

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA EKONOMICKÁ**

Diplomová práce

**Mezinárodní migrace pracovní síly**

**Migration of the international workforce**

Bc. Martina Průchová

Plzeň 2018

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta ekonomická  
Akademický rok: 2017/2018

**ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina PRŮCHOVÁ, DiS.**  
Osobní číslo: **K16N0014K**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**  
Název tématu: **Mezinárodní migrace pracovní síly**  
Zadávatel katedra: **Katedra financí a účetnictví**

*Zásady pro vypracování:*

1. Definujte pojem migrace, charakterizujte její typy a důsledky.
2. Charakterizujte současnou situaci v oblasti migrace.
3. Analyzujte současný stav zaměstnávání českých lékařů v zahraničí.
4. Zhodnoťte dopady migrace českých lékařů na ekonomiku a celkovou situaci České republiky.
5. Navrhněte opatření, která by vedla k pozitivnímu vývoji v oblasti migrace českých lékařů do zahraničí.

Rozsah grafických prací: **neuveđen**  
Rozsah kvalifikační práce: **60 - 80**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **COLLIER, Paul**, *Exodus. Jak migrace mění náš svět*. Praha: Libri, 2017. 260 s. ISBN 978-80-7277-557-6.
- **HORÁKOVÁ, Milada**, *Dlouhodobé trendy ve vývoji pracovních migrací v České republice*. Praha: VÚPSV, 2008. 114 s. ISBN 978-80-7416-020-2.
- **KELLER, Jan**, *Evropské rozpory ve světle migrace*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2017. Sociologické aktuality, 227 s. ISBN 978-80-7419-249-4.
- **PALÁT, Milan**, *Determinanty vzniku migrace a statistiky cizinců v Evropské unii*. Ostrava: Key Publishing, 2014. Monografie (Key Publishing), 72 s. ISBN 978-80-7418-228-0.
- **PALÁT, Milan**, *Mezinárodní migrace a ekonomika v Evropské unii: vývoj, determinanty, politiky a trendy*. Ostrava: Key Publishing, 2015. Monografie (Key Publishing), 94 s. ISBN 978-80-7418-230-3.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Marie Černá, Ph.D.**  
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání diplomové práce: **23. října 2017**  
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2018**

  
Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný  
děkan



  
Ing. Michaela Krechovská, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Plzni dne 23. října 2017

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „*Mezinárodní migrace pracovní síly*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

V Plzni dne 10. 12. 2018

.....

podpis autora

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce, Ing. Marii Černé, Ph.D., a to nejen za odbornou pomoc, konzultace, trpělivost, rady a čas, který mi poskytla, ale i za celkový pozitivní, a hlavně ochotný přístup, který mi věnovala při napsání této diplomové práce.

Rovněž děkuji své rodině, přátelům a kolegům, kteří mě podporovali a inspirovali.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>1 POJEM MIGRACE .....</b>	<b>11</b>
1.1 <i>Ekonomické a neekonomické příčiny migrace .....</i>	<i>14</i>
<b>2 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY .....</b>	<b>18</b>
2.1 <i>Push – pull teorie (teorie tlaku a tahu).....</i>	<i>19</i>
2.2 <i>Nová ekonomie pracovní migrace .....</i>	<i>20</i>
2.3 <i>Teorie světového systému .....</i>	<i>21</i>
2.4 <i>Teorie dvojího trhu.....</i>	<i>22</i>
2.5 <i>Teorie sítí.....</i>	<i>22</i>
2.6 <i>Institucionální teorie.....</i>	<i>24</i>
<b>3 TYPY MIGRACE .....</b>	<b>25</b>
3.1 <i>Specifické druhy mezinárodní migrace .....</i>	<i>28</i>
<b>4 KVALIFIKACE A JEJÍ UZNÁNÍ V ZEMÍCH EU .....</b>	<b>30</b>
<b>5 SPECIFIKA TRHU PRÁCE.....</b>	<b>32</b>
5.1 <i>Aktivity za pracovní podmínky.....</i>	<i>32</i>
<b>6 POSTOJE ČESKÝCH LÉKAŘŮ K ZAHRANIČNÍ PRACOVNÍ MIGRACI.....</b>	<b>35</b>
6.1 <i>Cílové země a motiv migrace.....</i>	<i>36</i>
<b>7 METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>39</b>
7.1 <i>Volba výzkumné strategie a metody.....</i>	<i>39</i>
7.2 <i>Metodika sběru dat.....</i>	<i>40</i>
7.3 <i>Metodika vyhodnocování dat .....</i>	<i>42</i>
7.4 <i>Etické aspekty výzkumu .....</i>	<i>43</i>
<b>8 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU.....</b>	<b>45</b>

8.1	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	45
8.2	<i>Výsledky šetření</i> .....	49
8.3	<i>Shrnutí výzkumu</i> .....	71
8.4	<i>Doporučení pro praxi</i> .....	73
<b>9</b>	<b>DISKUSE VÝSLEDKŮ</b> .....	<b>76</b>
9.1	<i>Diskuse k cílům práce</i> .....	76
9.2	<i>Diskuse k podobným výzkumům</i> .....	78
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>81</b>
	<b>LITERATURA</b> .....	<b>83</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK</b> .....	<b>86</b>

## ÚVOD

Migrace jako taková má své místo ve společnosti již mnoho let. V dávných dobách se lidé přesouvali z nejrůznějších příčin a různorodých důvodů, ale prioritou bylo vždy hledání vhodnějšího místa k životu a lepších životních podmínek. Prvotně docházelo k pohybu pouze u malých skupinek obyvatel, později se podnikaly obchodní cesty nebo docházelo díky válečným konfliktům k dalšímu pohybu obyvatel. Rozsáhlé přesídlování populace bylo typické pro doby, kdy docházelo k významným geografickým objevům. V těchto dobách, které jsou z dnešního pohledu již poměrně dávnou historií, pak země jako třeba Velká Británie, Španělsko, Portugalsko, Francie stejně jako Holandsko, zřídily na území zejména Jižní Ameriky nespočet kolonií, což vedlo také ke zvýšení zájmu o migraci směrem z evropských zemí do Ameriky. S postupem času se vlastní motiv migrace obyvatelstva měnil v souladu s jevy a procesy probíhajícími ve společnosti. V období hospodářského růstu a následné krize docházelo k velmi strmému nárůstu migrace, přičemž její hlavní a základní příčinou byla nízká úroveň ekonomiky v některých lokalitách, s ní spojená chudoba, ale zásadní význam měl rovněž nedostatek pracovních sil a jejich potřeba v určitých regionech.

Zejména v posledních desetiletích však nejsou stěžejní jen ekonomické faktory migrace, ale zásadní vliv lze pozorovat rovněž u faktorů politických, ale i vojenských a v posledních letech se prosazují i faktory bezpečnostní. Tato skutečnost je spojena s tím, že za posledních několik desetiletí vznikla celá řada zcela nových států, což je trend, který je možné sledovat i v současné době. Mění se tak i státní hranice jednotlivých zemí, a to jak v Evropě, tak na území Afriky či Asie. Projevují se rovněž četné konflikty, které vypukají v blízkosti Evropy. A právě tyto faktory pochopitelně podmiňují rozvoj pracovní migrace. Ta je navíc také ekonomicky a sociálně, mnohdy také politicky, podmíněná. Vliv mají pochopitelně i psychologické aspekty. Kombinace těchto faktorů pak podporuje vytváření trhu stejně jako obecný rozvoj některých lokalit. V návaznosti na tyto skutečnosti lze říci, že mezinárodní migrace tedy rozhodně nevzniká jen v důsledku nedostatečného ekonomického rozvoje některých regionů, ale vede k ní právě rozvoj jako takový. Motivy, které vedou jedince (včetně lékařů) k pracovní migraci, lze tak charakterizovat jako



multifaktorově podmíněné. Ačkoliv existují samozřejmě lékaři, kteří se do zahraničí vydávají s tím, že tam chtějí zůstat a žít, leckdy je patrná spíše snaha o dočasnou migraci, jejímž cílem je si zvýšit jak ekonomický, tak i sociální status v domovském státě. Nezávisle na skutečnosti, jakým způsobem došlo ke vzniku migrace, popř. pracovní migrace jako fenoménu, pokud migrace jednou začala, vyznačuje se sebezáchovnou tendencí, což znamená, že sama sebe podporuje v dalším rozvoji a růstu. Činí tak prostřednictvím dvou navzájem propojených procesů. První z těchto procesů svůj vliv realizuje na úrovni jednotlivých osob, oproti tomu druhý proces se projevuje skrze sociální kontakty. Je totiž nutné počítat s tím, že pokud určitý člověk vyjede na čas za prací do zahraničí, poté co se vrátí zpět do své vlasti již nebude zcela stejným člověkem, bude mít nové znalosti, zkušenosti, ale třeba i více finančních prostředků, bude lépe ekonomicky zajištěn, což povede k tomu, že bude mít „nový lidský kapitál,“ který mu umožňuje získat i v domovské zemi lepší pracovní místo, vyšší mzdu apod. Čím více osob se tak rozhodne odjet za prací do zahraničí, tím více je podporována migrace i dalších osob v budoucnu. S tím se pojí i fakt, že čím delší dobu lékař v zahraničí stráví, tím více zkušeností a nových poznatků načerpá, z čehož má možnost více „vytěžit“ po návratu zpět do ČR. Dochází totiž k akumulaci jeho „lidského kapitálu.“

V návaznosti na výše uvedené lze konstatovat, že migrace nesporně hraje a také v minulosti hrála velmi významnou úlohu. Vymezit ji lze jako určitou formu adaptace na měnící se podmínky existence člověka nebo lidstva. Dnešní populace se pak vyznačuje tím, že je ve srovnání s předcházejícími generacemi více pohyblivá, dynamická a obecně lze říci, že žije velmi zrychleně. Pro současnou dobu je přesouvání se jak na krátké, tak i na dlouhé vzdálenosti, velmi typické. Cestovat lze v rámci jednoho (např. svého domovského) státu, tak i mezi státy a problém rozhodně není ani cestování mezi různými kontinenty. To se s určitými omezeními vztahuje i na pracovní migraci.

Významná je rovněž skutečnost, že migrace nepodporuje jen pracovníky či lékaře samotné, ale napomáhá také k maximálnímu možnému využití pracovní síly, která je v rámci celého světa k dispozici. S tím se pojí i fakt, že migrace podporuje také hospodářský rozvoj.

Je samozřejmě možné důsledky migrace hodnotit a zkoumat její přínos v globálním měřítku. V souvislosti s tím, že dochází k četnému přemísťování se jedinců nejrůznějších národností, státní příslušnosti, nejrůznějších zvyklostí a zkušeností, kteří patří do různých sociálních skupin, mají různé názory a pohledy na řadu otázek, má migrace pak zásadní vliv i na životy domovského obyvatelstva cílových zemí, do kterých pracovní migrace směřuje. I to je důvodem, proč je potřeba migrační proces jako takový velmi důkladně studovat a podrobit analýzám, jejichž prostřednictvím lze stanovit základní zákonitosti týkající se migrace a na koncipovat i jejich regulaci, jejímž cílem je předcházet negativům, která s sebou pracovní migrace nese. To se ovšem ne zcela vždy daří. Snaží se o to migrační politika, která by měla sloužit celé řadě zájmů, mezi které patří i hospodářský rozvoj, přitáhnutí či udržení odborníků (ke kterým patří i profese lékaře), ale i zajištění bezpečnosti země. Migrace totiž mimo jiné navyšuje demografický potenciál, nicméně je potřeba, aby migrační politika byla koncipována i v zájmu těch, kdo jsou jejími bezprostředními uživateli – přistěhovalci a zabezpečení jejich práv. Jako každá lidská činnost má i migrace své negativní a pozitivní dopady na společnost, kulturu, ekonomiku a vlastní život samotných migrantů a původních obyvatel. Je také třeba zkoumat důvody migrace u osob, které od státu dostaly vzdělání a místo toho, aby státu tento vklad vrátily, migrují do příhraničních států, kde pak uplatňují své vzdělání. Typickým příkladem jsou lékaři a zdravotní sestry.

Cílem diplomové práce je analyzovat a popsat migraci lékařů jako samostatný jev, posléze problematiku analyzovat z pohledu Evropské unie, jejích členských států a zejména z pohledu České republiky.

V návaznosti na výše uvedený stanovený cíl, byly určeny tyto podcíle:

- analyzovat současný stav v oblasti zaměstnávání českých lékařů v zahraničí, tzn. druhy migrace, příčiny a důsledky,
- zhodnotit dopady migrace na českou ekonomiku,
- provést výzkum názorů odborné veřejnosti na migraci lékařů,
- navrhnout zlepšení současného stavu.

# 1 POJEM MIGRACE

Na počátku této práce je nezbytné vymezit pojem migrace. Ačkoliv každý z nás má určitou představu o tom, co se migrací rozumí, odborná literatura poukazuje na skutečnost, že definovat migraci rozhodně není jednoduchým úkolem. Obvykle však definice vychází z toho, že se jedná o přesun z místa původního domova do jiné lokality. Lze se setkat s nespočtem typologií, které migraci definují a kategorizují na základě vzdálenosti, kterou bylo nutné urazit za účelem přesunu, na základě času, který byl stráven v jiném místě stejně jako na základě motivace, která vedla k migraci. Z tohoto důvodu pak bývá migrace definována a kategorizována skutečně mnoha různými způsoby (Salt, Clarke a kol., 2004, s. 11).

Nejjednodušeji lze migraci definovat jako pohyb populace. Definic je však více (Slovník spisovného jazyka českého 2018). Jedná se o velmi známý fenomén, na jehož základě došlo i ke vzniku některých států, například USA, Kanady, Austrálie, Nové země a Izraele. V historii lze najít také doklad toho, že obyvatelé na území amerického kontinentu, jsou vlastně potomci těch lidí, kteří do Ameriky přišli ze Sibíře skrze Beringův průliv, což bylo možné především proto, že hladina oceánu byla tehdy ve srovnání se současností významně nižší. Ani Evropě nezůstala v historii nedotknuta migrací. Zmínit je třeba zejména velké stěhování národů, které mělo zásadní význam, protože přineslo etnické změny zejména v zemích západní Evropy. Opomíjet nelze ani migrační tendence obyvatelstva z Afriky, kteří se stěhovali směrem na území Ameriky. Poslední zmíněná migrační tendence však byla migrací nucenou, čímž se liší od ostatních zmíněných migračních vln. Lidé z Afriky byli totiž na území Ameriky velmi často dováženi především za účelem otrocké práce. Zásadní význam má pak fakt, že všechny z výše uvedených migračních vln vedly především k významné transformaci v oblasti globálního rozvoje. Zásadní význam měly také demografické změny, které migrační vlny přinesly. Samotný pojem migrace má svůj základ v latinském termínu „Migratio,“ který lze do češtiny přeložit slovem „přesouvání“ (Latinský slovník 2013).

Dále je možné definovat pojem migrace jako: stěhování, případně jako změnu místa bydlení, lze říci i změnu sídliště, ke které dochází prostřednictvím přecházení

z jednoho místa na jiné. Migraci lze chápat rovněž jako přemísťování, popř. také jako stěhování skupin obyvatelstva. Pochopitelně je možné ji vymezit i jinak., ale pro účely této práce se lze ztotožnit s tím, že migrace je vnímána primárně jako stěhování obyvatelstva, které se stěhuje mezi dvěma různými státy (z jednoho do druhého). Někdy bývá definice migrace ovšem dále rozšiřována. V takovém případě pak již migrace není chápána pouze jako stěhování z jednoho státu do jiného, ale nahlíží se na ni rovněž jako na stěhování mezi dvěma odlišnými regiony. V návaznosti na tento přístup je pak možné migraci klasifikovat na migraci probíhající uvnitř státu (tj. migraci vnitrostátní) a na migraci, při které dochází k překračování státních hranic (tj. migraci mezinárodní) (Palát, 2014, s. 7). Vedle pojmu migrace se lze setkat i s pojmem mobilita, který ovšem neznamena totéž, co migrace, oba pojmy je nutno důsledně odlišovat (byť v praxi jsou tyto pojmy často zaměňovány, což může být matoucí). Mobilita je ve své podstatě širším pojmem než migrace, neboť se pod ní rozumí veškeré pohyby, které lidé realizují. Lze pod ní tudíž rozumět jak dočasné změny bydliště, tak i cestování (i za účelem rekreace i za účelem práce), ale třeba i dojíždění za prací apod. (Ministerstvo vnitra České republiky 2016).

Dále je třeba definovat pojem migrant. Jedná se o osobu, která překročí mezinárodní hranice za účelem delšího setrvání na území nového státu. Jednoduchá definice, kterou nabízí Organizace spojených národů, říká, že jako migrant je označován každý, kdo překračuje mezinárodní hranice (Ministerstvo vnitra České republiky 2016).

S takovou definicí však nelze vystačit, protože podle ní by byl migrantem každý turista nebo návštěvník jiné země. Na odborné úrovni je nutné rozlišovat mezi dvěma odlišnými pojmy, kterými je emigrant a imigrant. Emigrantem označíme osobu, která opouští svůj původní stát s úmyslem usídlit se v zahraničí, a imigrantem označujeme subjekt, který přijde do nové země s cílem pobývat zde delší dobu. S tím jsou spjaty i pojmy jako emigrace a imigrace. Pod pojmem emigrace se obvykle rozumí určitý proces, pro který je typické, že obyvatelstvo opouští svůj domovský stát s úmyslem usadit se v cizí zemi. Opakem emigrace je pak pojem imigrace, pod kterým lze rozumět proces, při němž se na území státu usazují lidé z cizího státu (Ministerstvo vnitra České republiky 2016).

Z hlediska tuzemského práva je situace o to složitější, že náš právní řád nikde nevymezuje samotný pojem migrant, který je pro tuto práci stěžejní. Místo pojmu migrant je v českém právu užíváno označení „cizinec.“ Samozřejmě, že dle současné platné právní úpravy, tedy podle zákona o pobytu cizinců na území České republiky, se pod pojmem cizinec rozumí osoba, která není státním občanem České republiky, přičemž do této kategorie se zahrnují i občané EU. Díky takovému určení je tedy možné rozlišit cizí subjekty na dvě skupiny, a to jednak na občana Evropské unie a dále na občana třetích zemí. V dnešní době se jedná o téma, které má svá specifika a je třeba řešit ho na mezinárodní úrovni, a to z hlediska ekonomie a hospodářství tuzemských států. Podle odhadů medical tribune ročně odejde za prací do ciziny 350 až 400 českých lékařů a lékařek, z toho polovina hned po ukončení lékařské fakulty. Často uvádějí, že je vyhánění nepřátelský systém postgraduálního vzdělávání a chaos, který podle nich v českém zdravotnictví vládne. Na třetím místě pak uvádí platy, které jsou v Česku oproti cizině několikanásobně nižší. Mladí lékaři a lékařky slyší proto na přijatelnější podmínky pro složení atestace, práci bez nadměrných přesčasů, lepší plat a benefity jako je bydlení, školka pro děti či zaměstnání pro partnera či partnerku, které jim náboráři zahraničních pracovišť nabízejí. Migrace jako taková je problém, který je třeba řešit, a proto se právě z tohoto důvodu v roce 2006 v New Yorku konal summit OSN, který se zaměřoval na problematiku migrace (Heczko 2007, s. 94).

Výstupem zmíněného summitu bylo především schválení návrhu, který vnesl tehdejší tajemník OSN, Kofi Annan, jehož podstata spočívala ve vytvoření globálního fóra zaměřeného na otázky spojené s problematikou migrace a rozvoje. Nově vzniklé fórum se mělo scházet pravidelně jedenkrát za rok (Heczko 2007, s. 94). Existují příčiny a důvody, kvůli kterým populace migruje. Je možné je definovat jako ekonomické a neekonomické a finanční a nefinanční. Příčiny migrace vycházejí z několika teorií. Výše zmíněná teoretická východiska vytvářejí ve své podstatě určitý rámec celé problematiky příčin migrace, ze kterého pak vychází předkládaná diplomová práce zaměřená zejména na neoklasickou teorii migrace, dále také Ravensteinovy zákony stejně jako push – pull teorii, novou ekonomii pracovní migrace, teorii světového systému, teorii dvojího trhu, teorii sítí, teorii transnacionálního prostoru, institucionální teorii a teorii kumulativní přičinnosti.

## 1.1 Ekonomické a neekonomické příčiny migrace

Důvodů pro mezinárodní lidskou migraci je mnoho. Dle Heczka (2007) je možné mezinárodní migraci členit na dvě základní kategorie. První kategorii tvoří příčiny migrace, pro které je charakteristické, že mají ekonomický charakter. Druhou kategorii pak tvoří ty příčiny, jejichž charakter lze označit za neekonomický.

Mezi příčiny, které mají neekonomický charakter, se obvykle řadí zejména následující: rodinné, národnostní, náboženské, politicko-bezpečnostní a zejména politické důvody. Do této kategorie lze také mezi neekonomické důvody je možné zařadit i důvody, které v současné době člověk nemá možnost příliš dobře a efektivně ovlivnit svým jednáním. K takovým důvodům patří zejména nejrůznější přírodní katastrofy. Jsou to právě živelné pohromy, které zásadním způsobem zhoršují ekonomickou situaci obyvatelstva, a proto se také velmi často stávají příčinou migrace. Například v roce 1999 statistiky evidovaly asi 17 milionů běženců, kteří utíkali před válkou, popř. nějakou formou perzekuce (uprchlíků), vedle toho bylo ve statistikách zahrnuto také okolo pěti milionů osob, které bylo možné zařadit mezi tzv. vnitřní uprchlíky. Oproti tomu ekonomické důvody vedou k migraci výrazně početnější skupinu osob. Lze říci, že právě ekonomické důvody jsou obecně tím nejčastějším důvodem, proč se lidé rozhodnou pro migraci. Důvodem k migraci tak v konkrétní rovině může být třeba nerovnoměrný ekonomický vývoj v různých zemích (jedna země se vyvíjí rychleji než druhá apod.), se kterým jsou úzce spojeny i významné rozdíly mezi životní úrovní v jednotlivých zemích. Vliv má samozřejmě i rozdíl ve výši reálných mezd obyvatelstva různých států. Mezinárodní migraci pak podporuje rovněž pohyb přímých zahraničních investic, se kterými jsou pak spjaty i změny strukturální povahy (Heczko 2007, s. 97).

To se nepochybně týká i lékařů, kteří využijí lepší pracovní podmínky na jiném pracovním trhu. Pro vyspělé státy je typický nadbytek kapitálu, nicméně potýkají se často dlouhodobě s nedostatkem základního výrobního faktoru, kterým je práce. V případě méně rozvinutých, popř. dokonce rozvojových zemí, je situace obvykle diametrálně odlišná, neboť tyto země mají obvykle nadbytek výrobního kapitálu, kterým je práce, ale mají významný nedostatek kapitálu. V důsledku výše

uvedeného lze označit za přirozené, že práce, se z regionů, kde je jí nadbytek přesouvá naopak do regionů, kde je jí nedostatek, čímž dochází k migraci (Palát 2015, s. 14).

Tabulka č. 1: Toky výrobních faktorů mezi vyspělými a méně rozvinutými zeměmi

	<b>Vyspělé země</b>	<b>Méně rozvinuté země</b>
<b>Kapitál</b>	Přebytek kapitálu	Nedostatek kapitálu
<b>Práce</b>	Nedostatek práce	Přebytek práce

Zdroj: Vlastní zpracování dle (Palát 2015, s. 14), 2018

Z tabulky je tedy zřejmé, že k mezinárodní migraci dochází primárně ze zemí méně rozvinutých do zemí vyspělejších (rozvinutějších). Jak v současnosti, tak v minulosti však v menší míře existovala a existuje i migrace v přesně opačném směru. Nejedná se však o příliš časté případy, nicméně lze identifikovat hned několik důvodů, proč lidé migrují ze zemí s vyšší ekonomickou úrovní do zemí s nižší ekonomickou úrovní. Tyto důvody jsou následující:

- *„Možnost přímé zahraniční investice z rozvinuté země do země méně rozvinuté. Zahraniční investice následně doprovází přechod zahraničních odborných pracovníků a manažerů.*
- *Deficit na trhu hostitelské země v určitých oborech. Například v 90 letech u nás nedostatek lektorů anglického jazyka. Deficit může nastat v jakémkoliv specializovaném oboru a vést k mezinárodní migraci.*
- *Celkem ojedinělým až výjimečným důvodem bývá nedostatek pracovních příležitostí pro kvalifikované pracovníky v některých oborech. Kvalifikovaní pracovníci nemohou získat práci odpovídající jejich kvalifikaci a opět se tímto uchylují k migraci“ (Heczko 2007, s. 94-95).*

Příčiny migrace tedy mohou být různé. Palát (2015) například uvádí, že existují dvě kategorie motivačních faktorů, které způsobí, že se lidé rozhodnou migrovat.

