekį gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę aktyviau įsitraukia ir politikai, ir mokslininkai. Svarbus vaidmuo tenka sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimui. Dėl išorinių pokyčių, tokių kaip senstanti visuomenė, naujų ligų protrūkiai, ligų jaunėjimas, planuojant sveikatos priežiūros specialistų poreikį susiduriama su naujais iššūkiais. Naujasis viešasis valdymas siūlo taikyti kompleksinius problemų sprendimus, į personalo planavimą žvelgti plačiau, įvertinant ne tik darbuotojų, bet ir kompetencijų poreikį, matant sveikatos priežiūros specialistų planavimą sistemoje.

Magistro darbą sudaro trys dalys. Teorinėje dalyje analizuojami žmogiškųjų išteklių valdymas, žmogiškųjų išteklių planavimo principai ir strategijos, sveikatos darbuotojų planavimo teisinė aplinka, tarpinstitucinio bendradarbiavimo privalumai, užsienio šalių geroji patirtis. Parodyta, jog dėl senstančios visuomenės, jaunų gydytojų judumo (mobilumo), prastų darbo sąlygų jaučiamas kvalifikuotų sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumas, todėl apsirūpinimas specialistais tampa svarbia sveikatos sistemos problema. Magistro darbe pasirinkta teorinė nuostata, kad sveikatos priežiūros darbuotojų planavimo sistema turi būti siejama su naujojo viešojo valdymo principais. Remiantis šiais principais buvo sukonstruotas empirinio tyrimo instrumentas – interviu klausimynas.

Magistrinio darbo tyrimu buvo siekta išsiaiškinti, kaip planuojamas personalo poreikis atskiroje sveikatos priežiūros institucijoje, kokiomis priemonėmis siekiama išsaugoti turimą personalą, pakviesti reikiamų kompetencijų specialistus. Pusiau struktūrizuoto interviu su Šiaulių Moters ir vaiko klinikos darbuotojais medžiaga patvirtino pagrindinę daugelio panašių įstaigų pagrindinę problemą – gydytojų, pirmiausia, vaikų ligų profilio, trūkumą. Tyrimas parodė pagrindines personalo planavimo problemas: nėra ilgalaikės žmogiškųjų išteklių planavimo strategijos, trūksta tarpinstitucinio bendradarbiavimo, institucijos planuoja specialistus, ne reikalingas kompetencijas. Tyrimo informantai išvėlgė finansinio ir nefinansinio motyvavimo priemones, kurios turi įtakos darbuotojų išlaikymui ir pritraukimui dirbti į sveikatos priežiūros institucijas.

Magistro darbe pateiktos rekomendacijos Motinos ir vaiko klinikos vadovybei: kurti patrauklias darbo sąlygas, kurios galėtų konkuruoti su kitų gydymo įstaigų sąlygomis, atsižvelgiant ne tik į finansinį atlygį, bet ir darbuotojų kompetencijos kėlimo ypatumus. Patartina labiau vadovautis naujojo viešojo valdymo principais, siekiant pagerinti žmogiškųjų išteklių planavimą. Tobulinti informacijos apie trūkstamų specialybių sveikatos priežiūros darbuotojų sklaidos būdus, diegti darbuotojams priimtinius ir skatinančius jų efektyvumą metodus, kurie padėtų ne tik pasiekti aukštų darbo rezultatų, bet ir pagerintų teikiamų paslaugų kokybę.

**Reikšminiai žodžiai:** žmogiškieji ištekliai, personalo planavimas, naujasis viešasis valdymas, strateginis žmogiškųjų išteklių planavimas, žmogiškųjų išteklių pasiūla, paklausa, poreikis.

## SUMMARY

Jutienė Dalia (2018). **IMPROVEMENT OF PERSONNEL PLANNING IN HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF NEW PUBLIC MANAGEMENT.** Master's thesis in Public Management. Scientific supervisor - prof. dr. Laima Liukinevičienė. Šiauliai University, Department of Business and Public Management. Šiauliai, 2018.

## SUMMARY

The master's thesis analyses **the improvement of personnel planning in health care in the context of new public management.**

Politicians and scientists are becoming more involved in improving quality and access to health care services. Planning of human resources in health care plays an important role nowadays. Due to changes in external factors, such as an aging population, outbreaks of new diseases, patients getting younger, new challenges are faced when forecasting demand for healthcare professionals. The new public management suggests the use of complex problem solutions, looking at personnel planning more widely, taking into account not only the need of employees but also the competencies considering the planning of health care professionals in the system.

The master's thesis consists of three parts. The theoretical part analyses the human resources management, principles and strategies of human resource planning, the legal environment for planning healthcare workers, the advantages of inter-institutional cooperation, and the best practices of foreign countries. It is shown that due to the aging population, the mobility of young physicians and poor working conditions there is a shortage of qualified healthcare workers; therefore, the lack of specialists is becoming an important issue in the healthcare system. A theoretical proposition stating that the system of health worker planning must meet the principles of the new public management was chosen in the master's thesis. Based on these principles, an empirical research tool was created - an interview questionnaire.

The aim of the research was to find out how the demand for personnel is forecasted in different health care institutions, what tools are implemented in order to retain current employees and invite specialists with the required competencies. The results of a semi-structured interview with the employees of Mother and Child's clinic in Šiauliai confirmed that the main issue of many similar institutions is a shortage of doctors, especially children's diseases profile. The research emphasized the main problems of personnel planning as a process: there is no long-term strategy for human resources planning, there is a lack of inter-institutional cooperation; moreover, institutions are focusing on the number of specialists instead of their competences. The research informants

have identified financial and non-financial tools of motivation that have an impact on personnel retention and recruitment to healthcare institutions.

The master's thesis presents recommendations for the management of Mother and Child's clinic: to create attractive working conditions that could compete with the conditions of other medical institutions, taking into account not only financial rewards but also the opportunity to increase the competence of employees. In order to improve human resource planning, it is advisable to follow the principles of the new public management. It is also essential to improve the methods of information distribution regarding the lack of certain specialists in health care as well as introduce methods acceptable to employees and encouraging their work effectiveness, which would help not only achieve high work results but also improve the quality of provided services.

**Keywords:** human resources, personnel planning, new public management, strategic human resource planning, supply of human resources, demand, requirement.

## TURINYS

PAGRINDINIAI TERMINAI IR SĄVOKOS .....	9
PAGRINDINĖS SANTRUMPOS .....	11
LENTELIŲ SĄRAŠAS .....	12
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS .....	13
ĮVADAS .....	14
I. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ PLANAVIMO POLITIKOS IR PERSONALO PLANAVIMO ATSKIROJE INSTITUCIJOJE TEORINIAI ASPEKTAI NAUJOJO VIEŠOJO VALDYMO KONTEKSTE.....	21
1.1. Žmogiškųjų išteklių ir personalo samprata sveikatos priežiūros sistemoje .....	21
1.1.1. Žmogiškųjų išteklių samprata naujojo viešojo valdymo kontekste .....	24
1.1.2. Sveikatos priežiūros institucijos personalo samprata žmogiškųjų išteklių kontekste .....	25
1.2. Žmogiškųjų išteklių planavimas viešajame sektoriuje naujojo viešojo valdymo kontekste .....	26
1.2.2. Žmogiškųjų išteklių (personalo) planavimas sveikatos priežiūros sistemoje nacionaliniu lygiu .....	29
1.2.3. Personalo planavimas atskiroje sveikatos priežiūros institucijoje .....	33
1.3. Žmogiškųjų išteklių (personalo) planavimo sveikatos priežiūros sistemoje ypatumai ir problemos.....	38
1.3.1. Žmogiškųjų išteklių (personalo) planavimo teisinė aplinka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistemoje.....	42
1.3.2. Personalo planavimo Lietuvos sveikatos priežiūros institucijoje problemos .....	47
1.3.3. Personalo planavimas kitų valstybių sveikatos priežiūros sistemose.....	49
1.3.4. Tarpinstitucinė sąveika įgyvendinant žmogiškųjų išteklių (personalo), reikalingų sveikatos priežiūros institucijai, planavimą .....	52
II. PERSONALO PLANAVIMO SITUACIJOS IR TOBULINIMO GALIMYBIŲ VĮ RESPUBLIKINĖS ŠIAULIŲ LIGONINĖS „MOTERS IR VAIKO KLINIKOJE“ TYRIMO METODOLOGIJA .....	55
2.1. Tyrimo metodologijos pagrindimas .....	55
2.2. Kokybinis tyrimas .....	56
III. PERSONALO PLANAVIMO SITUACIJOS IR TOBULINIMO GALIMYBIŲ ŠIAULIŲ LIGONINĖS „MOTERS IR VAIKO KLINIKOJE“ TYRIMO REZULTATAI .....	60
3.1. Šiaulių ligoninės „Moters ir vaiko klinikos“ situacijos apsirūpinimo personalu situacijos analizė .....	60

3.2.Kokybinio tyrimo rezultatai .....	64
IŠVADOS .....	83
REKOMENDACIJOS .....	85
LITERATŪRA .....	86
PRIEDAI.....	98



## PAGRINDINIAI TERMINAI IR SĄVOKOS

**Gydytojas** – medicinos gydytojas, gydytojas rezidentas, šeimos gydytojas ar gydytojas specialistas (Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymas, 2004 m. balandžio 20 d. Nr. IX-2148).

**Medicinos studijos** – ne trumpesnės kaip 6 metų arba ne mažiau kaip 240 kreditų vientisosios universitetinės medicinos krypties studijos, kurias baigusiesiems išduodamas aukštojo mokslo diplomas, patvirtinantis suteiktą gydytojo kvalifikaciją, ir internatūros pažymėjimas, patvirtinantis suteiktą medicinos gydytojo profesinę kvalifikaciją (Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymas, 2004 m. balandžio 20 d. Nr. IX-2148).

**Personalo pasiūlos planavimas bei išdėstymas** – tai procesas, kuriuo siekiama užtikrinti adekvatų personalo skaičių visuomenės sveikatos poreikiams užtikrinti bei garantuoti tinkamą darbo jėgos paskirstymą tarp skirtingų profesinių kategorijų, teisingą ir nuoseklų darbo jėgos išdėstymą tarp geografinių regionų, įstaigų bei sveikatos apsaugos lygių (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011).

**Slaugytojas** – asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją. (Lietuvos medicinos norma MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas: teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“).

**Sveikatos priežiūros įstaigos personalas** – tai asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos personalo darbo trukmės).

**SPŽI netolygumai** – darbo jėgos trūkumas, įvertinus egzistuojantį darbo jėgos poreikį, t.y. reikiamą gydytojų skaičių, siekiant patenkinti visuomenės sveikatos poreikius (Lipnevič, A., 2013).

**SPŽI poreikio (paklausos) planavimas** – sisteminis žmoniškųjų išteklių poreikio ateityje įvertinimas (kiek darbuotojų su kokiomis kompetencijomis reikia) ir konkrečių veiksmų, programų, kaip tą poreikį patenkinti, rengimas (Starkienė, L.; Strička, M.; Padaiga, Ž.; Macijauskienė, J.; Riklikienė, O., 2011).

**SPŽI poreikis** – tai reikiamu metu atitinkamos profesijos ir/ar kvalifikacijos (specialybės) žmonių skaičius, kurio reikia teikti tam tikro profilio kvalifikuotoms, prieinamoms ir kokybiškoms paslaugoms atlikti (Starkienė, L. ir kiti, 2012).

**Sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai** (tekste – SPŽI) – kategorija individų, užsiimančių žmonių sveikatos apsauga, vystymu ir gerinimu. Tai apima tuos individus, kurie formaliai arba neformaliai teikia sveikatos paslaugas ir turi tam reikalingą profesinę kvalifikaciją (pvz., gydytojai, slaugytojai ir kt.) – sveikatos profesionalai. Tačiau neapima sveikatos priežiūros įstaigų techninio personalo bei individų, formuojančių sveikatos apsaugos politiką – politikų ar administratorių, kitų

profesinių grupių, reikšmingai prisidedančių prie konkrečios šalies sveikatos apsaugos politikos įgyvendinimo (Jankauskienė, Ž.; Liepuonienė, R., 2013).

## **PAGRINDINĖS SANTRUMPOS**

**HI SIC** – Higienos instituto sveikatos informacijos centras.

**IKT** – informacinės ir komunikacinės technologijos.

**LSMU** – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.

**NVV** – naujasis viešasis valdymas.

**PSO** – Pasaulio sveikatos organizacija (World Health Organisation (WHO) – *angl.*).

**SAM** – Sveikatos apsaugos ministerija.

**SPŽI** – sveikatos priežiūros žmonių išteklių.

**VASPVT** – Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba.

**VLK** – Valstybinė ligonių kasa.

**VVKT** – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba.

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1.1.1. lentelė. Žmogiškųjų išteklių koncepcijų įvairovė .....	21
1.1.2.1. lentelė. Pagrindinės šiuolaikinių viešojo administravimo modelių charakteristikos .....	25
1.2.1. lentelė. Naujojo viešojo valdymo principai .....	27
1.2.2.1. lentelė. Darbo jėgos poreikio padengimo šaltinių privalumai ir trūkumai .....	36
1.3.2.1. lentelė. Veiksniai ir pasekmės, atsirandančios dėl didelio slaugytojų darbo krūvio .....	46
2.2.1. lentelė. Teorinis interviu pagrindimas .....	57
2.2.2. lentelė. Bendra respondentų charakteristika .....	59
3.1.1. lentelė. Žmogiškųjų išteklių stiprinimas .....	60
3.2.1. lentelė. Apsirūpinimo specialistais Moters ir vaiko klinikoje vertinimas .....	65
3.2.2. lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų trūkumo priežastys .....	66
3.2.3. lentelė. Sveikatos priežiūros specialistų Moters ir vaiko klinikoje planavimas .....	69
3.2.4. lentelė. Personalo planavimo strategija Moters ir vaiko klinikoje .....	71
3.3.3. lentelė. 2015–2017 metų sveikatos priežiūros praktikantų skaičius Moters ir vaiko klinikoje .....	73
3.3.4. lentelė. Sveikatos priežiūros darbuotojų dirbti Moters ir vaiko klinikoje motyvuojantys veiksniai .....	74
3.3.5. lentelė. Moters ir vaiko klinikos darbuotojų skaičius, vykusių į seminarus, stažuotes, seminarus, kongresus, kvalifikacijos kėlimo kursus .....	75
3.3.6. lentelė. Gydytojai – rezidentai Moters ir vaiko klinikoje 2015–2017 metais .....	76
3.3.7. lentelė. Personalo pritraukimo, „išlaikymo“ strategijos Moters ir vaiko klinikoje .....	77

## **PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS**

1.2.1. paveikslas. Naujojo viešojo valdymo principai .....	28
1.3.1. Paveikslas. Sveikatos priežiūros sistemos problemų medis .....	39
2.1.1. Paveikslas. Empirinio tyrimo dizainas .....	56
3.1.1. Paveikslas. Darbuotojų kaita VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje .....	64
3.3.7. Paveikslas. Konkurencinė aplinka, veikianti sveikatos sektorių .....	79

## IVADAS

Lietuvoje aktuali sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių (toliau – SPŽI) planavimo tematika, ypač šiuo metu, kai sveikatos priežiūros darbuotojai stengiasi „sukilti“ prieš dabartinę tvarką sveikatos apsaugos sistemoje. Darbuotojai reikalauja padidinti visų sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų, įskaitant ir gydytojus rezidentus, atlyginimus 30 proc.; per artimiausius metus – 50 proc., o iki 2020 metų – iki vidutinio Europos Sąjungos šalių atlyginimo ir suteikti galimybę kelti kvalifikaciją tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse. Tačiau svarbiausi reikalavimai yra priimti valstybinio lygio teisės aktus, ribojančius maksimalų darbo krūvį sveikatos priežiūros įstaigose, nustatyti minimalią pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros ir gydytojų specialistų konsultacijos trukmę taip įteisinant ir užtikrinant minimalų gydytojo ir slaugos personalo skiriamą laiką pacientui.

Šiuo metu Lietuva yra 25 vietoje pagal Europos sveikatos vartotojų indeksą (vertinime dalyvavo 35 valstybės). Pasak Gurevičiaus (2017), siekiant pakilti nors keliomis vietomis aukščiau, sveikatos apsaugos sistemoje turėtų pasikeisti keletas esminių dalykų: pacientas turi patekti pas šeimos gydytoją tą pačią dieną; turi turėti galimybę patekti pas specialistą tiesiogiai – be šeimos gydytojo siuntimo; kompiuterinės tomografijos tyrimo turi būti laukiama iki 7 dienų ir kt. Šių pokyčių įgyvendinimui būtinas kitoks personalo ir jų kompetencijų planavimas. 2016 m. gydytojų skaičius ES mastu Lietuvoje vis dar buvo santykinai aukštas, tačiau šeimos gydytojų skaičius Lietuvoje yra vienas mažiausių (Gurevičius, 2016). Slaugytojų skaičius tenkantis 10.000 gyventojų, kitaip nei gydytojų skaičius, Lietuvoje nuo 2004 m. neaugo. Kadangi pirminė sveikatos priežiūra laikoma svarbiausia sveikatos sistemos grandimi, jos pamatu (Alma Atos deklaracija, 1978), šeimos gydytojų, slaugos personalo trūkumas nurodomas kaip priežastis, dėl kurios yra nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Remiantis 2016 metų tyrimo duomenimis (Visuomenės sveikatos netolygumai, 2017), geresnis prieinamumas buvo stebimas seniūnijose aplink didžiuosius miestus, kai Biržų r., Zarasų r., Pakruojo r., Molėtų r., Kelmės r. sav. seniūnijose jis buvo prasčiausias.

**Darbo aktualumas.** Pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje išaugo šeimos ir vidaus ligų gydytojų, kardiologų, neurologų, psichiatrų (Sinušienė, 2016). Šalis dėl ilgą laiką nesprendžiamo medikų darbo užmokesčio klausimo susidūrė su emigracijos problemomis – dalis gydytojų ir slaugytojų emigruoja iš Lietuvos į Skandinavijos ir kitas Europos valstybes.

Anot Adomaitienės (2015), statistikos apie specialistų migracijos srautus Sveikatos apsaugos ministerija neturi. Ypač mažai žinoma apie išvykstantį slaugos personalą, kuris dažnai per agentūras ar skelbimus važiuoja slaugyti ligonių, nes tokiam darbui licencijų ir pažymų nereikia. Vis dėlto aišku, kad darbuotojų skaičius kasmet mažėja, todėl ir darbdaviai susiduria su

problema, dėl kurios ateityje gali nelikti tinkamų darbuotojų. Pvz., Baisogalos (Radviliškio rajonas) pirminės sveikatos priežiūros centras (PSPC), Radviliškio ligoninė ieško šeimos gydytojų, tačiau visus metus neatsiranda norinčių dirbti (Sveikatybė, 2017). Ši problema nėra būdinga tik vienam rajonui – sveikatos priežiūros specialistų trūksta visoje Lietuvoje.

2016 m. sveikatos specialistų skaičius Lietuvoje šiek tiek didėjo, išskyrus slaugytojus ir farmacininkus, tačiau dėl sparčiai mažėjančio gyventojų skaičiaus visi rodikliai 10 tūkst. gyventojų didėjo arba nesikeitė (Lietuvos sveikatos statistika, 2017). 2016 m. pabaigoje Lietuvos sveikatos sistemoje iš viso dirbo 13 681 gydytojas (48/10 000 gyventojų). Praktikuojantys, t. y. dirbantys su pacientais, gydytojai, įskaitant rezidentus, sudarė 93,6 proc. visų gydytojų. Per 2005–2016 m. laikotarpį įvairių specialybių gydytojų skaičius kito nevienodai. Šeimos gydytojų skaičius padidėjo 21,3 proc., ortopedų traumatologų – 26,2 proc., anesteziologų – 26,6 proc. Didėjo gydytojų rezidentų (27,5 proc.) skaičius. Labiausiai sumažėjo epidemiologijos ir higienos (42,7 proc.), vaikų gydytojų (23,4 proc.), vaikų chirurgų – 21,3 proc., akušerijos ginekologijos (16,7 proc.), vidaus ligų gydytojų (10 proc.). Vaikų ir vidaus ligų gydytojų sumažėjimą lėmė ir jų persikvalifikavimas į šeimos gydytojus (Lietuvos sveikatos statistika, 2017). 2016 m. Lietuvoje buvo 22 187 slaugytojai arba 77,9/10 000 gyventojų. Vienam gydytojui teko 1,62 slaugytojo. Lietuvoje slaugytojų skaičius buvo 2 kartus mažesnis negu daugiausia slaugytojų turinčiose ES šalyse (Lietuvos sveikatos statistika, 2017). Ši situacija verčia suabejoti tinkamu sveikatos priežiūros specialistų poreikiu Lietuvoje planavimu.

Daugelio mokslininkų nuomone (Brukh P. N., Johansen M. R. ir kt., 2004; Armstrong M. A., 2006; Čiarnienė R., Sakalas A., Vienažindienė, 2006; Raipa A., Staponkienė J., 2007; Beattie R. S., Osborne S. P., 2008; Papšienė P., Černiauskiene A., 2009; Jagminas, 2009; Lobanova L., 2009; Papšienė P., 2010; Chlivickas ir Melnikas, 2010; Chlivickas, 2011; Raipa A. ir kt., 2012; Liukinevičienė L., 2013;), žmogiškieji ištekliai yra svarbiausias organizacijos turtas ir konkurencinio pranašumo šaltinis. Lietuvos moksle publikuojama darbų, kuriuose bandoma parodyti pagrindinius žmogiškųjų išteklių ir personalo skirtumus ir bendrumus (Lobanova L., 2009). Žmogiškieji ištekliai siejami su strateginiu valstybės, sistemos ir organizacijos valdymu, personalo planavimas priskiriamas prie atskiros institucijos vadybos procesų. Ne išimtis ir sveikatos priežiūros sistema: žmogiškųjų išteklių vadybos sveikatos priežiūros sistemoje tematika plėtojama užsienio šalių moksle (pvz., Zurn P., Poz M. R. D, ir kt., 2003), palaipsniui aktualizuojama ir Lietuvos mokslininkų darbuose (Stankūnas M., Lovkytė, L., Padaiga Z., 2004; Jankauskienė D., 2007; Mačiulaitis R., 2012 ir kt.).

Tad galime teigti, kad mokslinės temos analizės poreikį galima pagrįsti bent dviem argumentais: iš praktinės pusės (problemų sprendimams būtina pasitelkti ir mokslą) bei mokslo

vystymo pusės (naujasis viešasis valdymas personalo valdymą mato plačiau). Paaštrėjus globalių (socialinių, ekonominių) ir nacionalinių (neadekvatus sveikatos priežiūros darbuotojų darbo užmokestis atliekamo darbo sudėtingumui ir atsakomybei Lietuvoje, regioninės politikos įgyvendinimo problemos ir kt.) veiksnių įtakai svarbu yra tirti moksle žinomas problemų sprendimo patirtis ir analizuoti gerųjų patirčių taikymo galimybes tobulinant personalo valdymo procesus atskiroje organizacijoje. Ypač svarbu yra analizuoti sveikatos priežiūros darbuotojų planavimo politiką Lietuvoje ir atskiroje sveikatos priežiūros institucijoje, jos įgyvendinimo eigą, pasiekimus ir trūkumus. Itin aktualu išsiaiškinti problemas, trukdančias įgyvendinti sėkmingą personalo planavimą atskiroje institucijoje, įvertinus žinomus mokslininkų pasiūlytus šio proceso organizavimo modelius.

Šiuo metu Lietuvoje žmogiškųjų išteklių ir personalo planavimas prasideda nuo sveikatos priežiūros įstaigų vadovų. Jie, vadovaudamiesi Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų apmokėjimo už studentų ir gydytojų rezidentų studijas tvarkos aprašu, privalo parengti sveikatos priežiūros paslaugų ir jas teikiančių specialistų poreikio prognozes, jas suderinti su steigėju bei teritorine ligonių kasa ir pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai (toliau – SAM). SAM asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams siūlo priemones šiam poreikiui patenkinti. Siūloma pritraukti jaunus gydytojus pasinaudojant teisės aktų numatyta galimybe šiems specialistams suteikti įvairius lengvatinius svertus (studijų apmokėjimą, būsto suteikimo bei kitas socialines garantijas). Ministerija taip pat analizuoja išorinius veiksnius, dėl kurių gali išaugti / sumažėti vieno ar kitų specialistų poreikis, teikia siūlymus Švietimo ir mokslo ministerijai, kuri paprastai planuoja lėšas sveikatos priežiūros specialistų rengimui valstybės finansuojamose vietose. Tačiau Švietimo ir mokslo ministerijos įtaka ribota: gavęs valstybės finansavimą studentas nebūtinai pasirinks tą specializaciją, kurios Lietuvai labiau reikia; pvz., neauga skaičius studentų, pasirenkančių vaikų gydytojo specializaciją.

Darbuotojų skaičius, jų įgūdžiai ir kompetencija yra vienas svarbiausių veiksnių, galinčių nulemti efektyvų organizacijos darbą ir pacientų pasitenkinimą. Pasak I. Bakanauskienės (2008), siekiant užtikrinti, kad organizacija reikiamu laiku turėtų reikiamą kiekį, reikiamos kvalifikacijos darbuotojų, kurie padėtų organizacijai siekti ilgalaikės sėkmės, prisidėtų prie jos konkurencingumo didinimo ir išlikimo besikeičiančios aplinkos sąlygomis, yra svarbu nuolat gerinti organizacijos aprūpinimo darbuotojais veiklas, vadovautis naujausiais personalo planavimo, verbavimo, atrankos ir adaptavimo modeliais. Taip pat būtina įvertinti šalies migracijos mastus, demografinę situaciją, personalo vidinį ir išorinį judumą, studijuojančių studentų ir besiruošiančių nebedirbti skaičių.



Organizacijos apsirūpinimo darbuotojais sėkmė labai priklauso nuo išsamios analizės kiek, kokių ir koku laiku reikia darbuotojų. Mokslininkų (Starkienė, Padaiga, Jagminas, Baranauskienė, 2014) teigimu, tai užtikrina personalo planavimas – organizacijoje iš anksto apsprendžiama, kiek reikės darbuotojų artimesnėje ar tolimesnėje ateityje ir priimami, kur (išorėje ar viduje) galima rasti reikalingų darbuotojų. Šios veiklos tikslas – įvertinti su kokiomis sveikatos priežiūros specialistus rengiančiomis mokslo institucijomis bendradarbiauti, kad organizacija turėtų reikiamą skaičių darbuotojų su reikiamomis kvalifikacijomis reikiamu laiku. Pagal SAM pateiktą informaciją (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011) aiškiai matoma, jog tokiose srityse kaip urologija, akušerija ginekologija, otorinolaringologija, radiologija specialistų trūkumas numatomas tiek netolimoje ateityje – 2020 metais, tiek ir vėliau, 2025 metais.

**Darbo problema.** Sveikatos apsaugos sektorius yra priklausomas nuo kvalifikuotos darbo jėgos, nes sveikatos paslaugos yra pagrįstos žmogiškaisiais ištekliais. Šiuo metu sveikatos priežiūros sistemoje personalo poreikis yra planuojamas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio planavimo metodiką (2007). Ši turėtų būti tobulinama, nes Kaminskienės (2015) teigimu, jau dabar yra jaučiamas tam tikrų medicinos profesijų darbuotojų trūkumas, tiek universitetinio lygio, tiek regioninėse ligoninėse.

Personalas planavimas naujojo viešojo valdymo kontekste atveria naujas galimybes medicinos priežiūros įstaigose. Naujajam viešajam valdymui itin svarbūs kokybiniai veiksmingumo, socialinio teisingumo, lygybės ir etikos aspektai. Dėmesys skiriamas ir procesui, ir gautiems rezultatams – t. y., kad būtų laiku teikiamos efektyvios medicinos paslaugos, būtinas pakankamas darbuotojų skaičius. Naujojo viešojo valdymo ir ypač jo socialinės atsakomybės tikslų supratimas yra būtinas norint daryti pertvarką ir keisti medicinos įstaigų administracijos bei darbuotojų pažiūras, dažnai dar užsilikusias nuo sovietinių laikų. Pasak Guogio (2014), reikia siekti keisti viešojo sektoriaus įsisenėjusias nuostatas, kurios trukdo siekti socialinės atsakomybės, tausoti darbuotojus ir aplinką. Guogio (2014) teigimu, naujojo viešojo valdymo modelis gali būti sėkmingai įtvirtinamas tik labiau išsivysčiusiose organizacijose. Būtina skatinti naujojo viešojo valdymo principų įgyvendinimą Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, nes jis turėtų įnešti skaidrumo ir pilietiškumo. Remiantis tyrimo duomenimis (Tyrimas: sveikatos sistemoje kyšiai duodami, o ne reikalaujami, 2017), dauguma gydymo įstaigų savo veiklose trūksta.

Nuo sveikatos apsaugos sistemos reformos pradžios 1991 m. sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių srityje Lietuvoje reikšmingų pokyčių nebuvo atlikta. Pirmoji darbo grupė, kuri turėjo nustatyti gydytojų poreikį, sudaryta 1994 metais (Stankūnas, 2004). Nuo 2000 m.

Lietuvoje vykdytas ne vienas tyrimas, kuriuose vertinta sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiūla ir poreikis bei juos lemiantys veiksniai. Atsižvelgiant į šių tyrimų rezultatus, nuo 2002 m. buvo padidintas studentų priėmimas (nuo 355 iki 559 per metus visos šalies mastu į medicinos studijas (Stankūnas ir kt., 2002; Starkienė, 2012). Bene didžiausias medicinos personalo planavimo tyrimas buvo atliktas 2011 m. „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“. Jame pateikiama ne tik išsami sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių situacijos analizė, bet ir moksliskai pagrįstos ateities prognozės. Šis tyrimas yra itin glaudaus ir sėkmingo tarpinstitucinio ir tarpsektorinio bendradarbiavimo pavyzdys – duomenys buvo gauti ne tik iš Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų (Valstybinės ligonių kasos Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos, švietimo įstaigų, Higienos instituto sveikatos informacijos centro), tačiau ir iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Šiuose tyrimuose rodikliai vertinti visos šalies mastu. Vertinant personalo planavimą Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje, tikėtina, kad būtų gauti panašūs duomenys – skiriama per mažai dėmesio personalo planavimui, gyvenama šia diena.

Pasak Starkienės (2012), iki šiol nėra efektyvaus modelio, kuriame būtų apibrėžtas ir moksliniais tyrimais pagrįstas ilgalaikis medicinos darbuotojų poreikis, geografinis bei specialybių skirstinys. Todėl rašydama šį magistrinį darbą sieksiu prisidėti prie šio modelio tobulinimo. Sudėtinga vertinti, kiek sveikatos priežiūros srities specialistų kartų kaita atitiks bendrąsias darbuotojų senėjimo tendencijas šalyje. Tai priklauso nuo įvairių veiksnių poveikio dabar bei ateityje. Aukštas emigracijos lygis ir medicinos personalo senėjimas didina sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumą. Pocius (2013) teigimu, išlikus dideliame medicinos profesijų populiarumui bei sulėtėjus darbuotojų emigracijai, sveikatos priežiūros specialistų darbo rinkoje pavyktų išlaikyti daugiau jaunų žmonių bei optimizuoti kartų kaitą. Esama migracijos situacija gerokai padidina jaunų sveikatos apsaugos specialistų karjeros galimybes šalies vidaus rinkoje ir sumažina jų konkurencingumą.

Taigi tyrimo problemą galima formuluoti šiais probleminiais klausimais:

*1. Kokie yra pagrindiniai veiksniai, formuojantys personalo poreikį sveikatos priežiūros sistemoje?*

*2. Kaip naujojo viešojo valdymo iniciatyvos keičia personalo planavimo procesą valstybės lygiu ir atskiroje sveikatos priežiūros institucijoje?*

*3. Kaip įgyvendinamas personalo planavimas VI Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje (toliau – Šiaulių Moters ir vaiko klinika)?*

*4. Kokios galimos personalo planavimo tobulinimo galimybės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje naujojo viešojo valdymo kontekste?*

**Darbo objektas:** personalo planavimo gerinimas sveikatos priežiūros įstaigoje naujojo viešojo valdymo kontekste.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti personalo planavimą Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje ir atskleisti proceso tobulinimo galimybes.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti mokslinę literatūrą ir teisinę bazę apie personalo planavimo politiką ir jos taikymą viešajame sektoriuje nacionaliniu bei atskiros institucijos lygmenimis tiek užsienio šalyse, tiek Lietuvoje.

2. Išnagrinėti Lietuvos Respublikos teisės aktus, Vyriausybės programas, Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikos strateginius dokumentus ir ataskaitas, kurie lėmė naujojo viešojo valdymo taikymą personalo planavimo koncepcijoje valstybės ir atskiros institucijos lygiu.

3. Atlikti teisės aktų, statistinių šaltinių, tiriamos institucijos vidinių dokumentų, kritinę analizę, kuriais reglamentuojama personalo planavimo politika ir jos įgyvendinimo galimybės Moters ir vaiko klinikoje.

4. Atlikti kokybinį tyrimą, siekiant išsiaiškinti Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikos situaciją apsirūpinant personalu bei galimybes personalo planavimo procesui tobulinti.

**Tyrimo metodologinis pagrindas.** Siekiant ištirti sveikatos priežiūros personalo politikos įgyvendinimo problemas Lietuvoje, buvo analizuota mokslinė literatūra, Valstybės dokumentai ir kiti šaltiniai, atliktas kokybinis tyrimas Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje. Darbe taikytas mokslinės literatūros, dokumentų analizės bei interviu metodai, kuriais siekiama atskleisti skirtingus požiūrius į teorinę sveikatos priežiūros personalo planavimo sampratą bei teisinės aplinkos sąlygas pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Atlikta mokslinių straipsnių bei monografijų, teisės aktų, strateginių planų, internetinių duomenų bazių šaltinių apžvalga. Sistemimas bei lyginamoji analizė padėjo susipažinti su kitose pasaulio šalyse naudojamomis praktinėmis personalo planavimo politikos įgyvendinimo priemonėmis ir palyginti jas su priemonėmis naudojamomis Lietuvoje. Taip pat buvo taikomas struktūrizuoto interviu, duomenų sisteminimo, analizės ir apibendrinimo metodai.

**Tyrimo rezultatų mokslinis naujumas.** Personalo planavimo sistemos nuolatos kinta. Dauguma personalo planavimo sistemų yra mokslininkų analizuotos, aprašytos ir pateiktos moksliniuose darbuose. Tyrimo naujumas sietinas ir su būtinybe apžvelgti sveikatos priežiūros darbuotojų poreikio dinamiką per kartų kaitos prizmę, emigraciją, vaikų auginimo atostogas, stažuotes, nes kyla medicinos personalo trūkumo grėsmė. SPŽI poreikio prognozavimo galimybės yra neišnaudotos, todėl egzistuoja pakankamai didelė terpė jų plėtojimui

**Tyrimo rezultatų praktinis reikšmingumas.** Atliktas tyrimas padės identifikuoti problemas, apsunkinančias personalo verbavimo, atrankos, adaptavimo vykdymą

organizacijose. Darbe sukaupia informacija suteiks galimybę susipažinti su personalo planavimo teorija ir praktika medicinos priežiūros įstaigoje. Išanalizavus literatūros šaltinius bei atlikus tyrimą bus galima pateikti personalo planavimo parinkimo modelius. Tyrimas parodo efektyvaus personalo planavimo naudingumą VĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikai.

**Magistro darbo struktūra.** Magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių ir anglų kalbomis, įvadas, pirma dalis, kurioje problema nagrinėjama teoriniu aspektu, metodologija, bei antra tiriamoji dalis, kurioje yra apibendrinami tyrimo duomenys, išvados, rekomendacijos, naudotos mokslinės literatūros, teisės aktų ir kitų šaltinių sąrašas, priedai. Magistro darbe pateikta 17 lentelių, 5 paveikslai, 3 priedai. Darbo apimtis – 97 (104) lapai.

# SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ PLANAVIMO POLITIKOS IR PERSONALO PLANAVIMO ATSKIROJE INSTITUCIJOJE TEORINIAI ASPEKTAI NAUJOJO VIEŠOJO VALDYMO KONTEKSTE

## 1.1. Žmogiškųjų išteklių ir personalo samprata sveikatos priežiūros sistemoje

Jau ne vienerius metus pagrindiniai sveikatos sistemai tenkantys iššūkiai yra išlaidų stabilizavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir efektyvumo užtikrinimas (Starkienė, 2012). Nuo to, ar šalyje yra pakankamas sveikatos priežiūros darbuotojų skaičius ir ar užtikrinamas reikiamo jų skaičiaus rengimas, didžiąja dalimi priklauso sveikatos sistemos funkcionavimas esamu momentu ir ateityje.

Būtina teisingai apibrėžti sveikatos priežiūros *žmogiškuosius išteklius* (SPŽI), nes mokslinėje literatūroje SPŽI pripažinti svarbiausia sveikatos apsaugos sistemų sudedamąja dalimi – strateginiu kapitalu. Pasaulio sveikatos organizacija suformulavo šį plačiai vartojamą SŽPI apibrėžimą: „SPŽI – tai žmonių ištekliai, atliekantys veiklą, kurios pagrindinis tikslas yra skatinti, gerinti ir saugoti visuomenės ir atskirų jos individų sveikatą“ (World Health Organisation, The World Health Report, 2006).

