

Univerzita Karlova

Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Geografie

Studijní obor: Sociální geografie a regionální rozvoj



Bc. Michal Šimůnek

**Potenciální migrace studentů medicíny se zvláštním zřetelem na vliv institucí versus
rodinných sítí a dalších osobních vazeb**

Potential migration of medical students with special regard to the influence of institutions
versus family and other personal networks

Diplomová práce

Vedoucí práce: prof. RNDr. Dušan Drbohlav, CSc.

Praha 2022

Abstrakt

Mezinárodní migraci a náboru zdravotnických pracovníků se celosvětově dostává zvýšené pozornosti, vzhledem k celosvětovému nedostatku lékařů, jenž výrazně zviditelnila pandemie Covid-19, která celosvětově vypukla začátkem roku 2020. V rámci českého zdravotnického systému je odchod lékařů do zahraničí chápán jako poměrně velký problém, především u začínajících mladých lékařů a absolventů, jelikož Česko nedisponuje dostatkem lékařů a má zároveň nevyhovující věkovou strukturu lékařů. Předložená diplomová práce se zabývá studiem potenciální migrace studentů medicíny s důrazem na vliv institucí versus rodinných a dalších osobních sítí, které plní významnou roli v rámci migračních pohybů. Cílem je zjistit pravděpodobnost migračního úmyslu mediků odejít pracovat do zahraničí a také se pokusíme určit, do jaké míry je tento odchod reálný. Část výzkumu se také zaměřuje na zkoumání dalších vybraných charakteristik, jako jsou motivy odchodu, délka migrace, cílové destinace či bariéry bránící odchodu do zahraničí. Výzkumné cíle jsou analyzovány kvantitativní metodou na základě odpovědí z vlastního polo-strukturovaného dotazníkového šetření. Zkoumaný vzorek je reprezentován 397 mediky 4.-6. ročníku studujícími obor Všeobecné lékařství na čtyřech lékařských fakultách Univerzity Karlovy. Výsledky zkoumání ukázaly, že odchod mediků za pracovními příležitostmi do zahraničí se nejeví jako alarmující. Navíc se jedná převážně o návratovou migraci, pokud již někteří medici uvažují o odchodu za prací do zahraničí. Významnými motivy potenciální migrace jsou lepší pracovní podmínky a s tím související vyšší finanční ohodnocení. Mezi bariéry bránící odchodu do zahraničí, které jsme identifikovali na základě faktorové analýzy, se jako nejvýznamnější jeví sociální bariéra. Také se podařilo přispět do diskuse o institucionálních či rodinných a dalších osobních aktérech, kteří zčásti ovlivňují migrační pohyby studentů medicíny. Výsledky této práce naznačují, že při zisku pracovních příležitostí jsou spíše důležitější sociální vazby, kdežto u případné integrace hrají důležitější roli institucionální aktéři. Na základě výzkumu musíme zdůraznit klíčovou úlohu, v obou procesech, vlastní iniciativu mediků.

Klíčová slova: potenciální migrant, aktivní migrant, nemigrant, instituce, rodinné a další osobní sítě

Abstract

International migration and recruitment of medical staff are receiving increasingly higher levels of attention. Especially since the Covid-19 pandemic, which broke out at the beginning of 2020, has brought attention to the global shortage of medical practitioners. Czechia has insufficient numbers of medical doctors and the country's age distribution for the profession is inadequate. Hence, within the Czech healthcare system, the migration of medical practitioners abroad is considered a relatively critical issue, particularly concerning young doctors and recent medical graduates. This diploma thesis examines the potential migration of medical students focusing on the influence of institutions as opposed to familial or other personal networks; these fulfil an important role in relation to the patterns of migration. The goal is to determine the probability of medical students' intention to migrate abroad for work. The thesis also aims to establish to what extent this migration is realistic. Part of the research focuses on the study of other selected characteristics, such as motives for leaving, length of migration, target destinations, or barriers that inhibit the move abroad. The aims of the study are analysed using a quantitative method based on answers to a self-developed semi-structured questionnaire. The studied sample is represented by 397 medical students of General Medicine in their 4th - 6th year at four different medical faculties of Charles' University. The results of the study showed that the relocation of medical practitioners abroad to pursue employment opportunities does not seem as alarming. Additionally, if medical students are considering leaving for work opportunities, it is generally a return migration. The most significant motives for potential migration are better work conditions and the associated higher financial compensation. Social barriers showed to be the most pertinent among the identified barriers presenting an obstacle to relocation. These barriers were identified based on factor analysis. The study contributes to the discussion on the role played by institutional, familial, and other personal actors, which partly influence medical students' patterns of migration. The findings of this study indicate that social connections play a more central role in connection to obtaining a job, whereas institutional actors take on a more principal role for potential integration. Given the results of the study, it is also important to highlight the key role played by medical students' initiative pertaining to both processes, the obtaining of a job and integration.

Key words: potential migrant, active migrant, non-migrant, institution, family or personal networks

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v příloženém seznamu literatury. Tato práce ani její dílčí část nebyla předložena k získání jiného ani stejného akademického titulu.

V Praze dne 28. července 2022

.....
Bc. Michal Šimůnek

Poděkování

Rád bych poděkoval prof. RNDr. Dušanu Drbohlavovi, CSc., vedoucímu mé práce za poskytnuté rady, názory, připomínky a čas, který mi věnoval. Dále bych chtěl poděkovat RNDr. Jiřímu Hasmanovi, Ph.D., za významnou pomoc při realizaci statistické analýzy pro tuto diplomovou práci. V neposlední řadě bych rád poděkoval doc. RNDr. Pavlu Chromému, Ph.D. a Mgr. et Mgr. Davidu Hurnému za pomoc při organizaci šetření, doc. RNDr. Markétě Martínkové, Ph.D. za poskytnutá data o počtech studentů a MUDr. Martinu Kočímu a Mgr. Lence Šlegerové za podporu, rady a technickou pomoc při tvorbě dotazníkového šetření. Poděkování patří i studijním oddělením lékařských fakult Univerzity Karlovy za pomoc při distribuci dotazníkového šetření. Nakonec bych chtěl poděkovat mé rodině za velkou podporu během psaní diplomové práce i v průběhu celého studia.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM PŘÍLOH	11
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	12
1 ÚVOD	13
1.1 Zasazení tématu do kontextu dnešní doby.....	16
1.2 Cíle a výzkumné otázky	17
1.3 Terminologie důležitých pojmů	18
2 TEORETICKÝ RÁMEC A DISKUSE LITERATURY	20
2.1 Mezinárodní migrace v kontextu zdravotnictví.....	20
2.1.1 Příčiny migrace.....	21
2.1.2 Důsledky migrace	23
2.1.3 Bariéry migrace	25
2.2 Konceptuální uchycení migračních pohybů	26
2.2.1 Model push a pull faktorů.....	27
2.2.2 Neoklasická teorie – mikro-úroveň	28
2.2.3 Nová ekonomie pracovní migrace.....	29
2.2.4 Teorie sítí.....	30
2.2.5 Institucionální teorie	31
2.3 Přehled předešlých výzkumů zkoumajících migraci mediků	32
2.3.1 Potenciální migrace mladých lékařů v méně vyspělých státech.....	32
2.3.2 Potenciální migrace mladých lékařů ve středně vyspělých státech.....	33
2.3.3 Potenciální migrace mladých lékařů ve vyspělých státech	35
2.3.4 Potenciální migrace v kontextu Česka.....	37
2.3.5 Shrnutí	39

3	SOUČASNÝ STAV ZDRAVOTNICKÉHO SEKTORU S OHLEDEM NA POTENCIÁLNÍ A REÁLNOU MIGRACI.....	40
3.1	System zdravotnického sektoru a jeho kvalita v Česku	40
3.1.1	Český zdravotnický systém	41
3.1.2	System vzdělávání ve zdravotnictví	41
3.2	Současný stav zdravotnického sektoru	42
3.2.1	Demografické faktory	43
3.2.2	Ekonomické faktory	51
3.2.3	Kvalita prostředí a pracovních podmínek.....	52
4	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	55
4.1	Výzkumný vzorek	55
4.2	Volba cílové skupiny	56
4.3	Metoda sběru dat	56
4.3.1	Tvorba dotazníku.....	57
4.3.2	Struktura dotazníku	57
4.3.3	Realizace sběru dat	58
4.4	Použité metody vyhodnocení dat.....	59
4.5	Nedostatky a problémy při výzkumu a zpracování dat	59
5	VLASTNÍ VÝZKUM.....	60
5.1	Charakteristika respondentů	60
5.1.1	Pohlaví a věk mediků	61
5.1.2	Charakteristika mediků z hlediska studia	62
5.1.3	Jazykové znalosti mediků.....	63
5.1.4	Studijní či pracovní zkušenosti v zahraničí	66
5.2	Pravděpodobnost migrace.....	68
5.2.1	Reálnost migrace	70
5.2.2	Cílové destinace.....	74

5.2.3	Délka pobytu v zahraničí.....	76
5.2.4	Motivy odchodu.....	77
5.2.5	Riziko či pravděpodobnost migrace mediků	79
5.3	Charakteristika typických zástupců migrantů a nemigrantů.....	81
5.3.1	Typický potenciální migrant.....	81
5.3.2	Typický aktivní migrant	82
5.3.3	Typický nemigrant.....	83
5.4	Faktory bránící migraci	83
5.5	Vliv institucionálních aktérů vs rodinných/osobních aktérů	86
5.5.1	Důležitost aktérů při získávání práce.....	88
5.5.2	Důležitost aktérů při případné integraci	90
5.6	Porovnání výsledků tohoto výzkumu s výsledky podobné studie z roku 2006 zabývající se potenciální migrací mediků	92
6	ZÁVĚRY A DISKUSE.....	95
6.1	Doporučení pro praxi a možné další směry výzkumu	102
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	105
	PŘÍLOHY	113

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Graf 1: Počet lékařů na 1 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v roce 2019</i>	44
<i>Graf 2: Vývoj počtu vystudovaných lékařů na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v letech 1995–2019</i>	45
<i>Graf 3: Počet vystudovaných lékařů na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v roce 2019</i>	46
<i>Graf 4: Podíl lékařů v jednotlivých věkových kategoriích v Česku za rok 2019</i>	47
<i>Graf 5: Vývoj podílu lékařů vzdělaných v zahraničí z celkového počtu lékařů v Česku v období 2000–2019 (v %)</i>	49
<i>Graf 6: Vývoj podílu lékařů dle pohlaví z celkového počtu lékařů v Česku v období 1994–2013 (v %)</i>	50
<i>Graf 7: Celkový počet CT a MRI na 1 000 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v roce 2018</i>	53
<i>Graf 8: Počet návštěv lékaře na 1 obyvatele ve vybraných zemích OECD v roce 2019</i>	54
<i>Graf 9: Pohlaví respondentů (v %)</i>	61
<i>Graf 10: Zastoupení respondentů dle fakult (v %)</i>	62
<i>Graf 11: Zastoupení respondentů dle ročníků (v %)</i>	63
<i>Graf 12: Znalost jednotlivých jazyků (v %)</i>	64
<i>Graf 13: Studium či práce v zahraničí v posledních 10 letech po dobu delší než 3 měsíce ? (v %)</i>	67
<i>Graf 14: Účel studia či práce v zahraničí v posledních 10 letech po dobu delší než 3 měsíce (v %)</i>	68
<i>Graf 15: Míra potenciální migrace v kontextu celého zkoumaného vzorku (v %)</i>	69
<i>Graf 16: Realizace konkrétních kroků pro záměr práce v zahraničí (v %)</i>	70
<i>Graf 17: Realizované konkrétní kroky respondentů (v %)</i>	71
<i>Graf 18: Termín odchodu (v %)</i>	72
<i>Graf 19: Míra reálnosti migrace v kontextu celého zkoumaného vzorku (v %)</i>	74
<i>Graf 20: Cílové destinace (v %)</i>	75
<i>Graf 21: Plánovaná délka pobytu v zahraničí (v %)</i>	76

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Vývoj počtu nově registrovaných lékařů v Česku v letech 1996–2020</i>	43
<i>Tabulka 2: Počet českých lékařů emigrujících do zahraničí v období 2015–2019</i>	47
<i>Tabulka 3: Počet a podíl absolventů lékařských fakult s žádostí o certifikát o nečlenství v České lékařské komoře v období 2015–2020</i>	48
<i>Tabulka 3: Srovnání průměrné měsíční hrubé mzdy v rámci vybraných zemí OECD za rok 2019</i>	51
<i>Tabulka 4: Struktura respondentů na základě jejich občanství</i>	55
<i>Tabulka 5: Zastoupení úrovně znalosti jazyků dle CEFR u respondentů (v %)</i>	65
<i>Tabulka 6: Index jazykové znalosti</i>	66
<i>Tabulka 7: Rozdělení potenciálních a aktivních migrantů</i>	73
<i>Tabulka 8: Zastoupení jednotlivých motivů odchodu za prací do zahraničí</i>	78
<i>Tabulka 9: Rotovaná matice faktorových zátěží</i>	84
<i>Tabulka 10: Zastoupení známých, kamarádů či rodinných příslušníků v cílové zemi</i>	86
<i>Tabulka 11: Kontingenční tabulka – souvislost typu vztahu s jeho důležitostí při případném odchodu do zahraničí</i>	88
<i>Tabulka 12: Zastoupení důležitosti jednotlivých aktérů při získávání práce v zahraničí</i>	89
<i>Tabulka 13: Zastoupení důležitosti jednotlivých aktérů v počátku případné integrace v cílové zemi v zahraničí</i>	91

SEZNAM PŘÍLOH

<i>Příloha č. 1 – Dotazníkové šetření včetně relativních četností (N=467)</i>	<i>113</i>
<i>Příloha č. 2 – Dotazníkové šetření včetně relativní četností (N=397)</i>	<i>120</i>
<i>Příloha č. 3 – Dotazníkové šetření včetně relativních četností (N=240)</i>	<i>122</i>
<i>Příloha č. 4 – Dotazníkové šetření včetně relativních četností (N=96)</i>	<i>124</i>
<i>Příloha č. 5 – Četnosti atributů typického představitele potenciálních migrantů.....</i>	<i>129</i>
<i>Příloha č. 6 – Četnosti atributů typického představitele aktivních migrantů.....</i>	<i>130</i>
<i>Příloha č. 7 – Četnosti atributů typického představitele nemigrantů</i>	<i>131</i>
<i>Příloha č. 8 – Cílové destinace (v %).....</i>	<i>132</i>
<i>Příloha č. 9 – Plánovaná délka pobytu v zahraničí? (v %).....</i>	<i>132</i>
<i>Příloha č. 10 – Zastoupení jednotlivých motivů odchodu za prací do zahraničí</i>	<i>133</i>
<i>Příloha č. 11 – Upravený poměr šancí (OR) a 95% interval spolehlivosti pro zjištění pravděpodobnosti migrace.....</i>	<i>134</i>
<i>Příloha č. 12 – Faktorová analýza – Korelační matice</i>	<i>135</i>
<i>Příloha č. 13 – Faktorová analýza – Celkový rozptyl vysvětlený.....</i>	<i>136</i>
<i>Příloha č. 14 – Komunalita</i>	<i>137</i>
<i>Příloha č. 15 – Faktorová analýza – Matice faktorových skóre</i>	<i>138</i>
<i>Příloha č. 16 – Zastoupení důležitosti jednotlivých aktérů při získávání práce v zahraničí.....</i>	<i>139</i>
<i>Příloha č. 17 – Zastoupení důležitosti jednotlivých aktérů v počátku případné integrace v cílové zemi v zahraničí.....</i>	<i>139</i>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CEFR	Common European Framework of Reference
CT	Počítačová tomografie
ČLK	Česká lékařská komora
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
MRI	Magnetická rezonance
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
USD	Americký dolar
USMLE	Americká lékařská licenční zkouška
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
WHO	Světová zdravotnická organizace
YFU	Youth For Understanding

1 ÚVOD

Mezinárodní migraci a náborem zdravotnických pracovníků se celosvětově dostává zvýšené pozornosti. Světová zdravotnická organizace v roce 2016 uvedla, že na celém světě chybí 2,8 milionu lékařů (WHO, 2016). Profese týkající se zdravotnického sektoru jsou tak považovány za velmi žádané i ve vyspělých zemích světa, kde se tento problém řeší především náborem lékařů ze zahraničí (Ikenwilo 2007; Vavrečková a kol. 2007). Dle některých výzkumů se tak migrace zdravotnických pracovníků neustále zvyšuje především vlivem demografických problémů, kam řadíme vysoký průměrný věk lékařů a obecně rostoucí stárnoucí populaci s větší potřebou lékařské péče. Dále jsou viditelné vysoké nároky na zdravotní péči, ale i další sociální problémy některých členských států Evropské unie (Bojanic, Bojanic, Likic 2015; Dodani, LaPorte 2005; IHS Markit 2021).

Tyto problémy byly navíc umocněny vlivem pandemie Covid-19, která celosvětově vypukla začátkem roku 2020 a oslabilá až začátkem roku 2022. V rámci tohoto období pandemie způsobila přetížení lékařů po celém světě (Bojanic, Bojanic, Likic 2015; IHS Markit 2021). V Česku byly v důsledku nedostatečné kapacity povoláni studenti posledních ročníků lékařských fakult i středních zdravotnických škol (iROZHLAS 2020). Americká lékařská asociace uvedla, že přetížení je tak vysoké, že může vést k syndromu vyhoření a odchodu lékařů z praxe (IHS Markit 2021).

V rámci některých zemí východní Evropy a zároveň i v zemích Evropské unie, které jsou podobné Česku, je emigrace lékařů chápána jako poměrně velký společenský problém, především u začínajících mladých lékařů a absolventů (Humphries et al. 2021; Bojanic, Bojanic, Likic 2015; Krajewski-Siuda et al. 2012). To je zapříčiněno hlavně tím, že zdravotničtí pracovníci hledají příležitosti, které odpovídají jejich dovednostem, kvalifikacím, osobnímu a sociálnímu kontextu a potřebě vyšších výdělků (Dodani, LaPorte 2005; Lee 1966).

Potenciálním rizikem odchodu mediků za prací do zahraničí se v rámci Česka zabývala studie, která vznikla pod záštitou VÚPSV z roku 2006 a která se zčásti zaměřovala na studenty 4. – 6. ročníků lékařských fakult. Ačkoliv tato, ani dřívější studie neprokázaly, že emigrace českých lékařů do zahraničí by měla být v následujících letech dramatická, výsledkem této studie byl poměrně vysoký migrační potenciál lékařů a studentů medicíny (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Tématem diplomové práce je pravděpodobnost migračního pohybu mediků s důrazem na vliv aktérů, kteří hrají důležitou roli v rámci pracovní migrace a případné integrace. Toto téma zvolil autor z důvodu obav z rostoucích migračních tendencí mediků v kontextu demografických a sociologických problémů, které jsou uvedeny výše. Ačkoliv na podobné téma již výzkumy v rámci Česka vznikly, měl autor pocit, že tyto výsledky nejsou aktuální a je potřeba tento výzkum provést obdobně a zároveň vnést do tohoto tématu nové poznatky ohledně vlivu aktérů v rámci získávání práce a případné integrace. Výsledky zkoumání by tak mohly ukázat určité trendy v migračním pohybu mediků a s tím souvisejícího vlivu institucí a rodinných či osobních sítí, které plní významnou roli v rámci migračních pohybů. Zároveň by mohla práce směřovat k vytvoření dalších výzkumů na toto téma, které by tak mohly pomoci lepšímu prozkoumání této oblasti a případně pomoci vytvářet strategie bránící této migraci nebo minimalizaci důsledků odchodu lékařů či mediků do zahraničí.

Cílem této práce tak bude zjistit a analyzovat pravděpodobnost migračního úmyslu mediků odejít pracovat do zahraničí a pokusit se určit, do jaké míry je tento odchod reálný. Dále je cílem identifikovat jejich vybrané charakteristiky a zjistit, jakou roli v jejich případném migračním pohybu hrají instituce či rodinné a další osobní sítě. Tyto poznatky by nám měly odpovědět na naše výzkumné otázky a hypotézy týkající se této problematiky.

Součástí práce je i teoretický rámec, kde se zabýváme migračními teoriemi a koncepty, které jsou stěžejní pro tuto práci. Dále budeme popisovat na základě literatury příčiny, které mohou motivovat budoucí lékaře k odchodu, bariéry, které naopak brání jejich odchodu, ale i důsledky jak pro samotné studenty medicíny, tak i zdrojové země, jež mohou plynout z jejich odchodu do zahraničí. V neposlední řadě budeme diskutovat výzkumy, které byly publikovány na podobné téma, a nakonec stručně zanalyzujeme současný stav zdravotnického sektoru v Česku.

V praktické části práce se zaměříme na samotný výzkum, který vychází z dat našeho dotazníkového šetření, jež bylo distribuováno elektronickou formou prostřednictvím studijních oddělení. Na základě získaných dat rozdělíme respondenty do třech kategorií. První kategorií budou nemigranti, kde budeme zkoumat faktory bránící odchodu za prací do zahraničí. Zbylé dvě kategorie jsou medicí, kteří uvažují o odchodu za prací do zahraničí, tedy potenciální a aktivní migranti. Tyto dvě kategorie budeme analyzovat v rámci výzkumného vzorku jako celek, ale i v rámci porovnání mezi těmito skupinami. Součástí

těchto analýz bude, kromě pravděpodobnosti migrace, zkoumána také reálnost migrace, cílové destinace, předpokládaná délka pobytu či motivace, které vedou mediky k odchodu. Nakonec budeme zjišťovat, zda při získávání práce a v případné integraci mají větší vliv instituce, nebo rodinné a další osobní sítě mediků. Na základě výsledků našeho výzkumu se pokusíme definovat závěry, které se týkají pravděpodobnosti migrace mediků.

1.1 Zasazení tématu do kontextu dnešní doby

Světová zdravotnická organizace již v roce 2006 informovala o celosvětovém nedostatku odborníků ve zdravotnickém sektoru (WHO 2006). Odhaduje se, že nedostatek lékařů na celém světě činí asi 2,8 milionu (WHO 2016). V roce 2019 byly tyto obavy potvrzeny v souvislosti s celosvětovou pandemií Covid-19. Probíhající epidemie, která je způsobená koronavirem SARS-CoV-2, vypukla v prosinci 2019 v čínském městě Wu-chan. Následně se začala šířit do celého světa. Na českém území byl tento virus potvrzen 1. března 2020 a jeho výskyt zde trvá již déle než dva roky (ČT24 2021). Během tohoto období bylo k datu 13.5.2022 v Česku potvrzeno 3 915 703 osob, které toto onemocnění prodělaly, přičemž zemřelo více než 40 tisíc lidí (MZČR 2022). V období druhé vlny pandemie Covid-19 byli do zdravotnických zařízení povoláni studenti hlavně posledních dvou ročníků lékařských fakult a 3. a 4. ročníku středních zdravotnických škol. Důvodem tohoto kroku byla neustupující pandemie a nedostatečná kapacita zdravotnického personálu, který byl již přetěžován (iROZHLAS 2020).

Obecný nedostatek lékařů řeší vyspělé země nábořem lékařů ze zahraničí, především z méně vyspělých států (Ikenwilo 2007). Dřívější studie sice neprokázaly, že emigrace českých lékařů do zahraničí by měla být v následujících letech dramatická, přesto je migrační potenciál lékařů a studentů medicíny poměrně vysoký (Vavrečková a kol. 2007). Pandemie Covid-19 ukázala, že odchod lékařského personálu do zahraničí by mohl znamenat velký problém nejen pro rozvojové země v celosvětovém kontextu, ale také i pro ty vyspělé země, kam můžeme zařadit i Česko. Hlavním důvodem je, že pandemie pravděpodobně zvýší celosvětovou konkurenci lékařů. Kromě již obecných problémů, jako je vysoký průměrný věk lékařů a rostoucí stárnoucí populace s větší potřebou lékařské péče, způsobila tato pandemie ještě větší přetížení lékařů (Bojanic, Bojanic, Likic 2015; IHS Markit 2021). Přetížení lékařů v některých vyspělých státech (např. Spojené státy americké) je tak vysoké, že může vést k syndromu vyhoření a odchodu lékařů z praxe (IHS Markit 2021). To může způsobit nedostatek lékařů zejména v zemích se středními příjmy, jelikož země s vysokými příjmy budou masivně lákat jejich lékaře do svého zdravotnického systému (Humphries et al. 2021).

1.2 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit pravděpodobnost naplnění migračního úmyslu budoucích lékařů odejít pracovat do jiné země, identifikovat jejich vybrané charakteristiky a zejména zjistit, jakou roli v jejich případném migračním pohybu hrají instituce či rodinné a další osobní sítě. Cílem je tedy zjistit, jaký počet studentů posledních tří ročníků všeobecného lékařství (na čtyřech medicínských fakultách Univerzity Karlovy) uvažuje o práci v zahraničí po dokončení studia a zároveň se pokusit určit, do jaké míry je jejich odchod reálný. To stanovíme na základě kroků, které v tomto směru již učinili nebo hodlají učinit. Dále budeme zjišťovat, jaké aktéry hodlají medicí využit pro získání pracovní příležitosti či při případné integraci v cílové zemi.

Součástí výzkumu je několik dílčích cílů, které tato práce zkoumá. Těmi jsou identifikace motivů těch, kteří o pracovní mezinárodní migraci reálně uvažují, stanovení cílových destinací a také zjišťujeme, zda plánují odejít natrvalo nebo jen na dočasnou dobu. Dalším dílčím cílem bude zjištění faktorů, které brání budoucím lékařům odejít za prací do zahraničí.

Shrňme-li výše naznačené, v rámci této diplomové práce tedy bylo, na základě cílů, stanoveno několik základních výzkumných otázek a hypotéz:

- **Jaké jsou migrační tendence a jaká je pravděpodobnost migračního úmyslu budoucích lékařů?**
 - o H: Předpokládáme, že migrační potenciál budoucích lékařů bude poměrně vysoký. Míra reálnosti odchodu pracovat do zahraničí bude ale výrazně nižší (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006; Krajewski-Siuda et al. 2012).
- **Jak významnou roli při rozhodování o pracovní migraci mezi budoucími lékaři hrají institucionální aktéři v porovnání s rodinnými a dalšími osobními sítěmi?**
 - o H: Předpokládáme, že pro získání pracovního místa využijí budoucí lékaři spíše institucionální aktéry, ale v procesu integrace by mohly hrát významnější roli sociální vazby rodinného či osobního, případně komunitního charakteru (Bojanic, Bojanic, Likic 2015; Vavrečková a kol. 2008)

- **Jaké faktory brání budoucím lékařům odejít pracovat do zahraničí?**
 - H: Předpokládáme, že nejvýznamnější faktor, který ovlivňuje budoucí lékaře v procesu rozhodování o práci v zahraničí, bude odloučení od rodiny a přátel. Mezi další významné faktory bránící migraci mohou patřit obavy z nedostatečné jazykové vybavenosti či obavy z neuplatnění se v zahraničí (Gouda et al. 2015; Krajewski-Siuda et al. 2012).
- **Jaké motivy nejvíce ovlivňují budoucí lékaře při rozhodování o tom, zda odejdou pracovat do zahraničí?**
 - H: Na základě předešlých výzkumů předpokládáme, že vyšší finanční ohodnocení bude nejvýznamnějším faktorem v procesu rozhodování o pracovní migraci (Suciu et al. 2017; Moss et al. 2004).
- **Jaká je předpokládaná délka pracovního pobytu budoucích lékařů?**
 - H: Předpokládáme, že u budoucích lékařů bude převažovat dočasná délka pracovního pobytu (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006; Krajewski-Siuda et al. 2012).
- **Jaké země jsou hlavní cílová migrační teritoria budoucích lékařů?**
 - H: Předpokládáme, že hlavní cílová migrační teritoria budou Velká Británie, Irsko a geograficky blízké Německo (Vavrečková a kol. 2007).

1.3 Terminologie důležitých pojmů

Tato část slouží k vysvětlení a definování některých pojmů, se kterými pracujeme. Toto představení je nutné pro pochopení tématu této diplomové práce. Těmito pojmy jsou:

Migrace: Definujeme ji jako prostorové přemísťování osob přes mezinárodní hranice či administrativní hranice v rámci státu, přičemž se zároveň jedná o změnu místa bydliště, která může trvat kratší i delší dobu (Kalibová, Pavlík a Vodáková 2009).

Emigrace: Emigrace znamená dobrovolné překročení mezinárodně uznávané hranice na území mimo domovskou oblast. Emigranta lze tedy charakterizovat jako osobu, která opouští území svého domovského státu za účelem pobytu dlouhodobějšího charakteru, tedy na více než jeden rok (Porsche 2019; United Nations 2017).

Imigrace: Imigrace se vyznačuje překročením mezinárodně uznávané hranice směrem z domovské země do cílové země. Imigrant je tedy cizinec, který přichází do cílové země

za účelem pobytu dlouhodobějšího charakteru, tedy na více než jeden rok (Porsche 2019; United Nations 2017).

Migrant: Migrantem je podle OSN každý člověk, který překročí mezinárodně uznávané hranice a v cizině se zdržuje déle než jeden rok, nehledě na příčiny a způsoby migrace (United Nations 2017).

Mezinárodní migrace: Mezinárodní migraci lze jednoduše definovat jako pohyb jedince či skupiny přes hranice států, jenž je doprovázen změnou místa pobytu, kde jedinec pobývá déle než jeden rok (Drbohlav 1999; United Nations 2017).

Potenciální migrace: Potenciální migraci můžeme definovat jako předpokládaný pohyb jedince či skupiny osob přes mezinárodní hranice či administrativní hranice v rámci státu, kteří mají záměr změnit místo svého pobytu po dobu kratší než jeden rok.

Reálná migrace: Reálnou migraci můžeme definovat jako předpokládaný pohyb jedince či skupiny osob přes mezinárodní hranice či administrativní hranice v rámci státu, kteří chtějí realizovat změnu místa svého pobytu po dobu kratší než jeden rok.

Pracovní migrace: Pohyb osob z jednoho státu do druhého nebo v rámci země jejich vlastního bydliště za účelem zaměstnání (IOM 2021).

Remittance: Remittance jsou části výdělků ve formě hotovosti nebo jiného zboží, které posílá migrant do své země původu na podporu své rodiny, nebo jej může posílat na charitativní účely (Carling 2005).

2 TEORETICKÝ RÁMEC A DISKUSE LITERATURY

Teoretické vymezení je pro diplomovou práci velmi důležité, a to zejména proto, že na jeho základě je možné mnohem sofistikovaněji analyzovat výsledky našeho výzkumu, resp. je konfrontovat s obecnější výzkumnou zkušeností. Pomáhá nám tak lépe pochopit potenciální a reálnou migraci budoucích lékařů.

Teoretický rámec je rozdělen do několika částí. První část je zaměřena na stručné shrnutí mezinárodní migrace v kontextu zdravotnictví. Dále jsou zmíněné příčiny, které mohou motivovat budoucí lékaře k odchodu, bariéry, které naopak brání jejich odchodu, ale i důsledky jak pro samotné studenty medicíny, tak i zdrojové země, jež mohou plynout z jejich odchodu do zahraničí. Druhá část se zabývá vybranými migračními teoriemi a koncepty, které jsou stěžejní pro tuto práci. Ve třetí části prezentujeme výsledky podobných výzkumů, které na toto téma již proběhly v různých zemích, včetně Česka.

2.1 Mezinárodní migrace v kontextu zdravotnictví

Mezinárodní migrace je charakteristická změnou obvyklého pobytu mezi jednotlivými státy a její výrazný růst je důsledkem mnoha faktorů. Důvodem, proč se tato migrace rozvíjí tak rychle, je především globalizace a s ní spojený významný rozvoj informačních technologií a také nárůst levnějších možností dopravy (Brandt 2004). V rámci zemí, které jsou členy Evropské unie (dále EU), se zvyšuje počet kvalifikovaných migrantů. To je důsledkem toho, že je v EU volný pohyb pracovních sil, který byl zaveden Schengenskou smlouvou (Boncea 2013).

Další možnosti získat práci jinde v rámci EU, zvláště pro lékaře, přineslo vzájemné uznávání kvalifikací (IOM 2014). Lepší možnosti se týkaly hlavně zemí střední a východní Evropy. Tyto byly od roku 2004 novými členy a dosáhly zpravidla horší životní úrovně než západní členské státy EU (Vörk, Kallaste, Priinits 2004). Mezinárodní migraci a náboru zdravotnických pracovníků se celosvětově dostává zvýšené pozornosti v posledních letech (Krajewski-Siuda et al. 2012). Celkovým důvodem zvýšené migrace lékařů do vyspělých států EU jsou zřetelné alarmující demografické problémy (Dodani, LaPorte 2005). Problémem začíná být relativně vysoký průměrný věk lékařů, vysoké nároky na zdravotní péči, ale i další sociální problémy členských států EU (Bojanic, Bojanic, Likic 2015). Dalším

důvodem mohou být epidemiologické stavy, jakým je například i probíhající pandemie Covid-19.

Migrace kvalifikovaných odborníků ve zdravotnickém sektoru je celosvětovým fenoménem a Světová zdravotnická organizace (dále také WHO) odhadovala, že celosvětově byl nedostatek 2,3 milionu lékařů, zdravotních sester a porodních asistentek již v roce 2006 (WHO 2006). Navíc dle výzkumu se každým rokem migrace zdravotnických pracovníků zvyšuje (Bojanic, Bojanic, Likic 2015). To je zapříčiněno především tím, že zdravotničtí pracovníci hledají příležitosti, které odpovídají jejich dovednostem, kvalifikacím, osobnímu a sociálnímu kontextu a potřebě vyšších výdělků (Dodani, LaPorte 2005; Lee 1966). A z tohoto důvodu bude mobilita zdravotnických pracovníků pokračovat i v blízké budoucnosti (IOM 2014). Tento jev má zajisté významný dopad na kvalitu zdravotní péče jak ve zdrojových zemích, tak v zemích cílových (Stilwell at al. 2004). Tento nedostatek lékařů se projevil a již se projevuje i v probíhající pandemii Covid-19.

Obecně je dokázáno, že právě „staří“ členové EU jsou hlavními příjemci registrovaných zdravotnických pracovníků. Mezi ně můžeme řadit Irsko, Francii, Spojené království a Německo (IOM 2014). Vysoký počet registrovaných zdravotnických pracovníků mají i vyspělé země mimo EU, jako jsou Spojené státy americké, Kanada nebo Austrálie. Již v 70. letech zveřejnila WHO studii, kde, dle této zprávy, až 90 % všech migrantů ve zdravotnickém sektoru míří do pěti zemí, kterými jsou Austrálie, Kanada, Německo, Velká Británie a Spojené státy americké (Dodani, LaPorte 2005). Toto se dle různých výzkumů nějak výrazně nezměnilo (Krajewski-Siuda et al. 2012).

2.1.1 Příčiny migrace

V otázce mezinárodní migrace budoucích lékařů je nutné se zamyslet na tím, jaké příčiny je mohou vést k uskutečnění tohoto kroku. Situace ve zdravotnickém sektoru a s tím spojená mezinárodní migrace jsou poměrně specifické oproti běžné pracovní migraci. V této části se tedy zaměříme na příčiny, které by mohly ovlivňovat české budoucí lékaře v jejich rozhodnutí emigrovat.

Příčiny migrace můžeme obecně systematizovat na základě měřítkové úrovně. Tu rozdělujeme na makroúroveň a mikroúroveň. V rámci makroúrovně je kladen důraz na prostředí, ve kterém se daný jedinec pohybuje. To je tvořeno ekonomickými, sociálními a politickými podmíněnostmi, které toto prostředí formují (Kalinowska, Knapińska 2009).

Naopak na mikroúroveň je nahlíženo z pohledu daného jedince, rodiny nebo domácnosti, tedy na jeho mikro-sociální prostředí. Obecně jsou obě úrovně od sebe velmi odlišné, avšak všichni vědci se shodují na tom, že jsou tyto úrovně stejně důležité a tvoří dohromady komplexní celek (Drbohlav, Uherek 2007).

Nejdříve se zaměříme na makroúroveň, kde si popíšeme jednotlivé faktory, které mohou ovlivňovat lékaře s ohledem na jejich migrační tendence. Země, které mají vysokou ekonomickou výkonnost, mají většinou vyšší tržní mzdy než země s nižší ekonomickou výkonností.

To zapříčiňuje, že pracovníci migrují z regionů s nižšími mzdami do regionů s vyššími mzdami (Revenstein 1889). I ve zdravotnictví je dle analýz důležité HDP na obyvatele (IOM 2014). Nicméně, v lékařském sektoru se z ekonomických faktorů nejčastěji uvádí průměrná hrubá mzda a s ní související daně lékařů. Musíme brát v úvahu i to, že absolventi lékařských fakult musí nejdříve složit atestační zkoušky, které splní až po několika letech po ukončení studia, aby dosáhli na řádné platové podmínky (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012; Sedláková 2015).

Sociálních faktorů v rámci zdravotnického sektoru ve spojitosti s pracovní migrací je hned několik. Jeden z velmi důležitých aspektů hlavně u budoucích lékařů je kvalita postgraduálního vzdělání, která může být i velmi rozdílná (Sedláková 2015). Studium v zahraničí může budoucím lékařům poskytnout také výhodu oproti studentům studujícím v domovské zemi, například v kariérním postupu, jako je tomu v Irsku (Akl et al. 2007; Humphries et al. 2021). Dále jsou to pak lepší pracovní podmínky v zahraničí, kam můžeme zařadit špičkové vybavení, menší byrokracii, kratší pracovní dobu nebo i méně přesčasů, špičkové spolupracovníky, ale i příhodné společenské klima. V některých státech (např. Polsko, Německo) je naopak vnímáno například povyšování starších lékařů nad mladšími, což vytváří špatné klima ve zdravotnických institucích (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012; Docquier 2006).

Politické „push“ faktory mohou také výrazně ovlivňovat rozhodnutí o tom, zda emigrovat, či nikoliv. Politická nestabilita, korupční problémy či nižší bezpečnost země výrazně ovlivňují migranty při rozhodování o emigraci. Ve zdravotnictví se často skloňují různé problémy, které se týkají některých méně vyspělých zemí. Můžeme sem řadit různé systémové nedostatky, korupci ve zdravotnictví a nutnost reforem v těchto zemích či nedostatečné investice (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012). Významným aspektem v sektoru

zdravotnictví je pak uznávání diplomů a atestací v rámci celé EU, které usnadňuje mnohým emigraci (Vavrečková, Gazdagová 2005). Na základě směrnice 2005/36/EU, jež se týká i lékařů, lze v rámci zemí EU uznat kvalifikaci, znalost jazyků a jejich odborné akademické tituly (Gokolfinoupolos 2016). V rámci geografických faktorů je důležitá především geografická blízkost s ekonomicky silnějšími státy (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012). Obecně totiž platí, že čím více je domovská země vzdálenější od cílové, tím klesá migrace (Fields 1979).

Pokud se zaměříme na mikroúroveň, významnou úlohu v rámci migrace mají sítě lidských vztahů. Pro migranty je velmi důležité udržovat kontakt s někým ze zahraničí nebo znát někoho ze svého blízkého okolí, kdo v zahraničí žije. Pokud jsou takovéto kontakty udržovány, je mnohem snazší pro dané osoby přijmout rozhodnutí emigrovat. Tomu dnes výrazně pomáhají i nové moderní technologie, jako je například Skype nebo Whatsapp atd. (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012). Sociální sítě mohou ulehčit přístup migrantů k pracovním příležitostem a mohou také pozitivně působit i na proces případné integrace, jako je akulturace a adaptace. Podporují i vznik subkultur, které mohou imigrantským komunitám výrazně prospívat (Horáková 2007). Dále jsou sociální sítě považovány za velmi spolehlivý zdroj informací, což je u migrace jeden z klíčových aspektů (Schumann, Maaz, Peters 2019).

V rámci migrace vysoce kvalifikovaných pracovních sil jsou velmi důležité i osobní faktory. Hlavní determinantou v rámci této oblasti je obecně zlepšení kvality života (Horáková 2007). Možnost emigrace zvyšuje možnost osobního rozvoje, rozvoj jazykových dovedností nebo naplnění touhy poznávat nové kultury a životní styly (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012). Další významnou příčinou může být nedostatečné uznání této profese společností v daném státě (Gouda et al. 2015). Signifikantními aspekty jsou také obecná inklinace k cestování a k životu v zahraničí a potenciální profesní růst, které jsou ve spojení se zdravotnictvím poměrně důležitými motivačními faktory u budoucích lékařů. Zdravotnické systémy jsou si po celém světě v zásadě podobné a umožňují tak studentům i lékařům cestovat po celém světě, aniž by měli problém najít si práci v tomto sektoru (Sedláková 2015; Tjadens, Wielandt, Eckert 2012).

2.1.2 Důsledky migrace

Důsledků pracovní migrace v sektoru zdravotnictví je poměrně mnoho. Důsledky migrace můžeme posuzovat z hlediska cílové země, zdrojové země, ale také z hlediska samotných lékařů. Pro účely této práce je třeba se zaměřit na důsledky u zdrojové země

či jedince, které můžeme obecně rozdělit do dvou základních skupin, a to na pozitivní důsledky a na negativní důsledky. Nemůžeme s jistotou říct, jaké důsledky převažují, protože je příliš složité toto určit. Každé území i jedince může více ovlivňovat jiný faktor, a tím pádem jde o velmi komplexní, širokým kontextem podmíněnou, záležitost.

Obecně platí, že z pohledu země původu u migrace budoucích lékařů neboli vysoce kvalifikované pracovní síly spíše převládají negativní důsledky. Poměrně mnoho studií dospělo k závěru, že odliv vysoce kvalifikovaných pracovníků z medicíny výrazně přispívá k nedostatku lékařského personálu, jehož důsledky ovlivňují hlavně kvalitu lékařské péče ve zdrojových zemích (Boncea 2013).

Odchod zdravotnického personálu je pro zdrojové země samozřejmě velká ztráta investic. Musíme brát totiž v úvahu to, že vzdělávání a odborná příprava zdravotnického personálu je velmi finančně a časově náročná. Zejména pro země, které toto financují ze státních peněz, jako je tomu třeba v Česku (Rutten 2009; Suciú et al. 2017). Země ztrácejí nejen investice do vzdělání lékařů, ale také pracovní sílu ve zdravotní péči (Dodani, LaPorte 2005). Navíc s rostoucí migrací mladých lékařů nastává to, že rychleji stárne pracovní síla ve zdrojové zemi, a dochází tak k rostoucímu nedostatku lékařů, kteří jsou schopni nahradit starší lékaře, kteří odcházejí do důchodu (IOM 2014).

Z krátkodobého hlediska je největším problémem nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu a problémy, které jsou na toto vázány (Gouda et al. 2015). Nicméně migrace lékařů za prací se také může proměnit v trvalou migraci mnohem snadněji než dříve, zejména kvůli vyšším mzdám či lepším pracovním podmínkám v zahraničí. Tomuto nahrává také fakt, že je pro obyvatele EU mnohem snazší migrovat společně s rodinou v rámci celé EU (Suciú et al. 2017).

Někteří autoři uvádí i převažující pozitivní důsledky migrace. Tady je ale na místě zmínit, že zde rozebíráme optimální úroveň neboli vyrovnanou úroveň migrace. (Rapoport 2002) Pokud se podíváme na možné pozitivní důsledky na zdrojový stát, tak jich lze rovněž najít hned několik.