V návaznosti na výše uvedené důvody, proč někteří lidé volí migraci z vyspělých států do těch méně vyspělých je nutné konstatovat, že vždy existují jak kategorie finanční, tak i kategorie nefinanční. Ekonomicky smýšlející jedinec (z pohledu této práce „potenciální migrant“) si v každém případě vždy musí nejprve srovnat, jaké jsou celkové náklady, které jsou spjaty s migrací do jiného státu a jaké jsou naopak celkové přínosy této migrace. Za předpokladu, že celkové přínosy vykompenzují, popř. předčí veškeré náklady, které jsou s migrací vynaloženy, vzniká zde důvod (motiv) pro migraci do jiné země. V každém případě je možné identifikovat závislost existující mezi výsledným rozdílem mezi náklady na straně jedné a přínosy na straně druhé. Pokud je rozdíl mezi těmito veličinami výrazný, je zde dán i velký důvod pro migraci. Pokud je však rozdíl minimální, důvodů pro migraci je výrazně méně. Stejně tak lze říci, že pokud je rozdíl v průměrné mzdě, popř. v průměrné mzdě v konkrétním oboru (např. právě u lékařů) v domovské a cílové zemi významný, je zde velký důvod k migraci, nicméně pokud je rozdíl malý, popř. zanedbatelný, důvodů pro migraci je minimum. Totéž platí i pro otázku ekonomické nerovnosti mezi státy. Za účelem porovnávání a identifikace skutečných přínosů (příjmů) z práce, kvůli kterým nejčastěji dochází k migraci obyvatelstva, se obvykle používá např. parita kupní síly. Vedle samotných ekonomických podnětů, je však nutné brát v potaz rovněž další aspekty, například otázky spojené se sociálním systémem země původu a cílové země, který může být rovněž velmi pádným důvodem pro migraci do jiné země. Vliv může mít rovněž odlišnost v oblasti zdanění a v sazbách daní z příjmů v domovské a cílové zemi.

Rovněž Nefinanční důvody je ovšem neméně důležitá, mnohdy je i důležitější než motivace finanční. Jsou v nich totiž zahrnuty aspekty, ke kterým patří především lepší životní úroveň, která se nehodnotí jen ryze ekonomicky, ale vliv má například skutečnost, jaká je reálná možnost využívat místní zdravotnický systém (či zdravotní pojištění) stejně jako systém důchodový, popř. pokročilé školství (kde velmi záleží i na tom, zda školy podporují možnost vzdělávání přistěhovalců s omezenou znalostí jazyka apod.). Vliv může mít i skutečnost, že v cílové zemi může existovat společnost, která je tolerantnější ve vztahu k menšinám stejně jako k migrantům. Pro některé migranty je již možnost žít v takové společnosti významným důvodem, proč se rozhodnout pro migraci do zahraničí. Vedle těchto faktorů pak mohou mít vliv i další



faktory, k nimž patří například geografické rozložení konkrétní země stejně jako třeba existující dopravní síť nebo infrastruktury. V současné době v kontextu informačních technologií jsou veškeré výše zmiňované informace poměrně snadno zjistitelné pomocí internetu (Palát 2015, s. 14).

## 2 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY

Teorie zná několik přístupů k příčinám migrace. Je možné je rozdělit následovně. Jedním z přístupů jsou Ravensteinovy zákony. Ernst Georg Ravenstein v letech 1885 až 1889 vytvořil publikaci, která se zabývá migrací. Význam díla o migraci byl zásadní, což vedlo k tomu, že posléze ovlivnil celou řadu dalších odborných publikací, které se týkaly procesu a struktury migrace. Ravensteinovo odborné dílo shrnuje určité zákonitosti migračních procesů popsané na základě pozorování. Autor v uvedeném díle především koncipoval celkem sedm základních migračních zákonů, které jsou v této práci dále označovány jen jako „Ravensteinovy zákony“, které jsou následující:

- 1) *„Každý proud migrace generuje zpětnou migraci.*
- 2) *Většina migrantů se přemisťuje především na krátké vzdálenosti.*
- 3) *Pokud se migranti přesouvají na delší vzdálenosti, mají nutkání vybírat jako svou destinaci velká města.*
- 4) *Venkovské obyvatelstvo migruje více než obyvatelé městských oblastí.*
- 5) *V mezinárodní migraci jsou rodiny méně aktivní, naopak větší aktivitu projevují mladší a dospělí jedinci.*
- 6) *Majoritní počet migrantů tvoří právě dospělé osoby.*
- 7) *Velká města se rozrůstají především v důsledku migrace, ne díky přirozenému přírůstku“ (Ravenstein E. G. 1889, s. 241 – 305)*

Je možné tvrdit, že společně s každým jednotlivým migračním proudem, je možné identifikovat rovněž určitý proud směřující přesně opačným směrem, což je dáno tím, že migrace jako taková tvoří součást hrubé migrace mezi dvěma lokalitami (či státy). Do určité míry je možné chápat jako obecně platné a aplikovatelné i zákony migrace, které se týkají otázky vzdálenosti, na kterou lidé nejčastěji migrují. Tyto zákony rovněž odhalují i vztah existující mezi objemem migrace a vzdáleností, na kterou je migrováno.

Migrace, která směřuje do velkých měst, je určitou zákonitostí, která je pro migranty typická, zejména migrace do měst i ze vzdálenějších regionů je

jednoznačně patrná i v současné době. Jedná se o zákonitost, která je do značné míry příznačná právě pro současnou dobu, což je ve své podstatě logické. Migrant má totiž ve velkém městě vždy více možností a šancí jak a kde se uplatnit než v malém městě či na vesnici. Dalším charakteristickým zákonem, který je pro migraci typický, je založen na tom, že ve městě je vždy více práce než na vesnici, což dává migrantům prostor pro možnost najít si snáze práci. Pro větší a velká města je typický rovněž předpoklad pro lepší životní podmínky, vyznačují se lepším školstvím, stejně jako zdravotnictvím. (Loquenz Jan 2013, s. 17).

## 2.1 Push – pull teorie (teorie tlaku a tahu)

Modelu push – pull se věnovalo několik autorů a odborníků již ve druhé polovině dvacátého století. Za zakladatele tohoto modelu můžeme považovat Bogua (1963). Základy byly dále rozpracovány například autory, jakým jsou kupříkladu Lee (1966) nebo Jansen (1969). Faktory, které ovlivňují migraci obyvatelstva se rozdělují na dvě skupiny, a to na skupinu, která se označuje jako tzv. „push“ (tlak) a dále na skupinu, která bývá označována jako tzv. „pull“ (tah). Podle uvedených autorů je možné říci, že migrace bývá zapříčiněna silami, které na migranta určitým způsobem působí. To znamená, že ho buď vypuzují ze země původu, případně naopak působí různými silami, které migranta naopak přitahují směrem do cílové země. „Push faktory“ lze charakterizovat jako nepříznivé okolnosti v oblasti, v níž jedinec žije. Naopak „pull faktory“ je možné vymezit jako okolnosti, které jednotlivce přitahují k migraci směřující do jiné země či jiného regionu (Lee 1966). Následující tabulka ukazuje rozdělení těchto faktorů.

Tabulka č. 2: Push - pull faktory (příčiny migrace dle teorie tlaku a tahu)

<b>Push faktory</b>	<b>Pull faktory</b>
Málo příležitostí	Lepší životní podmínky
Nedostatek pracovních míst	Pracovní příležitosti
Špatná zdravotní péče	Politická a náboženská svoboda
Pracovní diskriminace	Vzdělání

Ztráta bohatství	Lepší zdravotní péče
Znečištění životního prostředí	Průmysl
Primitivní podmínky	Rodinné vazby
Špatné podmínky k bydlení, válka	Atraktivní geografická poloha
Přírodní katastrofy	Bezpečnostní důvody
Hladomor, sucho	
Nedostatek svobody	
Politické obavy, pronásledování	

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

## 2.2 Nová ekonomie pracovní migrace

Obecně lze konstatovat, že teorie ekonomie pracovní migrace nachází svá východiska v neoklasické ekonomii. Nová ekonomie pracovní migrace vychází z názoru, že rozhodnutí k migraci se obvykle rodí v rámci větších skupin, tj. nevzniká pouze u jednotlivců. Skutečnost je taková, že právě větší a vzájemně související skupiny se utvářejí primárně proto, aby mohly účinným způsobem minimalizovat možnost rizik a v návaznosti na to také maximalizovat své příjmy (Stark 1991).

Jako příklad lze uvádět domácnosti anebo také komunity. Ekonomické faktory, ke kterým patří například pracovní trh, není možné považovat za faktory, které jsou rozhodující pro to, aby přiměly potencionální migranty k přesunu do jiné země. Nejvýznamnějším faktorem je v této oblasti hlavně minimalizace rizika. Takovým rizikem je kupříkladu chudoba.

Na příkladu některých venkovských domácností lze velmi dobře ilustrovat teorii nové ekonomie pracovní migrace. Taková venkovská domácnost leckdy nemá dostatek prostředků pro svoji modernizaci, s čímž je spjata i skutečnost, že je ve své podstatě v rozporu s tím, co vyžadují výzvy kapitalistické ekonomiky, což je dáno i tím, že v některých venkovských oblastech leckdy není ani adekvátní úvěrový trh, který by byl dostupný a umožňoval si prostředky na modernizaci domácnosti za přiměřených podmínek půjčit. Totéž ostatně platí i o trhu pojistném, kdy domácnost by měla zájem po modernizaci svoje vybavení pojistit (zejména proto, že by jej ráda

financovala úvěrem), ale pojištění ve venkovské oblasti rovněž není k dispozici. Tato skutečnost je důvodem, proč se taková domácnost rozhodne k tomu, že některého svého člena vyšle do města. Obvykle navíc zvolí toho, který je nejnvdělanější. Tento člen rodiny, který odejde za prací do města, pak rodině zasílá finanční prostředky (část toho, co ve městě vydělá), za které rodina provádí modernizaci domácnosti. Dochází tak k navýšení příjmu rodiny i k modernizaci domácnosti, která byla primárním cílem celého rozhodnutí. S tím se pojí i snížení míry rizika pro rodinu. Jiným příkladem pak může být relativní posuzování, které se vztahuje k chudobě. Chudobu totiž nelze vnímat pouze jako nějakou absolutní veličinu, ale i jako veličinu relativní. Relativní posuzování chudoby spočívá zejména v tom, že jedinec, rodině nebo domácnost pozorují své okolí a do určité míry se s ním srovnávají. Z pohledu migrace je pak významné zejména pozorování rodin, které z venkova vyslali jednoho nebo i více svých členů za prací do města. Pozorovatel tak zjišťuje, že tyto domácnosti se obecně mají lépe, mají více finančních prostředků. A tak vzniká motivace venkovské domácnosti vyslat svého člena také do města za prací, aby se i tato domácnost měla lépe. Je to tedy mimo jiné i srovnávání životních úrovní, které je důvodem pro pracovní migraci (Palát, 2015, s. 20).

### **2.3 Teorie světového systému**

Jiný pohled na migraci pak prezentuje teorie světového systému, pro kterou je charakteristické, že příčiny migrace nachází především ve vyústění historického uspořádání vztahů na trhu stejně jako struktury trhu, která je poměrně proměnlivá, což se projevuje i na trhu v rámci celého světového systému. S tím se pak pojí přesvědčení, že kořeny mezinárodní migrace mají historické základy založené právě na struktuře světového tržního uspořádání. Teorie světového systému zastává názor, že důvodem pro vznik migrace je existence oblastí, které se označují jako periferie, u kterých lze ve srovnání s lokalitami, které jsou označovány jako centra, pozorovat zásadní rozdíly v oblasti ekonomické, ale i sociální či v životní úrovni. Tento fakt je dán tím, že kapitalistické výrobní vztahy stejně jako ekonomické vztahy pronikají do periferií, jenž ovšem nelze označit za kapitalistické. Uvedeným postupem pak ovšem

dochází k přípravě argumentů pro migraci obyvatelstva z periferií (Palát, 2015, s. 21).

## **2.4 Teorie dvojího trhu**

Jedná se o další z mnoha teorií, jimiž je možné vysvětlit migraci obyvatelstva za prací, tato konkrétní teorie má svůj původ v neoklasické ekonomické teorii. Tato teorie je zaměřena na poptávkovou stranu migrace v zemích, které jsou cílem migrace stejně jako je zaměřena i na nábor pracovníků ze zemí méně rozvinutých, popř. rozvojových. Zásadní charakteristikou, která bývá zdůrazňována, jsou strukturální podmínky v cílovém (přijímajícím) státě. Tato teorie je vystavěna na přesvědčení, že důvodem pro migraci nejsou primárně odlišnosti mezi výší mezd v jednotlivých zemích, ale spíše nedostatek specialistů v některých zemích a regionech. V zemích s rozvinutou ekonomickou je poměrně časté, že je problém obsadit méně kvalifikované a nižší pozice, neboť práce na těchto pozicích s sebou nese řadu obtíží (zejména nižší sociální status, leckdy nižší mzdu, ale i menší potenciál k profesnímu růstu. Pro lidi, kteří žijí v méně rozvinutých a zejména v rozvojových zemích však tyto faktory nemají zdaleka tak velký význam a leckdy je pro ně významnější skutečnost, že si v cílové zemi například úklidem vydělají více než v domovské zemi jako zdravotnický pracovník. Proto jsou tyto lidé motivováni k migraci, cílová země přitom obvykle pracovníky na nižší pozice aktivně poptává (Palát, 2015, s. 21).

## **2.5 Teorie sítí**

Ve Velké Británii, a to konkrétně na Manchesterské škole pak vznikla teorie sítí, která se nejprve zaměřuje na vlastní studium migrace z venkova směrem do měst na území Afriky. Posléze však byla tato teorie úspěšně uplatněna i na studium migrace v Evropě, a to i mezi vyspělými zeměmi Evropy stejně jako v USA. Základní myšlenkou je myšlenka tzv. migračních sítí, jejichž prostřednictvím dochází k propojování stávajících a potenciálních migrantů na straně jedné s lidmi,

kteří již mají s migrací za prací zkušenost z minulosti. Teorie sítí je tak vlastně postavena na sociálních vazbách mezi výše uvedenými dvěma skupinami lidí. Tyto sociální vazby mají zásadní význam, neboť vedou ke snižování hrozeb a rizik, které jsou s migrací spojeny. Síť lze pak v této souvislosti vnímat různými způsoby, což je dáno tím, že se neustále rozvíjejí nejrůznějšími směry. K příkladům takových sítí patří třeba:

- „*Sociální vazby na osoby blízké.*
- *Kontakty s přáteli, spolupracovníky.*
- *Internetové sociální sítě (kontakt s migranty, kteří již tento proces podstoupili) atd.“* (Palát, 2015, s. 21).

S teorií sítí je pak do určité míry spjata i teorie transnacionalismu. Řada lidí si totiž myslí, že migranti v cizí zemi často žijí v určité izolaci, schází jim tudíž informace o tom, co se děje ve světě. To možná platilo dříve, nicméně v současnosti je již situace diametrálně odlišná, neboť migrant obvykle žije ve velmi rozvinutém prostředí, což umožňuje být například takřka denně v kontaktu s rodinou v domovské zemi (prostřednictvím programů jako je Skype k tomu stačí jen připojení k internetu). Vliv mají i poměrně levné letenky, které umožňují flexibilněji létat do domovské země (leckdy i třeba na víkend, ale běžně na svátky, dovolenou apod.). tímto způsobem dochází ke vzniku zcela nové skupiny transnacionálních migrantů, kteří udržují velmi silné vazby se svou rodinou, přáteli, ale i s domovskou zemí jako takovou. Není přitom nutné udržovat kontakty jen s domovskou zemí, ale je to možné i s řadou dalších zemí, kde má migrant třeba jiné příbuzné či přátele. Silné vazby pak také umožňují migrantům vystřídat i několik zemí, kde žijí, dávají i možnost účastnit se zde občanského života apod. Teorie transnacionalismu je tudíž ve své podstatě určitým rozšířením teorie sítí, podle kterého vznikají zcela nové vazby, k čemuž napomáhá především globalizace (Palát, 2015, s. 21).

## **2.6 Institucionální teorie**

Jedná se o teorii, která sice přímo nevysvětluje příčiny migrace, nicméně, soustředí se na procesy s migrací jednoznačně související. V návaznosti na migraci totiž například vzniká celá řada nových institucí. Institucionální teorie se tudíž zaměřuje na to, jaké funkce takové instituce plní, do jaké míry se tyto instituce podílejí na institucionalizaci a spolu s ní rovněž na kontrole migračních proudů apod. Migraci lze pak vnímat jako trh, na kterém mají možnost nejen fungovat, ale i prosperovat jak instituce vládního charakteru, tak i instituce nevládního charakteru (tj., např. nejrůznější dobrovolnické a neziskové organizace) (Palát, 2015, s. 22)



### 3 TYPY MIGRACE

Pro snadnější orientaci v problematice migrace je podstatné definovat různé formy, druhy a typy migrace a rovněž provést detailní charakteristiku jednotlivých forem, druhů a typů migrace. Nejaktuálnější je typologie, která migraci člení podle počtu migrantů, kteří směřují do cílových států. Dle vybrané typologie je nutné rozlišovat následující typy migrace (Janáčková a kol. 2016, s. 25 – 26):

Prvním typem migrace je dle Janáčkové a kol. (2016, s. 33) individuální migrace, pro kterou je charakteristické, že migrant, který odchází za prací do cizí země, není součástí žádné migrační vlny (kolektivní migrace), ale migruje zcela samostatně, nezávisle na ostatních. Tato migrace je tvořena relativně malým počtem migrantů, který je z dlouhodobého hlediska poměrně stabilní. Z pohledu cílové země, její ekonomiky i obyvatelstva tento typ migrace nepředstavuje zásadní problém, je totiž velmi snadno zvládnutelný. V naprosté většině případů se navíc jedná o legální migraci, čímž ani zde nevznikají zásadní potíže s nelegálním pobytem migrantů na území cílové země. Pro individuální migraci je tak charakteristická zejména svoboda vůle na straně potenciálního migranta. Neovlivňují jej obvykle žádné kolektivní (davové) emoce, rozhodování o odchodu za prací do jiné země je tak obvykle založené na racionální úvaze a dostatečně promyšlené.

Opakem individuální migrace je pak masová migrace, která je druhým typem migrace dle výše zmíněného dělení. Je pro ni charakteristický velký počet migrantů, kteří v krátkém časovém období směřují buď do jednoho cílového státu nebo do více různých cílových států v jednom regionu (např. v rámci západních zemí EU). Specifickým rysem této migrace je především její kolektivní charakter. Problematické je, že tito migranti leckdy nemají příliš jasnou představu o tom, kam migrují a proč, podléhají spíše tendencím davu, kde se např. šíří zvěsti, že v konkrétní zemi se budou mít lépe, nicméně nemají příliš realistickou představu ani o cílové zemi ani o tom že se v této zemi budou muset něčím živit a že postavení migranta nemusí být příliš jednoduché. Tím, že do cílové země směřuje velký počet migrantů stát je obvykle není schopen pojmout a zabezpečit, čímž vznikají problémy. V této souvislosti pak dochází k destabilizaci ekonomiky cílové země, domácí obyvatelstvo

má z migrantů obavy a někdy dokonce proti migraci aktivně protestuje. Takovým příkladem je třeba současná migrační krize v Evropě, která je spojena s přílivem migrantů s nízkou či žádnou kvalifikací, migrantů jazykově nevybavených, kteří leckdy na území členských států EU přicházejí ilegálně, s čímž se může pojít i kriminalita a další obtíže (Janáčková a kol. 2016, s. 25 – 26).

V návaznosti na výše uvedené členění migrace na individuální a masovou je patrné, že individuální migrace má pro cílové země řadu přínosů a bude to ten typ migrace, který nejčastěji realizují lékaři jako migranti z řad velmi kvalifikovaných lidí, kteří hledají lepší pracovní uplatnění v zahraničí. Tento typ migrace nemá zásadní negativní dopady na ekonomiku, naopak leckdy může ekonomice i napomoci (pokud migranti jsou pracovníci, kteří v cílové zemi chybí a jsou přitom potřeba). Může s sebou přinášet i řadu pozitivních externalit, a to zejména v případě, kdy kvalifikovaný pracovník z cizí země, přinese jiné poznatky či přístupy, které od něj mohou získat a naučit se i stávající pracovníci v cílové zemi, což může napomoci k růstu pracovní výkonnosti. Nelze však opomenout fakt, že kvalifikovaní odborníci, mohou v některých případech migrovat i v rámci masové migrace, nicméně jejich přínos pro cílovou zemi bude nižší než v případě, že se jedná o migraci individuální.

Na přínos však nelze hledět jen z pohledu ekonomiky cílové země a migranta, ale i z pohledu zaměstnavatele migranta. Pro zaměstnavatele může být migrace přínosem zejména tehdy, pokud v zemi chybí určitá kvalifikovaná pracovní síla, kterou je třeba doplnit, popř. tehdy, pokud je potřeba nabrat pracovníky méně kvalifikované na práci, kterou domácí obyvatelstvo obvykle nechce vykonávat. Dopady na různé skupiny osob velmi dobře shrnuje Janáčková a kol. (2016, s. 33), když uvádí, že *„Prostřednictvím zvýšení konkurence migranti tlačí mzdy směrem dolů, což šetří zaměstnavatelům náklady. Pro domácí pracovníky je taková migrace spíše záporná, což platí i pro státní rozpočet, který díky nižším mzdám získá méně peněz z daní a odvodů“*.

Migrace je také často chápána jako změna ve vztahu k trvalému pobytu. Z tohoto hlediska lze migraci rozdělit na tyto typy:

- **„Migrace vnitřní** – je definována jako změna trvalého pobytu za hranicí určité administrativní jednotky, zpravidla to jsou obce.

- **Migrace mezinárodní** – je označena jako změna obvyklého pobytu za hranice státu. OSN stanovuje limitní hranici jednoho roku pobytu za hranicemi daného státu“ (Janáčková a kol. 2016, s. 33).

Vedle výše uvedeného způsobu členění migrace lze identifikovat i jiné způsoby, ke kterým patří třeba následující:

**Dle dobrovolnosti:**

- Migrace nedobrovolná (migrace nucená).
- Migrace dobrovolná.

**Dle doby trvání:**

- Migrace dlouhodobá (nad 1 rok).
- Migrace krátkodobá (do 1 roku).

**Dle příčiny:**

- Trendová migrace.
- Politická migrace.
- Ekonomická migrace.

V současnosti je možné říci, že migrace má světový charakter. Právě z tohoto důvodu je pak vlastní členění migrace podle jednotlivých hledisek velmi širokým tématem, přičemž toto téma není hlavním předmětem této práce, tudíž mu dále není věnována pozornost. Výše zmíněné možnosti členění migrace lze chápat pouze jako zlomek všech možností, jak migraci členit, nicméně je dostačující pro to, aby si čtenář byl schopen utvořit určitou představu o tom, jak je možné na typologii migrace nahlížet.

### 3.1 Specifické druhy mezinárodní migrace

Heczko (2009) hovoří o tom, že lze identifikovat některé specifické druhy a formy mezinárodní migrace. Nejvíce aktuální jsou:

**Přeshraniční migrace**, pro kterou je charakteristické, že dochází k tomu, že pracovník (označovaný též jako „pendler“) žije ve své domovské zemi, ale za práci dojíždí do cizí země. Například v české republice se tento typ migrace velmi výrazně projevoval v první polovině 90. let, kdy řada českých pracovníků z pohraničí dojížděla za práci zejména do Německa nebo Rakouska. Totéž bylo možné pozorovat i v Polsku či v Maďarsku. Problémem přeshraniční migrace je zejména riziko, že povede k destabilizaci lokálních trhů práce v pohraničí vysílající země (např. v důsledku nedostatku pracovníků v některých oborech - zdravotnictví, stavebnictví nebo třeba pohostinství - v domácí zemi apod.).