Sveikatos priežiūros *žmogiškieji ištekliai* tampa konkurencijos tarp valstybių objektu. Šios konkurencijos priežastys yra SPŽI pasiskirstymo netolygumai, žinių, kaip valstybių konkurencingumo pagrindo, vaikymasis. Akcentuojama gydytojų emigracijos grėsmė, o mobilumas tarp valstybių apibūdinamas kaip „gydytojų importas“ (Jennings, 2010), „protų nutekėjimas“ (Labanauskas, 2006; Rinkevičius ir Kazlauskienė, 2006).

Mokslinėje literatūroje apie žmogiškąjį kapitalą kalbama jau seniai, įvairiuose šaltiniuose galima aptikti įvairių *žmonių išteklių* koncepcijų. 1.1.1. lentelėje pateikta keletas jų:

1.1.1. lentelė

**Žmogiškųjų išteklių koncepcijų įvairovė**

Autorius	Apibrėžimas
Kabene S. M, Orchard C, Howard J. M, Soriano M. A, Leduc R. (2006)	Skirtingų profesijų klinikinis arba neklinikinis personalas, atsakingas už intervencijas į visuomenės ar individo sveikatą.
World Health Organization, The World Health Report - working together for health. (2006)	Visi asmenys, dalyvaujantys veikloje, kurios pagrindinis tikslas – pagerinti piliečių sveikatą.
Bagdanavičius Juozas (2002). Žmogiškasis kapitalas.	Žmogiškasis kapitalas yra vertingiausias šiuolaikinės visuomenės resursas, net svarbesnis už gamtos turtus arba žmonių sukauptą materialinį turtą.

Rupeikienė, L.; Viningienė, D.; Šaltytė, L.; Martinkienė, J. (2010). Žmogiškųjų išteklių formavimo, pritaikymo galimybės versle.	Tai įmonės turimi ištekliai, kurie turi būti vertinami ir efektyviai valdomi kartu su kitais ištekliais.
Brewster, Ch., Mayrhofer, W., Morley, M. (2004). Human Resource Management in Europe: Evidence of Convergence.	Žmogiškieji ištekliai gali būti naudojami kaip bendras terminas, apimantis kompetencijas, vertybes, požiūrį, galimybes, informaciją, žinias ir organizacinį procesą, kuris naudojamas sukuriant gerovę.
Strazdienė, D., Adamonienė, R., Vilkevičiūtė, J., Duobaitė, M. ir Lopetaitė, S. (2011). Personalo valdymo skyriaus veikla.	Personalas – tai visi, kurie dirba organizacijoje: darbininkai, vadovai, įvairūs specialistai, taip pat ir aptarnaujantis personalas ir kt., taip pat autoriai teigia, kad tai žmogiškieji ištekliai, darbo jėga, kadrai. Tai tam tikras pareigybes užimančių dirbančių asmenų visuma
Papšienė, P.; Černiauskienė, A. (2009). Žmogiškųjų išteklių vadyba. Raidos tendencijos.	Žmogiškieji ištekliai yra laikomi ypatingais ištekliais, kurie turi prisidėti prie organizacijos problemų sprendimo kaip efektyvus ir veiksmingas kolektyvinis veikėjas. Taip pat teigiama, kad tai svarbus komponentas, galintis skatinti organizacijos konkurencinį pranašumą.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis lentelėje nurodytais autoriais.

Apibendrinant įvairių autorių pateiktą žmonių išteklių sampratą (žr. 1.1.1. lentelę), galima teigti, jog minimi autoriai vieningai apibūdina žmogiškuosius išteklius kaip organizacijos darbuotojus, taip pat jų žinias, gebėjimus, įgūdžius, kompetencijas (Jančiauskas, 2009). Žmogiškieji ištekliai įvardijami kaip itin svarbūs organizacijai, nes būtent jie yra inovacijų ir strateginio atsinaujinimo šaltinis, todėl reikšminga nagrinėti žmonių išteklių ir jų planavimo svarbą organizacijoje.

Šiuolaikinėje sparčiais pokyčiais pasižyminčioje visuomenėje sveikatos priežiūros įstaigų gebėjimas valdyti šiuos pokyčius yra svarbi sąlyga sėkmei pasiekti. Nuolatiniai pokyčiai ekonomikoje, darbo rinkoje ir organizacijose neišvengiamai daro poveikį sveikatos priežiūros įstaigose dirbantiems žmonėms ir kelia reikalavimą nuolat naujinti turimas bei įgyti naujų kompetencijų. Galimybė tobulėti, nuolat mokytis ir įgyti naujų žinių nenutrūkstamo vystymosi procese leidžia kiekvienam darbuotojui visiškai realizuoti savo potencialą, o organizacijai – išlikti konkurencingai.

Analizuojant personalo sampratas, galima teigti, kad skirtingų terminų „personalo“ ir „žmogiškųjų išteklių“ naudojimas nėra atsitiktinis. Tai atspindi žmogiškųjų išteklių vadybos reikšmės pasikeitimą iš vietinės į globalią.

Organizacijoje dirbantys žmonės, arba žmogiškieji ištekliai, arba personalas (darbuotojai), yra grandis, jungianti vidinės organizacijos aplinkos elementus į bendrą sistemą. Organizacijos darbuotojų skirstymas į personalą ir žmogiškuosius išteklius neturi griežtų ribų, tačiau kai kalbama apie žmogiškuosius išteklius, dažniausiai nagrinėjama darbuotojų intelektinė veikla ir jos produkcija – turima kompetencija, gebėjimai, įgūdžiai bei kvalifikacija. Žmogiškiesiems ištekliams priskiriami specialistai, turintys kompetenciją įgyvendinti visos organizacijos ar jos padaliniam priskirtas funkcijas. Besikeičiančios aplinkos sąlygomis nuolat diegiant mokslines,

technines ir technologines naujoves, vis dažniau specialistams keliami aukštesnio intelektualinio lygio reikalavimai (Gražulis ir kiti, 2015).

SPŽI traktuojant kaip personalą, darbuotojus su savo kompetencijomis ir potencialu ateityje, galime skirstyti į sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (praktikuojantis sveikatos personalas) ir į tuos, kurie prisideda prie sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo, bet nėra tiesioginiai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, kaip pavyzdžiui sveikatos priežiūros vadybininkai bei pagalbiniis medicinos personalas (World Health Organisation, The World Health Report 2006 – Working Together for Health, 2006; Zum ir kiti, 2004). Skaitant mokslinę literatūrą apie sveikatos priežiūros *žmogiškuosius išteklius*, pasigendama dėmesio platesniam šios sąvokos suvokimui: dažniausiai rašoma apie darbuotojus, personalą, jų skaičių, nekalbama apie ŽI kaip visumą, reikalingas darbuotojų kompetencijas. Planuojant SPŽI, vis dar atsižvelgiama tik į kiekybinę personalo sudėtį artimoje ar tolimoje ateityje.

Analizuojant *personalo* ir *žmogiškųjų išteklių* sąvokų bendrumus ir skirtumus, galima remtis D. Torrington, L. Hall, S. Taylor (2008), kurie teigia, jog *personalo* supratimas koncentruojasi į darbuotojus kaip į samdomą darbo jėgą, o *žmogiškųjų išteklių* samprata – darbuotojai – ypatingi ištekliai.

Remiantis mokslu, SPŽI struktūra gali būti apibūdinama šiomis charakteristikomis (Dubois C. A. ir kiti, 2006):

- Demografinės charakteristikos (darbuotojų amžius, lytis). Demografinės SPŽI charakteristikos mokslinėje literatūroje įvardijamos kaip vienos svarbiausių, tiesiogiai lemiančios sveikatos darbo rinką veikiančios SPŽI pasiūlą bei struktūrą, ir netiesiogiai – veikiančios sveikatos priežiūros paslaugų paklausą.

- Kiekybinės charakteristikos (pvz., gydytojų skaičius (iš viso arba tam tikros specialybės) 10 000 gyv.; slaugytojų skaičius 10 000 gyv. slaugos specialistų skaičius, tenkantis vienam gydytojui ir t. t.).

- Profesinės / specialybių charakteristikos (darbuotojų pasiskirstymas tarp tam tikrų profesijų).

- Geografinės charakteristikos (SPŽI pasiskirstymas geografiniuose regionuose).

- Institucinės charakteristikos (SPŽI pasiskirstymas skirtinguose sveikatos apsaugos lygiuose bei institucijose).

- Sektorinės charakteristikos (SPŽI pasiskirstymas viešajame ir privačiame sektoriuje).

Akivaizdu, kad ir Lietuvos statistika, kurioje duomenys apie ŽI kaupiami ir sisteminami periodiškai, taip pat struktūruojama pagal šiuos požymius. Todėl galima teigti, jog SPŽI sistemos darbuotojų statistikoje galima matyti bendras apskritai viešojo sektoriaus žmogiškiesiems ištekliams būdingas charakteristikas. Kita vertus, SPŽI rengimas yra brangus ir

ilgas procesas, todėl ne visos pasaulio valstybės pajėgios parengti reikiamą skaičių specialistų. Taigi apsirūpinimas žmogiškaisiais sveikatos priežiūros ištekliais tampa valstybių politikos prioritetu.

*Personalo* dėmesio centre yra rutininė veikla: darbuotojų priėmimas, atleidimas ir pan. *Žmogiškųjų išteklių* siekiai, pasak E. E. Jančiausko (2006), yra sudėtingesni: darbuotojai įtraukiami į organizacijos sistemų valdymą, siekiama sukurti savitą organizacijos kultūrą, pasiekti, kad sąvoka „mes“ taptų organizacijos dvasia ir veiklos varikliu.

J. Jagmino ir I. Piktornaitės (2009) teigimu, *žmogiškųjų išteklių* koncepcija yra natūrali evoliucinė *personalo* sampratos tąsa, sąlygota kintančių išorinės aplinkos sąlygų. Šiame magistro darbe sveikatos priežiūros *žmogiškųjų išteklių* sampratą naudosime kaip *personalo* analogą, turėdami galvoje darbuotojus (ypatingą įstaigos išteklių) su turimomis (per ilgas studijas įgytos žinios, įgūdžiai ir gebėjimais) ir nuolat tobulinamomis kompetencijomis.

Šiame darbe **žmogiškieji ištekliai (personalas)** apibrėžiami kaip individai, užsiimantys žmonių sveikatos apsauga, vystymu ir gerinimu. Tai darbuotojai, kurie formaliai teikia sveikatos priežiūros paslaugas ir turi tam reikalingą profesinę kvalifikaciją (pvz., gydytojai, slaugytojai ir kt.).

### 1.1.1. Žmogiškųjų išteklių samprata naujojo viešojo valdymo kontekste

Globalizacija ir technologinė pažanga sveikatos priežiūros sistemoje skatina reformas viešajame valdyme. Sveikatos priežiūros įstaigų žmogiškųjų išteklių planavime būtina reaguoti į kintančius visuomenės poreikius bei aplinką, inovacijas. Reikia adaptuotis, keisti ir tobulinti veiklos kryptis bei principus, ieškoti naujų geriausių personalo planavimo metodų, siekiant veiklos efektyvumo. Būtiniais pokyčiams identifikuoti, sprendimų alternatyvoms nustatyti ir pasirinktosioms efektyviai įgyvendinti reikia žmogiškųjų išteklių, sugebančių koncentruotai ir logiškai išdėstyti prioritetus bei atlikti reikiamas užduotis idėjoms realizuoti.

Globalūs pokyčiai ir reformos bei viešojo sektoriaus modernizavimo būtinybė lėmė naujojo viešojo valdymo (NVV) atsiradimą. Dėl socialinių, ekonominių ir politinių pokyčių, informacinių technologijų sklaidos kilo poreikis reformuoti viešąjį administravimą, modernizuoti valdymo metodus, gerinti sveikatos priežiūros įstaigų administracijos gebėjimus racionaliai sutelkti visų rūšių išteklius, skatinti darbuotojus prisiimti atsakomybę už organizacijos tikslų įgyvendinimą (Raipa, 2009). NVV atsiradimui įtakos turėjo požiūrio į valdžios institucijų galias kitimas, vietos valdymo institucijų savarankiškumo stiprinimas, sektorių tarpusavio priklausomybės didėjimas, naujų vadybinių įgūdžių ir kokybės reikalavimo augimas. Raipos ir Urbanavičiaus teigimu (2011), visi šie pokyčiai sudarė prielaidas NVV idėjų sklaidai ir vystymuisi.



Praktiškai visų išsivysčiusių organizacijų viešajame administravime esama tradicinio ir naujojo viešojo valdymo bruožų (Domarkas, Juknevičienė, 2007). Pagrindinės šiuolaikinių viešojo administravimo modelių charakteristikos pateiktos lentelėje. Šios charakteristikos apibrėžia ir reikalavimus sistemos darbuotojams.

1.1.2.1. lentelė

**Pagrindinės šiuolaikinių viešojo administravimo modelių charakteristikos**

	<b>Tradicinis viešasis administravimas</b>	<b>Naujasis viešasis administravimas</b>	<b>Naujasis viešasis valdymas</b>
<b>Darbuotojų ir institucijos santykiai</b>	Paklusnumas	Teisių suteikimas	Įgaliojimas
<b>Aukštesniųjų pareigybių atskaitomybė</b>	Politikams	Vartotojams	Piliečiams ir socialiniams partneriams
<b>Nukreipiantys principai</b>	Taisyklių ir reglamentų laikymasis	Produktyvumas ir rezultatai	Atskaitomybė, skaidrumas, dalyvavimas
<b>Sėkmės kriterijai</b>	Išėiga	Išėiga	Procesas
<b>Pagrindiniai požymiai</b>	Bešališkumas	Profesionalumas	Atskaitingumas

Šaltinis: Domarkas, Juknevičienė, 2007.

Naujajame viešajame valdyme viešosios paslaugos išlieka pagrindiniu kompleksiniu ir daug dėmesio reikalaujančiu objektu. Iš darbuotojų reikalaujama profesionalumo, atsakingumo, sąžiningumo ir atskaitingumo. NVV akcentuojamas tinklinis valdymas, todėl pirmumas teikiamas švelnesniems valdymo instrumentams, įskaitant savireguliaciją ir bendradarbiavimą su ne valdžios institucijomis (Domarkas, Juknevičienė, 2007). Kartu keičiasi ir požiūris dėl valdžios įstaigų atskaitomybės: būtina atskaitomybė ne tik aukštesnio hierarchinio lygmens valdžios institucijoms, bet ir kitiems valdymo procese dalyvaujantiems socialiniams partneriams.

Pripažinimas, kad sėkmingam sveikatos priežiūros paslaugų teikimui reikalingas efektyvus įstaigos valdymas, privertė suvokti, kad naujasis viešasis valdymas yra vienas iš pagrindinių elementų ieškant praktinių sprendimų sveikatos priežiūros sistemai sustiprinti (Saltman ir kiti, 2016). Naujasis viešasis valdymas, viena vertus, praplėtė sveikatos priežiūros institucijų personalo sampratą, nes ir sveikatos priežiūros sistemoje vis daugiau reikia vadybos (strateginis valdymas, tame tarpe ir išteklių planavimas, kokybės valdymas), administravimo, komunikavimo, informacinių technologijų ir kt. kompetencijų. Kita vertus, NVV aktualizuoja atsakomybę už rezultatus, išteklių panaudojimo efektyvumą.

### **1.1.2. Sveikatos priežiūros institucijos personalo samprata žmogiškųjų išteklių kontekste**

Svarbų sveikatos priežiūros personalo vaidmenį sveikatos apsaugos sistemoje lemia tai, kad pastarasis yra tarsi jungiamoji sveikatos apsaugos sistemos funkcijų grandis ir gali būti suprantamas kaip „sąveikos laukas“ – jis yra veikiamas ne tik pačios sveikatos sistemos, bet ir darbo rinkos, mokslo ir švietimo institucijų, kolektyvinių interesų (sajungų, profesinių ir viešųjų

organizacijų ir institucijų). Dėl besikeičiančios demografinės ir epidemiologinės padėties, naujų sveikatos technologijų bei svarbių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pokyčių, daugiau dėmesio bus skiriama sveikatos priežiūros specialistams.

Sveikatos priežiūros personalas apima visus nuolat ir laikinai organizacijoje dirbančius žmones (visų lygių vadovus ir darbuotojus). Svarbūs aspektai yra jų skaičius, kaita, sudėtis, demografiniais, asmeniniais, motyvacijos, elgsenos, kultūros ypatumai ir netgi susiformavę jų tarpusavio ryšiai bei santykiai. Personalas – žmonių, turinčių specialaus dalykinio pasirengimo, psichologinio tinkamumo savybių, reikalingų darbo rinkai, profesinei, kultūrinei veiklai, visuma. Personalas turi būti suvokiamas kaip organizacijos darbuotojai, kurie, priimdami ir realizuodami sprendimus, daro įtaką organizacijos veiklos efektyvumui.

Lipinskienė (2012) savo leidinyje teigia, kad personalo ir žmogiškųjų išteklių planavimas turi panašumų ir skirtumų. Vienas iš panašumų tai, kad darbuotojai laikomi vienu iš svarbiausių organizacijos išteklių, kuriuos reikia valdyti, kontroliuoti ir ugdyti. O skirtumas tas, kad personalo planavime yra koncentruojamasi į darbuotojus kaip į darbo jėgą, o žmogiškųjų išteklių planavime darbuotojai matomi kaip ypatingi ir svarbiausi ištekliai.

Kai kurios problemos yra bendros visiems viešojo sektoriaus darbuotojams – kokybinė ir kiekybinė sudėtis bei pasiskirstymas dažnai netenkina visuomenės poreikių, motyvacija darbui ir skatinimo galimybės yra nepakankami, be to, žmogiškieji ištekliai neretai laikomi tik išlaidų šaltiniu.

## **1.2. Žmogiškųjų išteklių planavimas viešajame sektoriuje naujojo viešojo valdymo kontekste**

Gera personalo planavimo priemonė naujojo viešojo valdymo idėjoms įgyvendinti yra šiuolaikinės informacinės ir komunikacinės technologijos. Šių technologijų galingi informaciniai tinklai sudaro patogaus tarpasmeninio, tarporganizacinio ir tarpsektorinio bendradarbiavimo ir viešųjų paslaugų teikimo galimybes bei didina sveikatos priežiūros įstaigų atvirumą (Domarkas, Juknevičienė, 2007). Vis platesnis šiuolaikinių informacinių ir komunikacinių technologijų taikymas viešajame valdyme reikalauja naujų kompetencijų, atsakingumo ir atskaitomybės. Todėl kalbant apie personalo planavimą sveikatos priežiūros organizacijose naujojo viešojo valdymo kontekste dažnai akcentuojama darbuotojų kompetencijų, kvalifikacijos ir naujos paslaugų teikimo kultūros vystymo svarba. Tai siejama su žinių įgijimu ir jų sklaida įvairiomis formomis sveikatos priežiūros įstaigose, skatinant atvirumą, bendradarbiavimą ir darbuotojų įtraukimą į planavimo procesą (Labanauskas ir kiti, 2010).

Naujasis viešasis valdymas sukuria sistemų struktūrą, kuriose socialinių, politinių ir ekonominių prioritetų įgyvendinimas remiasi įvairių visuomenės organizacijų bendradarbiavimu, stiprina demokratiją, skatina skaidrumą ir veiksmingumą viešajame

administravime, veiksmingą ir efektyvią viešąją vadybą, atskaitingumą ir politinių bei ekonominių institucijų plėtrą. Taip pat skatina keitimąsi informacija institucijos viduje ir tarp viešųjų institucijų, bendradarbiavimą derinant ir priimant sprendimus, piliečių dalyvavimą viešojo valdymo procesuose, bendro viešojo intereso ir naujo sprendimo ieškojimą, piliečių pasitikėjimą valdžia (Petrauskienė, Predkelytė, 2014). Naujasis viešasis valdymas pasireiškia tuo, kad viešoji institucija taiko metodus, užtikrinančius efektyvų kokybiškų paslaugų teikimą, laikosi įstatymų, nuostatų ir standartų, tenkina piliečių poreikius, taip pat įgyvendina bendruomenės lūkesčius, susijusius su sąžiningumu, atskaitingumu, skaidrumu. Naujojo viešojo valdymo principus galima įvardinti kaip taisykles arba nuostatas, kuriomis viešoji institucija remiasi vykdydama savo numatytą veiklą ir strategiją.

1.2.1. lentelė

### Naujojo viešojo valdymo principai

Tarptautinės organizacijos ir mokslininkai	NVV principai
Pasaulio bankas (2013)	Veiksmingumas, efektyvumas, ekonomiškumas, atskaitomybė, informacijos apie valdžios veiksmus, prieinamumas ir skaidrumas, teisingumas, pagarba žmogaus teisėms ir laisvėms.
Jungtinių tautų plėtros programa (2005)	Dalyvavimas, teisės viršenybė, skaidrumas, jautrus atsakas į klientų pageidavimus, orientacija į sutarimą, nešališkumas, efektyvumas ir veiksmingumas, atskaitomybė, strateginė vizija.
Jungtinių Tautų ekonominė komisija Europoje (2008)	Dalyvavimas, gera elgsena, skaidrumas, atskaitomybė, teisingumas, efektyvumas.
Gisselquist (2012)	Technikos ir valdymo kompetencija, organizaciniai sugebėjimai, patikimumas, nuspėjamumas, teisės normos, atskaitomybė, skaidrumas, atviros informacinės sistemos ir dalyvavimas.
Europos bendrijų komisija (2011)	Atvirumas, dalyvavimas, atskaitingumas, efektyvumas ir darnumas.
Rogers (2000)	Demokratija, pilietinė visuomenė, dalyvavimas, žmogaus teisės, pastovus socialinis vystymasis, skaidrumas ir atskaitingumas.

Sudaryta pagal Petrauskienė, Predkelytė (2014).

Kaip matyti 1.2.1. lentelėje, daugelyje įvairių organizacijų bei mokslininkų apibrėžimų vyrauja tokie kriterijai kaip atvirumas, skaidrumas, viešumas, bendradarbiavimas, strateginis mąstymas / planavimas. Susisteminius aukščiau minimų autorių mintis, galima teigti, jog NVV konceptas susidaro iš šių principų (Pivoras, Visockytė, 2011):

- Atskaitomybė: asmenys, priimantys sprendimus vyriausybėje, privačiose ir nevyriausybiniuose organizacijose, yra atskaitingi visuomenei ir suinteresuotoms šalims; jos veiksmai ir sprendimai yra suderinti su aiškiai apibrėžtais ir suderintais tikslais.

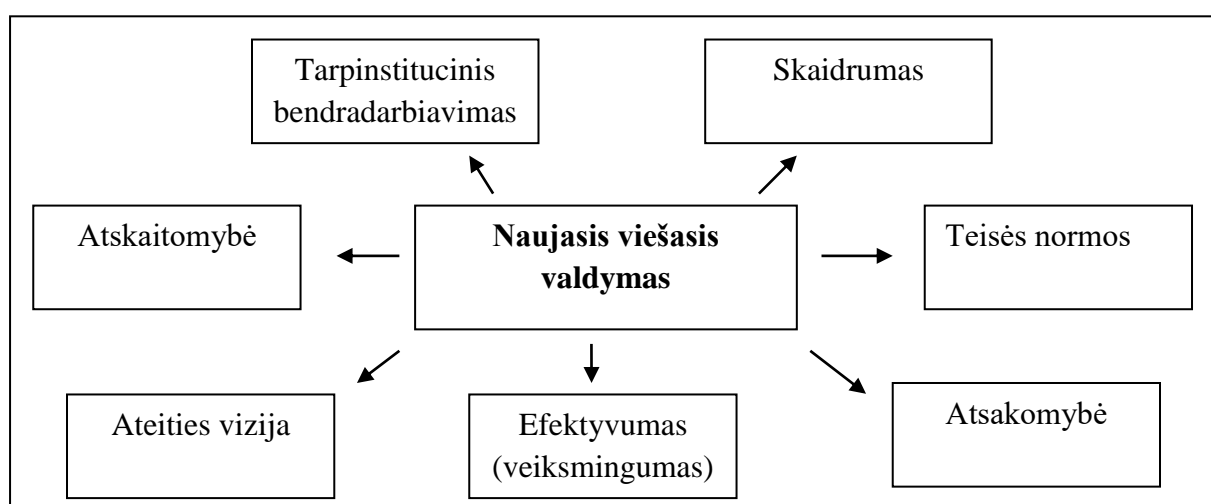
- Skaidrumas: pakankamai viešosios institucijos turimos informacijos skleidžiama visuomenei, kad ši galėtų stebėti ir suprasti institucijų veiklą. Piliečiai įgalinami dalyvauti viešojo valdymo procesuose.

- Efektyvumas ir veiksmingumas: siekiama poreikius tenkinančių rezultatų – aukštesnio paslaugų kokybės lygio ir didesnio prieinamumo, geriausiai panaudojant turimus išteklius.

- Atsakomybė: viešoji institucija yra pajėgi greitai reaguoti į visuomenės pokyčius, atsižvelgti į viešąjį bendrą interesą ir kritiškai nagrinėti vyriausybės vaidmenį.
- Ateities vizija: institucija numato būsimas problemas pagal esamus duomenis ir prognozes, taip pat įvertina būsimas sąnaudas ir būsimus demografinius, ekonominius bei aplinkos pokyčius.
- Teisės normos: viešoji institucija skaidriai įgyvendina įstatymus, nuostatus bei poįstatyminius aktus, strategijas, numatytus veiklos planus.
- Tarpinstitucinis bendradarbiavimas: visų lygių institucijų bendradarbiavimas yra grindžiamas vietos bendruomenės poreikių tenkinimu, įtraukiant vietos gyventojus į sprendimų priėmimą, išnaudojant viešosios paskirties materialinius resursus.

1.2.1. paveikslas

### Naujojo viešojo valdymo principai



Sudaryta darbo autorės, remiantis Pivoras, Visockytė, 2011.

Vykdamat sveikatos priežiūros ŽI ilgalaikę strategiją, atkreipiant dėmesį į periodiškus poreikio ir pasiūlos vertinimus, pasaulinės patirties analizę, specialistų pritraukimo programas, lengviau planuoti ir atskiroje sveikatos priežiūros įstaigoje. Sveikatos priežiūros įstaigų administracija, atsakinga už personalo planavimą, turi būti atvira ir strategiškai pajėgi valdyti „tinkle“, bendradarbiaudama su įvairių lygmenų institucijomis (tarptautinėmis institucijomis, regioninės ir vietos valdžios institucijomis, privačiu sektoriumi). Tai reiškia, jog reikia ieškoti įvairiapusių partnerystės formų, užtikrinant įvairių interesų grupių lūkesčius. Sveikatos priežiūros institucijų vykdoma veikla bei rezultatai turi remtis institucijų teisinėje bazėje numatytais teisiniais dokumentais, veiklos strategija ar veiklos planais, kurie nurodytų nuoseklią veiklos kryptį. Institucijų veikla turi būti aiškiai ir suprantamai pateikiama visuomenei, nurodant, kokių tikslų buvo siekiama ir kokie yra gauti rezultatai. Šis naujojo viešojo valdymo principas – skaidrumas – remiasi laisvu informacijos skleidimu visuomenei. Informacijos turi

būti pateikiama pakankamai, kad būtų galima stebėti ir suprasti institucijų veiklą. Tiek vykdomos veiklos, tiek rezultatų sklaida turi parodyti be korupcijos apraiškų institucijų darbą, siekiant kuo racionaliau panaudojant turimus išteklius gauti kuo daugiau naudos organizacijai.

Naujojo viešojo valdymo koncepcija siejama su racionalumo, efektyvumo ir veiksmingumo sąvokomis. Efektyvumo ir racionalumo sąvokos yra labai panašios, tačiau akcentuotina, kad efektyvumas daugiau siejamas su veiklos rezultatais, o racionalumas – su priemonėmis tiems rezultatams pasiekti, todėl efektyvumas viešosiose įstaigose dažnai suprantamas kaip efektyvi viešoji politika, efektyvūs sprendimai, racionalus išteklių naudojimas, pozityvūs organizacijos veiklos rezultatai ir stipri organizacinė kultūra (Raipa, 2007). Todėl naujojo viešojo valdymo kontekste sveikatos priežiūros institucijos ima skirti daugiau dėmesio paslaugų struktūrai tobulinti, darbuotojams mokyti ir lavinti, naujausių personalo planavimo, vadovavimo ir koordinavimo veiklos metodams ir procedūroms įvaldyti (Buškevičiūtė, Raipa, 2011). Taip pat yra neatsiejama ateities vizija (prognozavimas), kuomet organizacijos lyderis numato ir strateguoja, koks turi būti geras planavimas bei valdymas ir tvirta plėtra, matuojant esamos situacijos kontekste, numatomas problemas, turimus išteklius, ekonominius pokyčius. Prioritetu tampa kuo efektyvesnis ir racialesnis turimų žmogiškųjų išteklių (personalo) panaudojimas.

Raipos (2007) teigimu, teoretikai, analizuodami naujojo viešojo valdymo pasireiškimą sveikatos priežiūros įstaigose, pabrėžia organizacinių darinių reorganizavimo būtinumą. Šiandieniniame etape viešojo valdymo institucijos reorganizuojamos siekiant plėtoti horizontalią ir vertikalią institucijų specializaciją, jas koordinuoti, siekiant viešosios politikos geresnės sąveikos.

Jonikaitė (2016) nurodo, jog naujasis viešasis valdymas kaip viešojo administravimo modelis, pasižymintis didele darbuotojų svarba, jų įtraukimu ir dalyvavimu, korupcijos nebuvimu, stipriu demokratiškumu, skaidrumu, atsakomybe ir atskaitomybe bei tarpinstituciniu bendradarbiavimu, laikomas esmine koncepcija mokslinėms diskusijoms ir viešojo valdymo praktikai konceptualizuoti. Jo kaitos poreikį inicijavo modernių technologijų intervencija į viešojo valdymo sritį, didėjantys visuomenės lūkesčiai, susiję su viešųjų paslaugų prieinamumu, netradicinių sprendimų būtinybė.

### **1.2.2. Žmogiškųjų išteklių (personalo) planavimas sveikatos priežiūros sistemoje nacionaliniu lygiu**

Analizuodami užsienio (Adams, 2003; Brewster, 2004; Dubois, 2006; Costigliola, 2011; ir kiti) bei Lietuvos mokslinę literatūrą, randame nemažai mokslinių straipsnių (Kažukauskienė, 2001; Lobanova, 2001; Jagminas, 2009; Chlivickas, 2016; Melnikas, 2016) bei tyrimų

(Stankūnas, 2004; Mikutavičienė, 2013; Čerkauskas, 2013) personalo planavimo tematika. Lietuvos autoriai aprašo sveikatos priežiūros įstaigose vykdomus personalo planavimo procesus, taip pat mini principus, kurių laikomasi planuojant ŽI. Personalo planavimo problemų tyrinėjimui, sprendimų paieškai Lietuvoje daug dėmesio skyrė, I. Bakanauskienė, L. Lobanova, A. Sakalas, A. Stankevičienė, L. Starkienė ir kiti. Stingant sveikatos priežiūros specialistų arba netolygiai jiems pasiskirsčius, gali nukentėti sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir pasiekiamumas, prastėti gyventojų sveikatos rodikliai.

Pasak Starkienės ir kt. (2011), gydytojų skaičius šalies viduje šiuo metu planuojamas nedaugelyje šalių – galima paminėti Olandiją, Australiją ir Lietuvą. Kitos šalys (Didžioji Britanija, Norvegija) kompensuoja specialistų trūkumą vykdydamos jų pritraukimo programas – sveikatos priežiūros darbuotojus kviečiasi iš kitų valstybių. Vis dėlto, didėja supratimas, kad tokios programos žalingos šalims, išugdžiusiems pritraukiamus specialistus. Jungtinės Karalystės Sveikatos priežiūros departamento skelbiamose „Tarptautinio sveikatos priežiūros specialistų įdarbinimo gairėse“ (Lietuvos socialinių tyrimų centras, 2012) teigiama, kad besivystančios ir pačios skurdžiausios šalys „neturėtų tapti aktyviai sveikatos priežiūros specialistus įdarbinančių kampanijų tikslu“ (cit. Lietuvos socialinių tyrimų centras, 2012). Prie minėtų gairių pridedamas sąrašas valstybių, iš kurių atvykusių sveikatos priežiūros specialistų nerekomenduojama skatinti įsidarbinti Jungtinėje Karalystėje. Šis sąrašas sudarytas atsižvelgiant į padėtų tų valstybių sveikatos priežiūros sektoriuje bei jų ekonominę išsivystymą ir siekiant, kad specialistų trūkumas neigiamai neatsilieptų jų augimui ir plėtrai (Lietuvos socialinių tyrimų centras, 2012). Lietuva į šį sąrašą nebuvo įtraukta.

**Strateginio ŽI planavimo nacionaliniu lygiu būtinybė ir nauda.** Sveikatos priežiūros sistemoje vyksta įvairūs sisteminiai ir struktūriniai pokyčiai – atsiranda nauji gydymo metodai ir technologijos. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių skaičius persiskirsto geografiškai ir pagal specialybes, didėja ne tik gyventojų apskritai, bet ir medicinos darbuotojų migracija, mažėja gimstamumas, ilgėja gyvenimo trukmė, didėja apsilankymų pas gydytojus skaičius ir sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiūlos ir poreikio planavimas yra sėkmingos sveikatos priežiūros sistemos dalis.

Lietuvos apsaugos ministerijos strateginio veiklos plano stiprybių, silpnybių, grėsmių ir galimybių (SSGG) analizėje (2016), be kitų specifinių priemonių, skirtų sveikatos priežiūros sektoriaus tobulinimui, nurodoma, jog „Lietuvai tapus ES nare, būtina koordinuoti sveikatos sektoriaus žmogiškųjų išteklių poreikį, derinant specialistų rengimą su Lietuvos sveikatos reformos strateginių nuostatų įgyvendinimu ir atsižvelgiant į sveikatos priežiūros specialistų laisvą judėjimą ES šalyse bei galimybę rinktis geriau apmokamą darbo vietą“ (Sveikatos apsaugos ministerijos 2016–2018 metų strateginis veiklos planas).

Lietuvoje nėra duomenų bazės, kuri pateiktų visą informaciją apie sveikatos priežiūros specialistus, jų pasiskirstymą pagal amžių, lytį, regionus, specialybes. Šie duomenys būtini efektyviam sveikatos žmogiškųjų išteklių planavimui (Gaižauskienė ir kt., 2002). Higienos instituto sveikatos informacijos centro (HI SIC) duomenų bazė pateikia daugiausiai informacijos apie sveikatos priežiūros profesijas bei profesines kvalifikacijas, tačiau nėra duomenų apie gydytojų amžių, lytį, gydytojų pagal specializacijas pasiskirstymą regionuose. Kitos svarbios sveikatos apsaugos sistemai institucijos, kurios kaupia duomenis, kaip pavyzdžiui Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VASPVT), Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (VVKT), SODROS informacinė sistema ir Valstybinė ligonių kasa (VLK), jų viešai neskelbia (Lietuvos socialinių tyrimų centras, 2012).

Planuojant personalo poreikį nacionaliniu lygiu, reikia atsižvelgti į projektuojamus poreikius ir realius, esamus žmonių išteklius bei darbo sąnaudas (Dobrovolskis, 2003). Taip pat svarbu, jog būtų suformuluoti aiškūs ilgalaikiai (10 – 20 metų) ir trumpalaikiai (3 – 5 metų) tikslai bei juos pasiekti padedantys uždaviniai, pasirinktos visuotinai priimtos ir skaidrios SPŽI pasiūlos ir poreikio planavimo metodikos. Sėkmingam planavimui taip pat būtini pasiekiami, tikslūs, patikimi, kokybiški ir laiku surinkti duomenys. Be to, planavimo prognozes ir jose vartojamus kintamuosius būtina reguliariai atnaujinti ir patikslinti.

**Specialistų poreikio prognozavimas.** Siekiant gerinti šalies sveikatos priežiūros personalo planavimo politiką, būtina suformuoti nuoseklų ikidiplominio ir podiplominio sveikatos priežiūros specialistų rengimo, geografinio paskirstymo ir išėjimo iš darbo tendencingumą (Starkienė, 2004; Jagminas, 2009; Čerkauskas, 2014; Gurevičius, 2016;). Remiantis esamais duomenimis, prognozuojama situacija ateityje (pvz., po 10 metų) siekiant apytikriai įvertinti, kokia bus tuometinė specialistų pasiūla ir kokios charakteristikos (amžius, lytis, darbo krūvis ir kt.) dominuos tarp šių specialistų. Tyrimuose atsižvelgiama į skirtingus veiksnius, todėl pasiūlos skaičiavimo metodai skiriasi. Be to, bet kokie žmonių ištekliai yra dinamiški, t. y. jie gali keistis priklausomai nuo veiksnių, neįtrauktų į prognozavimo metodus (dažniausiai tai socialinio pobūdžio reiškiniai, pvz.: atlyginimo dydis, profesijos prestižas ir pan.), todėl kas keleri metai reikėtų atlikti papildomą analizę siekiant nustatyti, kiek tikslios buvo ankstesnės prognozės apie dabartinę situaciją. Būtina vykdyti ilgalaikį moksliskai pagrįstą planavimą, pasitelkiant šiuolaikines technologijas. Remiantis jomis, galima koreguoti priėmimą į medicinos studijas.