Mezi pozitivní důsledky můžeme řadit to, že kvalifikovaní lékařští odborníci získají nové znalosti a dovednosti, které mohou přinést do oblasti domácího systému zdravotnictví v případě, že se navrátí do země původu (Suciú et al. 2017; Docquier. 2006; viz rovněž koncept sociálních remitencí – např. Levitt 1998). Dále tito navrátilci mohou

zavádět nové lékařské postupy. A také mohou vytvářet pomyslný most s těmi, kteří ještě v zahraničí jsou (Bojanic, Bojanic, Likic 2015).

Návratová migrace tedy může přinést, kromě jiného, vytvoření mezinárodní vědecké sítě, která může zvýšit a usnadnit pohyb osob, zboží, ale i myšlenek a může přispívat k nárůstu přímých zahraničních investic i právě do zdravotnického sektoru (Dacquier, Rapoport 2012). Návratovou migraci můžeme vnímat i jako další zdroj "mozkového zisku", kdy lékaři, kteří se navrátí do své země původu, přinášejí nové zkušenosti a znalosti, které získali v západním rozvinutém světě (Docquier 2006). Tuto pozitivní stránku věci vnímáme převážně v dlouhodobém horizontu (Gouda et al. 2015). Ačkoliv je rozsah návratové migrace špatně znám, tak skutečnost, že migranti hromadí znalosti a finanční kapitál v bohatých zemích může mít velmi příznivý vliv na produktivitu a rozptyl technologií (Docquier 2006). Nicméně toto nemůže být něco, na co se země mohou spoléhat, jak ukázala studie z Irska. Ta tvrdí, že by se vlády zemí měly spíše zaměřit na zlepšení pracovních podmínek ve zdrojových zemích (Humphries et al. 2021).

Mezi pozitivní důsledky můžeme řadit také finanční remitence. Ty mohou přispět například k dalším investicím do vzdělání. V některých zemích, jako je Čína, Indie, Egypt, jsou remitence považovány za důležitý zdroj příjmů (Rutten 2009). Nicméně ve vyspělejších zemích, kam řadíme dle OSN i Česko, to pravděpodobně hlavní zdroj příjmů nebude (United Nations 2020).

Potenciálním problémem může být to, že dostupné vybavení a pracovní podmínky v méně vyspělých zemích nejsou přiměřené dovednostem, které lékaři získali během svého výcviku v zahraničí (Boncea 2013).

2.1.3 Bariéry migrace

Bariéry migrace mladých lékařů jsou překážky, které zabraňují emigraci do cílové země. Na začátku je nutné zmínit to, že bariéry jsou pro každého individuální. Daný člověk může vnímat jeden faktor jako bariéru, kdežto druhý člověk stejný faktor jako bariéru vnímat nemusí. Bariéry jsme rozdělili do dvou velkých částí, a to na osobní faktory a finanční faktory.

Nejdříve se zaměříme na osobní faktory. Pro mladé lékaře může být jednou z velkých bariér neznalost cizího jazyka na takové úrovni, aby mohli s pacienty hovořit bez problémů. Velké množství mladých lékařů se totiž obává, že by mohli pacientovi nedostatečně vysvětlit

jejich zdravotní stav, což by mohlo mít vážné důsledky na zdraví pacienta (Krajewski-Siuda et al. 2012; Bojanic, Bojanic, Likic 2015). Mezi další bariéry, které byly zmiňovány v předešlých výzkumech ve velkém počtu a které brání mladým lékařům odjet, bylo odloučení od rodiny a přátel (Gouda et al. 2015).

Finančních faktorů, které mohou bránit v emigraci je také poměrně dost. Mezi ty největší můžeme řadit finanční výdaje nutné pro přesun a aklimatizaci v cílové zemi (Lee 1966). Jednou z dalších významných bariér mobility mohou být vízové postupy, nařízení a právní předpisy pro práci lékaře, jako jsou například licenční a registrační poplatky, které jsou zavedeny například ve Spojených státech amerických či Velké Británii (Schumann, Maaz, Peters 2019).

Jedna z překážek v minulosti byla také vzdálenost (Lee 1966). Některé koncepty uvádějí, že čím je cílová země vzdálenější od domovské země, tím také klesá migrace z domácí do cílové země (Fields 1979). Nicméně v souvislosti s rozvojem dopravy a technologií v dnešní době by toto problém být neměl. Větší vzdálenost by ovšem mohla hrát roli spíše u vyšších nákladů na přesun a aklimatizaci nebo na dlouhou dojezdovou vzdálenost mezi osobou a jeho rodinou či přáteli.

2.2 Konceptuální uchycení migračních pohybů

Prvním, kdo se pokusil systematictěji a sofistikovaněji analyzovat a konceptualizovat migrační pohyby, byl E. G. Ravenstein koncem 19. století (např. 1885). Avšak nejednalo se o vytvoření teorie, ale spíše o zjištění určitých pravidelností migračních pohybů. Ravensteinova práce rovněž částečně přispěla k následným snahám vytvořit teoretický rámec migrace především z pohledu ekonomických, sociálních a geografických vědních disciplín (Drbohlav, Uherek 2007).

Nicméně migrace je velmi komplexní problematika podmíněna řadou vnějších faktorů a podmínek, a proto i přes rozsáhlý seznam do studia zainteresovaných vědních disciplín, zatím neexistuje jednotná teorie, která by byla schopna celistvě vysvětlit migrační pohyby. Jak již bylo naznačeno, hlavním problémem výzkumu migrace spočívá v tom, že celý proces je velmi komplexní a dynamický, a hlavně je podmíněn mnoha faktory, které lze těžko pojímat v rámci jedné teorie. Je třeba zmínit to, že jednotlivé teorie migrace jsou spíše koncepty, modely nebo přístupy nežli teorie. Nemají obecnou platnost nebo postrádají logickou návaznost či další atributy definice opravdové teorie (viz. Drbohlav, Uherek 2007).

K systematizaci a dané problematice můžeme přistupovat z různých hledisek. První možné rozdělení je na základě převládající vědní disciplíny, tedy ekonomie, geografie či sociální nebo politické disciplíny (Bijak 2006). Druhým hlediskem je měřítková úroveň, která se dělí na makro-úroveň, mezo-úroveň a mikro-úroveň (Kalinowska, Knapińska 2009). Makro-úroveň zdůrazňuje základní makrostruktury, jako jsou ekonomické, sociální a politické procesy, ve kterých se jednotlivec pohybuje. Mikro-úroveň se zajímá o procesy na úrovni jedince nebo jeho rodiny či domácnosti (Drbohlav, Uherek 2007). Mezo-úroveň je kombinací dvou výše zmíněných perspektiv, resp. jakýmsi přemostujícím prvkem, který se zaměřuje na sociální vazby, kolektivitu apod. (Kalinowska, Knapińska 2009).

V této diplomové práci se budeme zabývat koncepty a teoriemi známými z migračních studií – především teoriemi svázanými s ekonomickými a sociologickými interpretacemi. Dvě teorie budou ústřední, a to teorie sítí a institucionální teorie. Budeme se snažit zjistit, která teorie má významnější vliv na přesun lékařů do zahraničí za pracovními možnostmi. Zmíněny budou také další koncepty/teorie, jako je model push a pull faktorů, neoklasická mikro-úrovňová teorie a nová ekonomická teorie. Jednotlivé podkapitoly neslouží k detailnímu popisu migračních konceptů/teorií, ale k vysvětlení a představení daných přístupů, a to zejména ve vztahu ke studovanému problému mobility mediků.

2.2.1 Model push a pull faktorů

Podle této teorie je migrace ovlivněna migračními faktory, které můžeme rozdělit na dva základní typy. Prvním typem jsou „push“ faktory, které migranta vytlačují pryč ze země původu. Druhý typ nazýváme „pull“ faktory – neboli faktory, které migranta naopak přitahují do země cílové (Bogue 1952 v Drbohlav, Uherek 2007). Faktorů, které ovlivňují migrační pohyby, může být mnoho. Migrace může vzniknout především z ekonomických, ale také ze sociálních, politických, demografických či ekologických/environmentálních důvodů (Petersen 1970). Jednotlivým faktorům je přiřazována určitá důležitost. Některé faktory ovlivňují všechny migranty stejným způsobem a jiné faktory působí na každého člověka odlišně. Tato důležitost se mění vlivem různých okolností a subjektivních důvodů jednotlivých migrantů (Lee 1966).

Mezi „push“ faktory, které v rámci mezinárodní migrace nutí zdravotnické pracovníky k odchodu ze země původu nebo jim usnadňují jejich přesun, řadíme hlavně příčiny ekonomického a sociálního původu (Schumann, Maaz, Peters 2019). Jde především o nízkou úroveň příjmů, špatné pracovní podmínky, absenci pracovních míst v daném oboru

a malé sociální uznání lékařské profese. Nicméně se může také jednat o nepříznivé politické klima (Tjadens, Weilandt, Eckert 2013). Výše uvedené důvody nemusí být těmi rozhodujícími. Migranti se sice rozhodují pomocí „push“ faktorů, které jsou důležité, ale také hledají pozitivní neboli „pull“ faktory, které je budou více přitahovat a díky kterým si vyberou zemi, do které mohou migrovat (Rabušic, Burjanek 2003). Konečné rozhodnutí o migraci a jeho podoba je výslednicí soupeření mezi „push“ a „pull“ faktory migrace.

Za „pull“ faktory, které v rámci mezinárodní migrace usnadňují přesun zdravotnických pracovníků do cílové země, považujeme také hlavně příčiny ekonomického a sociálního původu (Schumann, Maaz, Peters 2019). Ravenstein došel dokonce k závěru, že faktory, které přitahují migranta, jsou důležitější než faktory, které migranta odpuzují. Z toho plyne, že touha dostat se vpřed, která je mnohem silnější než touha uniknout ze špatné životní situace, je tím pádem zodpovědná za dobrovolnou migraci (Weeks 2008). Mezi tyto faktory zahrnujeme lepší platové ohodnocení, lepší pracovní podmínky a vyhlídky na kariéerní rozvoj, lepší životní úroveň či větší bezpečnost v cílové zemi (Tjadens, Weilandt, Eckert 2013).

Lee (1966) zdůraznil ještě jednu velmi podstatnou část, a to jsou různé intervenující překážky. Můžeme sem řadit náklady na migraci nebo problematiku (např. administrativní/byrokratickou náročnost) vstupu do cílové země či naopak problematiku odchodu ze země původní. Důležitost v procesu rozhodování je třeba také přisoudit roli informovanosti o zemi, do které chce migrant emigrovat.

2.2.2 Neoklasická teorie – mikro-úroveň

Neoklasický přístup, který vysvětluje mezinárodní pracovní migraci, dělíme na makroúroveň a mikroúroveň (Massey et al. 1998). Neoklasický mikroekonomický přístup k migraci můžeme chápat, dle jeho interpretace, jako rozšíření modelu v rámci lidského kapitálu, ve kterém je migrace chápána jako investiční rozhodnutí (Sjaastad 1962). V mikro-úrovňovém ekonomickém přístupu totiž hrají významnou roli individuální charakteristiky lidského kapitálu, kam můžeme řadit odbornost, vzdělání či znalost jazyka (Massey et al. 1993).

Mikro-úrovňová teorie je tedy založena na individuálním rozhodování migranta prostřednictvím analýzy nákladů a výnosů, tak aby migrant maximalizoval svůj příjem (Massey et al. 1998; Massey et al. 1993). Očekává se tedy, že migrující osoby půjdou tam,

kde mohu být nejproduktivnější, a tedy tam, kde budou schopny dosáhnout vyššího výdělku, což platí za předpokladu svobodné volby a přístupu k informacím o cílové zemi (Haas 2008). Mezi výnosy řadíme vyšší mzdy v cílové zemi než ve zdrojové zemi a s tím související rostoucí kvalitu života či pracovní zkušenosti (Massey et al. 1998). Ale než budou migranti moci získat vyšší mzdy a lepší kvalitu života, musí nejprve vynaložit určité náklady. Mezi tyto náklady řadíme výdaje spojené s migrací do cílové země, náklady na údržbu při hledání zaměstnání, ale také úsilí spojené s učením se nového jazyka či psychologické náklady na přerušení starých vazeb a navázání vazeb nových (Massey et al. 1993).

2.2.3 Nová ekonomie pracovní migrace

Tato teorie, která vznikla v 80. letech 20. století a jejímž hlavním představitelem je Stark, je zaměřená především na mikroúroveň (Stark 1991). Vnímání některých limitů, které byly detekovány v neoklasických přístupech, vedly ke vzniku konceptu nové ekonomie pracovní migrace, která je rozšiřuje v několika směrech (Stark 1991; Stojanov, Novosák 2008). Klíčovým prvkem tohoto přístupu je, že rozhodnutí o migraci závisí spíše na společném rozhodnutí rodiny, domácnosti či komunity než na rozhodnutí samotného jedince. Jedním z důvodů migrace je maximalizace očekávaného příjmu. Nicméně, účelem tohoto chování je také účinně minimalizovat rizika, kterými mohou být nepředvídatelné události, jako jsou výkyvy na trhu či zhoršení ekonomické situace v rodině. Důležitou součástí dané strategie je i podpora ze strany rodiny ve zdrojové zemi, kdy v případě ztráty zaměstnání se může migrující jedinec kdykoliv vrátit domů (Massey et al. 1993; Stojanov, Novosák 2008).

Zatímco ve vyspělých zemích existují různé institucionální mechanismy, jako jsou pojistné či vládní programy nebo různé bankovní půjčky, které chrání rodiny a pracovníky před selháním trhu a zhoršením ekonomické situace v rodině, tak v chudších zemích tyto programy chybí. Vysílání pracovní síly v rámci rodiny je tak alternativní způsob pojištění proti těmto rizikům, které funguje na bázi remitencí (Massey et al. 1993). K mezinárodní migraci však může docházet i z jiného důvodu než z pouhého „absolutního“ nedostatku příjmů. Příčinou migrace tak může být i tzv. relativní deprivace, která je způsobena srovnáváním příjmu s jinými rodinami či domácnostmi (Stark, Taylor 1991; Massey et al. 1993).

2.2.4 Teorie sítí

Teorie migračních sítí rozšiřuje model „push–pull“ faktorů a obohacuje jej o vazby v rámci samotných migrantů (Light, Bhachu, Karageorgis 1989). Tato teorie je definována jako soubor mezilidských vazeb, které propojují budoucí migranty, bývalé migranty a nemigranty ve zdrojové i cílové zemi formou příbuzenských, přátelských nebo komunitních vazeb (Massey 1988). Tyto migrační sítě jsou pro migranty velmi důležité, protože jim umožňují mnohem jednodušeji překonávat bariéry, které v migraci brání (Drbohlav, Uherek 2007).

Migrační sítě můžeme rozlišit dle hloubky sociální vazby a povahy interakce na dva základní typy, a to na silné vazby (osobní sociální sítě) a slabé vazby (širší sociální sítě) (Boyd 1989; Granovetter 1973). Slabé vazby můžeme definovat jako vztahy s náhodnými známými, bývalými spolužáky nebo také s přáteli našich přátel (Granovetter 1973). Můžeme je tedy chápat jako vzdálenější nebo organizované definované sociální vztahy (Boyd 1989). Naopak silné vazby jsou založeny na vztazích uvnitř rodiny, blízkých přátel či velmi blízkých spolupracovníků (Granovetter 1973).

Dle Granovettera (1973) jsou při získávání pracovních příležitostí důležitější spíše slabé vazby a zároveň zdůrazňuje, že tyto slabé vztahy vytvářejí mosty mezi uzly silných vztahů. Jedna ze základních hypotéz, které se týkají procesu rozhodování o migraci je, že sociální sítě povzbuzují migraci prostřednictvím poskytování informací a také usnadňují potenciální adaptaci migrantů na nové prostředí (Ritchey 1976). Osobní sítě tak mohou poskytovat různé formy podpory. Migrační sítě výrazně snižují náklady, které jsou potřebné vynaložit v rámci mezinárodní migrace. Náklady na migraci dělíme na ekonomickou a neekonomickou část. Do ekonomické části řadíme náklady spojené se samotným cestováním, náklady za ušlý zisk během cestování a hledání práce. Do neekonomické části můžeme řadit informace o dané zemi či práci v dané zemi a jejich vyhledávání (Light, Bhachu, Karageorgis 1989).

Kontakty probíhají většinou prostřednictvím různých kanálů umožňujících členům komunity rozvíjet svou vlastní identitu a lépe se tak začlenit. Komunikace probíhá hlavně s rodinnými příslušníky, přáteli či kolegy, kteří již emigrovali nebo v dané zemi žijí. Nicméně od počátku 21. století se objevily internetové sociální sítě, jako je například Facebook, Skype atd., které v komunikaci hrají také významnou roli. Internetová sociální síť může být vnímána jako instrumentální pomoc, která zajišťuje napomáhání při postupech podávání

žádostí o zaměstnání, přispívá k informační sociální podpoře, jako je poradenství a výměna důležité a emocionální podpory v oblasti péče a motivace. Toto např. potvrdila studie zkoumající migraci egyptských lékařů do Německa z roku 2019 (Schumann, Maaz, Peters 2019).

Rozvoj sociálních sítí může vysvětlovat pokračování migrace nezávisle na příčinách, které byly zdrojem počátečního pohybu. Tyto sociální sítě se tak mohou stát prediktory budoucích toků (Arango 2000).

2.2.5 Institucionální teorie

Na teorii sítí lze plynule navázat institucionální teorií, která vysvětluje vlivy různých institucionálních aktérů na migrační proudy. Tato teorie si všímá určitých okolností, jež pomáhají migračním skupinám migraci uskutečnit, a to především tím, že ji pomohou zprostředkovat nebo zorganizovat (Drbohlav, Uherek 2007).

Zprostředkovat a zorganizovat migraci (případně další aktivity v rámci integrace migranta v cílové zemi) mohou instituce dvěma cestami, a to cestou legální a nelegální. Instituce tedy spoluvytvářejí prostředí pro migraci, a tedy mohou vytvářet, nebo naopak odstraňovat překážky v rámci migračních pohybů. Právě díky těmto institucím je migrace čím dál tím více podporována, ať se jedná o legální, či nelegální migraci, a neustále je udržována v běhu. Z tohoto také plyne to, že vlády jednotlivých států mohou mít značné problémy s kontrolou migračních toků (Massey et al. 1993).

Mezi institucionální legální aktéry řadíme jak státní organizace, tak i nestátní organizace (Drbohlav, Uherek 2007). Do těchto nestátních organizací můžeme zařadit různé soukromé a dobrovolné organizace, které pomáhají migrantům, kteří hledají pomoc se vstupem do zemí, kde je například omezený počet nabízených přistěhovaleckých víz. V rámci odstraňování překážek tyto organizace pomáhají s uzavíráním smluv mezi zaměstnavateli a migranty či pomáhají najít ubytování. Dále také pomáhají se sjednáním úvěrů a s dalšími administrativně-právním poradenstvím (Massey et al. 1993).

Mezi institucionální nelegální aktéry můžeme řadit různé instituce, ale také jedince, kteří migrantům pomáhají především za účelem svého vlastního zisku. Tyto instituce zprostředkovávají či zajišťují padělání dokumentů či nelegální převádění lidí přes hranice atd. (Massey et al. 1993).

2.3 Přehled předešlých výzkumů zkoumajících migraci mediků

O potenciální migraci spojené s mladými lékaři vyšlo již poměrně mnoho výsledků z výzkumů po celém světě. V Česku již byly také uskutečněny výzkumy na toto téma. Proběhly před několika lety, ale nehrála tam významnou roli pandemická situace, které čelíme dnes. Ta mimo jiné ukázala, že nedostatek lékařů i ve vyspělých zemích může mít vážné důsledky pro jejich obyvatele.

V této části tedy shrneme výzkumy, které probíhaly na stejné či podobné téma ve světě i v Česku. Tuto sekci jsem rozdělil na čtyři části. Kritériem jejich rozdělení je vyspělost dané země ve srovnání s Českem. Nejprve se zaměříme na méně vyspělé státy, mezi které jsme zařadili Egypt. Poté bychom se zaměřili na země, které jsou středně vyspělé a jsou nejvíce podobné Česku, kam jsme zařadili Rumunsko, Polsko a Chorvatsko. Poslední skupinou jsou státy, které jsou řazeny mezi nejvyspělejší, a těmi jsou Irsko a Velká Británie. Nakonec shrneme výzkumy, které probíhaly na toto téma v Česku.

Veškeré výzkumy, jež jsou níže popsány, jsou zaměřené na velmi podobné téma, které souvisí s touto diplomovou prací. To znamená, že zkoumají primárně problematiku zdravotnictví. Specificky se pak zaměřují na potenciální a reálný pohyb studentů lékařských fakult neboli mediků či obecně lékařů do zahraničí.

2.3.1 Potenciální migrace mladých lékařů v méně vyspělých státech

První studie, o které se zmíním a která zkoumala migraci mladých lékařů, pochází z Egypta z roku 2019. Egypt můžeme zařadit do zemí s nižšími středními příjmy na Blízkém východě, kde zároveň rychle roste populace a která je poměrně politicky nestabilní a také trpí nedostatkem lékařů, který je připisován právě migraci (Schumann, Maaz, Peters 2019).

Tato studie zkoumala hlavní motivy fyzioterapeutů a studentů posledního ročníku medicíny, kteří se rozhodli emigrovat do Německa. Výzkum probíhal kvalitativní metodou, a to pomocí nahrávané diskuse 18 účastníků. U tohoto výzkumu je třeba zmínit, že zde byli zastoupeni hlavně muži. Toto může být způsobeno předpojatostí, která se odráží v konzervativní egyptské kultuře, kde většina rodin nedovoluje svým dcerám cestovat na dlouhé vzdálenosti (Schumann, Maaz, Peters 2019).

Jeden z nejdůležitějších motivů emigrace byla dostupnost kvalitního postgraduálního vzdělávání a vzdělávacích příležitostí. Součástí jsou také licenční a registrační postupy pro

lékaře, kteří migrují právě do Německa. Za stejně důležitý motiv jsou považována kvalitní zařízení a celkově zdroje ve zdravotnickém systému v Německu. Z výzkumu bylo patrné, že platové podmínky nebyly tím hlavní důvodem emigrace. To bylo vysvětleno tím, že země Perského zálivu nabízely mnohem lepší platové podmínky než Německo, a přesto se tito mladí lékaři rozhodli pro tuto zemi. Někteří z nich vnímali Německo jako přechodovou zemi, kdy po nějaké době hodlají migrovat dále do Spojených států amerických nebo do Velké Británie. Dalšími faktory pak byly vyhlídky na budoucí život, jako je lepší život pro potenciální potomky, nízká kriminalita, nízká míra násilí a lepší politické klima (Schumann, Maaz, Peters 2019).

Výzkum se kromě motivů také zajímal o to, jaké jiné faktory hrály významnou roli v procesu rozhodování o migraci. Z výzkumu vyplývá, že významnou příčinou byly sociální sítě, které účastníci považovali za spolehlivý zdroj informací. Komunikace probíhala hlavně s rodinnými příslušníky, přáteli i kolegy, kteří již emigrovali, ale také probíhala prostřednictvím facebookových skupin (Schumann, Maaz, Peters 2019).

2.3.2 Potenciální migrace mladých lékařů ve středně vyspělých státech

V této části komentujeme výsledky výzkumů v zemích, které jsou dle vyspělosti na úrovni Česka. Další výzkum, který se zabýval tématikou rozhodování o migraci u mladých budoucích lékařů, pochází z Rumunska z roku 2017. Rumunsko je země, která má dosti podobnou historii jako Česko, kdy prošla komunistickou érou. Poté vstoupila v roce 2007 do EU. V době výzkumu procházelo Rumunsko nepříznivou situací, která se dotýkala i sektoru zdravotnictví, kde mimo jiné docházelo ke snižování platů ve veřejném sektoru až o 25 %. Zároveň v této zemi je možné zaznamenat klesající počet registrovaných lékařů. Výzkum probíhal v průběhu tří let, od roku 2013 do roku 2015 a zúčastnilo se ho 957 rumunských studentů, kteří měli těsně před závěrečnými státními zkouškami (Suciu et al. 2017).

Na rozdíl od Egypta v Rumunsku tvořily vzorek hlavně ženy, a to ze 72 %. Výzkum se zabýval i vzdělaností rodičů jednotlivých studentů, kde bylo zjištěno, že 63 % rodičů mělo vysokoškolský titul a téměř 20 % z nich byli lékaři. Z výzkumu vyšlo, že ve výzkumném vzorku bylo až 85 % potenciálních migrantů. Avšak s mírou reálnosti odchodu se toto procento snížilo na 15 %. Z potenciálních migrantů–studentů 20 % plánuje odejít do jednoho roku a 35 % plánuje odejít do 2 až 3 let. Většina z respondentů plánuje krátkodobou migraci, nicméně 23 % studentů plánuje emigraci trvalou (Suciu et al. 2017).

Hlavní důvod v rozhodování o tom, zda respondenti emigrují, byly finanční možnosti neboli zvýšení platů. Dalšími významnými motivy byly lepší životní a pracovní podmínky v zahraničí. Na dalších místech pak byly zmiňovány důvody, jako je nespokojenost s rumunským zdravotnickým systémem či nedostatek pracovních míst pro určité obory (Suciu et al. 2017).

Výzkum se kromě motivů také zajímal o to, jaké jiné faktory hrály významnou roli v procesu rozhodování o migraci. 75 % studentů z těch, kteří chtěli reálně odejít, zmínilo, že kontaktovalo rumunské lékaře, kteří již v zahraničí pracují. Výzkum také zmínil, že 22 % respondentů se již dříve účastnilo studijního programu Erasmus (Suciu et al. 2017).

Za druhé zmíníme sousedící stát Polsko, kde probíhal výzkum zkoumající preference a plány emigrace mezi studenty medicíny v roce 2012. Již v tomto roce byl zaznamenán trend snižování počtu registrovaných lékařů v Polsku, který se od vstupu do EU neustále snižoval. Cílem výzkumu bylo zjistit pravděpodobný rozsah emigrace a identifikovat hlavní charakteristiky potenciálních migrantů. Výzkumu se účastnilo přes 1200 studentů medicíny posledních dvou ročníků. Sběr dat probíhal pomocí dotazníkového šetření (Krajewski-Siuda et al. 2012).

Z výzkumu vyplynulo, že třetina budoucích lékařů chce odejít už rok po ukončení studia, 17 % plánovalo odejít po 3–5 let a 14 % za více než 5 let, tedy nejspíše po dosažení atestace. Pouze 5 % studentů uvažovalo o trvalé migraci. Jeden z hlavních faktorů, který podporoval migraci budoucích lékařů z Polska, byl nedostatek odborných perspektiv. Další motivy, které lákaly studenty do zahraničí, byly lepší pracovní podmínky, získání nových pracovních zkušeností či zisk lepší profesní stability. Za důležitý faktor odchodu, na rozdíl od Egypta, se považovalo vyšší platové ohodnocení (Krajewski-Siuda et al. 2012).

Výzkum také zkoumal, jakou roli hraje v rozhodování věk a pohlaví. Jelikož předmětem výzkumu byly poslední dva ročníky, bylo zjištěno, že pravděpodobnost emigrace s věkem a pohlavím klesá. To se ukázalo i u rozdílu pouhého jednoho roku, kdy bylo z výzkumu patrné to, že klesá zájem o migraci, tedy větší zájem se jevil u studentů 5. ročníku (ve srovnání s ročníkem šestým). To může být způsobeno tím, že čím blíže jsou studenti ke státním zkouškám, tím lépe jsou schopni posoudit své realistické vyhlídky na zaměstnání. U žen, které studovaly 6. ročník, klesla tato pravděpodobnost až o 50 %, oproti pátému ročníku, zatímco u mužů jen o 17 % (Krajewski-Siuda et al. 2012).

Nakonec se zkoumalo i to, co by mohlo zabránit odchodu mladých lékařů. Zde se zjistilo, že pokud by se zlepšila situace v sektoru zdravotnictví formou reformy, tak by 80 % respondentů v Polsku nejspíše zůstalo. Nicméně většina polských studentů, kteří zvažují migraci, ji považuje za seriózní alternativu pro pokračování svého odborného vzdělávání (Krajewski-Siuda et al. 2012).

Emigrací studentů posledních ročníků medicíny se také zabývali v Chorvatsku v roce 2013. Výzkum probíhal pomocí elektronicky distribuovaného dotazníku a zúčastnilo se ho 202 respondentů. Z tohoto počtu 53 % účastníků deklarovalo to, že chce určitě emigrovat do zahraničí po skončení studia. Atraktivními zeměmi byly západní země, speciálně Německo, Spojené státy americké, Velká Británie, Švýcarsko nebo Kanada. Z těch, kteří chtějí odjet, neplánuje návrat 20 % respondentů. Víc jak polovina se hodlá vrátit do 5 let od vyškolení v zahraničí (Bojanic, Bojanic, Likic 2015).

Mezi zásadní motivy patřilo dokončení specializace ve svém lékařském oboru, kdy tuto alternativu volila zhruba polovina respondentů z těch, kteří oznámili, že chtějí odjet. Další hlavní motivy jsou podobné polskému výzkumu, tedy získat profesní zkušenosti, polepšit si po finanční stránce a získat zkušenosti v zahraničí. Naopak nejvýznamnější překážky v odchodu do zahraničí reprezentovaly následující faktory: odloučení od rodiny, přátel či partnera a finanční výdaje, které jsou spojovány s cestou a aklimatizací v cílové zemi (Bojanic, Bojanic, Likic 2015).

Výzkum se kromě motivů také zajímal o to, jaké jiné faktory hrály významnou roli v procesu rozhodování o migraci. Studenti zmiňovali, že informace o práci a možnosti si dokončit specializaci chtějí získat nebo již získali od přátel, kteří už v zahraničí žijí a pracují. Na rozdíl od rumunského výzkumu byl hojně zmiňován studijní program Erasmus, kde respondenti hodlali využít svoje kontakty z tohoto studia nebo se chtěli spojit s kolegy ze zahraničí pomocí svých přátel, kteří tento studijní program absolvovali (Bojanic, Bojanic, Likic 2015).

2.3.3 Potenciální migrace mladých lékařů ve vyspělých státech

Emigrace lékařů však probíhá i ve vyspělých zemích, jako například v Irsku nebo Velké Británii. V případě Velké Británie se nejednalo o výzkum, kde by byli předmětem práce studenti lékařských fakult, ale lékaři obecně, kteří již vystudovali a chtěli odejít pryč

ze země. Tento výzkum pochází z roku 2004. Nicméně data ve výzkumu byla použita z roku 1999 a byla získána pomocí dotazníkového šetření (Moss et al. 2004).

V průzkumu převažovali spíše mladí lékaři, kteří poměrně čerstvě vystudovali, tedy v roce 1999, čtyři roky před provedením výzkumu. Zhruba 16 % těchto lékařů uvažovalo o tom, že pravděpodobně nebo určitě odejdou z Velké Británie. Hlavní motiv odchodu však nebyly finance, ale spíše změna životního stylu. Některé ženy zmiňovaly právě životní styl spojený s dobrovolnou prací v zámoří, touhou pracovat v zahraničí, aby rozšířily své zkušenosti nebo měly touhu cestovat. U mužů byl také zmiňován životní styl, který byl však více spojován s nízkou úrovní spokojenosti s kariérami a pracovními vyhlídkami. Navíc byl, oproti ženám, zmiňován jako více nedostatečný plat (Moss et al. 2004).

Další vyspělou zemí, kde proběhl výzkum řešící rozhodování o emigraci studentů medicíny, probíhal v Irsku v roce 2015 a poté i v roce 2020 v souvislosti s pandemií Covid-19. Irsko se potýká dlouhodobě s nedostatečným stavem zdravotnického personálu, o kterém se psalo již v roce 2015. V tomto roce, kdy probíhal tento výzkum, mělo Irsko druhou nejvyšší emigraci lékařů na světě a první v Evropě, dle dat z profesních organizací (např. Americká lékařská asociace, Světová lékařská asociace) (Gouda et al. 2015). Tento nedostatek se ukázal v plné síle při vypuknutí pandemie (Humphries et al. 2021). Cílem výzkumu, provedeného v roce 2015 i v roce 2020, bylo prozkoumat migrační záměry studentů medicíny v Irsku (Gouda et al. 2015; Humphries et al. 2021).

Výzkumu z roku 2015 se účastnilo 1519 respondentů, kteří pocházeli výhradně z Irska a prošli si tedy irským školským systémem. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření. Z výsledků vyplynulo, že více než polovinu respondentů (57 %) tvořily ženy, nicméně na rozhodnutí to nemělo žádný vliv. O potenciální migraci do zahraničí přemýšlelo 88 % studentů. Tento počet se výrazně zredukoval, když se otázky zaměřily na reálnou migraci. Pouze 34 % uvedlo, že určitě odejdou po dokončení studia. Nejdůležitějším faktorem byly kariérní příležitosti. Dále byly zmiňovány pracovní podmínky a s tím spojený životní styl v Irsku a odborná příprava. Často byla také zmiňována mzda, ale to může být způsobeno tím, že v Irsku je vzdělávání zpoplatněno (Gouda et al. 2015). Tím pádem mají studenti vysoké dluhy, které splácejí poměrně dlouho. Jedinou významnou bariérou, která byla často zmiňována a která brání studentům odjet pracovat do zahraničí, bylo odloučení od rodiny a přátel (Gouda et al. 2015).

Tento výzkum na základě zjištění autorů předpokládá, že bude vážný nedostatek lékařů v Irsku přetrvávat i v příštím desetiletí, tedy do roku 2025, protože více než třetina studentů plánovala odejít pracovat do zahraničí a další více jak polovina o tomto kroku alespoň uvažuje. Příklad Irska ukazuje na to, že rostoucí trend odchodu mladých lékařů může být důležitým fenoménem i v rozvinutých zemích. Představuje to závažnou hrozbu pro celý zdravotnický systém (Gouda et al. 2015).

Výzkum z roku 2020, který probíhal formou rozhovorů a zahrnoval názory a postoje 48 respondentů, se zaměřoval jen na ty, kteří projevíli zájem emigrovat, tedy na 19 lékařů. Rozhovory probíhaly po první vlně pandemie, tedy v červnu a červenci v roce 2020. Mezi těmito lékaři byli mladí doktoři, kteří dokončili raná studia svého postgraduálního vzdělání (Humphries et al. 2021).

Hlavní motivy se v zásadě nezměnily v porovnání s rokem 2015, nicméně výzkum popsal ještě jeden faktor, který hraje v migraci mladých lékařů zásadní roli. Emigrace čerstvě vystudovaných lékařů je v Irsku výrazně spjata s kariérním postupem v sektoru zdravotnictví. Tento trend začal již v 50. letech 20. století. Ukázalo se, že aby mohli irští mladí lékaři postupovat v kariéře, musí podstoupit pracovní stáž nebo musí mít alespoň nějakou zkušenost ze zahraničí (Humphries et al. 2021).

Tato studie zmínila, že pandemie může způsobit to, že irští lékaři, kteří se nacházejí v zahraničí, se buďto mohou navrátit do Irska ihned, aby pomohli, nebo v zahraničí zůstanou natrvalo, či se rozhodnou emigrovat do zemí, které lépe zvládaly tuto pandemii a úspěšně ochránily zdravotní systém před přetížením (Humphries et al. 2021).

2.3.4 Potenciální migrace v kontextu Česka

Pokud se zaměříme pouze na Česko, tak zjistíme, že výzkumů na toto téma proběhlo poměrně mnoho. Jedny z posledních velkých výzkumů vznikly pod záštitou Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (VÚPSV) v roce 2007 a 2008 od autorů Jany Vavrečkové a kolektivu, kteří zkoumali potenciální a reálnou migraci z Česka u specifické skupiny obyvatel, lékařů. Nicméně náš výzkum se zaměřuje ještě na užší skupinu, tedy na studenty posledních dvou ročníků lékařských fakult. Na toto téma byla v Česku zpracována jedna studie, která vznikla pod záštitou VÚPSV z roce 2006 a která se zčásti zaměřovala pouze na studenty 4. – 6. ročníků lékařských fakult. V této studii se zkoumala „potenciálnost a reálnost“ migrace za prací do zahraničí (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Výzkum se zaměřoval převážně na lékařské fakulty Univerzity Karlovy¹. Výzkumu se účastnilo 92 % studentů z dotázaných respondentů. Ve výzkumu figurovalo více žen (69 %) nežli mužů (31 %) s průměrným věkem respondentů 23 let. Jazykově byli studenti, dle očekávání vybaveni skvěle: 81 % budoucích lékařů ovládá anglický jazyk, který je zcela zásadní pro práci v zahraničí. Relativně velké množství respondentů, tedy 23 %, studovalo v zahraničí a z toho 58 % stále udržuje kontakty se zahraničím (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Výsledky této studie nám ukázaly, že migrační potenciál studentů medicíny v Česku je poměrně výrazný. Až 58 % studentů uvažuje o práci v zahraničí po konci studia. Z toho 57 % budoucích lékařů počítá s migrací návratovou, kdy většina předpokládá pobyt v zahraničí na 2-5 let (25 %) či 1-2 roky (18 %). O migraci, která bude trvat déle než 5 let, uvažuje 10 % studentů. Poměrně vysoké procento zaujímá i trvalá migrace, která činí 11 %. Po zohlednění míry reálnosti už můžeme vidět značnou redukci, kdy z 58 % potenciálních migrantů jen 18 % respondentů se dá zařadit do skupiny lékařů, kteří by nejspíše mohli v budoucnosti migrovat. Z této skupiny budoucích lékařů 29 % hodlá migrovat bezprostředně po ukončení studia. 39 % respondentů má v úmyslu odejít za prací do zahraničí po získání praxe. Z toho po 1-2 letech praxe 21 %, po složení atestace, což znamená přibližně po pěti až šesti letech od ukončení studia, 17 %. Zbylých 82 % respondentů z 58 % potenciálních migrantů bylo zařazeno do skupiny tzv. „hypoteticko-pravděpodobnostní“ (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Nejvýznamnějším motivem pro emigraci je perspektiva vyššího výdělku a zlepšení životní úrovně, kdy toto uvedlo až 93 % respondentů. Nad 90 % mělo takové motivy, jako je znalost a zlepšení cizího jazyka v dané zemi nebo práce v lepších podmínkách. Mezi největší bariéry patřilo odloučení od rodiny (82 %), lepší uplatnění v Česku než v cizině (71 %) a obavy z jazykových problémů (64 %). Nejatraktivnější země z pohledu potenciálních migrantů je Velká Británie, kdyby ji vybralo téměř 50 % respondentů. Následuje Německo s 36 % a Irsko s 22 % (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

¹ Zkoumaný vzorek byl tvořen 376 respondenty. Tito respondenti byli v době výzkumu studenty 4.–6. ročníku oboru Všeobecného lékařství na čtyřech lékařských fakultách Univerzity Karlovy a jedné lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně a 4. ročníku zubního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

V rámci Česka se migrační tendence studentů medicíny téměř vůbec nelišily od migračních tendencí již pracujících lékařů. Lišila se pouze jediná věc, kterou byla vyšší míra migračního potenciálu. Toto je však pochopitelné vzhledem k věku a relativní volnosti pohybu dnešních studentů (Vavrečková 2007).

2.3.5 Shrnutí

Ačkoliv se dané výzkumy nedají úplně srovnávat, protože každá země má různé problémy vyplývající z jiného historického, kulturního či politického kontextu, byly provedeny v různých letech s částečně odlišnou metodologií a ne každý výzkum studoval totožné cíle, můžeme konstatovat, že výše zmíněné výzkumy mají určité společné rysy.

Hlavním rysem je snižující se počet registrovaných lékařů v daných zemích. Dalšími rysy, které můžeme vnímat v rámci těchto zemí, je stárnutí lékařů i celé populace jednotlivých států. Tím vzniká hrozba v podobě nedostatku lékařů. Zároveň je poměrně vysoké procento studentů, kteří chtějí potenciálně migrovat do zahraničí. Zjevně platí, že čím je země vyspělejší, tím je toto procento nižší. Ačkoliv musíme zmínit, že Irsko jakožto velmi vyspělá země, kam odcházejí pracovat například i lidé z Velké Británie, má také velmi vysoké procento potenciálních migrantů z řad studentů, což je způsobeno systémem, který je v Irsku zaveden. Míra reálnosti migrace u budoucích lékařů (to, zda se uvažovaný a obecně proklamovaný odchod opravdu uskuteční) pak značně klesá bez ohledu na vyspělost země.

Hlavní motivy migrace se značně liší v závislosti na vyspělosti země. U nejméně vyspělých zemí (v porovnání s Českem), jako je Egypt, je hlavním motivem dostupnost a kvalita postgraduálního vzdělávání na západě. Tyto země mohou působit i jako přestupní stanice pro další migraci, např. do Spojených států amerických. U středně vyspělých států, které jsou na podobné úrovni, jako je Česko, je hlavním motivem vyšší platové ohodnocení. A u vyspělejších států, než je Česko, je pak hlavním motivem získat lepší kariérní vyhlídky. Nicméně můžeme zde také nalézt faktory, který mají všechny země společné, jako jsou lepší pracovní podmínky, lepší životní podmínky, získání profesních zkušeností atd.

Často zmiňovaným faktorem, který hrál roli v procesu rozhodování, byly kontakty na přátele, kolegy či rodinné příslušníky, kteří v zahraničí již žijí nebo pracují. Kontakty na žijící či pracující známé v zahraničí si studenti, dle výše uvedených výzkumů, zajistili hlavně pomocí sociálních sítí, z pracovních stáží či ze studentských programů, jako je např. Erasmus.

3 SOUČASNÝ STAV ZDRAVOTNICKÉHO SEKTORU S OHLEDEM NA POTENCIÁLNÍ A REÁLNOU MIGRACI

Současný stav zdravotnického sektoru je velmi důležitá část této diplomové práce. Tato část nám popíše stav českého zdravotnictví a pomůže nám tak pochopit, zda je úroveň českého zdravotnictví dostatečná pro to, aby si Česko udrželo budoucí lékaře, tedy možné potenciální migranty, a jaký může mít případný odchod budoucích lékařů vliv na jeho další vývoj.

Současný stav zdravotnického sektoru si rozdělíme na dvě části. Nejprve se zaměříme na stručné shrnutí kvality českého zdravotnictví. Dále popíšeme, jaký systém zdravotnictví dnes v Česku funguje a jak probíhá systém vzdělávání ve zdravotnictví. Druhá část analyzuje jednotlivé faktory, které mohou být stěžejní v otázce, zda budoucí lékař emigruje, či nikoliv.

3.1 Systém zdravotnického sektoru a jeho kvalita v Česku

Obecně můžeme říct, že zdravotnictví v Česku je na velmi dobré úrovni v porovnání se světem. To lze demonstrovat na základě několika základních skutečností. Jedním z klíčových faktorů, který jistým způsobem reprezentuje i kvalitu celého zdravotnického systému, je výše úmrtnosti kojenců², kterou má Česko na velmi nízké úrovni a patří tak k úplné špičce (Vavrečková a kol. 2007). V roce 2019 se pohybovala na úrovni 2,9 ‰ (ČSÚ 2019). Dalším ukazatelem může být naděje dožití³, která je poměrně vysoká a neustále se prodlužuje, ale stále nedosahuje ani průměru EU. V Česku je daná hodnota pro obě pohlaví 79,1 let, přičemž v EU je to 80,9 let (OECD/EOHSP 2019). Mezi další ukazatele, dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále také OECD), můžeme řadit

² Kojeneckou úmrtnost můžeme definovat jako počet zemřelých kojenců do jednoho roku připadající na 1000 živě narozených dětí v daném období (WHO, 2022).