**Nelegální migrace**, která je v současné době v Evropě na poměrně vysoké úrovni, což je zásadním negativem. Pro některé zaměstnavatele má totiž práce nelegálních migrantů zásadní výhody ve srovnání s prací domácích zaměstnanců. Není totiž potřeba dodržovat například minimální mzdu, dovádět odvody na zdravotní a sociální pojištění, pokud dotyčný migrant v zemi ani není oficiálně evidován. To s sebou nese nižší náklady než na domácího zaměstnance. Cizinci se také leckdy příliš neorientují v tom, jaká mají v zemi práva, tudíž leckdy neuplatňují nároky na dovolenou, pracují i o víkendech a svátcích apod. Leckdy je u nelegálních migrantů patrná i snaha vyjít zaměstnavateli vstříc (i třeba v souvislosti s možnou obavou, že by mohl být udán jako nelegální migrant), čímž má vyšší disciplínu a motivaci k práci. Tyto důvody také vedou k tomu, že nelegální migrace je jev, který stále existuje, dochází např. k pašování lidí přes hranice, výjimkou není dokonce ani nelegální obchod s lidmi. Problémem je i fakt, že nelegální migrace není příliš statisticky zachytitelná.

**Odliv mozků**, je typ migrace, který se jako pojem začal používat v 60. let 20. století v USA. Tehdy totiž do USA odcházel velký počet lékařů z Velké Británie. V dnešní době se již nejedná o odliv mozků jen v zemích rozvinutých, ale i v těch,

které jsou méně rozvinuté, popř. rozvojové. Podstata této migrace spočívá v tom, že cílová země nabízí odborníkům, kterých má sama nedostatek, vysoké finanční ohodnocení, což je důvodem, proč se tito odborníci s vysokou kvalifikací rozhodnou pro migraci do dané cílové země. Země, kde jsou standardem nižší odměny a platy, pak o tyto kvalifikované pracovníky velmi rychle přicházejí. Země, kde navíc odborník studoval, obvykle dotuje vzdělávání těchto odborníků, čímž ztrácí i na nákladech, které na jejich vzdělávání vynaložila, neboť získané znalosti nyní odborník používá v jiném státě. V současnosti jsou hlavní cílovou zemí, do které směřuje odliv mozků z jiných států, považovány USA. Odliv mozků má navíc z dlouhodobého hlediska vzrůstající tendenci. Nelze se pak tudíž příliš podívat nad tím, že okolo 70 % všech programátorů softwaru společnosti Microsoft Corporation původně pochází buď z Indie anebo z Latinské Ameriky.

## 4 KVALIFIKACE A JEJÍ UZNÁNÍ V ZEMÍCH EU

Pro výkon profese je nutné mít adekvátní kvalifikaci. Pro pracovní migraci lékařů tak byl pozitivem vstup ČR do EU, ke kterému došlo v roce 2004. Došlo totiž v souladu se zásadou volného pohybu osob k otevření hranic a usnadnění možnosti českých pracovníků migrovat za prací v rámci EU. U lékařů a jiných odborníků pak ovšem vystupuje na povrch problematika uznávání kvalifikace (Galgóczi, Leschke, 2016, s. 1). Byl umožněn pohyb osob v rámci celé EU za účelem práce a v návaznosti na to bylo v zemích EU nutné řešit i otázky kvalifikace, a především jejího uznávání mezi členskými státy, neboť jinak by volný pohyb osob byl de facto pouze formální. Lidé by se sice mohli přesouvat za prací, ale nemohli by vykonávat kvalifikované profese, popř. by bylo nutné získat vzdělání či složit rozdílové zkoušky v jiné zemi, což by vedlo k tomu, že například lékaři by patrně možnost pracovní migrace nevyužívali zdaleka tak často, byť nelze opomenout fakt, že poptávka po kvalifikovaných odbornících, mezi které patří právě lékaři byla v západních zemích i před vstupem ČR do EU. Migrace mezi lékaři existovala v menší míře i před tím než došlo ke vstupu ČR do EU, ale po administrativní stránce byla náročnější. To se netýkalo jen zemí v Evropě, ale i řady dalších států (Monnais, Wright, 2016, s. 6).

Uznávání kvalifikace je tedy pro pracovní migraci jednoznačně klíčovým aspektem. I tak není kvalifikace uznávána zcela automaticky, ale jedná se o určitý proces, který je detailněji popsán níže.

Pokud se český lékař chce usadit v jiné zemi EU a vykonávat tam své lékařské povolání, které patří mezi regulované, je třeba si nechat zcela uznat svou kvalifikaci. Zařazení do regulovaných povolání, závisí na každém státu EU, a jejich výčty se tedy mohou mezi sebou lišit. Regulované povolání obecně *„je taková činnost, pro jejíž výkon jsou právními předpisy členského státu EU předepsány určité požadavky, bez jejichž splnění nemůže osoba toto povolání vykonávat (např. stupeň a obor vzdělání, praxe, bezúhonnost, zdravotní způsobilost atd.).“* (Euroskop 2016, str. 76).

Aby byla odborná kvalifikace tuzemským státem uznaná, je nejdříve potřeba podat si žádost. Úřady dané země musí do jednoho měsíce potvrdit přijetí žádosti o uznání kvalifikace a vyžádat si případné chybějící dokumenty. Je možné rozhodnout o uznání kvalifikace do tří měsíců, pokud jde o automaticky uznávané

kvalifikace, nebo do čtyř měsíců u ostatních profesí. Zdravotnické kvalifikace jsou jednou ze skupin profesí, u kterých jsou odborné kvalifikace uznávány mezi jednotlivými státy EU automaticky. Automatické uznávání odborných kvalifikací mezi zeměmi EU, EHP a Švýcarska je platné od roku 2007 a vztahuje se na následující profese: lékaře, všeobecné sestry, porodní asistentky, veterináře, zubní lékaře, farmaceuty a architektky (Euroskop 2016, str. 76). Pro všeobecné zdravotní sestry a ošetřovatele je uznávání profesní kvalifikace automatické v případě, že absolvovali tříleté prezenční studium, tedy nejméně 4 600 hodin výcviku, v rámci kterého vystudovali předměty uvedené ve *Směrnici Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací*. Dále musejí doložit nejméně tříletou profesní praxi v posledních pěti letech. U specializovaných zdravotních sester neexistuje žádné automatické uznávání kvalifikace, a pokud jsou mezi kvalifikacemi obou států výrazné rozdíly, zdravotní sestry mohou být vyzvány ke složení ověřovací zkoušky způsobilosti nebo k absolvování adaptačního období. Automatické uznávání kvalifikací pro lékaře se vztahuje na základní lékařskou odbornou přípravu, která probíhala nejméně pět let. Kvalifikace v některých lékařských specializacích jsou automaticky uznávány v určitých státech EU, přesný seznam uznávaných kvalifikací a státy, ve kterých jsou uznávány, je obsažen v Příloze V „*Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací*“. Pokud kvalifikace nespĺňuje kritéria pro automatické uznání, za určitých podmínek může být i přesto uznána a stejně jako u ošetřovatelů, mohou být lékaři vyzváni ke složení zkoušky způsobilosti nebo k absolvování adaptačního období (European Commission 2016).

## 5 SPECIFIKA TRHU PRÁCE

Všichni občané EU mají právo studovat v jiném členském státě za totožných podmínek, které platí pro státní příslušníky dotčeného státu. Podmínky si již každý členský stát stanovuje sám, takže mohou být rozdílné. Nutností pro studium na zahraniční škole je složení jazykové zkoušky, přijetí na školu a v případě pobytu na území daného státu, déle než tři měsíce, je potřeba zařídit povolení k pobytu na území daného státu (Euroskop 2016). V případě, že je uchazeč přijat na zahraniční školu v rámci EU, měl by platit stejné školné a mít nárok na stejná stipendia jako občané dané země. V některých zemích je tedy možné studovat zadarmo, a pokud stát poskytuje příspěvek na vzdělání, budou na něj mít nárok nejen studenti, kteří jsou občany daného státu. Každá členská země ze zemí EU má vlastní přístup ke vzdělávání zdravotnického personálu. Pro výkon povolání zdravotních sester a lékařů je nutné několikaleté odborné vzdělávání, které je složité nejen z pohledu specifických znalostí, ale také z pohledu systémového, a které není v některých zemích poté dostatečně ohodnoceno, což může vyvolat odliv zdravotnických pracovníků. Ne všude v EU je možno studovat medicínu či ošetrovatelství bez poplatků, což také ovlivňuje postavení budoucího zdravotnického personálu. Pro pochopení situace ve vybraných zemích EU je zde ve zkratce představen jejich veřejný vzdělávací systém zdravotníků, poplatky spojené se studiem a následné zapojení absolventů do pracovního trhu.

### 5.1 Aktivity za pracovní podmínky

Lékaři a zdravotnický personál si stejně jako ostatní zájmové skupiny snaží vymoci změny pracovních, platových a studijních podmínek, a to za pomoci různých zdravotnických asociací a v krajních případech také stávkami a jinými nátlakovými akcemi. Je zřejmé, že ne vždy je tato aktivita úspěšná, ale je jí třeba brát v potaz a hodnotit ji pozitivně. V České republice působí zejména *Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR*, *Česká lékařská komora* (dále také jen jako „ČLK“) a *Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů* (dále také jen jako „LOK“). Dalším svazem je *Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky* (dále také jen jako



„OSZSP ČR“). Posláním OSZSP ČR je „*chránit, obhajovat a všemi zákonnými a demokratickými prostředky prosazovat práva, potřeby a zájmy svých členů v oblasti pracovněprávní, mzdové, sociální, odborné a profesní*“ (OSZSP ČR 2012). Již z názvu je zřejmé, jaká aktivita se tohoto svazu dotýká. To znamená, že svaz zastupuje zejména pracovníky v odvětví zdravotnictví a sociální péče a svým členům poskytuje informace ohledně vzdělávání, právních problémů, odměňování, bezpečnosti práce, mezinárodní spolupráce apod.

Dalším subjektem je Česká lékařská komora, kterou lze charakterizovat jako samosprávnou profesní organizaci, ve které se sdružují lékaři působící v ČR. ČLK byla zřízena prostřednictvím zákona č. 220/1991 Sb. České národní rady, *o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře*). Každý lékař musí být členem ČLK a komora také „*dbá, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor, zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu lékařského povolání podle zvláštních předpisů, posuzuje a hájí práva a profesní zájmy svých členů a chrání jejich profesní čest, vede seznam členů a zveřejňuje o svých členech zákonem stanovené informace*“ (ČLK 2011).

Existuje také Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů. LOK – SČL vznikl oficiálně 17. března 1995, aby tak lékaři mohli vyjádřit nesouhlas s nedostatečným finančním ohodnocením a vyslovit se k nejširším otázkám zdravotnictví a zdravotnické politiky, v té době především k probíhající privatizaci části zdravotních služeb. Podle programového prohlášení ze 4. dubna 1995 je snahou především hájit sociální práva lékařů, zejména tedy dosáhnout srovnatelného finančního ohodnocení jako v západních zemích. I zdravotnický pomocný personál zastřešuje Česká asociace sester. ČAS je největší odbornou profesní organizací sester, ale i ostatních nelékařských odborných pracovníků a členství v asociaci je dobrovolné. Mezi její cíle patří například spolupráce na změnách systému zdravotnických služeb, spolupráce na podpoře volného pohybu pracovních sil, podpora realizace programů zaměřených na profesní přípravu a prosazování vyššího uznání nelékařských zdravotnických profesí ve společnosti.

Existují však určité diference mezi jednotlivými členskými státy. Studium na státní vysoké škole je podmíněno přijetím studenta na univerzitu, která

si podmínky pro přijetí stanovuje sama (poplatek za úkony spojené s přijímacím řízením, zda je potřeba projít přijímací zkouškou či nikoliv). Studium je hrazené z veřejných zdrojů po dobu standardní doby studia studijního programu prodlouženou o jeden rok – student může tedy zdarma studovat například tříleté bakalářské studium po čtyři roky a dvouleté magisterské studium po tři roky. Pokud tuto dobu přesáhne, vysoká škola mu stanoví poplatek za studium za každých dalších započatých šest měsíců. Další poplatky za studium si škola stanovuje pro studijní programy, které nejsou v českém jazyce (Zákon č. 111/1998 Sb. Zákon o vysokých školách).

## 6 POSTOJE ČESKÝCH LÉKAŘŮ K ZAHRANIČNÍ PRACOVNÍ MIGRACI

Starší průzkum, který provedl Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (dále také jen jako „VÚPSV“) v roce 2006 ukázal, jaká je aktuální situace v oblasti migrace z pohledu českých lékařů a studentů medicíny. Tento výzkum však nebyl prvním výzkumem, který problematiku zkoumal, proto bylo možné vycházet i z předcházejících výzkumů, jejichž prostřednictvím se podařilo zjistit, že řada vyspělejších zemí se potýká s problémem, kterým je nedostatek lékařů. Dalším významným poznatkem pak byl fakt, že čeští lékaři se vyznačují vysokou úrovní odborných znalostí a kompetencí, což bylo podle výzkumů, na které bylo navazováno důvodem, proč o české lékaře je v zahraničí poměrně velký zájem. (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006, s. 6). Ve výzkumu, který byl v roce 2006, byl nahodilý výběr respondentů, omezením byla podmínka maximálního možného věku lékařů, neboť do výzkumu nebylo možné zařadit lékaře staršího 55 let. *„k dosavadním znalostem o požadovaných lékařských specialistech na trhu práce v zahraničí“* (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006, s. 6).

V návaznosti na výše uvedené se tak šetření účastnili lékaři s poměrně širokým spektrem specializací, kteří působili v nejrůznějších zdravotnických zařízeních na území celé ČR. Dotazníky byly získány prostřednictvím osobních kontaktů, externích spolupracovníků a při postgraduálním vzdělávání lékařů. Co se týká teritoriálního rozvržení výzkumného souboru, výsledky ukázaly, že takřka polovina lékařů působila v hl. m. Praze., popř. ve Středočeském kraji. To vedlo k závěru, že výběrový soubor tudíž nebyl zcela reprezentativní, ale jednalo se spíše o určitou „sondu,“ která vypovídala o postojích a názorech lékařů k zahraniční migraci za prací (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006 str. 6).

Detailnějším průzkumem profesního charakteru lékařů, kteří tvořili výzkumný vzorek, bylo zjištěno, že mezi těmito lékaři jednoznačně převládá akademický titul MUDr., nicméně celých 15 % účastníků výzkumu disponovalo vedle titulu MUDr. ještě dalším vědeckým nebo pedagogickým titulem. Více než 20 % jich bylo ve funkci primáře, 48 % pracovalo jako sekundární lékaři a zbytek byli buď zástupci

primáře nebo lékaři ordináři. Odborná způsobilost lékařů se mění právě společně s počtem atestací, které má lékař složené. V rámci sledovaného výzkumného vzorku disponovala čtvrtina lékařů základní atestací, pětina lékařů byla doposud bez jakékoliv atestace a nadpoloviční většina lékařů v rámci výzkumného souboru měla dvě nebo i více atestací. Tento fakt korespondoval se skutečností, že ve výzkumném souboru byla převaha respondentů s praxí delší než 15 let. Nicméně i mladí lékaři s praxí, která nepřesahovala pět let, byli ve výzkumném souboru zastoupeni, a to asi jednou třetinou. Z existujících více než 70 medicínských oborů bylo pro účely výzkumu vybráno jen 10, a to 10 nejčastějších. Cíleně tudíž byli ve výzkumu zastoupeni výrazně častěji například stomatologové, internisté a anesteziologové. Každá z těchto profesí tvořila přes 10 % výzkumného souboru. Vyšší četnost, okolo 5 % pak vykazovali rovněž kardiologové, infekční lékaři stejně jako pediatri. Jiné lékařské obory se pak na výzkumném souboru podílely jen 1 - 4 %. Významné také bylo, že více než třetina výzkumného souboru působila ve fakultních nemocnicích. Vedle toho se výzkumu účastnili i lékaři působící v okresních nemocnicích stejně jako lékaři, kteří pracovali v soukromých lékařských praxích (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006).

## 6.1 Cílové země a motiv migrace

Jak vyplynulo z výzkumu, který byl realizován VÚPSV, k cílovým zemím, do kterých měli lékaři zájem migrovat za účelem výkonu práce v cizí zemi, patřila zejména Velká Británie, kterou lékaři uváděli vůbec nejčastěji, dále byly poměrně často zmiňovány země jako Irsko, Německo, nspecifikované státy EU, Rakousko, USA či Kanada, ale i Austrálie a také Nový Zéland. Jak uvádí realizátorky výzkumu: „*Velká Británie a Irsko jsou oblíbeným cílem českých odborníků zejména pro bezproblémový přístup českých občanů na trh práce, Německo je pro Čechy přitažlivé zejména ve vztahu k teritoriální blízkosti*“ (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová, 2006, str. 15). Nejvýznamnějším motivem k migraci byl dle lékařů motiv ekonomický (výdělkový). Pro 81,2 % potenciálních migrantů z řad českých lékařů byl důležitý právě výdělek společně se zajištěním vysoké úrovně životního

standardu. Druhým nejčastějším motivem k emigraci byla snaha najít si práci ve svém oboru a lepší pracovní podmínky. Jak z výzkumu vyplynulo, při volbě státu, kam měli lékaři v úmyslu migrovat za prací, byla velmi zohledňována i jazyková znalost lékařů stejně jako možnost dalšího rozvoje jazykových kompetencí. Ukázalo se také, že motivy jako jsou příbuzenské vztahy či geografická vzdálenost neměly pro většinu lékařů zásadní význam při volbě cílové země (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006, str. 16).

Důležitým aspektem je délka pobytu českých lékařů v zahraničí. Čeští lékaři nejčastěji předpokládají dobu pobytu v zahraničí v rozmezí mezi jedním až dvěma nebo také mezi dvěma až pěti roky trvání. V této souvislosti je třeba zmínit, že na dobu pěti let bývají poměrně často uzavírány pracovní smlouvy lékařů, které jsou sjednávány přes nejrůznější personální agentury. Pobyt trvající déle než pět let, aniž by došlo k trvalému usazení lékaře v cílové zemi, předpokládalo pouze 13 % lékařů ve výzkumném souboru. Čtvrtina lékařů pak nebyla v době odpovídání na otázku ve výzkumu ještě rozhodnuta o tom, jak dlouho by jejich pracovní pobyt v zahraničí měl trvat. Je také možné, že tito lékaři měli v úmyslu délku pobytu v zahraničí přizpůsobit aktuální situaci (tomu, jakou nabídku dostanou, jaký budou mít kontrakt apod.). Ve výzkumném souboru se v menší míře vyskytovaly rovněž lékaři, kteří měli v úmyslu odejít do ciziny na trvalo. Tento úmysl totiž uvádělo 13 % respondentů, kteří o práci v zahraničí uvažovali. Toto zjištění je z pohledu ČR a z jejího zájmu na udržení odborných pracovních sil v ČR, chápat jako významné varování, neboť podíl lékařů, kteří měli zájem o trvalou migraci do zahraničí byl takřka trojnásobný, ve srovnání s celonárodním průměrem, což je alarmujícím zjištěním (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006, s. 16).

Realizátorky výzkumu k tomu také dodávají následující: *„Při podrobnějším třídění shledáváme, že více jak 70 % deklarovaných trvalých migrantů již podniklo pro realizaci migrace některé konkrétní kroky. Nutné je však zohlednit, že počty respondentů jsou při bližších třídících analýzách již velmi nízké“* (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006, str. 18). O míře toho, jak vážně rozhodnutí o odchodu do zahraničí lékař myslí, vypovídá i časový horizont odchodu z ČR. Lze konstatovat, že čím vzdálenější termín respondent uvádí, tím více je jeho úvaha nad odchodem do zahraničí zatím hypotetického rázu, oproti tomu čím bližší je úvaha o odchodu do

zahraničí, tím vážněji je obvykle myšlena, což je spjato se zcela konkrétními kroky směřujícími k realizaci (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006, str. 19). Z výzkumu pak vyplynulo, že v období do jednoho roku plánovala odejít necelá pětina všech respondentů, kteří o odchodu uvažovali. Zbývající část lékařů uvažujících o odchodu do zahraničí, plánovala odchod buď v delším časovém horizontu, nebo zatím o tom, kdy do zahraničí chtějí migrovat neměli přesnou představu (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006).

V návaznosti na zmíněný výzkum je možné identifikovat hned několik různých faktorů, které mají zásadní vliv na migraci pracovníků, a to jak pracovníků vysoce kvalifikovaných (ke kterým patří lékaři a jiní odborníci), tak i pracovníků s nižší kvalifikací. Zásadní význam má obvykle pro potenciálního migranta hlavně jeho životní perspektiva v zemi původu a v cílové zemi, kam má v úmyslu migrovat. Tu ovlivňuje nespočet dalších faktorů, k nimž patří například politická situace, zdravotní či rodinný stav stejně jako třeba situace na trhu práce v obou zemích. Vliv mají samozřejmě i jiné faktory, přičemž u každého člověka může být důraz kladen na jiné faktory. Z realizovaného výzkumu pak jednoznačně vyplynulo, že lékaři kladli největší důraz na to, aby před samotným odjezdem do zahraničí, měli především podepsanou pracovní smlouvu, s čímž se pojí určitá jistota zaměstnání a příjmu ze zaměstnání. Důraz lékaři kladou rovněž na detailní informace o cílové destinaci a situaci v místě pobytu. Lékaři ovšem kladli důraz na to, aby měli také možnost se několikrát ročně vracet zpět do ČR a být tak v kontaktu se svojí rodinou i přáteli. Důležitá pro ně byla možnost vzít do zahraničí rovněž svého partnera nebo partnerku. Důraz byl kladen rovněž na zajištění lepších vyhlídek pro rodinu i sebe samotné do budoucna, lepšího vzdělání pro děti stejně jako dobrá práce pro partnera (Vavřečková, Dobiášová, Hlinicová 2006, s. 20).

## 7 METODIKA VÝZKUMU

V kapitole metodika výzkumu je představen konkrétní postup, který byl aplikován při zpracování výzkumu v této práci. Vedle toho je představena volba metody zpracování práce, tedy výzkumného nástroje, který je k realizaci výzkumu využit a související volba výzkumné strategie. Metodický postup je pak dále rozdělen na metodiku sběru dat a metodiku vyhodnocení dat. Součástí této kapitoly jsou rovněž etické aspekty výzkumu, kterým je rovněž nutné věnovat dostatečnou pozornost.

### 7.1 Volba výzkumné strategie a metody

S ohledem na výzkumné cíle, které byly stanoveny v úvodu práce, byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie, která by měla snáze umožnit jejich naplnění. Kvantitativní výzkumná strategie se totiž vyznačuje tím, že se snaží o co nejuvědomnější a nejobektivnější přístup ke zkoumanému problému, čímž také usiluje o zpracování o většího množství dat. Tento postup má vést k tomu, že výsledky výzkumu nejsou ovlivněny subjektivním přesvědčením či postojem výzkumníka stejně jako jednotlivými odchylkami v rámci výzkumného souboru (Walker, 2013, s. 49).

S tím také souvisí fakt, že kvantitativní výzkum je založen na objektivním měření, výpočtech a dalším zpracování dat, která jsou nějakým způsobem kvantifikovatelná, měřitelná a také vysoce standardizovaná. Aspektem, který měl na volbu výzkumné strategie vliv, byla i skutečnost, že kvantitativní výzkum je možné provést relativně rychle, což je dáno právě určitou mírou standardizace dat, která umožňuje jejich rychlejší a efektivnější zpracování. Výhodou je rovněž statistické zpracování, které umožňuje testovat hypotézy a vede také k tomu, že data lze označit za vysoce validní a do značné míry nezávislá na výzkumníkovi. Zde se však někdy projevuje negativum, kterým může být až příliš vysoká míra abstrakce dat (Reichel, 2009, s. 41).