Prognozuojant gydytojų poreikį dažnai remiamasi prielaida, kad ateityje paslaugų poreikio tendencijos nekis, o vienas specialistas vidutiniškai suteiks tokį patį paslaugų skaičių per metus. Šia hipoteze besiremiantis gydytojų poreikio prognozėms naudotas modelis yra sėkmingai taikomas gydytojų poreikį planuojančiose šalyse, pvz., Australijoje, Olandijoje (Taljūnaitė ir

kiti, 2012). Išreiškiama nuomonė, kad bendrąjį sveikatos priežiūros paslaugų poreikį gali lemti bendra makroekonominė situacija šalyje (pvz., biudžeto išlaidų mažinimas gali sąlygoti sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidų mažinimą bei prieinamumą), infrastruktūriniai pokyčiai sveikatos priežiūros sistemoje (ligoninių uždarymas arba sujungimas, skyrių restruktūrizacija ir kt.), gydytojų darbo krūvio ir pobūdžio reglamentavimas (pvz., vidutinė apsilankymo trukmė), gyventojų pajamų mažėjimas gali sąlygoti didesnę paslaugų prieinamumo atotrūkį tarp kaimo ir miesto gyventojų (Buivydas, Buivydienė, Šmigelskas, 2010).

Apibendrinant aukščiau išsakytas mokslininkų mintis, galima teigti, kad prognozuojant sveikatos priežiūros personalo poreikį nacionaliniu lygiu, paprastai būtina atsižvelgti į:

- geografinį specialistų pasiskirstymą;
- natūralų darbuotojų senėjimą;
- rengiamų specialistų ir jų „nubyrėjimo“ skaičių;
- socialinius veiksnius (demografinius, ekonominius, profesijos prestižo ir kt.);
- politinius veiksnius (įstaigų tinklo glaudinimas / plėtimas, didesnis reglamentavimas ir kt.);
- vadybinius veiksnius (diegiamos naujos paslaugų prieinamumą didinančios, paslaugų kokybės užtikrinimo sistemos ir kt.);

#### ***Prognozavimą apsunkinantys veiksniai:***

**Jaunų specialistų emigracija į užsienio šalis.** Įsidarbinti užsienyje padedančios agentūros „Talentų paieška“ personalo atrankų specialistės Lauros Duksaitės (2010) teigimu, emigracijos galimybėmis ėmė domėtis vis daugiau rezidentų. Pagrindinė priežastis – Lietuvoje ne visiems studentams pavyksta įstoti į pageidaujamas rezidentūros studijas, nes į populiariausias specialybes valstybės finansuojamų vietų yra nedaug. Neįstojusiems į valstybės finansuojamas rezidentūros vietas tenka rinktis mažiau populiarią specialybę arba, jei yra galimybė, už studijas mokėti. Dėl to didelė dalis ieško, kur galėtų baigti norimos rezidentūros studijas už jas nemokėdami. Didelė paskata emigruoti yra ir tai, kad užsienyje jie įstatymiškai nėra studentai, o dirba pagal darbo sutartį ir gauna, palyginti su tėvyne, neblogą atlyginimą. Negana to, studentai nori mokytis ir būti mokomi. Jų pačių nuomone, Lietuvoje šiuo metu rezidentūra yra prastos kokybės, rezidentai smarkiai priklausomi nuo gydytojų malonės, o kitose šalyse jiems sudaromos sąlygos nuolat mokytis ir praktikuotis (Lietuvą palieka ir medikai, 2010).

Buvęs Lietuvos jaunųjų gydytojų asociacijos prezidentas, aktyviai kovojęs už geresnę Lietuvos gydytojų ateitį, išvyko iš Lietuvos. Jo teigimu: „nebuvo labai laukiamas didžiosiose Lietuvos ligoninėse, o važiuoti dirbti į regioną Lietuvoje būtų buvusi profesinė savižudybė. Kol gydytojais neturės galimybių realizuoti save, dirbti mėgstamą darbą ir užsidirbti, tol jie rinksis



darbą ten, kur tokios sąlygos sukurtos“, – teigė buvęs JGA (Jaunųjų gydytojų asociacijos) prezidentas Jonas Korsakas (Korsakas, Šimaitis, 2011).

**Auganti jaunų specialistų vidinė emigracija į sostinę, didžiuosius miestus.** Viena iš priežasčių, lemiančių migracijos patrauklumą jauniems sveikatos apsaugos sistemos darbuotojams - per menkai išplėtotą motyvacinę sistemą. Jauni specialistai renkasi didžiųjų miestų, universitetines ligonines arba įstaigas, kuriose yra sudarytos tinkamos sąlygos pradėti karjerą bei įsikurti. Taigi net ir smarkiai padidinę stojančiųjų gydytojų paruošimą, jų stygiaus rajonuose problemų neišvengsime. Dalis jaunų, ką tik studijas pabaigusių gydytojų, neradę darbo patraukliose vietose, renkasi darbą užsienio šalyse. Prof. L. Labanauskas teigia, kad „nėra sukurta jokia skatinimo sistema, kad jauni specialistai vyktų dirbti į rajonus, kur gydytojų bendruomenė sensta greičiausiai, o specialistų trūksta jau dabar“ (Po dešimtmečio Lietuvoje neliks gydytojų specialistų, 2011). Nepritraukus jaunų specialistų, kyla grėsmė, jog dirbantis personalas nebus pajėgūs aptarnauti visų besikreipiančių pacientų.

**Medikų darbo krūvio optimizavimas.** Lietuvos gydytojų sąjungos prezidento L. Labanausko teigimu, vienas teorinis būdas planuoti personalą kiekvienoje sveikatos priežiūros įstaigoje – didinti personalo darbo krūvius. Tačiau tai nėra realu, žinant, kad jau dabar jie dirba dvigubais ar net trigubais krūviais, todėl būtina skatinti vėlesnį specialistų pasitraukimą iš darbo rinkos (Po dešimtmečio Lietuvoje neliks gydytojų specialistų, 2011).

Kitas veiksnys – sudėtingas pensinio amžiaus **medicinos darbuotojų darbo trukmės sveikatos sistemoje prognozavimas.** Aukštos kvalifikacijos gydytojai neretai ir pensijoje dirba ilgus metus užimdami ne vieną etatą. Dalis jų nesidžiaugia oria senatve dėl nedidelės pensijos.

Kiti veiksniai, kurių pagrindimui dar trūksta mokslinių tyrimų, galėtų būti įvardinti:

- Politinių sprendimų nepastovumas (pvz., jeigu bus įgyvendinta regioninė politika, augs regionų patrauklumas jauniems specialistams).
- Sveikatos priežiūros įstaigų administracijos negebėjimas planuoti personalo. Ne mažiau svarbus veiksnys yra ir pačių sveikatos priežiūros institucijų negebėjimas į personalo planavimą žiūrėti plačiau, kaip į kompetencijų, reikalingų suteikti paslaugas, planavimą.

### **1.2.3. Personalo planavimas atskiroje sveikatos priežiūros institucijoje**

Personalo planavimu sveikatos priežiūros įstaigose rūpinasi administracija, kuri numato, kiek ir kokių darbuotojų institucijai reikės, norint pasiekti užsibrėžtų tikslų bei sklandžiai vykdyti veiklą. Idealiu atveju administracija turėtų planuoti ir kokių kompetencijų reikia institucijai, ne vien kokios profesijos specialisto. Anot Bakanauskienės (2008), personalo planavimas reiškia formalizuotą darbuotojų paklausos ir pasiūlos prognozavimą, siekiant užtikrinti, kad organizacija turėtų reikiamus darbuotojus reikiamu laiku. Adomonienė ir kt.

(2002) teigia, kad personalo planavimas – tai planų, kaip užpildyti ateityje atsirasiančias laisvas darbo vietas (pareigybes), sudarymo procesas. Pasak Jewell (2002), žmonių išteklių planavimas – organizacijos darbuotojų palyginimas kiekio ir kokybės požiūriu su būsimais jos poreikiais.

Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros įstaigos administracija, atsižvelgdama į dabartinę situaciją bei būsimus poreikius, planuoja būsimą darbuotojų skaičių ne tik kiekio, bet ir kokybės atžvilgiu, t.y. įvertinama darbuotojų kompetencija, patirtis, gebėjimai atlikti paskirtus darbus ateityje.

Pasak I. Bakanauskienės (2008), išskiriami **du pagrindiniai personalo planavimo etapai** atskiroje institucijoje: visų pirma nustatoma *personalo paklausa*, o po to *pasiūla*:

- *Paklausos nustatymas* yra būtinas tam, kad organizacija sužinotų kiek darbuotojų reikės. Įstaiga planuodama darbuotojų skaičių turi įvertinti finansines galimybes: ar ji sugebės laiku išmokėti tinkamo dydžio atlygį.

- *Pasiūlos nustatymas*. Norint nustatyti žmogiškųjų išteklių pasiūlą reikia surinkti informaciją apie esamus darbuotojus, jų kaitą, pensijų politikos tendencijas, išsilavinimą, įgūdžius ir pan. Surinkus informaciją bei nustatčius reikiamą darbuotojų skaičių, organizacija įvertina pasiūlą darbo rinkoje.

Pagal Bakanauskienės (2008) išskirtus personalo planavimo etapus, personalo planuotojas pirmiausia išsiaiškina situaciją įstaigoje ir darbo rinkoje. Tada vykdomas prognozavimas, atsižvelgiant į galinčius įtakos turėti išorinius veiksnius.

**Situacijos analizė.** Medicinos personalo poreikio planavimo procesas prasideda nuo sveikatos priežiūros institucijos tikslų. Yra numatoma, kiek ir kokiomis kompetencijomis pasižyminčių darbuotojų organizacijai reikia norint pasiekti užsibrėžtus tikslus.

Įtaką paklausai turintys veiksniai (Veževičiūtė, 2011):

- organizacijos darbuotojų senėjimas, kai tenka pakeisti išeinančius į senatvės pensiją darbuotojus ir tuos darbuotojus, kurie įmonės viduje pakeičia išėjusius į senatvės pensiją;

- darbuotojų kaita organizacijoje, kai dėl įvairių priežasčių (atlygio, kultūros, klimato, vadybos stiliaus, darbo krūvio, kvalifikacinių reikalavimų neatitikimo, nepatenkinamų darbo rezultatų ir t. t.) darbuotojai palieka organizaciją;

- kintančios veiklos apimtys, kai yra kuriamos naujos arba naikinamos esamos pareigybės (darbo vietos, etatai);

- naujų procesų, priemonių, technologijų diegimas, kai reikia kurti naujas (ar naikinti esamas nebereikalingas) pareigybes su kitais kvalifikaciniais reikalavimais bei samdyti naujus darbuotojus arba apmokyti esamus, suteikiant jiems reikalingas kvalifikacijas ar / ir gebėjimus;

- poreikis atnaujinti žmogiškuosius išteklius, ypač atsisakant prasčiausių darbuotojų bei norint neprarasti organizacijos dinamiškumo ir konkurencinės dvasios;

- vidinės darbuotojų karjera, kai organizacija, siekdama išlaikyti kompetentingus darbuotojus, turi pasiūlyti jiems aukštesnio lygio pareigybes, atitinkančias įgytą patirtį bei kompetencijas, tokiu būdu atlaisvindama jų užimamas pareigybes;

- išorinė aplinka (pvz. infliacija, bedarbystė, ekonominiai, konkurentai, kompiuterizacija).

Be vidinių faktorių yra privalu atsižvelgti ir į tokius išorinius faktorius kaip:

1. Technologijos naujovių poveikis darbo užduotims.

2. Mokymų, darbo tyrimų, institucijos vidinių pokyčių, naujos motyvacijos poveikį kompanijos produktyvumo, darbo našumo ir darbuotojų lankstumo pasikeitimams.

3. Naujų teisės aktų, susijusių su darbo santykiais, išleidimas (darbo užmokesčio apmokestinimo pakeitimai, nauji reikalavimai darbuotojų saugai ir sveikatai užtikrinti).

4. Pasikeitimai Vyriausybės politikoje (pasikeitęs finansavimas, regioninės dotacijos ir pan.) (Veževičiūtė, 2011).

**Ateities poreikio planavimas (paklausos planavimas).** Dessler (2001) pateikia galimus personalo poreikio *prognozavimo* būdus:

- Tendencijų analizė. Naudojant šį būdą, analizuojami tam tikro laiko periodo (pvz., praėjusių penkerių metų) organizacijos darbuotojų skaičiaus pokyčiai ir taip nustatomos tendencijos, kurios gali išlikti ir ateityje;

- Proporcijų analizė. Prognozuojama remiantis kokio nors priežastinio rodiklio (pvz., suteiktų sveikatos paslaugų skaičiumi) santykiu su reikalingų darbuotojų skaičiumi.

Bakanauskienė (2008) personalo planavimui siūlo **taikyti nuomonių analize grįstus ar / ir matematinius metodus**. Tai:

- Ekspertiniai metodai. Paremti vadovų ir specialistų nuomonėmis.

- Vadovų sprendimai. Vadovai pagal informaciją iš padalinių koreguoja personalo skaičių ir sudėtį.

- Delfi technika. Speciali procedūra, analizuojanti vadovų ekspertų nuomones. Naudojant šią techniką vadovai anonimiškai atsako į klausimus apie personalo paklausą, kiekvieno vadovo atsakymai įvertinami atskirai.

- Naujų rizikų analizė. Atliekama kitų (paprastai sėkmingai dirbančių) organizacijų padėties analizė ir palyginimas.

- Ekstrapoliacija. Organizacijos praeities personalo paklausos tendencijų perkėlimas į ateitį.

- Darbo analizė. Darbui reikalingo laiko studijavimas ir paties darbo analizė.

- Darbo imlumo metodas. Darbuotojų poreikis nustatomas pagal vidutinį vieno žmogaus dirbtą laiką ir koeficientą, įvertinantį darbo našumo lygį.

- Aptarnavimo normų metodas. Darbuotojų skaičius nustatomas pagal laiką, skirtą vienam pacientui konsultuoti.

- Gausumo metodas. Ekspertiniu būdu pagal praeities įvykius išvedamas gausumo koeficientas, nustatantis kiek, pvz., vadovų tenka 100 darbuotojų.

- Išsibarstymo diagrama. Grafinis metodas, padedantis nustatyti ryšį tarp dviejų kintamųjų (tarp sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimo ir reikiamo darbuotojų skaičiaus).

Pasak mokslininkų (Veževičiūtė, 2011; Starkienė, 2014), žmonių išteklių prognozavimas gali būti trumpalaikis (apimantis 1 – 2 metus), vidutinės trukmės arba ilgalaikis (10 – 15 m.). Trumpalaikė prognozė gali būti tikslesnė nei kitos, nes šiuo atveju yra mažiau neapibrėžtumų. Pagrindinis trūkumas tas, kad trumpas laikas riboja galimas alternatyvas. Tuo tarpu išvedus ilgalaikę prognozę lieka daugiau laiko naujoms strategijoms kurti ir įgyvendinti.

**Poreikio patenkinimo šaltinių nustatymas (pasiūlos analizė).** Šiame etape sveikatos priežiūros institucija turi nuspręsti, kur ieškos potencialių kandidatų. *Poreikio patenkinimo šaltiniai* klasifikuojami į vidinio ir išorinio verbavimo:

- Vidiniai šaltiniai (vidaus pasiūla) – tai visi esami organizacijos darbuotojai, kurie pareigybės paaukštinimo, pažeminimo ar perkėlimo būdu gali užimti laisvą darbo vietą.

- Išoriniai šaltiniai (išorės pasiūla) – visi kitų organizacijų darbuotojai ar bedarbiai, kurie šiuo metu nėra organizacijos darbuotojai (Bakanauskienė, 2008; Veževičiūtė, 2011).

Šiuos šaltinius reikia derinti tarpusavyje. Niekada nepasiseks suformuoti gero kolektyvo, vien tik pasitelkiant darbuotojus iš šalies ir nedirbant su savais (Sakalas, 2003). Vidinių ir išorinių šaltinių privalumai ir trūkumai pateikti 1.2.3.1. lentelėje.

1.2.3.1. lentelė

### Darbo jėgos poreikio padengimo šaltinių privalumai ir trūkumai

	Privalumai	Trūkumai
<b>Vidiniai šaltiniai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudaromos pareiginių augimo galimybės;</li> <li>• Didėja darbuotojų pasitenkinimas darbu;</li> <li>• Darbuotojas gerai žino situaciją organizacijoje;</li> <li>• Teisingai pasirinkus darbuotoją, jis bendradarbių pripažįstamas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darbuotojai labai susiaistinti draugystės ryšiais;</li> <li>• Priprantama prie susiformavusių darbo tradicijų, todėl manoma, kad revoliuciniai pertvarkymai su savais darbuotojais negalimi;</li> <li>• Kartais nėra tinkamų kandidatų</li> </ul>
<b>Išoriniai šaltiniai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palyginti naujos žinios;</li> <li>• Jauni, kitaip mąstantys žmonės;</li> <li>• Galima parinkti tikrai kompetentingus darbuotojus;</li> <li>• Atneša kitų organizacijų darbo patyrimą;</li> <li>• Būtinai, kai organizacijoje reikalinga kardinali pertvarka.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neturi praktikos;</li> <li>• Reikalingas laikas įtraukti į darbą;</li> <li>• Reikalingas perkvalifikavimas;</li> <li>• Organizacijos darbuotojų pasipriešinimas;</li> <li>• Reikalingas laikas susipažinti su situacija.</li> </ul>

Sudaryta darbo autorės, remiantis Sakalas, 2003.

Iš aukščiau esančios lentelės (žr. 1.2.3.1. lentelę) akivaizdu, jog vidiniai ir išoriniai darbo jėgos poreikio padengimo šaltiniai tinka skirtingais atvejais. Matyti, jog kai organizacijoje

jaučiama krizė, su esamais žmogiškaisiais ištekliais pakeisti situaciją būtų labai sunku. Tokiu atveju naudinga pasisamdyti specifinių kompetencijų turinčių darbuotojų, dažnai ir jaunų, kuriuos būtų galima apmokyti pagal savo poreikius. Kuomet organizacija yra pasirengusi pokyčiams, tuomet yra priimami darbuotojai „iš šalies“ – kai nereikia „užsiauginti“ savo turimų darbuotojų, nes tam prireikia daugiau laiko sąnaudų.

**Personalo poreikio plano sudarymas.** Personalo poreikio planas yra ilgalaikis sveikatos priežiūros institucijos aprūpinimo kiekybiškai ir kokybiškai tinkamu personalu tam tikram laikotarpiui planas. Pagrindiniai personalo poreikio nustatymo parametrai yra *bendrasis ir papildomasis poreikis*. Išnagrinėjus mokslinės literatūros šaltinius galima apibendrinti, kad *bendrasis poreikis* – tai darbuotojų skaičius reikalingas organizacijos tikslams pasiekti. Kadangi organizacijoje dirbančių darbuotojų skaičius nėra pastovus – vieni ateina dirbti, kiti išeina, - atsiranda neatitikimai tarp esamo ir reikiamo darbuotojų skaičiaus. Anot Sakalo (2003), *papildomasis poreikis* – tai darbuotojų skaičius, kurio reikia papildyti sistemą, kad darbuotojų skaičius planinio laikotarpio pabaigoje būtų lygus *bendrajam poreikiui*. Taip pat aktualus ir *ypatingasis poreikis*, kuomet neužėmus atitinkamų pareigybų (nesat atitinkamo specialisto) gali sutrikti organizacijos darbas. *Ypatinguoju personalo poreikiu* turėtų rūpintis sveikatos įstaigos vyriausiasis gydytojas.

Pasak Veževičiūtės (2011), netinkamas žmogiškųjų išteklių planavimas gali skaudžiai atliepti organizacijos veiklai:

- Per mažas darbuotojų sveikatos priežiūros sistemoje sukelia specializacijos smukimą, mažėją suteikiamų paslaugų ir aptarnaujamų klientų.
- Per didelis darbuotojų skaičius sukelia papildomų išlaidų. Egzistuojantys teisės aktai bei darbo kodeksas numato daugybę darbuotojams taikomų apsaugos priemonių kaip etatų mažinimo kompensacijos, išeitinės išmokos, minimalus laikotarpis, prieš kurį reikia informuoti darbuotoją apie būsimą atleidimą. Dėl šių priežasčių darbdaviui dažniausiai yra itin keblu sumažinti pernelyg didelį darbuotojų skaičių. Be to, toks mažinimas atitinkamai sumažina konkurencingą darbo produktyvumą.

Anot Korsakienės, Lobanovos ir Stankevičienės (2011), personalo planavimo tikslas yra sumažinti neapibrėžtumą, sukurti lankstumą bei prisidėti prie vertikaliosios ir horizontaliosios integracijos. Planavimas padeda organizacijai sužinoti, kuriose srityse yra didelė darbuotojų kaita. Ši informacija yra naudinga sveikatos priežiūros įstaigos administracijai: sužinojusi apie didelę darbuotojų kaitą, ji gali rasti šio reiškimo priežastis ir situaciją taisyti. Be to, organizacija planuojanti darbuotojų poreikį gali lengviau reguliuoti jų judėjimą – kokie ir kiek darbuotojų bus perkelti į aukštesnes ar žemesnes pareigas bei kiek reikės padidinti ar sumažinti darbuotojų skaičių. Pagrindinės problemos planuojant personalo poreikį, pasak Korsakienės, Lobanovos ir

Stankevičienės (2011) kyla iš sunkumų prognozuojant ateitį, reikalingų duomenų, leidžiančių tiksliai planuoti, trūkumo bei aiškaus organizacijos strategijos nebuvimo.

Kaip teigia I. Bakanauskienė (2008), personalo planavimo rezultatas – planai, kaip užpildyti ateityje atsirandančias darbo vietas. Juose įvardijamos ateityje atsirandančios laisvos darbo vietos, reikiamas darbuotojų skaičius ir sprendimai – išorės ar vidaus kandidatai bus verbuojami į šias darbo vietas. Specialios „priviliojimo“ ir „išlaikymo“ programos reikalingos turimam personalui išlaikyti, jo judėjimui valdyti bei naujam reikalingam personalui pritraukti. Tokiose programose gali būti numatyta kvalifikacijos, mokymo bei ugdymo planai, karjeros galimybių įvertinimas ir kt. „Galutinis planavimo etapas – personalo komplektavimo plano sudarymas ir specialių programų parengimas“ (Personalo politikos koncepcija, 2007).

### **1.3. Žmogiškųjų išteklių (personalo) planavimo sveikatos priežiūros sistemoje ypatumai ir problemos**

Moksliniai tyrimai (Stankūnas, 2012; Mikutavičienė, 2013) rodo, jog Lietuva susiduria su rimtomis žmogiškųjų išteklių problemomis sveikatos apsaugos sektoriuje. Nacionaliniu lygiu stebimas sveikatos priežiūros specialistų trūkumas (Dienos fotografijos analizė, 2011). Pasireiškia susirūpinimą keliantys sveikatos priežiūros specialistų geografinio, lyčių, amžiaus, specialybių pasiskirstymo netolygumai.

Išanalizavus problemas sveikatos priežiūros sektoriuje (žr. 1.3.1. paveikslą) nustatyta, jog šioje sistemoje šakninė problema – *nepakankama sveikatos priežiūros įstaigų vadyba*. Šakninė problema sukelia likusias problemas, taip pat ir personalo planavimo, kuri savo ruožtu sukelia svarbiausią nepageidaujamą pasekmę – nepakankamą paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Kaip matyti schemoje (žr. 1.3.1. paveikslą), vienas iš pagrindinių veiksnių, sunkinančių medicinos paslaugų prieinamumą, yra **prastas personalo planavimas** visoje sveikatos priežiūros sistemoje. Siekiant užtikrinti gerą valdymą, reikia tinkamai paskirstyti atsakomybę už sveikatos priežiūros sistemos ir jos pagrindinių elementų veikimą, skatinti tvirtą vadovavimą, sukurti patikimus atskaitomybės mechanizmus ir aiškią organizacinę struktūrą. Tai įgalina tinkamai prisitaikyti prie naujų tikslų ir prioritetų, nustatyti ir įgyvendinti sumanias investavimo skatinimo priemones ir taip tinkamiau spręsti svarbius uždavinius.



**Netolygaus geografinio SPŽI pasiskirstymo problema.** Su šia problema susiduria visos šalys, nors problemos mastas, kaip ir bandymai ją spręsti, yra skirtingi. Netolygus geografinis pasiskirstymas neigiamai veikia sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimą, reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei jų kokybę ir pacientų pasitenkinimą prasčiau sveikatos priežiūros specialistų aprūpintose vietovėse. Medicinos personalas yra labiau linkęs apsigyventi ir verstis medicinos praktika miestuose, kur yra geresnės darbo ir profesinio tobulėjimo galimybės, ugdymo ir kitos socialinės sąlygos jiems patiems ir jų šeimų nariams. Šiuo metu gydytojų tankumas didėja Lietuvos vidurinėje ir pietvakarių dalyje, kai kuriuose didesniuose miestuose (Klaipėdoje, Marijampolėje ir kt.) (Lipnevič, 2015). Toliau nuo pagrindinių gydymo centrų nutolusiuose regionuose situacija aštrėja. Tai nulemia šie veiksniai: vykdoma gydymo paslaugų centralizacija, gydytojų kaitos nebuvimas – gydytojai išeina į pensiją, o jaunų gydytojų neatvyksta, periferinių regionų nepatrauklumas jauniems gydytojams, jaunų gydytojų emigracija. Lipnevič (2015) nuomone, situacijai periferijoje gerinti reikalinga imtis kryptingos gydytojų paskirstymo politikos. Pastaruoju metu dažnai keliamas tik privalomo gydytojų rezidentų įdarbinimo rajonų sveikatos priežiūros įstaigose klausimas, tačiau nediskutuojama apie skatinimo (pritraukimo) priemones, todėl tikslinga įvertinti kitų šalių patirtį, siekiant pagerinti geografinį gydytojų pasiskirstymą. Tam tikrais atvejais medicinos darbuotojų apsisprendimą dirbti geografiškai nepatraukliose vietovėse gali paskatinti asmeniniai veiksniai (kilimas iš šių vietovių, vertybės), šeimos ir bendruomenės veiksniai (šeimos narių įsidarbinimo ir ugdymo galimybės (darželių ir mokyklų buvimas), vietinės bendruomenės charakteristikos), finansiniai ir ekonominiai veiksniai (darbo užmokestis ir įvairūs priedai), su profesine karjera susiję veiksniai (tęstinio profesinio tobulėjimo galimybės, profesinis palaikymas, galimybė eiti vadovaujančias pareigas), darbo ir gyvenimo sąlygos (darbovietės infrastruktūra, darbo krūvis, apgyvendinimo sąlygos).

**SPŽI pasiskirstymas pagal specialybes.** Lietuvoje daugelio specialybių gydytojų pasiskirstymas kito nežymiai. 1993 m., 2000 m., 2006 m., 2015 m. ir 2017 m. populiariausios specialybės išliko tos pačios: vidaus ligos, vaikų ligos, akušerija ginekologija, chirurgija (LR Sveikatos apsaugos ministerija). Dėl sveikatos sistemos reformos sveikatos priežiūros sistema buvo perorientuota į pirminę sveikatos priežiūrą. Nors dėl to BPG skaičius tarp 1991 m. ir 2016 m. padidėjo ir 2016 m. siekė 50,8/100 tūkst. gyv., jie sudarė tik apie 12 proc. visų gydytojų. 1993–2000 m. labiausiai sumažėjo genetikos (–64,3 proc.), laboratorinės medicinos (–32,1 proc.) ir teisės medicinos gydytojų (–26,5 proc.) skaičius (LR Sveikatos apsaugos ministerija).

**Netolygus SPŽI pasiskirstymas viešajame ir privačiame sektoriuje.** Privačiame sektoriuje dirbančių gydytojų 1999–2008 m. padaugėjo nuo 827 (6 proc. visų gydytojų) iki 3320



gydytojų (24,8 proc. visų gydytojų). Miestuose privačiame sektoriuje dirbančių gydytojų buvo tris kartus daugiau nei rajonuose (Taljūnaitė ir kiti, 2012).

**Emigracija.** Užsienyje studijas baigę specialistai sudarė nemažą kai kurių Europos šalių sveikatos priežiūros darbuotojų dalį. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje 31 proc. medicinos praktika besiverčiančių gydytojų studijas baigė kitose šalyse. Norvegijoje tokių gydytojų buvo 15,4 proc., Danijoje – 5,5 proc., Vokietijoje – 5 proc., Prancūzijoje – 4,2 proc. Daugelio Vakarų šalių medicinos tyrimai atskleidė, kad iki 50 proc. absolventų planavo išvykti į užsienį (Starkienė ir kiti, 2007). Sveikatos priežiūros specialistų migracija yra neišvengiamas sveikatos sektoriaus bruožas ir tikėtina, kad ateityje ji dar didės.

Lietuvoje gydytojų migraciją į Europos šalis analizuoja Taljūnaitė (2012), kuri ypatingą dėmesį skiria gydytojo darbo vietos pasirinkimui. Svarbus yra 2011 m. LSMU užbaigtas tyrimas „Dienos fotografijos analizė“, kuriame pirmą kartą buvo tikrinama informacija apie Lietuvos sveikatos priežiūros darbuotojų faktinius įdarbinimus užsienyje.

Mokslininkų (Lipnevič (2012), Taljūnaitė (2012), Ferura (2013)) teigimu, sveikatos priežiūros darbuotojų migraciją skatina didesni atlyginimai, geresnės darbo sąlygos, profesinės patirties įgijimas, mokymai ir karjeros galimybės. Pasak Pociaus (2012), Lietuvos medicinos darbuotojus emigruoti skatina santykinai mažesni atlyginimai, nepagrįstos jų diferenciacijos, nereikalingos biurokratinės procedūros, nelankstus darbo organizavimas, konkurencija tarp kolegų, nusivylimas šalies sveikatos priežiūros sistema ir nuolatinė įtampa.

*Finansinis atlygis.* Tarp pagrindinių veiksnių, darančių įtaką medicinos personalo planavimui, yra finansinis atlygis. Atlyginimų skirtumai medicinos srityje tarp Europos šalių aiškiai pastebimi. Lietuvai įstojus į ES, sveikatos priežiūros darbuotojų darbo rinka tapo gerokai lankstesnė ir mobilesni (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė: Valstybinio audito ataskaita - ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?). Įtaką atlyginimams taip pat daro kai kurių Europos šalių vykdoma užimtumo politika.

*Darbo aplinka ir sąlygos.* Kitas veiksnys, darantis įtaką medicinos personalo emigracijai, yra darbo aplinka ir sąlygos. Idealioms darbo sąlygoms neretai prieš pastatomi atskiri negatyvūs gydytojų karjeros aspektai: bereikalingas biurokratizmas bei žemas darbo užmokestis, lyginant su Skandinavijos šalimis, Amerika. Taljūnaitės (2012) teigimu, kitas nepalankių darbo sąlygų pavyzdys – būtinos erdvės darbo vietoje trūkumas. Pavyzdžiui, skundžiamasi, kad dėl griežto finansinių išteklių taupymo reikėjo persikelti į kitą pastatą, labai sumažėjo įstaigos darbo plotas. Dar viena problema – neoptimalus pacientų eiliškumas. Neefektyviai organizuotas pacientų eiliškumas sukelia netolygų arba pernelyg didelį darbo krūvį. Kad būtų galima įsigilinti į paciento problemas, pageidautina vienam žmogui skirti apie pusvalandį (Taljūnaitė ir kiti, 2012).

Kai kurios Europos sąjungos šalys yra sukūrusios aukštus sveikatos priežiūros standartus – gerai įrengtos ligoninės, aukštosios technologijos diagnostikai ir gydymui, naujausi įrankiai/priemonės bandymams. Sveikatos priežiūros personalas susiduria su per mažu ligoninių lovų skaičiumi, sena diagnostine įranga, būtinų vaistų ir priemonių trūkumu arba netinkamomis dirbti sąlygomis. Darbas šalyje, kurioje sudarytos geresnės sąlygos, tampa patrauklia alternatyva. Geresnės darbo sąlygos ne tik susijusios su prieiga prie geresnės sveikatos priežiūros įstaigos įrangos, bet ir su socialinėmis ir ekonominėmis paskatomis, darbo grafiku ir paaukštinimo galimybėmis.

### **1.3.1. Žmogiškųjų išteklių (personalo) planavimo teisinė aplinka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sistemoje**

Žmogiškųjų išteklių, personalo politika (Human Resources Politics for Health – angl.) – visuma strategijų bei programų, reguliuojančių darbo jėgos panaudojimą sveikatos sektoriuje bei platesniame socialiniame, politiniame, ekonominiame kontekste, siekiant įsigyti reikiamą sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų skaičių su reikiamais įgūdžiais ir motyvacija reikiamu metu ir reikiamoje vietoje, esant ribotiems finansiniams resursams (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011 m.).

Investicijoms planuoti būtina turėti bendrą valstybinę SŽPI politikos strategiją. Politika, nepagrįsta politikos turinio dokumentu, anot O. Adams (2003), yra visiškai nevertinga. Svarbu, kad atitinkama valdžios institucija patvirtintų SPŽI politikos dokumentą tam, kad jis būtų pripažintas bei turėtų atitinkamą vertę bei svarbą. Politikos turinio dokumentas turi atspindėti valstybės vadovų ketinimus ir atkreipti dėmesį į svarbiausius personalo planavimo klausimus. Lietuvoje sukurtos politinės strategijos bei programos, padedančios SPŽI planavimui.

Remiantis strategija „Lietuva 2030“ Lietuvos aukštųjų mokyklų studentus raginti bent vieną semestrą studijuoti kitų šalių aukštosiose mokyklose, ypač skatinami studentų mainai tarp Šiaurės ir Baltijos regiono valstybių. Taip užtikrinamas platus studentų matymas, studentai įgyja įvairios patirties. Taip būtų ruošiama nauja, turinti platesnį požiūrį, medicinos darbuotojų karta.

Strategija nekelia tikslų ir uždavinių atskiriems šalies ūkio sektoriams, tačiau pabrėžia esminių pokyčių poreikį. Strategija buvo grindžiama remiantis darnaus vystymosi principais bei Lietuvos valstybės ir visuomenės vystymosi materialiaisiais ir nematerialiaisiais ištekliais. Tokią pat strategiją galima pritaikyti ir sveikatos priežiūros įstaigoms. Remiantis profesinėmis ir kvalifikacinėmis galimybėmis, aukšta darbo kultūra, stabilia teisės sistema, gera informacinių technologijų ir skaitmenine infrastruktūra, galima sukurti konkurencingą sveikatos priežiūros įstaigą, gebančią vertinti ir saugoti savo darbuotojus, inicijuojant emigracijos mažinimą bei

tolerancijos ir pasitikėjimo didinimą organizacijos viduje. Tokiai strategijai įgyvendinti reikia pačių darbuotojų pritarimo, ryžto keistis, tarpusavio pasitikėjimo, pagarbos ir iniciatyvos.

Remiantis „2014-2020 metų nacionalinės pažangos programa“ vertikaliųjų prioritetų pagrindu, galima teigti, jog šio dokumento nuostatos taip pat turi įtakos personalo planavimo sveikatos priežiūros sistemoje. Šioje programoje aptariama emigracijos reikšmė visuomenei ir kiekvienai organizacijai. Emigravus žmonėms, sveikatos priežiūros sistema neteks daug puikių specialistų. Turbūt Lietuvoje nėra gydymo įstaigos, nepraradusios nė vieno darbuotojo. Medicinos darbuotojai vis dažniau „spjauna į neretai 12 valandų trunkančias darbo dienas, mažus atlyginimus ir patraukia į užsienio šalis, kur jų patirtis ir vertinama“. Ši strategija deklaruoja būtinybę investuoti į žmogiškąjį kapitalą, norint išlaikyti ir ugdyti medicinos darbuotojus.

Vienas iš horizontaliųjų prioritetų šioje programoje skelbia, jog būtina siekti geros žmonių sveikatos. 8 prioritetas nurodo, jog norint turėti kompetentingus darbuotojus, būtina kurti ir atnaujinti sveikatos specialistų rengimui ir tobulinimui reikalingą infrastruktūrą, tobulinti ir rengti naujas sveikatos specialistų studijų programas ir jų aprašus, kelti sveikatos specialistų kvalifikaciją, skatinti efektyvų sveikatos specialistų poreikio prognozavimą ir planavimą, kuriant veiksmingas įdarbinimo priemones. „Atsižvelgdami į tai, kad medicinos darbuotojų profesija reikalauja nuolatinio kvalifikacijos tobulinimo ir turimų žinių atnaujinimo, reikia investuoti į specialistų kvalifikacijos tobulinimą, deramą dėmesį skirti medicinos ir vadovaujančiojo personalo kvalifikacijos tobulinimui, kompetencijai sveikatos vadybos, ekonomikos bei lyderystės srityse“. Šia programa siekiama, kad rezidentūros studijų bazės apimtų ir regionines bei rajonų ligonines. Būtina redaguoti trūkstamų sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo į rajonus sistemą.