³ Naději dožití můžeme definovat jako průměrný počet let zbývajících jedinci k životu za daného režimu úmrtnosti, který převládá v době jeho narození (WHO, 2022).

vyhnutelnou úmrtnost, chronickou nemocnost a vlastní hodnocení zdravotního stavu. Ve všech těchto ukazatelích se nacházíme v průměru zemí OECD (OECD, 2019a).

Kvality českého zdravotnictví nám však dokazuje i velmi vysoká odborná úroveň českých lékařů, která je srovnatelná s jakýmkoliv vyspělým státem (Vavrečková a kol. 2007). Toto můžeme dokázat i na základě toho, že po vstupu Česka do EU se začaly uznávat české diplomy a atestace, a tím vzrostl zájem právě o české lékaře, kteří patřili mezi nejvíce poptávané (Vavrečková 2007).

3.1.1 Český zdravotnický systém

Systémů zdravotnictví, které se používají ve světě, je několik typů. Tyto typy se liší na základě financování, řízení a nabídky služeb (Hejduková 2016). V Česku je zdravotnictví založené na modelu Bismarck, který je postaven na povinném zdravotním pojištění (Gladkij 2003). Tento systém funguje převážně v západoevropských zemích, včetně např. Rakouska a Německa. Princip tohoto systému je poměrně jednoduchý. Každý občan, který má trvalé bydliště v Česku, povinně platí zdravotní pojištění. Výše tohoto příspěvku je vypočítána z výše platu daného občana, a to bez ohledu na to, zda v budoucnosti tyto zdravotnické služby využije, či nevyužije. Tyto finanční prostředky poté zdravotní pojišťovna vyplácí zdravotnickým zařízením a lékařům (Hejduková 2016). Je také nutné zmínit, že Ministerstvo zdravotnictví má v tomto systému sociálně-zdravotního pojištění silnou regulační úlohu a figuruje jako nákupčí péče, kdy každoročně vyjednává o stanovení cen s pojišťovnami (OECD/EOHSP 2019).

Každý systém má své výhody a své nevýhody. Hlavní výhodou tohoto systému je vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele, a to za přiměřené náklady. Mezi další výhody řadíme pestrou nabídku zdravotnických služeb či podporu primární péče. Nevýhodou je především to, že část prostředků pokaždé spotřebují pojišťovny, které si tyto prostředky účtují za svou činnost, nehledě na to, že i pojišťovny se mohou dostat do finančních problémů. Další nevýhodou je vysoká administrativní náročnost (Gladkij 2003).

3.1.2 Systém vzdělávání ve zdravotnictví

Profese lékaře je historicky tradiční profesí již od historie lidské civilizace. Pro její úspěšné vykonávání je nezbytné se celoživotně vzdělávat. I proto je lékařské studium

pravděpodobně nejvíce sofistikované. Lékařské vzdělávání můžeme rozdělit na tři základní fáze, a to na fázi pregraduální, postgraduální a kontinuální (Krejčíková 2005).

Pregraduální fázi nazýváme základní vzdělávání lékařů, které trvá zpravidla šest let studia na lékařských fakultách, lékařských školách. Toto vzdělávání je ukončeno státní závěrečnou zkouškou a poté získáním vysokoškolského diplomu (Krejčíková 2005). Nicméně absolvováním lékařské fakulty získá lékař jen způsobilost k výkonu povolání. K tomu, aby lékař mohl samostatně vykonávat povolání, musí získat atestaci neboli specializovanou způsobilost (Přehlednější zdravotnictví 2020).

Postgraduální fáze je další nutná součást vzdělávání lékařů, která je zaměřena na získání specializace neboli specializované způsobilosti (Krejčíková 2005). V současné době existuje jednostupňový systém přípravy, který lékaře připraví na atestační zkoušku. Tento systém se dělí na dva tzv. kmene. První společný (základní) kmen trvá 30 měsíců a probíhá pod dozorem atestovaného lékaře. V rámci tohoto kmene musí lékař absolvovat nutné stáže a kurzy. Nakonec je ukončen zkouškou. Lékař poté pokračuje v základním oboru specializačního vzdělávání, který si sám vybral. Tento druhý kmen trvá většinou 24–54 měsíců v závislosti na vybraném oboru a je zakončen atestační zkouškou (Přehlednější zdravotnictví 2020).

Kontinuální fázi je u nás označováno celoživotní lékařské vzdělávání, které není omezeno časem a není ukončené zkouškou. Cílem tohoto vzdělávání je studovat stále nové inovace, které se neustále se zrychlujícím rozvojem vědy a měnicími se potřebami zdravotní péče mění (Krejčíková 2005).

3.2 Současný stav zdravotnického sektoru

Stav zdravotnického sektoru je velmi komplexní téma, do kterého můžeme zařadit mnoho proměnných. My se zaměříme specificky na ukazatele, které se týkají především lékařů. V této části budeme tedy analyzovat aktuální data, která se týkají demografických faktorů, ekonomických faktorů a pracovních podmínek. Cílem kapitoly není komplexně analyzovat stav českého zdravotnického sektoru, ale spíše jej stručně popsat a také jednoduše porovnat s ostatními zeměmi OECD, abychom pochopili, proč by budoucí lékaři mohli emigrovat a jaký toto může mít zpětně vliv na vývoj českého zdravotnictví.

3.2.1 Demografické faktory

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2006 informovala o nedostatku zdravotnických pracovníků, přičemž již v tomto roce jich postrádala globálně nejméně 4,2 milionu. Zároveň ve svých prognózách upozorňovala na to, že především v EU a Spojených státech amerických bude v roce 2020 nedostatek zdravotnických pracovníků v řádech milionů (IOM 2014). A právě od roku 2020 se tento fakt významně projevil ve spojení s onemocněním Covid-19 a s tím souvisejícím krizovým stavem, kdy byli v některých státech, včetně Česka, povoláváni do služby studenti posledních dvou ročníků lékařských fakult nebo i poslední dva ročníky středních zdravotnických škol, kvůli nedostatku a přetíženosti zdravotnických pracovníků.

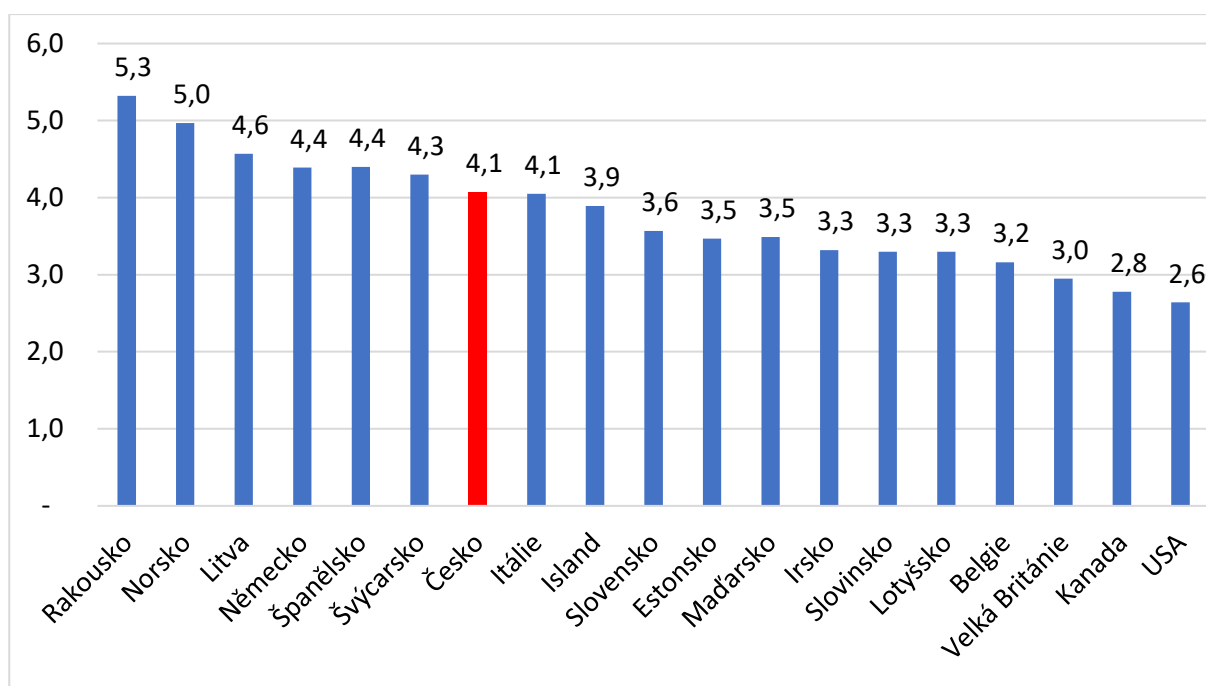
Tabulka 1: Vývoj počtu nově registrovaných lékařů v Česku v letech 1996–2020

	celkový průměrný roční počet nově registrovaných lékařů	z toho cizinci	z toho čeští lékaři
1996–2000	1301	423	879
2001–2005	1324	402	922
2006–2010	1210	414	796
2011–2015	1369	476	893
2016–2020	1561	526	1035

Zdroj: ČLK (2021), vlastní zpracování

Na základě některých studií z jiných států byl detekován úbytek zaregistrovaných lékařů (Krajewski-Siuda et al. 2012). V Česku tento úbytek zvláště v posledních letech nevidíme, jak je uvedeno v tabulce 1, která zobrazuje vývoj počtu nově registrovaných lékařů v Česku od roku 1996 do roku 2020. Z celkového počtu nově registrovaných lékařů je viditelné zlomové období 2006–2010, tedy období již po vstupu do EU, kdy od tohoto roku je zřetelný růstový trend. Tento růst je patrný i ve vztahu k přicházejícím lékařům ze zahraničí. Z celkového počtu nově registrovaných lékařů 1301 v letech 1996–2000 vzrostl na počet 1561 v letech 2016–2020, počet cizinců z 423 na 526.

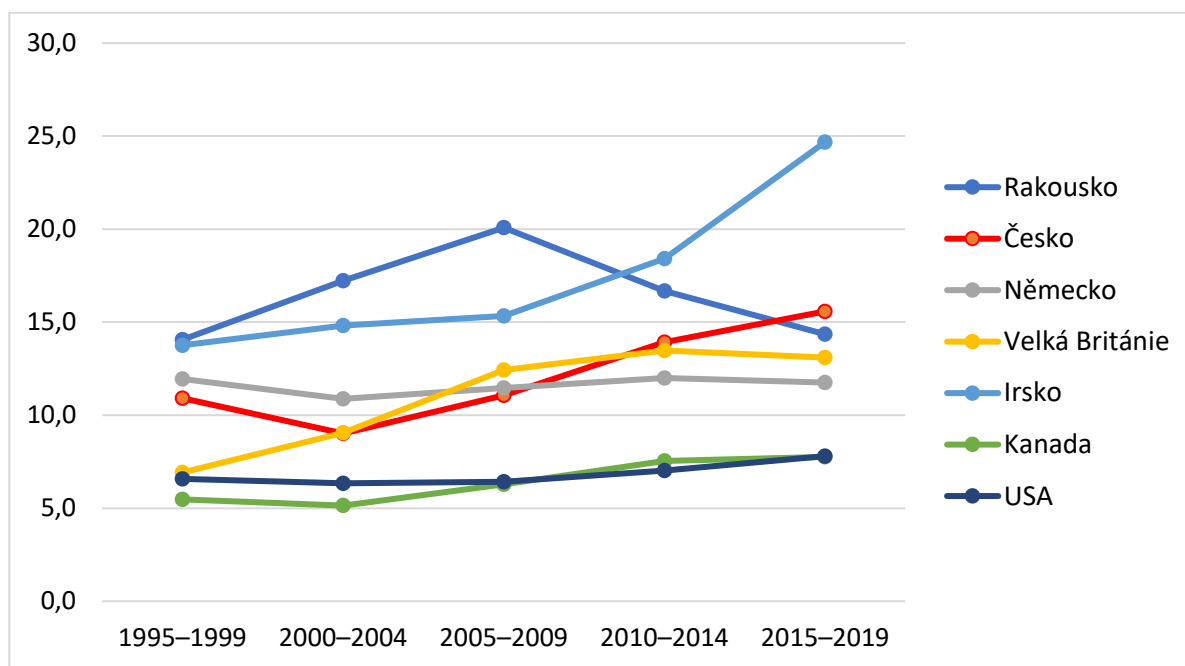
Graf 1: Počet lékařů na 1 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v roce 2019



Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Pokud se podíváme na nejnovější data týkající se počtu lékařů, která pocházejí z roku 2019 (viz. graf 1), je patrné, že početní stav lékařův Česku, ve srovnání s ostatními zeměmi OECD, odpovídá lepšímu výsledku a pohybuje se v horní části grafu s hodnotou 4,1. Toto znamená, že na jednoho lékaře připadá zhruba 244 pacientů. Ve srovnání s mnoha ohledy vyspělejšími zeměmi jsme na tom mnohem lépe než Irsko s hodnotou 3,3, Velká Británie s hodnotou 3 a Spojené státy americké s nejnižší hodnotou 2,6. Pandemie ukázala, že dříve doporučený stav dle WHO – jeden lékař na 1000 obyvatel – je nedostatečný, např. dle Americké lékařské asociace, a že tyto země potřebují zvýšit počet lékařů a je pravděpodobné, že jednou z cest bude nábor lékařů ze zahraničí (Ikenwilo 2007; IHS Markit 2021, Kumar, Pal 2018). Na opačné straně je Rakousko, které má nejvyšší počet lékařů, tedy 5,3 a Německo s hodnotou 4,4. Ačkoliv by se mohlo zdát, že poslední dvě země nepotřebují zvyšovat počet lékařů, kvůli stárnutí obyvatelstva a měnícím se potřebám zdravotní péče bude zvýšení počtu lékařů do budoucna klíčové i zde (Ikenwilo 2007). Dle dat OECD se počet lékařů v průběhu let zvyšuje ve všech zemích (OECD 2021). Nárůst počtu lékařů lze doložit narůstajícím počtem vystudovaných lékařů, který je znázorněn na grafu 2.

Graf 2: Vývoj počtu vystudovaných lékařů na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v letech 1995–2019

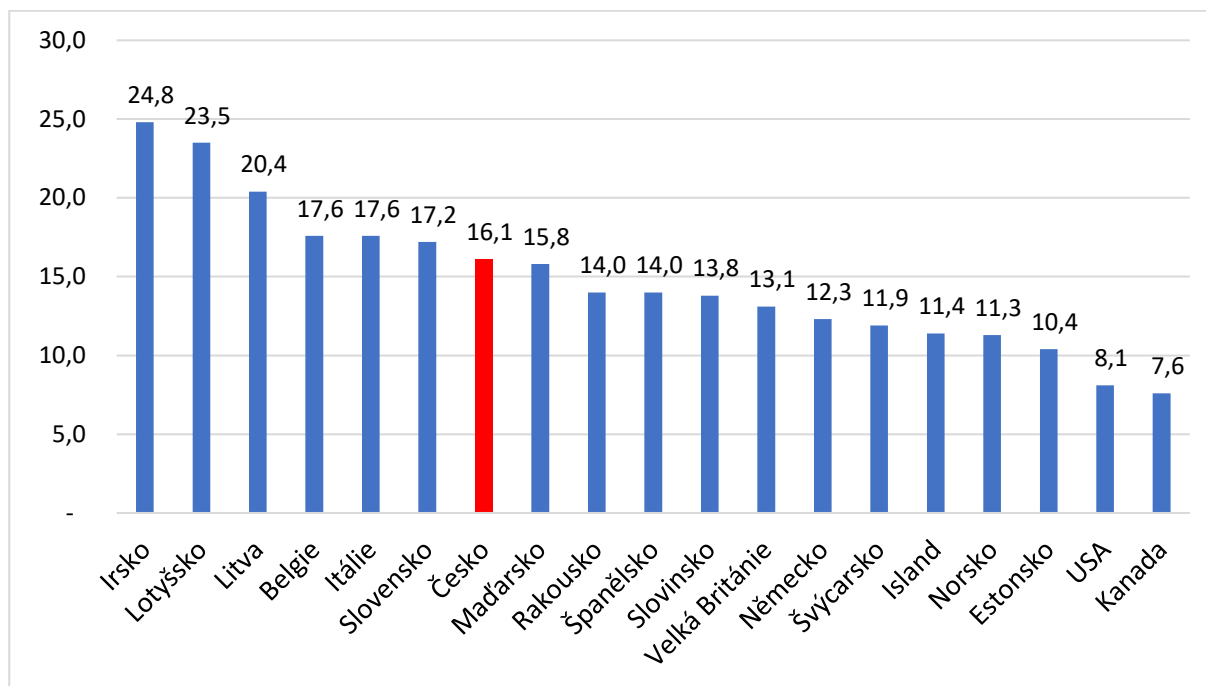


Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Na grafu 2, který zobrazuje vývoj počtu vystudovaných lékařů na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v letech 1995–2019, je vidět v Česku v dlouhodobém horizontu stoupající tendenci. Zatímco od poloviny 90. let 20. století Česko vyprodukovalo téměř 11 lékařů na 100 000 obyvatel, v posledních letech, tedy v období 2015–2019, se tato hodnota zvýšila skoro o třetinu, konkrétně na 15,6 lékařů. Tento růst lze porovnat se zeměmi, do kterých čeští lékaři nejvíce migrují, dle posledních výzkumů (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006). Z grafu můžeme vyčíst, že Česko zaujímá druhé místo v počtu vystudovaných lékařů na 100 000 obyvatel v období 2015–2019, kdy dosáhlo lepšího výsledku než Rakousko, u kterého je oproti ostatním státům zřejmý klesající trend od období 2000–2004.

Na základě nejnovějších dat ohledně počtu vystudovaných lékařů pocházejících z roku 2019 (viz graf 3), je zřejmé, že počet absolventů se zvyšuje každým rokem. V roce 2019 lékařské fakulty vyprodukovaly 16,1 studentů na 100 000 obyvatel, a Česko se tak pohybuje opět v horní polovině v rámci vybraných států OECD, což je velmi pozitivní jev. Za toto zvýšení nespíše mohou i politická rozhodnutí zaměřená na zvýšení počtu přijatých studentů na lékařské fakulty (Zdravotnický deník 2021) V rámci Česka pak může hrát roli také rostoucí počet přijatých mezinárodních studentů (OECD 2019b).

Graf 3: Počet vystudovaných lékařů na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v roce 2019



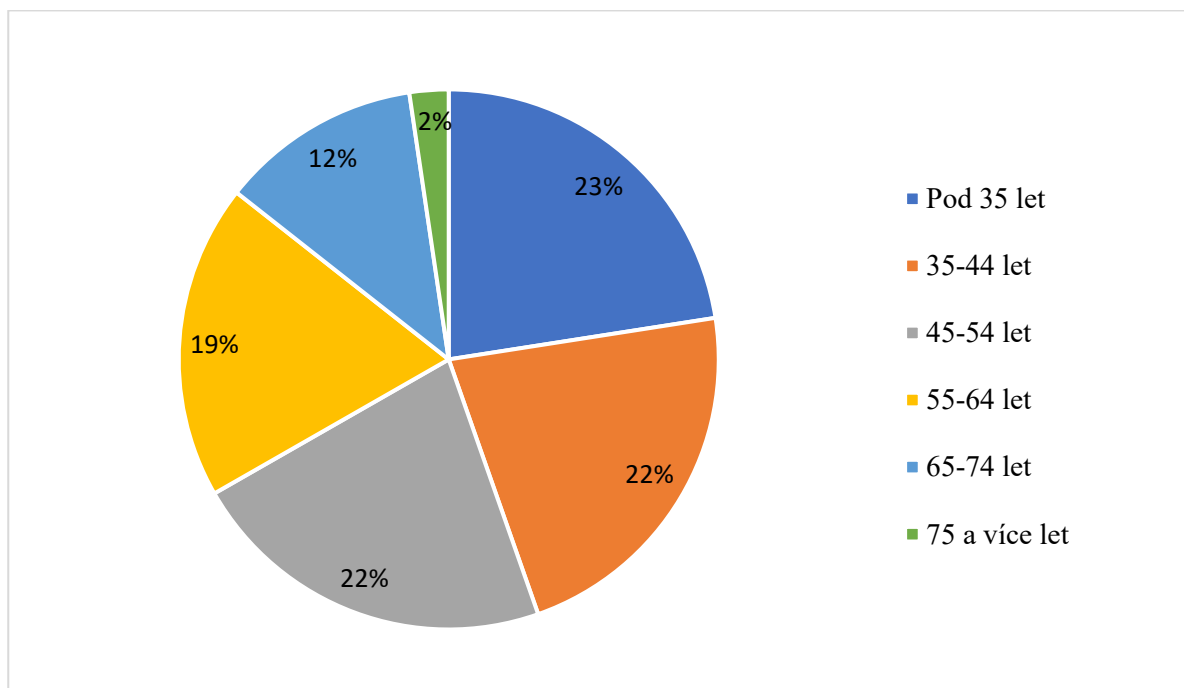
Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Růstový trend počtu vystudovaných lékařů může řešit nedostatek lékařů v Česku. Nicméně existuje několik dalších ukazatelů, které tyto výsledky staví do jiného světla. Jedním z ukazatelů je věková struktura lékařů, resp. jejich stárnutí, které zobrazuje graf 4 (Gokolfinopoulos 2016). Dalším je pak emigrace lékařů do vyspělejších zemí, které můžeme vidět v tabulce 2. Pokud ještě k tomuto připočteme fakt, že vyspělé státy, jako jsou Německo, Spojené státy americké, Kanada, Rakousko i Velká Británie mají ještě nižší každoroční počet vystudovaných lékařů, u některých těchto zemí i o polovinu v porovnání s Českem, je pravděpodobné, že tyto země budou lákat absolventy z méně vyspělých zemí, jako je právě Česko, aby počet lékařů ve své zemi navýšily.

Podíváme-li se se na věkové složení lékařů v Česku, které můžeme vidět na grafu 4, zjistíme, že 14 % lékařů je již v důchodovém věku. Důchodový věk je u nás stanovený na 65 let pro všechny osoby, které se narodily po roce 1971 (ČSSZ 2021). Z těchto 14 % jsou dokonce 2 % lékařů, kteří jsou ve věku 75 a více let. Dalších 19 % lékařů je v předdůchodovém věku, tedy ve věku 55–64 let. Stárnutí lékařů i celkově zdravotnických pracovníků, včetně sester, je připisováno řadě faktorů. Související faktor může být i celkový proces stárnutí ve společnosti. Avšak způsobeno to může být i strukturální migrací mladých lékařů nebo nedostatečným řízením a plánováním saturace pracovních sil ve zdravotnictví,

což vede k nedostatku mladých kvalifikovaných lékařů (IOM 2014). Mladých lékařů, tedy lékařů do 35 let, je pouze 23 %, což jen dokládá předešlá slova. Dále se pak po 22 % pohybuje lékařský věk ve věkových kategoriích 35–44 a 45–54 let.

Graf 4: Podíl lékařů v jednotlivých věkových kategoriích v Česku za rok 2019



Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Jedním z dalších možných faktorů, které způsobují nedostatek lékařů v Česku, je jejich emigrace. Migrace lékařů v rámci EU se zvýšila díky uznávání kvalifikací. Na základě směrnice 2005/36/EU, která se týká i lékařů, lze v rámci zemí EU uznat kvalifikaci, znalost jazyků a jejich odborné akademické tituly (Gokolfinopoulos 2016).

Tabulka 2: Počet českých lékařů emigrujících do zahraničí v období 2015–2019

	Rakousko	Německo	Velká Británie	Irsko	USA	Ostatní	Celkem
2015	13	90	86	32	13	103	337
2016	10	75	93	20	12	115	325
2017	10	66	107	20	9	122	334
2018	6	49	102	9	8	142	316
2019	8	60	118	13	8	64	271
Celkem	47	340	506	94	50	546	1583

Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Z tabulky 2 vyplývá, že v období 2015–2019 emigrovalo dle dat OECD do zahraničí 1583 lékařů. Více než dvě třetiny z nich emigrovalo pouze do pěti zemí. Nejvíce lékařů emigrovalo do Velké Británie, což tvoří necelou třetinu z celkového odlivu lékařů. Je však otázkou, jestli bude počet lékařů emigrujících do Velké Británie dále růst, vzhledem k jejímu vystoupení z EU. Vysoký počet lékařů, tedy 340, emigrovalo také do sousedního Německa. Třetí nejdůležitější destinací českých lékařů bylo Irsko, následováno Spojenými státy americkými a Rakouskem. Jedna třetina lékařů pak emigrovala do ostatních států v rámci států OECD. V tabulce 2 si můžeme všimnout také celkového mírného poklesu migrujících lékařů v roce 2019 oproti ostatním rokům, kde jsme zaznamenali poměrně konstantní hodnoty.

V rámci této práce řešíme emigraci absolventů lékařských fakult. Tabulka 3 nám ukazuje jejich počet a podíl – těch, kteří požádali o certifikát o nečlenství v České lékařské komoře (ČLK). Tento certifikát slouží nejčastěji absolventům lékařských fakult (LF), kteří nechtějí vykonávat lékařskou praxi v léčebné a preventivní péči na území Česka, a především těm, kteří mají v úmyslu pracovat, a tedy registrovat se v nějaké zahraniční lékařské komoře (Česká lékařská komora 2011).

Tabulka 3: Počet a podíl absolventů lékařských fakult s žádostí o certifikát o nečlenství v České lékařské komoře v období 2015–2020

	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
z ČR	61	30,5	63	35	56	36,1	59	29,8	60	28,3	61	38,1
ze SR	15	7,5	21	11,7	21	13,6	27	13,6	26	12,3	15	9,4
z ostatních zemí	124	62	96	53,3	78	50,3	112	56,6	126	59,4	84	52,5
Celkem	200	100	180	100	155	100	198	100	212	100	160	100

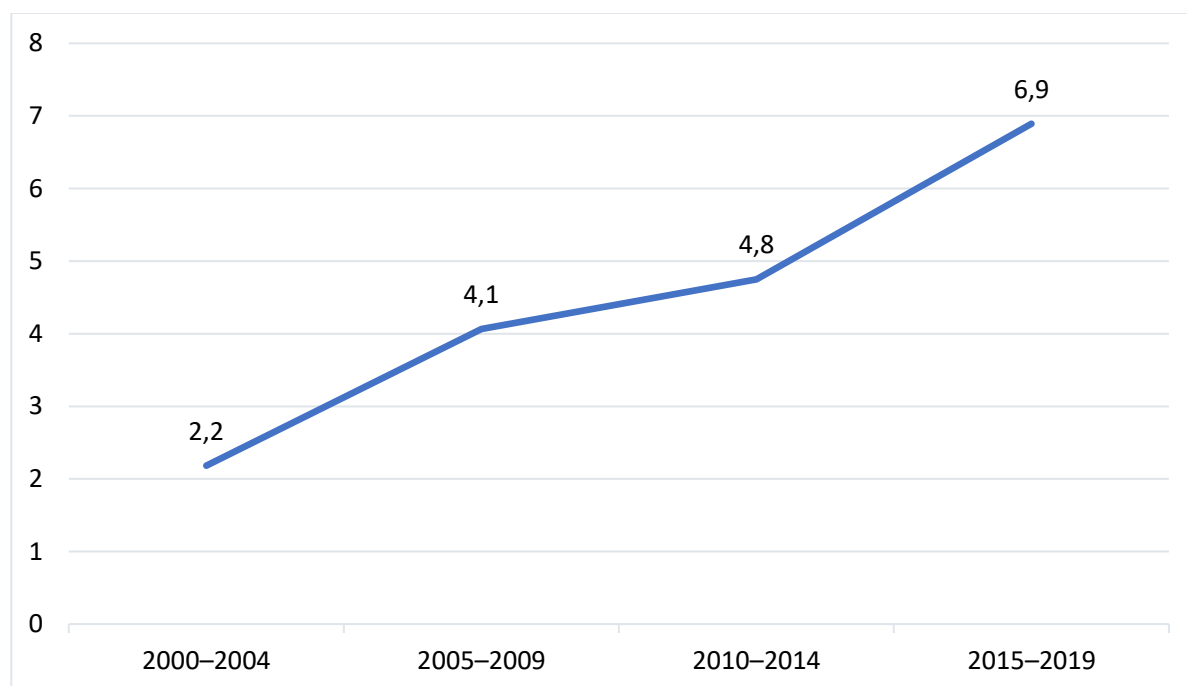
Zdroj: ČLK (2021), vlastní zpracování

V tabulce 3 můžeme vidět, že celkový počet absolventů, kteří požádali o certifikát o nečlenství v ČLK je závislý především na počtu absolventů z ostatních zemích. Pokud se zaměříme konkrétně na počty českých absolventů, tak zjistíme, že se v průběhu období 2015–2020 pohybovaly v rozmezí 59–63. Nejvyšší počet absolventů, kteří požádali o nečlenství v ČLK, bylo v roce 2016 a nejmenší počet v roce 2017. V roce 2020, v době pandemie Covid-19, počet českých absolventů zůstal poměrně vysoký, tedy 61, ačkoliv

absolutní počet byl jeden z nejmenších v tomto období. Z toho plyne, že ani tato pandemie neměla nějaký výrazný vliv na odchod mediků do zahraničí.

Migrace ale nemusí být svázána pouze se ztrátou lékařů, jak vidíme na grafu 5. Ten zobrazuje vývoj podílu lékařů vzdělaných v zahraničí z celkového počtu lékařů v Česku od roku 2000 do roku 2019. Podíl lékařů ze zahraničí v Česku má jednoznačně rostoucí tendence. V průběhu 20 let se tento podíl ztrojnásobil, když vystoupal z 2,2 % v období 2000–2004, tedy v období před vstupem do EU, na 6,9 % v období 2015–2019. Imigrace lékařů ze zahraničí by pro Česko mohla být také jedno z řešení, jak nahradit lékaře, kteří stárnou či odcházejí do zahraničí a které nestačí nahradit absolventi domácích lékařských fakult.

Graf 5: Vývoj podílu lékařů vzdělaných v zahraničí z celkového počtu lékařů v Česku v období 2000–2019 (v %)

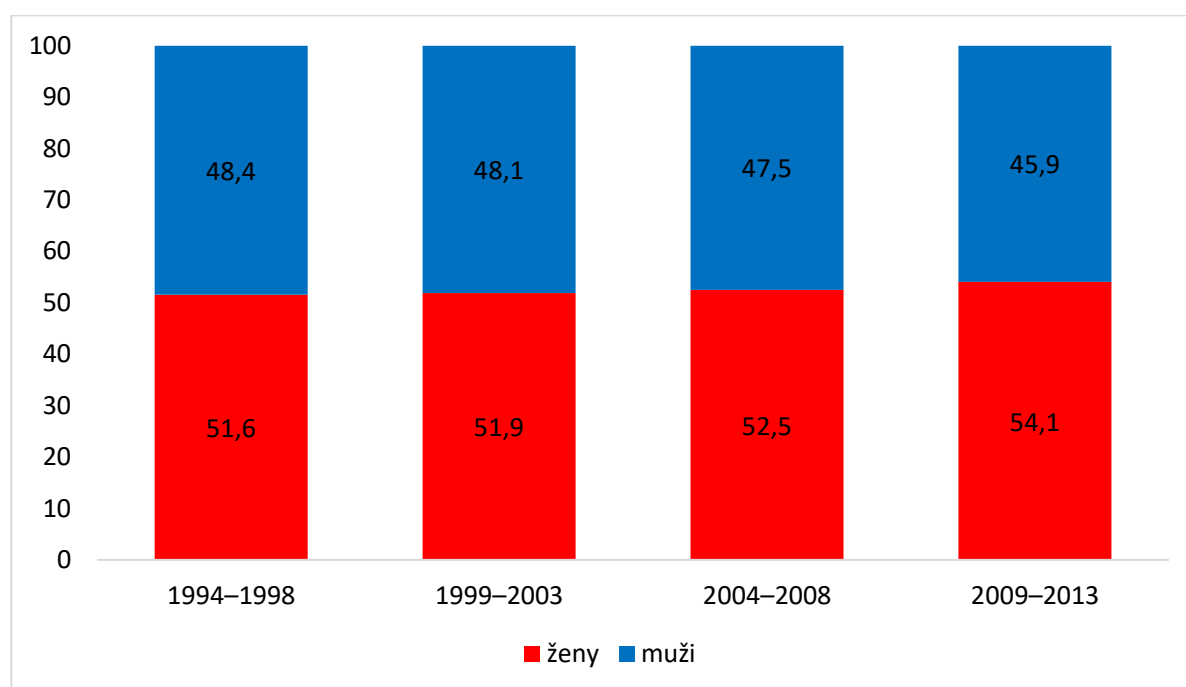


Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Důležité je také zmínit strukturu pohlaví lékařů v Česku. Z předešlých výzkumů vyplývá, že o odchodu do zahraničí po ukončení studia přemýšlí spíše lékaři mužského pohlaví (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006). Některé západní země uvádějí, že ve zdravotnickém sektoru roste feminizace (Debois, McKee, Nolte 2006). Tento jev, který je znázorněn na grafu 6, můžeme pozorovat i v Česku.

Graf 6 ukazuje tento vývojový trend v Česku od roku 1994 do roku 2013. Ačkoliv novější data nebyla k dispozici, je zde přesto patrný rostoucí počet studentek–žen, a naopak snižující se počet studentů–mužů. Zatímco v období 1994–1998 bylo ve zdravotnictví 51,6 % žen a 48,4 % mužů, což je rozdíl více než 3 %, tak v období 2009–2013 je tento rozdíl již vyšší než 8 %, kdy procentuální zastoupení lékařek dosahuje 54,1 % a lékařů 45,9 %. Dle nejnovějších dat OECD, z roku 2019, se v Česku poměr mužů a žen v lékařství ještě zvýšil. Toto může být způsobeno i odchodem seniorních lékařů–mužů do důchodu. Z celkového počtu lékařů, tedy ze 43 399 lékařů, je 56,3 % žen a 43,7 % mužů, jde tedy o rozdíl 12,6 % (OECD 2021).

Graf 6: Vývoj podílu lékařů dle pohlaví z celkového počtu lékařů v Česku v období 1994–2013 (v %)



Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Zvyšující se feminizace může být důsledkem sociokulturních norem vztahujících se k porodu a mateřství (např. žena není stigmatizována za to, že po porodu nastoupí ihned do práce), ale také k odlišnému vnímání rolí pohlaví dnes a v dřívějších dobách (Debois, McKee, Nolte 2006). Dalším faktorem feminizace tohoto odvětví může být snižující se zájem mužů o profesi lékaře (IOM 2014). Zvýšený počet lékařek však může být také ovlivněn odchodem starších lékařů do důchodu, a to především mužských generací lékařů (OECD 2019b).

3.2.2 Ekonomické faktory

Ekonomické faktory mohou být jednou z důležitých komponent při rozhodování se o tom, zda emigrovat, či nikoliv. Lékaři, dle výzkumu, považují lepší finanční vyhlídky za poměrně podstatný impulz k emigraci za prací do zahraničí (Vavrečková a kol. 2008). Proto se v této části zaměříme na platy lékařů u nás a v zemích, do kterých nejčastěji emigrují čeští lékaři (poznatky z posledních výzkumů), kterými jsou Velká Británie, Německo a Spojené státy americké.

Je nutné zmínit, že porovnání hrubých nominálních výdělků, které vidíme v tabulce 3, poskytuje pouze orientační pohled na danou problematiku. Za prvé, platy lékařů zde uvedené jsou průměrné platy bez rozdílů specializací, přičemž některé specializace jsou placené lépe než druhé. Za druhé, pokud bychom chtěli, aby tato data měla nejen orientační hodnotu, museli bychom vzít v úvahu i další faktory, které přesněji objasní výdělkovou hladinu mezi Českem a zahraničím. Mezi tyto faktory řadíme například i daňové sazby nebo měnový kurz (Kaczor 2013).

Tabulka 3: Srovnání průměrné měsíční hrubé mzdy v rámci vybraných zemí OECD za rok 2019

	Měsíční průměrná hrubá mzda v USD	PLI	Reálná měsíční průměrná hrubá mzda v USD
Česko	3950	1	3950
Německo	13 583	1,34	10137
Velká Británie	11 500	1,39	8273
USA	26 083	1,53	17048

Zdroj: OECD (2019c), Medscape (2019), Statistika&My (2019), vlastní zpracování

Tabulka 3 tedy zobrazuje průměrnou hrubou měsíční mzdu v tisících, převedenou na americké dolary (USD), která byla v jednotlivých státech v roce 2019, a úroveň spotřebitelských cen (PLI) v roce 2019. PLI můžeme definovat jako poměry parit kupní síly k tržním směnným kurzům. PLI se měří jako index a přesněji nám zjistí, jestli si migrující lékař finančně polepší v zahraničí, či nikoliv (OECD 2021). Česko ve srovnání se zeměmi OECD disponuje hodnotou PLI 64 a Německo hodnotou 98 (OECD 2019c). V našem případě je výchozí zemí Česko, a proto je mu přiřazena hodnota 100. Německo má tak v našem případě hodnotu 134, což znamená, že migrant by utratil 134 Kč za nákup stejného

spotřebního koše, za který by v Česku zaplatil pouze 100 Kč. Takto převedeme ostatní hodnoty PLI ve Velké Británii a Spojených státech amerických.

V tabulce 3 je znázorněno, že reálná měsíční průměrná hrubá mzda v Česku je 3950 USD, což je poměrně nízká úroveň v porovnání s ostatními zeměmi. Lékaři v Německu pobírají 10 137 USD, což je více než 2,5x, než je tomu v Česku. Ve Velké Británii je reálná hrubá mzda 2x vyšší a ve Spojených státech amerických je to dokonce více než 4x vyšší oproti průměrné hrubé mzdě v Česku. Pokud by daňové sazby v těchto státech byly o 50 % vyšší než v Česku, tak by lékaři těchto zemí stále vydělávali více. Je třeba zmínit, že absolventi lékařských fakult nedosáhnou na výše zmíněné platové podmínky ihned po ukončení vysoké školy, ale nejdříve musí složit atestační zkoušky, aby na tyto platy dosáhli (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012; Sedláková 2015). Nicméně můžeme očekávat, že i nástupní platy v rámci atestací budou v těchto zemích podstatně vyšší, než je tomu v Česku.

3.2.3 Kvalita prostředí a pracovních podmínek

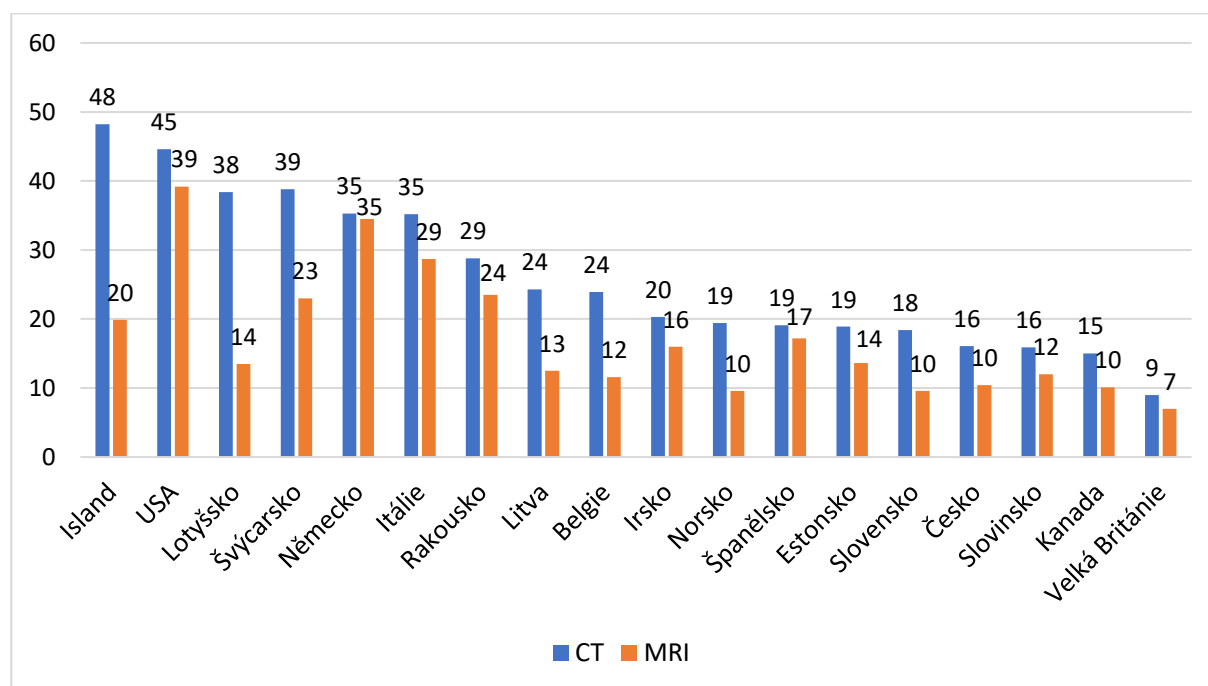
Při popisování současného stavu českého zdravotnického sektoru nesmí chybět ani porovnání kvality vybavenosti ve zdravotnických zařízeních a pracovních podmínek, které mohou také významně promluvit do rozhodování o pracovní emigraci. Pro lékaře v Česku jsou významnými motivy finanční ohodnocení, zlepšení cizího jazyka, ale velmi vysoko také stojí, jako motiv, práce se špičkovou lékařskou technikou (Vavrečková a kol. 2008).

Technologie hrají důležitou roli ve zdravotním systému a lékařům umožňují lépe diagnostikovat a léčit pacienty (OECD 2019a). Na špičkovou lékařskou techniku se zaměříme v následujících odstavcích, kde budeme velmi jednoduše porovnávat specifické indikátory, abychom mohli objektivněji vyhodnotit kvalitu zdravotnictví ve vybraných státech OECD. Lepší a dostupnější zdravotnická technika v zahraničí může být významným faktorem při rozhodování o emigraci budoucích lékařů, tedy studentů lékařských fakult, jak naznačil jeden z posledních výzkumů, protože pro tyto lékaře může být tato technika mnohem dostupnější a mají tak větší šanci se s touto technikou naučit pracovat (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006). Nejprve porovnáme dostupnost dvou technologií, sloužících k diagnostickému zobrazování, kterými jsou počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI) (viz graf 7). CT se využívá při diagnostice velmi široké škály chorob a

používá se i pro speciální léčebné výkony. MRI slouží k posuzování měkkých tkání lidského těla, tedy mozku, míchy, svalů, šlach a kloubů (Nemocnice Na Homolce 2017).

V grafu 7 jsou zobrazeny celkové počty CT a MRI na 1 000 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v roce 2018. Pokud se zaměříme nejprve na CT zařízení, lze konstatovat, že nejvíce zařízení má Island, tedy 48, na druhém místě jsou Spojené státy americké s 45 zařízeními. Nejnižší počet zařízení z vybraných států má Velká Británie, pouhých 9. Česko se sice pohybuje před Velkou Británií a Kanadou, nicméně stále patří s 16 zařízeními na milion obyvatel mezi ty hůře vybavené země. Zaměříme-li se na MRI, tak vidíme, že situace je v zásadě podobná. Nejvyšší počet zařízení mají opět Spojené státy americké s 39 zařízeními a Německo s 35 zařízeními. Velká Británie zůstala na posledním místě i ve vybavenosti zařízením MRI a Česko se drží opět v horší polovině, stejně jako to bylo u vybavenosti CT zařízeními.