Konkrétní metodou, která byla pro realizaci výzkumu zvolena, je pak dotazník. Dotazník je výzkumným nástrojem, který se vyznačuje poměrně vysokou mírou oblíbenosti, což je dáno jednak jeho nízkou finanční, ale i časovou náročností, ale i skutečností, že respondentům poskytuje poměrně vysokou míru anonymity, což může být důvodem, proč je snazší respondenty k vyplnění dotazníku přesvědčit. Nevýhodou dotazníků bývá však zejména poměrně nízká návratnost, která se v literatuře uvádí okolo 30 – 60 % (Průcha, 2014, s. 116). Pro účely této práce byl zvolen dotazník nestandardizovaný, tedy dotazník, který byl vytvořen výzkumníkem zcela na míru a pouze pro účely realizovaného výzkumu. Jednalo se o dotazník polostrukturovaný, který sestával celkem z 21 otázek, které byly seřazeny tak, aby na sebe vzájemně systematicky navazovaly a tvořily určité skupiny zaměřené na zjištění jednotlivých skutečností. Verze dotazníku, která byla distribuována respondentům, tvoří přílohu č. 1 této práce.

## **7.2 Metodika sběru dat**

Vlastní metodický postup při sběru dat byl takový, že nejprve byly stanoveny cíle výzkumu a hypotézy, které měly být dotazníkem ověřeny, následně byla na základě studia odborné literatury sestavena první verze dotazníku. Ta byla v rámci pilotní studie představena několika lékařům z okolí výzkumníka, čímž se podařilo získat zpětnou vazbu ke srozumitelnosti a relevantnosti dotazníku. Vzhledem k tomu, že respondenti vesměs poskytli zpětnou vazbu, ze které vyplývalo, že dotazník je koncipován srozumitelně a relevantně, došlo pouze k několika málo stylistickým a grafickým úpravám na základě zpětné vazby získané v pilotní studii a dotazník bylo možné distribuovat mezi celý výzkumný soubor.

Vzhledem k poznatkům z odborné literatury, ze kterých vyplývá především nízká míra návratnosti dotazníků (Průcha, 2014, s. 116) byly využity nejrůznější postupy, které dle Dismana (2011, s. 143) mohou zvýšit návratnost dotazníku. Respondentům bylo tak vyplňování dotazníku ulehčeno například tím, že dotazník byl přepsán do online podoby do systému Survio, čímž respondent získal možnost vyplnit dotazník z pohodlí domova nebo třeba ze zaměstnání a kdykoliv na to měl



čas. Dotazník také nebyl koncipován jako příliš dlouhý, neboť délka může rovněž od vyplnění dotazníku odrazovat.

Poté co byl dotazník zadán do systému Survio ve své finální podobě, bylo započato šetření s distribucí dotazníků k respondentům. Odkaz na dotazník byl společně s průvodním e-mailem odeslán na adresy nemocnic v Ústeckém a Karlovarském kraji. E-mail byl obvykle odeslán na kontaktní adresy uváděné na webu, jednalo se tedy o sekretariáty, podatelny, personální a další oddělení, která byla požádána, aby dotazník předala přímo lékařům, kteří v nemocnicích pracují. Protože se ukázalo, že odezva nebyla příliš velká, byly po 10 dnech ode dne odeslání e-mailu s odkazem na dotazník kontaktované instituce opětovně kontaktovány s připomínkou dotazníku (Disman, 2011, s. 143). Dále byla podniknuta další opatření, čímž byl dotazník distribuován rovněž přes sociální síť Facebook, kde byl dotazník distribuován například od skupiny s názvem „*Mladí lékaři*,“ jako velmi nadějně vyhlížející byla využita rovněž skupina „*Čeští a slovenští lékaři v Německu*,“ a některé další skupiny, v nichž se sdružují lékaři, kde byli lékaři z Ústeckého a Karlovarského kraje prostřednictvím příspěvku na zdi požádáni o vyplnění dotazníku. Aby se dalo ověřit, že lékaři jsou skutečně z uvedených krajů, nebyl však přímo na zed' na Facebooku umístěn odkaz dotazník, ten byl zasílán po ověření údaje (potvrzení ze strany respondenta) o kraji působení, přes soukromou zprávu. Dále byly vyhledávány rovněž diskusní skupiny zaměřené na lékaře na internetu, kdy se rovněž podařilo oslovit některé lékaře z Ústeckého či Karlovarského kraje.

Po této změně konceptu výzkumu bylo na vyplnění dotazníků poskytnuto dalších 10 dní, následně bylo dotazníkové šetření ukončeno, což bylo zaznamenáno v systému Survio, který na základě přepnutí do módu ukončeného dotazníku znemožnil respondentům přístup k vyplňování dotazníku a na Facebooku a diskusních fórech byly odstraněny příspěvky, ve kterých byli lékaři ze sledovaných krajů požádáni o spolupráci, což umožnilo se soustředit na vlastní vyhodnocování dotazníku, které na ukončení dotazníkového šetření neprodleně navázalo.

### 7.3 Metodika vyhodnocování dat

Při vlastním vyhodnocování dat velmi napomohl systém Survio, ve kterém jsou automaticky vytvářeny základní grafy shrnující jednotlivé odpovědi, lze s ním dále pracovat i tak, že dochází k filtrování dat podle zadaných faktorů, např. podle pohlaví, věku apod. Tyto možnosti systému byly tudíž využity, nicméně pro účely dalšího zpracování byla nejvýznamnější data přepsána do programu MS Excel, ve kterém byly vytvářeny grafy a tabulky, které jsou součástí následující kapitoly prezentující výsledky. V MS Excel bylo možné rovněž propočítat relativní četnost, která náležela k absolutní četnosti jednotlivých odpovědí. S ohledem na skutečnost, že relativní četnost počítá i program Survio, byl MS Excel použit pouze k ověření správnosti výsledků, popř. k některým dalším výpočtům, které Survio v základní verzi již neumožňuje.

Vlastní metodický postup tedy začal prostudováním výsledků v programu Survio, přepsáním potřebných dat do MS Excel. Následně byl dotazník pomyslně rozdělen na otázky, které se vztahovaly k charakteristice výzkumného souboru a na otázky, které se vztahovaly ke zkoumané problematice. Jako první byly vyhodnoceny otázky, které charakterizovaly výzkumný soubor, odpovědi na tyto otázky byly podrobeny analýze, statisticky zpracovány pomocí MS Excel a následně byly zjištěné skutečnosti za pomoci metody analýzy, syntézy a dedukce slovně okomentovány. Následně bylo přistoupeno k vyhodnocení otázek, které zkoumaly vlastní problematiku migrace lékařských pracovníků. Opět bylo postupováno tak, že data byla podrobena analýze, statisticky zpracována, byly vytvořeny grafy a tabulky a za pomoci metod analýzy, syntézy a dedukce byly jednotlivé odpovědi na otázky okomentovány. Důraz byl kladen rovněž na to, že otázky nebyly vyhodnocovány samostatně, ale byly podle zjištěných údajů dávány vzájemně do kontextu, k čemuž byla využita zejména metoda syntézy a dedukce. Opomíjen pochopitelně nebyl ani obecný ekonomický kontext, do kterého byla snaha odpovědi zasadit, aby bylo možné naplnit veškeré podcíle, které si práce v úvodu stanovila.

Poté co byly postupně vyhodnoceny veškeré odpovědi na otázky v dotazníku, bylo vytvořeno rovněž určité shrnutí, které vznikalo tak, že pomocí metody analýzy,

byly identifikovány nejvýznamnější poznatky celého šetření, které byly na závěr dány do kontextu. Poté bylo možné přistoupit k identifikaci nejvýznamnějších nedostatků současného stavu, na který bylo prostřednictvím metody dedukce navázáno formulací doporučení pro praxi, která by mohla napomoci ke zlepšení současné situace. Následně bylo nutné kriticky zhodnotit naplnění hlavního cíle a podcílů práce, což bylo realizováno v diskusi výsledků, do které byla zařazena rovněž synchronní komparace s jinými výzkumy realizovanými na podobné téma ze strany jiných autorů. Závěr práce byl pak formulován za pomoci dedukce, jejímž prostřednictvím byla identifikována nejvýznamnější zjištění a bylo rovněž poukázáno na kritické momenty výzkumu a na další možnosti zkoumání problematiky.

#### **7.4 Etické aspekty výzkumu**

V souladu s tím, co uvádí například Walker (2013, s. 56) nebo Kutnohorská (2009, s. 97) etika výzkumu je v dnešní době klíčovou složkou, na kterou je při metodickém postupu nutné klást velký důraz. Obecně dle Kutnohorské (2009, s. 97) platí, že výzkumník by neměl sledovat své zájmy na úkor účastníků výzkumu (respondentů), měl by respektovat základní etické principy jako je úcta k lidem, prospěšnost výzkumu stejně jako zachování důstojnosti respondenta. Etické aspekty výzkumu jsou však v souladu s Walkerem (2013, s. 56) velmi důležité i proto, že pokud výzkumník postupuje v souladu s etikou a morálními pravidly, obvykle se nedopustí porušení právních předpisů, což by mohlo negativně ovlivnit nejen samotný výzkum, ale třeba i budoucnost výzkumníka. V České republice je například v současné době velmi aktuální otázka ochrany osobních údajů v souvislosti s evropským nařízením označovaným jako GDPR (Nezmar, 2017, s. 14). I tyto aspekty bylo tudíž nutné brát při realizaci výzkumu. Proto i v realizovaném výzkumu byla etickým aspektům výzkumu věnována zvýšená pozornost.

Za účelem zajištění etického postupu při výzkumu, ale i ochrany osobních údajů a profesního života respondentů (i s ohledem na fakt, že v některých případech by odpovědi mohly ovlivnit například vztahy respondenta v současném zaměstnání,

popř. by mohlo uvedení konkrétního jména lékaře mít vliv na jeho ochotu odpovídat upřímně na některé otázky, které se týkají např. spokojenosti na současném pracovišti), byl dotazník koncipován jako zcela anonymní, výzkumník pochopitelně věděl, do kterých nemocnic jej odeslal, na internetu se anonymita na jednu stranu zajišťovala snáze (např. diskusní fóra), na druhou stranu na sociální síti Facebook vyvstal problém v tom, že respondenti zde vystupovaly pod určitým jménem (nezávisle na tom, zda se skutečně jednalo o jejich pravé a úplné jméno, nebo měly jméno uvedeno odlišně od oficiálních dokladů). Z pohledu výzkumníka se tak s některými jmény podařilo setkat, nicméně pro účely zajištění anonymity respondentů byla veškerá komunikace s respondentem v soukromých zprávách smazána ihned poté, co byl respondentovi odeslán dotazník a údaje v dotazníku nebylo možné žádným způsobem ztotožnit s konkrétním profilem na Facebooku.

Respondenti byli v úvodu dotazníku informováni o tom, že dotazník je zcela anonymní a nikde od nich nebyly vyžadovány žádné údaje, podle kterých by je bylo možné jednoznačně ztotožnit. I přesto, že dotazník byl anonymní, byly veškeré výsledky výzkumu a pomocné materiály v PC výzkumníka uchovávány jako hesly chráněné soubory, aby se zamezilo tomu, že se k výsledkům výzkumu dostane jakákoliv jiná osoba.

Součástí etického přístupu bylo rovněž informování respondentů v úvodu dotazníku o tom, že veškeré údaje, které respondenti poskytnou, budou použity pouze pro účely zpracování diplomové práce, k žádným dalším účelům údaje použity nebudou. Respondenti byli na počátku dotazníku informováni rovněž o počtu otázek dotazníku a o tom, že by jim jeho vyplňování mělo zabrat zhruba pět minut (vzhledem k tomu, že šlo především o uzavřené otázky, které lze zodpovědět poměrně rychle). Respondent tak měl před začátkem vyplňování dotazníku dostatek informací, aby se mohl rozhodnout, zda dotazník vyplní či nikoliv, popř. zda jej vyplní okamžitě nebo se k němu vrátí později.

Součástí etické stránky výzkumu byla samozřejmě i samotná tvorba dotazníku, u které byl kladen důraz na to, aby otázky, které byly respondentům pokládány, nebyly návodné a u uzavřených otázek byla snaha zajistit, aby zahrnovaly veškeré možné varianty odpovědí, se kterými se lze, byť jen potenciálně setkat. Proto byla také provedena pilotní studie, ze které vzešly určité opravy a změny dotazníku.

## 8 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Před tím, než dojde k samotnému vyhodnocení výzkumu, je třeba zmínit, že celkem se k dotazníku v systému Survio připojilo (na odkaz v e-mailu či na internetu tedy kliklo a dotazník tedy alespoň zobrazilo na monitoru) 139 respondentů, nicméně pouze 83 respondentů započalo s vyplňováním dotazníku a jen 78 respondentů reálně dotazník vyplnilo a odeslalo. Z tohoto lze usuzovat na návratnost ve výši 56 %, což lze v kontextu s informacemi, které uvádí Průcha (2014, s. 116) hodnotit jako poměrně vysokou míru návratnosti dotazníku. Uvedených 78 respondentů dotazník úplně vyplnilo, v jejich odpovědích se nepodařilo zjistit žádné závažné rozpory, kde by si respondent např. zásadně protirečil, což by mohlo být důvodem k vyřazení dotazníku z výzkumného souboru. Proto je výzkumný soubor tvořen 78 respondenty, kteří jsou v dalším textu chápáni jako 100 % výzkumného souboru.

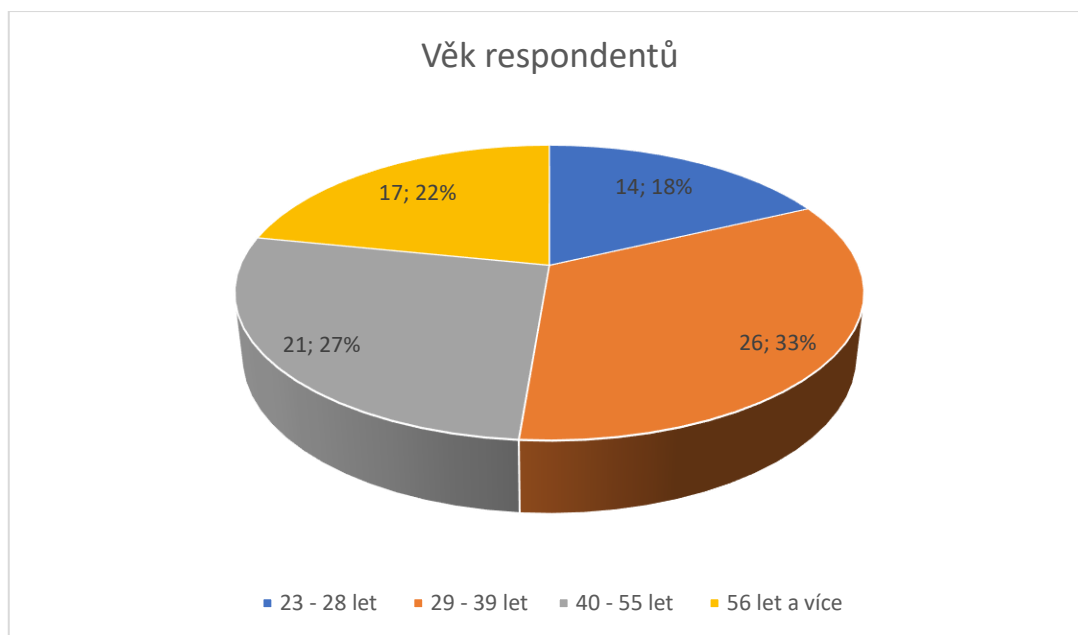
### 8.1 Charakteristika výzkumného souboru

Základní charakteristikou výzkumného souboru, která nebyla v dotazníku výslovně zjišťována, neboť selekce respondentů probíhala přímo při oslovování respondentů, je fakt, že všichni respondenti jsou lékaři a působí buď v Ústeckém nebo Karlovarském kraji. Dalšími charakteristikami se však jednotliví respondenti v rámci výzkumného souboru mohli poměrně významně odlišovat, čímž byly tyto charakteristiky zjišťovány v rámci dotazníkového šetření.

Jako první byl v dotazníku zjišťován věk respondentů. Z této charakteristiky vyplynulo, že nejpočetnější skupinu respondentů tvořili ti, jejichž věk činil 29 - 39 let. Respondentů v této věkové kategorii bylo ve výzkumném souboru 33 % (26) respondentů. Dalších 27 % (21) respondentů uvedlo věk 40 - 55 let, 22 % (17) respondentů pak uvádělo věk 56 a více let a nejméně početnou skupinu tvořili mladí lékaři ve věku 23 - 28 let, kterých ve výzkumném souboru bylo jen 18 % (14). Lze však konstatovat, že se podařilo zajistit poměrně rovnoměrné věkové rozložení respondentů, u mladých lékařů ve věku 23-28 let je nutné brát v úvahu, že se sice mohou vyskytnout případy, kdy lékař již ve 23 letech dokončil studium, nicméně

realita je taková, že častější v praxi je situace, kdy lékaři končí studium až kolem 25 roku věku, čímž pochopitelně v této věkové kategorii není tolik již dostudovaných lékařů jako ve vyšších věkových kategoriích. Strukturu výzkumného souboru graficky znázorňuje graf č. 1.

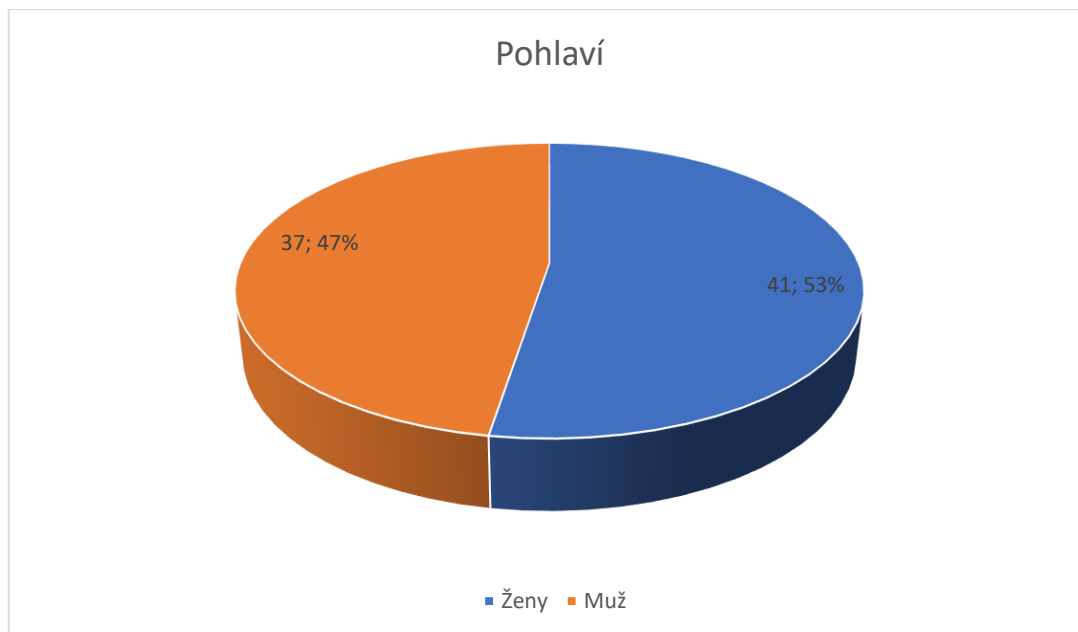
Graf č. 1: Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Další charakteristikou výzkumného souboru, která byla zkoumána, bylo pohlaví respondentů. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že mírně převažovaly ženy, kterých bylo ve výzkumném souboru 53 % (41), zatímco mužů bylo pouze 47 % (37). Rozdíl ovšem není nijak zásadní a lze konstatovat, že opět odpovídá rozložení pohlaví v populaci. Tato charakteristika je graficky znázorněna v grafu č. 2.

Graf č. 2: Pohlaví respondentů

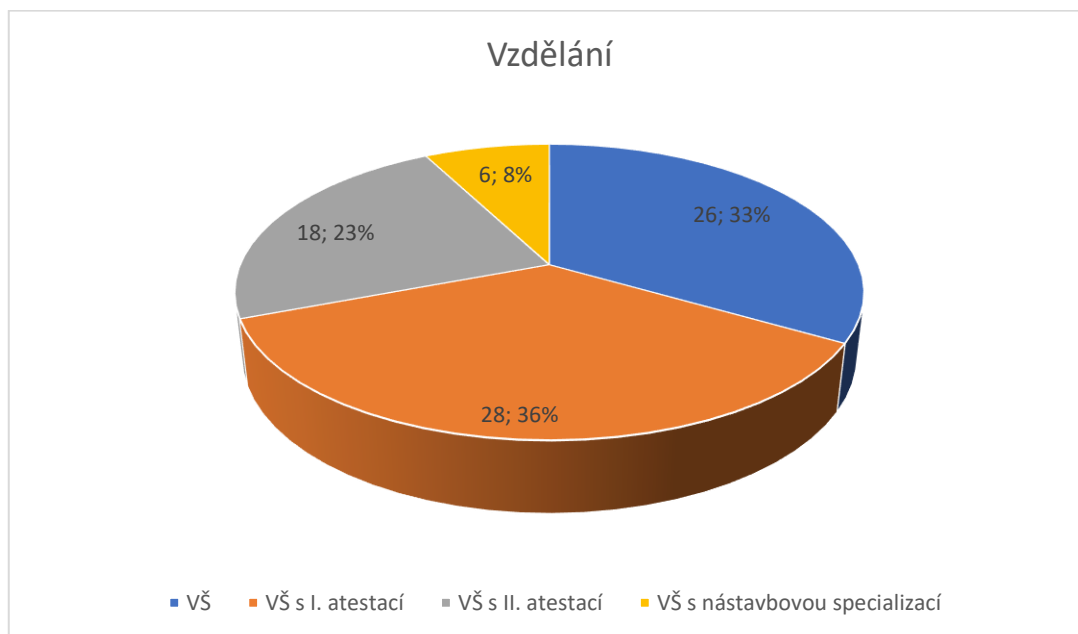


Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Třetí charakteristikou výzkumného souboru, která byla sledována, bylo dosažené vzdělání respondentů. Vzhledem k tomu, že dotazník byl cílen na lékaře, kde je vysokoškolské vzdělání nezbytným předpokladem pro výkon profese, bylo sledováno především, zda mají lékaři již některou atestaci, popř. zda absolvovali studium s nástavbovou specializací. Pokud se jednalo o studium s nástavbovou specializací, bylo také zjišťováno, v jakém oboru bylo absolvováno. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že 36 % (28) respondentů uvedlo, že mají vysokoškolské vzdělání s první atestací. 33 % (26) respondentů uvedlo, že má vysokoškolské vzdělání, 23 % (18) respondentů uvádělo vysokoškolské vzdělání s II. atestací. Zbývajících 8 % (6) respondentů pak uvádělo, že mají vysokoškolské vzdělání s nástavbovým studiem. Pokud se týká oboru nástavbového studia, jeden respondent hovořil o specializaci na dětskou kardiologii, další zmínil dorostové lékařství, v jednom případě se jednalo o urgentní medicínu, v jiném případě pak o neonatologii, jiný lékař zmínil onkogynekologii a poslední z lékařů, který měl tento typ vzdělání zmínil hrudní chirurgii. Jak se ukázalo, každý z lékařů, který volil tuto variantu odpovědi měl absolvovaný zcela jiný obor nástavbového studia, což je pro účely výzkumu spíše pozitivem, neboť lze získat pohledy lékařů s různou specializací,

zaměřením a zkušenostmi. Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou znázorněny v grafu č. 3.

Graf č. 3: Vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Z představené charakteristiky výzkumného souboru lze tedy mít za to, že ve výzkumném souboru se skutečně nacházeli lékaři různého věku, obou pohlaví a s různou úrovní dosaženého vzdělání (v mezích základních požadavků na vysokoškolské vzdělání) a lze mít za to, že i s různorodou specializací, což je faktor, který může mít na možnost migrace poměrně významný vliv (poptávka po různých oborech medicíny se v zahraničí může lišit). V návaznosti na vyhodnocení faktoru vzdělání je v kontextu různých věkových kategorií ovšem nutné podotknout, že například koncepce atestací prošla v posledních 15 letech poměrně významnými změnami, které jsou upraveny legislativou, čímž I. atestace staršího lékaře, který ji realizoval před delší dobou, nemusí zcela korespondovat s tím, co se I. atestací rozumí v současné době. Na výsledky tedy nelze nahlížet zcela dogmaticky, nicméně určitou vypovídací schopnost zcela jistě mají.