Kaip skelbia *Lietuvos Respublikos partnerystės sutartis*, siekiant mažinti emigraciją Lietuvoje turėtų būti kuriama konkurencinga, lyginant su kitų šalių sveikatos priežiūros įstaigomis, darbo aplinka. Tai apima technologines priemones, skirtas maksimaliai palengvinti sveikatos priežiūros darbuotojo darbą ir sumažinti techninio darbo apimtį. Taip pat bus siekiama, jog medikų darbo užmokestis taptų toks, kad sveikatos sistemos darbuotojai galėtų oriai gyventi. Tuo tikslu reikia įvertinti paslaugų teikimo tinklo optimizavimo galimybes ir sutaupytas infrastruktūros išlaikymo lėšas skirti darbo užmokesčiui. Sutartyje nurodoma, jog g „reikia atsižvelgti į konkretų poreikį, lanksčiai spręsti specifines konkreitiems regionams būdingas sveikatos apsaugos problemas, pvz., papildomų žmogiškųjų išteklių rengimo ir mobilizavimo klausimus“. Tam reikalingas geresnis sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus planavimas ir sektina geroji tarptautinė praktika, kai priklausomybės konsultantai rengiami ir

integruojami į sveikatos apsaugos sistemą savivaldybių ar net seniūnijų lygmeniu (Lenkijos patirtis).

2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 10 prioriteto 10.1.5 uždavinys nurodo, jog Lietuvos valstybinė tarnyba vis dar per daug orientuota į veiklos procesus ir teisinį jų reglamentavimą. Norint strategiškai organizuoti organizacijų, tame tarpe ir medicinos įstaigų, personalo planavimą būtinas orientavimasis į rezultatus, inovacijų taikymas, lankstumas, strateginiai gebėjimai. Siekiant spręsti ŽI problemas, būtini neatidėliotini pokyčiai personalo planavimo ir jų kompetencijų valdymo srityse. Įgyvendinant šį uždavinį, bus siekiama sukurti ir įdiegti, skaidrią ir konkurencingą darbo užmokesčio sistemą, pažangias motyvavimo priemones, patobulinti valstybės tarnautojų atrankos sistemą, orientuojant ją į gebėjimų ir kompetencijų vertinimą. Taip pat bus skatinamas pažangių personalo valdymo instrumentų taikymas institucijų lygiu, sustiprintos Vyriausybės prioritetinėmis pripažintos dirbančiųjų strateginės kompetencijos.

Septnioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje (2016) teigiama, jog bus siekiama gerinti sveikatos priežiūros specialistų darbo sąlygas ir pritraukti šeimos gydytojus į šalies regionus. Norima įdiegti kompleksinį sveikatos priežiūros sistemos specialistų planavimo modelį: siekiama didinti medicinos personalo darbo užmokestį, vertinti esamų specialistų skaičių, planuoti sveikatos sistemos bei demografinius pokyčius, leisti planuoti specialistų rengimą mokymo įstaigose. Išreikšta ambicija pritraukti šeimos ir kitų specialybių gydytojus į didžiausiais sveikatos netolygumais pasižyminčius regionus.

Ne tik šalies ar Europos strateginiuose dokumentuose yra kalbama apie medicinos darbuotojų planavimą gydymo įstaigose. Taip pat ir pagrindinis Lietuvos Respublikos dokumentas – *Konstitucija*, turi įtakos personalo planavimui gydymo įstaigose. 4 skirsnio 53 straipsnis nurodo, jog „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“. Vykdydamos šią konstitucinę funkciją valstybės sveikatos politiką formuojančios ir įgyvendinančios valstybės institucijos turėtų imtis priemonių pakankamam aukštos profesinės kvalifikacijos sveikatos priežiūros specialistų kiekiui užtikrinti, prognozuoti specialistų poreikį ateityje ir skirti jiems rengti būtinas valstybės lėšas, sudaryti sąlygas, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų visiems realiai prieinamos (Mikutienė, 2016).

Įstaigos savo praktinėje veikloje turi vadovautis priimtais teisės aktais, įstatymais, nutarimais. Nagrinėjant strategines Valstybės programas, aiškiai matoma, jog Vyriausybė reaguoja į sveikatos priežiūros darbuotojų mažėjimą, kuria planus, kaip pritraukti ir išlaikyti rezidentus, jau dirbančius darbuotojus, specialistus iš kitų šalių.

Lietuvoje SPŽI sampratos pagrindas yra *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymas Nr. V-891*, teisiškai reglamentuojantis strateginį žmonių išteklių planavimą sveikatos sektoriuje. Šis įsakymas pateikia sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškuosius išteklius pagal medicinos specializacijas: sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškaisiais ištekliais Lietuvoje yra laikomi gydytojai, odontologai, vaistininkai, reabilitacijos ir slaugos specialistai (slaugytojai, akušeriai, kineziterapeutai, ergoterapeutai) bei visuomenės sveikatos specialistai. Šis ministro įsakymas, kaip ir jo pirmtakas (*Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programos tvirtinimo: LR Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-802*), išplečia SPŽI sampratą, t. y. apima ne tik gydytojus, odontologus ir slaugos personalą (siauras ŽI supratimas), bet ir farmacijos bei visuomenės sveikatos specialistus.

Viena iš pagrindinių priežasčių, nulėmusių 2009 m. Vyriausybės nutarimo Nr. 411 „*Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 30 d. nutarimo Nr. 1195 „Dėl darbuotojų, kurių darbo pobūdis yra susijęs su didesne protine, emocine įtampa, darbo laiko sutrumpinimo tvarkos ir darbuotojų, kuriems nustatytas sutrumpintas darbo laikas, darbo apmokėjimo sąlygų patvirtinimo“ pakeitimo*“ pakeitimą, buvo tai, kad darbuotojai, darbdaviai ir jų atstovai skirtingai vertino ir taikė minėto Vyriausybės nutarimo nuostatas. Kita priežastis, turėjusi įtakos reglamentavimo diferencijavimui – nėra galimybių palyginti skirtingų sričių sveikatos priežiūros specialistų darbo ir jų teikiamų paslaugų specifikos nesant objektyvių protinės ir emocinės įtampos kriterijų. Akivaizdu, kad chirurgui ar kardiologui, ypač dirbančiam ne konsultacinėje ligoninėje, kylančios protinės ir emocinės įtampos negalima prilyginti poliklinikoje dirbančio šeimos gydytojo patiriamai. Taip pat negalima sulyginti intensyviosios terapijos skyriuje dirbančios slaugytojos ir šeimos gydytoju padedančios bendrosios praktikos slaugytojos darbo.

Sveikatos priežiūros darbo laiko reglamentavimui itin svarbūs *Europos Teisingumo Teismo sprendimai dėl direktyvos taikymo sveikatos apsaugos sistemoje*. Šiuo metu vis dar nagrinėjami šie klausimai (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011 m.):

- budėjimo laikas;
- minimalaus laiko poilsio nustatymas;
- pernelyg ilgo darbo laiko klausimo sprendimas;
- geresnis darbo ir šeimos gyvenimo derinimas;
- teisės aktuose neaiškiai išdėstytų nuostatų tikslinimas.

Maksimalus darbo laikas Lietuvoje, įskaitant viršvalandžius, yra nuo 50 iki 78 valandų per savaitę (*Lietuvos Respublikos darbo kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas* (2016)). Nors darbuotojai sutinka dirbti tokiomis sąlygomis, tačiau atlikti tyrimai

parodė, kad ilgos darbo valandos neigiamai veikia sveikatos priežiūros personalo sveikatą, sutrikdo jų profesinės veiklos ir asmeninio gyvenimo pusiausvyrą ir padidina medicininių klaidų riziką (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011m.).

1.3.1.1. lentelė

**Veiksniai ir pasekmės, atsirandančios dėl didelio slaugytojų darbo krūvio**

<b>Veiksniai, atsirandantys dėl didelio darbo krūvio</b>	<b>Didelio darbo krūvio pasekmės pagal veiksnius</b>
Laiko stoka	Darbo krūvis lemia SPŽI darbo laiko paskirstymą. SPŽI gali neturėti pakankamai laiko atlikti užduotis. Laiko stoka gali lemti sprendimus dėl kai kurių procedūrų atlikimo, sumažinti bendradarbiavimą tarp darbuotojų arba jo kokybę, pakenkti bendravimui su pacientu ir kt.
Mažėjanti motyvacija	Gali sukelti moralės mažėjimą, pravaikštas, prastus darbo rezultatus, priežiūros kokybės sumažėjimą, sumažinti sveikatos įstaigų darbo efektyvumą.
Slaugos stresas ir išsekimas	Gali sukelti neigiamas emocijas (cinizmą, pyktį, emocinį išsekimą) ir visišką išsekimą. SPŽI, nuolat patiriantys stresą, negali veiksmingai atlikti užduočių, fiziniai ir protiniai gebėjimai nusilpsta.
Tyčiniai pažeidimai	Nuokryptai nuo taisyklių, nuostatų, politikos, instrukcijų ir pan.
Sisteminis, organizacinis poveikis	Vieno SPŽI didelio darbo krūvio pasekmės gali turėti įtakos kitiems sveikatos sistemos darbuotojams, pavyzdžiui, nebelieka laiko padėti kitam slaugytojui arba apmokyti naujus.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Leonienė, 2001; Stirblienė, 2015.

Apžvelgus slaugos specialistų darbą reglamentuojančią teisinę bazę, pastebėta, kad sukurta nemažai teisinių dokumentų, apibrėžiančių sveikatos priežiūros specialistų kompetenciją, teises, pareigas bei atsakomybę, taip pat tobulinimo ir licencijavimo tvarką; sveikatos priežiūros specialistų rengimo programos atitinka europinius reikalavimus. Tačiau Lietuvoje, anot Jankauskienės (2011), nėra aiškios slaugos žmogiškųjų išteklių planavimo strategijos, darbo krūvio reglamento, nors Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiame veiklos plane pažymima, kad sveikatos paslaugų ir specialistų skaičius turėtų būti nustatomas pagal poreikius

Daugelio SPŽI politikų, strategijų ir planų nesėkmingo įgyvendinimo priežastis yra finansinių resursų ir politinio išsipareigojimo trūkumas. Dažnai parama yra atsitiktinė arba tik kaip atsakas į tam tikrą krizę, pvz., sveikatos apsaugos darbuotojams streikuojant peržiūrėti atlyginimai. Nestabilioje aplinkoje, kurioje nuolat keičiasi prioritetai ir asmenys, priimančys sprendimus, yra sunku sėkmingai formuoti ir įgyvendinti politiką net ilgame laikotarpyje. Įsipareigojimų stabilumas įmanomas tuomet, kai vyriausybė sveikatos sektoriaus darbo jėgos vystymo iniciatyvas laikys vienu iš viešosios politikos prioritetų ir viena iš pagrindinių sveikatos apsaugos politikos funkcijų (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011 m.).

Valstybėse priimti teisės aktai, įstatymai, nutarimai yra rodikliai, kuriais turi vadovautis įstaigos savo praktinėje veikloje. Nagrinėjant strategines Valstybės programas, aiškiai matosi, jog Vyriausybė reaguoja į sveikatos priežiūros darbuotojų mažėjimą: kuria programas specialistų pritraukimui bei išlaikymui, svarstoma emigracijos mažinimo galimybė, planuojant sveikatos priežiūros personalą bei siekiant sveikesnės visuomenės.

### **1.3.2. Personalo planavimo Lietuvos sveikatos priežiūros institucijoje problemos**

Personalo poreikis sveikatos priežiūros institucijose planuojamas norint didinti personalo potencialą, siekiant, kad jis atitiktų (arba net aplenkėtų) šiuolaikinius reikalavimus, plėtotės uždavinius, kitimo tendencijas, vidinę ir išorinę aplinką. Atitikimo lygis tuo aukštesnis, kuo labiau panaudojamos personalo ir atskirų individų galimybės bei įvertinamos kvalifikacinių reikalavimų kitimo tendencijos (Sakalas, 2003). Dažnai atskiroje sveikatos priežiūros institucijoje iškylančios personalo planavimo problemos sutampa su nacionalinio lygmens personalo planavimo problemomis sveikatos priežiūros sistemoje. Jos yra skirstomos į vidines ir išorines (Bakanauskienė, 2008; Taljūnaitė, 2012):

**Vidinės:** nepakankamas bendradarbiavimas su specialistus rengiančiomis aukštosiomis mokyklomis, nepakankama sąveika su vietos valdžia, paviršutiniška specialistų poreikio ilgajam periodui analizė, didelis darbo krūvis, mažas sveikatos priežiūros darbuotojų darbo užmokestis, nepakankamas kvalifikacijos tobulinimo finansavimas, gerų tarpusavio santykių tarp skirtingų darbuotojų grupių nebuvimas, darbuotojų motyvacijos trūkumas.

**Išorinės:** darbo jėgos nutekėjimas į kitas šalis, darbo jėgos senėjimas, specialistų emigracija į sostinę, regionų vystymosi netolygumai, atskirų medicinos specialybių nepopuliarumas universitetinėse studijose.

Personalo planavimas sveikatos priežiūros institucijoje yra svarbus instrumentas, leidžiantis greičiau prisitaikyti prie aplinkos pokyčių, racionaliau panaudoti įstaigos lėšas bei efektyviau įgyvendinti numatytas programas, tačiau jo įgyvendinimas kelia tam tikrų problemų, kurias nėra taip lengva išspręsti. Prie trumpalaikių planų galima priskirti sveikatos priežiūros institucijų veiklos planus, metinius planus. Jankauskienė (2013) nurodo svarbiausias problemas, su kuriomis susiduria sveikatos priežiūros institucijos, kurdamos personalo planavimo sistema:

- ne visada skirtingo laikotarpio strateginiai planai sudaro bendrą planų sistemą;
- ne visada pakankamai dėmesio skiriama pagrįstai esamos situacijos analizei;
- įgūdžių ir žinių stoka detalizuojant išskeltus tikslus ir uždavinius, nepakankami sveikatos priežiūros institucijų administravimo specialistų gebėjimai strateginio planavimo srityje;

- nepakankamai dėmesio skiriama parengtų strategijų tęstinumui – parengtos strategijos nėra reguliariai peržiūrimos ir koreguojamos, atsižvelgiant į besikeičiančias aplinkybes;

- neaiškios sveikatos priežiūros specialistų veiklos bei atsakomybės ribos;
- nereglamentuotas darbo krūvis;
- nepasiteisinę profesiniai lūkesčiai.

Pagrindinėmis personalo planavimo kliūtimis laikytini finansinių išteklių trūkumas, personalo neskatinimas pagal planavimo rezultatus, darbuotojų trūkumas planavimo padalinyje ir nepakankama planavimo patirtis (Jankauskienė, 2013). Didelis sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumas smarkiai didina pacientų nepasitenkinimą suteiktomis paslaugomis. Taip yra dėl to, kad sveikatos priežiūros institucijoje dirbantis personalas yra priverstas dirbti padidintais darbo krūviais, o tai neleidžia jiems pakankamai dėmesio skirti pacientams ir priskirtiems darbams. Sveikatos priežiūros vadovams norint užtikrinti kokybiškas teikiamas paslaugas, reikia kuo efektyviau panaudoti turimus darbuotojus.

Sveikatos priežiūros institucijose personalo planavimo programą rengia ir ją įgyvendinimą prižiūri institucijos vadovo (ar jo įgalioto asmens) paskirti programų koordinatoriai, dažniausiai – personalo skyriaus vadovai / vedėjai.

Personalo skyriaus vadovai dažnai įvardija šias pagrindines sėkmingo personalo planavimo kliūtis (Bakanauskienė, 2008):

- nesugebėjimas suderinti žmoniškųjų išteklių planavimo su sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ciklu;
- darbo jėgos numatymo proceso kaip trumpalaikė veiklos matymas;
- padaliniam vadovaujančių asmenų nenoras / nesugebėjimas įsitraukti į personalo valdymo procesą ir nenoras naudoti personalo vadovų jau suformuotos strategijos kasdieniniame darbe.

Netinkamas personalo planavimas gali daryti įtaką sveikatos priežiūros institucijos veiklai. Personalo planavimo klaidos nelieka be padarinių – per mažas darbuotojų skaičius institucijoje sukelia suteikiamų medicininių paslaugų apimtį ir specializacijos smukimą.

Didžioji dalis sveikatos priežiūros institucijų yra valstybinės. Valstybinės institucijos turi būti atviresnės negu privatus sektorius. Dažnai jos privalo viešai skelbti savo planus. Siekiant išvengti spaudimo iš aplinkos valstybinių institucijų planuose gali būti miglotai apibūdinamos kai kurios strategijos nenorint, kad kas nors sutrukdytų tikslams pasiekti, paslepamos tam tikros temos nenorint, kad per ankstyvas atvėrimas paaštrintų problemas. Svarbu, kad šis spaudimas viešiesiems planams netrukdytų tinkamai pasirengti problemų sprendimui (Jonušas, 2012). Viešieji



planai gali skirtis nuo dokumentų, kurie pateikiami lėšas skirstančiai institucijai, ir nuo darbinių dokumentų, naudojamų institucijos viduje.

Apibendrinant galima pasakyti, jog dauguma planavimo problemų siejamos subendradarbiavimo tarp žmogiškųjų išteklių specialistų ir už sveikatos priežiūros institucijų plėtrą atsakingų vadovų trūkumu ar menka jų kompetencija. Pagrindinė žmogiškuosius išteklius planuojančių vadovų / vedėjų klaida yra ta, jog jie dažniausiai susikoncentruoja ties trumpalaikiais tikslais ir nesuderina savo veiksmų su ilgalaikėmis planavimo strategijomis. Reikia nuolat tobulinti planavimo procesus, kai paaiškėja, kas nelabai tinka ar nelabai pavyksta. Strateginiai planavimo tikslai kasmet turi būti peržiūrimi atsižvelgiant į naujas problemas.

### **1.3.3. Personalo planavimas kitų valstybių sveikatos priežiūros sistemose**

Europos Sąjungoje nėra vieningos asmens sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo sistemos, visuotinai priimtų darbo krūvių standartų ar normatyvų (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011). Dažniausiai remiamasi rekomendacijomis ir geros praktikos gairėmis, kurias sudaro nacionalinės arba europinės specialybių draugijos bei organizacijos. Europos autoriai teigia, kad nereikia akiai kopijuoti svetimų metodikų, kurios yra kitokios kultūros rezultatas. Jau ne kartą mokslininkai patvirtino, kad įvairiose šalyse vyrauja skirtingi personalo valdymo principai, kuriuos galima paaiškinti ir suprasti tik nacionalinių kultūrų kontekste.

Geros sveikatos priežiūros sistemos sukūrimas yra ilgas procesas, nesvarbu, kurioje Europos šalyje jis vyktų. Daug įtakos turi geografiniai, kultūriniai (urbanizacija, religija, šeimos tradicijos, socialinė gerovė) ypatumai. Suprantama, kad nesant tvirtų ryšių tarp medicininės ir socialinės priežiūros, iškyla rimtesnių problemų. Sveikatos priežiūros sistemoje nustatyti medicinos personalo darbo normatyvus sudėtinga, nes veikia daug įvairių veiksnių – pacientų charakteristikos, jų poreikių įvairovė, daugiadisciplinė priežiūra (gydytojai, slaugos personalas, padėjėjai, socialiniai darbuotojai).

Belgijoje yra centralizuota slaugytojų ir pacientų santykio reglamentavimo tvarka: 12 slaugytojų tenka 30 lovų per parą. Remiantis šia formule ligoninėms yra skiriamas finansavimas, tačiau ligoninės administracija gaunamas lėšas gali panaudoti taip, kaip ji pati nori. Yra polinkis įdarbinti kuo mažiau kvalifikuotų slaugytojų, iš dalies dėl jų trūkumo šalyje ir dėl prastos vadybos ideologijos. Šalies vyriausybė įdiegė slaugytojų darbo krūvio skaičiavimo įrankį, kuris suskirsto slaugytojų darbą į 23 kategorijas pagal darbo pobūdį. Kas ketvirtą ligoninių administracija pateikia ataskaitas, pagal kurias vertinama, kiek ir kokių veiksmų slaugytojai atliko pagal atskiras kategorijas (Allen, 2004). Tokia metodika leidžia palyginti

duomenis tarp atskirų skyrių ir ligoninių, pagrįsti didesnio finansavimo poreikį bei gerinti skyrių aprūpinimą darbuotojais.

Belgijoje rajonų gyventojų aprūpinimo šeimos gydytojais rodiklis svyravo tarp 9,8 ir 14,4/10000 gyventojų, tuo tarpu aprūpinimo gydytojais specialistais rodiklis skyrėsi beveik 3 kartus (8,4 kaimo vietovėse ir 24,0 Briuselyje) (Stordeur, 2010). Tai rodo, jog ir išsivysčiusiose šalyse sveikatos priežiūros personalo planavimas yra didelis iššūkis tiek vietovės, tiek visos valstybės lygmeniu.

Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotiniame „Dienos fotografijos“ tyrime (2011) nurodoma, jog Jungtinėje Karalystėje visuose sektoriuose taikomas principas, kuomet esant darbuotojo ir darbdavio susitarimui nustatomas ilgesnis maksimalus darbo laikas. Šiuo metu darbuotojai Jungtinėje Karalystėje gali dirbti 78 valandas per savaitę, o daugiau nei 48 valandas dirbančių asmenų skaičius siekia 1.7 mln. gyventojų. Norvilaitė (2017) nurodo, jog Jungtinės Karalystės Nacionalinė sveikatos tarnyba (NHS) paskelbė naują programą, kurios tikslas – įdarbinti penkis šimtus šeimos gydytojų iš Lietuvos, Lenkijos ir kitų Europos šalių. Šia programa siekiama sumažinti darbuotojų trūkumą prieš įsigaliojant „Brexit“. Anglijos sveikatos priežiūros įstaigos imigrantams siūlo 90 tūkst. svarų per metus atlyginimą bei kitas privilegijas.

Dienos fotografijos“ tyrime (2011) teigiama, jog Prancūzija priėmė papildomus teisės aktus, ribojančius maksimalią savaitės darbo trukmę iki 35 val. Atsakingi Prancūzijos vyriausybės sistemos organai siūlo griežtinti direktyvos nuostatas bei nurodyti datą, nuo kurios būtų draudžiama taikyti išimtis darbo trukmės nustatymui, taip siekiant gerinti darbuotojų sveikatą ir socialinį saugumą. Prancūzijoje atsisakymo vykdyti direktyvą principas galimas tik sveikatos priežiūros sistemoje ir tik sveikatos darbuotojams, dirbantiems stacionarinėse ligoninėse, teikiant skubiosios medicinos pagalbos arba anesteziologijos paslaugas. Visi kiti sveikatos priežiūros atstovai, viršijantys nustatytą darbo laiką, daro tai savanoriškai. Dalis Prancūzijos sveikatos priežiūros, ypač nutolusiuose regionuose, kuriuose yra jaučiamos demografinės problemos, naudojami metine darbo laiko apskaita. Tuomet ŽI (personalo) galimas 60 valandų per savaitę numatytas limitas. Profesinės organizacijos ir sąjungos pažymi, jog daugeliu atveju sveikatos priežiūros specialistai dirbantys kaimo regionuose privalo sutikti dirbti ilgesnes darbo valandas, kad būtų užtikrintas nepertraukiamas medicininių paslaugų teikimas gyventojams.

Vokietijos ligoninių asociacija pažymėjo, jog jei ŽI (personalas) pasinaudotų direktyvos numatyta teise atsisakyti kolektyvinių darbo sutarčių, leidžiančių dirbti daugiau nei 48 valandų darbo savaitę, įskaitant budėjimus, Vokietijoje kiltų dideli administraciniai sunkumai bei kiltų grėsmė sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. Nurodoma, jog nors šiuo metu Vokietijoje nėra viršijama 78 valandų per savaitę riba, faktiškai ŽI (personalas) dažnai dirba 54 – 60 valandas per

savaitę (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011).

Katkienės (2015) teigimu, Vokietijoje išlaidos sveikatos apsaugai labai didelės – per metus šaliai skiriama 290 milijardų eurų. Vokietija pirmauja Europoje ir pagal gydytojų skaičių, ir pagal lovų skaičių ligoninėse. Gydytojai dirba per 5,2 mln. žmonių. Šalyje yra 142 803 gydytojai ir 312 962 slaugytojos. Nurodomas, jog sveikatos priežiūros specialistų darbo laikas planuojamas labai efektyviai. Ypač efektyviai planuojamas procedūrų laikas, medicinos įrangos eksploatavimo laikas – siekiama, kad dirbama būtų visą parą (Katkienė, 2015). Ligoninės Vokietijoje yra ir valstybinės, ir privačios. Privačios ligoninės dažniausiai yra didelių koncernų nuosavybė.

Lenkijoje dramatiškai trūksta gydytojų. Tūkstančiui gyventojų tenka tik 2,2 gydytojo. Tai žemiausias koeficientas visoje Europoje (ES vidurkis – 3,1). Pagrindinė stygiaus priežastis – gydytojų emigracija ir nepakankamas medicinos studentų skaičius. Emigruoja pirmiausia jauni gydytojai. Šiandien vidutinis gydytojo amžius Lenkijoje – 55 metai. Jauni gydytojai emigruoja ne tik dėl geresnių atlyginimų, bet ir dėl to, kad Lenkijoje sunku baigti specializaciją (Komaras, 2016). Gydytojai dirba keliose vietose, dažniausiai dviem arba trim etatais. Ekspertai įsitikinę, kad jei Sveikatos apsaugos ministerijai pavyktų įgyvendinti savo planą apriboti medikų darbą iki vieno etato, situacija taptų dar dramatiškesnė.

Lenkijoje atsisakymo vykdyti direktyvą principas yra taikomas sąlyginai ir tik tiems asmenims, kurie dirba budėjimu režimu sveikatos priežiūros sektoriuje, siekiant užtikrinti 24/7 medicininę pagalbą gyventojams. Lenkijoje atsisakymo vykdyti direktyvą principas buvo pritaikytas dėl per mažo specialistų trūkumo sveikatos priežiūros sistemoje. Taigi, ŽI (personalas) Lenkijoje gali dirbti iki 78 valandų per savaitę – maksimalų limitą, nurodytą direktyvoje. Vis dėlto, sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios institucijos nurodo maksimalų darbo laiką individualiose ŽI darbo sutartyse, kuris siekia – 60 – 65 val. per savaitę (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė, 2011).

Planuojant sveikatos priežiūros specialistų pasiūlą daugelyje šalių naudojami panašūs planavimo metodai ir vertinami panašūs veiksniai, tačiau yra ypatumų, nulemtų skirtingų ekonominių, socialinių ir kultūrinių kontekstų. Panašios geografinės plotmės šalys susiduria su tomis pačiomis personalo planavimo problemomis (Lietuva, Lenkija). Aiškiai matosi, jog griežtų planavimo sankcijų, tokių kaip maksimalus darbo laikas, konsultacinis darbas po budėjimų, taikymas nėra tinkamas būdas personalo planavimui koreguoti, nes netenkama daug darbo jėgos, kurios reikia ieškotis iš kitų šalių. Vis dėlto svarbiausia prioritetai sveikatos priežiūros sistemoje visose šalyse išlieka tie patys – poreikius tenkinančios darbo sąlygos ir atitinkamas atlyginimas.

### 1.3.4. Tarpinstitucinė sąveika įgyvendinant žmogiškųjų išteklių (personalo), reikalingų sveikatos priežiūros institucijai, planavimą

Mokslinėje literatūroje galima sutikti tokias sąvokas „tarpinstitucinis bendradarbiavimas“ (Vaitkevičius, 2009; Marcinkevičiūtė, Balžekienė, 2014), tarporganizacinis bendradarbiavimas“ (Raišienė, 2008), „tarpžinybinis bendradarbiavimas“ (Jonynienė, 2005; Bubelienė, 2007; Vitkauskas, 2010; Griškutė, Masiliauskienė, 2010), „tarpinstitucinė partnerystė“ (Bučaitė - Vilké, Motiejūnaitė, 2011), kuriomis apibūdinama įvairių socialinių organizacijų bendra veikla ir pastangos, siekiant užsibrėžtų tikslų. Pastebėtina, jog šios sąvokos moksliniuose tekstuose dažnai vartojamos kaip sinonimai.

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas personalo planavime Lietuvoje nėra išplėtotas, nepakankamas ministerijų ir institucijų įsitraukimas į sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą (tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo galutinė ataskaita, 2012). Europos sąjunga ir Pasaulio sveikatos organizacija, paskelbusi iniciatyvą „Sveikata visose politikose“ (Health in all policies), ragina sveikatos klausimus įtraukti į visų valstybės valdymo institucijų darbotvarkes. Įgyvendinant šią iniciatyvą labai svarbus vaidmuo tenka tarpinstituciniam bendravimui.

Formuojant šalies ir regiono sveikatos politiką, panaudojant jau turimas visų valstybės, savivaldos ir jos teritorijoje veikiančių institucijų bei bendruomenės narių iniciatyvas, naujų ir atsakingų partnerių įtraukimas, palaikymas ir bendros veiklos, remiantis gera praktika bei mokslo įrodymais pagrįstų efektyvių prevencinių priemonių taikymas praktikoje diegiamas nepakankamai, nėra bendradarbiavimo ir partnerystės tarp valstybės institucijų, savivaldybių, verslo, žiniasklaidos, nevyriausybinių organizacijų. Tarpinstitucinį bendradarbiavimą varžo institucijų darbo krūvis, kitų politikų tikslų nenuoseklumas, kitų sektorių prioritizavimas, bendravimo ir socialinės rinkodaros įgūdžių stoka, sektorinės politikos nuostatos, duomenų ir įrodymų stoka, nepakankamas dėmesys tarpinstituciniams susitikimams.

Įgyvendinant „Sveikata visose politikose“ principą, siekiama sveikatos prioritetą įtraukti į įvairių sektorių politikas bei viešojo valdymo sritis. Sveikatos prioriteto bei sveikatos lygiateisiškumo (angl. *equity in health*) klausimams įtraukti į įvairių sektorių sprendimų priėmimo procesus, būtina išplėtoti tarpinstitucinį bendradarbiavimą, taip pat įgyvendinti pokyčius viešojo valdymo organizacinėse struktūrose (pvz., Vyriausybėje, įvairius politikos sektorius koordinuojančiose ministerijose ir kitose įstaigose) ir procesuose.

**Švietimo ir mokslo įstaigos.** Slauga – viena prioritetinių LSMU krypčių. Universitete yra rengiami „išmanieji“ slaugytojai, kurie gebės savarankiškai dirbti su modernia, sudėtinga,

specializuota aparatūra. Taip pat vyksta bendradarbiavimas su Indija, todėl auga fakulteto galimybės milžiniškoje rinkoje rinktis geriausius potencialius užsienio studentus.

Šiuo metu LSMU Slaugos fakultete taip pat rengiami savarankiški kvalifikuoti akušeriai, naujausius mokslo įrodymais pagrįstus metodus taikantys ergoterapeutai ir kineziterapeutai, sveikatinimo ir reabilitacijos specialistai. Lietuvoje jau įsitvirtino ir drauge su Vilniaus dailės akademijos Kauno fakulteto specialistais įgyvendinama dailės terapijos mokymo programa. Šiuo metu būsimus sveikatos priežiūros darbuotojus rengia LSMU, Vilniaus universitetas, Vilniaus kolegija, Kauno kolegija, Klaipėdos kolegija, Šiaulių valstybinė kolegija.

Pasak Klaipėdos universitetinės ligoninės vyriausiojo gydytojo pavaduotojo medicinai Virgilijaus Vanago, bendravimas su studentais ir jaunaisiais gydytojais vyksta nuolat. Ligoninės atstovai dalyvauja jaunųjų gydytojų sąjungos renginiuose, pristato informaciją apie įstaigą, dalijasi darbo organizavimo patirtimi, informacija apie karjeros galimybes ligoninėje (Barauskaitė, 2013).

Joniškio rajono savivaldybė, Joniškio sveikatos priežiūros įstaigos ir medicinos universitetas yra sudarę trišalę sutartį, pagal kurią atsirenkami studentai. Jiems savivaldybė finansuoja rezidentūros studijas, po kurių jauni specialistai grįžta dirbti į Joniškį. Studentas sudaro sutartį su Joniškio sveikatos priežiūros ir gydymo įstaiga, pagal kurią įsipareigoja 5 metus dirbti Joniškyje (Mokslo studija, 2012).

Studentų mainų programa Erasmus taip pat deda indėlį į sveikatos priežiūros darbuotojų planavimą. Kitataučiai studentai, gyvenę ir mokinęsi Lietuvoje, pripranta ir pamilsta šią šalį. Studentams iš tokių šalių kaip Indija, Iranas ar Irakas Lietuva siūlo santykinai patrauklias darbo sąlygas.

**Ministerijų lygmuo.** Sveikatos apsaugos ministerija, Centrinė projektų valdymo agentūra ir Lietuvos ligoninės bei jų filialai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas nėščiosioms, gimdyvėms ir naujagimiams pasirašė Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programą. Ji užtikrintai leis teikti aukščiausio lygio paslaugas Lietuvos kūdikiams ir gimdyvėms. Programoje dalyvaujančios Lietuvos ligoninės aprūpinamos moderniausia medicinos įranga (portatyvus inkubatorius naujagimiams ir kūdikiams, naujagimių lovytė su šildymu, portatyvinis ultragarsinis aparatas su akušerijai tinkamais davikliais, mikroskopas), šiuolaikiškai įrengtomis patalpomis, o ligoninių personalas turės galimybę nuolat kelti savo kvalifikaciją. Tai puikios priemonės prisivilioti dirbti rezidentus arba kvalifikuotus jaunos medikus.

**Lietuvos gydytojų sąjunga (LGS).** Ši sąjunga atlieka daug funkcijų. LGS miestų (rajonų) filialams teikia organizacinę ir kitokio pobūdžio pagalbą. Sąjunga organizuoja gydytojų tobulinimosi kursus, konferencijas ir kitokio pobūdžio renginius gydytojų kvalifikacijai ir žinioms gerinti, nagrinėja ir svarsto LGS narių profesinės etikos pažeidimus.

**Sveikatos priežiūros lygiai.** Tai pirminių, antrinių ir tretinių sveikatos priežiūros centrų optimalus bendradarbiavimas, užtikrinant kiekvienos grandies funkcijų atlikimą. Pirminė grandis – tai vartai pacientui į sveikatos priežiūrą. Viena svarbiausių užduočių – profilaktinių vėžio programų vykdymas, orientuotas pacientų nukreipimas pas tinkamą specialistą. Jei visi šios grandies atstovai savo darbą atliktą koordinuotai ir pacientams siuntimą duotų tik iš tikrųjų esant reikalui, eilės gydymo įstaigose sumažėtų.

**Sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas.** Pagrindiniai sveikatos priežiūros personalo planavimo tikslai – neilgai trunkančios eilės pas medikus, optimalus darbo krūvis. Sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su kitomis gydymo įstaigomis, įgauna galimybę naudotis jų žmogiškaisiais resursais. Taip įgalinamas skubesis ir efektyvesnis pagalbos suteikimas. Toks bendradarbiavimas suteikia galimybę konsultuotis su retų specialybių specialistais.

Lietuvoje sveikatos klausimų įtraukimas į įvairių politikos sektorių darbotvarkes, įgyvendinant tarpinstitucinius veiksmus, išlieka iššūkiu ir reikalauja įvairių sektorių politikos suderinamumo, taip pat aiškaus tarpinstitucinio veiksmų koordinavimo bei įgyvendinimo mechanizmo. Sveikatos priežiūros sistema susiduria su institucinio bendradarbiavimo kliūtimis, tokiomis kaip sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių tikslų nesuderinamumas, sveikatos prioriteto nepakankamas integravimas į kitų sektorių politikas, sektorinės politikos požiūris. Aiškiai matyti, jog socialinių sektorių institucijų bendradarbiavimas išplėtotas labiau nei ekonominių sektorių institucijų.

## II. PERSONALO PLANAVIMO SITUACIJOS IR TOBULINIMO GALIMYBIŲ VĮ RESPUBLIKINĖS ŠIAULIŲ LIGONINĖS „MOTERS IR VAIKO KLINIKOJE“ TYRIMO METODOLOGIJA

### 2.1. Tyrimo metodologijos pagrindimas

Tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti VĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikos (toliau – Moters ir vaiko klinika) personalo planavimo esamą situaciją, identifikuoti problemas bei tobulinimo galimybes.