Graf 7: Celkový počet CT a MRI na 1 000 000 obyvatel ve vybraných zemích OECD v roce 2018



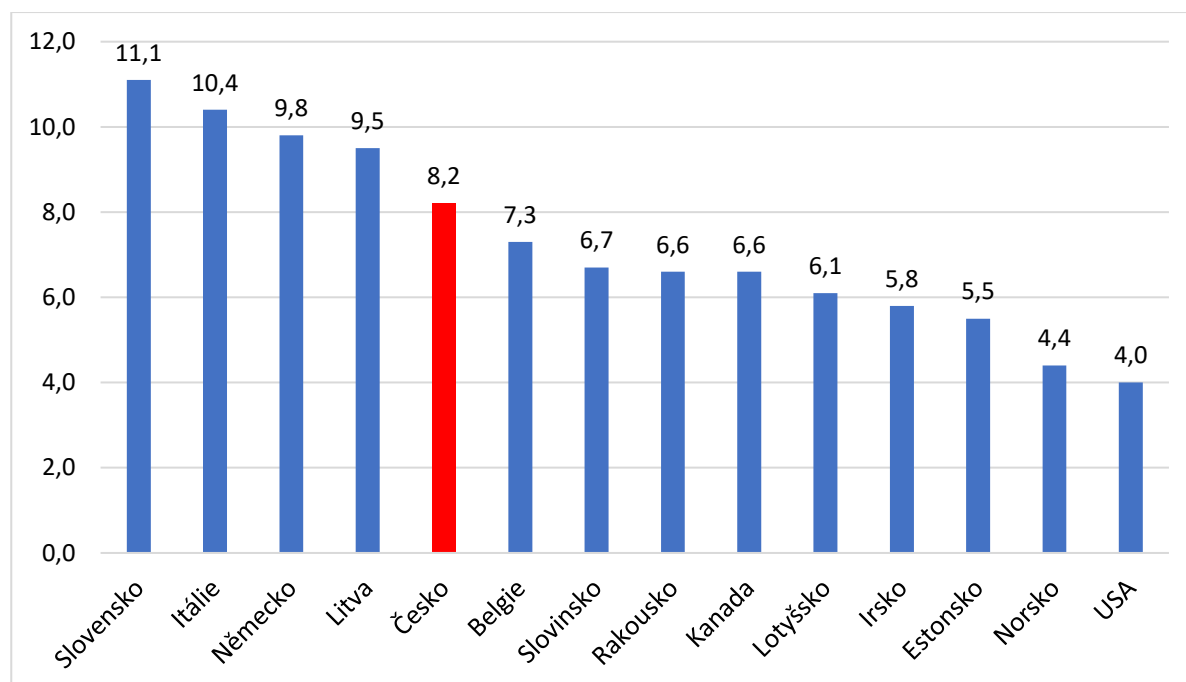
Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Důležitým faktorem, jenž indikuje jak vytíženost lékařů, tak i nedostatek lékařů, je počet návštěv lékaře na jednoho obyvatele ve vybraných zemích OECD v roce 2019 (viz graf 8). Je důležité zmínit, že návštěvy jsou počítány na základě administrativních zdrojů každé země a mohou se navzájem lišit. Dále se tato data mohou lišit vlivem různých přístupů

ke sběru dat. V některých zemích jsou např. vysoké poplatky i za konzultace u lékařů, jako je tomu ve Spojených státech amerických. Naproti tomu někde jsou tyto konzultace zcela zdarma, jako je tomu v Česku, Německu a dalších evropských zemích (OECD 2019a).

Pokud se tedy podíváme na graf 8, tak je zřetelné, že kvantitativně nejlepších výsledků dosahují USA se čtyřmi návštěvami, kde ale může hrát velkou roli zdravotní systém. Nejhůře je na tom Slovensko s více než 11 návštěvami. Česko s 8,2 návštěvami lékaře na jednoho obyvatele za rok se nachází v horní části grafu a z toho plyne že jsou zde návštěvy lékaře poměrně časté. Toto může znamenat, že přeplněné ordinace mohou být důsledkem spíše častých návštěv než nedostatkem lékařů (Vavrečková a kol. 2007).

Graf 8: Počet návštěv lékaře na 1 obyvatele ve vybraných zemích OECD v roce 2019



Zdroj: OECD (2021), vlastní zpracování

Nicméně v grafu 8 si můžeme také všimnout toho, že Německo s necelými 10 návštěvami dosahuje vyšších hodnot než Česko, ale přesto je často zmiňováno jako cílová země pro emigraci českých lékařů. Rozdíl může být hlavně v administrativní zátěži. Zatímco v Česku veškerou administrativu vykonávají lékaři, ve vyspělých státech jsou administrativní zátěže lékaři do jisté míry ušetřeni (Vavrečková a kol. 2007). To je zřejmě způsobeno rozšířenou úlohou zdravotních sester. V některých státech, jako je Velká Británie či Spojené státy americké, mohou zdravotní sestry dokonce předepisovat léčiva a objednávat lékařské testy (OECD 2019b).

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Tato práce metodicky vychází z odborné literatury, která odpovídá zvolenému tématu. Ve výzkumu používáme kvantitativní analýzu dat, jejímž úkolem je v rámci tzv. hypoteticko-deduktivního přístupu ověřit naše předem stanovené hypotézy (Disman 2000). Abychom získali odpovědi na naše otázky, stanovené na začátku této práce, je pro nás nejlepší a nejefektivnější volbou, v rámci této kvantitativní analýzy, dotazníkové šetření.

4.1 Výzkumný vzorek

Zkoumaný vzorek je reprezentován studenty 4.-6. ročníků studujícími obor Všeobecné lékařství na lékařských fakultách Univerzity Karlovy. Dotazníkové šetření celkově otevřelo 719 respondentů, přičemž dotazník dokončilo 469 respondentů, což znamená celkovou návratnost 65 %. Celkový počet studentů, kteří měli možnost se účastnit dotazníkového šetření byl 2 370, tedy návratnost výzkumu je 20 % respondentů.

V rámci editace a kódování dat byli vyřazeni dva respondenti z důvodu nedostatečného vyplnění klíčových otázek a ve výzkumu s nimi nebylo dále počítáno. Z těchto 467 respondentů se do výzkumu dále nedostalo 70 mediků (viz tabulka 4), kteří byli identifikováni jako cizinci, dle otázek 5 a 6, týkajících se občanství (viz příloha 1). Celkově se tak do finálního výzkumu dostalo 397 respondentů (viz příloha 2).

Tabulka 4: Struktura respondentů na základě jejich občanství

	absolutní počet	v %
české občanství	397	85
cizí občanství	70	15
celkem	467	100

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Dále jsme rozdělili tento soubor na dvě skupiny migrantů. První skupinou je 96 tzv. potenciálních migrantů (viz příloha 4), tedy těch, kteří mají v plánu odejít po dokončení aktuálního studia do zahraničí. Druhou skupinou je 240 tzv. nemigrantů (viz příloha 3), tedy těch, kteří naopak chtějí zůstat a pokračovat dále v postgraduálním studiu v Česku po dokončení aktuálního studia. Do většiny statistických analýz, které se týkaly již otázek o případné migraci, nebylo počítáno s 61 respondenty, kteří odpověděli na klíčovou 9. otázku neutrálně, tedy že „neví“, zda odejdou do zahraničí. Chtěli jsme, aby byly obsaženy všechny možné typy odpovědí, aby respondenti nebyli nuceni do výběru mezi tím, zda chtějí, nebo

nechtějí migrovat. Zároveň víme, že zařazení těch, kteří takto odpověděli, by mohlo zkreslovat celý výzkum, a proto jsme se rozhodli je vyřadit z většiny statistických analýz.

4.2 Volba cílové skupiny

V rámci výzkumu jsme si nejprve museli definovat cílovou skupinu, kterou jsou medicí. Studenti jsou „dobří reprezentanti postojů“, neboť odrážejí tendence celé společnosti, a jejich preference tak mohou mít do jisté míry obecnější platnost (Gould 1973). Jedním z kritérií tedy bylo, že respondenti musí studovat na jedné z pěti lékařských fakult Univerzity Karlovy, tedy jednu ze tří pražských fakult nebo Lékařskou fakultu v Hradci Králové či v Plzni. Tyto fakulty jsme vybrali zejména proto, že na této univerzitě studuji, a měl jsem tak možnost snadněji a efektivněji oslovit studenty prostřednictvím studijních oddělení. Navíc tento výzkum (v připraveném designu) může sloužit i ke srovnání s dalším výzkumem, který proběhl před 16 lety⁴.

Dalším kritériem bylo to, aby respondenti byli studenti posledních tří ročníků programu Všeobecného lékařství, jelikož jsou již v druhé půlce studia medicíny, a jsou tak blíže k jejímu ukončení a mohou se relevantněji k tomuto tématu vyjádřit a zaujmout konkrétnější postoj. Také jsou již starší a jejich volby by mohly být lépe promyšlené. Program Všeobecné lékařství, tedy bez zubního lékařství, jsem volil jak kvůli rozdílnosti, tak i kvůli délce studia⁵.

Posledním kritériem bylo, že medicí musí mít české občanství. Pokud ho neměli a studovali v českém jazyce, tak byli z výzkumu vyřazeni. Důvodem byl předpoklad vyššího odchodu po dokončení studia do svých domovských zemí nebo jinam do zahraničí, kdy může být Česko vnímáno pouze jako přechodová destinace.

4.3 Metoda sběru dat

Metodou sběru dat, kterou jsme zvolili ke zpracování analytické části této práce, bylo dotazníkové šetření. Jedná se o metodu, pomocí níž získáme velký počet jedinců ve velmi krátkém časovém období. Důležitý je také aspekt anonymity, která je v tomto

⁴ VAVREŘKOVÁ, J., DOBIÁŠOVÁ, K., HLINICOVÁ, H. (2006): Migrační sklony lékařů a studentů medicíny. Terénní šetření. Svazek II. VÚPSV. Praha. s. 59

⁵ Délka programu Všeobecného lékařství je 6 let, zatímco délka programu Zubního lékařství je 5 let.

případě velmi přesvědčivá oproti kvalitativním metodám. Dotazníkové šetření má i své nedostatky, jako je nižší návratnost a potom i možná nižší reprezentativnost vzorku. Jako poměrně velké riziko můžeme vnímat i to, že otázky mohou být zodpovězeny skupinou respondentů, a ne jednou osobou (Disman 2000).

4.3.1 Tvorba dotazníku

Na základě našich výzkumných otázek a hypotéz vycházejících z literatury a předešlých výzkumů, které byly na podobné téma provedeny, jsme sestavili základní verzi dotazníku, kterou jsme pak následně konzultovali s předsedou Spolku Mladí lékaři⁶, panem MUDr. Martinem Kočím. Tento spolek také prováděl svůj vlastní průzkum o pracovních preferencích a klinických kompetencích mezi mediky v roce 2020 a v roce 2021 (Mladí lékaři 2022). Díky této spolupráci jsme dotazník upravili tak, aby otázky lépe vyhovovaly medikům, jak formulačně, tak obsahově. Důležité také bylo, to, že tento výzkum zaštitili. To nám výrazně pomohlo, jak při pozdější komunikaci s proděkany lékařských fakult Univerzity Karlovy a jejich studijními odděleními, tak i se studenty, u kterých jsme získali větší důvěru.

4.3.2 Struktura dotazníku

Prioritou při sestavování dotazníku byla snaha získat maximum informací, a proto byl výzkum uveden emailem, který obsahoval úvodní slovo autora, jež představovalo stručný popis výzkumu a jeho cíle. Kompletní dotazník je obsahem přílohy 1. Ostatní přílohy (přílohy 2-4) zobrazují jen části dotazníku, na které odpovídaly výše zmíněné jednotlivé skupiny.

Dotazník se skládá z 21 polo-strukturovaných otázek a je rozdělen do několika částí. Do dotazníku byly zahrnuty uzavřené, polouzavřené, otevřené i škálové otázky. Respondenti neodpovídali na veškeré otázky, ale odpovídali jen na ty, které jim byly určeny, dle jejich předešlých odpovědí, čehož jsme dosáhli pomocí filtračních otázek. V první, identifikační části jsme se neptali na jejich věk, jelikož zkoumáme poslední tři ročníky lékařských fakult, a tak předpokládáme, že většině medikům bude 21–26 let. Pátá otázka sloužila jen cizincům,

⁶ Spolek Mladí lékaři sdružuje mladé lékaře a lékařky, jejichž posláním je reprezentovat zájmy mladých lékařů a šířit povědomí o aktuálních problémech zdravotnictví (Mladí lékaři 2022).

kterí studují v českém jazyce. Ve druhé části, kde odpovídali všichni respondenti, jsme se ptali na rozšiřující otázky, týkající se jazyka a předešlých studijních či pracovních zkušeností.

Třetí část, 13 otázek, zkoumala samotnou migraci. Klíčovou otázkou bylo, zda respondenti chtějí po dokončení aktuálního studia odejít pracovat do zahraničí. Tato otázka rozdělila respondenty na tři skupiny. První skupinou jsou potenciální migranti, tedy ti, kteří odpověděli na tuto otázku kladně, druhou skupinou jsou ti, kteří odpověděli neutrálně a třetí skupinou jsou nemigranti, kteří odpověděli záporně. První skupina odpovídala na navazujících 12 migračních otázek. Ačkoliv s druhou skupinou ve většině analýzách nepočítáme, tak rovněž pokračovala dalšími 12 otázkami, stejně jako první skupina. Třetí skupina odpovídala pouze na následující jednu otázku týkající se bariér migrace.

4.3.3 Realizace sběru dat

Oslovování respondentů probíhalo prostřednictvím jednotlivých studijních oddělení lékařských fakult Univerzity Karlovy. Toto znamenalo, že úvodní slovo s odkazem na online dotazník přišlo na emailové adresy pouze těm studentům, které jsme v rámci výzkumu potřebovali oslovit. Samotné vyplňování probíhalo tedy online formou. Elektronický dotazník byl vytvořen prostřednictvím online softwaru Click4Survey, který nám umožnil vytvářet veškeré typy otázek, které jsme potřebovali. Zároveň je velmi snadné jej provázat s programem SPSS, ve kterém probíhala následující analýza.

Jedním z důvodů, proč bylo vybráno online dotazování, je časová nenáročnost a velmi pohodlné vyplňování, které mohli medicí realizovat prostřednictvím počítače či mobilu. Výhodou také bylo, že respondenti se mohli během vyplňování odpojit a následně později pokračovat ve vyplňování. Také anonymita byla zaručena, jelikož software neukládal emaily mediků.

Dotazníkové šetření probíhalo dva měsíce. Výzkum byl zahájen 1. března 2022 a ukončen 30. dubna 2022. Výzkumu se zúčastnily všechny lékařské fakulty Univerzity Karlovy, kromě jedné. Neúčastnila se 2. lékařská fakulta v Praze, která důvod blíže nespecifikovala.

4.4 Použité metody vyhodnocení dat

Vyhodnocení dat probíhalo nejdříve editací a kódováním dat, které je popsáno výše. Kromě deskriptivní statistiky jsme použili sofistikovanější typy analýz, jako je logistická regrese nebo faktorová analýza.

Faktorová analýza je vícerozměrná statistická technika, která slouží ke snížení velkého počtu proměnných na několik málo faktorů, aby našly a objasnily závislosti mezi proměnnými s co nejmenší ztrátou informace. Obecným cílem je vytvořit tzv. faktory, což jsou uměle vytvořené faktory, které nám umožní lépe pochopit analyzované proměnné (Hendl 2004). Ve faktorové analýze budeme používat metodu „Principal components“ s rotací Varimax.

Regresní analýza pak hledá nejlepší, nejúspornější a současně smysluplný model, který popisuje vztah mezi závislou proměnnou a skupinou nezávislých proměnných. Logistická regrese, v našem případě binární logistická regrese, umožňuje testování interakcí mezi nezávislými proměnnými a na rozdíl od lineární regrese dokáže predikovat pravděpodobnost dané události (Hendl 2004).

4.5 Nedostatky a problémy při výzkumu a zpracování dat

Každý výzkum se potýká s nějakými nedostatky či problémy při výzkumu a zpracování dat a náš výzkum nebyl výjimkou. Jako jeden z problémů bychom mohli vnímat šíření nemoci Covid-19, který oddálil samotný začátek výzkumu.

V kvantitativním výzkumu je omezený rozsah informace vzhledem k velkému počtu respondentů. Jako určitý nedostatek můžeme vnímat i to, že dotazníkové šetření jsme distribuovali skrze online prostředí, z čehož obecně plyne nižší návratnost a horší reprezentativnost (Disman 2000).

V tomto výzkumu je nedostatkem také to, že můžeme posoudit pouze návratnost otevřených dotazníků, a ne návratnost celkovou, jelikož nám jednotlivé fakulty, až na Lékařskou fakultu v Plzni, neposkytly údaje o počtu studentů, kterým dotazník rozeslaly, přestože jsme je o to žádali. Dalším nedostatkem bylo to, že se výzkumu účastnily pouze čtyři fakulty Univerzity Karlovy, a ne všech pět, jak bylo původně zamýšleno. Chybí zastoupení 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, jelikož se nechtěla výzkumu účastnit z blíže nspecifikovaných důvodů.

Jako poměrně velký nedostatek můžeme vnímat to, že s většinou datového souboru, zejména u klíčových témat, jako je důležitost aktérů při získání práce či případné integraci, nešlo z důvodů malé četnosti realizovat sofistikovanější analýzy. Relativní četnosti jsou k dispozici v přílohách (viz přílohy 1, 2, 3 a 4).

5 VLASTNÍ VÝZKUM

V této části práce jsou nastíněny výsledky, které vychází z dotazníkového šetření, jež je popsáno v předešlé kapitole. Tyto výsledky nelze zobecňovat na celou populaci a musíme je vnímat s určitým nadhledem, nicméně nám poslouží k vyhodnocení našich výzkumných otázek. Zároveň mohou tyto výsledky sloužit ke zjišťování migračních tendencí mediků a s tím souvisejícího vlivu institucí či rodinných a dalších osobních sítí, které plní významnou roli v rámci migračních pohybů. Tato část je tedy rozdělena do několika hlavních kapitol, které na sebe logicky navazují a doplňují se.

První kapitola se věnuje charakteristice daných respondentů. Druhá kapitola představuje typické zástupce respondentů v rámci migračních pohybů, které jsou rozděleny na tři základní typy. Další velká část pak zkoumá pravděpodobnost migračních pohybů mediků, kde uvidíme i míru reálnosti migrace, cílové destinace, předpokládanou délku pobytu či motivace, které vedou mediky k odchodu. Naopak ve čtvrté části zkoumáme faktory, jež jim brání v tom, aby odešli za prací do zahraničí. Poslední část nám může zodpovědět, zda při získávání práce a případné integraci mají větší vliv instituce, nebo rodinné a další osobní sítě mediků. V rámci sofistikovanějších analýz, které jsou součástí některých kapitol, vždy nejprve podrobně popíšeme postup celé analýzy.

5.1 Charakteristika respondentů

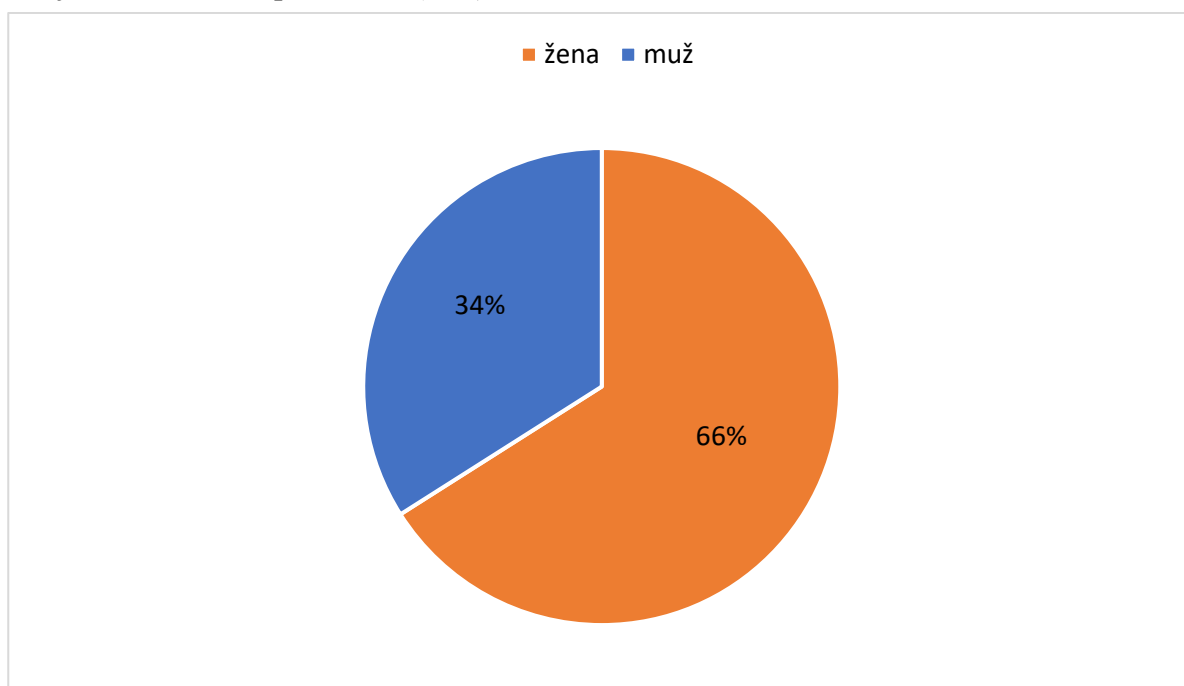
Tato kapitola zkoumá základní sociodemografické charakteristiky, kam řadíme pohlaví a věk. V kontextu této práce, která se zabývá studenty–mediky, zjišťujeme, na jakých fakultách studují, včetně ročníku. Důležitou informaci představují jazykové znalosti mediků a jejich studijní či pracovní zkušenosti, jež medicí získali v předešlých letech. Tyto zmíněné indikátory nám mohou pomoci najít určité společné vzorce, které vedou k migračnímu pohybu.

5.1.1 Pohlaví a věk mediků

V rámci dotazníkového šetření jsme nezjišťovali věkovou strukturu respondentů, neboť očekáváme, že naprostá většina respondentů se nachází ve věku 21–26 let. To odpovídá skutečnosti, že se jedná o studenty, kteří pokračovali ve studiu po ukončení střední školy, a nyní studují 4.–6. ročník.

Naopak otázka, týkající se pohlaví, se už ve výzkumu nacházela a její výsledky můžeme vidět v grafu 9, kde jsou zachyceny výsledky za 397 respondentů. Výzkumu se účastnilo 34 % mužů a zbytek, tedy 66 %, jsou ženy, které tvoří dvě třetiny vzorku.

Graf 9: Pohlaví respondentů (v %)



*Poznámka: N = 397; Vychází z otázky: Jaké je vaše pohlaví? – Nabízené možnosti viz více v grafu
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

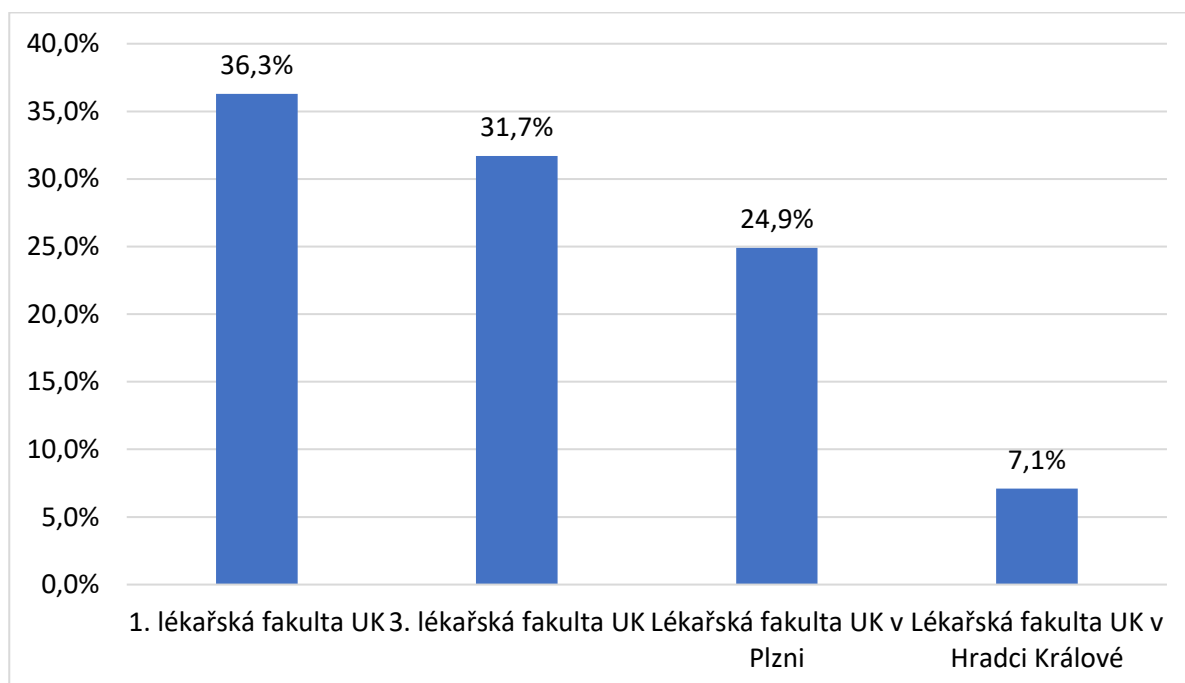
Tento výsledek nám jednoznačně dokazuje zvyšující se feminizaci u lékařských oborů, což je jeden z trendů, které můžeme pozorovat v některých západních zemích (Debois, McKee, Nolte 2006). Je třeba ale poukázat na to, že výsledky by mohly být zkresleny tím, že ženy mohly být aktivnější nežli muži při zapojení se do dotazníkového šetření. Nicméně si trendu feminizace můžeme povšimnout i v českém zdravotnictví, které jsme rozebírali v předešlých kapitolách (viz. graf 6). Feminizace lékařství v Česku může být přisuzována spíše vysokému odlivu mužských starších generací lékařů (OECD 2019b). Na základě dat našeho výzkumu můžeme konstatovat zvýšený zájem žen a zároveň snížený zájem mužů o studium lékařských oborů.

5.1.2 Charakteristika mediků z hlediska studia

Dále charakterizujeme celkový vzorek z hlediska zastoupení studentů podle jednotlivých lékařských fakult Univerzity Karlovy, vyjma 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Všechny fakulty poskytují studentům prakticky totožné a komplexní vzdělávání v oboru Všeobecné lékařství. Studium se liší, v závislosti na fakultě, jen jiným způsobem výuky či místem, kde medicí vykonávají praxe. Za zmínku stojí to, že 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze přijímá v průměru zhruba o polovinu více studentů než ostatní fakulty Univerzity Karlovy (VysokeSkoly.com 2022).

V grafu 10 můžeme vidět, že z celkového výzkumného vzorku, který je tvořen 397 respondenty, je nejvíce zastoupena již výše zmíněná 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, což představuje 36,3 %. Na opačné straně se nachází Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, která má zastoupení pouze 7,1 %. Vezmeme-li v úvahu, že na pražských vysokých školách se nacházejí tradičně studenti z celého Česka a zároveň tyto fakulty přijímají velké množství studentů, tak není tato dominance Prahy žádným překvapením.

Graf 10: Zastoupení respondentů dle fakult (v %)

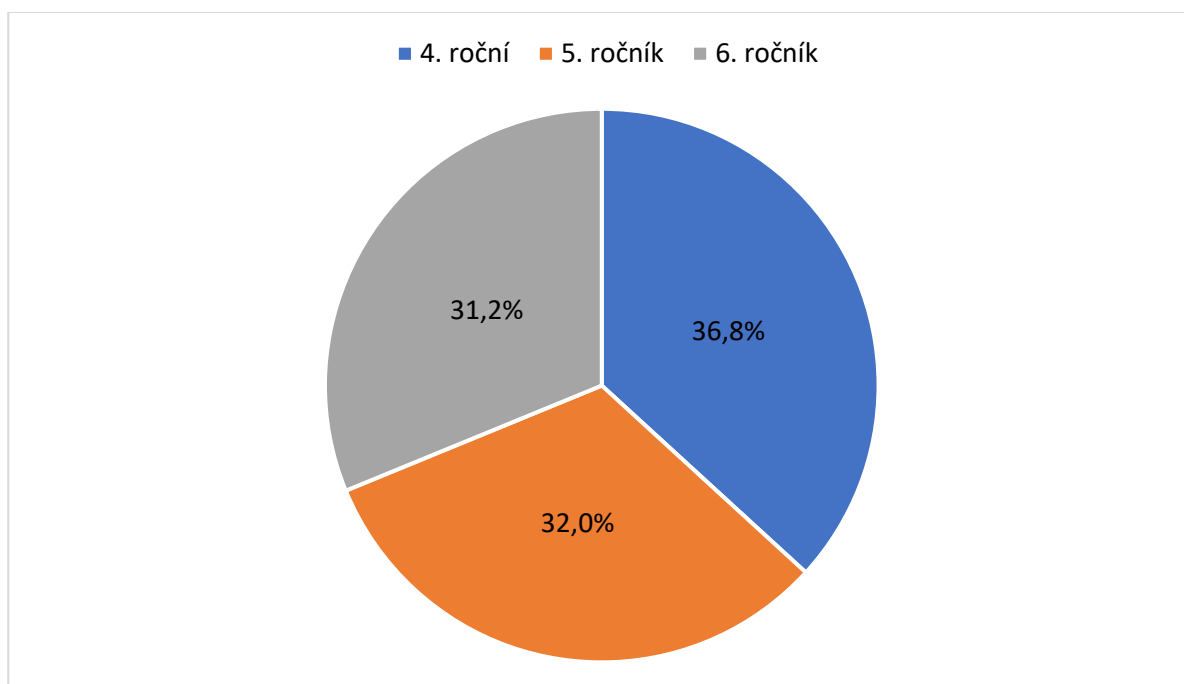


Poznámka: N = 397; Vychází z otázky: Na jaké fakultě studujete? – Nabízené možnosti viz více v grafu mimo možnosti 2. lékařské fakulty UK

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Zastoupení jednotlivých ročníků v rámci našeho výzkumu přináší graf 11, kde můžeme vidět velmi podobné zastoupení všech ročníků, které se pohybuje nad 30 %. Nejvíce je zastoupen 4. ročník (36,8 %) a naopak nejméně ročník šestý (31,2 %). Máme tak poměrně rovnoměrné rozdělení, které nám umožňuje lépe vyhodnotit a interpretovat výsledky v následujících analýzách.

Graf 11: Zastoupení respondentů dle ročníků (v %)



Poznámka: N = 397; Vychází z otázky: Jaký ročník aktuálně studujete? – Nabízené možnosti viz více v grafu

Zdroj: vlastní šetření (2022)

5.1.3 Jazykové znalosti mediků

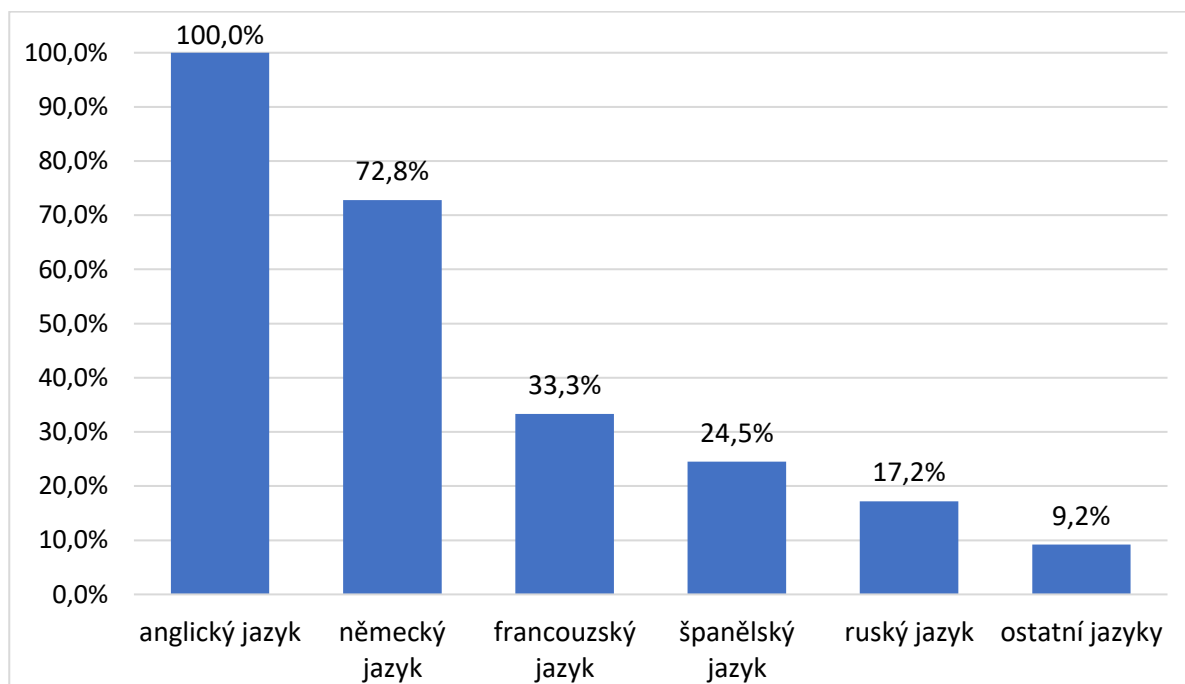
Znalost světových jazyků, zvláště anglického jazyka, v našem případě i německého jazyka, je pro získání pracovní pozice v zahraničí klíčová. Jazykové znalosti můžeme také vnímat jako určité náklady, které musí migrant vynaložit, aby mohl získat lepší pracovní nabídky v zahraničí, a tím si zajistit i vyšší mzdu či si celkově zlepšit kvalitu života (Massey et al. 1993).

Medici hodnotili své jazykové znalosti pěti základních světových jazyků (anglický jazyk, německý jazyk, francouzský jazyk, španělský jazyk a ruský jazyk) a zároveň měli možnost doplnit a ohodnotit i další jazyky, které ovládají (viz tabulka 5). Svě znalosti hodnotili na základě rámce CEFR – Common European Framework of Reference. Jedná se o dokument, vytvořený Radou Evropy, který rozděluje tři úrovně jazykové znalosti, jež

dále dělí na šest stupňů. Jedná se o úrovně „Basic“ (A1, A2), „Independent“ (B1, B2) a „Proficient“ (C1, C2). Tento rámec tak slouží k mezinárodní klasifikaci jazykových dovedností a je uznáván po celém světě (CAMBRIDGE 2022).

Na základě těchto úrovní jsme vytvořili index jazykové znalosti (viz tabulka 6), který dokáže lépe vystihnout obecnou jazykovou úroveň mediků. V rámci indexu má každá znalostní úroveň jednotlivého jazyka hodnotu 0,167, což znamená, že pokud by měl medik znalost například pouze anglického jazyka na úrovni C2, dle rámce CEFR, tak by hodnota indexu byla 1,002. Jelikož v našem výzkumu hodnotíme pět základních jazyků a jeden jiný jazyk, tak maximální hodnota, kterou mohou medicové dosáhnout, je 6,012. Vzhledem k tomu, že každý medik má ukončenou střední školu maturitou, jejíž podmínkou je splnění i zkoušky z cizího jazyka, tak minimální hodnota tohoto indexu nemůže být 0.

Graf 12: Znalost jednotlivých jazyků (v %)



*Poznámka: N = 397; Vychází z otázky: Jaká je úroveň znalosti jednotlivých jazyků? – Znalosti jednotlivých jazyků viz graf podle úrovní A1-C2 dle CEFR
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

Dle grafu 12, který zobrazuje, jaká je znalost jazyků v celé šíři spektra hodnocení CEFR, tedy A1–C2, která je ovšem v tomto grafu skrytá, můžeme konstatovat, že 100 % respondentů ovládá anglický jazyk a 72,8 % ovládá jazyk německý. To ovšem není žádným překvapením, jelikož tito respondenti měli povinný cizí jazyk již od základní školy, kde bývá na výběr právě mezi těmito dvěma jazyky. Za zmínku stojí také francouzský jazyk, který ovládá 33,3 % mediků.

Pokud se tedy podíváme na znalost jazyků z pohledu jednotlivých úrovní, dle CEFR, tak je zcela zřejmé, že medicí ovládají anglický jazyk na velmi dobré úrovni, kdy můžeme vidět že na úrovni B1–C2 je 97,4 % respondentů, z toho má největší zastoupení úroveň B2 (44,7 %). Za zmínku však stojí úroveň C1 (31,5 %) a C2 (7,1 %), což nám indikuje velmi vysokou připravenost mediků na případnou pracovní praxi v zahraničí. Z hlediska naší geografické polohy má značný význam i německý jazyk, neboť přímo sousedíme s Německem i Rakouskem, a není divu, že medicí ovládají tento jazyk na poměrně vysoké úrovni, kdy 35 % z nich ovládá němčinu na úrovni B1–C2. To opět dokazuje vysokou připravenost mediků, když vezmeme v úvahu, že německý jazyk bývá pro většinu respondentů sekundární.

Ostatní jazyky sice nedosahují tak skvělých hodnot, jako tomu je u anglického a německého jazyka, ale i přesto vidíme, že medicí jsou jazykově velmi dobře vybaveni. Určitou zajímavostí může být i to, že pokud někdo uvedl, že ovládá ještě jiný jazyk než pět uvedených základních, tak úroveň daného jazyka je poměrně vysoká, kdy se jedná o úroveň B1–C2 (4,9 %). Největší zastoupení mezi ostatními jazyky měl italský jazyk, polský jazyk, ale třeba i norský či vietnamský jazyk.

Tabulka 5: Zastoupení úrovně znalosti jazyků dle CEFR u respondentů (v %)

	A1	A2	B1	B2	C1	C2
anglický jazyk	0,8	1,8	14,1	44,7	31,5	7,1
německý jazyk	19,9	17,9	18,2	10,3	5,5	1,0
francouzský jazyk	12,3	8,6	6,0	3,8	1,8	0,8
ruský jazyk	11,8	2,3	1,5	0,3	0,0	1,3
španělský jazyk	12,6	5,3	4,0	1,5	0,3	0,8
jiný jazyk	2,3	2,0	1,5	0,3	0,8	2,3

Poznámka: N = 397; jiné jazyky – italský jazyk, polský jazyk, norský jazyk, vietnamský jazyk atd.; Vychází z otázky: Jaké je úroveň znalosti jednotlivých jazyků? – Nabízené možnosti viz více v tabulce

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Vysokou úroveň obecné jazykové znalosti dokazuje i námi vytvořený index, který je zobrazen v tabulce 6. Vidíme zde poměrně vysoký průměr s hodnotu 1,318, což by odpovídalo tomu, že průměrný medik ovládá například dva jazyky na úrovni B2, avšak kombinací je více. Maximální hodnotou je 5,234, což znamená, že jeden z respondentů ovládá na různé úrovni šest jazyků a z toho většinu na úrovni C1. Minimální hodnotou je 0,344, což by odpovídalo úrovni A2 jednoho z jazyků.

Tabulka 6: Index jazykové znalosti

Průměr	Maximum	Minimum	Standardní odchylka
1,318	5,324	0,344	0,553

Poznámka: N = 397; Vychází z otázky: Jaká je úroveň znalosti jednotlivých jazyků? – Znalosti jazyků (anglický jazyk, německý jazyk, francouzský jazyk, ruský jazyk, španělský jazyk, jiný jazyk) podle úrovně A1-C2 dle CEFR

Zdroj: vlastní šetření (2022)

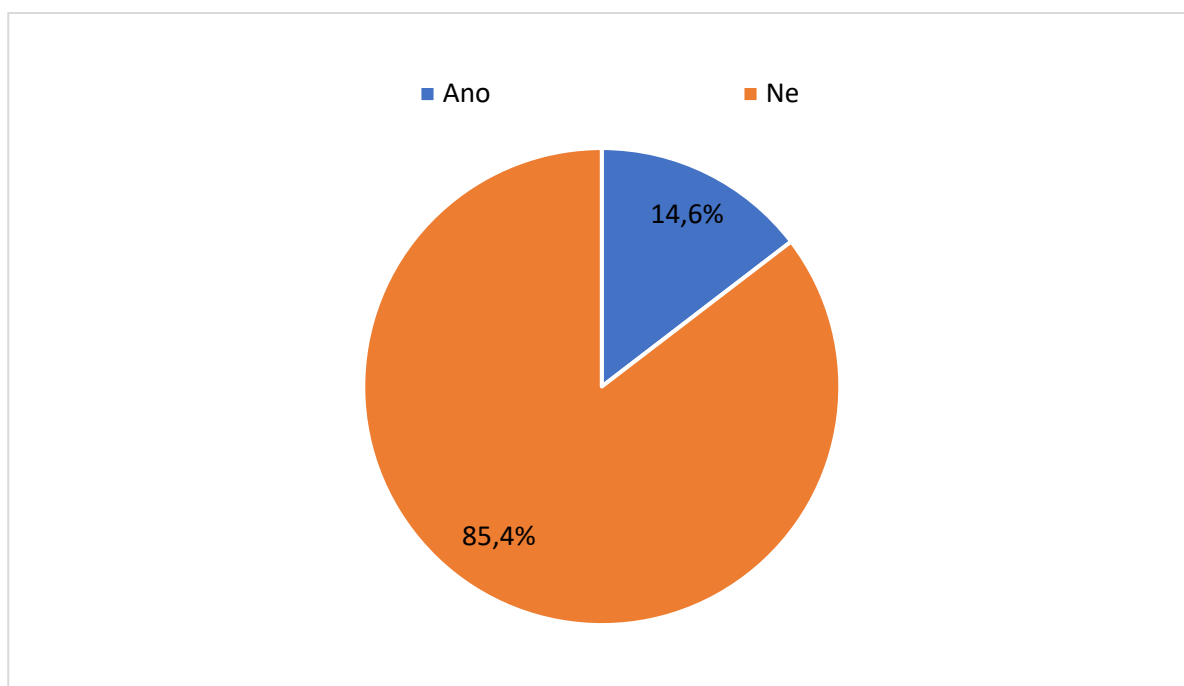
5.1.4 Studijní či pracovní zkušenosti v zahraničí

Studijní či pracovní zkušenost v zahraničí může výrazně ovlivňovat respondenty při rozhodování o případném odchodu do zahraničí, jelikož si tam mohou vytvořit síť sociálních vztahů nebo mohou nasbírat vlastní cenné informace o dané zemi a na základě toho pak vyhodnotit, zda odejít pracovat do zahraničí, či nikoliv.

Ve výzkumu jsme zkoumali zkušenosti za posledních 10 let. Tato doba byla zvolena zejména kvůli možnosti studia v zahraničí již od střední školy, tedy od věku 16 let, kdy existují programy, které umožní studentům odjet až na roční studium do zahraničí. To zajišťují různé neziskové organizace, jako je např. YFU – Youth For Understanding. Na vysoké škole se pak studenti mohou zúčastnit programu Erasmus a speciálně na lékařských fakultách se pak studenti mohou účastnit různých studentských praxí či stáží. Pracovní zkušenosti mimo obor si mohou zařídit například pomocí programu Work and Travel. Doba 3 měsíce pak byla zvolena proto, že po takovéto době už je respondent schopen poznat kulturu jiné země a získat tam užší lidské kontakty (Bojanic, Bojanic, Likic 2015).

Graf 13 zobrazuje, zda měl respondent studijní či pracovní zkušenost v zahraničí v posledních 10 letech po dobu delší než tři měsíce. Z celkového vzorku 397 respondentů, 14,6 %, tedy 57 respondentů, deklarovalo, že takovouto zkušenost již mají za sebou a více než 85 % sdělilo, že tuto zkušenost nemají. Pokud by byly takovéto kontakty udržovány, což je v dnešní digitální době velmi jednoduché díky sociálním sítím, mohlo by být mnohem snazší pro dané osoby přijmout rozhodnutí emigrovat (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012).