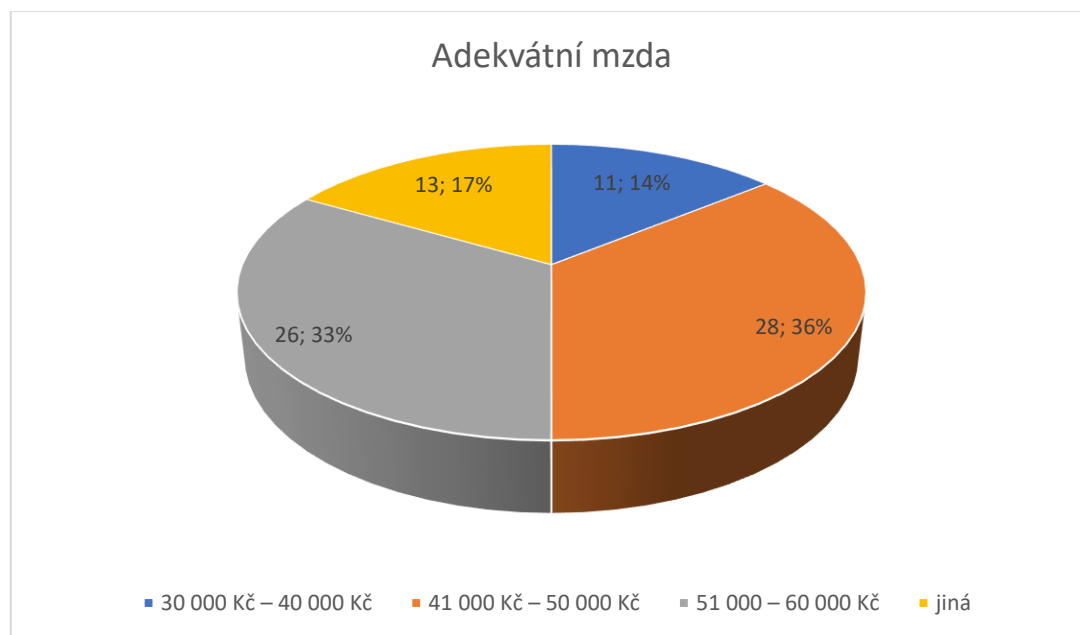
## 8.2 Výsledky šetření

V rámci kapitoly nazvané „vlastní výsledky“ jsou postupně vyhodnoceny odpovědi na všechny otázky v dotazníku, které se vztahovaly k samotné problematice pracovní migrace lékařů. Pro přehlednost je vždy nejprve uvedeno znění otázky a následně pak odpovědi respondentů a jejich četnost.

### **Otázka: Jaká je Vaše představa o adekvátní hrubé mzdě českého lékaře?**

První otázka k tématu se dotazovala na velmi důležitý faktor, který je adekvátní ohodnocení lékaře z pohledu lékařů. Zároveň šlo o jeden z významných faktorů, které mohou ovlivnit migraci lékařů za prací. Z odpovědí lékařů vyplynulo, že nejpočetnější skupinu respondentů tvořilo 36 % (28) respondentů, kteří za adekvátní hrubou mzdu lékaře považovali mzdu ve výši 41 000 – 50 000 Kč. Dalších 33 % (26) respondentů za adekvátní mzdu považovalo mzdu ve výši 51 000 – 60 000 Kč. 17 % (13) respondentů uvedlo jinou mzdu a 14% (11) respondentů uvedlo mzdu ve výši 30 000 – 40 000 Kč. Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou graficky znázorněny v grafu č. 4.

Graf č. 4: Adekvátní hrubá mzda českého lékaře

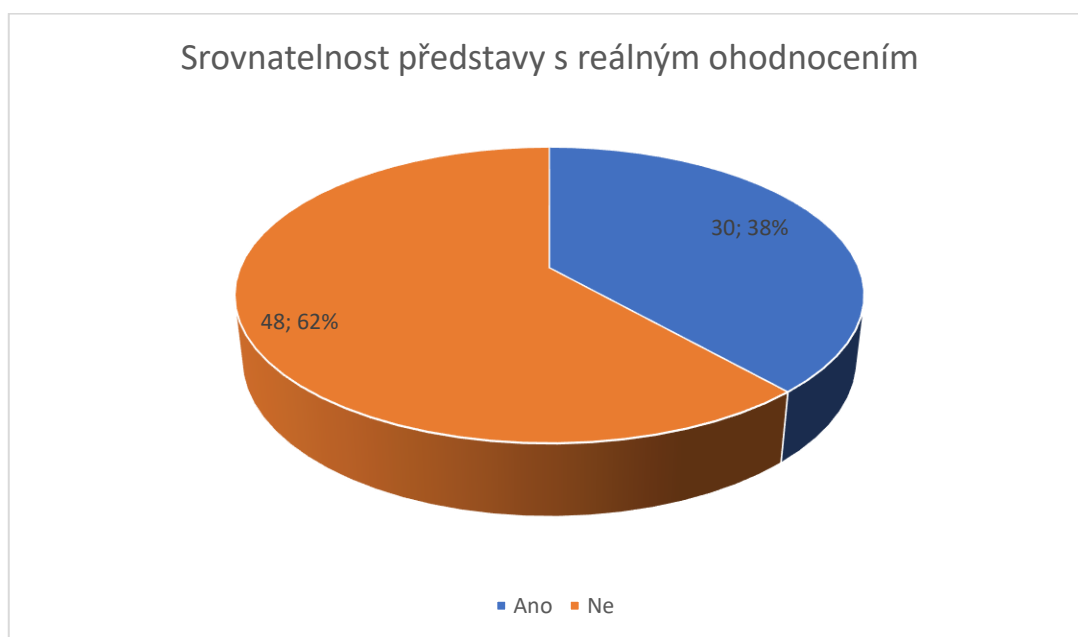


Zdroj: vlastní výzkum, 2018

**Otázka: Je Vaše představa o Vašem příjmu srovnatelná s Vaším současným finančním ohodnocením?**

Tato otázka navazovala na předcházející otázku a zjišťovala, zda výše zmíněná představa hrubé mzdy lékaře je v souladu s realitou. Jak se ukázalo, většina respondentů uvedla, že nikoliv. Odpověď ne, totiž zvolilo 62 % (48) respondentů, zatímco jen 38 % (30) respondentů uvedlo, že jejich představa adekvátní mzdy je srovnatelná s tím, jak jsou v současné době oni sami ohodnoceni. Z těchto odpovědí je zřejmé, že velká část lékařů v Ústeckém a Karlovarském kraji tedy není zcela spokojena se svým ohodnocením, což může být zcela jistě dobrým důvodem, proč uvažovat o pracovní migraci směrem do zahraničí. Výsledky odpovědí na tuto otázku představuje graf č. 5.

Graf č. 5: Srovnatelnost představy s reálným ohodnocením



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

**Otázka: Jste spokojeni s nemocničním vybavením (přístroje, ordinace pro lékaře, lůžka pro pacienty..)?**

Další otázka se zaměřovala na jiný faktor spokojenosti lékařů v zaměstnání, a to vybavení v nemocnici, kde lékař aktuálně pracuje. Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že 60 % (47) respondentů uvedlo, že s vybavením na svém pracovišti je

spokojeno, nicméně zbývajících 40 % (31) respondentů naopak spokojeno nebylo. Při vyhodnocování této otázky je nutné přihlížet i k tomu, že respondenti působili na vícero různých pracovištích ve dvou různých krajích, tudíž výsledky mohlo ovlivnit jak subjektivní přesvědčení respondentů, tak i odlišnosti ve vybavení jednotlivých nemocnic v Ústeckém a Karlovarském kraji. Výsledky odpovědí na tuto otázku prezentuje graf č. 6.

Graf č. 6: Spokojenost s vybavením



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

**Otázka: Pokud ne, ve třech bodech napište, co byste zlepšili.**

Uvedená otázka navazovala na otázku předcházející a byla cílena pouze na respondenty, kteří nebyli s vybavením v nemocnici, kde pracují spokojeni. Proto na tuto otázku odpovídalo jen 31 respondentů. Jednalo se o jednu z mála otevřených otázek, kde měl každý respondent uvést odpovědi vlastními slovy. V následujících odstavcích jsou tak shrnuty nejčastější oblasti, které by respondenti zlepšili. 67 % (21) lékařů uvedlo, že nemocnici chybí nějaké přístrojové vybavení. Chybějící vybavení se lišilo, více respondentů si stěžovalo, že chybí CT, multifunkční rentgen, 3D rentgen, 3D/4D ultrazvuk, což jsou přístroje poměrně nákladné a je realitou, že nebývají zdaleka na každém pracovišti, ale vyskytla se například i zmínka, že schází

mamograf. Někteří respondenti pro změnu zmiňovali, že jim chybí velmi specializované přístroje, jako je např. PlusOptix apod. Lékaři tudíž jako jedno za zlepšení uváděli nakoupení některých přístrojů. 38 % (12) respondentů z těch, kterým vybavení připadalo nedostatečné a nebyli s ním spokojeni, pak uvedlo, že by chtěli modernější vybavení, modernizaci vybavení, novější typy vybavení a podobné formulace, ze kterých je zřejmé, že lékaři považují stávající vybavení za zastaralé. Dalších 35 % (11) z nespokojených respondentů pak zmiňovalo, že by požadovalo zlepšení počítačové technologie, lepší IT vybavení, rychlejší internet, modernější výpočetní techniku, počítačový systém atd.

Významný počet respondentů pak také uvedl, že by se měla zlepšit možnost předepisovat vyšetření, nelimitovat možnost vyšetření pro pacienta financemi, neřešit ekonomickou stránku vyšetření, ale pacientovo zdraví apod., což byl problém, se kterým se v práci lékaře setkávalo (a různými slovy jej formulovalo) 29 % (9) respondentů. Stejný počet požadavků se pak vztahoval k interiéru pokojů, 29 % (9) lékařů uvádělo možnosti jako zútlumit pokoje, nabídnout kvalitnější a estetičtější vybavení pokojů pro pacienty, jiný lékař uvedl, že by to chtělo hezčí pokoje pro pacienty, modernější nábytek a hlavně postele, barevnější oddělení apod.

Poměrně častým problémem, který lékaři zmiňovali byl rovněž nedostatek personálu, resp. vyskytoval se požadavek na zvýšení počtu sester, zaměstnávání více pomocného personálu, navýšení počtu zdravotnických pracovníků, řešení chybějícího personálu apod. Tento požadavek formulovalo celkem 26 % (8) lékařů z těch, kteří nebyli spokojeni s vybavením nemocnic. Na jednu stranu personál rozhodně nelze vnímat jako „vybavení“, na druhou stranu z pohledu analýzy pracovní migrace lékařů není rozhodné, zda lékaři schází přístroje či personál, který je mu nápomocný při práci, obojí lze vnímat jako určité omezení a dyskomfort při výkonu profese lékaře. Dalším požadavkem lékařů, který se vyskytoval poměrně často, bylo zvýšení počtu potřebných nástrojů a přístrojů v ordinacích tak, aby pacienti nemuseli tak dlouho čekat, aby lékař nehledal nástroj a nezjistil, že si ho půjčil kolega, když jej potřebuje u pacienta, aby nebylo nutné se neustále dožadovat apod. Tento požadavek opět vyjádřený různými slovy se vyskytl u 23 % (7) respondentů, kteří nebyli s vybavením spokojeni. Dále byla často požadována vylepšení konkrétního vybavení pokojů, například postelí, roštů a matrací stejně jako

třeba pohodlnějších nočních stolků apod. Tyto alternativy zmínilo celkem 19 % (6) z nespokojených respondentů. Vyskytly se i méně početné názory, které ovšem měly své opodstatnění. Lékaři například poukazovali na skutečnost, že by bylo vhodné upravit koupelny tak, aby byly přístupnější i pro pacienty s omezenou mobilitou, což zmiňovalo 13 % (4) respondentů. 10 % (3) respondentů pak uvedlo jen dva požadavky na změny, ke třetímu uváděli například nic dalšího, nic, žádné nebo nevím. Dalších 6 % (2) z nespokojených respondentů pak uvádělo, že by změnili způsob komunikace s pacienty a 3 % (1) respondent pak uvedl, že by změnil organizaci práce. Jak je zřejmé, podnětů ke změnám byla celá řada, ne všechny se však vztahovaly jen k vybavení. Lze tedy usuzovat na to, že ačkoliv vybavení může být problémem, není rozhodně jediným problémem. S ohledem na rozmanitost odpovědí, které respondenti poskytli, jsou odpovědi na tuto otázku zaneseny do tabulky č. 3.

Tabulka č. 3: Návrhy na změny/zlepšení

<b>Návrh</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Pořídít přístrojové vybavení	21	67 %
Modernější vybavení	12	38 %
Zlepšení počítačové technologie	11	35 %
Nelimitovat vyšetření pacienta	9	29 %
Zútulnění pokojů, estetika	9	29 %
Navýšení počtu zdravotnických pracovníků	8	26 %
Navýšení počtu přístrojů a nástrojů v ordinacích	7	23 %
Vylepšení vybavení pokojů	6	19 %
Koupelny pro pacienty s omezenou mobilitou	4	13 %
Nic dalšího	3	10 %
Změn způsobu komunikace	2	6 %

Změna organizace práce	1	3 %
------------------------	---	-----

Zdroj: vlastní zpracování, 2018

### **Otázka: Jakým jazykem se domluvíte a na jaké úrovni?**

Další otázka v dotazníku se zaměřovala na jeden z významných faktorů, který má vliv na pracovní migraci do zahraničí, tedy na jazykové znalosti lékařů. U jazykových znalostí respondentů byla dále zjišťována jejich úroveň, která byla klasifikována v souladu se společným evropským referenčním rámcem, kdy odpověď A1 znamenala, že respondent rozumí a dokáže odpovědět, B1 pak znamenala, že respondent rozumí a dokáže si poradit v každé situaci a konečně odpověď C1 znamenala, že si respondent dokáže poradit, umí se verbálně i písemně vyjádřit. Předpokládalo se také, že řada respondentů bude ovládat více než jeden jazyk, čímž počet odpovědí nebyl žádným způsobem limitován.

Z odpovědí respondentů především vyplynulo, že nejčastěji respondenti ovládali angličtinu, kterou alespoň na úrovni A1 ovládalo 97 % (76) respondentů. Nejčastěji, a to v 53 % (41) respondentů se jednalo o úroveň B1, ve 35 % (27) respondentů se jednalo o úroveň C1, která je pro profesionální práci zcela jistě nejvhodnější. 10 % (8) respondentů pak angličtinu ovládalo na úrovni A1, jen 3 % (2) respondentů ji neovládala vůbec. Jazykem, kterým ovládalo 99 % (77) respondentů, nicméně obvykle se jednalo o nižší úroveň jazykových znalostí (A1, B1) byla slovenština. Celkem 54 % (42) respondentů slovenský jazyk ovládalo na úrovni A1, což je znalost, která je obvykle dána ryze tím, že se jedná o dva slovanské jazyky, které jsou velmi příbuzné a nelze opomíjet společnou historii obou národů, kdy lidé byli zvyklí na komunikaci jak v českém, tak slovenském jazyce. Dalších 36 % (28) respondentů pak uvedlo znalost slovenského jazyka na úrovni B1. Pouze 9 % (7) respondentů však uvádělo znalost slovenského jazyka na úrovni C1, což skutečně svědčí o tom, že znalost byla nabyta spíše v rámci přirozených každodenních situací než organizovaným studiem jazyka. Pouze 1 % (1) respondent slovenský jazyk vůbec neovládal.

Dalším jazykem, který lékaři velmi často ovládali, byla němčina. Alespoň částečnou znalost němčiny totiž zmínilo 50 % respondentů, přičemž 21 % (16) uvedlo úroveň A1, 18 % (14) zmínilo úroveň B1 a 12 % (9) respondentů pak zmínilo

úroveň C1. Je tedy zřejmé, že mezi lékaři, kteří uváděli znalost německého jazyka, byla početná skupina těch, jejichž znalost byla spíše jen základní. Ostatní jazyky již byly mezi respondenty méně časté, nicméně přesto je někteří respondenti ovládali, a to v některých případech i na vysoké úrovni (tj. C1). Za zmínku zcela jistě stojí ruština, kterou celkem ovládalo 28 % výzkumného souboru, přičemž 10 % (8) respondentů uvádělo úroveň A1, dalších 10 % respondentů uvádělo úroveň C1 a zbývajících 8 % (6) respondentů uvádělo úroveň B1. Dalším jazykem, který respondenti poměrně často uváděli, byla francouzština, kterou ovládalo celkem 17 % (13) respondentů, většina z nich však pouze na úrovni A1, kterou uvedlo 9 % (7) respondentů. Dalších 5 % (4) respondentů uvedlo úroveň B1 a nejméně početná skupina sestávající ze 3 % (2) respondentů pak uvedla úroveň C2. 83 % (65) respondentů pak francouzský jazyk neovládalo vůbec. Dalším jazykem, který někteří respondenti sestávající celkem z 11 % (9) všech respondentů, ovládali byla italština. Tu ovládalo celkem 6 % (5) na úrovni A1, další 4 % (3) na úrovni B1 a pouze 1 % (1) na úrovni C1. Ještě menší četnost znalosti vykazoval španělský jazyk, který celkem ve výzkumném souboru ovládalo 7 % (5) respondentů, přičemž 4 % (3) respondentů španělštinu ovládala na úrovni A1, další 3 % (2) respondentů ji pak ovládala na úrovni B1, žádný respondent neuvedl úroveň C1.

Samostatnou zbytkovou kategorii pak tvořila možnost „jiný jazyk“, kterou ve výzkumném souboru zvolilo celkem 12 % (9) respondentů, přičemž 5 % (4) respondentů uvádělo úroveň A1, 4 % (3) respondentů úroveň C1 a 3 % (2) respondentů úroveň B1. Pokud se týká jazyků, které respondenti ovládali, jednalo se konkrétně o polský jazyk, který byl zmíněn ve třech případech, vietnamský jazyk, který byl zmíněn v jednom případě, nizozemský jazyk, který byl zmíněn v jednom případě, portugalský jazyk, který byl zmíněn v jednom případě, maďarský jazyk, který byl zmíněn v jednom případě, chorvatský jazyk, který rovněž zmínil jeden respondent a konečně také o hebrejštinu, kterou zmínil jeden respondent. Konkrétní výsledky jsou zaneseny do tabulky č.4 této práce, ze které je možné vyčíst jak absolutní, tak relativní četnost znalosti cizích jazyků respondentů ve výzkumném souboru.

Tabulka č. 4: Jazykové znalosti lékařů

	A1		B1		C1	
	Abs. Četnost	Rel. Četnost	Abs. Četnost	Rel. Četnost	Abs. Četnost	Rel. Četnost
Angličtina	8	10 %	41	53 %	27	35 %
Francouzština	7	9 %	4	5 %	2	3 %
Italština	5	6 %	3	4 %	1	1 %
Němčina	16	21 %	14	18 %	9	12 %
Ruština	8	10 %	6	8 %	8	10 %
Slovenština	42	54 %	28	36 %	7	9 %
Španělština	3	4 %	2	3 %	0	0 %
Jiný	4	5 %	2	3 %	3	4 %

Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Z odpovědí respondentů je mimo jiné zřejmé, že respondenti v průměru ovládali 3,2 jazyků. Vzhledem k tomu, že naprostá většina respondentů uvedla, že ovládá slovenský jazyk, který však obvykle není potřeba nijak zvlášť studovat, aby se v něm člověk základním způsobem dorozuměl, je možné, že znalost tohoto jazyka výsledky mírně zkreslovala, nicméně i tak lze konstatovat, že výsledky poukázaly na poměrně dobrou znalost cizích jazyků mezi respondenty z řad lékařů. Anglický a slovenský jazyk alespoň částečně ovládali takřka všichni respondenti, polovina respondentů ovládala němčinu a více než čtvrtina pak ruštinu. Ostatní jazyky byly méně časté, nicméně i tak lze konstatovat, že znalost jiných jazyků byla poměrně často zmiňovaná. Určitým problémem však může být fakt, že velmi často respondenti ovládali spíše základy jazyka a uváděli proto úroveň A1, vyšší úrovně se takřka u všech jazyků vyjma angličtiny, vyskytovali méně často. Lze tedy předpokládat, že pokud by v takovém jazyce měl respondent vykonávat odbornou práci lékaře, musel by si jazykovou znalost prohloubit, nicméně i základ jazyka je výhodnější, než pokud by jazyková znalost zcela scházela. Velkou výhodou je v dnešní době jak znalost angličtiny, tak i znalost některých specifických jazyků, které byly zmiňovány v sekci „jiné“, neboť znalost takového jazyka dává respondentovi možnost jít pracovat do země, kde se tímto jazykem mluví, přičemž vyjma místních tento jazyk nezná tolik lidí, protože obvykle není plošně vyučovaným jazykem. Takovým příkladem je třeba

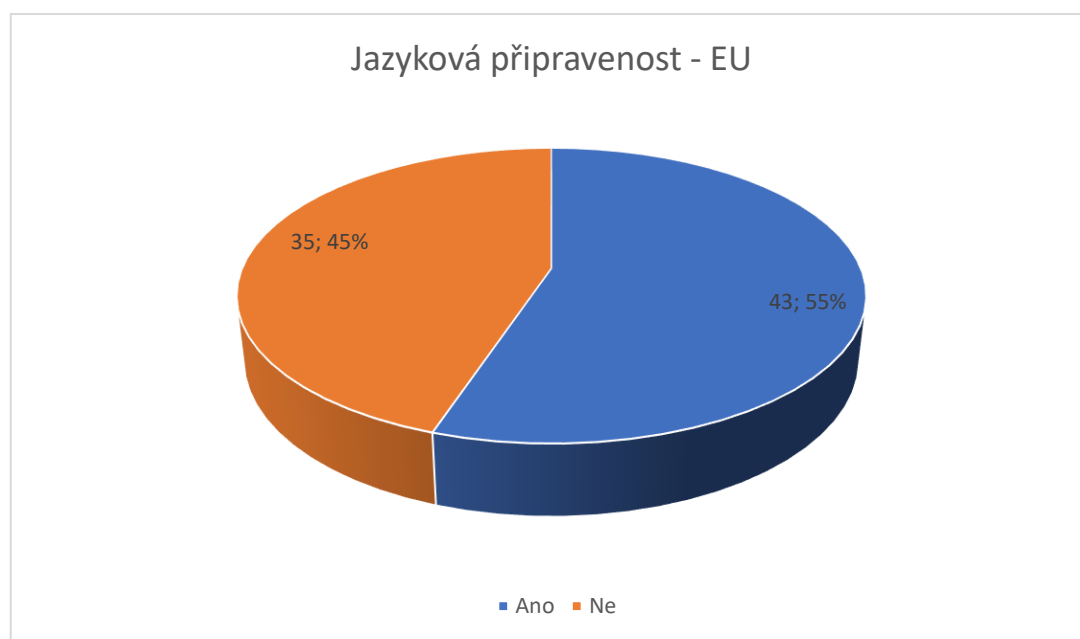


nizozemština nebo maďarština. V návaznosti na zjištěné výsledky odpovědí na otázku týkající se znalostí jednotlivých cizích jazyků, byla koncipována i následující otázka, která se zaměřovala na subjektivní hodnocení jazykové znalosti a připravenosti pro práci v rámci EU.

**Otázka: Myslíte si, že jste po jazykové stránce připraven/a ošetřovat pacienty z různých států EU?**

Jak vyplynulo z odpovědí na tuto otázku, celkem 55 % (43) respondentů se po jazykové stránce cítilo být připravených ošetřovat pacienty v různých státech EU, zatímco 45 % (35) respondentů se na takovou činnost připraveno necítilo. Lze však konstatovat, že více než polovina respondentů se cítila být na ošetřování pacientů v různých zemích EU jazykově připravená, což poukazuje na další faktor, který může mít vliv na pracovní migraci lékařů. Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou graficky znázorněny v grafu č. 7, který je přiložen níže.