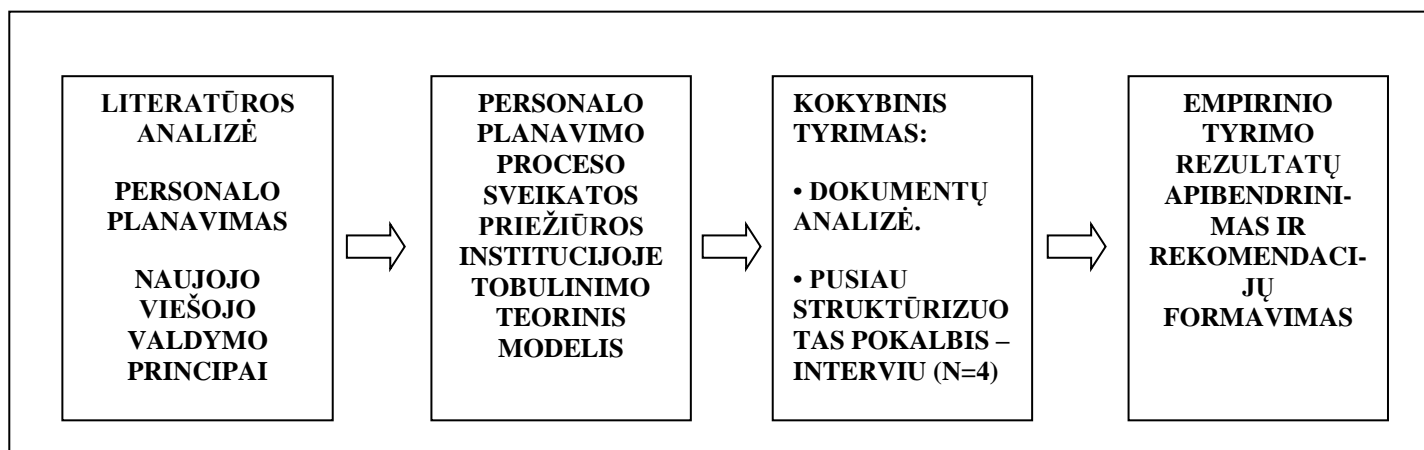
Teorinėje šio darbo dalyje pagrįsta, kad personalo planavimą yra tikslinga nagrinėti naujojo viešojo valdymo teorijos kontekste todėl, kad tokio valdymo iniciatyvos reikalauja iš darbuotojų profesionalumo, atsakingumo, sąžiningumo ir atskaitingumo. Akcentuojama naujų darbuotojų kompetencijų, kvalifikacijų svarba, darbuotojų mokymo, lavinimo nauda siejant tai su žinių įgijimo ir jų sklaidos įvairiomis formomis sveikatos priežiūros įstaigose. Prioritetu tampa kuo efektyvesnis ir racionalesnis turimų žmogiškųjų išteklių (personalo) panaudojimas. Ankstesniame medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio tyrime (Dienos fotografijos analizė, 2011) parodyta, jog ŽI (personalo) tendencingai mažėja, todėl pacientai, kuriems reikalinga gydytojo konsultacija, turi laukti ilgesnėse eilėse, dėl per didelio sveikatos priežiūros personalo darbo krūvio blogėja medicininių paslaugų teikimo kokybė. Tyrimo autoriai nurodė, jog tiriamų profesinių kvalifikacijų skaičius ir struktūra atitinka poreikį arba stebimas nedidelis jų trūkumas, tačiau pažymi, jog tarptautinėje praktikoje taikomi specialistų trūkumo / pertekliaus nustatymo rodikliai neviseškai patikimai atspindi esamą situaciją dėl įvairių iškraipiančių veiksnių. Be to, personalo trūkumas nestebimas dėl trijų priežasčių (Dienos fotografijos analizė, 2011):

- Padidinto studentų priėmimo į medicinos studijas.
- Darbuotojų darbo didesniu nei vieno etato krūviu.
- Aktyvaus pensinio amžiaus personalo išlikimo profesijoje.

Norint įsigilinti į atskirtos institucijos personalo planavimo problemas ir ypatumus, empiriniam tyrimui buvo pasirinkta VĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinika.

**Empiriniu tyrimu siekiama išsiaiškinti** Moters ir vaiko klinikos personalo planavimo esamą situaciją, identifikuoti problemas personalo planavimo procese bei proceso tobulinimo galimybes. Pasirinktas kokybinis tyrimo metodas. Empirinio tyrimo dizaino struktūra pateikta žemiau (žr. 2.1.1. paveikslą).

### Empirinio tyrimo dizainas



Sudaryta darbo autorės.

Atsižvelgiant į tyrimo dizaino struktūrą, galima išskirti du esminius empirinio tyrimo etapus:

- Personalo planavimo situacijos ir tobulinimo galimybių VĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje empirinio tyrimo parengimą ir tyrimo atlikimą.
- Empirinio tyrimo rezultatų interpretavimą, apibendrinimą, išvadų bei rekomendacijų formulavimą.

## 2.2. Kokybinis tyrimas

Kokybinis tyrimas reiškia socialinės tikrovės pažinimą: tikimasi suprasti kaip, kokiomis aplinkybėmis atsiranda ir veikia šiuolaikinės realijos (Ramanauskaitė, 2002). Kokybinio tyrimo metu buvo naudojami du metodai: dokumentų analizė ir pusiau struktūruotas interviu.

**Kokybinio tyrimo instrumentas** – pusiau struktūruoto pokalbio – interviu klausimynas (II priedas). Šį klausimyną sudaro 9 klausimai. Prie kiekvieno klausimo pasirengta užduoti ir palydimųjų, nukreipiamųjų klausimų detalesnei informacijai išgauti ar pokalbiui nukreipti norima kryptimi.

**Tyrimo rezultatų analizės metodai.** Rezultatų analizei naudojamas metodas – kategorizavimas.

**Pusiau struktūruoto pokalbio – interviu metodas.** Daugumos kokybinius tyrimus aprašančių autorių (Kardelis, 2002; Tidikis, 2003; Bitinas, Rupšienė, Žydzūnaitė, 2008; Gaižauskienė, Valavičienė, 2016) teigimu, interviu yra efektyvus kokybinio tyrimo metodas, garantuojantis didesnę patikimumą negu anketinis metodas ar kiti apklausos būdai. Tai taip pat yra geras priartėjimo prie žmonių suvokimo, reikšmių, situacijų apibrėžimo ir realybės



aiškinimo būdas. Todėl siekiant nustatyti ir išanalizuoti personalo planavimo įgyvendinimo problemas Lietuvoje buvo pasirinktas *kokybinis tyrimas* bei vienas iš šio tyrimo metodų – *pusiau struktūruotas interviu*, leidžiantis priartėti prie sveikatos priežiūros personalo planavimo įgyvendinimo ne tik teoriškai, bet ir praktiškai. Pusiau struktūruoto interviu metu pateikiami tam tikri iš anksto numatyti klausimai, kurie kreipia interviu procesą, tačiau vyksta laisvas pokalbis, o dalis klausimų kyla spontaniškai, reaguojant į respondento pateikiamus atsakymus. Taip pat palyginus su kiekybine analize, kokybinis metodas suteikia daug gilesnį supratimą apie tiriamą fenomeną (Gaižauskaitė ir kiti, 2016), šiuo atveju – personalo planavimo problemas bei tobulinimo galimybes.

**Instrumentas.** Šiam tyrimui parengtos klausimyno gairės – iš anksto numatyti 9 interviu klausimai (žr. II priedą), kurie išskirstyti pagal 5 temas. Interviu klausimyno gairių teorinis pagrindimas pateiktas 2.2.1. lentelėje.

2.2.1. lentelė

#### Teorinis interviu pagrindimas

Tema	Klausimų grupės	Klausimus pagrindžiančios teorijos
Apsirūpinimo specialistais VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje Moters ir vaiko klinikoje situacijos vertinimas	<p><b>Kokių specialybių gydytojų, slaugos personalo, kito personalo trūksta labiausiai? Kaip tai atsiliepia klinikos teikiamų paslaugų prieinamumui, kokybei, pačių medikų motyvacijai dirbti?</b></p> <p><b>1.1.</b> Jei trūksta daugiau – tai kokių?</p> <p><b>1.2.</b> Ar pakanka kitų, internete neskelbiamų, specialybių gydytojų, kad būtų užtikrintas paslaugų prieinamumas ir kokybė, priskirtų paslaugų vykdymas?</p> <p><b>1.3.</b> Šiandien medicinoje reikia ir universalių, kelių specialybių žinias ir gebėjimus jungiančių kompetencijų Gal galėtumėte įvardinti, kokių medikų, su kokiomis kompetencijomis, šiandien trūksta Moters ir vaiko klinikoje?</p>	<p>Personalo valdymas organizacijoje; personalo planavimas institucijoje.</p>
Specialistų trūkumo VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje Moters ir vaiko klinikoje priežastys.	<p><b>Kokias įvardintumėte pagrindines specialistų trūkumo Moters ir vaiko klinikoje priežastis?</b></p> <p><b>1.1.</b> Kodėl į Šiaulių ligoninę atvyksta dirbti mažai jaunų specialistų?</p> <p><b>1.2.</b> Kodėl rezidentūros studijas Moters ir vaiko klinikoje pasirenka mažai studentų? (Respublikinėje Šiaulių ligoninėje šiuo metu dirba ir praktiką atlieka 19 vyresniųjų gydytojų rezidentų, Kauno klinikose – 949, Klaipėdoje – 75).</p> <p><b>1.3.</b> Gal Moters ir vaiko klinikoje yra kokia nors kita darbo organizavimo tvarka, kad trūksta specialistų, gal didesni reikalavimai lyginant su kitų miestų ligoninėmis?</p>	<p>Žmogiškųjų išteklių planavimo politika valstybėje.</p> <p>Personalo valdymas organizacijoje.</p> <p>Personalo planavimas institucijoje.</p>
Sveikatos priežiūros specialistų VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje Moters ir vaiko klinikoje planavimo sistema.	<p><b>Kokiomis priemonėmis yra paremta sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo sistema VĮ RŠL MVK?</b></p> <p><b>Kaip Jūsų įstaiga dalyvauja nustatant ilgalaikę perspektyvą Lietuvoje?</b></p> <p><b>1.1.</b> Kiek yra paisoma Jūsų nuomonės?</p> <p><b>1.2.</b> Kaip galite koreguoti ilgalaikius reikalingų specialistų planus?</p>	<p>Žmogiškųjų išteklių planavimo politika institucijoje. Ilgalaikis žmogiškųjų išteklių planavimas.</p>

<p>Sveikatos priežiūros specialistų VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje planavimo analizė.</p>	<p><b>Organizacijos apsirūpinimo darbuotojais sėkmė labai priklauso nuo išsamios analizės kiek, kokių ir kokių laiku reikia darbuotojų. Jūsų nuomone, kokių specialistų gali prireikti VĮ RŠL MVK artimoje (iki 5 metų) ir tolimoje (10 – 15 metų) ateityje?</b>  <b>Kas VĮ RŠL Moters ir Vaiko klinikoje yra atsakingas už personalo planavimą ilguoju ir trumpuoju periodu? Koks personalo skyriaus vaidmuo tame procese?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Kaip išsiaiškinamas personalo poreikis Moters ir vaiko klinikoje?</li> <li>1.2. Kaip dažnai ir kaip tai daroma?</li> <li>1.3. Keliems metams į priekį planuojamas poreikis?</li> <li>1.4. Kur patenka surinkta informacija?</li> <li>1.5. Kas analizuoja Ministerijos pateiktas ilgalaikes perspektyvas, Lietuvos sveikatos universiteto numatomus rengti specialistų planus?</li> <li>1.6. Ar kontaktuojama dėl konkrečių specialistų poreikio su aukštosiomis mokyklomis?</li> <li>1.7. Kaip planavime dalyvauja miesto savivaldybė?</li> </ol>	<p>Žmogiškųjų išteklių planavimo politika institucijoje.</p> <p>Ilgalaikis ir trumpalaikis žmogiškųjų išteklių planavimas.</p> <p>Tarpinstitucinis bendradarbiavimas.</p>
<p>Personalo planavimo strategija VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje.</p>	<p><b>Kokia yra Moters ir vaiko klinikos apsirūpinimo trūkstamu personalu strategija?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Kaip ieškoma reikiamų specialistų, numatant kad tokių reikės po kelių metų?</li> <li>1.2. Kaip ieškoma, kai jų trūksta dabar?</li> <li>1.3. Kaip ieškoma darbuotojų, kai jų reikia laikinai (susirgus darbuotojui, slaugant šeimos narį, išėjus vaiko atostogų ar pan.)? Su kokiais sunkumais susiduriama šiame procese?</li> <li>1.4. Gal turite tarptautinių prieigų užsienio šalyse, ieškant atitinkamos kvalifikacijos darbuotojų?</li> </ol> <p><b>Kaip Jūsų Klinikose siekiama išlaikyti darbuotojus, kad jie neišvyktų dirbti į užsienį, neatsisakytų darbo Moters ir vaiko klinikoje?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5. Galbūt siekiant išlaikyti ar prisivilioti darbuotojus taikote kokias motyvavimo priemones (nemokami kursai, konferencijos, suderintas budėjimų grafikas, galimybė derinti darbą ir studijas, galimybė kelti kvalifikaciją ir persikvalifikuoti, finansinis motyvavimas, moralinis paskatinimas)?</li> <li>1.6. Ar personalo išlaikymo klausimu prisideda profesinės sąjungos, asociacijos?</li> <li>1.7. Ar skyrių vadovai dalinasi gerąja patirtimi tarpusavyje?</li> </ol>	<p>Darbuotojų motyvavimo priemonės.</p> <p>Tarpinstitucinis bendradarbiavimas.</p>
<p>Personalo pritraukimo, „išlaikymo“ strategija VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje.</p>	<p>Ką reiktų daryti ateityje Jūsų Klinikoje, kad būtų galima išlaikyti turimus, pritraukti jaunos gabius specialistus darbui Moters ir vaiko klinikoje? Ką galėtų dėl to padaryti Klinikos vadovybė, ligoninės administracija, Personalo skyrius, Šiaulių miesto savivaldybė?</p>	<p>Darbuotojų motyvavimo priemonės.</p> <p>Tarpinstitucinis bendradarbiavimas.</p>

Sudaryta darbo autorės.

**Imties charakteristika.** Kokybiniuose tyrimuose dalyvių atranka nėra toks aiškus ir apibrėžtas procesas kaip statistinė atranka kiekybiniuose tyrimuose. Atrankos procesą lemia tyrimo tikslas, tyrėjo poreikiai ir patirtis, praktinės galimybės ir pan. (Gaižauskienė, Valavičienė, 2016). Šiame tyrime imties atranka buvo atliekama, pasitelkiant parankios atrankos būdą (Kardelis, 2002; Tidikis, 2003). Tai reiškia, kad buvo apklausiami tiriamieji, kurie buvo lengviausiai pasiekiami bei galėjo suteikti daugiausiai reikalingos informacijos. Pasirinkta empirinio tyrimo imtis yra pakankama, kad būtų galima teikti objektyvias tyrimo išvadas, todėl, kad apklausti pagrindiniai asmenys, atsakingi už personalo formavimą įstaigoje.

**Bendra respondentų charakteristika**

Imties dydis	N = 4
Pareigos	1 informantas – Moters ir vaiko klinikos akušerijos skyriaus vedėjas; 1 informantas – Moters ir vaiko klinikos vadovas; 1 informantas – Moters ir vaiko klinikos vadovo pavaduotoja; 1 informantas – VI Respublikinės ligoninės Personalo skyriaus vedėja.
Darbo stažo institucijoje vidurkis (metais)	23

Sudaryta darbo autorės.

Iš viso apklausti 4 asmenys – Moters ir vaiko klinikos akušerijos skyriaus vedėjas, Moters ir vaiko klinikos direktorius ir jo pavaduotoja, Respublikinės Šiaulių ligoninės personalo skyriaus vedėja (žr. 2.2.2. lentelę). Siekiant užtikrinti informantams pažadėtą konfidencialumą, jų atsakymai yra pateikiami koduojant (I1–I4).

**Tyrimo organizavimo tvarka.** Empirinis tyrimas buvo atliekamas Šiaulių Respublikinės ligoninės Moters ir vaiko klinikoje 2018 metų kovo 30 – balandžio 5 dienomis. Prieš susitinkant su informantais buvo įvertinta jų galimybė pagal kompetenciją ir užimamas pareigas planuoti personalą. Pasak Ramanauskaitės (2002), itin svarbu tyrėjui susidaryti savo nuomonę apie tai, kas vyksta organizacijoje. Tyrėjai turi tapti įdomiais pašnekovais, o tuo pačiu netapti šališkais. Kokybinis tyrimas turi vykti natūralioje aplinkoje, kur duomenų rinkimo instrumentas yra pats tyrinėtojas. Jis renka informaciją žodžių ir vaizdų pavidalu, įsiklauso į dalyvių nuomonę, aprašo procesą vaizdžiai ir įtaigia kalba (Luobikienė, 2007). Dėl kokybinio tyrimo atlikimo su respondentais buvo tariamasi iš anksto (gautas raštiškas leidimas iš ligoninės administracijos (III priedas)), tyrimo dalyviai buvo supažindinti su tiriamą problema. Interviu atlikimo vieta buvo derinta su kiekvienu respondentu atskirai. Interviu buvo atliktas informantams priimtinoje aplinkoje – jų darbovietėje.

**Tyrimo etika.** „Atliekant socialinius tyrimus, etikai skiriamas ypatingas dėmesys“ (Gaižauskienė, Valavičienė, 2016). Šiuo atveju etika suprantama kaip elgesio principai, kurie atliepia visuomenės moralės normas. Interviu metu siekta neįsivelti į diskusijas, išlikti neutraliam, nevertinti tyrimo dalyvio, valdyti ir skatinti interviu (Gaižauskienė, Valavičienė, 2016). Prieš pradėdant tyrimą informantai žinojo jo tikslą ir buvo informuoti apie numatomus rezultatus, jie taip pat galėjo gauti visą informaciją apie tyrimą. Be to, tyrimo dalyviams buvo pažadėtas konfidencialumas, todėl jų pasisakymai cituojami tik juos užkodavus, t. y. konkretus atsakymas nesusiejamas su atsakiusiuoju.

### III. Personalo planavimo situacijos ir tobulinimo galimybių Šiaulių ligoninės „Moters ir vaiko klinikoje“ tyrimo rezultatai

#### 3.1. Šiaulių ligoninės „Moters ir vaiko klinikos“ situacijos apsirūpinimo personalu situacijos analizė

Viena ligoninės strateginių sričių yra žmogiškojo kapitalo stiprinimas – patrauklios darbo vietos kūrimas bei ligoninės personalo ugdymas siekiant asmeninio ir visos įstaigos tobulėjimo. Vystoma ligoninės vidinė kultūra, ugdomos darbuotojų kompetencijos bei tobulinamos darbuotojų skatinimo ir pripažinimo sistemos.

Strateginiame VI Respublikinės Šiaulių ligoninės plane orientuojamasi į personalą, ugdymą, kompetencijų kėlimą. Siekiant stiprinti žmogiškuosius išteklius numatoma investuoti į personalo kompetencijų – tiek medicininių, tiek vadybinių – ugdymą. Medicininės kompetencijos yra tiesiogiai susijusios su organizacijos teikiamų paslaugų kokybe ir rezultatais, todėl kuriant šiuolaikišką, modernią, kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią organizaciją, svarbu skatinti nuolatinį profesinį personalo tobulėjimą. Vadybinių personalo kompetencijų ugdymas yra svarbus indėlis į efektyvios organizacijos veiklos kūrimą.

Greta kompetencijų ugdymo ir tarpusavio ryšių stiprinimo ligoninė siekia kurti patrauklią darbo aplinką, kurioje būtų skatinamas darbuotojų tobulėjimas, pastebimi geri rezultatai, o darbuotojas gali jaustis saugus ir palaikomas.

Ligoninė numato puoselėti nuolatinį tobulėjimu grįstą organizacijos kultūrą. Tam reikia skatinti bendradarbiavimą, atvirumą, komunikaciją, komandinį darbą bei darbuotojams suteikti žinias apie gerąsias praktikas ir metodus kasdienių problemų sprendimui.

3.1.1. lentelė

#### Žmogiškųjų išteklių stiprinimas

<b>Organizacijos vidinės kultūros vystymas</b>	
Skatinti bendravimą ir bendruomeniškumą	Įstaigai labai svarbu skatinti bendravimą ir bendruomeniškumą tarp savo darbuotojų siekiant, kad darbuotojai visuose lygiuose ir grandyse įsitrauktų į planavimo ir patirties dalinimosi procesus. Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas, o vyresniosios slaugos administratorės yra atsakingos už iniciatyvos įgyvendinimą skyriuose.
Tobulinti vidinę organizacijos komunikaciją	Vidinės organizacijos komunikacijos tobulinimas svarbus siekiant informuoti ir įtraukti darbuotojus į įvairius renginius, procesus bei iniciatyvas. Šia iniciatyva siekiama, kad visi darbuotojai turėtų galimybę pasiekti informaciją elektroniniu būdu.
Tirti darbuotojų poreikius, lūkesčius bei pasitenkinimą darbo sąlygomis	Įstaigai labai svarbu tirti darbuotojų poreikius, lūkesčius bei pasitenkinimą darbo sąlygomis, norint sumažinti darbuotojų kaitą ir išlaikyti geriausius specialistus. Siekiant tai padaryti, turi būti sukurta darbuotojų apklausos anketa ir kasmet tikslingai vykdomi vidinio klimato tyrimai. Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas, o vyresniosios slaugos administratorės yra atsakingos už iniciatyvos įgyvendinimą skyriuose.
<b>Darbuotojų kompetencijų ugdymas</b>	
Kelti sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją	Norint užtikrinti aukščiausią paslaugų kokybę pacientams, ligoninei būtina investuoti į sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimą. Tokiu būdu bus užtikrinamos reikiamos kompetencijos kokybiškų ir kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui.

	Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas.
Ugdyti darbuotojų bendrąsias ir specializuotas kompetencijas	Darbuotojų bendrųjų ir specializuotų kompetencijų ugdymas gali ženkliai prisidėti prie įstaigos veiklos efektyvumo ir specialistų kompetencijos augimo. Tai padeda efektyvinti organizacijos veiklą. Bendrieji mokymai apima komandinio darbo, problemų sprendimo, streso valdymo, administracinių gebėjimo stiprinimo ir kiti. Tuo tarpu specialieji mokymai skirti patirties pasidalinimui tarp atitinkamos srities specialistų. Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas.
Vystyti darbuotojų kompetencijų vertinimo sistemą	Darbuotojų kompetencijos vertinimo sistemos vystymas suteikia galimybę darbuotojams savo stipriąsias ir tobulintinas sritis. Tai suteikia galimybę įstaigos darbuotojams nuolat tobulėti ir mokymų pagalba tobulinti reikiamus įgūdžius. Taip pat tokios sistemos įgyvendinimas sudaro galimybę įvertinti geriausius darbuotojus ir juos paskatinti. Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas.
<b>Tobulinti darbuotojų skatinimo ir pripažinimo sistemą</b>	
Kurti į rezultatus orientuotą darbo užmokesčio sistemą	Į rezultatus orientuotos darbo užmokesčio sistemos kūrimas padeda motyvuoti darbuotojus tobulinti savo kompetencijas ir siekti geriausių darbo rezultatų. Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas.
Užtikrinti papildomas paskatas darbuotojams	Gerus darbuotojų darbo rezultatus ligoninės administracija gali įvertinti ne tik mokant dalį darbo užmokesčio, bet ir naudojant papildomas paskatas. Tai gali būti papildomos atostogų dienos, renginiai, kelionės. Tokios paskatos kuria didesnę darbuotojų pasitenkinimą savo darbu ir padeda išlaikyti reikalingus specialistus. Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas.
Sudaryti sąlygas jaunų specialistų pritraukimui	Ligoninei svarbu sudaryti sąlygas jaunų specialistų pritraukimui. Tai yra ypač aktualu dėl didelės vyresnio amžiaus darbuotojų dalies. Pritraukiant jaunus specialistus bus užtikrinamas ligoninės darbo tęstinumas. Jaunus specialistus galima pritraukti kuriant palankią darbo aplinką, skiriant būstą, apibrėžiant aiškų karjeros kelią, perspektyvas. Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas.
Įgyvendinti rezidentų praktinio mokymo modelį	Ligoninei yra svarbu ne tik pritraukti jaunus specialistus, bet ir sistemingai planuoti galimą darbuotojų trūkumą. Dėl šios priežasties ligoninė turėtų išsiugdyti specialistus, kurių trūkumas po kelerių metų gali būti aktualus įstaigai. Šią iniciatyvą koordinuoja Personalo skyriaus vedėjas, o skyrių vadovai pateikia plaus dėl galimo gydytojų trūkumo atitinkamuose skyriuose ir galimos įtakos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui.

Šaltinis: 2014 – 2020 Respublikinės Šiaulių ligoninės strateginis veiklos planas  
([http://rsl.lrv.lt/uploads/rsl/documents/files/Veiklos%20ataskaitos/2017mVeiklosAtaskaita\\_all2.pdf](http://rsl.lrv.lt/uploads/rsl/documents/files/Veiklos%20ataskaitos/2017mVeiklosAtaskaita_all2.pdf))

3.1.1. lentelėje matyti, jog VĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės administracija yra numačiusi daug iniciatyvų žmogiškiesiems ištekliams stiprinti, organizacinei kultūrai vystyti, darbuotojams ugdyti bei darbuotojų skatinimo sistemai tobulinti. Už šių iniciatyvų kūrimą bei įgyvendinimą atsakinga personalo skyriaus vedėja, jai kuruoja padalinių vadovai bei skyrių vedėjai. Ji taip pat atlieka pagrindinį vaidmenį vykdant personalo priėmimą į darbą, atleidimą, informina skiriamas nuobaudas, organizuoja darbuotojų mokymą ir kvalifikacijos kėlimą, rengia atostogų ir komandiruočių dokumentus.

Kaip kiekvienoje sveikatos priežiūros organizacijoje, tiriamoje Moters ir vaiko klinikoje personalo poreikis turi būti numatomas planavimo dokumentuose: strateginiuose veiklos planuose, personalo komplektavimo planuose, pareigybių aprašuose ar specialiose programose, kuriuose nurodoma ligoninės darbuotojų, tame tarpe ir medicinos specialistų, parinkimo, mokymo ir kvalifikacijos kėlimo tvarka bei pagrindiniai kvalifikaciniai reikalavimai atskiroms darbuotojų grupėms.

Darbuotojų poreikis Moters ir vaiko klinikoje nustatomas atsižvelgiant į vykdomą veiklą, ligoninės tikslus ir pokyčius, vykstančius rinkoje. Darbuotojų poreikis šioje įstaigoje nustatomas taip, kad būtų galima:

- vykdyti sudarytų sutarčių su klientais (Teritorinės ligonių kasos) reikalavimus;
- patenkinti klientų (pacientų) poreikius dėl teikiamų paslaugų asortimento ir kokybės;
- sudaryti tenkinančias darbo sąlygas ligoninės darbuotojams ir užtikrinti tinkamą veiklą pagal galiojančių teisės aktų reikalavimus;
- padalinių (skyrių) vadovai teikia pasiūlymus vadovybei dėl naujų darbuotojų poreikio ir jų priėmimo;
- nauji darbuotojai parenkami apklausos būdu – t. y. generalinis direktorius ir padalinio vadovas apklausia kandidatą į darbuotojus, peržiūri pateikiamus dokumentus ir nusprendžia, ar kandidatas tinka numatytoms pareigoms užimti (Respublikinės Šiaulių ligoninės kokybės vadybos sistemos procedūra – personalo planavimas, 2018).

Naujai priimtam darbuotojui gali būti nustatomas ne ilgesnis kaip trijų mėnesių bandomasis terminas.

Moters ir vaiko klinika gali didžiuotis aukšta darbo kultūra. Joje dirba daug išsilavinusių, imlių naujovėms profesionalų, organizacijoje yra kuriama aukšto lygio informacinių technologijų infrastruktūra. Įgyvendinant sumanios visuomenės viziją ligoninės personalui būtina sudaryti sąlygas kurti savo ateitį ir keisti aplinką, pradedant savo skyriumi (padaliniu). Ligoninės administracija yra iniciatyvūs, verslūs, pasitikintys vieni kitais, ieškantys kūrybiškų sprendimų ir nebijantys rizikuoti. Ligoninės administracija stengiasi, jog darbuotojai keltų savo kompetenciją, gerintų žinias, bei dalintųsi gerąja praktika, todėl dažnai organizuoja įvairias tobulinimosi formas – kursus, stažuotes, paskaitas, pranešimus, mokslines – praktines konferencijas, seminarus, už kuriuos dažnai sumokama ligoninės sąskaita. Šios kvalifikacijos kėlimo formos gali būti organizuojamos tiek vietoje, tiek išvykose. Mokymams, kvalifikacijos kėlimui darbuotojai gali būti siunčiami ir į mokymo įstaigas, kitas to paties profilio įstaigas taip pat gali būti apmokomi vietoje pagal sutartis, pasikviečiant atitinkamos kvalifikacijos konsultantus ir dėstytojus.

Siekdama turėti pakankamai sveikatos priežiūros personalo, ligoninės administracija siekia būsimus medikus ugdyti pačioje įstaigoje. Respublikinė Šiaulių ligoninė organizuoja rezidentūros ir internatūros mokymo bazę. Tam pasiekti gydymo įstaiga turėjo atitikti daug reikalavimų: turėti aukštos kvalifikacijos gydytojų, būtinos medicinos įrangos, būsimiesiems gydytojams suteikti tyrimo ir gydymo galimybes. Kaip teigia V. Makštutienė (2018), “ligoninėje rezidentai laukiami, nes gydytojų labai trūksta. Atvykstantiems sudaromos geros darbo sąlygos,

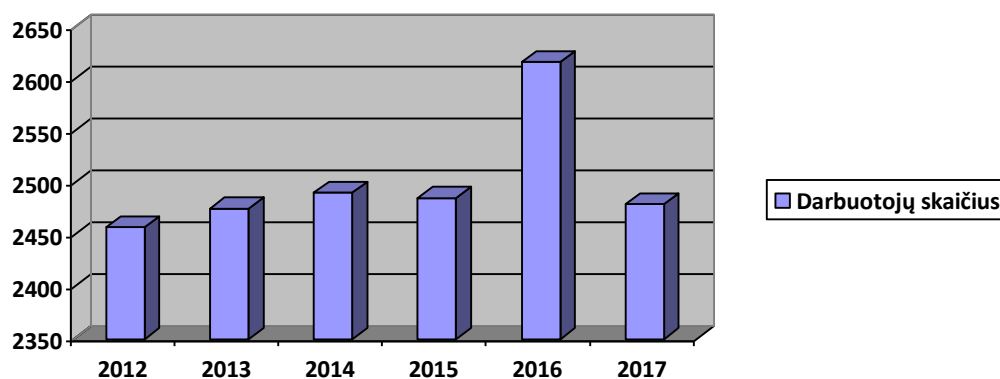
apgyvendinami bendrabutyje“ (Rezidentai Šiaulių ligoninėje: svarbūs, laukiami ir reikalingi, 2018).

Reaguojant į personalo mažėjimą, *kuriamas virtualios ligoninės portalas*. Ypač tobulinamos elektroninės paslaugos pacientams. Ligoninėje jau įdiegta išankstinė pacientų registracija (dėl to sumažėja darbo krūvis registratūros darbuotojams), taikoma telemedicina - nuotolinių medicininių vaizdų perdavimas, plečiama ligoninės informacinė sistema, kuriamas išorinis portalas, kurio dėka informacija bus pasiekiamą ir šeimos gydytojams, ir pacientams. Toliau vystomas projektas „E. sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams“ su Panevėžio ir Klaipėdos respublikinėmis ligoninėmis. Tokiomis priemonėmis yra mažinamos pacientų eilės, todėl gydytojams nereikia dirbti viršvalandžių – gerėja tiek darbo sąlygos, tiek ir darbo kokybė.

Ligoninėje 2012 m. gruodžio 31 d. dirbo 2458 darbuotojai (iš jų 386 gydytojai, 1111 slaugos specialistų). Ligoninėje 2013.12.31 dirbo 2476 darbuotojai (iš jų 381 gydytojas ir 1056 slaugos specialistai). Ligoninėje 2014.12.31 dirbo 2491 darbuotojai (389 gydytojai ir 1024 slaugos specialistų). Ligoninėje darbuotojų 2014 metais padidėjo dėl Širdies ir kraujagyslių centro įsteigimo ir Priėmimo – Skubiosios pagalbos skyriaus statybos užbaigimo (2015 metų Respublikinės Šiaulių ligoninės ataskaita). 2015.12.31 ligoninėje dirbo 2486 darbuotojai (iš jų 387 gydytojai ir 1071 slaugos specialistas). Darbuotojų skaičius šiais metais sumažėjo dėl Psichiatrijos klinikos IV bendro psichiatrijos skyriaus integravimo į Psichosocialinės reabilitacijos skyrių. 2016.12.31 ligoninėje dirbo 2617 darbuotojai, o 2017.12.31 – 2480 darbuotojai (Verslo žinios, 2018).

Tik 28 proc. visų gydytojų yra jaunesni nei 44 metų amžiaus, 15 proc. gydytojų yra pensinio amžiaus (2015 m. Respublikinės Šiaulių ligoninės veiklos ataskaita), todėl būtina nagrinėti reikalingo personalo planavimo tendencijas (žr. 3.1.1. paveikslą):

### Darbuotojų kaita VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje



Sudaryta darbo autorės, remiantis VĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės 2015 m. veiklos planu ([http://rsl.lrv.lt/uploads/rsl/documents/files/Veiklos%20ataskaitos/2015mVeiklosAtaskaita\\_all2.pdf](http://rsl.lrv.lt/uploads/rsl/documents/files/Veiklos%20ataskaitos/2015mVeiklosAtaskaita_all2.pdf))

Kaip matome 3.1.1. paveiksle, darbuotojų kaita nėra itin dinamiška. Darbuotojų skaičiaus padidėjimo priežastys – Širdies ir kraujagyslių centro įkūrimas, Priėmimo - skubiosios pagalbos skyriaus priestato statybos užbaigimas. Darbuotojų skaičiaus mažėjimo priežastys – išėjimas į pensiją, darbo sutarties termino pabaiga, mirtis, liga ar neįgalumas, darbo drausmės pažeidimai (2015 metų Respublikinės Šiaulių ligoninės ataskaita).

### 3.2. Kokybinio tyrimo rezultatai

Kokybinio tyrimo metu surinkta detali pusiau struktūruoto interviu medžiaga, kuri leidžia pažvelgti į tiriamųjų nuomonę, išvalgas ir patirtį. Duomenų visuma rodo informantų personalo planavimo žinių skirtingumą ir suvokimo įvairovę.

#### **Pirmoji tyrimo sritis - apsirūpinimo specialistais VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikos situacijos vertinimas.**

Atlikus apklausą sužinota, kad šioje klinikoje trūksta ne tik gydytojų – specialistų, bet ir slaugos personalo. Vienas respondentas (I2) nurodė, kad šioje įstaigoje trūksta daug specialistų: „trūksta 4 etatų vaikų ligų gydytojų, vaikų neurologo, trūksta gydytojų vaikų endokrinologo pareigoms užimti, taip pat intensyvios terapijos skyriaus specialistų, vaikų okulisto ir vaikų psichiatrijos gydytojų, taip pat ir akušerių - ginekologų“. Didelė problema yra ir darbo organizavimas – konsultacinėje poliklinikoje darbo dienomis specialistai dirba iki 16.00 val. „Kyla klausimas, ką daryti pacientams, kurių darbo laikas yra iki 17.00 val., o darbdavys darbo metu jo neišleidžia vizitui pas gydytoją? Pacientui nelieta kitos galimybės, kaip tik rinktis privatų sektorių, nors pagal galiojančią paciento sveikatos draudimą jis tas pačias paslaugas



galėjo gauti nemokamai“ (I4). Informantai nurodo, jog tokie medicinos personalo trūkumai atsiliepia teikiamų paslaugų prieinamumui, tačiau vienas respondentas (I2) nurodė, kad „jaučiamas ne tik sveikatos priežiūros specialistų trūkumas, bet ir ryškus gyventojų emigravimas, demografinis mažėjimas, vien dėl to nėra labai ilgų eilių pas gydytojus – specialistus“. Keli informantai (I1, I3, I4) nurodė, jog labai laukiami kelių subspecialybių specialistai – pvz. vaikų gydytojas – endokrinologas, vaikų gydytojas – psichiatras, akušeris – ginekologas – echoskopuotojas. Vienas informantas (I1) nurodė, jog tokie kelių subspecialybių, specialistai laukiami ir vertinami ir užsienio šalyse: „mūsų paruošti medicinos studentai, taip pat ir gydytojai, ypač įgiję antrą specialybę, labai laukiami Skandinavijoje, Anglijoje. Jie netaiko tokios specialistų rengimo metodikos, todėl vilioja mūsų šalis dirbti pas juos“.

Lentelėje žemiau (žr. 3.2.1. lentelę) pateiktas specialistų Moters ir vaiko klinikoje vertinimas, nurodant, kokių gydytojų specialybių trūkumas yra jaučiamas labiausiai, taip pat patikslinama, jog dėl šios priežasties nukenčia paslaugų kokybė, jų teikimo laikas.