Graf 13: Studium či práce v zahraničí v posledních 10 letech po dobu delší než 3 měsíce (v %)

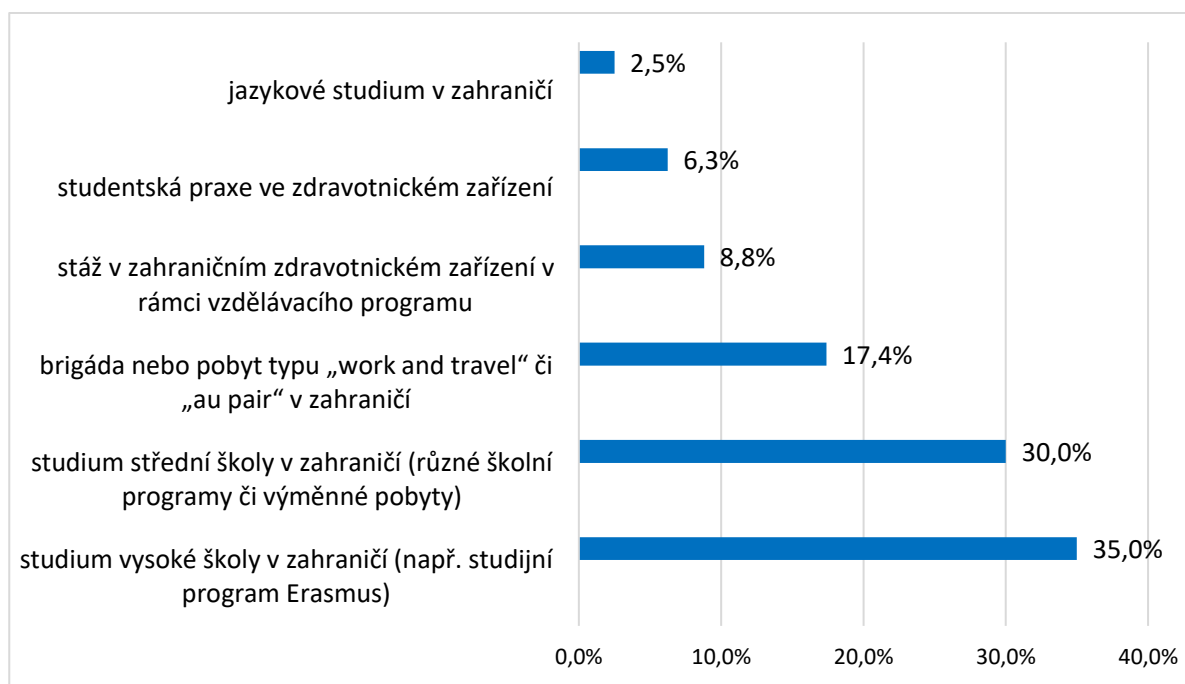


*Poznámka: N = 397; Vychází z otázky: Studoval/a nebo pracoval/a jste v posledních 10 letech v zahraničí? – Nabízené možnosti viz více v grafu
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

Zaměřili jsme se tedy pouze na mediky, kteří nějakou zkušenost v zahraničí již mají (14,6 %) a zjišťovali jsme, za jakým účelem odjeli do zahraničí na dobu delší než tři měsíce. Tyto výsledky jsou zobrazeny v grafu 14.

Pokud bychom rozdělili tyto účely na pracovní a studijní zkušenosti, můžeme konstatovat, že převažují studijní zkušenosti (67,5 %) nad těmi pracovními (32,5 %), což je logické vzhledem k tomu, že respondenti jsou v mladém studijním věku. Nejvíce jsou zastoupeny zkušenosti studium vysoké školy v zahraničí (35 %) a studijní pobyt v zahraničí na střední škole (30 %). V některých předešlých výzkumech bylo zmiňováno, že právě studijní zkušenosti byly významným faktorem v procesu rozhodování o případném odchodu do zahraničí, kdy je respondenti chtěli využít jako zdroj informací, pomoc při integraci či při zisku pracovních příležitostí (Bojanic, Bojanic, Likic 2015; Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006). Vysoko se také umístila zkušenost v podobě pracovní zkušenosti typu brigády či jiného pracovního pobytu (17,4 %). Nejnižší zastoupení měl dlouhodobější jazykový pobyt, což může být překvapením, vezmeme-li v úvahu velmi dobrou jazykovou vybavenost mediků.

Graf 14: Účel studia či práce v zahraničí v posledních 10 letech po dobu delší než 3 měsíce (v %)



*Poznámka: N = 80; Každý respondent mohl vybrat vícero možností; Vychází z otázky: Za jakým účelem jste studoval/a či pracoval/a v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce? – Nabízené možnosti viz více v grafu
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

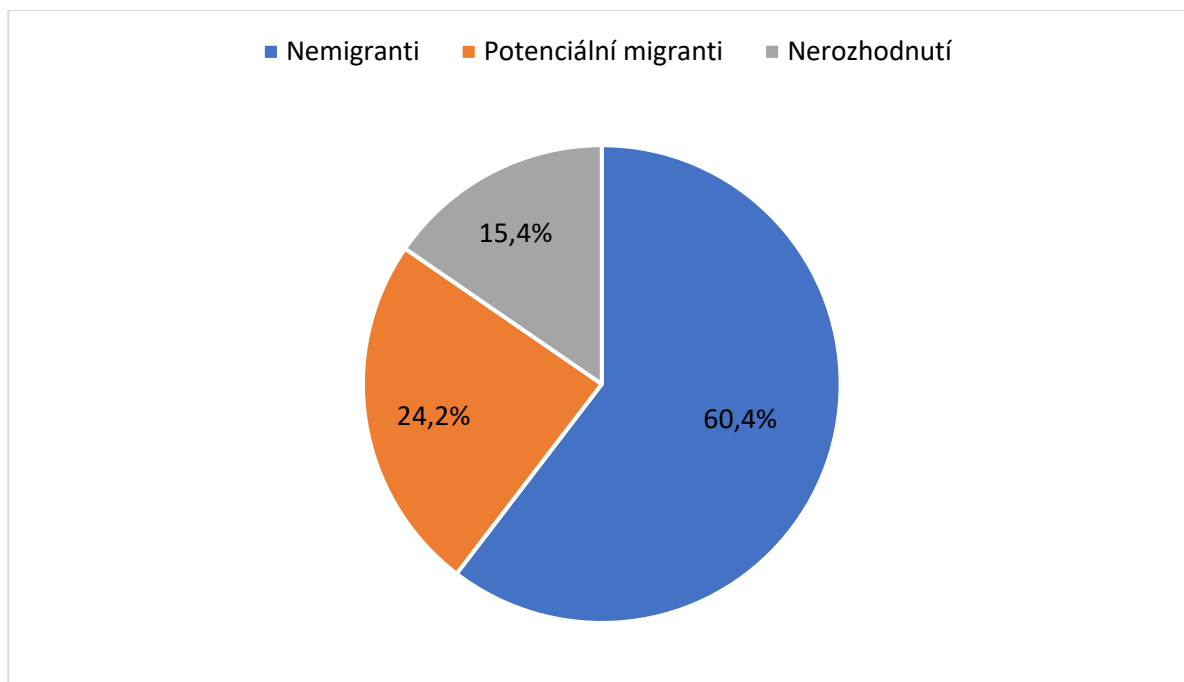
5.2 Pravděpodobnost migrace

Zjištění pravděpodobnosti migračního úmyslu je jedním ze stěžejních cílů této diplomové práce, protože nám odhalí migrační potenciál mediků. Na základě výsledků, které přináší graf 15, se respondenti rozdělí do tří skupin – potenciální migranti, nemigranti a nerozhodnutí. V závislosti na jejich odpovědi pak jednotlivé skupiny reagovali na odlišné další otázky. Klíčová otázka tedy zněla takto: **Očekáváte, že budete po dokončení aktuálního studia pracovat jako lékař/ka někdy v zahraničí?**

Pokud respondenti odpověděli „rozhodně ano“ či „spíše ano“, tak se zařadili do skupiny potenciální migranti a pokračovali dále v otázkách týkajících se migračního pohybu. Jestliže odpověděli odlišně, tedy „rozhodně ne“ nebo „spíše ne“, tak rovnou pokračovali v odpovědích na otázky týkající se bariér, určené pro nemigranty, aniž by viděli otázky týkající se migrace. Respondenti měli na výběr i neutrální odpověď „nevím“, která je zařadila do skupiny nerozhodnutí. Pokud vybrali tuto možnost, tak sice pokračovali na otázky týkající se migrace, ale ve většině následujících analýz se s nimi již nepočítalo, jak je již výše vysvětleno, až na jednu kapitolu, kde byl analyzován celý výzkumný vzorek (kapitola 5.2.5).

Dle grafu tedy můžeme vidět, že více než polovina mediků z celkového vzorku, tedy 60,4 %, což odpovídá 240 nemigrantům, neočekává, že bude pracovat v zahraničí. Na druhé straně téměř čtvrtina mediků, tedy 24,2 % neboli 96 potenciálních migrantů, deklarovalo, že po dokončení aktuálního studia plánuje odejít do zahraničí za pracovními příležitostmi. Zbýlých 15,4 % respondentů, tedy 61 nerozhodnutých, o tomto kroku buďto více nepřemýšlelo, nebo ještě neudělalo finální rozhodnutí o tomto životním záměru.

Graf 15: Míra potenciální migrace v kontextu celého zkoumaného vzorku (v %)



Poznámka: N = 397; Vychází z otázky: Očekáváte, že budete po dokončení studia pracovat jako lékař/lékařka někdy v zahraničí? – Možnosti: rozhodně ano, spíše ano, nevím, spíše ne, rozhodně ne
Zdroj: vlastní šetření (2022)

Na první pohled výsledky ukazují, že většina mediků chce zůstat pracovat v Česku. Nicméně, pokud bychom vzali v úvahu celkovou věkovou strukturu lékařů v Česku (viz graf 4), kde je zřetelné, že v důchodovém a předdůchodovém věku je 33 % lékařů a je třeba tyto lékaře nahradit, tak by 24,2 % potenciálních migrantů–mediků mohlo hrát svoji roli v tom, zda medicí dokáží nahradit tyto lékaře. Pokud navíc vezmeme v úvahu data od ČLK, která sbírá data o absolventech lékařských škol (viz tabulka 3), kdy v roce 2020 požádalo 61 mediků o certifikát o nečlenství v České lékařské komoře, tedy že s největší pravděpodobností odešli pracovat do zahraničí, tak by se odliv českých mediků zvýšil až o třetinu, uvažujeme-li 96 mediků z toho výzkumu. Avšak je nutné zmínit, že ne všichni z 96 (24,2 %) mediků musí nutně odejít, a proto budeme v následující kapitole zkoumat realnost migrace, která nám může napovědět o něco více.

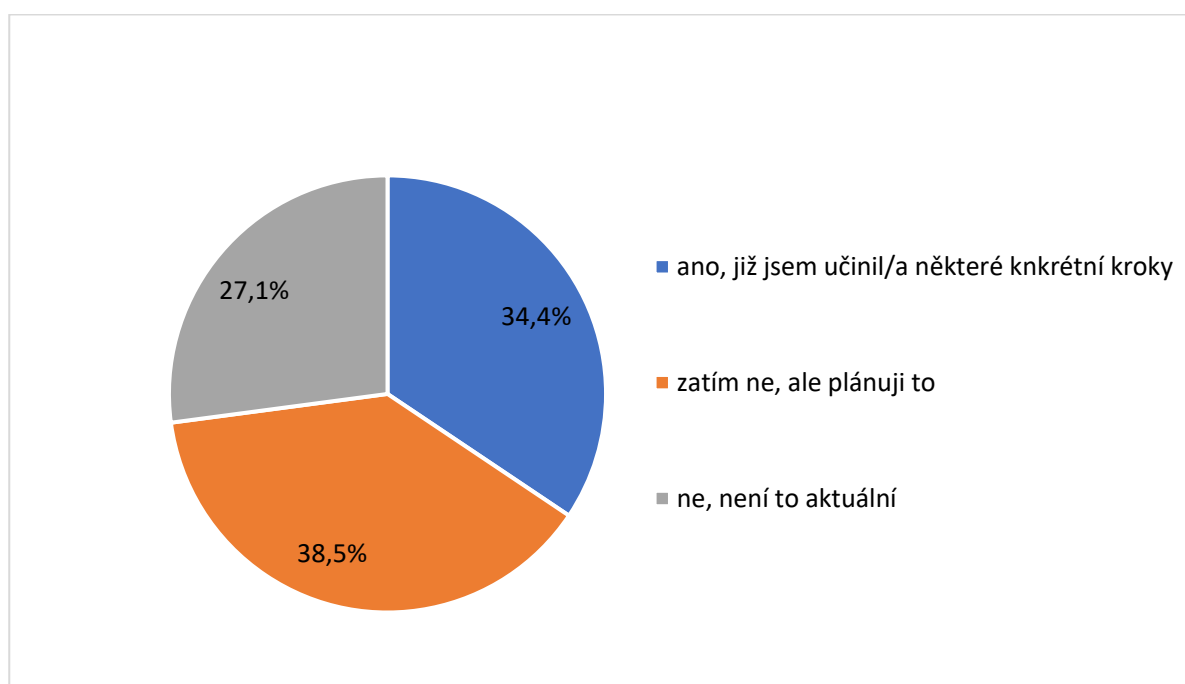
5.2.1 Reálnost migrace

Jak bylo již v předešlé kapitole uvedeno, tak abychom lépe určili, kolik mediků chce odejít za prací do zahraničí, je zapotřebí určit míru reálnosti tohoto odchodu. V následující analýze tak budeme pracovat s 96 potenciálními migranty–mediky, kteří deklarovali, že plánují odejít pracovat do zahraničí po dokončení aktuálního studia.

Míru reálnosti budeme určovat na základě dvou faktorů. První faktor je, zda již učinili respondenti některé konkrétní kroky proto, aby získali práci v zahraničí či aby případná integrace v zahraničí proběhla snáze. Druhým faktorem je termín odchodu, který je důležitým indikátorem vážnosti rozhodnutí, kdy obecně platí, že čím bližší časový horizont odchodu medik předpokládá, tím je jeho odchod reálnější (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Nejprve se podíváme na to, zda již někteří potenciální migranti–medici realizovali některé konkrétní kroky, které souvisejí s odchodem za prací do zahraničí. Výsledky tohoto záměru přináší graf 16.

Graf 16: Realizace konkrétních kroků pro záměr práce v zahraničí (v %)



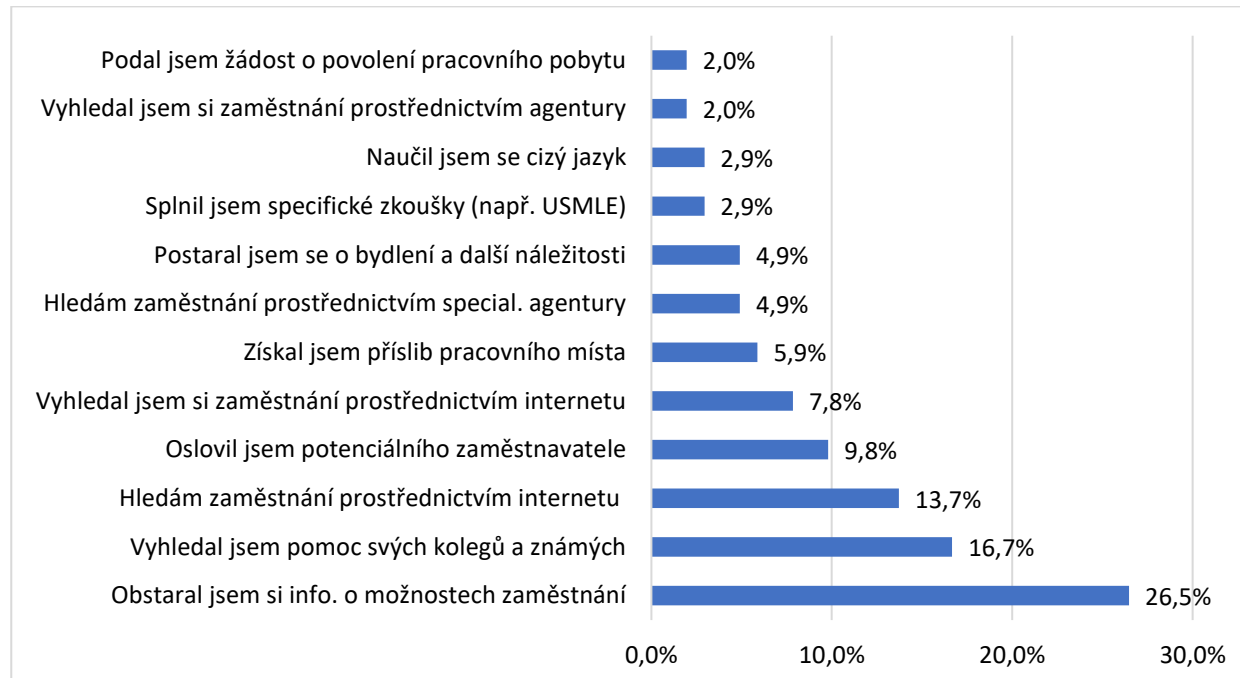
Poznámka: N = 96; Vychází z otázky: Učinil/a jste již konkrétní kroky pro realizaci svých záměrů pracovat v zahraničí? – Nabízené možnosti viz více v grafu

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Výsledky analýzy rozdělily mediky do tří, poměrně rovnoměrně rozdělených, skupin. Nejméně početná skupina, která je zastoupena 27,1 % mediků, odpověděla, že pro odchod do zahraničí neučinila žádné konkrétní kroky a ani se zatím nechystá je v blízké budoucnosti realizovat. To nám značí, že pro tuto skupinu je možnost odejít do zahraničí pouze jednou z možností v rámci jejich budoucích plánů. Naopak nejvíce početnou skupinou je 38,5 % mediků, kteří odpověděli, že zatím žádné konkrétní kroky neučinili, ale mají to v blízké budoucnosti v plánu. Jedná se tedy o skupinu mediků, která již velmi usilovně přemýšlí o záměru odejít pracovat do zahraničí. Nemůžeme s jistotou říci, zda konkrétní kroky někdy realizují, avšak je u nich větší pravděpodobnost, že tato realizace nastane nežli u první zmíněné skupiny. Můžeme tak předpokládat, že někteří z této skupiny respondentů se v průběhu studia rozhodnou konkrétní kroky udělat.

Třetí a zároveň pro nás nejdůležitější skupinou v rámci reálnosti migrace je 34,4 % mediků, kteří již realizovali některé konkrétní kroky a je tak vysoký předpoklad, že budou skutečně migrovat do zahraničí za pracovními příležitostmi po dokončení aktuálního studia. To, které konkrétní kroky udělali, přináší graf 17.

Graf 17: Realizované konkrétní kroky respondentů (v %)



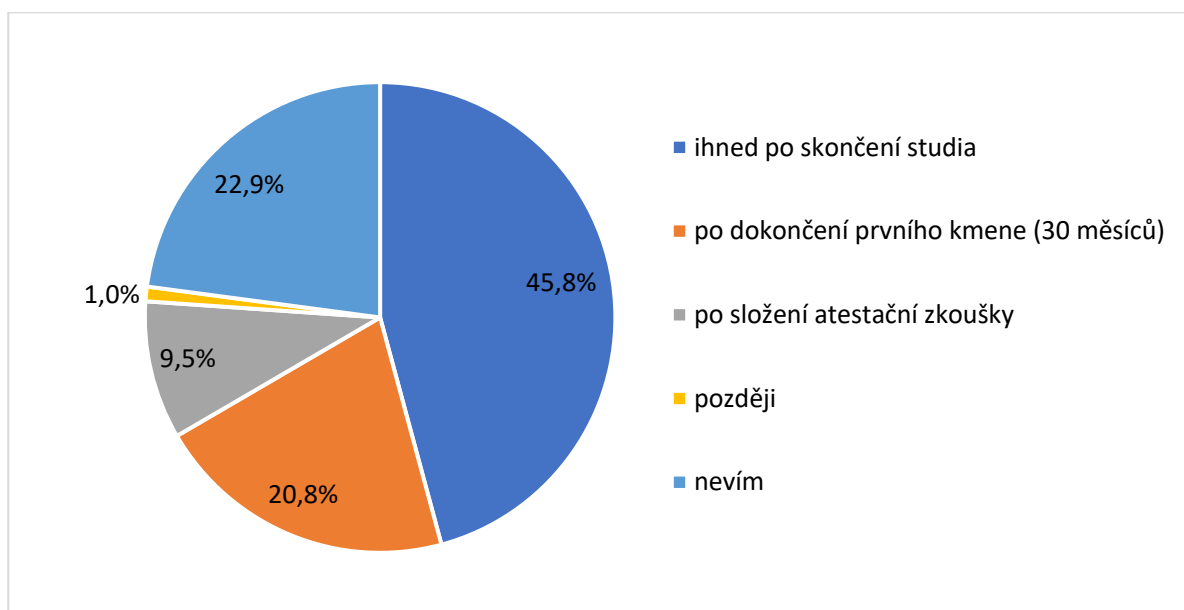
Poznámka: N = 102; Každý respondent mohl vybrat vícero možností; Vychází z otázky: Jaké konkrétní kroky pro realizaci vašich záměrů jste již podnikl/a? – Nabízené možnosti viz více v grafu
Zdroj: vlastní šetření (2022)

Mezi realizovanými konkrétními kroky je nejvíce zastoupen krok o obstarání si informací o možnostech zaměstnání v zahraničí (26,5 %). Dalším konkrétním krokem, který byl realizován v 16,7 % případech, je, že si respondenti vyhledali pomoc svých kolegů a známých. To by mohlo částečně potvrzovat hypotézu Granovettera (1973) o tom, že při získávání pracovních příležitostí jsou důležitější spíše slabé vazby. Zaměříme-li se na ty nejkonkrétnější kroky, tedy na kroky, které bychom mohli vnímat jako vážné a které naznačují skutečnou snahu, tak jsou nevíce zmiňované: oslovení potenciálního zaměstnavatele (9,8 %), získání příslibu pracovního místa (5,9 %) a postarání se o bydlení a dalších náležitostí v zahraničí (4,9 %).

Některé konkrétní kroky nám mohou naznačit, do jakých cílových destinací chtějí tito medicí odejít. Mezi tyto kroky řadíme splnění zkoušky USMLE – United States Medical Licensing Examination (2,9 %), kterou musí medicí splnit, pokud chtějí vstoupit do postgraduálních studií ve Spojených státech amerických (USMLE 2022). Jedním z kroků pak byla žádost o povolení pracovního pobytu (2 %), což by indikovalo odchod mimo státy EU.

Druhý důležitý zkoumaný faktor, který nám v kombinaci s předešlou analýzou pomůže určit reálnost migračního úmyslu, je termín odchodu za prací do zahraničí (viz graf 18).

Graf 18: Termín odchodu (v %)



Poznámka: N = 96; Vychází z otázky: Kdy se chystáte odjet do zahraničí? – Nabízené možnosti viz více v grafu

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Nejvíce zastoupena je možnost, že medici chtějí uskutečnit odchod do zahraničí ihned po skončení aktuálního studia. To deklarovalo 45,8 % respondentů, což odpovídá 44 medikům z celkového počtu 96 potenciálních migrantů. Vysoký podíl mediků uvedlo, že chtějí odejít po dokončení prvního kmene postgraduálního vzdělání, což odpovídá zhruba 30 měsícům od ukončení aktuálního studia po dokončení první atestace. U těchto mediků, kteří tvoří dohromady 66,6 %, předpokládáme, že jsou poměrně pevně rozhodnuti o odchodu za prací do zahraničí.

Do druhé skupiny, která čítá dohromady 10,5 % mediků, řadíme ty, kteří odpověděli, že chtějí migrovat až po složení finální atestační zkoušky (9,5 %), což by odpovídalo zhruba 5–6 letům po dokončení aktuálního studia, nebo ty, kteří odpověděli později (1 %). U těchto potenciálních migrantů lze konstatovat, že mají v plánu realizovat odchod za prací do zahraničí, avšak můžeme předpokládat, že někteří z nich toto rozhodnutí během této doby přehodnotí, neboť se jedná o poměrně dlouhou dobu v kontextu života mladých lidí. U mediků, kteří odpověděli, že neví (22,9 %), je asi nejnižší pravděpodobnost, že zrealizují odchod za prací do zahraničí.

Abychom co nejpřesněji určili reálnost migrace a stanovili tak, kdo je aktivní migrant, tak musí striktně splnit dvě podmínky zároveň. První podmínkou je, že tento respondent musel deklarovat, že již učinil konkrétní kroky pro realizaci záměru pracovat v zahraničí (viz graf 16). Druhou podmínkou je, že chce respondent odejít buďto ihned po skončení aktuálního studia, nebo po dokončení prvního kmene, tedy do 30 měsíců po skončení aktuálního studia (viz graf 18). Pokud splnil tyto dvě podmínky zároveň, tak se zařadil do skupiny aktivních migrantů (viz tabulka 7).

Tabulka 7: Rozdělení potenciálních a aktivních migrantů

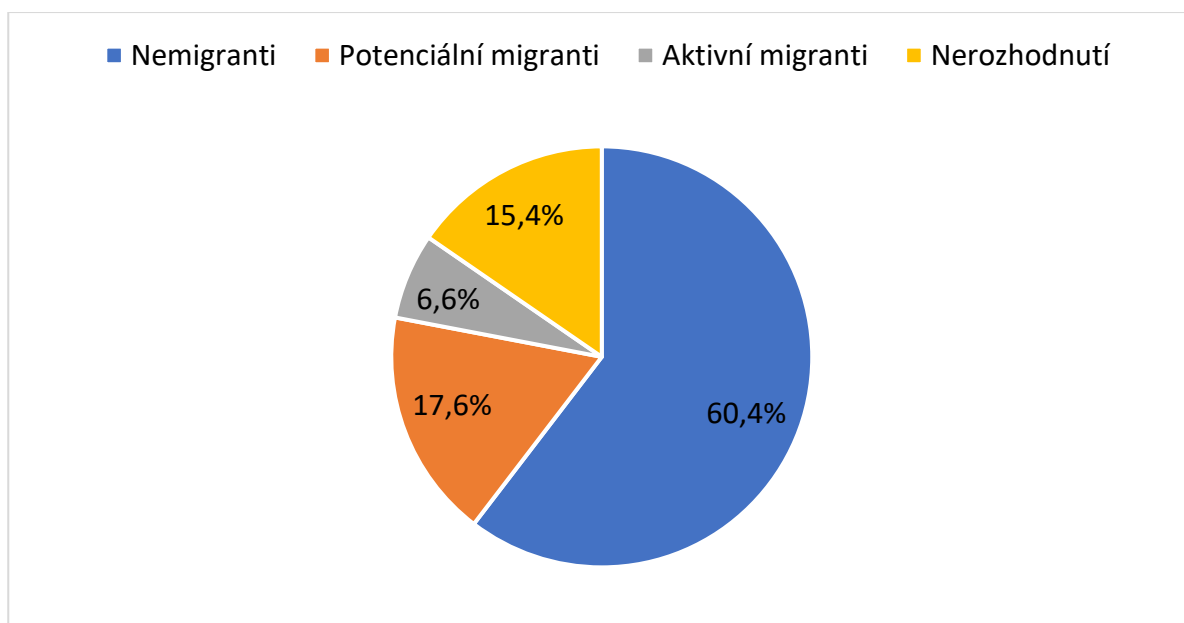
	Absolutní počet	Relativní počet
Potenciální migranti	70	72,9 %
Aktivní migranti	26	27,1 %

Zdroj: vlastní šetření (2022)

V tabulce 7 můžeme vidět, že dle našich parametrů do skupiny aktivních migrantů spadá pouze 26 respondentů z 96 potenciálních migrantů, což odpovídá 27,1 %. Zbytek mediků, tedy 70 (72,9 %), zůstává ve skupině potenciálních migrantů. Míru reálnosti migračního úmyslu v kontextu celého vzorku, tedy 397 respondentů, vyjadřuje graf 19.

Pokud vezmeme v úvahu celkový zkoumaný vzorek 397 respondentů, je zřejmé, že z původních 24,2 % potenciálních migrantů (viz graf 15) je pouze 6,6 % aktivních migrantů. Míra reálnosti migrace se dle předpokladů výrazně snížila oproti migračnímu potenciálu (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006; Krajewski-Siuda et al. 2012). Můžeme tak konstatovat, že odchod mediků za prací do zahraničí není zřejmě zásadní v takové míře, aby to více ovlivňovalo zdravotnický systém v Česku.

Graf 19: Míra reálnosti migrace v kontextu celého zkoumaného vzorku (v %)



Poznámka: N = 397; Vychází z otázky: Očekáváte, že budete po dokončení studia pracovat jako lékař/lékařka někdy v zahraničí? – Možnosti: rozhodně ano, spíše ano, nevím, spíše ne, rozhodně ne
Zdroj: vlastní šetření (2022)

5.2.2 Cílové destinace

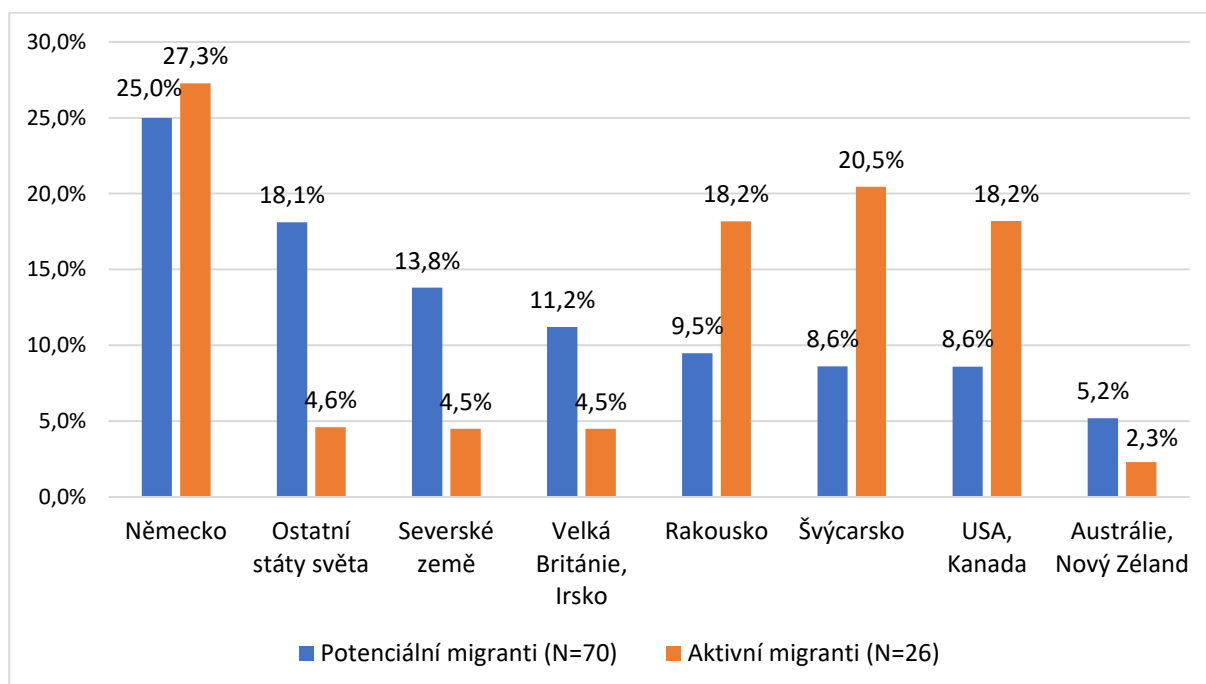
Cílové migrační země byly zjišťovány otevřenou otázkou, kde mohli respondenti napsat až tři země, do kterých by případně chtěli, po skončení aktuálního studia, migrovat za pracovními příležitostmi. Tyto země jsme pak rozdělili do skupin na základě jejich četností a jejich geografické či kulturní podobnosti.

Pokud se zaměříme na celkový vzorek 96 potenciálních migrantů a jejich případné cílové destinace (viz příloha 8), tak je suverénně nejčastěji zmiňováno Německo, které uvedlo 25,8 % respondentů. Poměrně velké zastoupení, kolem 11 %, mají i geograficky blízké Rakousko (11,9 %) a Švýcarsko (11,9 %). Na 11% hladině se pohybují i zámořské státy – USA s Kanadou (11,3 %) a severské země (11,3 %). O něco horší výsledky vykazovaly ostrovní země Velká Británie s Irskem (9,4 %) a nejhůře se umístily Austrálie

a Nový Zéland (3,8 %). V rámci ostatních států světa, které disponují 14,5 %, jsou nejčastěji zmiňovány státy – Francie, Španělsko či Nizozemsko. Všechny tyto státy mohou nabídnout medikům mnohem lepší platové ohodnocení nebo i lepší pracovní podmínky než Česko (např. Německo, Velká Británie, USA atd.).

Porovnáme-li mezi sebou rozhodnutí o cílových zemích u potenciálních a aktivních migrantů, tak si můžeme všimnout určitých odlišností, kromě nejčastěji zmiňovaného Německa, které je v rámci obou skupin zastoupené 25 % a 27 % (viz. graf 20).

Graf 20: Cílové destinace (v %)



Poznámka: Celkem N=159; Potenciální migranti N=116; Aktivní migranti N=44; Vychází z otázky: Do které země s největší pravděpodobností odejdete? (Stačí vyplnit pouze jedno pole, tzn. stát. Pokud ještě nevíte, nechte pole prázdná.) Zdroj: vlastní šetření (2022)

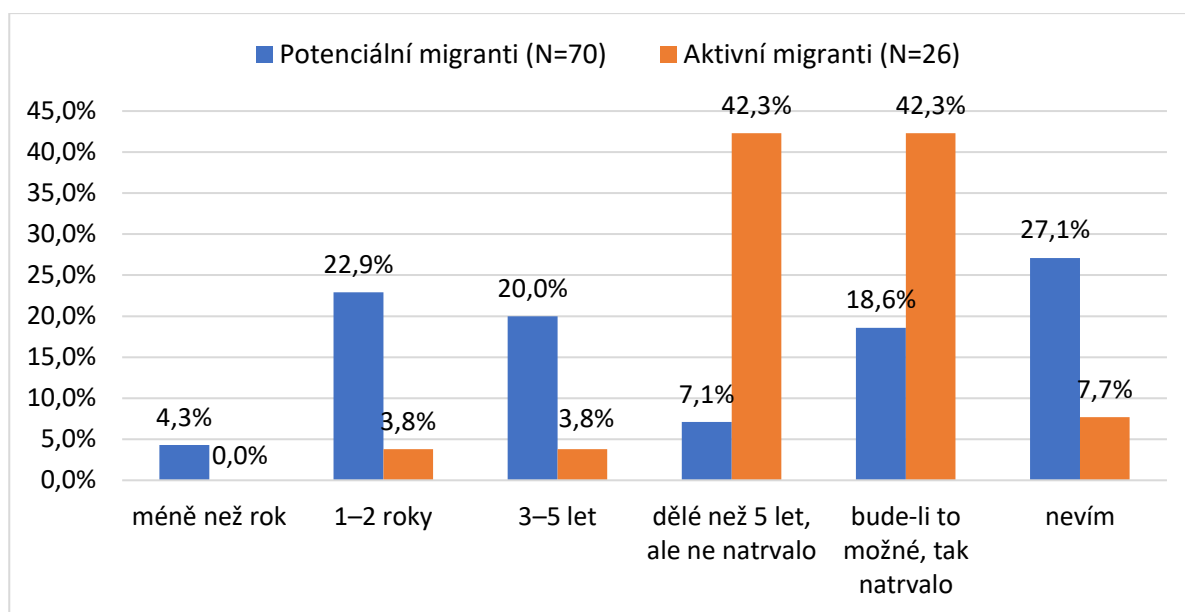
Aktivní migranti nejčastěji zmiňovali geograficky blízké státy, tedy Rakousko (18,2 %) a Švýcarsko (20,5 %). To by mohlo znamenat, že čím je domovská země blíže od té cílové, tím migrace stoupá (Tjadens, Wielandt, Eckert 2012). Navíc v Německu a Rakousku a dalších státech EU uznávají získané vysokoškolské tituly. V rámci našeho výzkumu jsme také zaznamenali poměrně vysokou úroveň znalosti německého jazyka (viz tabulka 5), která je v těchto zemích úředním jazykem, což může hrát také důležitou roli. Nejvíce zastoupené mimoevropské státy jsou s 18,2 % USA a Kanada, což odpovídá velmi vysoké úrovni znalosti angličtiny, ale také můžeme najít souvislost s některými konkrétními kroky, jako je splnění zkoušky USMLE (viz graf 17).

Na rozdíl od aktivních migrantů jsou u potenciálních migrantů zmiňovány státy, které jsou sice v Evropě, ale nezařadili bychom je mezi vyloženě geograficky blízké státy Česku, kromě výše uvedeného Německa. Nejvíce zastoupené jsou severské země (13,8 %), kde je nejčastěji zmiňováno Švédsko a dále Velká Británie a Irsko s 11,2 %. Souvislost bychom mohli najít v anglickém jazyce, kde je Švédsko ve znalosti tohoto jazyka také na velmi vysoké úrovni. V rámci ostatních států s 18,1 % jsou nejvíce zastoupeny Francie či Španělsko.

5.2.3 Délka pobytu v zahraničí

Zaměříme-li se na celkový vzorek 96 potenciálních migrantů v rámci délky pobytu (viz příloha 9), tak více než polovina mediků uvažuje o návratové migraci, kdy 36,4 % respondentů předpokládá návrat do 5 let, což by odpovídalo délce postgraduálního studia u většiny oborů. 16,7 % mediků pak uvažuje o tom, že v zahraničí zůstanou více než 5 let. Čtvrtina respondentů, tedy 25 %, chce zůstat v zahraničí natrvalo. Ostatní medicové (21,9 %) nejsou zatím rozhodnuti.

Graf 21: Plánovaná délka pobytu v zahraničí (v %)



*Poznámka: Potenciální migranti N=70; Aktivní migranti N=26; Vychází z otázky: Jak dlouho pravděpodobně zůstanete v zahraničí? – Nabízené možnosti viz více v grafu
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

Pokud bychom zkoumali separátně potenciální a aktivní migranty, tak můžeme vidět výrazné rozdíly mezi těmito dvěma skupinami (viz graf 21). Obrovský rozdíl existuje u trvalé migrace, kdy 42,3 % aktivních migrantů chce zůstat v zahraničí natrvalo, což je oproti

18,6 % potenciálních migrantů, kteří se takto rozhodli, výrazný rozdíl. Návratovou migraci předpokládá 54,3 % potenciálních migrantů a z toho pouze 7,1 % z nich deklaruje návrat až po více než 5 letech. Naopak u aktivních migrantů je také poměrně vysoká pravděpodobnost návratové migrace, a to u 49,9 % případů, ale výrazný rozdíl je v délce pobytu v zahraničí před očekávaným návratem, kdy 42,3 % těchto respondentů předpokládá návrat až po více než 5 letech.

Poměrně velké procento potenciálních migrantů (27,1 %) ještě není rozhodnuto o tom, jak dlouho by chtěli zůstat v zahraničí, na rozdíl od aktivních migrantů, kde pozorujeme pouhých 7,7 %.

5.2.4 Motivy odchodu

Migrační pohyby kvalifikovaných odborníků jsou výsledkem mnoha okolností, které se navzájem doplňují a týkají se ekonomických, sociálních, politických či ekologických faktorů (Petersen 1970). V konečném důsledku rozhodovacího procesu se však jedná o subjektivní rozhodnutí každého z budoucích lékařů, kdy každý jedinec vnímá toto rozhodnutí z jiných perspektiv, a tudíž zcela odlišně (Lee 1966).

V rámci otázky ohledně motivů bylo respondentům předloženo 15 různých možností, včetně varianty „jiné“, kde mohli respondenti odpovědět dle svých vlastních preferencí. Všechny možnosti pak hodnotili na pětistupňové hodnotící škále, kdy 1 znamená, že je motiv zcela nedůležitý, a 5 zcela důležitý. Abychom zachovali co největší informaci v každém motivu, tak byl při vyhodnocování použit aritmetický průměr, který se počítal u každého motivu zvlášť. To znamená, že počet odpovědí u daných důležitostí jsme vynásobili jejich vahou, následně jsme výsledné hodnoty sečetli a daný součet jsme nakonec vydělili celkovým počtem odpovědí, přičemž minimální hodnotou může být 1,00 a maximální hodnotou 5,00.

V rámci všech 96 potenciálních migrantů dohromady, jejichž výsledky můžeme pozorovat v příloze 10, příkládají medicí největší důležitost zisku mezinárodního rozhledu a kontaktů (4,00), což by mohlo mít v případě návratové migrace kladný přínos pro český zdravotnický systém. Dalšími dvěma významnými faktory jsou vyšší finanční ohodnocení (3,90) a lepší pracovní podmínky (3,80). Toto není žádným překvapením vzhledem ke kombinaci, kdy za lepších pracovních podmínek dostávají lékaři ve světě i daleko vyšší plat nežli u nás, což jsme analyzovali ve třetí části práce (viz kapitola 3.2.2).

Vysoká důležitost je přikládána i lepší kvalitě postgraduálního vzdělávání v zahraničí (3,57). Toto studium by pak mohlo poskytnout lepší kariérní postup po návratu do Česka, což dokládá i to, že tento motiv má váhu 3,39. Poměrně vysoko se umístil motiv zlepšení cizího jazyka (3,47), což může být překvapením vzhledem k vysoké jazykové vybavenosti mediků. Nicméně, mohlo by se jednat například o zlepšení druhého cizího jazyka, tedy německého jazyka, vezmeme-li v úvahu vysoký zájem o migraci do německy mluvících zemí. Na druhé straně spektra se pak nachází geografická blízkost cílové země od domovské země (2,41). Dále si medicí nemyslí, že by měli v zahraničí více příležitostí pracovat ve svém specializovaném oboru (2,92) nebo že by důvodem odchodu bylo osamostatnění se (3,02).

Tabulka 8: Zastoupení jednotlivých motivů odchodu za prací do zahraničí

N = 96	Potenciální migranti	Aktivní migranti
Získání mezinárodního rozhledu a kontaktů	4,07	3,85
Vyšší finanční ohodnocení	3,86	4,00
Zlepšení cizího jazyka	3,80	2,58
Lepší pracovní podmínky	3,67	4,15
Vyšší možnost kariérního růstu v Česku po návratu ze zahraničí	3,56	2,92
Lepší kvalita postgraduálního vzdělávání	3,50	3,77
Práce v renomovaném zdravotnickém zařízení	3,44	2,81
Možnost pracovat se špičkovou technikou	3,43	3,23
Vyšší možnost kariérního růstu v zahraničí	3,27	2,85
Vyšší úroveň zdravotnictví v cílové zemi	3,26	3,46
Poznání jiného kulturního prostředí	3,24	2,77
Osamostatnit se	3,19	2,58
Více příležitostí pracovat ve svém specializovaném oboru	3,00	2,69
Geografická blízkost cílové země od domovské země	2,51	2,12

Poznámka: Potenciální migranti N=70; Aktivní migranti N=26, Min.=1,00, Max.=5,00; Vychází z otázky: Uveďte, jak důležitá je pro vás motivace pracovat v zahraničí ohodnocením jednotlivých motivů. (1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité) – Nabízené možnosti viz více v tabulce

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Tabulka 8 ukazuje rozdíly mezi potenciálními a aktivními migranty v rámci důležitosti jednotlivých motivů, jejichž pořadí se nějak výrazně neliší od celkového vzorku 96 potenciálních migrantů. U aktivních migrantů je kladena vyšší důležitost na lepší pracovní podmínky (4,15), která je u potenciálních migrantů taktéž důležitá s hodnotou 3,67. Obě skupiny považují za vysoce důležitý motiv vyšší finanční ohodnocení, které u aktivních migrantů disponuje hodnotou 4,00, zatímco u potenciálních migrantů má hodnotu o něco nižší 3,86. Získání mezinárodního rozhledu a kontaktů je v rámci důležitosti u aktivních migrantů třetí nejvýznamnější (3,85), zatímco u potenciálních migrantů je tento důvod hodnocen jako ten nejdůležitější (4,07). U aktivních migrantů má pak vysokou důležitost motiv lepší postgraduální vzdělávání (3,77).