Graf č. 7: Jazyková připravenost ošetřovat pacienty v EU



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

### **Otázka: Zdokonalujete se v současné době ve znalosti cizího jazyka?**

Také další otázka v dotazníku byla zaměřena na otázku cizích jazyků. Zjišťovala, zda se respondenti v současnosti v cizích jazycích zdokonalují (což může být dáno mimo jiné i tím, že respondent má zájem v budoucnu využít možnosti pracovní migrace, ale důvody mohou být i jiné). Otázka se proto zaměřovala i na důvody, proč se respondent případně v cizím jazyce zdokonaluje. Otázka navíc umožňovala zvolit více odpovědí, které vypovídají o situaci respondenta. Většina respondentů však nakonec zvolila jen jednu z nabízených variant, byť existovala i méně početná skupina respondentů, která uvedla více odpovědí. Relativní četnost odpovědí je pak kalkulována ve vztahu k celkovému počtu respondentů, což je důvodem, proč výsledek v otázce, na kterou bylo možné odpovědět více různými odpověďmi neodpovídá 100 %.

Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že nejčastější odpovědí bylo, že se respondent jazykově nevzdělává, protože je časově vytížen. Tuto možnost volilo 44 % (34) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí pak bylo, že se respondent v cizích jazycích vzdělává, a to pro své soukromé účely. Tuto odpověď uvedlo 24 % (19) respondentů. Dalších 21 % (16) respondentů uvedlo, že se jazykově vzdělává z pracovních důvodů. Respondenti, kteří uváděli více než jednu odpověď přitom nejčastěji zmiňovali právě tyto dvě odpovědi. Dalších 15 % (12) respondentů uvedlo, že se jazykově nevzdělávají, neboť to ve vztahu ke své práci nepovažují za důležité. 5 % (4) respondentů pak uvedlo, že se v oblasti jazyků nevzdělávají z důvodu finanční náročnosti studia jazyků. Pouze 3 % (2) respondentů uvedla, že se jazykově nevzdělávají z jiného důvodu, přičemž jeden z těchto respondentů jako důvod uvedl, že *„jazyky mi prostě nejdou,“* druhý pak zmínil, že *„domnívám se, že moje jazykové znalosti jsou dostatečné.“* Shrnutí odpovědí na tuto otázku z hlediska jejich absolutních i relativních četností je zaneseno do tabulky č. 5.

Tabulka č. 5: Zdokonalování v cizích jazycích v současnosti

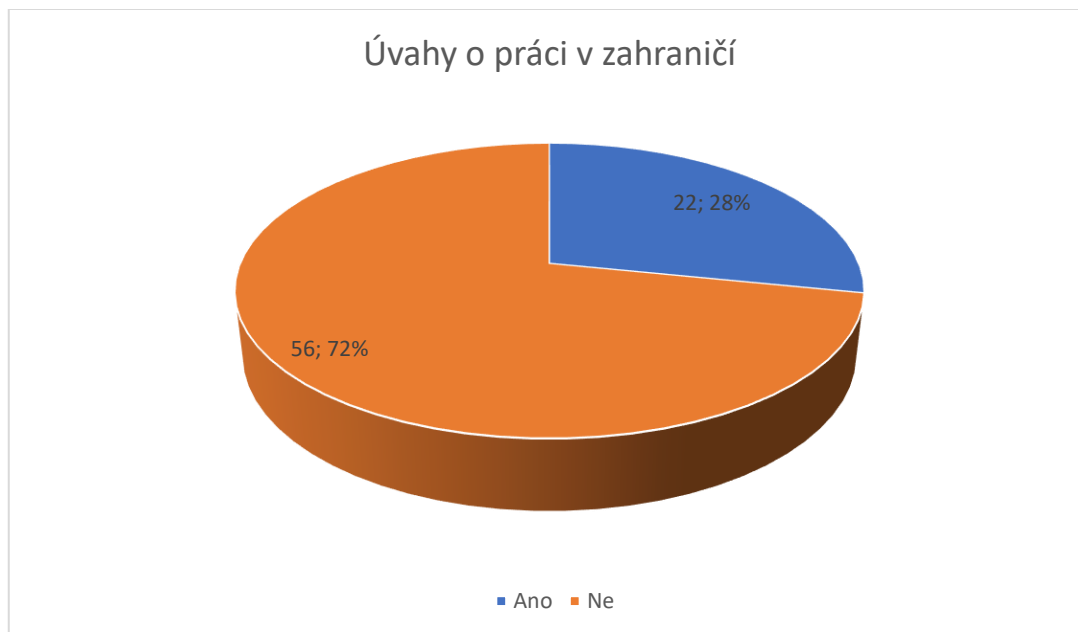
<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano, z pracovních důvodů.	16	21 %
Ano, pro soukromé potřeby.	19	24 %
Ne, nepovažuji to za důležité vzhledem k mé práci	12	15 %
Ne, jsem časově vytížen/a	34	44 %
Ne, studium cizích jazyků je pro mě finančně náročné	4	5 %
Ne, jiný důvod, jaký	2	3 %

Zdroj: vlastní výzkum, 2018

#### **Otázka: Uvažujete o práci v zahraničí?**

Tato otázka patřila ke stěžejním otázkám celého výzkumu, který byl realizován, neboť se v návaznosti na předcházející informace zaměřovala na zjištění, zda respondenti zvažují práci v zahraničí. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že o práci v zahraničí uvažovalo 28 % (22) respondentů, zatímco zbývajících 72 % (56) respondentů o práci v zahraničí neuvažovalo. Je tedy zřejmé, že úvahy o práci v zahraničí se sice týkají jen menšiny lékařů, nicméně rozhodně se nejedná o ojedinělý jev, ale o úvahy, které jsou poměrně běžné, byť se netýká většiny. Výsledky odpovědí na tuto otázku, která tvoří východisko pro další dotazy, na které respondenti odpovídali, jsou znázorněny v grafu č. 8.

Graf č. 8: Úvahy o práci v zahraničí



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

**Otázka: Co by bylo dostatečnou motivací pro Váš odchod za prací do zahraničí?**

Tato otázka se zaměřovala na zjištění motivace pro odchod do zahraničí, která by z pohledu respondenta byla dostatečná k tomu, aby se k odchodu za prací do zahraničí skutečně odhodlal. Úkolem respondentů bylo seřadit celkem čtyři možnosti (motivační faktory), které byly v dotazníku nabízeny jako možné odpovědi z hlediska významnosti daného stimulu pro respondenta. Každý respondent tak hodnotil určitou známkou všechny čtyři faktory. Znamky, jimiž respondenti stimulační faktory hodnotili, byly 1-5, přičemž hodnota 1 znamenala nejvýznamnější podnět, 5 naopak nejméně významný podnět. Výsledky odpovědí na tuto otázku prezentuje tabulka č. 6, ze které vyplývá, že největší význam přikládalo 53 % (41) respondentů lepším finančním podmínkám, dalších 21 % (16) respondentů uvádělo jako nejdůležitější motivační faktor získání upotřebitelné praxe, 15 % (12) respondentů pak za nejdůležitější faktor, který by je motivoval k pracovní migraci do zahraničí, označuje lepší pracovní prostředí a 12 % (9) respondentů za nejdůležitější faktor považuje zájem o život v cizí zemi.

Tabulka č. 6: Podněty pro odchod lékařů do zahraničí z hlediska jejich významnosti

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Lepší finanční podmínky</b>	41 (53 %)	27 (35 %)	9 (12 %)	1 (1 %)	0 %
<b>Lepší pracovní prostředí</b>	12 (15 %)	3 (4 %)	14 (18 %)	37 (47 %)	2 (3 %)
<b>Získání upotřebitelné praxe</b>	16 (21 %)	32 (41 %)	26 (33 %)	4 (5 %)	0 (0 %)
<b>Zájem o život v cizině</b>	9 (12 %)	12 (15 %)	29 (37 %)	22 (28 %)	6 (8 %)

Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Jednotlivé faktory, které jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 6, byly hodnoceny prostřednictvím bodového hodnocení. Je zřejmé, že lepší finanční podmínky, kterým byl přikládán největší význam, dosahovaly nejčastěji hodnocení 1 (53 % respondentů), dalších 35 % respondentů je pak hodnotilo známkou 2, 12 % respondentů známkou 3 a jen 1 % respondentů známkou 4, žádný respondent nehodnotil známkou 5. Druhým nejvýznamnějším motivem bylo získání upotřebitelné praxe, které získalo ve 21 % známku 1, v dalších 41 % známku 2, ve 33 % známku 3 v 5 % známku 4 a známkou 5 tento podnět nehodnotil žádný z respondentů. V případě lepšího pracovního prostředí hodnotilo 15 % respondentů tento podnět známkou 1, 4 % respondentů jej hodnotilo známkou 2, 18 % respondentů známkou 3, 47 % respondentů známkou 4 a 3 % respondentů známkou 5. Ve srovnání s jinými podněty je zde tudíž patrná větší diference odpovědí v návaznosti na subjektivní přesvědčení respondenta. Podobná situace byla zřejmá rovněž v případě zájmu o život v cizí zemi jako podnětu k pracovní migraci, kde 12 % respondentů hodnotilo známkou 1, 15 % respondentů hodnotilo známkou 2, 37 % respondentů hodnotilo známkou 3, 28 % respondentů hodnotilo známkou 4 a zbývajících 8 % respondentů hodnotilo známkou 5.

**Otázka: Máte již zkušenosti s vykonáváním Vaší profese v zahraničí?**

Další otázka se pak zaměřovala na zjištění, zda respondenti již zkusili vycestovat za účelem výkonu profese lékaře v zahraničí. Vzhledem k tomu, že dotazník byl distribuován v Ústeckém a Karlovarském kraji, a to prostřednictvím zdravotnických zařízení působících v rámci ČR, dá se předpokládat, že tato

zkušenost buď byla pouze dočasného rázu nebo se ji respondent rozhodl ukončit a vrátil se zpět do ČR, neboť dotazník nebyl primárně určen respondentům, kteří v zahraničí pracují a distribuce dotazníku na tyto respondenty nebyla cílena. Proto není překvapivé, že v rámci výzkumného souboru se vyskytovalo pouze 4 % (3) všech respondentů, kteří mají zkušenost s prací v zahraničí. Zbývajících 96 % (75) respondentů žádnou zkušenost s prací v zahraničí doposud nemělo. Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou znázorněny v grafu č. 9.

Graf č. 9: Zkušenost s prací lékaře v zahraničí



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

**Otázka: Pokud ano, v jakém lékařském oboru jste vykonával(a) svou činnost?**

Otázka navazovala na předcházející otázku, přičemž s ohledem na skutečnost, že s prací v zahraničí mělo zkušenost jen minimum lékařů, odpovídali na ni jen tři respondenti, zbývajících, kteří zkušenost s prací lékaře v zahraničí nemají, na tuto otázku neodpovídali. Z výsledků vyplynulo, že jeden respondent měl zkušenost s prací v oboru oftalmologie, druhý respondent měl zkušenost s prací v oboru chirurgie a třetí působil na gynekologii. Je tedy zřejmé, že každý respondent se v zahraničí uplatnil v jiném medicínském oboru a s ohledem na malý počet

respondentů s touto zkušeností nelze z výsledků odpovědí na tuto otázku vyvozovat jakékoliv závěry.

**Otázka: Jaký druh práce jste vykonával(a)?**

Také další otázka byla zaměřena na respondenty se zahraniční pracovní zkušeností, odpovídali na ni tudíž pouze tři respondenti. V jednom případě se ukázalo, že se respondent v zahraničí účastnil stáže (kde je logické, že se jedná o časově omezené období, po kterém je možné se vrátit zpět domů nebo hledat práci v zemi, kde lékař stáž absolvoval a kde si tudíž již vytvořil určité kontakty, znalost prostředí apod.) V dalších dvou případech respondenti zvolili variantu jiné, kde uvedli: „pracovní poměr“ a „pracovní smlouva.“ V těchto případech byli tedy respondenti standardním způsobem zaměstnání v cizí zemi, kde vykonávali profesi lékaře. Jiné varianty jako dohoda o provedení práce, dohoda o pracovní činnosti či brigáda nebyly uvedeny žádným respondentem, nicméně opět platí, že počet respondentů se zahraniční zkušeností byl tak malý, že je obtížné z tohoto faktu cokoli dalšího vyvozovat.

**Otázka: Existuje nějaká bariéra, která by Vám bránila v odchodu za prací do zahraničí?**

Další otázka pak zjišťovala, jaké bariéry respondenti při rozhodování se o tom, zda půjdou pracovat do zahraničí či nikoliv pocítují. Vzhledem k tomu, že nelze opomenout ani možnost, že respondent vnímá více než jednu bariéru, měli respondenti možnost zvolit i více odpovědí. Absolutní i relativní četnost jednotlivých odpovědí ve vztahu k celému výzkumnému souboru (tj. 100 % respondentů) představuje tabulka č. 7, ze které je možné vyčíst, že řada respondentů, identifikovala i více než jednu bariéru odchodu do zahraničí za prací, přičemž většina respondentů měla za to, že určité bariéry odchodu do zahraničí existují, neboť respondentů, kteří uvedli, že nejsou žádné bariéry bylo pouze 15 % (12) a další 3 % (2) respondentů zmínilo, že žádné bariéry nejsou a již mají s odchodem do zahraničí zkušenost (což ve své podstatě koresponduje s odpovědí na předcházející otázky). Za nejčastější bariéru respondenti považovali jazyk, který uvedlo celkem 39 % (31) respondentů. Zde je poměrně velkým paradoxem, že jak vyplynulo z předcházejících otázek, respondenti znali poměrně dost cizích jazyků, nicméně pravdou bylo, že ne vždy byla tato znalost na vysoké úrovni (dle klasifikace použité v otázce č. 8 by se

mělo jednat optimálně o C1), která umožňuje profesionální práci v oboru medicíny v cizím jazyce.

Druhou nejvýznamnější bariérou odchodu za prací do zahraničí byla dle 33 % (26) respondentů jejich rodina. Třetí nejčastější bariérou pak byla nejistota, kterou zmínilo celkem 31 % (24) respondentů. Jen 4 % (3) respondentů uváděla variantu „jiné.“

Tabulka č. 7: Bariéry odchodu za prací do zahraničí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jazyk	31	39 %
Rodina	26	33 %
Nejistota	24	31 %
Žádná, již mám zkušenost	2	3 %
Žádná	12	15 %
Jiné	3	4 %

Zdroj: vlastní výzkum, 2018

**Otázka: Jak by, podle Vás, měly vypadat pracovní podmínky ve zdravotnictví, aby čeští lékaři nevyhledávali zaměstnání v zahraničí?**

Vzhledem k tomu, že odchod lékařů do zahraničí za prací je obecně známým problémem, bylo dále zjišťováno, jaké by čeští lékaři chtěli mít v zaměstnání podmínky, aby nevyhledávali možnosti práce v zahraničí. Odpovědi na tuto otázku byly opět hodnoceny známkami 1-5, přičemž známka 1 znamenala nejvýznamnější podnět, známka 5 naopak nejméně významný podnět. Výsledky odpovědí na tuto otázku představuje přiložená tabulka č. 8, ze které je zřejmé, že nejvýznamnějším podnětem, který by podle lékařů zabránil odchodu lékařů za prací do zahraničí by byly lepší finanční podmínky, které uvedlo 55 % (43) respondentů. Druhým nejčastěji uváděným nejvýznamnějším podnětem pak bylo kvalitnější technické vybavení zdravotnických zařízení, které uvádělo 32 % (25) respondentů jako nejdůležitější podnět. Dalších 10 % (8) respondentů za nejdůležitější podnět označilo



zkušenější spolupracovníky a jen 3 % (2) respondentů uvedli kvalitnější vzdělávání jako ten nejvýznamnější podnět.

Tabulka č. 8: Požadované pracovní podmínky v ČR

	<b>Známka 1</b>	<b>Známka 2</b>	<b>Známka 3</b>	<b>Známka 4</b>	<b>Známka 5</b>
<b>Lepší finanční podmínky</b>	43 (55 %)	23 (29 %)	12 (15 %)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Kvalitnější vzdělávání</b>	2 (3 %)	16 (21 %)	18 (23 %)	33 (42 %)	9 (12 %)
<b>Zkušenější spolupracovníci</b>	8 (10 %)	20 (26 %)	31 (40 %)	5 (6 %)	14 (18 %)
<b>Kvalitnější technické vybavení</b>	25 (32 %)	19 (24 %)	17 (22 %)	10 (13 %)	7 (9 %)

Zdroj: vlastní výzkum, 2018

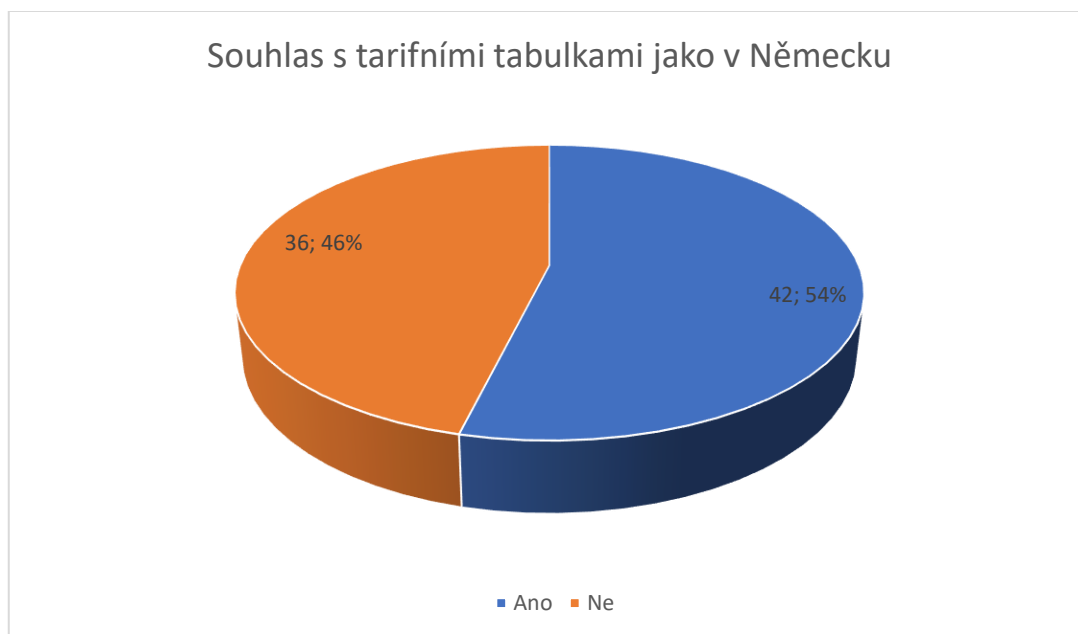
Vzhledem k tomu, že jednotlivé podněty byly i v tomto případě hodnoceny známkami, je vhodné stručně představit celkové hodnocení jednotlivých podnětů ze strany respondentů, které je přehledně zaneseno do tabulky č. 8. Pokud se týká finančních podmínek, které respondenti jednoznačně označili za nejvýznamnější podnět, jak již bylo uvedeno, 55 % respondentů je hodnotilo známkou 1, 29 % respondentů známkou 2 a zbývajících 15 % respondentů známkou 3. Žádný respondent neuvedl známku č. 4 ani známku č. 5, což svědčí o tom, že finanční podmínky jsou do určité míry důležité skutečně pro všechny respondenty z řad lékařů. V případě kvalitnějšího technického vybavení, které bylo rovněž respondenty vnímáno jako velmi důležitý podnět, již byla v dopovědích větší rozmanitost, která mohla být dána mimo jiné i odlišným vybavením jednotlivých pracovišť stejně jako odlišnými potřebami vybavení jednotlivých lékařských oborů. V případě vybavení byla tak známka -1 udělena 32 % respondentů, 24 % respondentů udělilo známku 2, 22 % respondentů udělilo známku 3, 13 % respondentů udělilo známku 4 a 9 % respondentů volilo známku 5. Dalším podnětem byli zkušenější spolupracovníci, kde opět mohlo velmi záležet na personální obsazení konkrétního pracoviště, kde respondent působil, nicméně výsledky odpovědí svědčily o tom, že 10 % (8) respondentů hodnotilo podnět známkou 1, 26 % respondentů pak volilo známku 2, 40 % respondentů pak hodnotilo tento podnět známkou 3, 6 % známkou 4 a 18 %

známkou 5. Nejméně významným se jevil být podnět kvalitnějšího vzdělávání, což může svědčit o tom, že respondenti vnímají vzdělávání v oboru lékařství v České republice za poměrně kvalitní, resp. nepovažují jej za významný důvod pro pracovní migraci směrem do zahraničí. V konkrétní rovině byl tento podnět ze strany 3 % respondentů hodnocen známkou 1, dalších 21 % respondentů jej hodnotilo známkou 2, 23 % respondentů pak volilo známkou 3, v případě 42 % respondentů se jednalo o známkou 4 a v případě 12 % respondentů se jednalo o známkou 5. Podrobnosti včetně absolutních i relativních četností odpovědí lze vyčíst z příložené tabulky č. 8.

**Otázka: Souhlasil/a byste se zavedením tarifních tabulek, které jsou využívány například v Německu?**

Otázka se zaměřovala na to, zda by respondenti chtěli v ČR tarifní tabulky podobně jako v Německu či nikoliv. Je pochopitelné, že tarifní tabulky mají jak výhody, tak nevýhody, v německých podmínkách řadě lékařů, kteří přišli do Německa za prací z jiných zemí včetně ČR vyhovují, nicméně nemusí to platit pro všechny. To se také projevilo ve výsledcích odpovědí na tuto otázku, kdy odpovědi respondentů nebyly příliš jednoznačné. Jak se ukázalo, 54 % (42) respondentů bylo pro tarifní tabulky jako v Německu, zatímco 46 % (36) respondentů by s tarifními tabulkami obdobnými těm německým naopak nesouhlasilo. Výsledky odpovědí na tuto otázku znázorňuje graf č. 10.

Graf č. 10: Souhlas se zavedením tarifních tabulek podobně jako v Německu



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

**Otázka: Co by bylo impulsem pro Váš odchod za prací do ciziny?**

V této otázce bylo úkolem respondentů prostřednictvím známek č. 1-5, kdy opět platilo, že známka 1 znamenala nejvýznamnější ( nejsilnější) impuls, zatímco známka 5 znamenala naopak nejméně významný ( nejslabší impuls). Celkem měli respondenti za úkol hodnotit tři impulsy. Hodnocení je přehledně zaneseno v tabulce č. 9, ze které vyplývá, že za nejdůležitější impuls k odchodu by 53 % (41) respondentů považovalo nedostatečné uznání ve svém oboru, dalších 31 % (24) respondentů pak uvedlo nízkou mzdu a 17 % (13) nedostatečné zázemí. Zde se tudíž prosadilo zajímavé zjištění, že důležitější, než nízká mzda je pro většinu lékařů uznání v oboru.