3.2.1. lentelė

#### Apsirūpinimo specialistais Moters ir vaiko klinikoje vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Iliustruojantys teiginiai
Atskirų profesijų gydytojų trūkumas	Pediatrijos profilio specialistų trūkumas	„Yra jaučiamas viso personalo trūkumas, ypač jaučiamas vaikų profilio specialistų trūkumas. Šiaip trūkstame viso personalo, nes dabar vadinamas „kritinis amžius“ medicinoje“ (I1). „Trūksta 4 etatų vaikų ligų gydytojų, vaikų neurologo, trūksta gydytojų vaikų endokrinologo pareigoms užimti, taip pat intensyvios terapijos skyriaus specialistų, vaikų okulisto ir vaikų psichiatrijos gydytojų, taip pat ir akušerių - ginekologų“ (I2). Šios klinikos priėmimo skyriuje trūksta vaikų ligų gydytojo. <>. Vaikų priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuje gali dirbti visų kvalifikacijų gydytojai – vaikų intensyvios terapijos specialistas, vaikų endokrinologas, medicinos gydytojas, tačiau vis tiek yra jaučiamas trūkumas, nes niekas nenori ten dirbti būtent dėl vaikų, dažnai konfliktiškų tėvų“ (I3).
	Akušerių - ginekologų profilio gydytojų trūkumas	Trūksta <...> taip pat ir akušerių - ginekologų“ (I2). <...> tačiau kalbant apie gydytojus akušerius - ginekologus - trūkstame bent jau keturiems etatams. Labai jaučiamas gydytojų trūkumas ypač budėjimams, tikrai naktį budi per mažai specialistų, kartais, žinoma, dėl to nukenčia ir teikiamų paslaugų kokybė“ (I4).
	Slaugos personalo trūkumas	„Trūksta visų, tiek gydytojų, tiek slaugos personalo“ (I2).
Poreikis medikų, turinčių antrą specialybę	Subkategoriją turinčių specialistų trūkumas	„Šiuo metu labai vertinami kelių subspecialybių gydytojai, tačiau jų yra labai nedaug“ (I1). „Mūsų paruošti medicinos studentai, taip pat ir gydytojai, ypač įgiję antrą specialybę, labai laukiami Skandinavijoje, Anglijoje. Jie netaiko tokios specialistų rengimo metodikos, todėl vilioja mūsų šalis dirbti pas juos“ (I1). „Tokie specialistai mūsų klinikoje yra labai vertinami, ypač echoskopuotojai ir endoskopuotojai. Tačiau šiuo metu nėra daug tokių darbuotojų“ (I3).
Nepatenkinami pacientų lūkesčiai dėl gydytojų darbo laiko	Per trumpos darbo valandos konsultacinėje klinikoje	„Kyla klausimas, ką daryti pacientams, kurių darbo laikas yra iki 17.00 val., o darbdavys darbo metu jo neišleidžia vizitui pas gydytoją? Pacientui nelieka kitos galimybės, kaip tik rinktis privatų sektorį, nors pagal galiojančią paciento sveikatos draudimą, jis tas pačias paslaugas galėjo gauti nemokamai“ (I4).
Gydytojų trūkumas dėl nepakankamų	Trūksta neperspektyvių specialybių	„Manau, kad tokia situacija dėl vaikų gydytojų atsiranda dėl mažos šios srities specialistų darbo perspektyvos“ (I2).

profesinių perspektyvų	gydytojų	
---------------------------	----------	--

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal kokybinio tyrimo rezultatus.

Taigi, visi informantai nurodo, jog Moters ir vaiko klinikoje gydytojų trūkumas yra jaučiamas, ypač pediatrijos profilyje dėl, kaip nurodo I2 informantas, prastų perspektyvų, lyginant su kitomis medicinos specialybėmis: „*Manau, kad tokia situacija dėl vaikų gydytojų atsiranda dėl mažos šios srities specialistų darbo perspektyvos*“. Tačiau Vilniaus universiteto Patologijos, teismo medicinos ir farmakologijos katedros profesorius, gydytojas neonatologas, prof. habil. dr. Vytautas Basys teigia, jog „*visos Lietuvos mastu, antriniame ir tretiniame sveikatos priežiūros lygyje reikalai neblogi. Universitetinėse ligoninėse šiuolaikinė pediatrija, ar paimtume naujagimius, ar vaikų chirurgiją, ar vaikų pulmonologiją, puiki. Yra moderni įranga ir aparatūra, dirba tikrai puikūs specialistai*“ (Gruodė, 2017). Tačiau, kaip nurodo Vilniaus universiteto Vaikų ligų klinikos prof. habil. dr. Arūnas Valiulis, šiandien vaikų gydytojų, lyginant su 1990 metais yra sumažėję keturis kartus, o dirbančiųjų amžiaus vidurkis artėja prie 60 metų (Gruodė, 2017).

Vertinant situaciją šalies mastu, galima manyti, jog sveikatos priežiūros specialistų trūkumas sveikatos priežiūros sistemoje ir kiekvienoje institucijoje atskirai turi įtakos paslaugų teikimo kokybei ir patekimo pas gydytoją eilės ilgumui, nors, kaip nurodama Respublikinės Šiaulių ligoninės 2014–2020 strateginiame veiklos plane, valstybės lygiu yra siekiama užtikrinti, kad kiekvienas pilietis – pacientas turėtų galimybę laiku gauti jam reikalingą gydymą ar kitą medicininę pagalbą. Antra vertus, specializuota pagalba yra teikiama tik pagrindinėse šalies gydymo įstaigose didžiuosiuose miestuose, todėl piliečiams, gyvenantiems ne didmiesčiuose paslaugų prieinamumo problema didėja. Dėl šios priežasties auga poreikis inovatyvioms sveikatos paslaugoms.

### **Antroji tyrimo sritis – specialistų trūkumo VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje priežastys.**

Remiantis informantų atsakymais, 3.2.2. lentelėje pateiktos sveikatos priežiūros specialistų trūkumo priežastys. Išskiriamos septynios subkategorijos – sveikatos priežiūros specialistų emigracija, per mažas paruošiamų sveikatos priežiūros specialistų skaičius, per mažas sveikatos priežiūros specialistų finansinis įvertinimas, gydytojų senėjimo problema, socialines paslaugas teikiančių darbuotojų trūkumas, nerenovuoti skyriai, nebenauja įranga ir aparatūra, kultūrinės veiklos stoka, netinkamas mikroklimatas skyriuose.

## Sveikatos priežiūros specialistų trūkumo Moters ir vaiko klinikoje priežastys

Kategorija	Subkategorija	Informantų patvirtinantys teiginiai
Sveikatos priežiūros specialistų trūkumo sisteminės priežastys	Sveikatos priežiūros specialistų emigracija	„Dėl gydytojų, ypač jaunų, emigracijos, trūksta 4 etatų vaikų ligų gydytojų, vaikų neurologo, trūksta gydytojų vaikų endokrinologo pareigoms užimti, taip pat intensyvios terapijos skyriaus specialistų, vaikų okulisto ir vaikų psichiatrijos gydytojų, taip pat ir akušerių – ginekologų“ (I2).
	Per mažai paruošiama sveikatos priežiūros specialistų	„Per metus Lietuvoje yra paruošiami apie 10 pediatrijos specialistų. Pagalvokime, kiek iš jų emigruoja, susilaukia vaikų ir kiek jų iš nori dirbti šalies periferijoje“ (I2).
	Per maži sveikatos priežiūros specialistų atlyginimai sveikatos priežiūros sistemoje	„Mes tikrai negalime pasiūlyti europinio dydžio atlyginimus, kokių nori gydytojai, ypač jauni. Žinoma, šiuo metu gydytojo profesija atsakomybės atžvilgiu yra labai nuvertinama tiek finansiškai, tiek autoritetu atžvilgiu“ (I1). „Pats pagrindinis veiksnys – maža alga, būtent dėl to į šią kliniką atvyksta maži specialistų“ (I1). „Bendrame kontekste – mažas atlyginimas visoje sveikatos priežiūros sistemoje „<...> Kitas aspektas – tikrai maži atlyginimai, su tokiais jaunų specialistų niekaip nepritrauksime“ (I4).
Sveikatos priežiūros specialistų trūkumo priežastys miesto ir ligoninės lygiu	Gydytojų senėjimas	„Gydytojų - pediatrų vidutinis amžius yra apie šešiasdešimt metų. Nemažai specialistų šią vasarą jau žada išeiti iš darbo į pensiją, taigi galima numatyti, jog sveikatos priežiūros specialistų dar mažės“ (I2).
	Trūksta socialines paslaugas galinčių teikti darbuotojų	„Didelė problema – tiek gydytojai, tiek slaugos personalas turi atlikti jiems nepriklausančias daryti paslaugas vien dėl žmonių įgūdžių trūkumo: pakeisti sauskelnes, konsultuoti dėl socialinių klausimų, mokyti tėvus kaip maudyti, prižiūrėti, auklėti jau paaugusius vaikus. Mums tikrai trūksta socialinio darbuotojo, bent vieno teisininko kiekviename ligoninės padalinyje“ (I2). <...> . Kita bėda – prasta darbo aplinka“ (I3).
	Nepatraukli ir nemoderni darbo aplinka	„Kai bus skyriai šiuolaikiški, modernūs, su nauja įranga, aparatūra ir jaunų gydytojų bus lengviau privilioti“ (I3). „Mes negalime lygintis su didžiais miestais vien dėl dažnai prastesnės aparatūros, mes neatliekama labai specifinių operacijų, tyrimų“ (I4).
	Kultūrinės veiklos stoka mieste	„Mūsų ligoninė yra regione, čia nėra tokio išplėto kultūrinio gyvenimo kaip didmiesčiuose. Jauni specialistai akcentuoja, jog čia nėra pakankamai teatro, kino salių. Jaunuomenei reikia kultūrinio gyvenimo – teatro, kultūros, vietų, kur išeiti, pasižmonėti. Mūsų regione jauniems žmonėms tokios veiklos trūksta“ (I3). „<...> mes negalime lygintis su kitais miestais dėl kultūrinio gyvenimo, infrastruktūros, akademinės veiklos, sporto...“ (I4).
	Mikroklimato kitimas skyriuose	„Labai bloga ypatybė – kartų nesusikalbėjimas, nepagarba jaunesniems, galbūt net talentingesniems, kolegoms. Jei mes labiau gerbume ir palaikytume vienas kitą, galbūt ir tas darbas kitaip eitųsi. Labai svarbu patogiajai jaustis tarp kolegų“ (I2).
	Profesinių ambicijų patenkinimas	„Jauni specialistai, turėdami profesinių ambicijų, žinoma, lieka didžiuosiuose miestuose, kuriuose gali siekti mokslo aukštumų“ (I2). „<...> jauni specialistai nori pasilikti didmiesčiuose dar ir dėl to, jog ten geresnės kvalifikacijos kėlimo galimybės – atliekamos sudėtingesnės procedūros, operacijos, retesni klinikiniai atvejai“ (I3).
	Dideli darbo krūviai	„<...> uždaryta daug rajoninių ligoninių, todėl visi iš Šiaurės Lietuvos į vaikų priėmimą važiuoja pas mus, krūviai tikrai didžiuliai. O šiame skyriuje yra dirbančių žmonių, kuriems yra apie 80 metų, todėl mes labai norim ir laukiame kokių 4 – 5 naujų, jaunų, entuziastingų žmonių“ (I2).
	Konkurencinga aplinka	„Pati didžiausia problema Šiauliuose yra tik viena ligoninė, todėl nėra sudaroma konkurencija dėl geresnių sąlygų. Palyginkime kitus miestus – Vilnių, Kauną, Klaipėdą... Vyksta konkurencija, darbuotojai pasirenka geriausią darbovietę. Kitas aspektas – tikrai maži atlyginimai, su tokiais jaunų specialistų niekaip nepritrauksime“ (I4).

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal kokybinio tyrimo rezultatus.

Šiuo klausimu siekiama išsiaiškinti pagrindines specialistų trūkumo Moters ir vaiko klinikoje priežastis. Kaip nurodo vienas respondentas (I2), yra paruošiama per mažai gydytojų –

„per metus Lietuvoje yra paruošiami apie 10 pediatrijos specialistų. Pagalvokime, kiek iš jų emigruoja, susilaukia vaikų ir kiek jų iš nori dirbti šalies periferijoje“ (I3). Kita problema – darbas stacionare. Neužtenka gydytojų darbui budėjimams, todėl bandoma dalinti trūkstamus etatus vis dar dirbantiems specialistams. Dar vienas sunkumas sveikatos sistemoje – menki žmonių socialiniai įgūdžiai – „didelė problema, jog tiek gydytojai, tiek slaugos personalas turi atlikti jiems nepriklausančias daryti paslaugas vien dėl žmonių įgūdžių trūkumo: pakeisti sauskelnes, konsultuoti dėl socialinių klausimų, mokyti tėvus kaip maudyti, prižiūrėti, auklėti jau paaugusius vaikus. Mums tikrai trūksta socialinio darbuotojo, taip pat bent vieno teisininko kiekviename ligoninės padalinyje“ (I2). Dar vieną problemą nurodo (I2) informantas: „vaikų ligų profilio gydytojų vidutinis amžius yra apie šešiasdešimt metų. Nemažai specialistų šią vasarą jau žada išeiti iš darbo į pensiją, taigi, galima numatyti, jog sveikatos priežiūros specialistų dar mažės“. Iš respondentų atsakymų išskirta viena pagrindinė ir svarbiausia specialistų trūkumo problema – per mažas finansavimas sveikatos priežiūros sistemoje. Kaip nurodoma Respublikinės Šiaulių ligoninės 2014–2020 metų strateginiame veiklos plane, šioje ligoninėje yra nustatyti pareiginės algos dydžiai pagal pareigybes, tačiau nėra numatyta papildomų priedų už darbuotojų rezultatus. Taigi, šiuo metu darbo apmokėjimo sistema nėra orientuota į rezultatą, mažina darbuotojų motyvaciją ir pasitenkinimą darbo vieta.

Taip pat didelė problema yra visuomenės priešinimas su medicinos priežiūros specialistais dėl paslaugų kokybės, eilių pas gydytojus, finansinio atlygio: „Mes tikrai negalime pasiūlyti europinio dydžio atlyginimų, kokių nori ir tikisi gydytojai, ypač jauni. Žinoma, šiuo metu gydytojo profesija atsakomybės atžvilgiu yra labai nuvertinama tiek finansiškai, tiek autoriteto atžvilgiu“ (I4). Gydytojų trūkumas taip pat siejamas ir su nerenovuotais skyriais, sena įranga: „Kai skyriai bus šiuolaikiški, modernūs, su nauja įranga, aparatūra, tuomet ir jaunos gydytojus bus lengviau privilioti“ (I3). Tas pats informantas nurodė, kad labai svarbu tai, jog dar internatūros, rezidentūros metais būsiami gydytojai sukuria šeimas, „įleidžia“ šaknis tuose miestuose, kuriuose mokosi, todėl išvykti į regioną nebenori: „Jaunuomenei reikia kultūrinio gyvenimo – teatro, kultūros, vietų, kur išeiti, „pasižmonėti“. Mūsų regione jauniems žmonėms tokios veiklos trūksta“ (I3). Tas pats informantas nurodo, kad yra svarbūs ir kiti veiksniai – didėjanti ir spartėjanti emigracija, darbo įranga, taikomos naujovės. Moters ir vaiko klinika gali didžiuotis daugumoje skyrių turima nauja įranga, dėl to gali konkuruoti su kitomis gydymo įstaigomis. Tačiau vienas respondentas (I2) nurodė, kad „jauni specialistai, turėdami profesinių ambicijų, žinoma, lieka didžiuosiuose miestuose, kuriuose gali siekti mokslo aukštumų“. Dar viena problema, yra nesudaryta konkurencinga aplinka. „Pati didžiausia problema Šiauliuose yra tik viena ligoninė, todėl nėra sudaroma konkurencija dėl geresnių sąlygų. Palyginkime kitus miestus – Vilnių, Kauną, Klaipėdą... Vyksta konkurencija, darbuotojai pasirenka geriausią

darbovietę“ (14). Jei mieste būtų kelios valstybinės ligoninės, medikai galėtų rinktis patrauklesnę darbo vietą, neprarasdami stacionarinių paslaugų atlikimo įgūdžių. Kol mieste bus tik viena stacionarinė gydymo įstaiga, tol darbuotojai turės tenkintis jos teikiamomis darbo sąlygomis.

Gydytojų trūkumo problema ligoninei tampa vis aktualesnė, nes pagal duomenis, pateiktus 2014–2020 metų Respublikinės Šiaulių ligoninės strateginiame veiklos plane, tik 28 proc. visų gydytojų yra jaunesni nei 44 metų amžiaus, o 15 proc. gydytojų yra pensinio amžiaus. Nurodoma, jog dėl nepakankami išplėtos motyvacinės sistemos daugelis jaunų gydytojų renkasi didžiųjų miestų ligonines arba tokias įstaigas, kuriose yra sudarytos tinkamos sąlygos pradėti karjerą bei įsikurti. Nepritraukus jaunų sveikatos priežiūros specialistų, kyla grėsmė, jog ligoninė nebus pajėgi aptarnauti visų besikreipiančių pacientų ir negalės teikti dalies paslaugų. Šiuo metu tai ypač aktualu Odos ir veneros ligų centrui, kuris gali būti uždarytas arba jo sveikatos priežiūros teikimo apimtys gali būti sumažintos dėl specialistų trūkumo (2014–2020 metų Respublikinės Šiaulių ligoninės strateginio veiklos planas). Moters ir vaiko klinikos administracija, atkreipdama dėmesį į kitų ligoninės padalinių veiklą, supranta, jog siekiant tobulinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę, būtina paveikti sveikatos priežiūros specialistų trūkumo priežastis. Tačiau tokiems, visą Lietuvą apimantiems sveikatos priežiūros nesklandumams – menkam finansavimui, visuomenės požiūriui, „darbui vien iš idėjos,“ – spręsti reikia laiko ir finansinių išteklių.

**Trečioji tyrimo sritis – sveikatos priežiūros specialistų Moters ir vaiko klinikoje planavimo procesas.**

3.2.3. lentelė

**Sveikatos priežiūros specialistų Moters ir vaiko klinikoje planavimas**

<b>Kategorija</b>	<b>Subkategorija</b>	<b>Iliustruojantys teiginiai</b>
Ilgalaikė personalo planavimo prognozė (5 – 10 m.)	Personalo planavimas vykdomas	<p>„&lt;...&gt; teikiame paraiškas ir gydytojams rezidentams, kai kuriems jų apmokame studijų sutartyje numatytą įmoką už studijas, tačiau jie turi po rezidentūros studijų atidirbti nuo 5 iki 10 metų. O paskui tikimės, jog pasiliks dirbti ir ilgesniam laikotarpiui“ (I3).</p> <p>„Taip pat yra dar du rezidentai, kuriems studijos yra apmokamos pagal sveikatos apsaugos projektą regioninėms ligoninėms mažinti netolygumus, gerinti situaciją dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo mažinimo. Pagal šią programą studijos yra apmokamos tiems rezidentams, kurių specialybė itin trūksta pasirinktame regione. Būtent šito projekto dėka šiuo metu rezidentūrą atlieka 2 gydytojai – rezidentai – pulmonologai“ (I3).</p> <p>„&lt;...&gt; tačiau prognozė ilgajam periodui analizuojama kartą metuose. Susisteminta informacija siunčiama į Lietuvos sveikatos mokslų universitetą, Vilniaus universitetą, nurodant kokių specialybių kokių laikotarpiu trūksta ar yra prognozuojamas trūkumas ateityje. Manome, ilgajam laikotarpiui - po 5 - 10 metų - ypač bus jaučiamas slaugos personalo, akušerių, radiologijos, patologijos radiologų, klinikos laborantų poreikis. Pagal dabartines prognozes gydytojų trūkumas bus dar ryškesnis“ (I3).</p> <p>„Na čia daugiau Sveikatos apsaugos ministerijos darbas, mes tik nurodome poreikius, darbuotojų amžių, galbūt kokias naujas paslaugas ligoninei būtų</p>

		<i>tikslinga atlikti“ (I4).</i>
Trumpalaikė personalo planavimo prognozė (1 – 4 m.)	Personalo planavimas nevykdomas	<i>„Šitas planavimo metodikas visai Lietuvai sudarinėja Ministerija, ne mes. &lt;...&gt; Koks čia planavimas išvis – aš nurodau, kokių žmonių man trūksta, jei gauname – džiaugiamės, jei ne – verčiamės su tuo, ką turime“ (I1). „Nebėra ko planuoti – neatvažiuoja žmonės čia dirbti“ (I4).</i>
	Personalo planavimas vykdomas	<i>„&lt;...&gt;mes visada sudarome poreikį, kokių specialistų mums trūksta šiandien ir artimiausiu metu. Mūsų poreikį išsiunčiame Sveikatos apsaugos ministerijai, žinoma, pastoviai bendraujame su kitais miestais, stengiamės sukurti tiek tarpasmeninį, tiek tarpinstitucinį bendradarbiavimą, kad vyktų tų specialistų dalybos“ (I2). „Vyksta minimalus planavimas, numatant darbuotojų amžių, jų kintančią darbo specifiką, galimybes, reaguojant į kintantį darbuotojų poreikį“ (I2). „&lt;...&gt; sudarome tuos planus dabartiniam laikotarpiui, mąstome apie darbuotojų amžių, apie jų galimybes bet kada išvykti į užsienį, bet pagrindinį prognozinį darbą atlieka personalo skyrius“ (I2). „Šita sistema yra visose Lietuvos ligoninėse vienoda, nes ją reglamentuoja mūsų steigėjas – Sveikatos apsaugos ministerija. Mes kiekvienais metais, arba jei reikia ir dažniau, teikiame ataskaitas, kuriose nurodomos poreikio analizės ir dabartinis bei numatomas personalo trūkumas, kuris nustatomas pagal suteiktas paslaugas, perskaičiuojamas paslaugų kiekį atitinkantis darbuotojų etatų skaičius, atliekami ekonominiai skaičiavimai“ (I3).</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal kokybinio tyrimo rezultatus.

Tyrimo metu siekta išsiaiškinti, kaip personalo planavimas vykdomas trumpuoju ir ilguoju laikotarpiais. Du informantai (I1, I4) nurodė, jog nėra taikoma jokia planavimo metodika dėl per didelio sveikatos priežiūros specialistų trūkumo. Informantai nurodė, kad atsiradus tam tikro darbuotojo poreikiui, vykdoma paieška internete, darbo biržoje, medicinos leidinių skelbimuose, kontaktuojama su kitų miestų gydymo įstaigomis, aukštosiomis mokyklomis. Informanto (I2) teigimu, yra sudaromi trumpalaikiai personalo planavimo planai, numatant darbuotojų amžių, jų kintančią darbo specifiką, galimybes, reaguojant į kintantį darbuotojų poreikį. I3 informantas nurodo, jog visoje Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigose yra taikoma ta pati personalo planavimo metodika – kartą metuose (jeigu reikia – ir dažniau) yra teikiamos ataskaitos Sveikatos apsaugos ministerijai, kuriose nurodomas dabartinis bei numatomas personalo trūkumas, kuris nustatomas pagal suteiktas paslaugas, perskaičiuojamas paslaugų kiekį atitinkantis darbuotojų etatų skaičius.

Informantų buvo klausiama, ar gydymo įstaigoje yra sudaromos personalo planavimo prognozės bent jau 5 – 10 metų į ateitį. „Po 5 – 10 metų ypatingai bus jaučiamas slaugos personalo, akušerių, radiologijos, patologijos radiologų, klinikos laborantų personalo, akušerių, radiologų poreikis. Pagal dabartines prognozes, gydytojų trūkumas bus dar ryškesnis“ (I3). Visą surinktą informaciją apie trūkstamus darbuotojus iš padalinių vadovų susistemina vyriausioji slaugos administratorė su Personalo skyriaus vedėja ir pateikia Sveikatos apsaugos ministerijai, Lietuvos sveikatos mokslų universitetui, Vilniaus universitetui, nurodant, kokių specialybių kokių laikotarpiu trūksta, ar yra prognozuojamas trūkumas ateityje. Du informantai nurodė, jog nežino, ar yra taikoma ilgalaikė personalo planavimo strategija, tačiau buvo įsitikinę, jog tokios prognozės būtų labai naudingos.

Visi informantai nurodo, jog už personalo planavimą yra atsakinga personalo skyriaus vedėja, vyriausioji slaugos administratorė bei generalinis direktorius. I4 informantas nurodo, jog personalo poreikis yra apskaičiuojamas pagal etatų kiekį, suteikiamų paslaugų kiekį, demografines tendencijas, bendrą ir sveikatos priežiūros darbuotojų emigraciją. I3 informantas nurodo, jog planavimas vyksta nuolat, tačiau prognozė ilgajam periodui sudaroma kartą metuose. Visi informantai nurodo, jog pagalba iš šalies būtų labai reikalinga, tačiau miesto savivaldybė finansiškai padėti neturi galimybės, nes gydymo įstaiga yra priskiriama Sveikatos apsaugos ministerijai. Savivaldybė gali tik padėti organizuoti renginius, projektus.

### Penktoji tyrimo sritis - Personalo planavimo strategija VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje.

3.2.4. lentelė

#### Personalo planavimo strategija Moters ir vaiko klinikoje

Kategorija	Subkategorija	Iliustruojantys teiginiai
Sveikatos priežiūros specialistų paieška	Tarptautinės prieigos	<p>„&lt;...&gt; Dėl užsienio prieigų – reikia pakelti algą. Kol algos bus tokios, kokios yra dabar, mes nieko neprisiviliosime. Mes nesugebame čia saviems lietuviams išmokėti normalios algos, tai ką jau kalbėti apie užsienio gydytojus. Tie, kurių atlyginimai dar menkesni už mūsų, tai ir neieško darbo čia – ieško stambesnių laimikių. Be to, šiuo klausimu turi užsiimti Sveikatos apsaugos ministerija – čia didelis darbas. Jie turi išmokyti kalbą, susitvarkyti lietuvišką licenciją“ (I1).</p> <p>„O dėl užsienio prieigų... Na mes nesame pirmo pasirinkimo šalis. Manau, kad tai teisiškai dar nėra visiškai iki galo įforminta, nes reikia mokėti ir kalbą, gydyti pagal mūsų algoritmus ir turimus vaistus. Žinoma, ir licencija turi būti galiojanti“ (I2).</p> <p>„Galimybė pakeisti mūsų emigravusius ar dėl kitų priežasčių nedirbančius darbuotojus pakeičiant juos užsieniečiais yra, tačiau jei iš šalių, kuriose medikai yra dar mažiau vertinami, šie išvyksta, tai Lietuva tikrai nebus pirmo pasirinkimo valstybė. Vėlgi atsimušame į menką finansinį pagrindą. Teoriškai užsieniečiams galimybė Lietuvoje yra, išsilaikius lietuvių kalbos testą bei įsigijus lietuvišką gydytojo licenciją, tačiau nebuvo dar nė vieno tokio gydytojo penkių metų laikotarpyje šioje įstaigoje“ (I3).</p>
	Leidiniai, interneto prieigos	<p>„Specialistų mes ieškome įvairiais keliais – medicinos žurnale „Gydytojų žinios“, internetu, per įvairių mokslo įstaigų informavimą, kokių specialistų trūkstame“ (I1).</p> <p>„&lt;...&gt; mes patys ieškome darbuotojų internete, darbo biržoje, medicinos leidiniuose“ (I2).</p>
	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas su miesto savivaldybe	<p>„Šiuo klausimu miesto savivaldybė mums padėti negali, nes mes priklausome ne miestui, o Ministerijai, taigi kalbant apie finansinę pagalbą – teisiškai tai net neįmanoma“ (I1).</p> <p>„Miesto savivaldybė teisiškai neįgalūs mums padėti. Bandėme praminti šituos kelius, tačiau esame pavaldūs Ministerijai, todėl miestas mums nieko negali pasiūlyti. Mūsų tokia struktūra, kad nei mes savivaldybei, ne ji mums jokių finansinių sprendimų daryti negalime. Jie gali mums padėti organizuoti renginius, projektus, bet ne daugiau“ (I2).</p>
	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas su aukštosiomis mokyklomis	<p>„Mes surenkame informaciją kokių darbuotojų mums reikia, kontaktuojame, bendraujame, tačiau už planavimą yra atsakingas personalo skyrius“ (I2).</p> <p>„&lt;...&gt; bendradarbiaujame tiek su aukštosiomis mokyklomis, tiek su kitomis gydymo įstaigomis. Na tikrai nesėdime rankų sudėję, tačiau su medicinos darbuotojais situacija tikrai yra labai prasta“ (I2).</p>
	Darbo intensyvinimas	<p>„Visas darbo krūvis yra išdalinamas kitiems darbuotojams, nes iš šalies, ypač trumpam laikotarpiui, nėra galimybių gauti darbuotojų“ (I1).</p> <p>„O susirgus ar norint laikinai pavaduoti darbuotoją tai didiname</p>

		<i>intensyvumą kitiems darbuotojams, sąlygų gauti medikų iš kitur mes tiesiog neturime“ (I2). „Mes neturime tiek laisvų žmogiškųjų išteklių, galinčių padengti tuos, kurie suserga, atostogauja, išeina tėvystės / motinystės atostogų. Tokiu atveju dažniausiai tiesiog padidinimas darbo intensyvumas kitiems darbuotojams“ (I3).</i>
	Gydytojų - rezidentų studijų apmokėjimas	<i>„Taip pat teikiame paraiškas ir gydytojams rezidentams, kai kuriems jų apmokame studijų sutartyje numatytą įmoką už studijas tačiau jie turi po rezidentūros studijų atidirbti nuo 5 iki 10 metų. O paskui tikimės, jog pasiliks dirbti ir ilgesniam laikotarpiui. Taip pat yra dar du rezidentai, kuriems studijos yra apmokamos pagal sveikatos apsaugos projektą regioninėms ligoninėms mažinti netolygumus, gerinti situaciją dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo mažinimo. Pagal šią programą studijos yra apmokamos tiems rezidentams, kurių specialybės itin trūksta pasirinktame regione. Būtent šito projekto dėka šiuo metu rezidentūrą atlieka 2 gydytojai – rezidentai – pulmonologai“ (I3).</i>
	Tarpasmeninis bendradarbiavimas	<i>„Klinikose vykdomas veiklas galima traktuoti kaip nuolatinį mokymosi procesą – bendradarbiavimas, informacijos rinkimas, vertinimas ir sklaida, taip pat ryškus techninis – technologinis aspektas ir mokymasis per rutininę veiklą“ (I4).</i>

Pasak I3 informanto, ligoninė, vadovaudamasi Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 7 d. įsakymo Nr. V - 1080 „Dėl nacionalinės sveikatos įstaigų apmokėjimo už studentų ir gydytojų rezidentų studijas ir Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų paskolų sutarčių sudarymo su gydytojais rezidentais ir kredito įstaigomis gydytojų rezidentų gerovei užtikrinti tvarkos aprašų patvirtinimo“, suderinusi gydytojų specialistų poreikio prognozę su Šiaulių teritorine ligonių kasa ir pateikusi susistemintą informaciją apie prognozuojamą gydytojų specialistų poreikį, gavo 6 gydytojams rezidentams galimybę mokytis ir dirbti šioje įstaigoje. Ligoninė sumoka už jų studijas, o rezidentai įsipareigoja ligoninėje po studijų atidirbti 5 metus. Kaip matyti 3.2.2. lentelėje, taikant Sveikatos apsaugos ministro taikomas trūkstamų gydytojų rezidentų pritraukimo programas, atsiranda galimybė prisivilioti rezidentus dirbti Moters ir vaiko klinikoje.

I2 informantas nurodo, jog ligoninė taip pat dalyvauja projekte, kurio tikslas – mažinti sveikatos netolygumus tarp Lietuvos regionų bei gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą gyventojams (2014–2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtrauktiems didinimas ir kova su skurdu“ priemonė Nr. 08.4.1.-ESFA-V-617 „Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“). Šio projekto tikslas – pritraukti jaunus specialistus į tas sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose atitinkamos srities specialistų trūksta labiausiai. Projekto lėšomis yra apmokamos gydytojų rezidentų studijų įmokos ar gydytojo rezidento studijų sutartyje nurodoma studijų kainą. I3 respondento teigimu, Moters ir vaiko klinikoje taip dar tik bandoma privilioti gydytojus rezidentus, tačiau Respublikinėje Šiaulių ligoninėje jau yra apmokamos studijos būsimiems dviem pulmonologijos specialistams.



Moters ir vaiko klinikoje laukiami ne tik gydytojai rezidentai, tačiau ir įvairių sričių praktikantai. Gydomo įstaigos administracija stengiasi išlaikyti studentus po praktikos.

3.3.3. lentelė

**2015–2017 metų sveikatos priežiūros praktikantų skaičius Moters ir vaiko klinikoje**

Metai	Vytauto Didžiojo universitetas	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas	Šiaulių universitetas	Kauno kolegija	Šiaulių Valstybinė kolegija	Šiaulių darbo rinkos mokymo centras	Savanoriška praktika	Darbo birža
2015	1	6	15	7	180	5	10	0
2016	1	8	8	17	186	10	2	1
2017	0	10	7	18	201	12	7	1

Sudaryta darbo autorės, remiantis VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Personalo skyriaus vedėjos duomenimis.

Pagal pateiktą 3.3.3. lentelę aiškiai matyti, jog Moters ir vaiko klinikoje yra vadovaujama naujojo viešojo valdymo principais, tokiais kaip tarpinstitucinis bendradarbiavimas, piliečių įsitraukimas (savanoriška praktika). Bendradarbiaujama su darbo birža – pagal darbo įgūdžių programą įdarbintos dvi slaugytojos. Bendradarbiaujant su Šiaulių darbo rinkos mokymo centru pagal „Slaugytojo padėjėjo“ mokymo programą per tris metus įdarbinti 27 darbuotojai. Dažniausiai studentai praktikai atlikti pasirenka miestą, kuriame studijuoja, todėl 3.3.3. lentelėje pastebimas Šiaulių valstybinės kolegijos studentų aktyvumas.

I3 informantas nurodo, jog Moters ir vaiko klinikoje yra bandoma aktyvinti tiek tarpinstitucinį, tiek tarpasmeninį bendradarbiavimą – „yra visos sąlygos įgyti įgūdžių, taikyti šiuolaikinius gydymo metodus, realizuoti studijų metu užsibrėžtus tikslus. Puikiai tvarkoma ligoninė, draugiška ir kultūringa aplinka“. I2 informantas nurodo, jog „bendradarbiaujant sudaromos puikios sąlygos tobulėti ne tik būsimiems gydytojams ar slaugos specialistams, bet taip pat mokosi ligoninės gydytojai ir slaugytojai“. Būtent šis naujojo viešojo valdymo principas skatina komunikaciją, specialistų pritraukimą į organizaciją.

I4 informanto teigimu, šioje gydymo įstaigoje personalo planavimo strategija siejama ir su ligoninėje vykstančiu pastoviu mokymusi: „Klinikose vykdomas veiklas galima traktuoti kaip nuolatinį mokymosi procesą – bendradarbiavimas, informacijos rinkimas, vertinimas ir sklaida, taip pat ryškus techninis – technologinis aspektas ir mokymasis per rutininę veiklą“.

I3 nurodo, jog teorinę personalo planavimo strategiją labai sunku įgyvendinti praktiškai: „Mes neturime tiek laisvų žmogiškųjų išteklių, galinčių padengti tuos, kurie suserga, atostogauja, išeina tėvystės / motinystės atostogų. Tokiu atveju dažniausiai tiesiog padidinamas darbo intensyvumas kitiems darbuotojams“. I1 ir I3 teigia, jog yra galimybė pakeisti mūsiškius emigravusius ar dėl kitų priežasčių nedirbančius darbuotojus pakeičiant juos užsieniečiais. Tačiau I3 teigia, kad „jei iš šalių, kuriose medikai yra dar mažiau vertinami, šie išvyksta, tai

Lietuva tikrai nebus pirmo pasirinkimo valstybė. Vėlgi atsimušame į menką finansinį pagrindą“. Teoriškai užsieniečiams galimybė dirbti Lietuvoje yra, išsilaikius lietuvių kalbos testą bei įsigijus lietuvišką gydytojo licenciją, tačiau penkių metų laikotarpyje šioje įstaigoje dar nebuvo nė vieno tokio gydytojo.