Diametrálně odlišný rozdíl můžeme vidět u motivu zlepšení cizího jazyka, kde u potenciálních migrantů je umístěn velmi vysoko s váhou 3,80, zatímco u aktivních migrantů je tento motiv jeden z těch nejméně důležitých s váhou 2,58. Vysvětlením by mohlo být to, že aktivní migranti počítají, dle předešlé analýzy, s tím, že budou chtít žít v cizině spíše natrvalo, a rozhodli se tak především medicí, kteří perfektně umí minimálně anglický jazyk, kdežto potenciální migranti počítají spíše s návratovou migrací.

U aktivních migrantů má větší důležitost ještě vyšší úroveň zdravotnictví v cílové zemi (3,46) a možnost pracovat se špičkovou technikou (3,23). Zatímco u potenciálních je důležitost téměř všech faktorů velmi podobná, kdy se pohybuje nad úrovní 3,00. Nejméně důležitá je pak u obou skupin geografická blízkost cílové země od domovské země.

5.2.5 Riziko či pravděpodobnost migrace mediků

Riziko či pravděpodobnost migračního pohybu mediků za prací do zahraničí byla analyzována pomocí binární logistické regrese. Příloha 11 zobrazuje plně upravené poměry šancí (Odds ratio = OR), jako výstup modelu na 95% hladině spolehlivosti. Přičemž do daného modelu byly uvedeny veškeré proměnné zároveň.

Závisle proměnnou byla pravděpodobnost pohybu, tedy otázka: „**Očekáváte, že budete po dokončení aktuálního studia pracovat jako lékař/ka někdy v zahraničí?**“, která byla v našem výzkumu měřena na pětibodové stupnici od rozhodně ano po rozhodně ne. Přičemž tato proměnná byla dichotomizována jako „mám v plánu migrovat“ (rozhodně ano, spíše ano) a „nemám v plánu migrovat“ (rozhodně ne, spíše ne). Respondenty, kteří odpověděli na tuto otázku „nevím“, jsme nezařadili ani do jedné proměnné a považovali jsme je za

chybějící hodnoty. Proměnné pohlaví (muž/žena), ročník (4. ročník/5. ročník/6. ročník), fakulta (1. lékařská fakulta UK v Praze/ 3. lékařská fakulta UK v Praze/ Lékařská fakulta UK v Plzni/ Lékařská fakulta UK v Hradci Králové), předešlá pracovní či studijní zkušenost v posledních letech ze zahraničí (ano/ne) či znalost anglického a německého jazyka (A1, A2, B1, B2, C1, C2, Neznám/Neumím) byly zahrnuty do analýzy jako nezávislé proměnné.

Do analýzy bylo zahrnuto 336 respondentů z celkového vzorku 397. V rámci sociodemografických charakteristik bylo zahrnuto 229 žen (68 %) a 107 mužů (32 %) ve věku 21–26 let. Nagelkerkovo R Square, které nám určuje vysvětlující schopnost našeho modelu, se rovná hodnotě 0,297, což můžeme považovat za poměrně způsobitou schopnost modelu vysvětlit danou skutečnost, avšak nikterak vysokou.

Pokud se zaměříme na výsledky naší analýzy, tak v rámci proměnných fakulty, ročník a pohlaví nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi nimi a plánem odejít do zahraničí. Avšak i tak můžeme konstatovat, že v případě pohlaví, kde jsme zvolili jako referenční kategorii ženy, mají muži 1,3x vyšší šanci (OR = 1,323), že odejdou za prací do zahraničí nežli ženy. V rámci ročníků je u migrace za prací do zahraničí u 5. i 4. ročníku shodně 1,2x vyšší šance (OR = 1,233 a 1,158) nežli u 6.ročníku, který byl definován jako referenční kategorie. Pokud jde o fakulty, tak pouze zástupci jedné fakulty měli vyšší OR než referenční kategorie (1. lékařská fakulta UK v Praze), a tou byla Lékařská fakulta UK v Hradci Králové. To znamená, že je 2,7 x vyšší pravděpodobnost (OR = 2,736), že medicí této fakulty odejdou za prací do zahraničí nežli u mediků 1. lékařské fakulty UK v Praze.

V každé z proměnných popisujících předešlé pracovní či studijní zkušenosti ze zahraničí a úroveň jazykové znalosti anglického i německého jazyka byly detekovány některé kategorie jako statisticky významné ve vztahu k plánu migrovat za prací do zahraničí. Pokud má medik studijní či pracovní zkušenosti ze zahraničí v předešlých letech, tak je 2,7x vyšší šance (OR = 2,680), že odejde za prací do zahraničí než u těch, kteří tuto zkušenost nemají. Vyšší úroveň anglického jazyka dle našeho modelu nehraje žádnou roli v rámci rozhodnutí o realizaci migrace, kdy si můžeme všimnout, že úroveň B1 disponuje nižším poměrem šancí (OR = 0,063) nežli tomu je u referenční kategorie, kterou je úroveň A1. Naopak tomu je u německého jazyka, kde platí, že čím vyšší je úroveň znalosti, tím větší je pravděpodobnost realizovat plán pro odchod za prací do zahraničí, kdy například pokud umí medik německý jazyk na úrovni C1, tak má 19,5x vyšší šanci na migraci (OR = 19,504), než ten, který jej vůbec neovládá.

Na základě tohoto regresního modelu můžeme jednoduše definovat medika, který má v plánu migrovat za prací do zahraničí. Jedná se tedy o medika, který disponuje pracovními či studijními zkušenostmi z předešlých let ze zahraničí, který má znalost anglického jazyka a zároveň ovládá německý jazyk na velmi vysoké úrovni. Přičemž se bude jednat spíše o muže, který studuje 5. ročník.

5.3 Charakteristika typických zástupců migrantů a nemigrantů

V následující kapitole popíšeme charakteristiky tří různých typů migrantů, které vzešly z tohoto výzkumu na základě našich výsledků. Tato typologie je velmi důležitá z hlediska porovnání mezi těmito skupinami v rámci následujících analýz a také proto, abychom si dokázali představit, jaké typy osob reprezentují jednotlivé typy migrantů. Zároveň nám to umožní lépe interpretovat výsledky naší práce.

Poměrové rozdělení těchto tří zástupců migrantů bylo podrobně rozebíráno v předešlých sekcích o pravděpodobnosti a reálnosti migrace. Některé z atributů byly přiřazeny k dané skupině na základě aritmetického průměru (motivy, bariéry, aktéři při získávání práce, aktéři při případné integraci). Zbylé atributy byly přiřazeny k dané skupině na základě velikosti procentuálního rozložení. Celkový přehled jednotlivých atributů, včetně četností u dílčích skupin, je v příloze 5–7.

První skupinou jsou potenciální migranti, tedy ti, kteří uvažují o odchodu za prací do zahraničí. Druhou skupinou jsou tzv aktivní migranti, kteří představují mediky, kteří již podnikli některé konkrétní kroky pro odchod za prací do zahraničí. Poslední skupinou, kterou budeme charakterizovat, jsou ti, kteří naopak nechtějí odejít za prací do zahraničí, tedy tzv nemigranti.

5.3.1 Typický potenciální migrant

Typickým představitelem potenciálního migranta, tedy respondenta, který uvažuje o tom, že po dokončení aktuálního studia odejde do zahraničí, je žena. Přestože nemá žádnou studijní či pracovní zahraniční zkušenost, tak znalost anglického jazyka je na velmi vysoké úrovni, tedy převážně na úrovni C1 či C2. Zároveň tento představitel disponuje znalostí německého jazyka v rámci jakékoliv úrovně dle CEFR a index znalosti se pohybuje kolem hodnoty 1,6.

Do zahraničí plánuje odejít buďto ihned, nebo do 30 měsíců po ukončení aktuálního studia, tedy po dokončení prvního kmene postgraduálního vzdělávání. Hlavní motivací odchodu do zahraničí je získání mezinárodního rozhledu a kontaktů, vyšší finanční ohodnocení, zlepšení cizího jazyka a lepší pracovní podmínky. Cílovou destinací je Německo či Rakousko, kde plánuje pobývat v rozmezí 1–2 let či 3–5 let.

Tento představitel považuje za důležité následující aktéry, které mu mohou pomoci získat pracovní příležitost: internetové weby na hledání pracovních příležitostí, komunitu krajanů a rodinné příbuzné v cílové zemi. Při případné integraci považuje za nejdůležitější vlastní iniciativu, budoucího zaměstnavatele a známé ze země původu.

5.3.2 Typický aktivní migrant

Typickým představitelem aktivního migranta je muž. Jedná se rovněž o respondenta, který uvažuje o odchodu do zahraničí po dokončení aktuálního studia, avšak na rozdíl od potenciálního migranta již udělal pro tento životní záměr nějaké konkrétní kroky. Mezi tyto konkrétní kroky patří např. obstarání si informací o možnostech zaměstnání, vyhledání si pomoci svých kolegů a známých či specifické hledání zaměstnání prostřednictvím internetu.

Index jazykové úrovně se pohybuje na hodnotě 1,6, což značí poměrně dobrou jazykovou vybavenost. Dle hodnocení CEFR ovládá anglický jazyk rovněž na velmi vysoké úrovni, tedy na úrovni C1 či C2 a zároveň ovládá na úrovni A1–C2 jazyk německý, aniž by měl jakoukoliv předešlou studijní či pracovní zkušenost ze zahraničí.

Aktivní migranti předpokládají, že jejich cílovou destinací bude Německo či Rakousko, kam chtějí odejít ihned po dokončení aktuálního studia a zároveň kde chtějí zůstat více než pět let, a pokud to bude možné, tak i natrvalo. Hlavními důvody, které je vedou k odchodu do zahraničí, jsou lepší pracovní podmínky, vyšší finanční ohodnocení, získání mezinárodního rozhledu a kontaktů a lepší kvalita postgraduálního vzdělávání.

Tento představitel většinou nemá v zahraničí vytvořenou žádnou sociální síť vztahů, ale i tak při získávání pracovních příležitostí považuje za důležité aktéry, kromě internetových webů na hledání pracovních příležitostí, také rodinné příbuzné v cílové zemi a rodinné příbuzné ze země původu. Aktéry, které považuje za důležité z hlediska pomoci při integraci v cílové zemi, jsou: vlastní iniciativa, budoucí zaměstnavatel a rodinní příbuzní žijící v cílové zemi.

5.3.3 Typický nemigrant

Typickým představitelem nemigranta, tedy osoby, která nemá v úmyslu odejít za prací do zahraničí je žena, která zároveň nemá předešlé studijní a ani pracovní zkušenosti. Disponuje hodnotou 1,2 v rámci indexu jazykové znalosti, což můžeme považovat za stále dobrou jazykovou vybavenost, kdy anglický jazyk ovládá na úrovni B1 či B2 a k tomu ovládá na nějaké úrovni, dle CEFR, jazyk německý.

Nižší jazyková znalost souvisí i s jedním z faktorů, který brání těmto respondentům odejít pracovat do zahraničí po dokončení aktuálního studia, jímž je obava z nedostatečné znalosti cizího jazyka. Avšak těmi hlavními důvody jsou hlavně faktory sociální. Hlavním faktorem je odloučení od rodiny a přátel a s tím související obava z osamělosti a nedostatku sociálních kontaktů, který by v zahraničí hrozil. Dalším faktorem je pak nesouhlas partnera.

5.4 Faktory bránící migraci

Bariéry neboli faktory, které brání medicím odejít za prací do zahraničí, byly zjišťovány v rámci našeho dotazníku pomocí otázky: „**Pokud neplánujete odjet pracovat do zahraničí, uveďte, jak důležité jsou pro vás jednotlivé faktory, které tomu brání.**“, kde jednotlivé faktory (viz tabulka 9) medicí hodnotili na pětistupňové škále od zcela nedůležité po zcela důležité. Pro lepší pochopení analyzovaných proměnných byla použita faktorová analýza, která 10 faktorů zredukuje na menší počet faktorů s co nejmenší ztrátou informace. To je důležité, abychom lépe našli strukturu vztahů mezi pozorovanými proměnnými (Hendl 2004; Disman 2000). Do této analýzy vstupovalo 240 respondentů.

Abychom mohli faktorovou analýzu použít, je nutné splnit některé podmínky. Jednou z podmínek je, aby větší počet proměnných byl korelován vyšší hodnotou než 0,3 (viz příloha 12). Vhodnost dat pro tuto analýzu ověříme také pomocí Kaiser-Maeyer-Olkinova testu (dále KMO), kde se hodnoty pohybují v rozmezí 0 až 1 a platí, že čím blíže je výsledek testu jedné, tím jsou data vhodnější. V našem případě vyšel KMO test 0,720, a to znamená, že máme vhodná data na provedení faktorové analýzy.

V další části je nutné provést extrakci faktorů, kterou jsme provedli metodou hlavních komponent. Tato metoda byla použita proto, aby nám našla nové proměnné (faktory), které dostatečně vysvětlují původní variabilitu. Zde je důležité, aby vlastní číslo bylo větší než 1 dle Kaiserova faktoru. Příloha 13 nám zobrazuje, že tři faktory zachycují 57,4 % celkové variability.

Zastoupení jednotlivých proměnných v nově extrahovaných faktorech zobrazuje příloha 14. Můžeme zde vidět, že nejvíce informací bylo zachováno v proměnné odloučení od rodiny a přátel (72,4 %). Vysoké zachování informace zůstalo i v proměnné předpoklad dobrého pracovního uplatnění v Česku (71,9 %). Naopak nejméně informací zůstalo zachováno v proměnných nesouhlas partnera (31,3 %) a přílišná administrativa a obtížnost s vyřizováním různých dokumentů před odcestováním (42,5 %).

Nakonec byly proměnné rotovány pomocí metody Varimax, která pro každý faktor minimalizuje počet proměnných s vysokými zátěžemi, a tím bylo zjednodušeno vysvětlení jednotlivých faktorů. Tabulka 9 nám ukazuje faktorové zátěže v jednotlivých faktorech, které jsou tři. Tyto faktory nám určují míru korelace mezi původními a nově vytvořenými proměnnými. Jedná se tedy o korelační koeficienty mezi pozorovanými proměnnými a faktory.

Tabulka 9: Rotovaná matice faktorových zátěží

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Srovnávací zkoušky v některých státech	0,775		
Pochybnosti o naplnění profesních požadavků v daném státě	0,718		-0,209
Problémy s atestačními zkouškami	0,711		0,247
Vysoké náklady spojené s pobytem v zahraničí	0,662		0,258
Přílišná administrativa a obtížnost s vyřizováním různých dokumentů před odcestováním	0,606		
Obavy z jazykových problémů/ Neumím jazyk	0,492	0,289	-0,475
Odloučení od rodiny a přátel		0,851	
Osamělost a nedostatek sociálních kontaktů	0,295	0,754	
Nesouhlas partnera		0,553	
Předpoklad dobrého pracovního uplatnění v Česku			0,819

*Poznámka: Extrakční metoda: Metoda hlavních komponent; Rotační metoda: Varimax (5 iterací)
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

První faktor je nejvíce pozitivně sycen proměnnými: srovnávací zkoušky v některých státech, pochybnosti o naplnění profesních požadavků v daném státě, problémy s atestačními zkouškami, vysoké náklady spojené s pobytem v zahraničí, přílišná administrativa a obtížnost s vyřizováním různých dokumentů před odcestováním a obavy z jazykových problémů. Druhý faktor je nejvíce pozitivně sycen proměnnými: odloučení od rodiny a přátel,

osamělost a nedostatek sociálních kontaktů, nesouhlas partnera. Poslední faktor je pozitivně sycen proměnnou předpokladu dobrého pracovního uplatnění v Česku a negativně sycen obavou z jazykových problémů.

Na základě rotované matice faktorových zátěží s ohledem na proměnné, jimiž jsou sycené výše zmíněné faktory, charakterizující bariéry migračního pohybu mediků, jsme zvolili pojmenování následovně:

- Faktor 1: Psychologicko-administrativní bariéra
- Faktor 2: Sociální bariéra
- Faktor 3: Profesní bariéra

V rámci analýzy jsme na základě matice faktorových skóre vytvořili jednotlivá skóre pro každou proměnnou. To nám ukáže, jak jednotlivé sociálně-demografické faktory korespondují s jednotlivými faktory, kde plusové hodnoty se pojí s daným faktorem – viz příloha 15.

Psychologicko-administrativní bariéra souvisí především se sebevědomím a psychickou zátěží, která je vyvíjena na mediky, což se projevuje především u žen (viz příloha 15). To znamená, že mají poměrně silné obavy, že neuspějí, jak při studiu, tak při pracovním nasazením. Na to navazuje i nedostatečná jazyková vybavenost, kdy se řada z nich může obávat, že by mohly případnému pacientovi nedostatečně vysvětlit jejich zdravotní stav nebo že by nezvládaly už tak velmi těžké studium v cizím jazyce (Krajewski-Siuda et al. 2012; Bojanic, Bojanic, Likic 2015). Toto zřejmě platí ale pouze pro ty, kteří/ré neovládají specificky anglický jazyk (viz příloha 15). Psychická zátěž se může vázat i s přílišnou administrativou, kdy při migraci do států mimo EU je třeba vyřešit velké množství byrokracie, např. povolení k pobytu, test jazykové znalosti, různá potvrzení od lékařských komor atd., která se dají očekávat při migraci např. do Spojených států amerických či Velké Británie (Schumann, Maaz, Peters 2019). Navazující faktor, kterým jsou vysoké náklady spojené s pobytem, pak může psychiku ještě více zatížit.

Sociální bariéra hraje při úvahách o odchodu do zahraničí za prací nejdůležitější roli. To tedy znamená, že medicí se obávají nedostatečného sociálního kontaktu se svou rodinou a svými blízkými přáteli. Tato bariéra byla již několikrát potvrzena v předešlých výzkumech zabývajících se migračním pohybem mediků (Gouda et al. 2015). Tento faktor se váže hlavně na ženy (viz příloha 15), což jen potvrzujete to, že právě ženy kladou větší důraz na vztahy, nežli tomu je u mužů.

Profesní bariérou je myšleno to, že medicí nemají potřebu odcházet za prací do zahraničí, protože jsou přesvědčeni o tom, že najdou velmi dobré uplatnění ve svém oboru v Česku. A to i přesto, že nemají obavu z jazykových problémů, což ostatně potvrzují i faktorová skóre (viz příloha 15). Tento faktor je jeden z nejvýznamnějších v rámci naší analýzy, což může být znakem zlepšujících se podmínek pro mladé lékaře, které mohou očekávat po ukončení aktuálního studia. Avšak tento faktor koresponduje hlavně s muži, což by mohlo znamenat, že jsou žádáni v oborech, které jsou fyzicky i časově náročnější, např. ortopedie, patologie atd. Také by to mohlo znamenat, že ženy mají větší nároky na pracovní podmínky, např. ohledně mateřské dovolené či nižší byrokratické zátěže (Vavrečková a kol. 2007).

5.5 Vliv institucionálních aktérů vs rodinných/osobních aktérů

V rámci této diplomové práce je jedno z klíčových témat zkoumání toho, jakou roli v případném migračním pohybu mediků hrají instituce versus rodinné a další osobní sítě. Zkoumáme tedy to, jaké aktéry hodlají medicí využít pro získání pracovní příležitosti či jaké aktéry využijí při případné integraci v cílové zemi. To nám ukáže, jak velký vliv mají instituce či rodinné a další osobní sítě, kde již vícero studií zabývajících se obecně migrací, ale i migrací mediků zdůraznilo, že rodinné a další osobní sítě plní významnou roli v rámci migračního pohybu (Bojanic, Bojanic, Likic 2015; Schumann, Maaz, Peters 2019). Do následujících analýz tak vstupuje 96 potenciálních migrantů, kteří uvažují o migračním pohybu do zahraničí za pracovními příležitostmi.

Nejdříve jsme se zaměřili na mezilidské vazby, které by mohly propojovat potenciální migranty s jejich případnými sítěmi lidských vztahů v zahraničí. Tabulka 10 dokládá, že 36 (37,5 %) mediků disponuje určitými vazbami, které mohou být ve formě známých, kamarádů či rodinných příslušníků, kteří žijí v zahraničí. U zbylých 62,5 % respondentů neexistují žádné mezilidské vazby mezi nimi a zahraničím.

Tabulka 10: Zastoupení známých, kamarádů či rodinných příslušníků v cílové zemi

	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	36	37,5 %
Ne	60	62,5 %

*Poznámka: N=96; Vychází z otázky: Žije ve vaší potenciální cílové zemi některý z vašich známých, kamarádů či rodinných příslušníků? – Nabízené možnosti viz více v tabulce
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

U těchto 36 mediků jsme následovně zjišťovali, o jaké vazby se jedná, na což jsme se ptali v rámci dotazníku otázkou: „**Charakterizujte blízkost vztahu s většinou těchto lidí**“, kde měli respondenti na výběr ze čtyř odpovědí (jsou mi velmi blízcí, převážně se jedná o rodinu; jsou to blízcí přátelé; jsou to moji známí; jsou to spíše známí mých známých, nemám s nimi vztah ze země původu) a zároveň měli možnost doplnit svoji vlastní odpověď. Následně jsme zjišťovali další otázkou: „**Odešel/a byste za prací i přesto, že byste neměl/a tyto kontakty v cílové zemi?**“, o jak silnou vazbu mezi potenciálním migrantem a jeho kontaktem se jedná a zda by odešel bez toho, aniž by tento kontakt v zahraničí měl. Odpovědět mohli na pětistupňové škále od rozhodně ano po rozhodně ne.

Abychom zjistili, zda existuje nějaký vztah mezi těmito dvěma proměnnými, použijeme k testování kontingenční tabulku. Jelikož máme velmi nízký počet odpovědí, tak jsme tyto dvě proměnné dichotomizovali. První otázku, která charakterizovala blízkost vztahu, jsme rozdělili na základě hloubky sociální vazby dle Granovettera (1973), který rozlišuje slabé a silné vazby. Proměnná byla tedy dichotomizována jako „silné vazby“ (jsou mi velmi blízcí, převážně se jedná o rodinu, jsou to blízcí přátelé) a „slabé vazby“ (jsou to moji známí, jsou to spíše známí mých známých, nemám s nimi vztah ze země původu). Proměnná zjišťující, zda by odešli za prací do zahraničí bez tohoto kontaktu, byla dichotomizována jako „ano“ (rozhodně ano, spíše ano) a „ne“ (rozhodně ne, spíše ne, nejsem si jist).

V rámci analýzy nemůžeme použít Pearsonův chi-kvadrát test, jelikož pro analýzu nemáme dostatek pozorování. Přestože jsme splnili první podmínku, což znamená, že všechny očekávané hodnoty jsou větší než 1, tak jsme nesplnili druhou podmínku, která říká, že maximálně 20 % očekávaných hodnot musí být menší než 5. Výsledky tak nemůžeme zobecňovat na celou populaci, nicméně na základě výsledků (viz tabulka 11) můžeme vidět určitou souvislost mezi proměnnými.

Tabulka 11 ukazuje že většina mediků disponuje silnými vazbami, které mají v zahraničí, kdy toto sdělilo 63,9 % respondentů. Zbývajících 36,1 % budoucích lékařů má kontakty v zahraničí ve formě slabých vazeb. Důležitější je však poznatek, že silné vazby mají v našem případě poměrně vysoký vliv při rozhodování, zda migrovat za prací, či nikoliv, kdy téměř 50 % mediků, kteří disponují silnými vazbami, deklarovalo, že by do zahraničí neodešli, pokud by tam tyto vazby neměli. Naopak u slabých vazeb vidíme, že přes 90 % respondentů by za prací do zahraničí odešlo, i přestože by tyto kontakty v zahraničí

neměli. Avšak je nutné zmínit, že v důležitosti silných vazeb může hrát roli i to, že typického potenciálního migranta jsme charakterizovali jako ženu, které kladou větší důraz na vztahy nežli muži, jak se potvrdilo ve faktorové analýze v rámci bariér.

Tabulka 11: Kontingenční tabulka – souvislost typu vztahu s jeho důležitostí při případném odchodu do zahraničí

N = 36			Odchod bez těchto vztahů		Celkem
			ano	ne	
Charakteristika vztahu	Silné vazby	počet	16	7	23
		v %	44,5 %	19,4 %	63,9 %
	Slabé vazby	počet	12	1	13
		v %	33,3 %	2,8 %	36,1 %
	Celkem	počet	28	8	36
		v %	77,8 %	22,2 %	100,0 %

*Poznámka: 1 buňka (25,0 %) má očekávané hodnoty menší než 5; Min. očekávaná hodnota je 2,89
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

5.5.1 Důležitost aktérů při získávání práce

Tato část nám ukáže, jaké aktéry hodlají medici využít při získávání pracovních příležitostí v cílové zemi. Jinými slovy – jak velký, nebo naopak malý vliv mají instituce či rodinné a další osobní sítě v rámci migrace u kvalifikovaných odborníků. V rámci teorie sítí je větší předpoklad, že při získávání práce budou medici využívat slabé vazby, tedy spíše známé či přátele jejich přátel (Granovetter 1973). Na druhé straně různé instituce mohou vytvářet, nebo naopak odstraňovat překážky v rámci migračních pohybů (Massey et al. 1993).

V otázce důležitosti těchto aktérů bylo respondentům předloženo 10 různých možností, včetně varianty „jiné“, kde mohli respondenti odpovědět dle svých vlastních preferencí, které hodnotili na pětistupňové škále, kdy 1 znamená zcela nedůležitý a 5 zcela důležitý. Abychom zachovali co největší informaci u každého aktéra, tak byl při vyhodnocování použit aritmetický průměr, který byl počítán stejným způsobem, jako tomu bylo u motivů, které jsou popsány výše. Přičemž opět platí, že minimální hodnotou může být 1,00 a maximální hodnotou 5,00.

Nejdříve se zaměříme na aktéry v rámci celkového počtu respondentů, tedy 96 potenciálních migrantů, jejichž výsledky prezentujeme v příloze 16. Největší důležitost přikládají medici internetovým webům na hledání pracovních příležitostí (3,23), tedy institucionálnímu aktéru, který umožňuje zprostředkování najetí práce, kde jde ovšem zčásti

o vlastní iniciativu. Výsledky naznačují, že medicí přikládají větší důležitost spíše sítím lidských vztahů než institucionálním aktérům, jelikož komunita krajanů, rodinní příbuzní z cílové země a rodinní příbuzní ze země původu disponují hodnotou nad 2,70. Nejméně důležitý aktér celkově i v rámci institucionálních aktérů je dle mediků lékařská komora ze země původu (2,36). Ostatní institucionální aktéři se pohybují okolo hranice 2,50.

V rámci sítí lidských vztahů je největší důležitost přikládána komunitě krajanů (2,78), což by potvrzovalo tezi Granovettera (1973), že slabší vazby, kam tento aktér společně s aktéry známí ze země původu (2,61) a známí mé rodiny v cílové zemi (2,46) spadá, jsou důležitější při zisku práce nežli silné vazby. Avšak silné vazby v podobě rodinných příbuzných z cílové země (2,75) a rodinných příbuzných ze země původu (2,73) se umístily velmi vysoko, hned za komunitou krajanů a naznačují, že jsou také velmi důležité.

Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že při získávání práce jde spíše o kombinaci obou typů aktérů, kde je kladem mírně větší důraz na sítě lidských vztahů, jelikož u internetových webů jde zčásti o vlastní iniciativu. Ovšem to, jaká vazba má větší vliv, by mohlo více napovědět vnímání těchto aktérů separátně u potenciálních a aktivních migrantů.

Tabulka 12: Zastoupení důležitosti jednotlivých aktérů při získávání práce v zahraničí

N = 96	Potenciální migranti	Aktivní migranti
Internetové weby na hledání pracovních příležitostí	3,20	3,31
Komunita krajanů	2,84	2,62
Rodinní příbuzní v cílové zemi	2,74	2,77
Známí ze země původu	2,73	2,31
Rodinní příbuzní ze země původu	2,73	2,73
Lékařská komora v cílové zemi	2,73	2,15
Specializované agentury na získání práce	2,69	2,19
Jiné nevládní organizace v cílové zemi	2,61	2,27
Lékařská komora ze země původu	2,56	1,85
Známí mé rodiny v cílové zemi	2,47	2,42

Poznámka: Potenciální migranti N=70; Aktivní migranti N=26, Min.=1,00, Max.=5,00; Vychází z otázky: Uved'te, jakou důležitost při získávání práce by pro vás měli následující aktéři. (1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité) – Nabízené možnosti viz více v tabulce
Zdroj: vlastní šetření (2022)

Výsledky v rámci tohoto rozdělení můžeme vidět v tabulce 12, kde se institucionální aktéři tolik neliší od celkového vzorku 96 potenciálních migrantů, tedy že potenciální i aktivní migranti vnímají instituce jako méně důležité nežli sítě lidských vztahů, až na internetové weby na hledání pracovních příležitostí, kde je tento aktér vnímán v rámci obou skupin jako nejdůležitější, kdy dosahují hodnoty přes 3,00. Potenciální migranti pak vnímají jako důležitého aktéra lékařskou komoru v cílové zemi (2,73), přičemž vidíme, že se pohybuje na stejné úrovni jako většina rodinných a dalších osobních vztahů. Ačkoliv rozdíly vah mezi jednotlivými aktéry v rámci skupin jsou minimální, tak se zdá, že pro potenciální migranty jsou přece jenom důležitější slabé vazby. Naopak pro aktivní migranty jsou důležitější vazby silné, což může být jeden z důvodů, proč jsou poměrně pevně přesvědčeni o tom, že chtějí odejít pracovat do zahraničí ihned po skončení aktuálního studia a také by to mohla být odpověď na to, proč chtějí migrovat na dobu delší než 5 let, či dokonce natrvalo.

5.5.2 Důležitost aktérů při případné integraci

To, jaký vliv mají instituce či rodinné a další osobní sítě v případné integraci v cílové zemi u migrace lékařů, zkoumáme v této závěrečné části našich výsledků (viz tabulka 13). Ve fázi integrace by měly hrát v rámci teorii sítí významnější roli silné vazby, tedy rodina či velmi blízcí přátelé, kteří mohou usnadňovat potenciální adaptaci migrantů-mediků na nové prostředí (Ritchey 1976; Granovetter 1973). Instituce mají stejnou roli jako při získávání práce, tedy že se snaží odstraňovat překážky v rámci migračních pohybů i následné integrace (Massey et al. 1993).

Stejně jako tomu bylo v předešlé části, bylo respondentům předloženo 10 různých možností, včetně varianty „jiné“, které respondenti hodnotili na pětistupňové hodnotící škále, kdy 1 znamená zcela nedůležitý a 5 zcela důležitý. Také byl znovu použit obdobně počítaný aritmetický průměr a znovu tedy platí, že minimální hodnotou může být 1,00 a maximální hodnotou 5,00.

V rámci všech 96 potenciálních migrantů dohromady, jejichž výsledky můžeme pozorovat v příloze 17, přikládají medicí největší důležitost vlastní iniciativě (3,91). To je poměrně logické, že respondenti očekávají, že se o sebe budou muset postarat sami. Navíc v rámci integrace je velmi důležitá jazyková vybavenost, kterou mají medicí na velmi vysoké úrovni (viz kapitola 5.1.3), a i zřejmě proto nevnímají, že by potřebovali výraznou pomoc od okolí. Dále je pro medicí v rámci integrace důležitý budoucí zaměstnavatel, kterému je přikládána vysoká důležitost, a to 3,40. To může být způsobeno tím, že obecně je dnes

běžné nabízet zaměstnancům velmi štědré benefity, aby zaměstnavatelé udrželi nebo nalákali špičkové talenty. Mezi benefity mohou patřit i různé teambuildingové akce či pomoc s hledáním ubytování, které mohou výrazně pomoci medikům při integraci (FRACTL 2016). Z ostatních institucí pak považují respondenti za důležité především další instituce a programy (2,92), které mohou pomáhat medikům s administrativou, právní pomocí nebo sem můžeme zařadit i různá jiná poradenství.

Okolo hladiny důležitosti 3,00 se pak převážně pohybují sítě lidských vztahů, kde dominuje můj známý ze země cílové (3,03) či rodinní příbuzní v cílové zemi (3,00). Důležití jsou poměrně překvapivě i známí ze země původu (2,95), kteří jsou upřednostňováni před rodinnými příbuznými ze země původu (2,67), což bychom si mohli vysvětlit tím, že známí ze země původu mají právě kontakty v zahraničí, a proto mohou být ve fázi integraci důležitější. Vidíme tedy, že na téměř stejné hladině důležitosti jsou i kontakty mimo cílovou zemi, což může být způsobeno především globalizací a s ní spojeným významným rozvojem informačních technologií, kde zajisté hrají důležitou roli sociální sítě, které jsou považovány např. za velmi spolehlivý zdroj informací (Brandi 2004; Horáková 2007). Avšak nemůžeme zde opět striktně říci, zda dominují silné, nebo slabé vazby.

Tabulka 13: Zastoupení důležitosti jednotlivých aktérů v počátku případné integrace v cílové zemi v zahraničí

N = 96	Potenciální migranti	Aktivní migranti
Vlastní iniciativa	3,90	3,92
Budoucí zaměstnavatel	3,36	3,50
Známí ze země původu	3,10	2,54
Můj známý ze země cílové	3,09	2,88
Pomoc dalších institucí a programů	3,00	2,69
Rodinní příbuzní v cílové zemi	2,93	3,19
Komunita krajanů	2,86	2,81
Lékařská komora v cílové zemi	2,71	2,19
Rodinní příbuzní ze země původu	2,64	2,73
Různé neziskové organizace	2,31	1,88

Poznámka: Potenciální migranti N=70; Aktivní migranti N=26, Min.=1,00, Max.=5,00; Vychází z otázky: Uveďte, jakou důležitost v počátku integrace v cílové zemi v zahraničí by pro vás měli následující aktéři. (1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité) – Nabízené možnosti viz více v tabulce

Zdroj: vlastní šetření (2022)

V tabulce 13, která soubor rozdělila na potenciální a aktivní migranty, můžeme vidět, že první dva nejdůležitější aktéři jsou totožní u obou skupin jako v rámci celkového vzorku 96 respondentů, tedy že nejdůležitější je vlastní iniciativa a následně pak budoucí zaměstnavatel. Rozdíly mezi aktéry jsou opět poměrně minimální v rámci obou skupin, ale přesto si můžeme všimnout odlišností. Potenciální migranti přikládají větší důležitost institucím, kde se kromě budoucího zaměstnavatele uplatňuje pomoc dalších institucí a programů 3,00. Stejně jako při získávání pracovních příležitostí jsou pro potenciální migranty mírně důležitější slabé vazby, kde dominují hlavně známí ze země původu (3,10) a můj známý ze země cílové (3,09). Na druhé straně pro aktivní migranty jsou obecně důležitější sítě lidských vztahů, kde je vidět mírnější dominance silných vztahů, specificky pak rodinní příbuzní v cílové zemi, kteří disponují 3,19. Důvody budou zřejmě podobné jako v předešlé analýze, tedy to, že jsou poměrně pevně přesvědčeni o migraci, kdy chtějí odejít v krátké době po ukončení aktuálního studia a zároveň na delší dobu než 5 let, či dokonce natrvalo, což je zřejmě způsobeno lepším zázemím díky silnějším vazbám.

Jako nejméně důležité jsou vnímány v obou skupinách různé neziskové organizace. Přestože v západních státech hrají tyto organizace podstatnou úlohu (např. ve Spojených státech amerických), tak v Česku v ně zřejmě chybí důvěra, což může být způsobeno historickými konsekvencemi, a tím pádem i nedostatečným vývojem (Lissnik 2013). Z podobných důvodů může být nahlíženo na lékařskou komoru v cílové zemi, kdy ji obě skupiny také nevnímají jako příliš důležitou. Dále můžeme vidět, že u potenciálních migrantů jsou mírně upozaďovány komunity krajanů (2,86) a rodinní příbuzní ze země původu (2,64), zatímco u aktivních migrantů jsou to známí ze země původu (2,54). Příčinou tohoto by mohla být již zmíněná vlastní iniciativa, kdy medicí počítají s tím, že se budou muset spoléhat hlavně na sebe v rámci integrace v cílové zemi.

5.6 Porovnání výsledků tohoto výzkumu s výsledky podobné studie z roku 2006 zabývající se potenciální migrací mediků

Na téma této diplomové práce vznikl již v minulosti velmi podobný výzkum, který sice nezjišťoval vliv institucí či rodinných a dalších osobních sítí na migrační pohyby mediků, ale zabýval se potenciální migrací mediků. Tento výzkum vznikl v roce 2006 pod záštitou VÚPSV a stejně jako tato práce se zaměřoval pouze na studenty 4. – 6. ročníků lékařských fakult. Výzkum se týkal převážně lékařské fakulty Univerzity Karlovy, oboru Všeobecného lékařství, ale součástí byli i respondenti Masarykovy univerzity v Brně

a 4. ročníku zubního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Struktura dotazníkového šetření byla také podobná. Rozdílná však byla distribuce dotazníkového šetření, kde oproti distribuci v elektronické podobě, jako je tomu v této práci, bylo použito formy papírového dotazníku. Konečný zkoumaný vzorek byl tvořen 376 respondenty, kdežto zkoumaný vzorek tohoto výzkumu byl tvořen 397 respondenty (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006). Vzhledem k těmto podobnostem je příhodné porovnat tento šestnáct let starý výzkum se současným výzkumem, kde bychom mohli vypožorovat určité trendy v potenciální migraci mediků.

Zaměříme-li se nejprve na obecnou charakteristiku respondentů, tak již v roce 2006 byla pozorována narůstající feminizace u lékařských oborů, kde bylo zastoupeno 69 % žen z celkového počtu respondentů, přičemž v tomto výzkumu je výsledek velmi podobný, a to 66 %. Jako velmi výrazný posun u mediků v pozitivním světle můžeme vnímat mnohem lepší jazykovou vybavenost. Pokud bychom se zaměřili na anglický jazyk, který je obecně klíčový pro dorozumívání se v zahraničí, tak dříve ovládalo anglický jazyk pouze 81 % budoucích lékařů zastoupených ve výzkumu, kdežto dnes ovládá anglický jazyk 100 % respondentů a z toho 97,4 % mediků jej ovládá na úrovni B1–C2 dle CEFR, přičemž ještě navíc ovládají velmi dobře druhý cizí jazyk, kdy jde především o jazyk německý (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Pokud se zaměříme na migrační potenciál studentů medicíny, tak si můžeme všimnout poměrně výrazného rozdílu, kdy v předešlém výzkumu uvažovalo o odchodu do zahraničí až 58 % respondentů, kdežto v tomto výzkumu je to o polovinu méně, tedy 24,2 % mediků. Tady je nutné dodat, že v rámci výzkumu z roku 2006 nebyla na výběr neutrální odpověď, kdežto v tomto výzkumu byla a zvolilo ji 15,4 % respondentů. I tak ale můžeme vnímat poměrně výrazné snížení, co se týče potenciálního odchodu za prací u budoucích lékařů. U míry reálnosti odchodu můžeme pozorovat až trojnásobný rozdíl, kdy v roce 2006 bylo z 58 % mediků zařazeno 18 % do skupiny lékařů, kteří by nejspíše mohli v budoucnosti migrovat. Kdežto v našem případě se jednalo o pouhých 6,6 % z 24,2 respondentů. Opět je nutností dodat, že v rámci tohoto výzkumu jsme poměrně striktně určili míru reálnosti, kdy respondent musel splnit dvě podmínky zároveň, tedy, že musel učinit konkrétní kroky pro realizaci záměru pracovat v zahraničí a zároveň chtěl odejít maximálně do dvou let po skončení aktuálního studia. Kdežto u předešlého výzkumu se reálnost posuzovala hlavně na základě konkrétních kroků a termín odchodu sloužil pouze k časovému upřesnění tohoto odchodu (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Oba výzkumy se shodují v tom, že v rámci migračních pohybů mediků se počítá převážně s migrací návratovou. Avšak můžeme pozorovat poměrně významný nárůst respondentů, který očekávají, že v zahraničí zůstanou déle než 5 let, či dokonce natrvalo, kdy v obou případech je nárůst až dvojnásobný oproti výzkumu z roku 2006. U cílových destinací vidíme také poměrně výrazný odklon od Velké Británie, která byla dominantní cílovou destinací v roce 2006, kam chtělo odejít téměř 50 % respondentů. Z našeho výzkumu vyplývá, že se pozornost přiklonila ke geograficky blízkým státům, především k Německu, a dále taky k Rakousku a Švýcarsku (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Zaměříme-li se na motivy, které jsou v procesu rozhodování o pracovní migraci u budoucích lékařů nejdůležitější, tak můžeme deklarovat, že se motivy za posledních šestnáct let příliš nezměnily. V rámci obou výzkumů se v popředí nachází perspektiva vyššího výdělku a lepších pracovních podmínek či zlepšení cizího jazyka. V rámci našeho výzkumu je kladena větší důležitost na lepší kvalitu postgraduálního vzdělávání, kdežto v předešlém výzkumu byl kladen důraz spíše na celkové zlepšení životní úrovně v zahraničí (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

Pokud se zaměříme na faktory, které brání medikům odejít za prací do zahraničí a implikujeme naše faktory, které vznikly na základě faktorové analýzy, tak můžeme opět konstatovat, že se bariéry téměř nezměnily. V obou výzkumech je dominantní sociální bariéra, tedy především odloučení od rodiny a přátel. Ale významnou bariérou je také psychologicko-administrativní bariéra, kterou nejvíce reprezentoval faktor obavy z jazykových problémů v předešlé studii, a i profesní bariéra, kterou stejně jako v našem výzkumu nejvíce reprezentoval předpoklad dobrého pracovního uplatnění v Česku (Vavrečková, Dobiášová, Hlincová 2006).

6 ZÁVĚRY A DISKUSE

Výzkumná část této diplomové práce se uskutečnila začátkem roku 2022, tedy krátce po oslabení pandemie Covid-19, která celosvětově probíhá od začátku roku 2020. V rámci celosvětového nedostatku lékařů, který dlouhodobě odhaduje WHO na 2,3 milionu lékařů a který se ukázal i ve vyspělých státech vlivem pandemie Covid-19, bylo naším úkolem zjistit a analyzovat migrační potenciál mediků k odchodu za prací do zahraničí a pokusit se určit, do jaké míry je tento odchod reálný. Dalším významným cílem této práce bylo mimo jiné zjistit, jaké role plní instituce či rodinné a další osobní sítě mediků při případném migračním pohybu. Součástí práce bylo zkoumání motivů, délky migrace, cílových destinací, ale také bylo snahou naopak zjistit, jaké faktory udržují mediky v českém zdravotnickém systému. Objektem zkoumání této práce bylo 397 studentů posledních tří ročníků Všeobecného lékařství studujících na čtyřech fakultách medicíny Univerzity Karlovy. Analýza proběhla kvantitativní metodou, kdy jsme data získali pomocí vlastního polostrukturovaného dotazníku.