Tabulka č. 9 Impuls pro odchod za prací do ciziny

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nízká mzda</b>	24 (31 %)	29 (37 %)	25 (32 %)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Nedostatečné zázemí</b>	13 (17 %)	34 (44 %)	15 (19 %)	16 (21 %)	0 (0 %)
<b>Nedostatečné uznání v oboru</b>	41 (53 %)	14 (18 %)	18 (23 %)	5 (6 %)	0 (0 %)

Zdroj: vlastní výzkum, 2018

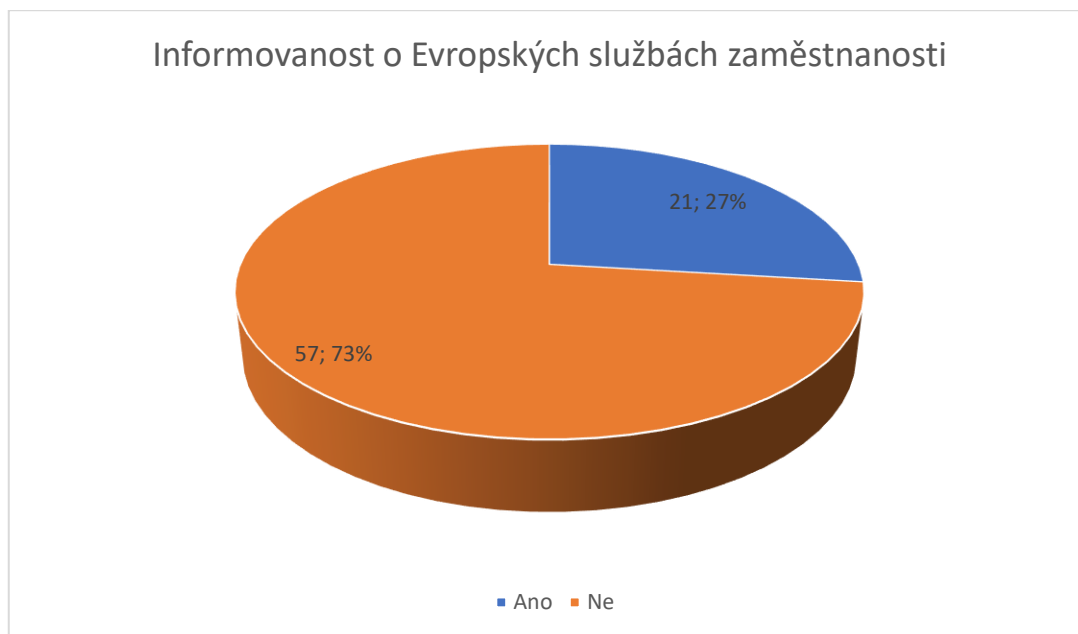
Z hlediska hodnocení jednotlivých impulsů známkami 1-5 je možné říci, že pokud se týká nedostatečného uznání v oboru, 53 % respondentů jej hodnotilo známkou 1, 18 % respondentů zvolilo známku 2, 23 % respondentů zvolilo známku 3 a zbývajících 6 % respondentů zvolilo známku 4. Známkou 5 v případě nedostatečného uznání v oboru nezvolil žádný respondent. Pokud se týká otázky nízké mzdy, která byla vnímána jako druhý nejvýznamnější impuls, 31 % respondentů zvolilo známku 1, 37 % respondentů pak hodnotilo tento faktor známkou 2 a dalších 32 % známkou 3. Žádný respondent u tohoto impulsu nehodnotil známkami 4 ani 5. Nejmenší význam byl přikládán nedostatečnému zázemí, které známkou 1 hodnotilo 17 % respondentů, známkou 2 pak 44 % respondentů, známkou 3 tento impuls hodnotilo 19 % respondentů a známkou 4 21 % respondentů. Žádný z respondentů nevolil známku 5. Z uvedeného rozložení známek, které byly jednotlivým impulsům přiznány, je patrné, že jejich význam se u jednotlivých respondentů lišil, nicméně žádný z impulsů nebyl žádným respondentem hodnocen jako zcela bez významu (známkou 5), což svědčí o tom, že všechny tyto impulsy určitý význam pro respondenty měly. Detaily včetně informací o absolutních a relativních četnostech lze vyčíst z výše uvedené tabulky č. 9.

**Otázka: Slyšel(a) jste někdy o Evropských službách zaměstnanosti?**

Další otázka se pak zaměřovala na to, zda lékaři, kteří se účastnili výzkumu, mají povědomí o projektu Evropských služeb zaměstnanosti, který je zaměřen právě na jedince, kteří mají zájem odjet za prací do zahraničí (v rámci EU) a je jim za tímto účelem nápomocen. Jak se ukázalo, pouze 27 % (21) respondentů o Evropských službách zaměstnanosti slyšelo, ostatní, tedy 73 % (57) respondentů uváděli, že o

nich doposud neslyšeli. Z toho lze usuzovat, že lékaři, kteří se účastnili výzkumu se o problematiku migrace do zahraničí patrně ve většině případů příliš intenzivně a reálně nezabývali, neboť jinak by patrně na informaci o Evropských službách zaměstnanosti museli narazit například na internetu. Nicméně je také možné, že informace o možnosti práce v zahraničí byly vyhledávány například přímo v cizím jazyce nebo zjišťovány z jiných zdrojů (například přes známé, v zaměstnání apod.). Na druhou stranu ani skutečnost, že respondent o Evropských službách zaměstnanosti slyšel nemusí automaticky znamenat, že reálně plánuje odjet od zahraničí, mohl se o nich dozvědět např. v diskusi s kolegou, který se na odjezd připravoval nebo z jiných zdrojů za jiných okolností, než je plánování pracovní migrace. Samotná skutečnost, zda respondent slyšel o tomto projektu tudíž není jediným faktorem, který vypovídá o tom, zda a jak moc se respondent skutečně zabývali nebo nadále zabývá myšlenkou možné pracovní migrace. Výsledky odpovědí na tuto otázku graficky znázorňuje graf č. 11.

Graf č. 11: Informovanost o Evropských službách zaměstnanosti

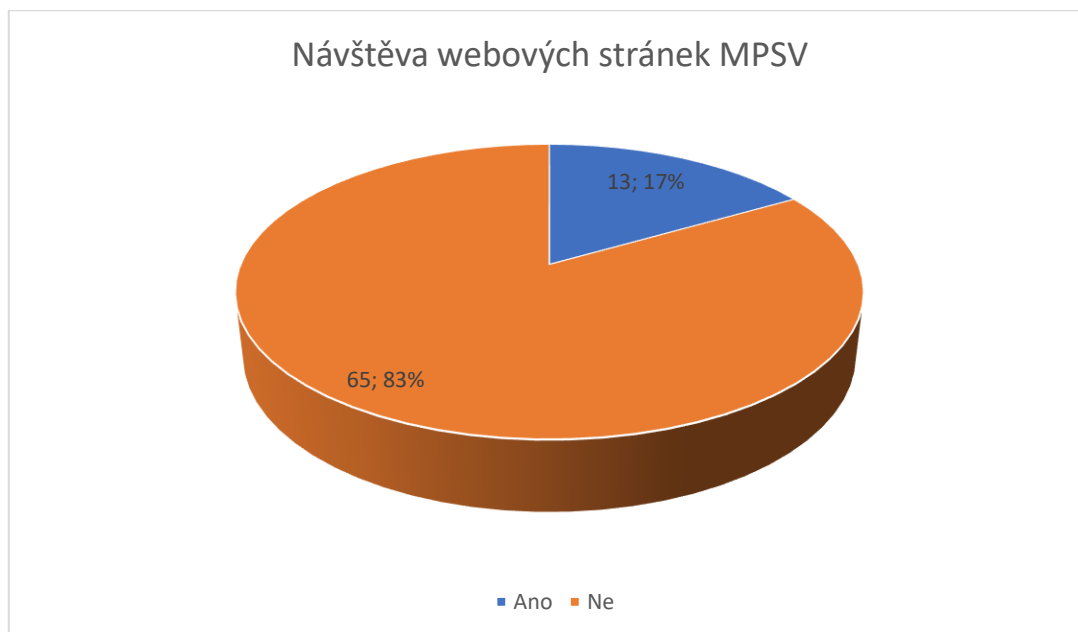


Zdroj: vlastní výzkum, 2018

**Otázka: Navštívil(a) jste portál MPSV, kde jsou nabídky práce v zahraničí?**

Poslední otázka celého dotazníku pak zjišťovala, zda respondenti někdy navštívili stránky MPSV, kde je možné najít nabídky práce v zahraničí, což by rovněž mohlo svědčit o tom, že se respondent reálně zabývá myšlenkou na pracovní migraci do zahraničí. Jak se ukázalo, z odpovědí respondentů je zřejmé, že webové stránky MPSV s nabídkami práce v zahraničí navštívilo jen 17 % (13) respondentů, zbývajících 83 % (65) respondentů je dle svého tvrzení nikdy nenavštívilo. Opět je však nutné brát v úvahu i fakt, že řada zájemců o práci v zahraničí bude patrně informace vyhledávat i z jiných zdrojů, popř. se bude snažit práci najít například přes známé apod., čímž jen ze samotné skutečnosti, že většina lékařů nenavštívila tyto stránky, nelze usuzovat na to, zda mají či nemají zájem o práci v zahraničí, popř. jak vážně nad otázkou pracovní migrace uvažují. Odpovědi respondentů jsou zaneseny v grafu č. 12.

Graf č. 12: Návštěva webových stránek MPSV s nabídkami práce v zahraničí



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

### 8.3 Shrnutí výzkumu

V návaznosti na výsledky výzkumu podle jednotlivých otázek v dotazníku, je nyní na místě shrnout nejdůležitější zjištění, ke kterým se podařilo dospět. Předně je třeba v návaznosti na charakteristiku výzkumného souboru konstatovat, že struktura respondentů dle věku a pohlaví byla poměrně vyrovnaná (výrazně menší četnost se vyskytovala pouze v kategorii jedinců ve věku 23-28 let, kde řada jedinců ještě studuje lékařskou fakultu, což znamená, že v praxi na pracovní pozici lékaře se jich vyskytuje méně. Všichni respondenti měli vysokoškolské vzdělání v oboru medicíny, lišili se spíše z hlediska jednotlivých atestací, což sice může mít určitý význam pro možnost uplatnění v zahraničí (např. může být poptáván zkušený lékař s atestací spíše než absolvent lékařské fakulty), tento význam ovšem není třeba přeceňovat. Z hlediska charakteristiky výzkumného souboru lze tedy považovat výzkumný soubor za reprezentativní, limitem je v tomto případě spíše počet respondentů, který činil pouze 78 osob.

Tato skutečnost byla dána především neochotou respondentů dotazníky vyplňovat, případně i neochotou kontaktních míst v nemocničních zařízeních distribuovat dotazníky dále směrem k lékařům a napomoci tak k vyplnění dotazníku. Vedle toho mohla být limitem i skutečnost, že dotazník byl distribuován pouze lékařům působícím ve vybraných regionech ČR, tj. nebylo možné sehnat názory například od lékařů, kteří se rozhodli odejít za prací do zahraničí a aktuálně v zahraničí také pracují, což by mohlo být velmi podnětné například z hlediska srovnání pohledů na věc lékařů, kteří v zahraničí pracují či pracovali a lékařů, kteří mají pracovní zkušenosti jen z ČR.

Z vlastního dotazníkového šetření pak vyplynula řada zajímavých poznatků. Předně je možné říci, že respondenti nejčastěji považovali za adekvátní mzdu ve výši 41 000 – 50 000 Kč (28 %), popř. ve výši 51 000 – 60 000 Kč (26 %), tedy mzdu, která je v české republice stále ještě významně nadprůměrná, což by mělo zohledňovat vysokou kvalifikaci, ale i odpovědnost, kterou lékař při výkonu své profese nese. 6 % respondentů ve výzkumném souboru přitom uvádělo, že jejich mzda neodpovídá jejich očekáváním. Celých 40 % respondentů pak nebylo

spokojeno s vybavením v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení, kde pracují. Mezi nejčastější požadavky těch, kteří vyjádřili nespokojenost se stávajícím vybavením, patřilo pořízení přístrojového vybavení (67 %), pořízení modernějšího vybavení (38 %) a zlepšení počítačové technologie (35 %).

Pozitivním zjištěním bylo, že 97 % respondentů ovládalo anglický jazyk, na druhou stranu negativem bylo, že jen 35 % respondentů ji ovládalo na úrovni C1, což je úroveň, která by byla po práci v zahraničí optimální. 99 % respondentů pak uvádělo znalost slovenského jazyka alespoň na nižší úrovni, nicméně je otázkou, zda si lékaři pod pojmem „práce v zahraničí“ skutečně představují i možnost práce na Slovensku. Častější jsou spíše případy, kdy lékař ze Slovenska jde pracovat do ČR. Výhodou byla u 50 % respondentů znalost němčiny, která je při práci v zahraničí využitelná, navíc práce v Německu by pro respondenty z Ústeckého a Karlovarského kraje měla i další výhody, například blízkost k domovu a k rodině. Nicméně jen 12 % respondentů němčinu ovládalo na úrovni C1. Jiné jazyky byly mezi respondenty méně časté, ovšem vyskytovaly se i zvláštní jazyky, jako např. vietnamština, maďarština, nizozemština apod. Běžné evropské jazyky jako je jazyk španělský či francouzský nebo italský a ruský se vyskytovaly rovněž. 55 % respondentů se domnívalo, že jsou jazykově připraveni na případnou práci v zahraničí. Jen 21 % respondentů se po jazykové stránce z profesních důvodů zdokonalovalo, vedle toho se 24 % respondentů zdokonalovalo pro své soukromé účely, celkově se však většina respondentů po jazykové stránce nezdokonalovala, což může mít návaznost na skutečnost, že jen 28 % respondentů uvažovalo nad prací v zahraničí.

V případě, že by se respondenti měli za práci do zahraničí vydat, 53 % respondentů by tak učinilo z důvodu možnosti dosažení lepšího finančního ohodnocení, 21 % pak z důvodu možnosti získání v budoucnu upotřebitelné praxe. Vzhledem k tomu, že se ukázalo, že reálnou zkušenost s prací v zahraničí měla jen 4 % respondentů, nebylo možné příliš efektivně sledovat další parametry jako je obor působení či druh pracovněprávního vztahu, kde převažovaly stáže, se kterými je obvykle spojen budoucí předpoklad návratu zpět do země původu, nikoliv setrvání v zahraničí na stálo (popř. dlouhodobě). Zajímavé pak bylo, že ačkoliv se respondenti nesnaží příliš jazykově zdokonalovat, při dotazu na bariéry, které jim v odchodu do zahraničí brání uvedlo nejvíce respondentů právě nedostatečnou



znalost jazyka (39 %) a dále byla často uváděna rodina, které by tak respondent nebyl na blízku (33 %) a podobného výsledku bylo dosaženo i u nejistoty, které se respondenti rovněž obávali (31 %). Pokud se týká požadavků na podmínky v českém zdravotnictví, které by měly zamezit odchodu českých lékařů do zahraničí, vyplynulo z výzkumu poměrně jednoznačně, že je potřeba lepší finanční ohodnocení (55 %) a technické vybavení zdravotnických zařízení (32 %), ostatní faktory hrály významně menší roli. 54 % respondentů by pak souhlasilo se zavedením podobných tarifních tabulek, jaké jsou využívány třeba v Německu. Ačkoliv souhlas vyslovila většina, je zřejmé, že se nejedná o všechny respondenty, lze tedy předpokládat různé názory na tuto problematiku. Ačkoliv celkově si respondenti velmi často stěžovali na nedostatek financí, hlavním impulsem pro odchod do zahraničí by dle 53 % respondentů nebyly finance, ale nedostatečné uznání v oboru, finance uvádělo pak jako nejdůležitější impuls 31 % respondentů.

Za zmínku také stojí fakt, že o Evropských službách zaměstnanosti, které mohou být při hledání práce v zahraničí velmi nápomocné slyšelo jen 27 % respondentů a jen 17 % respondentů navštívilo webové stránky MPSV, na kterých jsou uveřejněny pracovní nabídky ze zahraničí. To může svědčit o skutečnosti, že respondenti sice s některými otázkami (zejména odměnou a technickým vybavením) nejsou zcela spokojeni, nicméně situace není taková, aby je přiměla k tak radikálnímu kroku jako je odchod do zahraničí. Přesto samozřejmě jsou lékaři, kteří do zahraničí za prací odcházejí, což je obecně známým faktem, který bývá vnímán jako problém českého zdravotnictví.

## **8.4 Doporučení pro praxi**

V návaznosti na řadu skutečností, které vyplynuly z realizovaného výzkumu, jsou nyní formulována doporučení pro praxi. S ohledem na fakt, že doporučení pro české zdravotnictví a zdravotnická zařízení na straně jedné a doporučení pro české lékaře na straně druhé jsou leckdy ve své podstatě v rozporu, jsou rovněž tato doporučení formulována odděleně. Na prvním místě jsou uvedena doporučení pro české zdravotnictví, která jsou následující:

Čeká zdravotnická zařízení by především měla optimalizovat nakládání s financemi, neinvestovat do zbytečností, ale investovat do technického vybavení svých pracovišť a mezd lékařů. Optimální by patrně bylo, aby lékaři měli mzdu mezi 50 000 – 60 000 Kč, a to v návaznosti na to, kolik mají praxe. Je také žádoucí lékaře různým způsobem motivovat k tomu, aby měli důvod zůstat na svém pracovišti v ČR. Motivací mohou být mimo jiné i zahraniční stáže, ale třeba i možnost kariérního růstu, která je pro lékaře rovněž důležitá, ne každý chce totiž zůstat řadovým lékařem. Vedle financí by bylo možné lékařům také nabídnout více různých benefitů, ke kterým může patřit i volný čas apod.

Primárně je ovšem potřeba zaměřit se právě na ohodnocení lékařů a technické vybavení, které lékaři vidí jako nejvýznamnější důvody, proč by byli ochotni odejít do zahraničí. Vzhledem k tomu, že řada lékařů uváděla i možnost získání zajímavé praxe, jsou žádoucí i zahraniční stáže, které lékaře obohatí a pokud má v ČR mezitím drženo pracovní místo, nemusí být zahraniční zkušenost hned důvodem pro odchod za prací do zahraničí na stálo. Celkově by také bylo žádoucí vytvořit lékařům příjemné pracovní prostředí, neboť řada lékařů si stěžovala i na vybavení pokojů, vzhled interiéru nemocnic či počítačovou techniku, což jsou na jednu stranu detaily, na druhou stranu mohou práci velmi usnadnit a zpříjemnit, proto je žádoucí do nich investovat a zajistit si tak kvalitní lékaře, kteří budou v práci spokojeni. Zejména otázky designu interiéru přitom nemusí být vůbec nákladné, což může být při napjatém rozpočtu nemocnic jednou z možností, kde začít s optimalizací směřující k udržení českých lékařů v zaměstnání v ČR.

Dále jsou formulována doporučení pro lékaře, kteří zvažují odchod za prací do zahraničí. Lze jim doporučit především učit se cizí jazyky a neustále se v nich zdokonalovat. Pokud zvažují práci v zahraničí, je určitě lepší nespoléhat se jen na znalost angličtiny, ale učit se i jiné jazyky, navíc pro odbornou práci a pacientem, který může mluvit třeba nářečím, slangově, s přízvukem apod., je vždy vhodnější, pokud lékař ovládá jazyk na úrovni C1 a nespokojí se např. jen s B1. Ačkoliv lékaři ve výzkumném souboru byli jazykově poměrně dobře vybaveni, leckdy byla jejich úroveň znalostí jazyka nižší, což nemusí pro profesionální práci stačit a může to být důvodem, proč bude lékař práci v zahraničí hledat obtížně. Doporučit lze rovněž seznámit se s Evropskými službami zaměstnanosti a s webovými stránkami MPSV,

kde jsou uveřejňovány nabídky práce v zahraničí, což může na samotném počátku hledání práce v zahraničí a zajišťování souvisejících administrativních povinností (uznání kvalifikace apod.) velmi napomoci. Je však také vždy potřeba zvážit, zda nejít spíše než do zahraničí pracovat například na některou soukromou kliniku v ČR, kde budou lepší možnosti finančního ohodnocení či nevyhledat jiné (špičkové) pracoviště, kde bude k dispozici vybavení a poskytně lékaři do budoucna mnoho zkušeností.

## 9 DISKUSE VÝSLEDKŮ

V této kapitole je žádoucí představit diskusi výsledků, která sestává především z diskuse vztahující se k cílům práce a diskuse vztahující se k podobným výzkumům, které se podařilo dohledat.

### 9.1 Diskuse k cílům práce

Cílem diplomové práce bylo analyzovat a popsat migraci lékařů jako samostatný jev, posléze problematiku analyzovat z pohledu Evropské unie, jejích členských států a zejména z pohledu České republiky. Lze konstatovat, že členství v EU migraci lékařů za prací s ohledem na volný pohyb osob a uznávání kvalifikací velmi usnadnilo, z ekonomického hlediska může řada západních zemí v rámci EU nabídnout vyšší mzdu stejně jako kvalitnější a modernější vybavení pracovišť, s čímž se pojí i možnost získat zkušenosti. Český lékař přitom může být z pohledu těchto zemí vlastně „levnou“ pracovní silou, on naopak bude se mzdou, která je o něco nižší, než by byla v cílové zemi mzda lékaře s jeho zkušenostmi často více než spokojen. Cíl se podařilo naplnit za pomoci několika různých dílčích cílů, které byly naplňovány jak v teoretické, tak v praktické části práce. Jednalo se o následující podcíle:

- Analyzovat současný stav v oblasti zaměstnávání českých lékařů v zahraničí, tzn. druhy, příčiny a důsledky.

Jak podle teorie, tak podle výsledků vlastního šetření je zřejmé, že mezi hlavní motivy pro migraci lékařů za prací do zahraničí, patří ekonomické motivy, tedy snaha získat v zahraničí lepší finanční ohodnocení. V rámci realizovaného výzkumu však respondenti rovněž uváděli zájem o užitečnou pracovní zkušenost a nebyli spokojeni ani s technickým vybavením tuzemských zdravotnických zařízení, což může být rovněž motivem pro migraci do zahraničí. Lékaři se obvykle vydávají za prací do zahraničí buď na základě pracovní smlouvy nebo na stáž, kde mohou získat zkušenosti. Důsledkem odchodu lékařů do zahraničí je skutečnost, že lékař odvádí daně do rozpočtu jiné země, nikoliv do rozpočtu ČR. Ze země navíc odcházejí

kvalifikovaní pracovníci, je jich proto nedostatek, a tak je v ČR leckdy rovněž nutné zaměstnávat lékaře ze zahraničí (především z východních zemí, kde se lékařům jít pracovat do ČR vyplácí). Význam má samozřejmě i skutečnost, že čeští lékaři mají obvykle vysokou úroveň znalostí a více než dostatečnou kvalifikaci, což vede k tomu, že jsou pro mnohé západní země zajímavější než lékaři z jiných zemí, kde taková míra kvalifikace a znalostí zajištěna není. Tento dílčí cíl se tudíž podařilo na základě teoretických poznatků a praktického šetření naplnit.

- Zhodnotit dopady migrace na českou ekonomiku.

Lze identifikovat různé dopady na ekonomiku ČR. Jak již bylo řečeno, lékař pracující a žijící v zahraničí odvádí daně a další platby (např. pojistné) v zahraničí, tj. do rozpočtu země, kde působí, nikoliv do rozpočtu ČR, což je negativem. Na druhou stranu, pokud lékař z pohraničí žije v ČR a za práci do zahraničí pouze každodenně dojíždí (takových lékařů však bude menšina), odvádějí tito lékaři naopak prostředky do rozpočtu ČR a stejně tak leckdy tyto prostředky utrácejí primárně v ČR, což naopak podporuje ekonomiku i rozpočet ČR. Jiným ekonomickým vlivem může být fakt, že za účelem udržení lékařů v ČR je nutné investovat čím dál tím více prostředků do mezd lékařů, což zatěžuje jak státní rozpočet (když se jedná o státní nemocnice).

- Provést výzkum názorů odborné veřejnosti na migraci lékařů.

Výzkum byl realizován mezi lékaři, tedy mezi odborníky, kteří sami nejlépe vědí, jaká je situace v oblasti migrace lékařů do zahraničí. Ukázalo se, že ve výzkumném souboru mělo pracovní zkušenost v zahraničí jen minimum (4 %) respondentů, to znamená, že bylo obtížné ji zhodnotit z hlediska zkušenosti jak v ČR, tak v zahraničí. Mimo jiné to může svědčit o tom, že lékaři, kteří již za práci do zahraničí odejdou, se nechtějí příliš často vracet zpět do ČR. Ve výzkumném souboru však nad prací v zahraničí uvažovala jen menšina (28 %) respondentů, většina respondentů jako důvody, které by je přesvědčily odcestovat za prací do zahraničí uváděla finance, nedostatek uznání v oboru a případně i technické vybavení zdravotnických zařízení, informace o možnostech migrace do zahraničí vyhledávala jen menšina respondentů, což potvrzuje fakt, že například Evropské služby zaměstnanosti znalo jen 27 % respondentů, informace o volných místech na webu MPSV navštívilo jen 17 % respondentů. Lékaři měli za to, že zabránit migraci by se

dalo především zlepšením finančních podmínek pro lékaře a pořízením kvalitnějšího vybavení nemocnic (obojí představuje nákladné opatření). Informace o předpokládaných investicích byly do určité míry vyhledávány a zmapovány, nicméně s ohledem na předpokládaný rozsah diplomové práce, nebylo již pojednání o nákladech zařazeno do diplomové práce, neboť by práce byla v tu chvíli již velmi rozsáhlá a pojednání o nákladech nebylo jejím cílem. I tento cíl se tak pomocí dotazníkového šetření podařilo naplnit.