**Šeštoji tyrimo sritis - Personalo „išlaikymo“ strategija VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje.**

Tyrimu bandoma išsiaiškinti, kokiomis priemonėmis stengiamasi išlaikyti savus darbuotojus ir prisivilioti kitus sveikatos priežiūros specialistus į Moters ir vaiko kliniką. 3.3.4 lentelėje nurodomos sveikatos priežiūros darbuotojus dirbti Moters ir vaiko klinikoje skatinančios sąlygos:

3.3.4. lentelė

**Sveikatos priežiūros darbuotojus dirbti Moters ir vaiko klinikoje motyvuojantys veiksniai**

Kategorija	Subkategorija	Ilustruojantys teiginiai
<b>Finansinio motyvavimo priemonės</b>	Nemokamos konferencijos, mokymai, kursai, renginiai	„Mūsų klinikoje apmokami yra tik licencijos pratęsimui būtini mokymai“ (11) „Kiek leidžia mūsų finansai, stengiamės duoti tų nemokamų mokymų darbuotojams. Žinoma, ne visada jų pakanka, tačiau jie visada yra išleidžiami į stažuotes ar mokymus kituose miestuose, šalyse“ (12). „Nepamirškime ir mokymų, konferencijų. Ligoninės administracija apmoka tuos privalomus licencijos tęsimui kursus ir tai yra labai didžiulis plusas! Tai vėl yra ugdomas lojalumas“ (14).
	Apmokamos rezidentūros, slaugos studijos	„Kadangi rezidentūros studijų kaina yra apie 10 tūkstančių eurų metams, manau, tokia paskata tikrai yra labai naudinga rezidentams“ (13). Slaugos personalo įdarbiname apie 10 kasmet, dažniausiai iš Šiaulių „Valstybinės kolegijos. Dauguma jau praktikos metu apsižiūri norimą darbo vietą. Mums praktiškai pastoviai reikalingos anestezištės, todėl pabaigusias studentes viliojame, apmokame kompetencijos kėlimo studijų kainą, kad tik dirbtų mūsų ligoninėje“ (13).
	Finansinis atlyginimas	„Kol mes nepasieksime norvegiškų, angliškų, airiškų algų, tol mes neturėsime pakankamai darbuotojų“ (11). „<...> pagrindinis faktorius yra geras finansinis stimuliavimas“ (11) „Ir visgi, ligoninė turi rūpinis savo darbuotojais – didinti atlyginimus“ (14).
<b>Socialinės priemonės</b>	Suteikiama gyvenamoji vieta	„Mes turime porą būstų, kuriuos galime suteikti specialistams, žinoma, ne liukso klasės butas“. (12) „Yra keli butai, pačiai pradžiai, „užsikabinimui“, pusmečiui.“ (13) „Ligoninė naujai atvykusiems darbuotojams gali pasiūlyti gyvenamąją vietą, pačiai pradžiai tai tikrai didelė pagalba iš darbovietės“ (14).
	Suderintas budėjimų grafikas	„Žinoma, kad yra derinamas budėjimų grafikas. Dabar gi nebėra gydytojų, kurie dirbtų viename darbe, visi turi antrus, trečius darbus, kiti dar ir mokosi, stažuojasi. (14).
	Galimybė naudotis duomenų baze	„Gydytojams bei rezidentams yra suteikta prieiga prie pasaulyje gerai žinomos duomenų bazės UpToDate. Manau, kad nedaug ligoninių gali pasiūlyti naudotis tokia galimybe“ (13).
	Tinkamas mikroklimatas	„Darbuotojus gali išlaikyti gera darbo aplinka“ (11). „Kasdien mūsų klinikoje vyksta penkminutės, vieną kartą savaitėje vyksta visų skyrių vedėjų susirinkimas, stengiamės dalintis savomis patirtimis visais klausimais, tiek personalo planavimo, tiek vidinės

		<i>skyrių bendravimo kultūros. Pavyzdžiui, labai dažna situacija kai mūsų seniau dirbantys darbuotojai labai sunkiai priima naujus kolegas – nežinau, ar dėl konkurencijos, ar kokiais sumetimais. Naujam žmogui labai dažnai būna sunkus tas adaptacinis laikotarpis“ (I2). „Apskritai, ligoninėje yra visos sąlygos įgyti įgūdžių, taikyti šiuolaikinius gydymo metodus, realizuoti studijų metu užsibrėžtus tikslus. Puikiai tvarkoma ligoninė, draugiška ir kultūringa aplinka, tik reikia norėti ir mokėti ja pasinaudoti“ (I3).</i>
	Bendri kolegų renginiai	<i>„Jauną kolektyvą labai suartina bendrystės jausmas, galimybė pasitikėti vienas kitu, vienas kito pažinimas įvairiose situacijose. Manau, kad toks įvairialypis pažinimas būtinas ne tik darbo vietoje, bet ir naujametinėje, vasaros ar kitose šventėse, susibūrimuose“ (I4).</i>
	Naujų technologijų taikymas praktikoje	<i>„Galbūt specialistus galėtume pritraukti įdiegiant naujoves. Specialistų trūkumas sąlygoja nuotolinių paslaugų teikimo poreikį, kuomet jis galėtų dirbti būnant namuose“ (I3).</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal kokybinio tyrimo rezultatus.

Sveikatos priežiūros darbuotojus dirbti Moters ir vaiko klinikoje motyvuojantys veiksniai yra suskirstyti į finansinio motyvavimo ir socialines priemones. Visų informantų nuomone, pagrindinė sąlyga norint išlaikyti savus ir privilioti naujus darbuotojus yra finansinis atlyginimas, tačiau yra išskiriami ir kiti veiksniai (žr. 3.3.4. lentelę). I2 respondentas nurodė, jog personalui išlaikyti ir privilioti labai svarbu nemokamos konferencijos, mokymai, kursai, stažuotės: *„Kiek leidžia mūsų finansai, stengiamės duoti tų nemokamų mokymų darbuotojams. Žinoma, ne visada jų pakanka, tačiau jie visada yra išleidžiami į stažuotes ar mokymus kituose miestuose, šalyse“ (I2).*

3.3.5. lentelė

**Moters ir vaiko klinikos darbuotojų skaičius, vykusių į seminarus, stažuotes, seminarus, kongresus, kvalifikacijos kėlimo kursus**

Metai	Gydytojai		Slaugos personalas		Kitas personalas	
	Iš viso	Iš jų ne Lietuvoje	Iš viso	Iš jų ne Lietuvoje	Iš viso	Iš jų ne Lietuvoje
2015	54	18	62	0	10	2
2016	49	15	70	0	12	1
2017	45	14	42	0	5	0

Sudaryta darbo autorės, remiantis VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Personalo skyriaus vedėjos duomenimis.

Kaip matyti 3.3.5. lentelėje, tiek gydytojai, tiek vidurinysis (slaugos) personalas turi ir išnaudoja galimybes kelti kvalifikaciją tiek Lietuvoje, tiek už šalies ribų. Pastebėta, jog 2017 metais ši tendencija mažėja visose kategorijose. Slaugos personalas kvalifikacijos kėlimo procedūras atlieka tik Lietuvoje. Tai gali būti siejama su kalbos barjeru, entuziazmo stygiu, per mažu finansiniu apsirūpinimu. Nurodoma, jog šiuo metu vis dėl to yra nepakankamai dėmesio skiriama darbuotojų kompetencijų ugdymui. Finansuojami tik mokymai reikalingi licencijai pratęsti, bet ne naujų papildomų įgūdžių ugdymas. Be to, nėra organizuojami bendrųjų įgūdžių – komandinio darbo, problemų sprendimo ir kt. – darbuotojų mokymai.

Kitas labai svarbus aspektas siekiant prisivilioti naujus specialistus – tai apmokamos rezidentų studijos. Ligoninės lėšomis yra apmokamos rezidentūros studijos, reikalingų specialybių kompetencijos kėlimo mokymai, o pabaigę mokytis jaunieji specialistai dažniausiai pasilieka dirbti toje pačioje įstaigoje „*Kadangi rezidentūros studijų kaina yra apie 10 tūkstančių eurų metams, manau, tokia paskata tikrai yra labai naudinga rezidentams*“ (I3). *Slaugos personalo įdarbiname apie 10 žmonių kasmet, dažniausiai iš Šiaulių „Valstybinės kolegijos. Dauguma jau praktikos metu „apsižiūri“ norimą darbo vietą. Mums praktiškai pastoviai reikalingos anestezištes, todėl pabaigusias studentes viliojame, apmokame kompetencijos kėlimo studijų kainą, kad tik dirbtų mūsų ligoninėje*“ (I3). Visi respondentai nurodo žinantys, jog Moters ir vaiko klinika yra gydytojų ir slaugos specialistų rengimo bazė, kurioje žinių ir patirties semiasi būsimieji gydytojai, studijuojantys Vilniaus universitete, Lietuvos sveikatos mokslų universitete, taip pat slaugos darbuotojai, priimami iš visos Lietuvos universitetų ir kolegijų, kurie ruošia slaugytojas, akušeres, radiologijos technologus, kineziterapeutus, ergonomijos krypties bei būsimus socialinio darbo studentus.

3.3.6.lentelė

**Gydytojai – rezidentai Moters ir vaiko klinikoje 2015–2017 metais**

<b>Metai</b>	<b>Jaunesnysis gydytojas - rezidentas</b>	<b>Vyresnysis gydytojas - rezidentas</b>
2015	2	17
2016	5	10
2017	4	10

Sudaryta darbo autorės, remiantis VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Personalo skyriaus vedėjos duomenimis.

Remiantis lentelės duomenimis matyti, jog kiekvienais metais minimoje klinikoje įsidarbina naujų rezidentų, tiek jaunesniųjų, tiek vyresniųjų, tačiau jų skaičius ženkliai neauga.

Kita sritis – sąlygos profesiniam tobulėjimui. I3 informantas nurodė, jog labai svarbi akademinė tiek rezidentų, tiek gydytojų veikla, noras pastoviai atnaujinti žinias ir tobulėti: „*Gydytojams bei rezidentams yra suteikta prieiga prie pasaulyje gerai žinomos duomenų bazės UpToDate. Manau, kad nedaug ligoninių gali pasiūlyti naudotis tokia galimybe. Ši duomenų bazė yra recenzuojamas, nuolat atnaujinamas, įrodymais pagrįstos klinikinės medicinos informacijos šaltinis, apimantis labai daug medicinos sričių*“.

Dar viena paspartis naujiems specialistams pradėti dirbti Moters ir vaiko klinikoje – galimybė laikinai gauti gyvenamąją vietą: „*Mes turime porą būstų, kuriuos galime suteikti specialistams, žinoma, ne liukso klasės butas*“. (I2); „*Yra keli butai, pačiai pradžiai, „užsikabinimui“, pusmečiui.*“ (I3). Tai puiki galimybė įsikurti ir pradėti dirbti be papildomų apgyvendinimo problemų.

Mikroklimatas skyriuose – taip pat svarbi sąlyga darbuotojams. Informantų teigimu, šiltas ir nuoširdus bendravimas ir bendradarbiavimas sukuria pozityvią darbo aplinką: „*Labai bloga ypatybė – kartų nesusikalbėjimas, nepagarba jaunesniems, galbūt net talentingesniems, kolegoms. Jei mes labiau gerbtume ir palaikytume vienas kitą, galbūt ir tas darbas kitaip eitųsi. Labai svarbu patogiai jaustis tarp kolegų*“ (I2). Kolegas labai suartina bendri renginiai, išgyvenimai, emocijos, todėl vienas informantas nurodė, jog svarbus bendras kultūrinis gyvenimas: „*jauną kolektyvą labai suartina bendrystės jausmas, galimybė pasitikėti vienas kitu, vienas kito pažinimas įvairiose situacijose. Manau, kad toks įvairialypis pažinimas būtinas ne tik darbo vietoje, bet ir naujametinėje, vasaros ar kitose šventėse, susibūrimuose*“ (I4). Organizacijos kultūra nėra pilnai išvystyta, todėl šiuo metu jaučiamas atotrūkis tarp administracijos, gydytojų bei slaugos personalo. Informacija yra perduodama susitikimų metu, tačiau nesant bendros vidinės komunikacijos sistemos, dalis informacijos nepasiekia visų darbuotojų. Todėl darbuotojau jaučiasi atitrūkę nuo vidinių įstaigos procesų, įgyvendinamų projektų bei planuojamų pokyčių. Dar vienas svarbus aspektas – naujų technologijų taikymas praktikoje. „*Galbūt specialistus galėtume pritraukti įdiegę naujoves. Specialistų trūkumas lemia nuotolinių paslaugų teikimo poreikį, kuomet darbuotojas galėtų dirbti būnant namuose*“ (I3). Gydytojais galėtų suteikti paslaugas nepriklausomai nuo jų buvimo vietos (pvz.: rentgenologai nuotoliniu būdu galėtų aprašyti rentgeno nuotraukas, įvertinti tam tikrus tyrimus, nustatyti diagnozę bei galimus gydymo metodus). Visi respondentai nurodė, jog vykstant bendriems susirinkimams, skyrių vedėjai, administracijos darbuotojai dalinasi gerąja patirtimi dėl personalo planavimo problemų, tačiau kadangi ši problema yra opi visuose skyriuose, vadovai gali dalintis tik teorinėmis žiniomis.

### Septintoji tyrimo sritis – Personalo pritraukimo, „išlaikymo“ strategijos VĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje.

3.3.7. lentelė

Personalo pritraukimo, „išlaikymo“ strategijos Moters ir vaiko klinikoje

Kategorija	Subkategorija	Ilustruojantys teiginiai
Valstybinės sveikatos priežiūros politikos keitimas	Finansinis atlyginimas	„ <i>Tik alga, daugiau niekas</i> “ (I1). „ <i>Turi būti keliamos algos, gerinamos darbo sąlygos, kitaip nebus</i> “ (I2). „ <i>Visų pirma, kelti algas</i> “ (I3).
	Konkurencingos aplinkos kūrimas	„ <i>Būtina sukurti konkurencingą gydymo įstaigą, geresnę darbo vietą už kitas.</i> “ (I1).
	Visuomenės požiūrio į sveikatos priežiūros darbuotojus kritimas	„ <i>Nes dabar yra rodoma visiška nepagarba medicinos darbuotojams, lygiai kaip ir mokytojams, pedagogams. Čia reikalinga stipri valdžios pozicija, visuomenė priešinama su medikais</i> “ (I2). „ <i>Turi keistis ir pats žmonių požiūris į medikus. Turbūt kartų kartas užtruks, kol pasieksim kitų šalių aukštą sveikatos lygį bei sveiką supratimą apie medicinos paslaugas</i> “ (I3).
	Gydytojų atidirbimas už	„ <i>Aš netgi būčiau už tą senovišką paskyrimų sistemą, kuomet jei</i>

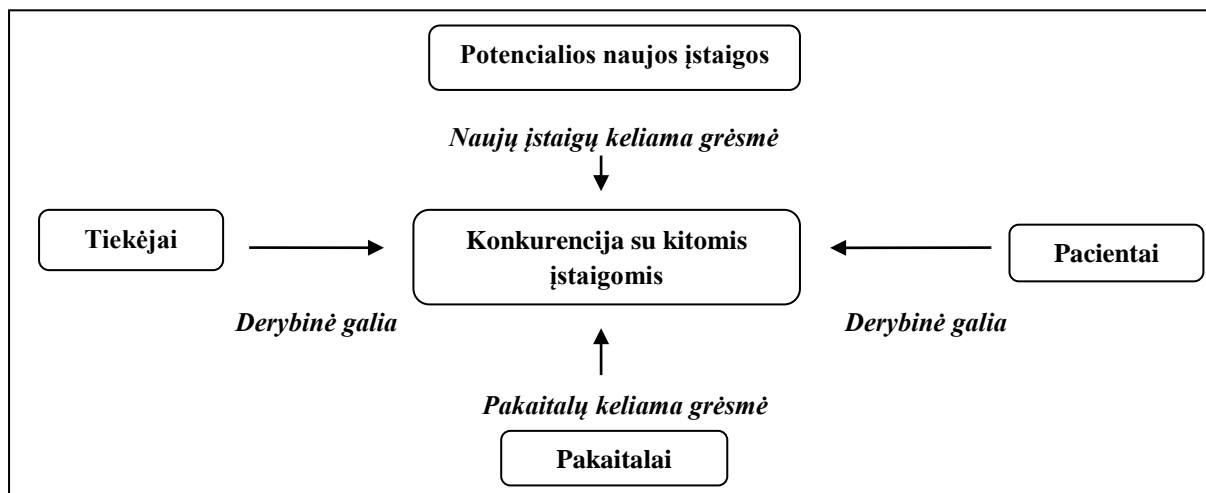
	valstybės sumokėtą studijų kainą	<i>studentas moka už studijas savarankiškai, jis turi galimybę pasirinkti, kur dirbti. Tačiau, jei valstybė apmoka už jo mokslus, na bent jau 5 metus jis turėtų dirbti bent jau Lietuvoje, aišku, geriausia ten, kur labiausiai konkrečios specialybės gydytojų trūksta. Mes neprivalome ruošti specialistų turtingoms šalims, taip mažintume protų nutekėjimą (I4).</i>
--	----------------------------------	---

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal kokybinio tyrimo rezultatus.

Paskutiniu metu klausimu siekiama sužinoti informantų mintis, pamąstymus apie personalo planavimo gerinimą ateityje. Dauguma jų pakartojo mintis dėl finansavimo didinimo, visuomenės ir medikų bendruomenės suvienijimo, medicinos priežiūros darbuotojų autoriteto, pagarbos šiai specialybei didinimo. Kaip nurodoma Respublikinės Šiaulių ligoninės 2014–2020 metų strateginiame veiklos plane, šioje įstaigoje yra nuosekliai gerinamos darbuotojų darbo sąlygos, tačiau šiuo metu esanti darbo užmokesčio sistema bei vidinės organizacijos kultūros trūkumas lemia, jog darbuotojų pasitenkinimas darbo vieta bei sąlygomis mažėja. Taip pat mažai dėmesio yra skiriama darbuotojų lūkesčiams, nėra atliekamas darbuotojų pasitenkinimo darbo sąlygomis tyrimas, kuris leistų geriau įvertinti įstaigos vidinį klimatą.

I4 respondentas teigia, jog būtų naudinga grąžinti tvarką, kuomet pabaigę studijas jauni specialistai būdavo paskiriami į darbo vietas. Jo teigimu, šitaip būtų sprendžiamas regioninis sveikatos priežiūros specialistų trūkumas. I2 informantas siūlytų, jog studentai patys apsimokėję studijas galėtų laisvai pasirinkti darbo vietą Lietuvoje ar užsienyje, tačiau specialistai studijavę valstybės finansuojamoje vietoje turėtų privalomai dirbti priskirtoje darbo vietoje. I3 informantas nurodo, jog „*galbūt specialistus galėtų pritraukti įdiegę naujoves. Specialistų trūkumas lemia nuotolinių paslaugų teikimo poreikį, kuomet jis galėtų dirbti būnant namuose*“. I1 informantas nurodo, jog „*būtina sukurti konkurencingą gydymo įstaigą, geresnę darbo vietą už kitas*“ ir pateikia tokią schemą:

## Sveikatos sektorių veikianti konkurencinė aplinka



Sudaryta pagal II informanto duomenis.

3.3.7. paveikslas parodo sveikatos sektorių sudarančias penkios pagrindines jėgas bei jų sąveiką – pacientai, tiekėjai, pakaitalai, potencialios naujos ir jau esančios rinkoje sveikatos priežiūros įstaigos. VĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės strateginiame veiklos plane nurodoma, jog kiekvienai gydymo įstaigai yra labai svarbūs *pacientai*, kurie turi teisę pasirinkti, kokioje įstaigoje nori gauti medicinos paslaugas. Gerėjant šalies ekonominei situacijai, auga mokių piliečių skaičius. Šie renkasi aukštesnės kokybės paslaugas, todėl įstaigos, kuriose daugiau dėmesio skiriama paciento pasitenkinimui, laimi konkurencinėje kovoje. Taip pat kiekvienai gydymo įstaigai yra aktualūs vaistų bei medicinos prietaisų gamintojai (*tiekėjai*).

Respublikinė Šiaulių ligoninė yra pagrindinis sveikatos paslaugų centras Šiaulių apskrityje, todėl yra aktyviai bendradarbiaujama su kitomis apskrities ligoninėmis dėl paslaugų įvairovės. Pagrindinė konkurencija vyksta dėl žmogiškųjų išteklių – visos įstaigos bando pritraukti geriausius talentus. Konkurencija auga ir dėl (potencialių) naujų privačių gydymo įstaigų. Privačios įstaigos dažniausiai specializuojasi vienoje sityje (dažniausiai brangių tyrimų ir procedūrų) ir suteikia aukštesnės kokybės paslaugas, orientuotas į paciento poreikius bei lūkesčius. Taip jos sugeba perimti didelę potencialių pajamų dalį iš valstybinių įstaigų.

### 3.3. Galimybės tobulinti NVV principų taikymą personalo planavimo procese Moters ir vaiko klinikoje

Tyrimu siekta atskleisti personalo planavimo esamą situaciją ir pasiūlyti šio proceso tobulinimo gaires. Tyrimo metu surinkti interviu duomenys rodo, kad Moters ir vaiko klinika susiduria su sveikatos priežiūros specialistų, ypač vaikų gydytojų, trūkumu. Tiek personalo planavimą nagrinėjantys teoretikai (Bakanauskienė, Lobanova, Sakalas), tiek ir Moters ir vaiko

klinikos administracijos darbuotojai teigia, jog organizacijos apsirūpinimo darbuotojais sėkmė labai priklauso nuo išsamios analizės kiek, kokių ir kada reikia darbuotojų. Šiame moksliniame darbe buvo siekiama identifikuoti, kokie veiksniai trukdo apsirūpinti reikiama darbuotojais ir kaip siekiama užtikrinti efektyvų personalo planavimą. Nors visi sveikatos priežiūros specialistai yra skirtingi ir jų poreikiai neabejotinai skiriasi, išskiriami bendri dėsningumai, lemiantys sveikatos priežiūros darbuotojų pritraukimo priemonių efektyvumą.

Tyrimo rezultatų analizė atskleidė, jog Moters ir vaiko klinikoje yra sudaromi trumpalaikiai personalo planavimo planai, numatantys darbuotojų amžių, jų kintančią darbo specifiką, galimybes reaguoti į kintantį darbuotojų poreikį, atliekamų paslaugų apimtį. Numatoma, jog po 5 – 10 metų ypač bus jaučiamas slaugos personalo, akušerių, radiologijos, patologijos radiologų, klinikos laborantų poreikis. Apskritai gydytojų trūkumas bus didesnis nei dabar. Vyriausioji slaugos administratorė su Personalo skyriaus vedėja surenka visą informaciją apie trūkstamus darbuotojus iš padalinių vadovų, ją susistemina ir pateikia SAM. Minimoje įstaigoje yra apmokama studijų sutartyje numatyta studijų kaina gydytojams rezidentams. Mainais jie įsipareigoja ligoninėje po studijų atidirbti nuo 5 iki 10 metų. Taip pat pagal regioninės plėtros politikos planą šioje organizacijoje yra priimti du gydytojai rezidentai, būsiami pulmonologai, už kurių studijas sumoka Sveikatos apsaugos ministerija. Moters ir vaiko klinikoje specialistų trūkumas gali būti siejamas su aprūpinimo nauja įranga skirtumais tarp skyrių. Kai kurie skyriai neturi reikalingos diagnostinės įrangos, dėl to neužtikrinama teikiamų paslaugų kokybė. Taip pat nustatyta, jog Moters ir vaiko klinikoje nemaža dalis personalo yra vyresnio amžiaus. Kad išvengtų profesinių konfliktų, jauni specialistai dažnai turi taikyti vyresnių kolegų naudojamas darbo metodikas. Gydytojai, neturėdami galimybių dirbti su jų specialybės paslaugoms teikti reikalinga įranga, netaikydami turimų žinių, neturi galimybės turimų kompetencijų panaudoti pacientų labui. Tačiau minimos klinikos darbuotojai visada turi galimybę naudotis kursais, mokymais, reikalingai licencijai pratęsti, jie visuomet išleidžiami į stažuotes tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse. Darbuotojams naujai atvykusiems iš kitų miestų yra suteikiamas gyvenamasis plotas. Sudarinėjant darbo grafiką atsižvelgiama į tai, kad daug sveikatos priežiūros specialistų turi antrą darbą. Siekiant, kad ligoninės žmogiškieji išteklių siektų akademinį aukštumą, domėtusi naujovėmis medicinoje, taikytų naujausias ir efektyviausias technologijas gydymui, yra suteikiama nemokama prieiga prie *UpToDate* duomenų bazės.

Atliktas personalo planavimo situacijos ir tobulinimo galimybių Moters ir vaiko klinikoje tyrimas gali turėti praktinės reikšmės įstaigų vadovams rengiant personalo planavimo strategijas, motyvavimo sistemas, kuriant palankų mikroklimatą įstaigos skyriuose. Tinkamas žmogiškųjų išteklių planavimas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje leistų



vadovams sumažinti darbuotojų praradimą, išlaikyti lojalų įstaigai, kompetentingą personalą, optimizuotų sąnaudas, išsaugotų įstaigos konkurencinį pranašumą.

Efektyvus ligoninės personalo darbas yra viena svarbiausių prielaidų ligoninės tikslams įgyvendinti. Todėl būtina stiprinti įstaigos žmogiškąjį kapitalą – investuoti į personalo kompetencijų, tiek medicininių, tiek vadybinių, ugdymą. Medicininės kompetencijos yra tiesiogiai susijusios su organizacijos teikiamų paslaugų kokybe, todėl kuriant šiuolaikišką, modernų sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų personalą, būtina skatinti nuolatinį profesinį komandos narių tobulėjimą. Vadybinių personalo kompetencijų ugdymas taip pat yra svarus indėlis į efektyvios organizacijos veiklos (procesų valdymo, sprendimų priėmimo, bendradarbiavimo) užtikrinimą.

Moters ir vaiko klinika vadovaujasi naujojo viešojo valdymo principais – skatina komunikaciją, atvirumą, bendradarbiavimą, komandinį darbą bei suteikia darbuotojams žinias apie gerąsias praktikas ir metodus kasdienių problemų sprendimui. Taip pat rūpinamasi organizacijos vidine kultūra – skatinamas bendradarbiavimas ir bendruomeniškumas tarp darbuotojų siekiant, kad šie visuose lygiuose ir grandyse įsitrauktų į planavimo ir dalinimosi patirtimi procesus. Siekiama, kad informacija apie vykdomus projektus, įgyvendinamas iniciatyvas, planuojamus renginius, darbuotojų pasiekimus būtų periodiškai teikiama visiems įstaigos darbuotojams. NVV aktualu tirti organizacijos darbuotojų poreikius, lūkesčius, pasitenkinimą darbo sąlygomis, norint sumažinti darbuotojų kaitą ir išlaikyti geriausius specialistus. Kitas svarbus NVV aspektas – pastovus sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikacijos kėlimas, norint užtikrinti aukščiausią paslaugų kokybę pacientams. Tokiu būdu užtikrinamas reikiamas kvalifikuotų specialistų kiekis. Taip pat siekiama sukurti darbuotojų kompetencijos vertinimo sistemą, kuri suteiktų galimybę darbuotojams sužinoti savo stipriąsias ir tobulintinas sritis. Tokiu būdu bus suteikiama galimybė įstaigos darbuotojams nuolat tobulėti ir mokymų pagalba ugdyti reikiamus įgūdžius. Tokios sistemos sukūrimas suteiktų galimybę įvertinti geriausius darbuotojus ir juos skatinti.

Apibendrinant galima teigti, kad priemonės, skirtos personalo planavimo tinkamam organizavimui naujojo viešojo valdymo kontekste Moters ir vaiko klinikoje nėra pakankamai išplėtos dėl nepakankamų finansinių resursų, SPŽI trūkumo. Sveikatos priežiūros specialistus dirbti minimoje įstaigoje skatina nemokamos konferencijos, mokymai, kursai, stažuotės, apmokamos rezidentūros studijos, galimybė gauti gyvenamąjį būstą, suderintas budėjimų grafikas, galimybė naudotis duomenų baze. Taip pat galima išskirti sąlygas, dėl kurių yra jaučiamas sveikatos priežiūros specialistų trūkumas, – tai medikų emigracija, kiekybiškai ribotas būsimų sveikatos priežiūros specialistų paruošimas aukštosiose mokyklose, kitų, ne tik medicinos sričių, darbuotojų (socialinių darbuotojų, teisininkų) trūkumas, gydytojų senėjimas,

nerenovuoti skyriai, neatnaujinta medicinos įranga, kultūrinės veiklos stoka mieste ir svarbiausia – per menkas sveikatos priežiūros specialistų finansinis įvertinimas.

## IŠVADOS

Išanalizavus mokslinę literatūrą apie personalo planavimą valstybės ir atskiros institucijos lygiu bei atlikus ir apibendrinus empirinį tyrimą galima teigti, kad:

1. Pagrindiniai veiksniai, formuojantys personalo poreikį sveikatos priežiūros sistemoje tai – profesionalios projektuojamų ir realių poreikių, esamų žmogiškųjų išteklių bei darbo sąnaudų įžvalgos. Įvertinus nacionalinį poreikį šalyje bei atskiroje institucijoje, jaučiamas SPŽI trūkumas, sąlygojamas sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus parengimo problemos, kasmet iš profesijos dėl įvairių priežasčių (pensijos, mirties, profesijos pakeitimo) pasitraukiančių specialistų, taip pat vidinės ir išorinės SPŽI migracijos, netenkinamų darbo sąlygų, netinkamo atlygio bei motyvavimo sistemų. Be to, stebimas netolygus SPŽI pasiskirstymas pagal lytį, amžių, specialybes, sektorius bei geografinius regionus. SPŽI reguliacinių instrumentų pagalba siekiama kontroliuoti sveikatos paslaugų teikimo proceso gerinimą, padidinti darbuotojų atsakomybę vartotojų poreikiams, užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę ir kiekybę. Sėkmingam SPŽI planavimui būtini tikslūs, patikimi, aktualūs duomenys.

2. Sveikatos priežiūros personalo planavimas tiek valstybės, tiek atskiros sveikatos priežiūros institucijos lygiu naujojo viešojo valdymo kontekste yra kompleksiškas ir daug dėmesio reikalaujantis procesas. Personalo planavime valstybės lygiu pabrėžiama darbuotojų kompetencijų svarba, reikalaujama darbuotojų profesionalumo, atsakingumo, sąžiningumo ir atskaitingumo. Prioritetu tampa kuo efektyvesnis ir racionalesnis turimų žmogiškųjų išteklių (personalo) panaudojimas. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, Moters ir vaiko klinikoje naujojo viešojo valdymo principų pasireiškimui nėra skiriama pakankamai administracijos dėmesio, todėl jaučiamas darbuotojų nuomonės nepaisymas, skaidrumo, atsakomybės ir atskaitomybės netoleravimas, nedemokratiško sprendimų priėmimo bei tarpinstitucinio bendradarbiavimo apraiškos. Viešai skelbiama, jog siekiama patenkinti didėjančius visuomenės lūkesčius, susijusius su teikiamų paslaugų prieinamumu, tačiau taikomi metodai nėra efektyvūs.

3. Personalo planavimu Moters ir vaiko klinikoje rūpinasi administracija. Siekiant sėkmingo personalo planavimo bei sklandžiai vykdomos veiklos Moters ir vaiko klinikoje, būtina suformuluoti aiškius ilgalaikius ir trumpalaikius personalo planavimo tikslus bei strategijas, apskaičiuoti, reguliariai atnaujinti ir patikslinti ateities prognozes. Personalo planavimo įgyvendinimas vyksta dalinantis administracijos skyrių darbuotojų teorinėmis ir gydymo skyrių vadovų praktinėmis patirtimis, siekiant išlaikyti savo darbuotojus bei prisivilioti naujus specialistus – atnaujinant darbo aplinką bei įrangą, didinant atlyginimą, organizuojant nemokamus mokymus, konferencijas, stažuotes, apmokant rezidentūros studijas, suteikiant gyvenamąjį būstą, suteikiant galimybę naudotis duomenų bazėmis. Vykdomas tarpinstitucinis

bendradarbiavimas siekiant pagerinti įstaigos apsirūpinimą trūkstamų kompetencijų darbuotojais. Naujų darbuotojų paieška taikoma ir užsienio priegose.

4. Personalo planavimo tobulinimo galimybės Moters ir vaiko klinikoje nėra aiškiai išskirtos. Siekiama darbuotojų poreikį patenkinti įpareigojant jaunos specialistus tam tikrą laiką dirbti paskirtoje darbovietėje mainais į studijų finansavimą, didesniu finansavimu kovojant prieš medicinos priežiūros darbuotojų emigraciją į užsienio šalis, gerinant darbo sąlygas, didinant priimamų mokytis studentų skaičių į aukštąsias mokymo įstaigas. Būtina siekti įgyvendinti bendruosiuose nacionaliniuose sveikatos apsaugos politikos prioritetuose numatytus uždavinius, taip užtikrinant, kad sveikatos apsaugai skiriami finansiniai resursai būtų paremti žmogiškųjų išteklių kompetencijos tobulinimu, taip pat ir teikiamų paslaugų gerėjančia kokybe ir prieinamumu.

## REKOMENDACIJOS

Pateikiami pasiūlymai personalo planavimui sveikatos priežiūros įstaigose tobulinti:

*Moters ir vaiko klinikos administracijai:*

1. Kurti konkurencingas darbo sąlygas. Konkurencingumą nulemia ne tik finansinis atlygis, bet ir galimybės kelti kompetenciją: liginės apmokami aukšto lygio kursai, konferencijos. Taip pat svarbus budėjimų grafiko suderinamumas su kita veikla ir moralinis paskatinimas. Sukurtos patrauklios darbo sąlygos skatintų ne tik įgalintų įstaigą išlaikyti esamą personalą, bet ir pritrauktų daugiau jaunų specialistų. Taip pat labai svarbu su darbuotojais aptarti veiklos standartus ir sėkmingo darbo kriterijus.

2. Moters ir vaiko klinikos administracijai reikia stengtis vadovautis naujojo viešojo valdymo principais, siekiant pagerinti žmogiškųjų išteklių planavimą – t. y. labiau įtraukti personalą į sprendimų priėmimą, darbuotojus skatinti prisidėti prie iškeltų tikslų ir uždavinių pasiekimo. Skatinti personalo savarankiškumą ir atsakomybę, įtraukiant darbuotojus į visos įstaigos ar skyriaus sprendimų priėmimą, skatinti siūlyti pasiūlymus, kaip būtų galima patobulinti jų dirbamą veiklą, skatinimas gali būti atliekamas per pagyrimus ar padėkas.

3. Nuolatos stebėti ir vertinti personalą, vertinti skatinimo metodų efektyvumą. Stengtis diegti darbuotojams priimtinius ir skatinančius jų produktyvumą metodus.

4. Gerinti informacijos apie trūkstamų specialybių sveikatos priežiūros darbuotojų sklaidą, aktyviau dalyvauti karjeros mugėse, suderinus su Sveikatos apsaugos ministerija ieškoti sveikatos priežiūros personalo užsienio šalyse, taip pat reklamuoti įstaigą kaip patrauklų darbdavį tikslinei auditorijai (medicinos studentams).

*Sveikatos Apsaugos Ministerijai:*

Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo papildymo 15-1 straipsniu (2016), Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikos duomenimis apie medicinos darbuotojų darbo užmokestį, siūloma koreguoti sveikatos priežiūros įstaigose egzistuojančias atlyginimo, darbo organizavimo ir profesinio tobulinimosi sistemas, kurias tenkintų darbuotojus.

*Lietuvos sveikatos mokslų universitetui, Vilniaus universitetui:*

Remiantis Respublikinės Šiaulių ligoninės 2016 metų veiklos ataskaitos rezultatais taip pat tinklalapyje nurodoma informacija, kiek ir kokių medicinos darbuotojų trūksta, siūloma koreguoti (didinti) į studijas priimamų studentų skaičių, perorganizuoti pabaigusią rezidentų darbo tvarką Lietuvoje.

## LITERATŪRA

### Mokslinės literatūros sąrašas:

1. Adams, O. (2003). Human Resources For Health Policies: a Critical Component in Health Policies, Human Resources for Health: an online Journal. London. Prieiga per internetą: <http://www.human-resourceshealth.com/content/1/1/1>. [Žiūrėta 2017.12.08].
2. Arimavičiūtė, M. (2010). Strateginiai personalo veiksniai gerinant gyvenimo kokybę Lietuvos savivaldybėse. Vilnius.
3. Armstrong, M.; Taylor, S. (2006). Armstrong's Book of Human Resource Management Practice. 13th Edition. Prieiga per internetą: [https://otgo.tehran.ir/Portals/0/pdf/Armstrong's%20Handbook%20of%20Human%20Resource%20Management%20Practice\\_1.pdf](https://otgo.tehran.ir/Portals/0/pdf/Armstrong's%20Handbook%20of%20Human%20Resource%20Management%20Practice_1.pdf). [Žiūrėta 2018.02.26].
4. Bagdanavičius, J. (2002). Žmogiškasis kapitalas. Vilniaus pedagoginis universitetas. Mokomoji priemonė.
5. Bakanauskienė, I. (2008). Personalo valdymas. Kaunas.
6. Beattie, R. S.; Osborne, S. P. (2008). Human Resource Management in the Public Sector. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
7. Brukh, P. N.; Johansen, M. R.; Mouritsen, J.; Thorborjornsen, S. (2004). Intellectual Capital and New Public Management. Reintroducing Enterprise.
8. Buykx, P. (2010). Systematic Review of Effective Retention Incentives for Health Workers in Rural and Remote Areas: Towards Evidence-based Policy. Rural Health.
9. Buškevičiūtė, J.; Raipa, A. (2011). Sprendimai šiuolaikinio viešojo valdymo evoliucijoje. Viešoji politika ir administravimas. Kaunas.
10. Chauhan, T. S.; Jong, M.; Buske, L. (2010). Recruitment Trumps Retention: Results of the 2008/2009 Rural Practice Survey.
11. Chlivickas, E.; Melnikas, B. (2016). Viešasis valdymas: aktualijos ir sprendimai globalizacijos ir žinių visuomenės sąlygomis: monografija.
12. Costigliola, V. (2011). Mobility of Medical Doctors in Cross-border Healthcare. EPMA Journal Nr. 2.
13. Čiarnienė, R., Sakalas, A., Vienažindienė, M. (2006). Strategic Personnel Management in Public Sector: the Case Study of Kaunas Municipality. Engineering economics (Work Humanism), 47. Kaunas.
14. Dessler, G. (2001). Personalo valdymo pagrindai. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
15. Domarkas, V.; Juknevičienė, V. (2007). Viešojo administravimo paradigmos kaitos iššūkiai šio sektoriaus žmogiškųjų išteklių raidai. Viešoji politika ir administravimas 2007. Nr. 19.