Než jsme začali pracovat se získanými daty, pokusili jsme se zanalyzovat a zhodnotit specifické oblasti současného stavu českého zdravotnického sektoru, které se týkají zejména lékařů. Na základě stručné analýzy můžeme konstatovat, že Česko disponuje poměrně vysokým počtem lékařů, přičemž od roku 1994 vidíme zvyšující se feminizaci. V průměru na jednoho lékaře připadá 244 pacientů. Navzdory tomu, že během let 2015-2019 migrovalo téměř 1 600 lékařů, především do Velké Británie a Německa, a zároveň v tomto období požádalo v průměru 60 mediků ročně o nečlenství v České lékařské komoře, což odpovídá v naprosté většině odchodu do zahraničí, můžeme konstatovat, že počet nově registrovaných lékařů stoupá téměř každým rokem od roku 2006 (tedy krátce po vstupu do EU v roce 2004). Důvodem tohoto růstu může být i zvyšující se počet cizinců-lékařů, který reprezentuje podíl 6,9 % z celkového počtu lékařů v Česku mezi lety 2015-2019. Dalším pozitivem může být to, že v posledních letech roste počet vystudovaných lékařů a Česko se tak udržuje na stejné úrovni v tomto aspektu jako jiné vyspělé státy (např. Německo, Velká Británie, Rakousko). Velkým problémem českého zdravotnického systému je však nevyhovující věková struktura lékařů, kde více než třetina z nich je v důchodovém či předdůchodovém věku, a je tedy otázkou, zda se tento počet lékařů podaří nahradit vystudovanými mediky či imigrací lékařů z ostatních států.

Zaměříme-li se na pracovní podmínky lékařů, které v Česku existují v porovnání s některými vyspělými státy, tak jsme v první řadě zjistili, že vybavenost českých nemocnic nedosahuje tak dobré vybavenosti, jako tomu je ve většině ostatních států OECD. Avšak vybavenost se neporovnává snadno vzhledem k neevidování některých faktorů, které by mohly hrát v celkovém hodnocení roli (např. celkový stav budov). Na základě dostupných dat jsme porovnávali počty přístrojů počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MRI), přičemž Česko disponuje v tomto srovnání nízkým počtem daných přístrojů. Lékaři jsou v Česku poměrně dost vytíženi, v průměru každý občan Česka navštíví 8x ročně lékaře. Návštěvnost není sice nejvyšší v rámci OECD a například Německo má návštěvnost vyšší, ale velký rozdíl je v tom, že u nás nemají sestry rozšířené pravomoci, jako tomu je v již zmíněném Německu. V návaznosti na tyto pracovní podmínky si navíc čeští lékaři vydělávají v průměru mnohem méně peněz než v ostatních západních státech, pokud vezmeme v úvahu hrubé nominální výdělky bez započtení daní v přepočtu na paritní kupní sílu k tržním směnným kurzům. Například němečtí lékaři vydělávají 2,5x více než čeští lékaři a například lékaři ze Spojených států amerických si vydělávají až 4x více.

V rámci analýzy jsme na základě našich výsledků charakterizovali tři různé typy migrantů. První skupinou jsou průměrní potenciální migranti, tedy ti, kteří uvažují o odchodu za prací do zahraničí, aniž by učinili nějaké konkrétní kroky. Typickým představitelem této skupiny je žena (návratová migrace do 5 let, hlavní motivy – získání mezinárodního rozhledu a kontaktů, vyšší finanční ohodnocení). Druhou skupinou jsou průměrní aktivní migranti, kteří představují mediky, kteří již podnikli některé konkrétní kroky pro odchod za prací do zahraničí. Jejich typickým představitelem je naopak muž (trvalá nebo návratová migrace po více než 5 letech, hlavní motivy – lepší pracovní podmínky, vyšší finanční ohodnocení). Obě tyto skupiny disponují výbornou jazykovou znalostí, kdy ovládají na velmi vysoké úrovni anglický jazyk (B2-C2 dle CEFR) a na dobré úrovni jazyk německý (B1-C2 dle CEFR). Poslední skupinou, kterou jsme charakterizovali, jsou průměrní nemigranti, tedy ti, kteří naopak nemají v úmyslu odejít za prací do zahraničí a jejímž představitelem je typicky žena (hlavní překážky – sociální bariéry). Ačkoliv u této skupiny je jazyková znalost o něco nižší než u předešlých dvou skupin, tak je stále na dobré úrovni, přičemž anglický jazyk ovládá na úrovni B1 či B2 dle CEFR.

Riziko či pravděpodobnost migračního pohybu mediků za prací do zahraničí, která byla provedena na celém výzkumném vzorku, byla analyzována pomocí binární logistické regrese. Na základě tohoto regresního modelu můžeme jednoduše definovat medika, který

má v plánu migrovat za prací do zahraničí. Jedná se tedy o studenta medicíny, který disponuje pracovními či studijními zkušenostmi z předešlých let ze zahraničí a který ovládá anglický jazyk. Zároveň tento jedinec ovládá německý jazyk na velmi vysoké úrovni, což je velmi důležitý aspekt, i vzhledem k tomu, že cílovými destinacemi jsou geograficky blízké státy, kde je úředním jazykem němčina.

Na základě vlastní analýzy dat lze odpovědět na výzkumné otázky, které jsme si stanovili na začátku práce. První výzkumnou otázkou jsme se snažili popsat a zhodnotit pravděpodobnost migračního úmyslu. Otázka zněla: „**Jaké jsou migrační tendence a jaká je pravděpodobnost migračního úmyslu budoucích lékařů?**“. Z celého výzkumného vzorku uvažuje o odchodu za prací do zahraničí 24,2 % budoucích lékařů, což se může zdát jako poměrně velký podíl mediků. Nicméně, pokud se zaměříme na míru reálnosti migrace a rozdělíme si tento počet lékařů na dvě skupiny, tedy na aktivní a potenciální migranty, zjistíme, že o odchodu za prací do zahraničí reálně uvažuje pouhých 6,6 % mediků, tedy těch, kteří již uskutečnili konkrétní kroky a zároveň deklarovali že odejdou do 2 let od ukončení aktuálního studia. **Můžeme tedy potvrdit naši hypotézu, která předpokládala vyšší migrační potenciál, který se výrazně sníží, pokud se zaměříme na míru reálnosti odchodu pracovat do zahraničí.** Můžeme tedy konstatovat, že odchod mediků za prací do zahraničí není zřejmě zásadní v takové míře, aby byl významněji negativně ovlivněn zdravotnický systém v Česku.

Druhá výzkumná otázka, která je velmi důležitou součástí naší práce, je zjištění toho, jaké aktéry, doprovázející potenciální migraci, považují medicí za důležité. Zkoumali jsme zvláště tuto důležitost v získávání pracovních příležitostí a v případné integraci mediků v zahraničí. Otázka zněla: „**Jak významnou roli při rozhodování o pracovní migraci mezi budoucími lékaři hrají institucionální aktéři v porovnání s rodinnými a dalšími osobními sítěmi?**“. V obecné rovině na základě našeho výzkumu platí, že na prvních místech se vždy pohyboval institucionální aktér, avšak při získávání pracovních příležitostí hrají větší důležitost sítě lidských vztahů, zvláště pokud bychom přijali fakt, že internetové weby nejsou úplně typickým institucionálním aktérem a medicí musí z velké části jednat na základě vlastní iniciativy. Naopak poměrně překvapivě v rámci integrace hrají důležitější roli institucionální aktéři, kde je významný hlavně budoucí zaměstnavatel, i když i zde musíme zdůraznit klíčovou úlohu vlastní iniciativy. **Hypotéza, ve které jsme předpokládali, že pro získání pracovního místa využijí budoucí lékaři spíše institucionální aktéry, ale v procesu integrace by mohly hrát významnější roli sociální vazby rodinného či osobního,**

případně komunitního charakteru, tedy nelze potvrdit. Naše analýza nám prokázala naprostý opak a naznačuje současný trend, tedy že při zisku pracovních příležitostí jsou pro mediky spíše důležitější sociální vazby, které jim napomáhají při postupech podávání žádostí o zaměstnání a při spojení se zaměstnavateli (Massey et al. 1993). Toto již zaznamenala jedna ze studií zkoumající migraci egyptských lékařů do Německa (Schumann, Maaz, Peters 2019). Na druhou stranu u případné integrace se medicí obrací na institucionální aktéry, především na budoucího zaměstnavatele, který může pomoci najít ubytování či pomáhá se sjednáním úvěrů a s dalšími administrativně-právním poradenstvím (Massey et al. 1993).

V rámci práce jsme stanovili další dílčí výzkumné otázky. Jedna z dalších výzkumných otázek zkoumala, jaké bariéry ovlivňují budoucí lékaře, kteří nemají v úmyslu odejít za prací do zahraničí. Otázka zněla: „**Jaké faktory brání budoucím lékařům odejít pracovat do zahraničí?**“. Faktory, které brání odchodu za prací do zahraničí, byly identifikovány tři. Nejvýznamnějším faktorem je sociální bariéra, která je spojována hlavně se ženami. To tedy znamená, že medicí se obávají nedostatečného sociálního kontaktu se svou rodinou a svými blízkými přáteli a s tím související osamělosti, která může v zahraničí nastat. Tato bariéra byla již několikrát potvrzena v předešlých výzkumech zabývajících se migračními pohyby mediků (Gouda et al. 2015). Druhou významnou bariérou je to, že medicí očekávají dobré pracovní uplatnění v Česku a nemají tak potřebu migrovat, což očekávají hlavně muži. Jako třetí významný faktor jsme identifikovali psychologicko-administrativní aspekty, které souvisí především se sebevědomím a psychickou zátěží. To znamená, že mají poměrně silné obavy, že neuspějí, a to jak při studiu, tak při pracovním nasazením. Tento faktor korespondoval v rámci naší analýzy opět spíše se ženami. **Na základě našich výsledků můžeme opět potvrdit naši hypotézu, že nejvýznamnější faktor, který ovlivňuje budoucí lékaře v procesu rozhodování o práci v zahraničí, je odloučení od rodiny a přátel a mezi další významné faktory bránící migraci patří obavy z nedostatečné jazykové vybavenosti či obavy z neuplatnění se v zahraničí.**

Druhou dílčí výzkumnou otázkou jsme se snažili zhodnotit, jaké motivy jsou významné v procesu rozhodování o pracovní migraci u budoucích lékařů. Otázka tedy zněla: „**Jaké motivy nejvíce ovlivňují budoucí lékaře při rozhodování o tom, zda odejdou pracovat do zahraničí?**“. V obecné rovině vnímáme dominanci 5 faktorů, a to získání mezinárodního rozhledu a kontaktů, vyšší finanční ohodnocení, lepší pracovní podmínky, lepší postgraduální vzdělávání a zlepšení znalosti cizího jazyka. Zatímco u aktivních migrantů je kladena vyšší

důležitost na lepší pracovní podmínky, tak u potenciálních migrantů je zdůrazněna důležitost mezinárodního rozhledu a kontaktů. Obě skupiny považují za velmi důležité vyšší finanční ohodnocení, avšak ani v jedné skupině to není motiv nejdůležitější. **V tomto případě tedy zamítáme naši hypotézu o tom, že vyšší finanční ohodnocení bude nejvýznamnějším faktorem v procesu rozhodování o pracovní migraci.**

V rámci našeho výzkumu můžeme aplikovat některé koncepty na naše výsledky týkající se rozdělení těchto skupin. Constatnt a Massey (2022) uvedli, že neoklasická ekonomie a nová ekonomie pracovní migrace mají velmi odlišné motivace pro mezinárodní migraci. První koncept předpokládá, že lidé migrují trvale do zahraničí zejména za vyššími výdělky, zatímco druhý koncept předpokládá spíše krátkodobou migraci, resp. po splnění migrační mise, která má nejenom maximalizovat zisk, ale i minimalizovat rizika dané domácnosti, také návrat do země původu. První koncept lépe koresponduje s aktivními migranty, tedy s těmi, kteří chtějí odejít spíše natrvalo, a zároveň je jedním z hlavních motivů maximalizace zisku. Na druhou stranu druhý koncept, tedy nová ekonomie pracovní migrace, v našem případě spíše inklinuje k potenciálním migrantům, tedy k těm, kteří uvažují o dočasné migraci s tím, že právě s pomocí migrace překonají nedostatky trhu v domovské zemi (nově získají kromě vyššího finančního ohodnocení, také mezinárodní rozhled či zlepšení cizího jazyka spolu s lepším postgraduálním vzděláváním). Tyto motivy pak dokresluje faktor, kterým je vyšší očekávání kariérního růstu v Česku po návratu ze zahraničí.

Další dílčí výzkumná otázka se snažila u budoucích lékařů zjistit předpokládanou délku pracovního pobytu v zahraničí. Otázka zněla: **Jaká je předpokládaná délka pracovního pobytu budoucích lékařů?** V rámci celého výzkumného vzorku více jak polovina mediků předpokládá návrat, a dokonce přes 30 % těchto mediků předpokládá návrat do 5 let, což odpovídá délce postgraduálního vzdělávání. Tím pádem by se mohlo jednat o spíše pro Česko pozitivní jev. Pokud ovšem rozdělíme tento vzorek opět na aktivní a potenciální migranty, je vidět, že pokud je někdo opravdu pevně přesvědčen, že chce odejít za prací do zahraničí, tak odejde natrvalo nebo na dobu delší než 5 let. **Dle naší hypotézy jsme předpokládali, že bude převládat dočasná délka pracovního pobytu, a že se tedy bude jednat převážně o návratovou migraci, což se na základě analýzy potvrdilo.**

Poslední dílčí výzkumná otázka zkoumala, jaké jsou cílové destinace budoucích lékařů, těch, kteří mají v úmyslu odejít za prací do zahraničí. Otázka zněla: **Jaké země jsou hlavní cílová migrační teritoria budoucích lékařů?** V rámci hypotézy byl předpoklad, že hlavní

cílová migrační teritoria budou státy, mezi které v podobném výzkumu zkoumajícím migrační tendence mediků a lékařů byly zařazeny Velká Británie, Irsko a geograficky blízké Německo (Vavrečková a kol. 2007). **Částečně můžeme potvrdit tuto hypotézu, kde Německo hraje významnou roli jak v celkovém výzkumném vzorku, tak i v obou skupinách. Naopak můžeme vidět poměrně velký propad Velké Británie a Irska.** Toto je patrné zvláště u aktivních migrantů, kde v rámci Velké Británie může hrát svoji roli Brexit, kdy do hry nově vstupují různé srovnávací zkoušky a více administrativních úkonů v rámci pracovních a ubytovacích povolení. Cílovými destinacemi u aktivních migrantů jsou především geograficky blízké státy – kromě zmíněného Německa bylo zmiňováno Rakousko a Švýcarsko. Důvodem, proč získávají na popularitě právě tyto státy, může být to, že medicí disponují vysokou úrovní znalosti německého jazyka, který je v těchto zemích úředním jazykem, což hraje zřejmě důležitou roli. Toto bylo potvrzeno v rámci, již výše zmíněné, analýzy binární logistické regrese. U potenciálních migrantů jsou po Německu nejvíce zastoupené severské země, kde je nejčastěji zmiňováno Švédsko a až pak následuje Velká Británie a Irsko.

V této práci bylo jedním z hlavních témat zkoumat vliv institucí či rodinných a dalších osobních sítí při migračním pohybu budoucích lékařů. Ústředními teoriemi tak byly teorie sítí a institucionální teorie, v rámci kterých jsme zkoumali, jaké aktéry hodlají medicí využít pro získání pracovních příležitostí a jaké aktéry využijí při případné integraci v cílové zemi. Vliv obou konceptů v obecné rovině lze v různých mírách pozorovat v obou fázích, jelikož na základě našeho výzkumu není pozorována výraznější dominance jednoho z nich. V procesu získávání pracovních příležitostí v zahraničí se sociální vazby projeví jako důležitý faktor ovlivňující migraci, naopak při případné integraci v cílové zemi jsou vnímány jako více důležité instituce.

Ačkoliv instituce pomáhají odstraňovat překážky při získávání pracovních příležitostí v zahraničí, tak na základě dat této analýzy jsou spíše preferovány sociální vazby, které jsou vnímány jako instrumentální pomoc zajišťující napomáhání při postupech podávání žádostí o zaměstnání. Toto již zaznamenala jedna ze studií zkoumající migraci egyptských lékařů do Německa (Schumann, Maaz, Peters 2019; Massey et al. 1993). Naopak se zdá, že v rámci případné integrace v cílové zemi sociální vazby mírně ztrácejí roli v zajišťování snížení ekonomických nákladů (např. náklady spojené se samotným cestováním či při samotné integraci) i neekonomických nákladů (např. informace o dané zemi či práci v dané zemi) (Light, Bhachu, Karageorgis 1989). Tuto roli v rámci integrace zřejmě přejali především

budoucí zaměstnavatelé, což by znamenalo, že instituce v tomto případě lépe odstraňují překážky, přičemž pomáhají najít ubytování či pomáhají se sjednáním úvěrů a s dalšími administrativně-právním poradenstvím. To je zřejmě způsobeno tím, že obecně je dnes běžné nabízet zaměstnancům velmi štědré benefity, včetně další pomoci, kam mohou patřit, mimo jiné, výše zmíněné náklady (Massey et al. 1993).

Dále se jednoznačně prokázal vliv silných a slabých vazeb, jak je definoval Grannovetter (1973) v rámci teorie sítí. Výsledky této práce potvrdily, že obecně nelze jednoznačně určit, jaké vazby jsou důležitější. Avšak zjistili jsme, že v rámci aktivních migrantů, tedy těch, kteří jsou pevně přesvědčeni o migraci, jsou důležitější spíše silné vazby, což by mohlo korespondovat i s délkou migrace, kde spousta mediků deklarovalo, že chtějí zůstat v zahraničí natrvalo nebo alespoň déle než 5 let. Naopak u potenciálních migrantů lze pozorovat větší vliv slabých vazeb. Vzhledem k tomu, že při absenci silných vazeb by významná část aktivních migrantů migraci zvažovala v menší míře, případně by od ní upustila, považujeme tyto silné vazby za mírně důležitější než slabé vazby.

Výsledky této práce však nelze plně zobecňovat a plně aplikovat na národní úroveň, protože jsme pracovali s malým a specifickým vzorkem. Nicméně pro účely Univerzity Karlovy mohou být výsledky přínosné, jelikož se výzkumu účastnilo celkově 20 % respondentů z celkového počtu studentů studujících poslední tři ročníky oboru Všeobecné lékařství na čtyřech lékařských fakultách Univerzity Karlovy (1. lékařská fakulta UK v Praze, 3. lékařská fakulta UK v Praze, Lékařská fakulta UK v Plzni, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové).

Jak jsme již v úvodu uvedli, tak potenciálním rizikem odchodu mediků za prací do zahraničí se v rámci Česka zabývala studie, která vznikla pod záštitou VÚPSV z roce 2006 a která se zčásti zaměřovala také na studenty 4. – 6. ročníků lékařských fakult. Můžeme pozorovat podobné trendy. Přestože je poměrně významný nárůst respondentů, kteří očekávají, že v zahraničí zůstanou déle než 5 let, či dokonce natrvalo, tak stále převládá návratová migrace. Dále můžeme potvrdit téměř totožné motivy (perspektiva vyššího výdělku, lepších pracovních podmínek, zlepšení cizího jazyka) či bariéry (sociální bariéry, psychologicko-administrativní bariéry, profesní bariéry). Na druhou stranu existují určité rozdíly. Můžeme si všimnout výrazného pozitivního posunu v jazykové vybavenosti mediků, která je lepší než dříve. Dále pozorujeme, že během šestnácti let se poměrně výrazně snížil potenciální odliv mediků do zahraničí za prací, což by mohlo indikovat zlepšení pracovních

podmínek. Vidíme i změnu v cílových destinacích, kde hrají dnes důležitější roli geograficky blízké státy, především Německo, než dříve, kdy to byla hlavně Velká Británie.

6.1 Doporučení pro praxi a možné další směry výzkumu

Na závěry a diskusi můžeme navázat doporučeními pro praxi, která vzešla na základě výsledků této práce. Může se zdát, že odliv mediků za prací do zahraničí není příliš vysoký, ale i přesto by měla být věnována zvýšená pozornost sledování migračních kroků u mladých lékařů. Velkým problémem českého zdravotnického systému je nevyhovující věková struktura lékařů. I přesto, že se poměrně značná část lékařů nachází v důchodovém věku, tak dle České lékařské komory aktuálně schází okolo dvou až tří tisíc lékařů (denik.cz 2022). Tento nedostatek výrazně zviditelnila pandemie Covid-19.

Pozitivním výsledkem je, že pokud medicí uvažují o odchodu za prací do zahraničí, tak převážně uvažují o návratové migraci do 5 let, což by odpovídalo délce postgraduálního vzdělávání u většiny lékařských oborů, pokud by odešli ihned po dokončení aktuálního studia. V tomto případě by mohli tito lékaři získat nové znalosti a dovednosti, naučit se nové lékařské postupy či získat mezinárodní kontakty, které mohou přinést do oblasti domácího systému zdravotnictví (Docquier 2006; Levitt 1998; Suciú et al. 2017). Avšak je dobré mít na paměti, že se jedná o mladé lékaře, kteří mohou změnit během těchto let názor na návrat do domovské země vlivem různých okolností (např. založení rodiny v cílové zemi – viz Suciú et al. 2017). Nebo může nastat problém, podobně jako v Irsku, kde mnoho mladých lékařů odchází na postgraduální studium do zahraničí kvůli pozdějším lepším kariérním vyhlídkám v domovské zemi, nicméně po vypuknutí pandemie Covid-19 se nemohli tito lékaři vrátit kvůli prováděným praxím (Humphries et al. 2021).

Podporovat návrat kvalifikovaných emigrantů se mnohým jeví jako efektivnější než usilovat o integraci vysoce vzdělaných cizinců. Abychom zajistili návrat mediků pracujících v zahraničí, je třeba vytvořit programy, které by lákaly tyto mediky zpět do Česka, ať už z iniciativy vlády či z iniciativy samotných zdravotnických zařízení. V rámci některých studií se ukazuje jako efektivní vytvořit internetový informační portál, který je dobrým nástrojem pro předávání některých typů informací, jako je provozování aktuální databáze pracovních nabídek, informovat o dalších relevantních příležitostech nebo na něm mohou být organizována diskusní fóra (Kostelecký, Bernard, Patočková 2008). S tímto úzce souvisí i to, že je tedy velmi důležité vytvořit vhodné podmínky pro mladé lékaře, aby Česko bylo konkurenceschopné v porovnání se zahraničními vyspělými státy a mohlo tak tyto lékaře

bud' to nalákat zpět, nebo je v českém zdravotnictví udržet. To potvrdila i tato práce, kde se ukázalo, že významnými motivy potenciální migrace jsou lepší pracovní podmínky a s tím související vyšší finanční ohodnocení.

Velmi důležitá je výše finančního ohodnocení, kdy je žádoucí obecně zvýšit platové podmínky lékařů, zvláště pak u začínajících lékařů, kteří ještě nemají dokončené atestace. Zvláště přihlédneme-li k tomu, že čeští lékaři vydělávají v průměru mnohem méně než v ostatních západních státech a zároveň u nás mladí lékaři pracují převážně na začátku praxe ve státní sféře, kde jsou státní tabulkové (tedy ve své výši limitované) platy. Zároveň by bylo třeba zlepšit pracovní podmínky lékařů. Vzhledem k tomu, že čeští občané navštěvují lékaře velmi často, z čehož plyne spousta administrativních úkonů, které dělají lékaři až po ukončení ordinační doby, tak by bylo příhodné následovat ostatní vyspělé státy (např. Německo či Spojené státy americké), kde mají zdravotní sestry rozšířené pravomoci. Tyto pravomoci mohou poměrně významně ulevit lékařům jak s administrativní zátěží, tak s tím, že by tyto sestry mohly předepisovat léky či měnit jejich dávkování. Toto by mohlo výrazně pomoci tomu, aby se lékař staral hlavně o nemocné pacienty a zároveň netrávil v práci spoustu přesčasů.

Jelikož v Česku vykonávají lékařskou profesi více ženy nežli muži a zároveň dle posledních výzkumů mezi mediky, včetně našeho výzkumu, se potvrzuje rostoucí feminizace v lékařských oborech, bylo by žádoucí se zaměřit na rodičovskou dovolenou lékařek, které mohou mít problém zvládat pracovní praxi v tomto období. Těmto lékařkám by jistě pomohlo, kdyby jim vycházeli zaměstnavatelé vstříc se službami, nebo kdyby byly přiděleny na méně náročné oddělení. Za zvážení by stálo také poskytovat těmto lékařkám finanční pomoc, aby si mohli zajistit hlídání svých dětí, a tím neztratit svoji úroveň v praxi.

Dále by výsledky této práce mohly sloužit také jako podkladová část k dalším výzkumům, které by se mohly zaměřit i na samotné lékařské specializace, kde by mohly být výrazné rozdíly v rámci migračních tendencí mediků. Někteří autoři v zahraničí zjistili, že vyspělé země mají problém s ukojením poptávky v rámci některých specifických lékařských specializací (Lowell, Findlay 2001). Vhodným pokračováním výzkumu představeného v této práci by mohlo být podrobnější zkoumání vlivů slabých a silných vazeb, kde jsme detekovali některé trendy jak v rozhodovací fázi, tak v integrační fázi migračního pohybu lékařů. Bylo by však třeba zajistit dostatečně velký, robustní datový soubor, resp.

zajistit skutečně ve statistickém smyslu reprezentativní šetření, které by mohlo přinést plně zobecnitelné výsledky. Tohoto diplomant obvykle nedosáhne.

Za hlavní přínos této práce považuji to, že se nám v rámci migračních tendencí mediků podařilo zjistit určité důležité trendy a zároveň se podařilo přispět do diskuse o institucionálních či rodinných a dalších osobních aktérech, kteří z části ovlivňují migrační pohyby mediků v českém kontextu. Upozornili jsme na možný výzkumný potenciál v oblasti migrace mediků. To by mohlo inspirovat k jejímu dalšímu prozkoumání. Případně by výsledky našeho výzkumu mohly podnítit diskusi o vytváření strategií, které brání migraci nebo alespoň minimalizují důsledky odchodu lékařů či mediků do zahraničí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AKL, A. E. et al. (2007): Why are you draining your brain? Factors underlying decisions of graduating Lebanese medical students to migrate. *Social Science and Medicine*, 64, 1278–1284, ISSN 1278-1284.
- ARANGO, J. (2000): Explaining Migration: a critical view. *International Social Science Journal*, 52, 283–296.
- BIJAK, J. (2006): Forecasting international migration: selected theories, models, and methods. Working Paper 4/2006, Central European Forum For Migration Research, Warsaw s. 58, ISSN 1732-0631.
- BOJANIC, A., BOJANIC, K., LIKIC, R. (2015): Brain drain: final year medical students intentions of training abroad. *Postgraduate Medical Journal*, 91, 315-321, ISSN 1469-0756.
- BONCEA, I. (2013): Medical Brain Drain – A Theoretical Approach. University of Oradea. Faculty of Economics, 1, 1, 64-71.
- BOYD, M. (1989): Family and Personal Networks in International Migrations: Recent Developments and New Agendas. *International Migration Review*, 23, 3, 638–670.
- BRANDI, C. (2004): The historical evolution of highly qualified migrations. *Studi Emigrazione*, 4, 156.
- CAMBRIDGE (2022): Společný evropský referenční rámec pro jazyky SERR (CEFR). Dostupné z: <https://www.cambridgeenglish.org/cz/exams-and-tests/cefr/> (cit. 19.6.2022)
- CARLING, J. (2005): Migration Remittances and Development Cooperation. International Peace Research Institute, Oslo.
- CONSTANT, A., MASSEY, D. (2002): Return Migration by German Guestworkers: Neoclassical versus New Economic Theories. *International Migration*, Philadelphia, 40,4, ISSN 0020-7985.
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA (2021): Data poskytnuta na základě emailové korespondence

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA (2011): Pro lékaře: Potvrzení o nečlenství (Certificate of Non-Membership) pro absolventy LF. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/zahranicni-oddeleni-163.html> (cit. 7.2.2022)

ČSSZ (2021): Starobní důchod podrobně. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/starobni-duchod-podrobne> (cit. 24.9.2021)

ČSÚ (2019): Demografická příručka 2019. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2019> (cit. 20.9.2021)

ČT24 (2021): Covid je v Česku už rok. Za tu dobu ho lépe známe, umíme se mu bránit a máme i účinné zbraně. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/veda/3276330-covid-je-v-cesku-uz-rok-za-tu-dobu-ho-lepe-zname-umime-se-mu-branit-a-mame-i-ucinne> (cit. 29.9.2021)

DEBOIS, C., MCKEE, M., NOLTE, E. (2006): Analyzing trends, opportunities and challenges. In: Human Resources for Health in Europe. Open University Press. World Health Organization. Copenhagen.

DENÍK.CZ (2022): V Česku chybí dva až tři tisíce lékařů. Nový projekt láká ke studiu medicíny. Dostupné z: <https://www.denik.cz/zdravi/lekari-nedostatek-studium-medicina-20230119.html> (cit. 20.7.2022)

DISMAN, M. (2000): Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 3. vyd. Praha: Karolinum, s. 374, ISBN 80-246-0139-7.

DOCQUIER, F. (2006): Brain drain and inequality across nations. IZA Discussion Papers. No. 2440. Bonn. Dostupné z: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-2008071751>

DOCQUIER, F., RAPOPORT, H. (2012): Globalization, Brain Drain, and Development. Journal of Economic Literature, 50, 3, 681-730.

DODANI, S., LAPORTE, M. (2005): Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain?. Journal of the Royal Society of Medicine, vol. 98, 487-491.

DRBOHLAV, D. (1999): Geografické aspekty v rámci interdisciplinárního výzkumu migrace obyvatelstva. Geografie – Sborník ČGS, 104, 2.

DRBOHLAV, D., UHEREK, Z. (2007): Reflexe migračních teorií. Geografie – Sborník ČGS, 112, 2, 125-141.

FIELDS, G. S. (1979): Place-To-Place Migration: Some New Evidence. The Review of Economics and Statistics, 61, 1, 21–32.

FRACTL (2016): Employee Benefits Study: The Cost and Value of Employee Perks. Dostupné z: <http://www.frac.tl/employee-benefits-study/> (cit. 30.6.2022)

GKOLFINOPOULOS, A. (2016): The Migration of Greek Physicians to Germany: Motivations, Factors and the Role of National Health Sectors. European Policy Analysis, 2, 2, 136-157.

GLADKIJ, I. a kol. (2003): Management ve zdravotnictví. Vyd. 1. Brno: Computer Press. Praxe manažera, s. 380, ISBN 80-7226-996-8.

GOUDA, P. et al. (2015): Irelands medical brain drain: migration intentions of Irish medical students. Human Resources for Health, 13, 11, 19-29, ISSN 1478-4491.

GOULD, P. et al. (1973): On Mental Maps. In: Image and environment: cognitive mapping and spatial behavior. Aldine. Chicago, s. 439.

GRANOVETTER, M. (1973): The Strength of Weak Ties. American Journal of Sociology, 78, 6, 1360–1380.

HAAS, H. (2008): Migration and development: A theoretical perspective. Working papers 9. International Migration Institute. University of Oxford, s. 57.

HEJDUKOVÁ, P. (2016): Healthcare Systems in Austria and the Czech Republic – The same history, but with some differences. International Journal of Business and Management, 4, 4, 1-13, ISSN 2336-2197.

HENDL, J. (2004): Přehled statistických metod zpracování dat, Praha, Portál, s. 583, ISBN: 80-7178-820-1.

HORÁKOVÁ, M. (2007): Zpráva o vývoji pracovních migrací 1993-2006. VÚPSV, Praha, s. 97, ISBN 978-80-87007-67-9.

HUMPHRIES, N. et al. (2021): COVID-19 and doctor emigration: the case of Ireland. Human Resources of Health, 19, 29, s. 10.

IHS MARKIT (2021): The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2019 to 2034. DC: AAMC, Washington.

IKENWILO, D. (2007): Brain Drain: Painting a Picture for Africa. ATPS Special PaperSeries No. 34. African Technology Policy Studies Network, Nairobi.

INTERNATIONAL ORGANIZATION OF MIGRATION (2014): Mobility of Health Professionals to, from and within the European Union. IOM Migration Research Series, No. 48, Geneva, ISSN 1607-338X.

INTERNATIONAL ORGANIZATION OF MIGRATION (2021): Key Migration Terms. Dostupné z: <https://www.iom.int/key-migration-terms> (cit. 13.9.2021)

iROZHLAS (2020): Stát povolal na pomoc mediky. Někteří pracují zatím zadarmo, před státnicemi a na druhé straně republiky. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/koronavirus-covid-nemocnice-pracovni-povinnost-studenti_2010230628_sto (cit. 4.10.2021)

KACZOR, P. (2013): Trh práce, pracovní migrace a politika zaměstnanosti ČR po roce 2011. Oeconomica, Praha, ISBN 978-80-245-1930-2.

KALIBOVÁ, K., PAVLÍK, Z., VODÁKOVÁ, A. (2009): Demografie (nejen) pro demografy. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. s. 241. ISBN 978-80-7419-012-4.

KLAINOWSKA, B., KNAPINSKA, M. (2009): Rewiew of chosen migration theories. Economics and Competetion Policy, 14, 5, 45-54.

KOSTELECKÝ, T., BERNARD, J., PATOČKOVÁ, V. (2008): Jak změnit „brain drain“ v „brain gain“. Politiky k ovlivňování migrace vysoce vzdělaných. Výzkumná zpráva pro MŠMT. Sociologický ústav AV ČR, Praha. s. 42.

KRAJEWSKI-SIUDA, K. et al. (2012): Emigration preferences and plans among medical students in Poland. Human Resources for Health. 10, 8, ISSN 1478-4491.

KREJČÍKOVÁ, J. (2005): Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice. AULA, 13, 3, 20-25, ISSN 2533-4433.

KUMAR, R., PAL, R. (2018): India achieves WHO recommended doctor population ratio: A call for paradigm shift in public health discourse!. J Family Med Prim Care, 7, 841-844

LEE S. E. (1966): A Theory of Migration. Demography. 3, 1, 47-57.

LEVITT, P. (1998): Social Remittances: Migration Driven Local-Level Forms of Cultural Diffusion. *International Migration Review*, 32, 4, 926–948.

LIGHT, I., BHACHU, P., KARAGEORGIS, S. (1989): Migration Networks and Immigrant Entrepreneurship. In: *California Immigrants in World Perspective: The Conference Papers. Paper 1*. Institute for Social Research. University of California. Los Angeles.

LISSNIK, I. (2013): Srovnání neziskových organizací v ČR a v USA. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.

LOWELL, B. L., FINDLAY, A. (2001): *The Migration of Highly Skilled Persons from Developing Countries: Impact and Policy Responses*. Geneva: International Labour Office. *International Migration Papers*. 46.

MASSEY, D. S. (1988): Economic Development and International Migration in Comparative Perspective. *Population and Development Review*. 14, 3, 383–413.

MASSEY, D. S. et al. (1993): Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*. 19, 3, 431–466.

MASSEY, D. S. et al. (1998): *Worlds in Motion: Understanding International Migration at the End of the Millennium*. Oxford University Press. New York.

MEDSCAPE (2019): US Physicians Highest Paid Globally, but Spend Most for Training. Dostupné z: <https://www.medscape.com/viewarticle/918652> (cit. 27.9.2021)

MLADÍ LÉKAŘI (2022): Mladí lékaři: Kdo jsme. Dostupné z: <https://mladilekari.cz/kdo-jsme-mladi-lekari/> (cit. 30.5.2022)

MOSS J. P. et al. (2004): Reasons for considering leaving UK medicine: questionnaire study of junior doctors comments. Department of Public Health. Oxford.

MZČR (2022): COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR. Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19> (cit. 14.5.2022)

NEMOCNICE NA HOMOLCE (2017): Radiodiagnostické oddělení (RDG). Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-diagnosticky-program/11635-radiodiagnosticke-oddeleni-rdg/11780-nase-sluzby/11782-magneticka-rezonance/> (cit. 29.9.2021)

OECD (2019): *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. Paris, ISBN 978-92-64-80766-2.

OECD (2019): Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students. OECD Publishing. Paris, Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en>

OECD (2019): Economy. Dostupné z: <https://data.oecd.org/economy.htm> (cit. 28.9.2021)

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Czechia: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, ISBN 978-92-64-86427-6.

OECD (2021): OECD data: Health. Dostupné z: <https://data.oecd.org/health.htm#profile-Health%20resources> (cit. 22.9.2021)

PETERSEN, W. (1970): A General Typology of Migration. In: Jansen, C. J.: Readings in the Sociology of Migration. Pergamon Press, Oxford, 49-67.

PORSCHÉ, S. (2019): Kulturní, historické a sociální souvislosti migrace. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. s. 92. ISBN 978-80-7394-751-4

PŘEHLEDNĚJŠÍ ZDRAVOTNICTVÍ (2020): Jak funguje vzdělávání lékařů v ČR? Dostupné z: <https://prehlednejsizdravotnictvi.cz/jak-funguje-vzdelavani-lekaru/> (cit.20.9.2021)

RABUŠIC, L., BURJANEK, A. (2003): Imigrace a imigrační politika jako prvek řešení české demografické situace?. VÚPSV, Praha, s. 58.

RAPOPORT, H. (2002): Who is afraid of brain drain? Human capital flight and growth in developing countries. Stanford: Stanford Institute for Economic Policy Research.

RAVENSTEIN, E. (1889): The Laws of Migration. Journal of the Royal Statistical Society. 52, 2, 241–305.

RITCHEY, O. N. (1976): Explanations of Migration. Annual Review of Sociology: 2/1976: 365-403.

RUTTEN, M. (2009): The Economic Impact of Medical Migration: An Overview of the Literature. World Economy. 32, 2, 291-325.

SEDLÁKOVÁ, K. (2015): Cesta za uznáním: Důvody k migraci do Německa u budoucích absolventů pražských lékařských fakult Univerzity Karlovy. Diplomová práce. Fakulta sociálních věd na Univerzitě Karlově, Praha.

SCHUMANN, M., MAAZ, A., PETERS, H. (2019): Doctors on the move: a qualitative study on the driving factors in a group of Egyptian physicians migrating to Germany. *Globalization and Health*. 15, 2, s. 9, ISSN 1744–8603.

SJAASTAD, L. A. (1962): The Costs and Returns of Human Migration: Part 2: Investment in Human Beings. *Jurnal of Political Economy*. 70, 5, 80–93.

STATISTIKA&MY (2021): Lékaři si loni polepšili o 11 %. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2021/08/19/lekari-si-loni-polepsili-o-11-procent> (cit. 27.9.2021)

STARK, O. (1991): *The Migration of Labor*. Basil Blackwell, Cambridge, Massachusetts, ISBN 1-55786-030-0.

STARK, O., TAYLOR, J. E. (1991): Migration Incentives, Migration Types: The Role of Relative Deprivation. *The Economic Journal*, 101, 408, 1163-1178.

STILWELL et al. (2004): Migration of healthcare workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Organ*. 8, 82, 595-600.

STOJANOV, R., NOVOSÁK, J. (2008): Migrace místo pomoci? Remitence a cirkulace mozků jako nástroje rozvoje. *Mezinárodní vztahy*. 1, 38–77.

SUCIU, M. S. et al. (2017): Physician migration at its roots: a study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. *Human Resources for Health*. 15, 6, s. 9, ISSN 1478-4491.

TJADENS, F., WEILANDT, C., ECKERT, J. (2013): *Mobility of Health Professionals: Health Systems, Work Conditions, Patterns of Health Workers' Mobility and Implications for Policy Makers*. Springer. Berlin, ISBN 978-3-642-34053-6.

UNITED NATIONS – INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE (2017): Nová zpráva OSN: Počet mezinárodních migrantů se dál zvyšuje. Dostupné z: <https://www.osn.cz/nova-zprava-osn-pocet-mezinarodnich-migrantu-se-dal-zvysuje/> (cit. 13.9.2021)

UNITED NATIONS (2020): *Human Development Reports: Human Development Index (HDI) Ranking*. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/data> (cit. 6.10.2021)

USMLE (2022): About the USMLE. Dostupné z: <https://www.usmle.org/about-usmle> (cit. 24.6.2022)

VAVREČKOVÁ, J., GAZDAGOVÁ, M. (2005): Poptávka po českých kvalifikovaných odbornících v zahraničí: Kvalitativní průzkum řízených rozhovorů s představiteli soukromých zprostředkovatelen práce. VÚPSV. Praha. s. 17.

VAVREČKOVÁ, J., DOBIÁŠOVÁ, K., HLINICOVÁ, H. (2006): Migrační sklony lékařů a studentů medicíny. Terénní šetření. Svazek II. VÚPSV. Praha. s. 59.

VAVREČKOVÁ, J. (2007): Mezinárodní migrace odborníků a riziko odchodu českých lékařů do zahraničí. FÓRUM sociální politiky, 1, 1, 6-10. ISSN 1802-5854.

VAVREČKOVÁ, J. a kol. (2007): Riziko odlivu lékařů a odborníků IT/ICTV z České republiky do zahraničí. VÚPSV. Praha. 1. vyd. s. 100. ISBN 978-80-87007-50-1.

VAVREČKOVÁ, J. a kol. (2008): Rizika možného odlivu kvalifikovaných odborníků z České republiky do zahraničí: Závěrečná zpráva projektu 13 019/04 DP2. 1. vyd. VÚPSV, Praha, s. 114. ISBN 978-80-7416-013-4.

VÖRK, A., KALLASTE, E., PRIINITS, M. (2004): Migration Intentions of Health Care Professionals: the Case of Estonia. Public Policy Center. Cluj Napoca.

VYSOKESKOLY.COM (2022): Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://www.vysokeskoly.com/vysoke-skoly-1/univerzita-karlova-17> (cit. 19.6.2022)

WEEKS, J. R. (2008): Population an Introduction to Concept and Issues. 10th Edition. Belmont: Wadsworth Publishing Company. ISBN 978-0-495-09637-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006): The World Health Report 2006: working together for health. Dostupné z: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf (cit. 20.4.2021)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016): Global strategy on human resources for health: workforce 2030. WHO, Geneva, ISBN 978-92-4-151113-1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022): The Global Health Observatory: Explore a world of health data. Dostupné z: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3138> (cit. 15.6.2022)

ZDRAVOTNICKYDENIK.CZ (2021): Počty studentů všeobecného lékařství rostou. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2021/11/pocty-studentu-vseobecneho-lekarstvi-rostou/> (cit. 15.6.2022)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazníkové šetření včetně relativních četností (N=467)

Vážené respondentky, vážení respondenti,

vítejte v desetiminutovém průzkumu o migračních tendencích mediků a mediček posledních tří ročníků všeobecného lékařství. Bez pochopení těchto tendencí není možné vhodně reagovat na hrozící nedostatek lékařů v Česku.

Účast je zcela anonymní, získaná data poslouží při přípravě magisterské diplomové práce a k výzkumným účelům. Můj výzkum podpořila a revidovala i lékařská organizace Spolek Mladí lékaři (www.mladilekari.cz).

Děkuji za Váš čas!