- Navrhnout zlepšení současného stavu.

Navrženo bylo zlepšení současného stavu, které přikládá prioritní důraz jednak odměnám lékařů a jednak vybavení, doporučuje rovněž příjemnější pracovní prostředí, více volného času pro lékaře, zároveň je nutné neutráct prostředky určené do resortu zdravotnictví za méně významné položky, neboť rozpočet je obvykle napjatý. Lékařům lze doporučit nejprve zvážit práci např. na soukromé klinice v ČR a až poté uvažovat přímo o zahraničí. I tento cíl se podařilo naplnit.

## **9.2 Diskuse k podobným výzkumům**

Druhá část diskuse je zaměřena na srovnání vlastního výzkumu s jinými výzkumy na podobné téma, které byly v minulosti realizovány. V českém prostředí je možné zmínit především výzkum, který realizovaly autorky Vavrečková, Dobiášová a Hlinicová (2006). Ve srovnání s tímto výzkumem je nutné zmínit, že odlišnosti mezi realizovaným výzkumem v této práci a výzkumem autorek Vavrečkové, Dobiášové a Hlinicové (2006) může spočívat mimo jiné v tom, že autorky jej realizovaly v roce 2006, tedy krátce po vstupu ČR do EU, kdy ohledně práce v zahraničí, uvolnění pohybu po území celé EU i uznávání kvalifikací panovala mezi českými pracovníky v různých oborech určitá euforie. Dnešní pohled již poté, co řada pracovníků v zahraničí pracuje či pracovala, může být odlišný a realističtější. Na druhou stranu skutečnost, že řada západních zemí se potýká s nedostatkem lékařů nadále platí, proto jsou i v současné době čeští lékaři v zahraničí žádaní.

Z uvedeného výzkumu Vavrečkové, Dobiášové a Hlinicové (2006) vyplynulo, že nejčastějším důvodem odchodu za prací do zahraničí byl jednoznačně

výdělek. Zde je patrná odlišnost od současnosti, kde má výdělek sice zásadní význam, ale ještě důležitější bylo pro lékaře uznání v oboru, tj. zdá se, že výdělek s časem mírně ztratil na významu. Významnou koncepční odlišností výzkumu byla skutečnost, že nebyly tak dopodrobna zkoumány motivy, cíle a souvislosti odchodu za prací do zahraničí jako ve výzkumu, který byl realizován v této práci, nicméně na druhou stranu bylo sledováno, do jakých zemí by lékaři chtěli za prací odejít, popř. na jak dlouho. Z výzkumu Vavrečkové, Dobiášové a Hlinicové (2006) vyplývá, že lékaři obvykle mají v úmyslu odejít na 1-2, popř. na 5 let, nikoliv na stálo, v této práci se však nepodařilo najít příliš mnoho lékařů, kteří by s prací v zahraničí měli zkušenost a následně se vrátili do ČR (to ovšem může být dáno i poměrně malým výzkumným souborem) stejně jako tím, že lékaři se zahraniční zkušeností mohou vyhledávat jiná pracoviště než ta, která byla oslovena (významné soukromé kliniky například v Praze či Brně, popř. si mohou zakládat vlastní praxi apod.).

Výše uvedený výzkum však není jediným výzkumem v této oblasti, který byl v ČR realizován. Za zmínku zcela jistě stojí například výzkum realizovaný v rámci bakalářské práce od Svobody (2011), která se věnovala analýze migrace českých lékařů za prací, přičemž v rámci výzkumu se věnoval podobně jako výzkum v této práci postoji lékařů k migraci po EU. Z výsledků Svobodovy (2011) práce je zřejmé, že spíše než z vlastního výzkumu, vycházel z výzkumu Vavrečkové, Dobiášové a Hlinicové (2006), ze kterého intenzivně čerpá, nicméně o vlastní výzkum mezi respondenty se nepokusil. Z tohoto hlediska může být výzkum provedený v této práci přínosnější, neboť přináší vlastní data a poznatky. Vedle toho existují i diplomové práce zaměřené na právní úpravu a právní aspekty migrace lékařů do zahraničí. Příkladem takové práce je například dílo Nevřky (2013), který však provádí pouze analýzu právní úpravy, nikoliv výzkum realizovaný přímo mezi lékaři, což je z hlediska ekonomického zaměření předkládané práce určitým limitem. Z tohoto pohledu lze mít za to, že předkládaný výzkum je jedním z mála aktuálních realizovaných výzkumů na toto téma v ČR.

Vedle českých výzkumů na toto téma bylo dále ověřováno, zda existují nějaké zahraniční výzkumy na podobné téma. Ačkoliv se nepodařilo identifikovat zahraniční výzkum, který by byl zaměřen konkrétně na migraci českých lékařů, což je pochopitelné, vzhledem k tomu, že ČR je poměrně malou zemí, podařilo se najít

řadu výzkumů, které do problematiky přinášejí nové poznatky. Například Bundred a Levitt (2000, s. 245) zastávají na základě svého výzkumu názor, že migrace lékařů je univerzální fenomén. Uvádějí k tomu, že například lékaři z Pákistánu migrují do Velké Británie, lékaři z jižní Ameriky nebo z Kanady pak do USA, naopak lékaři z Velké Británie někdy migrují do Kanady, tj. nelze říci, že by se jednalo o fenomén typický pro ČR, v ČR je však znásoben poměrně nízkými mzdami oproti zahraničí, a ne vždy vyhovujícím vybavením nemocnic (zejména ve státních zařízeních s omezeným rozpočtem).

Zajímavý výzkum byl pak realizován v souvislosti s rozšířením EU a migrací lékařů v Polsku. Z výzkumu vzešlo, že ačkoliv se Polsko v souvislosti se vstupem do EU obávalo odchodu zejména kvalitních lékařů, situace ve skutečnosti nebyla zdaleka tak závažná, jak bylo předpokládáno, neboť někteří lékaři se za prací do zahraničí vydali, nicméně Polsko se rozhodně nepotýkalo s nedostatkem lékařů ani nedocházelo k ohrožení pacientů. Byl však zjištěn zcela odlišný problém. Ukázalo se, že s ohledem na volný pohyb osob a evropské registry lékařů se nepodařilo přesně zjistit, kolik lékařů odjelo z Polska za prací do zahraničí a jak dlouho v zahraničí již působí (Kordel, Przystek, Kordel, 2010, s. 298). Vzhledem k tomu, že Polsko je stejně jako ČR zemí východního bloku, kde jsou nízké odměny lékařů, lze předpokládat, že výsledek v ČR by mohl být velmi podobný. I z předkládaného výzkumu totiž vzešlo, že o migraci lékařů se hodně hovoří, nicméně skutečně o ní uvažuje jen 28 % lékařů.



## ZÁVĚR

Tématem této diplomové práce byla mezinárodní migrace pracovní síly, která byla v této práci zaměřena konkrétně na lékaře v české republice, kteří jsou kvalifikovanou pracovní silou, a proto je obtížnější nahradit je jinými lékaři než v případě nekvalifikovaných činností, které může vykonávat takřka kdokoliv. O odchodu lékařů do zahraničí se tak v ČR poměrně často hovoří a tento jev budí určité obavy spojené např. s rizikem nedostatku lékařů v ČR stejně jako s rizikem ekonomických problémů spojených s nutností investovat do mezd lékařů s cílem zamezit jejich odchodu mimo ČR. Na migraci lze nahlížet i skrze celé řady ekonomických teorií. I proto bylo toto téma zvoleno jako téma diplomové práce a podrobena detailnějšímu zkoumání.

Cílem diplomové práce bylo analyzovat a popsat migraci lékařů jako samostatný jev, posléze problematiku analyzovat z pohledu Evropské unie, jejích členských států a zejména z pohledu České republiky. Hlavní cíl diplomové práce byl naplňován pomocí dílčích cílů, o kterých je detailněji pojednáno v diskusi, lze k němu říci, že se podařilo získat primárně náhled České republiky a lékařů zde působících, nicméně opomíjet nelze ani pohledy zahraniční, které byly do práce zařazeny. Ukázalo se, že migrace lékařů je běžným jevem, v zahraniční literatuře se lze setkat dokonce i s tvrzením, že jde o univerzální jev. Z hlediska EU je migrace lékařů velmi podporována například uznáváním kvalifikací mezi členskými státy stejně jako samotnou zásadou volného pohybu osob. Evropská unie je tak institucí, která odstraněním celé řady bariér a snahou o co největší ekonomickou integraci migraci lékařů (ale nejen lékařů) vlastně podporuje a usnadňuje. Z pohledu jiných zemí je pak situace taková, že je-li v zemi lékařů nedostatek, je země samozřejmě ráda, že přicházejí lékaři z jiných zemí. Čeští lékaři mají navíc vysokou úroveň znalostí (kvalifikaci), což je rovněž významným pozitivem.

Ačkoliv pro Českou republiku je volný pohyb osob v mnohém výhodou, v případě odchodu kvalifikovaných pracovníků se může jednat i o nevýhodu. Na druhou stranu, jak ukazuje vlastní výzkum, nad odchodem do zahraničí uvažovalo jen 28 % lékařů, přičemž skutečnost, že jedinec nad něčím uvažuje ještě nemusí

znamenat, že to realizuje, což potvrzuje i skutečnost, že například na nabídky práce v zahraničí na webu MPSV se již někdy dívalo jen 17 % respondentů (a to stále neznámá, že všichni z těchto respondentů skutečně do zahraničí odejdou). Z hlediska obavy z odchodu a nedostatku lékařů či dokonce ohrožení pacientů se však lze podívat na případ Polska, kde tyto obavy panovaly v souvislosti se vstupem do EU velmi intenzivně. Řada lékařů samozřejmě do zahraničí skutečně odešla, nicméně předpokládaný problém, nedostatek lékařů a ohrožení pacientů, nenastal. Situace je patrně velmi podobná té v České republice.

Česká republika má každopádně zájem na udržení kvalitních lékařů, což vede k tomu, že je zde takřka nutnost investovat do jejich mezd stejně jako do vybavení nemocnic, pracovního prostředí a podmínek, což jsou faktory, které mají často vliv a rozhodnutí lékaře, že odejde za prací do zahraničí. To ovšem významně zatěžuje státní rozpočet (pokud se jedná o zdravotnická zařízení, která jsou z něj financována). Po ekonomické stránce může být významné i to, že lékař, který žije v zahraničí odvádí jinde daně ze svého příjmu a vlastně i velkou část útrat realizuje v zahraničí, tj. nepodporuje českou, ale naopak zahraniční ekonomiku. Výjimkou jsou pouze lékaři, kteří přejíždějí mezi bydlištěm v ČR a prací v zahraničí (v sousedních zemích), což je ovšem v případě ČR menšina případů.

Lze tedy konstatovat, že migrace lékařů za prací má jednoznačně celou řadu ekonomických důsledků, na které v souvislosti s problematikou odchodu lékařů do zahraničí není pomýšleno jako na primární problém (častěji se hovoří např. o nedostatku lékařů apod.), nelze je však opomíjet, protože mají zásadní význam.

## LITERATURA

BOGUE, Donald J. Techniques and hypotheses for the study of differential migration: some notes from an experiment with US data. In: International Population Conference. 1963. ISBN neuvedeno.

BUNDRED, Peter E.; LEVITT, Cheryl. Medical migration: who are the real losers?. The Lancet, 2000, ISSN 356.9225.

COLLIER, Paul. Exodus: jak migrace mění náš svět. Přeložil Blanka BOBOKOVÁ, přeložil Vincent RICHARDS. Praha: Libri, 2017. ISBN 978-80-7277-557-6.

ČLK Česká lékařská komora. [online]. Copyright © 2011, grafika [cit. 09.12.2018]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/clk-2.html>

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.

GALGÓCZI, Béla a Janine LESCHKE. EU Labour Migration since Enlargement: Trends, Impacts and Policies. Londýn: Routledge. 2016. ISBN 9781317140207.

HORÁKOVÁ, Milada. Dlouhodobé trendy ve vývoji pracovních migrací v České republice. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-020-2.

JANÁČKOVÁ, Stanislava, Jan SKOPEČEK, Martin SLANÝ, et al. Masová imigrace: záchrana, nebo zkáza Evropy?. Praha: Institut Václava Klause, 2016. Publikace (Institut Václava Klause). ISBN 978-80-7542-007-7.

JANSEN, Clifford. Some Sociological Aspects of Migration. Migration. Cambridge: Harvard University Press. 1969. ISBN neuvedeno.

KORDEL, PIOTR; PRZASTEK, MIROSLAW; KORDEL, KRZYSZTOF. European Union enlargement and the process of doctor migration. Poland's case. DWUMIESIĘCZNIK NAUKOWY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO, 2010, 79.4: 298-303.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

Latinsko - český slovník online - Latinsky .cz. Latinský slovník online - Latinsky .cz [online]. Copyright © 2013 [cit. 09.12.2018]. Dostupné z: <http://latinsky-slovník.latinsky.cz/latinsko-cesky/>

- LEE, Everett S. A theory of migration. *Demography*, 1966, roč. 3, č. 1. ISSN 0070-3370 [online]. [cit. 09.12.2018]. Dostupné z: [https://www.jstor.org/stable/2060063?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2060063?seq=1#page_scan_tab_contents)
- LOQUENZ, Jan, „Amenitní migrace.“ *Geografické rozhledy* 2013, č. 2, ISSN 1210-3004.
- MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY: Azyl, migrace a integrace. Terminologický slovník. [online]. [cit. 09.12.2018]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník.aspx>
- MONNAIS, Laurence a David WRIGHT. *Doctors beyond Borders: The Transnational Migration of Physicians in the Twentieth Century*. Toronto: University of Toronto Press, 2016. ISBN 978-1-442629615.
- NEVRKLA, Jiří. Profesionální migrace lékařů a právo EU. Archiv závěrečné práce Jiří Nevrkla PrF M-PPV PR /isrqq/. Veřejné služby Informačního systému [online]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/isrqq/?so=nx>
- NEZMAR, Luděk. *GDPR: praktický průvodce implementací*. Praha: Grada Publishing, 2017. Právo pro praxi. ISBN 978-80-271-0668-4.
- OSZSP ČR. O nás | Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR [online]. Copyright © 2012 [cit. 09.12.2018]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickeodbory.cz/cz/o-nas.aspx>
- PALÁT, Milan. *Ekonomické aspekty mezinárodní migrace: teorie a praxe v Evropské unii*. Ostrava: Key Publishing, 2013. Monografie (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-161-0.
- PALÁT, Milan. *Determinanty vzniku migrace a statistiky cizinců v Evropské unii*. Ostrava: Key Publishing, 2014. Monografie (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-228-0.
- PALÁT, Milan. *Mezinárodní migrace a ekonomika v Evropské unii: vývoj, determinanty, politiky a trendy*. Ostrava: Key Publishing, 2015. Monografie (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-230-3.
- POPOVOVÁ, Marie. *Mezinárodní migrace a globální governance*. Praha: Oeconomica, 2011. ISBN 978-80-245-1809-1.
- PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5232-7.

- REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- ROLNÝ, Ivo a Lubor LACINA. Globalizace, etika, ekonomika. Vyd. 3., rozš., (1. v nakl. Key Publishing). Ostrava: Key Publishing, 2008. Ekonomie (Key Publishing). ISBN 978-80-87071-62-5.
- SALT, John, CLARKE, James a kol. International Labour Migration. Strasbourg: Council of Europe. 2004. ISBN 9789287154538.
- SVOBODA, Jakub. Analýza migrace českých lékařů za prací - VŠKP - VŠE. Seznam veřejných eVŠKP - VŠE [online]. Dostupné z: [https://vskp.vse.cz/23294\\_analyza\\_migrace\\_ceskych\\_lekaru\\_za\\_praci](https://vskp.vse.cz/23294_analyza_migrace_ceskych_lekaru_za_praci)
- VAVREČKOVÁ, Jana. Migrace odborníků do zahraničí: (shrnující poznatky 1. etapy řešení projektu). Praha: VÚPSV, 2005. ISBN 80-239-6825-4.
- VAVREČKOVÁ, Jana. Migrace odborníků do zahraničí a potřeba kvalifikovaných pracovních sil. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-87007-00-X.
- VAVREČKOVÁ, Jana a Ivo BAŠTÝŘ. Působení fenoménu brain drain v ČR a výdělková motivace odborníků k práci v zahraničí. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-049-3.
- WALKER, Ian. Výzkumné metody a statistika. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.

## **Příloha č. 1: Dotazník**

### **Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Martina Průchová a jsem studentkou Západočeské Univerzity v Plzni, Fakulty ekonomické - 5. ročník, obor Podniková ekonomika a management. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku zaměřeného na problematiku pracovní migrace. Vámi poskytnuté informace bych ráda využila při zpracování své diplomové práce. Dotazník má 21 otázek a jeho vyplnění Vám zabere přibližně 5 minut. Dotazník je anonymní a bude sloužit jen pro potřeby mého výzkumu.

Děkuji Vám předem za Váš čas a ochotu.

Podpis

Zvolenou odpověď prosím označte, nebo doplňte.

#### **1) Kolik je vám let?**

- a) 23 - 28 let
- b) 29 - 39 let
- c) 40 - 55 let
- d) 56 let a více

#### **2) Jste muž nebo žena?**

- a) Muž
- b) Žena

#### **3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Vysokoškolské
- b) Vysokoškolské s atestací I. stupně
- c) Vysokoškolské studium s atestací II. stupně
- d) Vysokoškolské studium s nástavbovou specializací – doplňte.....

#### **4) Jaká je Vaše představa o adekvátní hrubé mzdě českého lékaře?**

- a) 30 000 Kč – 40 000 Kč
- b) 41 000 Kč – 50 000 Kč
- c) 51 000 – 60 000 Kč
- d) jiná

**5) Je Vaše představa o Vašem příjmu srovnatelná s Vaším současným finančním ohodnocením?**

- a) ano
- b) ne

**6) Jste spokojeni s nemocničním vybavením (přístroje, ordinace pro lékaře, lůžka pro pacienty..)**

- a) Ano
- b) Ne

**7) Pokud ne, ve třech bodech napište, co byste zlepšili.**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

**8) Jakým jazykem se domluvíte a na jaké úrovni? /A1-rozumím a dokážu odpovědět, B1-rozumím a dokážu si poradit v každé situaci, C1-rozumím, dokážu si poradit a umím se verbálně i písemně vyjádřit**

- a) Angličtina A1 \_\_\_ B1 \_\_\_ C1
- b) Francouzština A1 \_\_\_ B1 \_\_\_ C1
- c) Italština A1 \_\_\_ B1 \_\_\_ C1
- d) Němčina A1 \_\_\_ B1 \_\_\_ C1
- e) Ruština A1 \_\_\_ B1 \_\_\_ C1
- f) Slovenština A1 \_\_\_ B1 \_\_\_ C1
- g) Španělština A1 \_\_\_ B1 \_\_\_ C1
- h) Jiný \_\_\_\_\_ A1 \_\_\_ B1 \_\_\_ C1

**9) Myslíte si, že jste po jazykové stránce připraven/a ošetřovat pacienty z různých států EU?**

- a) Ano
- b) Ne

**10) Zdokonalujete se v současné době ve znalosti cizího jazyka? Lze uvádět více odpovědí.**

- a) Ano, z pracovních důvodů.
- b) Ano, pro soukromé potřeby.
- c) Ne, nepovažuji to za důležité vzhledem k mé práci
- d) Ne, jsem časově vytížen/a
- e) Ne, studium cizích jazyků je pro mě finančně náročné
- f) Ne, jiný důvod, jaký \_\_\_\_\_

**11) Uvažujete o práci v zahraničí?**

- a) Ano
- b) Ne

**12) Co by bylo dostatečnou motivací pro Váš odchod za prací do zahraničí?**

**Seřad'te dle významnosti, kdy 1 znamená nejvýznamnější podnět.**

- a) Lepší finanční podmínky 1 2 3 4 5
- b) Lepší pracovní prostředí 1 2 3 4 5
- c) Získání upotřebitelné praxe 1 2 3 4 5
- d) Zájem o život v cizině 1 2 3 4 5

**13) Máte již zkušenosti s vykonáváním Vaší profese v zahraničí?**

- a) Ano
- b) Ne

**14) Pokud ano, v jakém lékařském oboru jste vykonával(a) svou činnost? Pokud ne, nevyplňujte.**

(uved'te).....

**15) Jaký druh práce jste vykonával(a)?**

- a) DPP
- b) DPČ
- c) stáž
- d) brigáda
- e) jiné

**16) Existuje nějaká bariéra, která by Vám bránila v odchodu za prací do zahraničí? Lze uvádět více odpovědí.**

- a) jazyk
- b) rodina



- c) nejistota
- d) žádná, mám již zkušenost
- e) žádná
- f) jiné

**17) Jak by, podle Vás, měly vypadat pracovní podmínky ve zdravotnictví, aby čeští lékaři nevyhledávali zaměstnání v zahraničí? Seřad'te dle významnosti, kdy 1 znamená nejvýznamnější podnět.**

- a) Lepší finanční ohodnocení 1 2 3 4 5
- b) Kvalitnější vzdělávání 1 2 3 4 5
- c) Zkušenější spolupracovníci 1 2 3 4 5
- d) Kvalitnější technické vybavení 1 2 3 4 5

**18) Souhlasil/a byste se zavedením tarifních tabulek, které jsou využívány například v Německu?**

- a) Ano
- b) Ne

**19) Co by bylo impulsem pro Váš odchod za prací do ciziny? Seřad'te dle významnosti, kdy 1 znamená nejvýznamnější podnět.**

- a) Nízká mzda 1 2 3 4 5
- b) Nedostatečné zázemí 1 2 3 4 5
- c) Nedostatečné uznání v oboru 1 2 3 4 5

**20) Slyšel(a) jste někdy o Evropských službách zaměstnanosti?**

- a) Ano
- b) Ne

**21) Navštívil(a) jste portál MPSV, kde jsou nabídky práce v zahraničí?**

- a) Ano
- ne) Ne

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce je zaměřena na migraci pracovní síly. V teoretické části je vymezen pojem migrace, je zde uvedena základní charakteristika analyzované oblasti a jsou také shrnuty základní atributy předmětného tématu. Teoretická část práce se zaměřuje zejména na současnou migraci, respektive současnou situaci v oblasti migrace a její aktuální stav. Hlavním cílem této práce je analyzovat současný stav pracovní migrace, vyhodnotit její dopady na ekonomickou situaci a zjistit počty migrujících lékařů za lepšími pracovními podmínkami.

Praktická část je věnována vyhodnocení vlastního dotazníkového šetření, přičemž respondenty dotazníku byli zaměstnanci z hospitalizačních zařízení. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, zda respondenti mají s pracovní migrací nějaké zkušenosti a z jakých důvodů by o této příležitosti uvažovali.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Migrace, důsledky migrace, mezinárodní migrace, migrační krize, migrační politika.

## **ABSTRACT**

This graduation thesis deals with migration of manpower. In theoretical part is defined the concept of migration, is there also mentioned the basic characteristics of analysed sphere and the basic attributes of the theme. The theoretical part of this thesis is focused on contemporary migration, especially present situation in sphere of the migration and her current status. The main theme of this thesis is the analysis of current status of manpower migration, evaluation of the migration effects on economic situation and detection the numbers of the doctors, who migrate for better working conditions.

The practical part of this thesis is formed by evaluation of the questionnaire, where the respondents were employees from the hospitalization facilities. The objective of the questionnaire was to find out experiences of respondents with manpower migration and detect their reasons, why they would consider about migration opportunity.

## **KEY WORDS**

Migration, consequences of migration, international migration, migration crisis, migration policy