16. Dubois, C. A.; Dixon, A.; McKee, M. (2006). Reshaping the Regulation of the Workforce in European Health Care Systems. European Observatory on Health Systems and Policies Series Chap. 10. Prieiga per internetą: [http://www.euro.who.int/document/e87923\\_11.pdf](http://www.euro.who.int/document/e87923_11.pdf) [Žiūrėta 2017.11.04].
17. Duester, E. (2013). Artist Mobility and the Baltic Cities: Revealing a Transnational Art World. Networking Knowledge. 2013.
18. Ebuehi, O. M.; Campbell, P. C. (2011). Attraction and Retention of Qualified Health Workers to Rural Areas in Nigeria: a Case Study of Four LGAs in Ogun State. Rural and Remote Health.
19. Ferura, P. D. (2013). Romania and the Crisis in the Health System. Migration of Doctors. Global Journals Nr. 13.
20. Gilchrist, V.; McGord, G.; S. Labuda Schrop (2005). Physician Activities During Time Out of the Examination Room. Nr. 3.
21. Gliosaitė, K. (2004). Ekonominių emigracijos motyvų ir pasekmių vertinimas – Šiuolaikinė lietuvių emigracija: praradimai ir laimėjimai. Vytauto Didžiojo universitetas, Pilietinės Visuomenės institutas, Lietuvių išėivijos institutas, 2004-12-02 seminaro medžiaga. Prieiga per internetą: [http://www.civitas.lt/files/Emigracija\\_pranesimai.pdf](http://www.civitas.lt/files/Emigracija_pranesimai.pdf) [Žiūrėta 2018- 02-07].
22. Grigas, R. (1996). Personalo organizavimo principai. Ekonomikos mokymo centras. Vilnius.
23. Gruodė, D. (2017). Pediatrai: jau greitai vaikų nebus kam gydyti. Prieiga per internetą: <http://lsveikata.lt/aktualijos/pediatrai-jau-greitai-vaiku-nebus-kam-gydyti-6332>. [Žiūrėta 2018.04.12].
24. Guogis, A. (2014). Naujasis viešasis valdymas ir socialinė atsakomybė. MRU. Prieiga per internetą: <http://lzinios.lt/lzinios/komentarai/naujasis-viesasis-valdymas-ir-socialine-atsakomybe/185836> [Žiūrėta 2016.12.14].
25. Gurevičius, R. (2016). 2015 m. sveikatos sistema ir jos veikla skaičiais. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2016.4\(75\)/VS%202016%204\(75\)%20RED%20Sveikatos%20sitema.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2016.4(75)/VS%202016%204(75)%20RED%20Sveikatos%20sitema.pdf) [Žiūrėta 2018.02.05].
26. Gurevičius, R. (2017). Europos sveikatos sistemų veikla 2016 m. pacientų požiūriu: Lietuva sugrįžo į savo ankstesnę trajektoriją. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2017.1\(76\)/VS%202017%201\(76\)%20RED%20Sveikatos%20sistemos.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2017.1(76)/VS%202017%201(76)%20RED%20Sveikatos%20sistemos.pdf) [Žiūrėta 2018.02.05].

27. Hornby P., Ray D., Shipp P, Hall T. (1998). Guidelines for Health Manpower Planning: a Course Book, Geneva. Prieiga per internetą: <http://go.worldbank.org/D3O1CJZU20> [Žiūrėta 2017.12.08].
28. Jagminas, J.; Pikturnaitė, I. (2009). Žmogiškųjų išteklių valdymo kaitos ypatumai. Vadyba. Journal of Management, MRU. Prieiga per internetą: [http://www.ltvk.lt/file/manual/Vadyba/Vadyba\\_1\(14\)%20.pdf#page=73](http://www.ltvk.lt/file/manual/Vadyba/Vadyba_1(14)%20.pdf#page=73) [Žiūrėta 2016.12.11].
29. Jankauskienė, D. (2011). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. Sveikatos politika ir valdymas.
30. Jankauskienė, Ž.; Liepuonienė, R. (2013). Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių politikos raida. Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas.
31. Jennings, M.C. (2010) The U.S. Health Workforce, Importing Physicians and the Global Health. Prieiga per internetą: <http://www.healthallianceinternational.org/blog/post/the-u.s.-health-workforce-importing-physicians-and-the-global-health-act> [Žiūrėta 2018.01.28].
32. Jonikaitė, E.; Juknevičienė, V.; Mikolaitytė, J. (2016). Naujojo viešojo valdymo transformacija: sumanumo dimensija. Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos.
33. Jonynienė Ž. (2005). Vaiko teisių įgyvendinimo Lietuvoje aktualijos. Acta paedagogica Vilnensia, Nr. 15.
34. Juodeikaitė, M.; Fominienė, A. (2016). Žmogiškųjų išteklių valdymo procesų pokyčių vertinimas: teorinis ir praktinis aspektas. Informacijos mokslai.
35. Kabene S. M.; Orchard, C.; Howard, J. M.; Soriano, M. A.; Leduc. R. (2006). The Importance of Human Resources Management in Health Care: a Global Context. Human Resources for Health: London, Ontario. Prieiga per internetą: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20>. [Žiūrėta 2018.03.12].
36. Kažukauskienė, A. (2001). Pagrindiniai žmogiškųjų išteklių valdymo elementai. IV respublikinė doktorantų ir magistrantų mokslinė konferencija „Lietuvos ūkio ekonominės ir valstybinės problemos“. Lietuvos aukštųjų mokyklų vadybos jaunųjų mokslininkų konferencijų darbai. Kaunas.
37. Korsakienė, R.; Lobanova, L.; Stankevičienė, A. (2011). Žmogiškųjų išteklių valdymo strategijos ir procedūros. Vilnius.
38. Labanauskas, L.; Justickis, V.; Sivakovaitė A. (2010). Įstatymo įvykdymas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. Socialinių mokslų studijos.
39. Leonienė, B. (2001). Darbuotojų vadyba. Kaunas. Šviesa.



40. Lipnevič, A. (2013). Gydytojų socialinis mobilumas transnacionalinėje socialinėje erdvėje. *Filosofija. Sociologija* Nr. 24. Kaunas.
41. Lisaitė, D. (2012). Professional Mobility – Experiences of Mobile Medical Professionals. *Journal of Intercultural Communication* 30.
42. Liukinevičienė, L. (2013). Lyderystė viešajame valdyme. Mokslo studija Viešasis valdymas: koncepcijos ir dimensijos. Vilnius.
43. Lovkytė, L. (2004). Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
44. Lovkytė, L.; Padaiga, Z. (2001). Physician Workforce Reform in Lithuania: an Inevitable transition. *Cah Sociol Demogr Med*.
45. LR Sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2008 m. Vilnius, 2009. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt/data/leid2008.doc>. [Žiūrėta 2018.02.06].
46. Mačiulaitis, R. (2012). Sveikatos priežiūros įstaigų verslumo analizė per žmonių išteklių valdymą. *Sveikatos mokslai*.
47. Martinkus, B.; Stoškus, S.; Beržinskienė, D. (2010). Vadybos pagrindai. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
48. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė. Kaunas, 2011m. Prieiga per internetą: [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/ESFproduktai/2011\\_medicinos\\_personalo\\_skaiciaus\\_poreikio\\_ir\\_darbo\\_kruvio\\_pilotines\\_dienos\\_fotografijos\\_analize.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2011_medicinos_personalo_skaiciaus_poreikio_ir_darbo_kruvio_pilotines_dienos_fotografijos_analize.pdf) [Žiūrėta 2016.12.11].
49. Mikutavičienė, I; Čerkauskas, G. (2013). Akušerių poreikio Lietuvos stacionarinėse gydymo įstaigose tyrimas. *Sveikatos mokslai*. 2013, Nr. 4.
50. Misevičius, V. (2001). Vadybos pagrindai. Kaunas: Technologija.
51. Nefas, S., Smalskys, V., Šlapkauskas, V. (2011). Demokratija ir vietos bendruomenė Lietuvoje. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
52. Obrazcovas, V.; Savas, S. E. (2007). Naujasis viešasis valdymas. Mykolo Romerio Universitetas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. Nr. 2 (9).
53. Padaiga, Ž.; Starkienė, L.; Logminienė, Z.; Reamy, J. (2006). The Health Care Workforce in Europe. Learning from Experience. European Observatory on Health Systems and Policies persepectives of German: Rural and Remote Health.
54. Papšienė, P.; Černiauskiene, A. (2009). Žmogiškųjų išteklių vadyba. Raidos tendencijos. *Mokslo darbai*.

55. Papšienė, P.; Černiauskienė, A. (2009). Žmogiškųjų išteklių vadyba. Raidos tendencijos. 2009. Nr. 19 (4). Mokslo darbai. Prieiga per internetą: <http://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/get/LTLDB0001:J.04~2009~1367169687104/DS.002.0.01.ARTIC> [Žiūrėta 2018.02.26].
56. Petrylaitė, Ž. (2017). Žmogiškųjų išteklių verbavimo ir atrankos ypatumai Šiaulių miesto privačiame sektoriuje. Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Nr. 2.
57. Pocius, A. (2012). Gydytojų mobilumas bei jų integracijos darbo rinkoje tendencijų raida ekonomikos pakilimo / nuosmukio sąlygomis. Filosofija. Sociologija Nr. 23.
58. Pocius, A. (2013). Specialistų pasiūlos kaita sveikatos priežiūros srityje ir gydytojų poreikio bei integracijos darbo rinkoje galimybių vertinimas. Vilnius. Prieiga per internetą: <http://www.statisticsjournal.lt/index.php/statisticsjournal/article/view/106/pdf> [Žiūrėta 2016.12.13].
59. Pollit, C.; Bouckaret, G. (2013). Viešojo valdymo reforma, lyginamoji analizė. Vilnius.
60. Raipa, A., Staponkienė, J. (2007). Strateginis valdymas šiuolaikiniame viešojo sektoriaus raidos etape. Kaunas.
61. Raipa, A. (2007). Strateginis valdymas šiuolaikiniame viešojo sektoriaus raidos etape. Naujoji viešoji vadyba: mokomoji knyga. Kaunas.
62. Raipa, A.; Urbanavičius, D. (2001). Visuotinė kokybės vadyba viešajame sektoriuje. Viešojo administravimo efektyvumas. Kaunas.
63. Rinkevičius, L.; Kazlauskienė, A. (2006). Lithuanian Brain Drain Causes: Push and Pull Factors. Engineering economics, 1.
64. Rogers, W.O. (2000). Electronic Governance: Re-inventing Good Governance.
65. Rupeikienė, L.; Viningienė, D.; Šaltytė, L.; Martinkienė, J. (2010). Žmogiškųjų išteklių formavimo, pritaikymo galimybės versle. Vadyba Journal of Management Nr. 1 (17).
66. Sakalas, A. (2003). Personalo vadyba. Vilnius.
67. Saltman R. B.; Duran, A. (2016). Governance, Government, and the Search for New Provider Models. Health Policy Management Nr. 5. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676968/> [Žiūrėta 2017.02.10].
68. Schuler, R. (1989). Strategic HRM. Human Relations. Nr. 42 (2).
69. Sinušienė, J. (2016). Ar trūksta Lietuvoje gydytojų? Jei taip – kokių? Prieiga per internetą: <http://www.vlmedicina.lt/lt/ar-truksta-lietuvoje-gydytoju-jei-taip---tai-kokiu> [Žiūrėta 2017.11.04].
70. Smilgienė, J. (2006). Personalo verbavimo ir atrankos sistemos ypatumai Šiaulių miesto švietimo sektoriuje. Jaunųjų mokslininkų darbai.

71. Stankūnas, M.; Lovkytė, L.; Padaiga, Ž. (2004). Lietuvos gydytojų ir rezidentų ketinimų dirbti Europos Sąjungos šalyse tyrimas. *Medicina*, 40 68-74p.
72. Stankūnas, M.; Gelčienė, D., Avery, M. (2012). Personalo organizavimo ypatumų Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse įvertinimas. *Sveikatos mokslai*, Nr. 3.
73. Starkienė, L. (2013). Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos. Sveikatos politika ir valdymas. Prieiga per internetą: [https://www.mruni.eu/upload/iblock/cd5/006\\_starkiene.pdf](https://www.mruni.eu/upload/iblock/cd5/006_starkiene.pdf) [Žiūrėta 2016.12.14].
74. Starkienė, L. (2013). Netolygus geografinis gydytojų pasiskirstymas: sisteminė kitų šalių patirties apžvalga. *Sveikatos politika ir valdymas*.
75. Starkienė, L.; Padaiga, Ž. (2014). Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiūlos planavimo pagrindai. LSMU.
76. Starkienė, L.; Padaiga, Ž.; Reamy, J.; Dičkutė, J. (2007). Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius.
77. Starkienė, L.; Strička, M.; Padaiga, Ž.; Macijauskienė, J.; Riklikienė, O. (2012). Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. LSMU. Prieiga per internetą: [https://www.mruni.eu/upload/iblock/e5f/03\\_starkiene\\_stricka\\_padaiga\\_macijauskiene\\_riklikiene.pdf](https://www.mruni.eu/upload/iblock/e5f/03_starkiene_stricka_padaiga_macijauskiene_riklikiene.pdf) [Žiūrėta 2016.12.14].
78. Stirblienė, J. (2015). Darbo laiko sveikatos priežiūros sektoriuje teisinio reguliavimo problematika. MRU.
79. Šukytė, R.; Rudnickienė, L. (2010). Viešosios organizacijos darbuotojų atranka ir adaptacija. *Vadyba*. Nr. 1.
80. Taljūnaitė, M. (2012). Gydytojų karjerą Lietuvoje stabilizuojantys veiksniai. *Filosofija. Sociologija*. Nr. 23.
81. Taljūnaitė, M.; Pocius, A.; Labanauskas, L.; Lipnevič, A. (2012). Gydytojų integracija ir karjeros projektavimas kintančiomis Lietuvos darbo sąlygomis. *Mokslo studija. Lietuvos socialinių tyrimų centras*. Vilnius. Prieiga per internetą: [http://lsc.lt/download/Gydytoju\\_integracija\\_visas.pdf](http://lsc.lt/download/Gydytoju_integracija_visas.pdf). [Žiūrėta 2018.02.07].
82. Tate, R. B.; Aoki, F. Y. (2012) Rural Practise and the Personal and Educational Characteristics of Medical Students: Survey of 1269 Graduates of the University of Manitoba: *Can Fam Physician*.
83. The World Bank (2013). What is Governance? Prieiga per internetą: <http://web.worldbank.org/wbsite/external/countries/menaext/extmnaregtopgovernance/OcontentMDK:20513159~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:49702400.html>. [Žiūrėta 2018.04.11].

84. Tyrimas: sveikatos sistemoje kyšiai duodami, o ne reikalaujami. 2017m. Prieiga per internetą: <http://lsveikata.lt/aktualijos/tyrimas-sveikatos-sistemoje-kyšiai-duodami-o-ne-reikalaujami-6023> [Žiūrėta 2017.11.26].
85. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Public Governance Indicators: A Literature Review, 2007.
86. Vanasse, A.; Ricketts, T. C.; Couerteau, J.; Orzanco, M. G.; Randolph, R.; Asghari, S. (2007). Long Term Regional Migration Patterns of Physicians Over the Course of Their Active Practice Careers. *Rural and Remote Health*.
87. Vitkauskas, K. (2010). Delinkventinio elgesio vaikų resocializacija nepilnamečių vidutinės priežiūros sistemoje. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr. 33.
88. Wilson, N.W.; Couper, I.D.; Vries, E.; Reid, S.; Fish, T.; Marais, B.J. (2009). A Critical Review of Interventions to Redress the Inequitable Distribution of Healthcare Professionals in Rural and Remote Areas. *Rural Remote Health*.
89. Wismar, M.; Maier, C. B.; Glinos, I. A.; Dussault, G.; Figueras, J. (2011). Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries.
90. World Health Organisation (2004). Guidelines for Human Resources for Health Policy and Plan Development at Country Level. Prieiga per internetą: <http://pcwww.liv.ac.uk/hrpages/tools/afroguidelines.doc> [Žiūrėta 2017.11.30].
91. World Health Organisation (2006). The World Health Report – Working Together for Health. Geneva. Prieiga per internetą: [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf) [Žiūrėta 2017.11.04].
92. Zakarevičius, P. (1998). Vadyba: valdymas, administravimas. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
93. Zum, P.; Poz, M. R. D.; Stilwell, B.; Adams, O. (2004). Imbalance in the Health Workforce. *Human Resources for Health*. Geneva.

#### **Dokumentai ir kiti šaltiniai:**

94. 2015 metų Respublikinės Šiaulių ligoninės ataskaita. Prieiga per internetą: [http://rsl.lrv.lt/uploads/rsl/documents/files/Veiklos%20ataskaitos/2014m\\_VeiklosAtaskaita.pdf](http://rsl.lrv.lt/uploads/rsl/documents/files/Veiklos%20ataskaitos/2014m_VeiklosAtaskaita.pdf) [Žiūrėta 2018.03.14].
95. 2016 – 2018 Sveikatos apsaugos ministerijos strateginis veiklos planas. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-planavimo-ir-ataskaitomybes-dokumentai/veiklosplanai/Veiklos%20planai/Lietuvos%20Resublikos%20Sveikatos%20apsaugos%20ministerijos%2020162018%20m.%20strateginis%20veiklos%20planas%20tame%20tarpe.pdf> [Žiūrėta 2018.03.17].

96. Adomaitienė, A. (2015). Dėmesys slaugytojams turi būti išskirtinis. Lietuvos Slaugos Specialistų Organizacija. Prieiga per internetą: <http://www.lss.lt/www/straipsniai/demesys-slaugytojams-turi-buti-isskirtininis>. [Žiūrėta 2017.11.04].
97. Allen, D. (2004). Re-reading Nursing and Re-writing Practice: Towards an Empirically Based Reformulation of the Nursing Mandate.
98. Australian Government (2013). Department of Health and Ageing. Medical Rural Bonded Scholarship Scheme. Information Booklet.
99. Barauskaitė, J. (2013). Klaipėdos universitetinė ligoninė – jaunų gydytojų traukos centras. Prieiga per internetą: <http://www.ve.lt/naujienos/visuomene/sveikata/klaipedos-universitetine-ligonine---jaunu-gydytoju-traukos-centras-939898/>. [Žiūrėta 2018.02.16].
100. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė, V. (2008). Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. Klaipėda.
101. Brewster, Ch., Mayrhofer, W., Morley, M. (2004). Human Resource Management in Europe: Evidence of Convergence? London: Butterworth, Heinemann.
102. Dėl aukštojo mokslo universitetinių studijų programų registravimo: LR Švietimo ir mokslo ministro 2002 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. 1093. Valstybės žinios 2002; Nr. 75-3252.
103. Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymo Nr. V-802 „Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programos patvirtinimo“ pakeitimo: LR Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymas Nr. V-891. Valstybės žinios 2005; Nr. 140-5048.
104. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 30 d. nutarimo Nr. 1195 "Dėl darbuotojų, kurių darbo pobūdis yra susijęs su didesne protine, emocine įtampa, darbo laiko sutrumpinimo tvarkos ir darbuotojų, kuriems nustatytas sutrumpintas darbo laikas, darbo apmokėjimo sąlygų patvirtinimo" pakeitimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CFCC0A6DE3BA> [Žiūrėta 2017.12.01]
105. Dobrovolskis K.R. (2003). Lietuvos sveikatos apsaugos pokyčiai pastaraisiais metais. Sveikatos mokslai.
106. Dubois C. A, McKee M, Nolte E. (2006). Human Resources for Health in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, 2006. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf> [Žiūrėta 2018.03.16]

107. ES veiksmų žmogiškųjų išteklių krizei besivystančių šalių sveikatos apsaugos srityje išspręsti strategija. Komisijos komunikatas Tarybai ir Europos parlamentui. Europos bendrijų komisija. Briuselis, 2005.
108. Gaižauskienė, A.; Grabauskas, V.; Kučinskienė, Z.; Lovkytė, L.; Padaiga, Ž.; Paškevičius, L.; ir kt. (2003). Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990-2015 metais: Atviros Lietuvos fondo projekto "Sveikatos žmogiškųjų išteklių raida ir planavimas Lietuvoje" ataskaita. Vilnius.
109. Griškutė V., Masiliauskienė E. (2010). Vaikų dienos centrų pagalbos socialinės rizikos šeimų vaikams ir jos plėtrą sąlygojantys veiksniai. Jaunųjų mokslininkų darbai, Nr. 4, 95-
110. Guogis, A.; Šilinskytė A. (2013). SN 1392-3137. „Naujasis viešasis valdymas“ kaip pilietinė vertybė: Lietuvos bendruomenių aktyvumo atvejais. Tiltai.
111. Jančauskas, E. (2009). Žmogiškųjų išteklių vadyba. II knyga. Sistema. Politika. Atranka. Profesionalumo ugdymas. Vilnius: Vilniaus vadybos aukštoji mokykla.
112. Janušonis, V. (2012). Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas. Klaipėda.
113. Kairys, J. (2010). Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje gyventojų ir medikų akimis. Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius.
114. Kaminskienė, G. (2015). Gydytojų ruošiamą daug – gydyti nėra kam. Lietuvos sveikata. Prieiga per internetą: <http://lsveikata.lt/aktualijos/mediku-ruosiama-daug-gydyti-nera-kam-3337> [Žiūrėta 2016.12.20].
115. Kardelis, K. (2002). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla.
116. Katkienė, Z. (2014). Gydytojai ragina naudotis nemokama medicina. Prieiga per internetą: <http://lsveikata.lt/medicinos-lyderiai/gydytojai-ragina-naudotis-nemokama-medicina-226> [Žiūrėta 2018.02.15].
117. Katkienė, Z. (2015). Gydomo įstaigų vadovai patirties sėmėsi Vokietijoje. Prieiga per internetą: <http://lsveikata.lt/medicinos-lyderiai/gydymo-istaigu-vadovai-patirties-semesi-vokietijoje-2903> [Žiūrėta 2018.03.18].
118. Komaras, J. J. (2016). Lenkija jau be gydytojų. Prieiga per internetą: <http://www.veidas.lt/lenkija-jau-be-gydytoju>. [Žiūrėta 2018.03.18].
119. Korsakas, J.; Šimaitis, A. (2011). Sistema turi būti pasiruošusi priimti naujas iniciatyvas. Prieiga per internetą: <http://www.vlmedicina.lt/spausdinimas/lt/jonas-korsakas-sistema-turi-buti-pasiruosusi-priimti-naujas-iniciatyvas>. [Žiūrėta 2018.02.13]
120. Labanauskas, L. (2011). Po dešimtmečio Lietuvoje neliks gydytojų specialistų. Prieiga per internetą: <https://www.alfa.lt/straipsnis/11962690/po-desimtmecio-lietuvoje-neliks-gydytoju-specialistu> [Žiūrėta 2018.02.13].

121. Lietuvą palieka ir medikai. Respublika, 2010. Prieiga per internetą: <https://www.tv3.lt/naujiena/374343/lietuva-palieka-medikai-pernai-ju-emigravo-1-5-tukst> [Žiūrėta 2018.02.13].
122. Lietuvos medicinos norma MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas: teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.8B0952463675> [Žiūrėta 2017.11.04]
123. Lietuvos Respublikos darbo kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas. Prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/f6d686707e7011e6b969d7ae07280e89>. [Žiūrėta 2017.12.01]
124. Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymas, 2004m. balandžio 20 d. Nr. IX-2148. Prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4095D47B10F2>. [Žiūrėta 2017.11.20].
125. Lietuvos Respublikos Partnerystės sutartis ir 2014-2020 metų Europos Sąjungos struktūrinių fondų investicijų veiksmų programa. Prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/2014-2020-laikotarpis/diskusijos>. [Žiūrėta 2018.02.15]
126. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/tarpinstitucinis-bendradarbiavimas-svarbi-salyga-gerinti-zmoniu-sveikata>. [Žiūrėta 2018.01.29].
127. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė: Valstybinio audito ataskaita ar efektyvi šeimos gydytojų veikla? Vilnius. 2013 m.
128. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Nutarimas dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.439028/cAtxmtCmfv> [Žiūrėta 2018.02.15].
129. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras – Lietuvos sveikatos statistika 2016. Vilnius, 2017 m.
130. Luobikienė, I. (2005). Sociologinių tyrimų metodika, Kaunas.
131. Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimo nr. 587 „dėl darbų, kuriuose gali būti taikoma iki dvidešimt keturių valandų per parą darbo laiko trukmė, sąrašo, darbo ir poilsio laiko ypatumų ekonominės veiklos srityse patvirtinimo“ pakeitimo. Prieiga per internetą: <https://etar.lt/acc/legalAct.html?documentId=9e07980029fd11e4a6deb7cdea22d38c&lang=lt> [Žiūrėta 2017.11.29].

132. Personalo politikos koncepcija (2007). Prieiga per internetą: [http://www.kam.lt/lt/personalo\\_politika\\_512/aktualus\\_dokumentai/personalo\\_politikos\\_konceptija.html](http://www.kam.lt/lt/personalo_politika_512/aktualus_dokumentai/personalo_politikos_konceptija.html)> [Žiūrėta 2012-02-21].
133. Ramanauskaitė, R. (2002). Šiuolaikinės kultūros fenomenų tyrimai. Metodinė mokymo priemonė. Kaunas, VDU leidykla.
134. Rezidentai Šiaulių ligoninėje: svarbūs, laukiami ir reikalingi (2018). Prieiga per internetą: <https://miestonaujienos.lt/rezidentai-siauliu-ligonineje-svarbus-laukiami-ir-reikalingi/>. [Žiūrėta 2018.02.15].
135. Stordeur S, Léonard C. Challenges in physician supply planning: the case of Belgium. Hum Resour Health. 2010 Dec 8;8:28.
136. Strazdienė, D., Adamonienė, R., Vilkevičiūtė, J., Duobaitė, M. ir Lopetaitė, S. (2011). Personalo valdymo skyriaus veikla. Akademija.
137. Sveikata visiems XXI amžiuje: pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius, Sveikatos apsaugos ministerija, 2000.
138. Sveikatyte, L. (2017). Lietuvos žaizda: šeimos gydytojų kėdės rajonuose tuščios nes metus. Prieiga per internetą: <http://www.vaistai.lt/Lietuvos-zaizda-seimos-gydytoju-kedes-rajonuose-tuscios-net-metus-10992.html>. [Žiūrėta 2018.02.05].
139. Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio planavimo metodika. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0AB8B1FB3AAF> [Žiūrėta 2016.12.12].
140. Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros nacionalinis kontaktinis centras. Pacientų teisės. Prieiga per internetą: [http://www.lncp.lt/lt/sveikatos\\_prieziura\\_lietuvoje/pacientu\\_teises](http://www.lncp.lt/lt/sveikatos_prieziura_lietuvoje/pacientu_teises) [Žiūrėta 2018.03.12].
141. Tidikis, R. (2003). Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Vilnius.
142. Truncė, M. (2013). Viešojo sektoriaus asmens sveikatos priežiūros įstaigų iššūkiai 2014-2017m. Vilnius.
143. Vaitkutė, V. (2011). Jaunų gydytojų stygius rajonuose – reali problema. Prieiga per internetą: <http://www.vlmedicina.lt/lt/jaunu-gydytoju-stygius-rajonuose-reali-problema> [Žiūrėta 2018.02.13].
144. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Prieiga per internetą: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/160> [Žiūrėta 2017.11.05]
145. Veževičiūtė, E. (2009). Kelias į organizacijos sėkmę - teisingas žmogiškųjų išteklių planavimas. Prieiga per internetą: <http://www.visasverslas.lt/portal/categories/13/1/0/1/article/1642> [Žiūrėta 2018-03-05].



146. Žakevičius, G. (2013). Kam eksportuoti gydytojus, jeigu galima importuoti pacientus? Apžvalga. Prieiga per internetą: <http://apzvalga.eu/kam-eksportuoti-gydytojus-jeigu-galima-importuoti-pacientus.html>. [Žiūrėta 2018.02.05]

# PRIEDAI

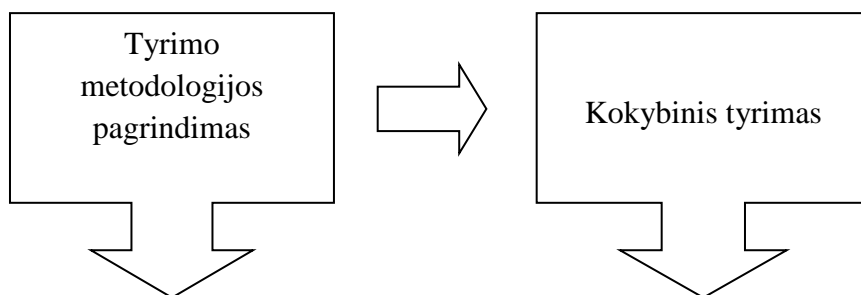
## I PRIEDAS

### IVADAS

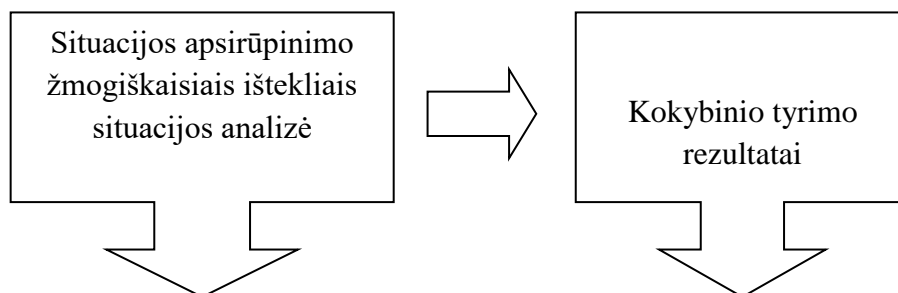
### PERSONALO PLANAVIMO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS INSTRUCIJOJE KONCEPTUALIZACIJA



### PERSONALO PLANAVIMO SITUACIJOS IR TOBULINIMO GALIMYBIŲ MOTERS IR VAIKO KLINIKOJE TYRIMO METODOLOGIJA



### PERSONALO PLANAVIMO SITUACIJOS IR TUBULINIMO GALIMYBIŲ MOTERS IR VAIKO KLINIKOJE TYRIMO REZULTATAI



### REZULTATŲ APTARIMAS

### IŠVADOS, REKOMENDACIJOS

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS**  
**VERSLO IR VIEŠOSIOS VADYBOS KATEDRA**

**INTERVIU KLAUSIMYNAS**

**Personalo planavimo proceso tobulinimo galimybės VĮ  
Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko  
klinikoje**

Tyrimo metu surinkti ir apibendrinti duomenys bus naudojami tik moksliniais tikslais, laikantis mokslinių tyrimų etikos principų. Kokybinio tyrimo duomenys bus publikuojami magistro darbe. Mokslinėse publikacijose bei konferencijose tyrimo duomenys skelbiami laikantis konfidencialumo principo (duomenys pateikiami apibendrintai, nenurodomi ekspertų vardai ir pavardės). Apklausą atlieka Šiaulių universiteto verslo ir viešosios vadybos katedros viešojo valdymo magistrantūros studentė Dalia Jutienė. Klausimynas aprobuotas Verslo ir viešojo administravimo katedroje. Tikiuosi, kad Jūs palankiai vertinsite šio tyrimo svarbą.

## INTERVIU KLAUSIMYNAS

### *INTERVIU INFORMACIJA:*

*Data:*

*Interviu pradžia:*

*Vieta:*

*Interviu pabaiga:*

*Interviu trukmė:*

### *INFORMACIJA APIE PATEIKĖJĄ:*

*Vardas:*

*Pavardė:*

*Pareigos:*

*Darbo stažas institucijoje (metais):*

*Patirtis srityje (metais):*

## INTERVIU

### **2. Apsirūpinimo specialistais VI Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikos situacijos vertinimas.**

Šiuo metu VI RŠL Moters ir vaiko klinikos tinklalapyje nurodoma, jog ligoninei trūksta įvairių specialybių gydytojų – vaikų pulmonologo, vaikų endokrinologo, vaikų ligų gydytojo, taip pat bendrosios praktikos slaugytojų su įvairiomis kvalifikacijomis. Ar VI RŠL Moters ir vaiko klinikoje jaučiamas sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumas? Jeigu taip, prašau nurodyti, kokių specialybių gydytojų, kito personalo trūksta labiausiai? Kaip tai atsiliepia klinikos teikiamų paslaugų prieinamumui, kokybei, pačių medikų motyvacijai dirbti?

---

---

---

### **3. Specialistų trūkumo VI Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje priežastys.**

Kokias įvardintumėte pagrindines specialistų trūkumo Moters ir vaiko klinikoje priežastis?

---

---

---

### **4. Sveikatos priežiūros specialistų VI Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje planavimo sistema.**

Kokiomis priemonėmis yra paremta sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo sistema Moters ir vaiko klinikoje? (Skvriu vadovams)

---

---

---

### **5. Sveikatos priežiūros specialistų VI Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje planavimo sistema.**

Nuo 2003 metų Sveikatos apsaugos ministerija planuoja ilgalaikę perspektyvą (10 – 15 metų) specialistų poreikį sveikatos priežiūros sistemoje. Nustatytas poreikis derinamas ir su Švietimo ir mokslo ministerija numatant reikalingų specialistų parengimą Lietuvai. Kaip Jūsų įstaiga dalyvauja nustatant ilgalaikę perspektyvą Lietuvoje? (Personalo skyriaus vedėjas, jo pavaduotojas, direktorius, vyr. slaugos administratorė)

---

---

---

**6. Sveikatos priežiūros specialistų Moters ir vaiko klinikoje planavimo analizė.**

Organizacijos apsirūpinimo darbuotojais sėkmė labai priklauso nuo išsamios analizės kiek, kokių ir kokių laiku reikia darbuotojų. Jūsų nuomone, kokių specialistų gali prireikti Moters ir vaiko klinikoje artimoje (iki 5 metų) ir tolimoje (10 - 15 metų) ateityje?

**7. Sveikatos priežiūros specialistų VI Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje planavimo analizė.**

Kas VI RŠL Moters ir Vaiko klinikoje yra atsakingas už personalo planavimą ilguoju ir trumpuoju periodu? Koks personalo skyriaus vaidmuo tame procese?

---

---

---

**8. Personalo planavimo strategija VI Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje .**

Kokia yra Moters ir vaiko klinikos apsirūpinimo trūkstamu personalu strategija?

---

---

---

**9. Personalo „išlaikymo“ strategija VI Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje.**

Kaip Jūsų Klinikose siekiama išlaikyti darbuotojus, kad jie neišvyktų dirbti į užsienį, neatsisakytų darbo Klinikose?

---

---

---

**10. Personalo pritraukimo, „išlaikymo“ strategijos VI Respublikinėje Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje.**

Ką reikėtų daryti ateityje, kad būtų galima išlaikyti turimus, pritraukti jaunos gabius specialistus darbui Moters ir vaiko klinikoje? Ką galėtų dėl to padaryti Klinikos vadovybė, ligoninės administracija, Personalo skyrius, Šiaulių miesto savivaldybė?

---

---

---



VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS RESPUBLIKINĖS ŠIAULIŲ LIGONINĖS  
GENERALINIS DIREKTORIUS

ĮSAKYMAS  
DĖL LEIDIMO DALIAI JUTIENEI ATLIKTI TYRIMĄ VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS  
RESPUBLIKINĖS ŠIAULIŲ LIGONINĖS MOTERS IR VAIKO KLINIKOJE BEI  
PERSONALO SKYRIUJE

2018 m. kovo 23 d. Nr. V-232  
Šiauliai

Atsižvelgdamas į Šiaulių universiteto Verslo ir viešosios vadybos katedros vedėjos doc. dr. Solveigos Skunčikienės 2018-03-15 gautą prašymą „Dėl duomenų suteikimo magistro baigiamajam darbui“,

leidiu Šiaulių universiteto Verslo ir viešosios vadybos katedros Viešojo valdymo magistro studijų programos studentei Daliai Jutienei atlikti tyrimą viešosios įstaigos Respublikinės Šiaulių ligoninės Moters ir vaiko klinikoje bei Personalo skyriuje rengiant magistro baigiamąjį darbą tema „Personalo planavimo proceso tobulinimas sveikatos priežiūros institucijoje naujojo viešojo valdymo kontekste“ (interviu klausimynas pridedamas).

Medicinos direktoriaus pavaduotojas chirurgijai,  
laikiniai einantis generalinio direktoriaus pareigas

Antanas Pauliukas

Teisės ir veiklos skyriaus  
vyresnysis specialistas  
Remigijus Šivickis  
2018-03-22

Teisės ir veiklos skyriaus  
vyresnysis specialistas  
Indrė Masilionienė  
2018-03-22

KOPIJA TIKRA

Teisės ir veiklos skyriaus  
vyresnysis specialistas  
Remigijus Šivickis  
2018-03-23