Bc. Michal Šimůnek

Univerzita Karlova

Přírodovědecká fakulta

Albertov 6, 128 43 Praha 2

Email: simunekmi@natur.cuni.cz

1. Jaké je vaše pohlaví?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. žena – **65,1**
- b. muž – **34,1**

2. Na jaké fakultě studujete?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. 1. lékařská fakulta UK v Praze – **37,9**
- b. 2. lékařská fakulta UK v Praze – **0,0**
- c. 3. lékařská fakulta UK v Praze – **30,6**
- d. Lékařská fakulta UK v Plzni – **24,4**
- e. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové – **7,1**

3. Jaký ročník aktuálně studujete?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. 4. ročník – **34,7**
- b. 5. ročník – **30,8**
- c. 6. ročník – **34,5**

4. Máte státní občanství České republiky?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano – **85,0**
- b. ne – **15,0**

5. Jaké je vaše státní občanství?

Vyplň: Slovensko – **71,4**

Vyplň: Rusko – **17,1**

Vyplň: Ukrajina – **4,3**

Vyplň: Bělorusko – **1,4**

Vyplň: Kazachstán – **1,4**

Vyplň: Neuvedeno – **4,3**

6. Jaká je vaše úroveň znalosti jednotlivých jazyků?

(U každého jazyku vyberte jednu možnost. Úrovně jsou napsané dle rámce CEFR (<https://www.cambridgeenglish.org/cz/exams-and-tests/cefr/>))

	A1	A2	B1	B2	C1	C2
anglický jazyk	a.	b.	c.	d.	e.	f.
německý jazyk	a.	b.	c.	d.	e.	f.
francouzský jazyk	a.	b.	c.	d.	e.	f.
ruský jazyk	a.	b.	c.	d.	e.	f.
španělský jazyk	a.	b.	c.	d.	e.	f.
jiný:	a.	b.	c.	d.	e.	f.
jiný:	a.	b.	c.	d.	e.	f.

7. Studoval/a nebo pracoval/a jste v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano (pokračovat na otázku 8.)
- b. ne (přeskočit na otázku 9.)

8. Za jakým účelem jste studoval/a či pracoval/a v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce?

(Můžete vybrat více odpovědí)

- a. studium vysoké školy v zahraničí (např. studijní program Erasmus)
- b. studium střední školy v zahraničí (různé školní programy či výměnné pobyty)
- c. studentská praxe ve zdravotnickém zařízení
- d. stáž v zahraničním zdravotnickém zařízení v rámci vzdělávacího programu
- e. brigáda nebo pobyt typu „work and travel“ či „au pair“ v zahraničí
- f. jazykové studium v zahraničí
- g. jiné

Jaký účel? Vyplňte:

9. Očekáváte, že budete po dokončení aktuálního studia pracovat jako lékař/ka někdy v zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. rozhodně ano (pokračovat na otázku 10.)
- b. spíše ano (pokračovat na otázku 10.)
- c. nevím (přeskočit na otázku 10.)
- d. spíše ne (přeskočit na otázku 21.)
- e. rozhodně ne (přeskočit na otázku 21.)

10. Kdy se chystáte odjet do zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ihned po skončení studia
- b. po dokončení prvního kmene (30 měsíců)
- c. po složení atestační zkoušky
- d. později
- e. nevím

11. Uveďte, jak důležitá je pro vás motivace pracovat v zahraničí ohodnocením jednotlivých motivů. (1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité)

Vyšší finanční ohodnocení	1	2	3	4	5
Získání mezinárodního rozhledu a kontaktů	1	2	3	4	5
Zlepšení cizího jazyka	1	2	3	4	5
Možnost pracovat se špičkovou technikou	1	2	3	4	5
Práce v renomovaném zdravotnickém zařízení	1	2	3	4	5
Vyšší možnost kariérního růstu v zahraničí	1	2	3	4	5
Lepší kvalita postgraduálního vzdělávání	1	2	3	4	5
Vyšší možnost kariérního růstu v Česku po návratu ze zahraničí	1	2	3	4	5
Lepší pracovní podmínky (např. fixní pracovní doba, snížení byrokracie, lepší zákony ohledně mateřské a rodičovské dovolené atd.)	1	2	3	4	5
Osamostatnit se	1	2	3	4	5
Více příležitostí pracovat ve svém specializovaném oboru	1	2	3	4	5
Geografická blízkost cílové země od domovské země	1	2	3	4	5
Vyšší úroveň zdravotnictví v cílové zemi	1	2	3	4	5
Poznání jiného kulturního prostředí	1	2	3	4	5
Jiný:	1	2	3	4	5

12. Jak dlouho pravděpodobně zůstanete v zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. méně než rok
- b. 1–2 roky
- c. 3–5 let
- d. déle než 5 let, ale ne natrvalo
- e. bude-li to možné, tak natrvalo
- f. nevím

13. Do které země s největší pravděpodobností odejdete?

(Stačí vyplnit pouze jedno pole, tzn. stát. Pokud ještě nevíte, nechte pole prázdná.)

- a. Vyplňte:
- b. Vyplňte:
- c. Vyplňte:

14. Učinil/a jste již konkrétní kroky pro realizaci svých záměrů pracovat v zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano, již jsem učinil/a některé konkrétní kroky (Pokračovat na otázku 15.)
- b. zatím ne, ale plánuji to (přeskočit na otázku 16.)
- c. ne, není to aktuální (přeskočit na otázku 16.)

15. Jaké konkrétní kroky pro realizaci vašich záměrů jste již podnikl/a?

(Můžete vybrat více odpovědí)

- a. Hledám zaměstnání prostřednictvím specializované agentury.
- b. Hledám zaměstnání prostřednictvím internetu (prostřednictvím příslušných webových stránek).
- c. Vyhledal jsem si již zaměstnání prostřednictvím agentury.
- d. Vyhledal jsem si již zaměstnání prostřednictvím internetu.
- e. Oslovil jsem potenciálního zaměstnavatele.
- f. Obstaral jsem si informace o možnostech zaměstnání.
- g. Vyhledal jsem pomoc svých kolegů a známých.
- h. Postaral jsem se o bydlení a další náležitosti.
- i. Získal jsem příslib pracovního místa.
- j. Podal jsem žádost o povolení pracovního pobytu.
- k. jiný konkrétní krok – Uveďte:

16. Žije ve vaší potenciální cílové zemi některý z vašich známých, kamarádů či rodinných příslušníků?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano (pokračovat na otázku 17.)
- b. ne (přeskočit na otázku 19.)

17. Charakterizujte blízkost vztahu s většinou těchto lidí:

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. jsou mi velmi blízcí, převážně se jedná o rodinu
- b. jsou to blízcí přátelé
- c. jsou to moji známí
- d. jsou to spíše známí mých známých, nemám s nimi vztah ze země původu
- e. jiné – uveďte:

18. Odešel/a byste za prací i přesto, že byste neměl/a tyto kontakty v cílové zemi?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. rozhodně ano
- b. spíše ano
- c. nejsem si jist
- d. spíše ne
- e. rozhodně ne

19. Uveďte, jakou důležitost při získávání práce by pro vás měli následující aktéři:

(1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité)

Známí ze země původu	1	2	3	4	5
Rodinní příbuzní ze země původu	1	2	3	4	5
Rodinní příbuzní v cílové zemi	1	2	3	4	5
Známí mé rodiny v cílové zemi	1	2	3	4	5
Specializované agentury na získání práce	1	2	3	4	5
Jiné nevládní organizace v cílové zemi (např. Sdružení praktických lékařů atd.)	1	2	3	4	5
Lékařská komora v cílové zemi	1	2	3	4	5
Internetové weby na hledání pracovních příležitostí	1	2	3	4	5
Lékařská komora ze země původu	1	2	3	4	5
Komunita krajanů	1	2	3	4	5
Jiný:	1	2	3	4	5

20. Uved'te, jakou důležitost v počátku integrace v cílové zemi v zahraničí by pro vás měli následující aktéři:(1 znamená zcela **nedůležité** a 5 znamená zcela **důležité**)

Známí ze země původu	1	2	3	4	5
Rodinní příbuzní ze země původu	1	2	3	4	5
Rodinní příbuzní v cílové zemi	1	2	3	4	5
Můj známý ze země cílové	1	2	3	4	5
Vlastní iniciativa	1	2	3	4	5
Různé neziskové organizace	1	2	3	4	5
Pomoc dalších institucí a programů (administrativní pomoc, právní pomoc, různá poradenství atd.)	1	2	3	4	5
Lékařská komora v cílové zemi	1	2	3	4	5
Budoucí zaměstnavatel	1	2	3	4	5
Komunita krajanů	1	2	3	4	5
Jiný:	1	2	3	4	5

21. Pokud neplánujete odjet pracovat do zahraničí, uved'te, jak důležité jsou pro vás jednotlivé faktory, které tomu brání?

(1 znamená zcela **nedůležité** a 5 znamená zcela **důležité**)

Odloučení od rodiny a přátel	1	2	3	4	5
Nesouhlas partnera	1	2	3	4	5
Srovnávací zkoušky v některých státech (např. USA)	1	2	3	4	5
Pochybnosti o naplnění profesních požadavků v daném státě	1	2	3	4	5
Vysoké náklady spojené s pobytem v zahraničí	1	2	3	4	5
Problémy s atestačními zkouškami (např. nemožnost úplného postgraduálního studia na Novém Zélandu)	1	2	3	4	5
Obavy z jazykových problémů/ Neumím jazyk	1	2	3	4	5
Přílišná administrativa a obtížnost s vyřizováním různých dokumentů před odcestováním	1	2	3	4	5
Předpoklad dobrého pracovního uplatnění v Česku	1	2	3	4	5
Osamělost a nedostatek sociálních kontaktů	1	2	3	4	5
Jiný faktor:	1	2	3	4	5

Příloha č. 2 – Dotazníkové šetření včetně relativní četností (N=397)

1. Jaké je vaše pohlaví?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. žena – **66,0**
- b. muž – **34,0**

2. Na jaké fakultě studujete?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. 1. lékařská fakulta UK v Praze – **36,3**
- b. 2. lékařská fakulta UK v Praze – **0,0**
- c. 3. lékařská fakulta UK v Praze – **31,7**
- d. Lékařská fakulta UK v Plzni – **24,9**
- e. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové – **7,1**

3. Jaký ročník aktuálně studujete?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. 4. ročník – **36,8**
- b. 5. ročník – **32,0**
- c. 6. ročník – **31,2**

4. Máte státní občanství České republiky?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano – **100,0**
- b. ne – **0,0**

5. Jaké je vaše státní občanství?

Vyplň:

6. Jaká je vaše úroveň znalosti jednotlivých jazyků?

(U každého jazyku vyberte jednu možnost. Úrovně jsou napsané dle rámce CEFR

(<https://www.cambridgeenglish.org/cz/exams-and-tests/cefr/>))

	A1	A2	B1	B2	C1	C2	Nezná
anglický jazyk	0,8	1,8	14,1	44,8	31,5	7,1	0,0
německý jazyk	19,9	17,9	18,1	10,3	5,5	1,0	27,8
francouzský jazyk	12,3	8,6	6,0	3,8	1,8	0,8	66,8
ruský jazyk	11,8	2,3	1,5	0,3	0,0	1,3	82,9
španělský jazyk	12,6	5,3	4,0	1,5	0,3	0,8	75,6
ostatní jazyky	2,0	1,8	1,5	0,3	0,8	1,8	91,9

7. Studoval/a nebo pracoval/a jste v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- c. ano – **14,6**
- d. ne – **85,4**

8. Za jakým účelem jste studoval/a či pracoval/a v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce?

(Můžete vybrat více odpovědí)

- a. studium vysoké školy v zahraničí (např. studijní program Erasmus) – **7,1**
- b. studium střední školy v zahraničí (školní programy/výměnné pobyty) – **6,0**
- c. studentská praxe ve zdravotnickém zařízení – **1,3**
- d. stáž v zahraničním zdrav. zařízení v rámci vzdělávacího programu – **1,8**
- e. brigáda nebo pobyt typu „work and travel“ či „au pair“ v zahraničí – **3,5**
- f. jazykové studium v zahraničí – **0,5**
- g. jiné – **0,0**

Jaký účel? Vyplňte:

9. Očekáváte, že budete po dokončení aktuálního studia pracovat jako lékař/ka někdy v zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. rozhodně ano – **7,1**
- b. spíše ano – **17,1**
- c. nevím – **15,4**
- d. spíše ne – **46,1**
- e. rozhodně ne – **14,4**

Příloha č. 3 – Dotazníkové šetření včetně relativních četností (N=240)

1. Jaké je vaše pohlaví?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. žena – **70,4**
- b. muž – **29,6**

2. Na jaké fakultě studujete?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. 1. lékařská fakulta UK v Praze – **36,3**
- b. 2. lékařská fakulta UK v Praze – **0,0**
- c. 3. lékařská fakulta UK v Praze – **33,3**
- d. Lékařská fakulta UK v Plzni – **25,4**
- e. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové – **5,0**

3. Jaký ročník aktuálně studujete?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. 4. ročník – **34,2**
- b. 5. ročník – **32,1**
- c. 6. ročník – **33,8**

4. Máte státní občanství České republiky?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano – **100,0**
- b. ne – **0,0**

6. Jaká je vaše úroveň znalosti jednotlivých jazyků?

(U každého jazyku vyberte jednu možnost. Úrovně jsou napsané dle rámce CEFR

(<https://www.cambridgeenglish.org/cz/exams-and-tests/cefr/>))

	A1	A2	B1	B2	C1	C2	Nezná
anglický jazyk	0,4	2,5	16,7	50,0	26,3	4,2	0,0
německý jazyk	20,8	19,2	17,1	6,3	1,7	0,4	34,6
francouzský jazyk	14,2	9,2	6,7	0,8	0,8	0,4	67,9
ruský jazyk	12,5	2,5	1,7	0,4	0,0	0,8	82,1
španělský jazyk	12,1	6,3	3,3	1,3	0,4	0,4	76,3
ostatní jazyky	2,1	2,1	0,8	0,0	0,4	0,4	94,2

7. Studoval/a nebo pracoval/a jste v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- e. ano – **9,2**
- f. ne – **90,8**

8. Za jakým účelem jste studoval/a či pracoval/a v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce? (N=28)

(Můžete vybrat více odpovědí)

- a. studium vysoké školy v zahraničí (např. studijní program Erasmus) – **4,2**
- b. studium střední školy v zahraničí (školní programy/výměnné pobyty) – **4,2**
- c. studentská praxe ve zdravotnickém zařízení – **0,4**
- d. stáž v zahraničním zdrav. zařízení v rámci vzdělávacího programu – **0,4**
- e. brigáda nebo pobyt typu „work and travel“ či „au pair“ v zahraničí – **2,1**
- f. jazykové studium v zahraničí – **0,4**
- g. jiné

Jaký účel? Vyplňte:

9. Očekáváte, že budete po dokončení aktuálního studia pracovat jako lékař/ka někdy v zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. rozhodně ano – **0,0**
- b. spíše ano – **0,0**
- c. nevím – **0,0**
- d. spíše ne – **76,2**
- e. rozhodně ne – **23,8**

21. Pokud neplánujete odjet pracovat do zahraničí, uveďte, jak důležité jsou pro vás jednotlivé faktory, které tomu brání?

(1 znamená zcela **nedůležité** a 5 znamená zcela **důležité**)

	1	2	3	4	5
Odloučení od rodiny a přátel	5,0	8,3	7,1	28,7	50,8
Nesouhlas partnera	21,7	14,6	22,5	18,8	22,5
Srovnávací zkoušky v některých státech (např. USA)	31,7	22,1	22,5	15,0	8,8
Pochybnosti o naplnění profesních požadavků v daném státě	25,4	25,8	26,7	17,9	4,2
Vysoké náklady spojené s pobytem v zahraničí	24,2	25,4	23,8	17,1	9,6
Problémy s atestačními zkouškami (např. nemožnost úplného postgraduálního studia na Novém Zélandu)	24,2	22,5	21,3	20,4	11,7
Obavy z jazykových problémů/ Neumím jazyk	15,4	17,9	20,4	25,8	20,4
Přílišná administrativa a obtížnost s vyřizováním různých dokumentů před odcestováním	15,8	19,2	28,7	24,6	11,7
Předpoklad dobrého pracovního uplatnění v Česku	22,9	15,4	22,5	23,8	15,4
Osamělost a nedostatek sociálních kontaktů	17,9	15,4	17,5	29,6	19,6

Příloha č. 4 – Dotazníkové šetření včetně relativních četností (N=96)

1. Jaké je vaše pohlaví?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- c. žena – **62,5**
- d. muž – **37,5**

2. Na jaké fakultě studujete?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. 1. lékařská fakulta UK v Praze – **35,4**
- b. 2. lékařská fakulta UK v Praze – **0,0**
- c. 3. lékařská fakulta UK v Praze – **31,3**
- d. Lékařská fakulta UK v Plzni – **24,0**
- e. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové – **9,4**

3. Jaký ročník aktuálně studujete?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. 4. ročník – **36,5**
- b. 5. ročník – **33,3**
- c. 6. ročník – **30,2**

4. Máte státní občanství České republiky?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano – **100,0**
- b. ne – **0,0**

5. Jaké je vaše státní občanství?

Vyplň:

6. Jaká je vaše úroveň znalosti jednotlivých jazyků?

(U každého jazyku vyberte jednu možnost. Úrovně jsou napsané dle rámce CEFR

(<https://www.cambridgeenglish.org/cz/exams-and-tests/cefr/>))

	A1	A2	B1	B2	C1	C2	Nezná
anglický jazyk	2,1	1,0	7,3	27,1	46,9	15,6	0,0
německý jazyk	15,6	17,7	18,8	16,7	13,5	2,1	15,6
francouzský jazyk	11,5	6,3	7,3	9,4	1,0	2,1	62,5
ruský jazyk	11,5	1,0	1,0	0,0	0,0	2,1	84,4
španělský jazyk	14,6	3,1	5,2	3,1	0,0	2,1	71,9
ostatní jazyky	2,1	1,0	4,2	1,0	1,0	4,2	86,5

7. Studoval/a nebo pracoval/a jste v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- g. ano – **25,0**
- h. ne – **75,0**

8. Za jakým účelem jste studoval/a či pracoval/a v posledních 10 letech v zahraničí po dobu delší než 3 měsíce? (N=24)

(Můžete vybrat více odpovědí)

- a. studium vysoké školy v zahraničí (např. studijní program Erasmus) – **15,6**
- b. studium střední školy v zahraničí (školní programy/výměnné pobyty) – **7,3**
- c. studentská praxe ve zdravotnickém zařízení – **4,2**
- d. stáž v zahraničním zdrav. zařízení v rámci vzdělávacího programu – **5,2**
- e. brigáda nebo pobyt typu „work and travel“ či „au pair“ v zahraničí – **7,3**
- f. jazykové studium v zahraničí – **0,0**
- g. jiné – **0,0**

Jaký účel? Vyplňte:

9. Očekáváte, že budete po dokončení aktuálního studia pracovat jako lékař/ka někdy v zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. rozhodně ano – **29,2**
- b. spíše ano – **70,8**
- c. nevím – **0,0**
- d. spíše ne – **0,0**
- e. rozhodně ne – **0,0**

10. Kdy se chystáte odjet do zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ihned po skončení studia – **45,9**
- b. po dokončení prvního kmene (30 měsíců) – **20,8**
- c. po složení atestační zkoušky – **9,4**
- d. později – **1,0**
- e. nevím – **22,9**

11. Uved'te, jak důležitá je pro vás motivace pracovat v zahraničí ohodnocením jednotlivých motivů. (1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité)

	1	2	3	4	5
Vyšší finanční ohodnocení	5,2	9,4	16,7	28,1	40,6
Získání mezinárodního rozhledu a kontaktů	4,2	5,2	19,8	27,1	43,8
Zlepšení cizího jazyka	13,5	12,5	18,8	24,0	31,3
Možnost pracovat se špičkovou technikou	10,4	13,5	26,0	28,1	21,9
Práce v renomovaném zdravotnickém zařízení	15,6	12,5	24,0	25,0	22,9
Vyšší možnost kariérního růstu v zahraničí	14,6	20,8	17,7	28,1	18,8
Lepší kvalita postgraduálního vzdělávání	12,5	9,4	16,7	31,3	30,2
Vyšší možnost kariérního růstu v Česku po návratu ze zahraničí	14,6	9,4	21,9	31,3	22,9
Lepší pracovní podmínky (např. fixní pracovní doba, snížení byrokracie, lepší zákony ohledně mateřské a rodičovské dovolené atd.)	11,5	8,3	13,5	21,9	44,8
Osamostatnit se	29,2	9,4	15,6	21,9	24,0
Více příležitostí pracovat ve svém specializovaném oboru	18,8	24,0	22,9	15,6	18,8
Geografická blízkost cílové země od domovské země	30,2	21,9	31,3	10,4	6,3
Vyšší úroveň zdravotnictví v cílové zemi	11,5	14,6	27,1	25,0	21,9
Poznání jiného kulturního prostředí	20,8	12,5	21,9	24,0	20,8

12. Jak dlouho pravděpodobně zůstanete v zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- méně než rok – **3,1**
- 1–2 roky – **17,7**
- 3–5 let – **15,6**
- déle než 5 let, ale ne natrvalo – **16,7**
- bude-li to možné, tak natrvalo – **25,0**
- nevím – **21,9**

13. Do které země s největší pravděpodobností odejdete? (N=159)

(Stačí vyplnit pouze jedno pole, tzn. stát. Pokud ještě nevíte, nechte pole prázdná.)

- Vyplňte: Německo, Rakousko – **62,5**
- Vyplňte: Anglofonní země – **40,6**
- Vyplňte: Ostatní evropské země – **56,3**
- Vyplňte: Státy ostatních kontinentů – **6,3**

14. Učinil/a jste již konkrétní kroky pro realizaci svých záměrů pracovat v zahraničí?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano, již jsem učinil/a některé konkrétní kroky – **34,4**
- b. zatím ne, ale plánuji to – **38,5**
- c. ne, není to aktuální – **27,1**

15. Jaké konkrétní kroky pro realizaci vašich záměrů jste již podnikl/a? (N=102)

(Můžete vybrat více odpovědí)

- a. Hledám zaměstnání prostřednictvím specializované agentury. – **5,2**
- b. Hledám zaměstnání prostřednictvím internetu (prostřednictvím příslušných webových stránek). – **14,6**
- c. Vyhledal jsem si již zaměstnání prostřednictvím agentury. – **2,1**
- d. Vyhledal jsem si již zaměstnání prostřednictvím internetu. – **8,3**
- e. Oslovil jsem potenciálního zaměstnavatele. – **10,4**
- f. Obstaral jsem si informace o možnostech zaměstnání. – **28,1**
- g. Vyhledal jsem pomoc svých kolegů a známých. – **17,7**
- h. Postaral jsem se o bydlení a další náležitosti. – **5,2**
- i. Získal jsem příslib pracovního místa. – **6,3**
- j. Podal jsem žádost o povolení pracovního pobytu. – **2,1**
- k. jiné kroky: Naučil jsem se cizí jazyk – **3,1**
- l. jiné kroky: Připravuji se na zkoušku USMLE – **3,1**

16. Žije ve vaší potenciální cílové zemi některý z vašich známých, kamarádů či rodinných příslušníků?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. ano – **37,5**
- b. ne – **62,5**

17. Charakterizujte blízkost vztahu s většinou těchto lidí:

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. jsou mi velmi blízcí, převážně se jedná o rodinu – **14,6**
- b. jsou to blízcí přátelé – **9,4**
- c. jsou to moji známí – **8,3**
- d. jsou to spíše známí mých známých, nemám s nimi vztah ze země původu – **5,2**
- e. jiné – uveďte:

18. Odešel/a byste za prací i přesto, že byste neměl/a tyto kontakty v cílové zemi?

(Vyberte pouze jednu možnost)

- a. rozhodně ano – **15,6**
- b. spíše ano – **13,5**
- c. nejsem si jist – **4,2**
- d. spíše ne – **3,1**
- e. rozhodně ne – **1,0**

19. Uved'te, jakou důležitost při získávání práce by pro vás měli následující aktéři:
(1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité)

	1	2	3	4	5
Známí ze země původu	25,0	18,8	29,2	24,0	3,1
Rodinní příbuzní ze země původu	28,1	19,8	16,7	21,9	13,5
Rodinní příbuzní v cílové zemi	30,2	16,7	16,7	20,8	15,6
Známí mé rodiny v cílové zemi	27,1	29,2	19,8	18,8	5,2
Specializované agentury na získání práce	28,1	18,8	29,2	17,7	6,3
Jiné nevládní organizace v cílové zemi (např. Sdružení praktických lékařů atd.)	24,0	29,2	25,0	14,6	7,3
Lékařská komora v cílové zemi	24,0	22,9	31,3	15,6	6,3
Internetové weby na hledání pracovních příležitostí	12,5	16,7	20,8	35,4	14,6
Lékařská komora ze země původu	30,2	25,0	28,1	11,5	5,2
Komunita krajanů	19,8	18,8	32,3	21,9	7,3

20. Uved'te, jakou důležitost v počátku integrace v cílové zemi v zahraničí by pro vás měli následující aktéři:
(1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité)

	1	2	3	4	5
Známí ze země původu	25,0	13,5	19,8	25,0	16,7
Rodinní příbuzní ze země původu	30,2	15,6	22,9	19,8	11,5
Rodinní příbuzní v cílové zemi	27,1	11,5	16,7	24,0	20,8
Můj známý ze země cílové	21,9	15,6	19,8	22,9	19,8
Vlastní iniciativa	11,5	4,2	11,5	28,1	44,8
Různé neziskové organizace	33,3	27,1	29,2	7,3	3,1
Pomoc dalších institucí a programů (administrativní pomoc, právní pomoc, různá poradenství atd.)	16,7	16,7	36,5	18,8	11,5
Lékařská komora v cílové zemi	24,0	21,9	35,4	10,4	8,3
Budoucí zaměstnavatel	11,5	7,3	31,3	30,2	19,8
Komunita krajanů	21,9	13,5	33,3	20,8	10,4

Příloha č. 5 – Četnosti atributů typického představitele potenciálních migrantů

Typický potenciální migrant (N=70)		
Pohlaví:	Žena	68,6%
Věk:	21 - 26 let	100,0%
Znalost jazyků:	Index znalosti:	1,6
	Úroveň AJ (C1+C2):	61,4%
	Úroveň AJ (B1+B2):	35,7%
	Znalost Nj (A1-C2):	82,9%
Zkušenost ze ZAHR:	NE	70,0%
Jaká zkušenost:	–	–
	–	–
Termín odchodu:	ihned	31,4%
	do 30 měsíců	22,9%
Motivy:	Získání mezinárodního rozhledu a kontaktů	4,07
	Vyšší finanční ohodnocení	3,86
	Zlepšení cizího jazyka	3,80
	Lepší pracovní podmínky	3,67
Délka migrace:	1-2 roky	22,9%
	3-5 let	20,0%
Destinace (N=116):	Německo a Rakousko	34,5%
Konkrétní kroky:	Neučinil	90,0%
Které kroky:	–	–
	–	–
	–	–
Sít v zahraničí:	Nemá	61,4%
Charakteristika vztahu:	–	–
Odchod bez tohoto vztahu:	–	–
Aktéři při získávání práce:	Internetové weby na hledání pracovních příležitostí	3,20
	Komunita krajanů	2,84
	Rodinní příbuzní v cílové zemi	2,74
Aktéři při případné integraci:	Vlastní iniciativa	3,90
	Budoucí zaměstnavatel	3,36
	Známí ze země původu	3,10
Bariéry	–	–
	–	–
	–	–
	–	–

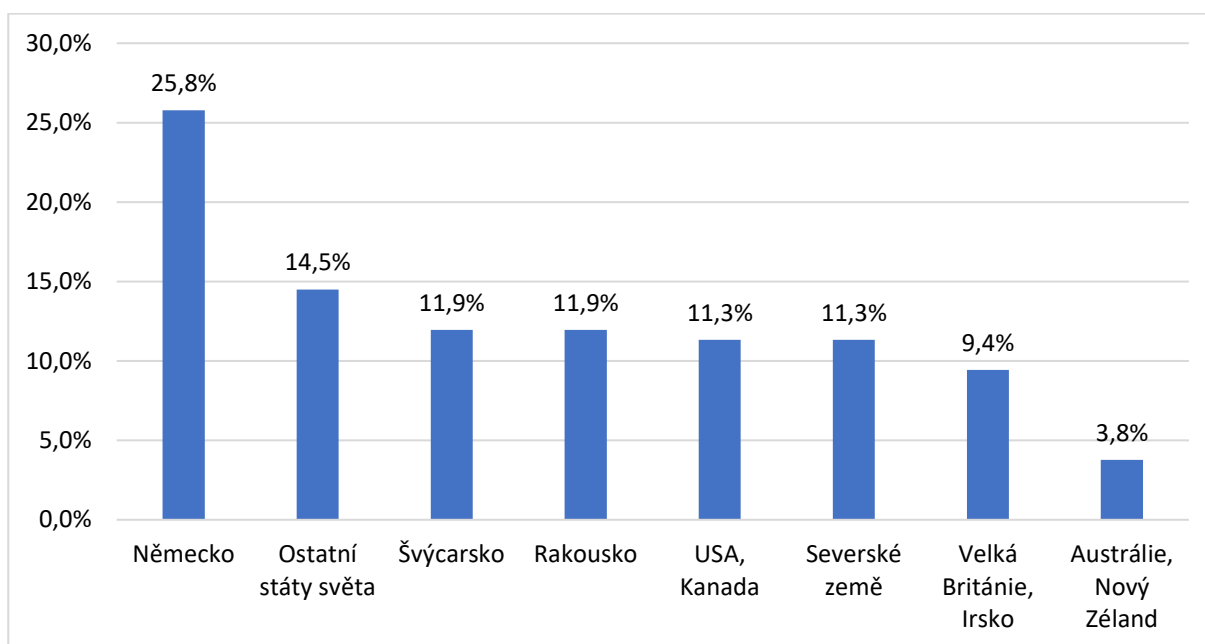
Příloha č. 6 – Četnosti atributů typického představitele aktivních migrantů

Typický aktivní migrant (N=26)		
Pohlaví:	Muž	53,8%
Věk:	21 - 26 let	100,0%
Znalost jazyků:	Index znalosti:	1,6
	Úroveň AJ (C1+C2):	65,4%
	Úroveň AJ (B1+B2):	30,8%
	Znalost Nj (A1-C2):	88,5%
Zkušenost ze ZAHR:	NE	88,5%
Jaká zkušenost:	–	–
	–	–
Termín odchodu:	ihned	84,6%
	do 30 měsíců	15,4%
Motivy:	Lepší pracovní podmínky	4,15
	Vyšší finanční ohodnocení	4,00
	Získání mezinárodního rozhledu a kontaktů	3,85
	Lepší kvalita postgraduálního vzdělávání	3,77
Délka migrace:	Déle než 5 let, ale ne natrvalo	42,3%
	bude-li to možné, tak natrvalo	42,3%
Destinace (N=44):	Německo a Rakousko	45,5%
Konkrétní kroky:	Učinili	100,0%
Které kroky (N=82):	Obstaral jsem si informace o možnostech zaměstnání	25,6%
	Vyhledal jsem pomoc svých kolegů a známých	13,4%
	Hledám zaměstnání prostřednictvím internetu	13,4%
Sít v zahraničí:	Nemá	65,4%
Charakteristika vztahu:	–	–
Odchod bez tohoto vztahu:	–	–
Aktéři při získávání práce:	Internetové weby na hledání pracovních příležitostí	3,31
	Rodinní příbuzní v cílové zemi	2,77
	Rodinní příbuzní ze země původu	2,73
Aktéři při případné integraci:	Vlastní iniciativa	3,92
	Budoucí zaměstnavatel	3,50
	Rodinní příbuzní v cílové zemi	3,19
Bariéry	–	–
	–	–
	–	–
	–	–

Příloha č. 7 – Četnosti atributů typického představitele nemigrantů

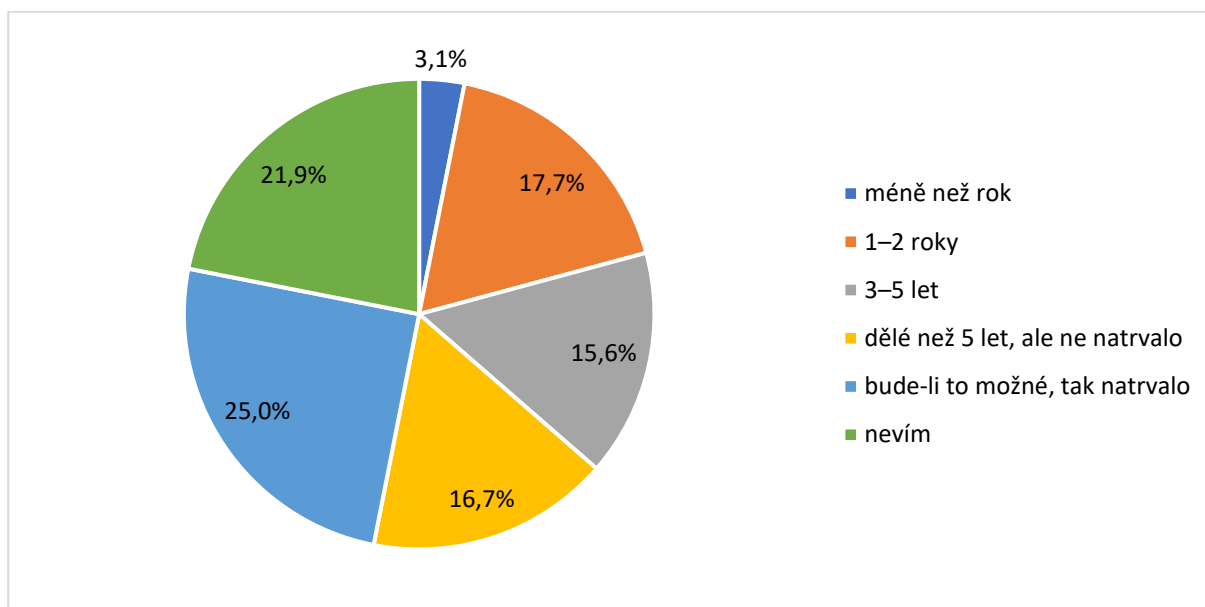
Typický nemigrant (N=240)		
Pohlaví:	Žena	70,4%
Věk:	21 - 26 let	100,0%
Znalost jazyků:	Index znalosti:	1,2
	Úroveň AJ (C1+C2):	30,5%
	Úroveň AJ (B1+B2):	66,7%
	Znalost Nj (A1-C2):	65,4%
Zkušenost ze ZAHR:	NE	90,8%
Jaká zkušenost:	–	–
	–	–
Termín odchodu:	–	–
	–	–
Motivy:	–	–
	–	–
	–	–
	–	–
Délka migrace:	–	–
	–	–
Destinace:	–	–
Konkrétní kroky:	–	–
Které kroky:	–	–
	–	–
	–	–
Sítě v zahraničí:	–	–
Charakteristika vztahu:	–	–
Odchod bez tohoto vztahu:	–	–
Aktéři při získávání práce:	–	–
	–	–
	–	–
Aktéři při případné integraci:	–	–
	–	–
	–	–
Bariéry	Odloučení od rodiny a přátel	4,10
	Osamělost a nedostatek sociálních kontaktů	3,20
	Obavy z jazykových problémů/ Neumím jazyk	3,20
	Nesouhlas partnera	3,10

Příloha č. 8 – Cílové destinace (v %)



Poznámka: Celkem N=159; Vychází z otázky: Do které země s největší pravděpodobností odejdete? (Stačí vyplnit pouze jedno pole, tzn. stát. Pokud ještě nevíte, nechte pole prázdná.)
Zdroj: vlastní šetření (2022)

Příloha č. 9 – Plánovaná délka pobytu v zahraničí? (v %)



Poznámka: N=96; Vychází z otázky: Jak dlouho pravděpodobně zůstanete v zahraničí? – Nabízené možnosti viz více v grafu
Zdroj: vlastní šetření (2022)

Příloha č. 10 – Zastoupení jednotlivých motivů odchodu za prací do zahraničí

Získání mezinárodního rozhledu a kontaktů	4,00
Vyšší finanční ohodnocení	3,90
Lepší pracovní podmínky	3,80
Lepší kvalita postgraduálního vzdělávání	3,57
Zlepšení cizího jazyka	3,47
Vyšší možnost kariérního růstu v Česku po návratu ze zahraničí	3,39
Možnost pracovat se špičkovou technikou	3,38
Vyšší úroveň zdravotnictví v cílové zemi	3,31
Práce v renomovaném zdravotnickém zařízení	3,27
Vyšší možnost kariérního růstu v zahraničí	3,16
Poznání jiného kulturního prostředí	3,11
Osamostatnit se	3,02
Více příležitostí pracovat ve svém specializovaném oboru	2,92
Geografická blízkost cílové země od domovské země	2,41

*Poznámka: N=96, Minimum=1,00, Maximum=5,00; Vychází z otázky: Uved'te, jak důležitá je pro vás motivace pracovat v zahraničí ohodnocením jednotlivých motivů. (1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité) – Nabízené možnosti viz více v tabulce
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

Příloha č. 11 – Upravený poměr šancí (OR) a 95% interval spolehlivosti pro zjištění pravděpodobnosti migrace

Závislá proměnná: 1 = Nemá v plánu migrovat; 0 = má v plánu migrovat	N = 336		95% interval spolehlivosti	
	Upravené poměry šancí	Dolní	Horní	
Nezávislé proměnné				
Žena - REF	1			
Muž	1,323	0,733		2,387
6. ročník - REF	1			
5. ročník	1,233	0,621		2,326
4. ročník	1,158	0,577		2,326
Zkušenosť v zahraničí - ne REF	1			
Zkušenosť v zahraničí - ano	2,680	1,276		5,627
1. lékařská fakulta UK v Praze - REF	1			
3. lékařská fakulta UK v Praze	0,862	0,440		1,691
Lékařská fakulta UK v Plzni	0,94	0,456		1,938
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové	2,736	0,854		8,765
Anglický jazyk – A1 REF	1			
Anglický jazyk – A2	0,080	0,003		2,531
Anglický jazyk – B1	0,063	0,004		0,912
Anglický jazyk – B2	0,097	0,008		1,206
Anglický jazyk – C1	0,261	0,021		3,218
Anglický jazyk – C2	0,621	0,046		8,477
Německý jazyk – Nezná/Neumí REF	1			
Německý jazyk – A1	2,033	0,846		4,882
Německý jazyk – A2	2,678	1,122		6,396
Německý jazyk – B1	1,753	0,745		4,124
Německý jazyk – B2	5,010	1,897		13,235
Německý jazyk – C1	19,504	5,181		73,424
Německý jazyk – C2	14,146	0,796		251,528

Poznámka: Tučně když $p < 0,05$, REF = referenční kategorie

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Příloha č. 12 – Faktorová analýza – Korelační matice

		Korelace									
		Odloučení od rodiny a přátel	Nesouhlas partnera	Srovnávací zkoušky v některých státech	Pochybnosti o naplnění profesních požadavků v daném státě	Vysoké náklady spojené s pobytem v zahraničí	Problémy s atestačními zkouškami	Obavy z jazykových problémů/ Neumím jazyk	Přílišná administrativa a obtížnost s vyřizováním různých dokumentů před odcestováním	Předpoklad dobrého pracovního uplatnění v Česku	Osamělost a nedostatek sociálních kontaktů
Korelace	Odloučení od rodiny a přátel	1,000	0,293	-0,029	0,094	0,151	-0,006	0,145	0,092	0,093	0,541
	Nesouhlas partnera	0,293	1,000	-0,008	-0,059	0,057	0,043	0,037	0,006	0,039	0,161
	Srovnávací zkoušky v některých státech	-0,029	-0,008	1,000	0,469	0,355	0,452	0,383	0,338	0,031	0,171
	Pochybnosti o naplnění profesních požadavků v daném státě	0,094	-0,059	0,469	1,000	0,428	0,376	0,286	0,260	-0,018	0,170
	Vysoké náklady spojené s pobytem v zahraničí	0,151	0,057	0,355	0,428	1,000	0,435	0,190	0,290	0,207	0,341
	Problémy s atestačními zkouškami	-0,006	0,043	0,452	0,376	0,435	1,000	0,123	0,372	0,148	0,089
	Obavy z jazykových problémů/ Neumím jazyk	0,145	0,037	0,383	0,286	0,190	0,123	1,000	0,293	-0,029	0,243
	Přílišná administrativa a obtížnost s vyřizováním různých dokumentů před odcestováním	0,092	0,006	0,338	0,260	0,207	0,372	0,293	1,000	0,19	0,311
	Předpoklad dobrého pracovního uplatnění v Česku	0,093	0,039	0,031	-0,018	0,207	0,148	-0,029	0,19	1,000	0,249
	Osamělost a nedostatek sociálních kontaktů	0,541	0,161	0,171	0,170	0,341	0,089	0,243	0,311	0,249	1,000

Poznámka: zeleně jsou vyznačené vyšší korelace

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Příloha č. 13 – Faktorová analýza – Celkový rozptyl vysvětlený

Celkový rozptyl vysvětlený										
Komponenty	Počáteční vlastní hodnoty				Extrakční součty čtvrcových zatížení			Rotační součty čtvrcových zatížení		
	Celkový	% z rozptylu	Kumulativní %		Celkový	% z rozptylu	Kumulativní %	Celkový	% z rozptylu	Kumulativní %
1	2,973	29,731	29,731		2,973	29,731	29,731	2,786	27,864	29,731
2	1,635	16,355	46,086		1,635	16,355	46,086	1,781	17,813	46,086
3	1,127	11,268	57,354		1,127	11,268	57,354	1,168	11,678	57,354
4	0,937	9,369	66,723							
5	0,826	8,259	74,982							
6	0,662	6,618	81,600							
7	0,529	5,294	86,894							
8	0,499	4,992	91,886							
9	0,473	4,731	96,617							
10	0,338	3,383	100,000							

Extrační metoda: Metoda hlavních komponent
Zdroj: vlastní šetření (2022)

Příloha č. 14 – Komunality

	Počáteční	Extrakcí
Odloučení od rodiny a přátel	1	0,724
Nesouhlas partnera	1	0,313
Srovnávací zkoušky v některých státech	1	0,638
Pochybnosti o naplnění profesních požadavků v daném státě	1	0,559
Vysoké náklady spojené s pobytem v zahraničí	1	0,537
Problémy s atestačními zkouškami	1	0,583
Obavy z jazykových problémů/ Neumím jazyk	1	0,551
Přílišná administrativa a obtížnost s vyřizováním různých dokumentů před odcestováním	1	0,425
Předpoklad dobrého pracovního uplatnění v Česku	1	0,719
Osamělost a nedostatek sociálních kontaktů	1	0,686

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Příloha č. 15 – Faktorová analýza – Matice faktorových skóre

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Muž	-0,046	-0,213	0,468
Žena	0,019	0,090	-0,197
Celkem	0,000	0,000	0,000
1. lékařská fakulta UK v Praze	-0,055	0,018	0,065
3. lékařská fakulta UK v Praze	0,074	0,083	-0,050
Lékařská fakulta UK v Plzni	0,013	-0,192	-0,051
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové	-0,153	0,294	0,126
Celkem	0,000	0,000	0,000
6. ročník	-0,100	0,067	-0,058
5. ročník	0,149	0,025	-0,017
4. ročník	-0,041	-0,089	0,073
Celkem	0,000	0,000	0,000
Anglický jazyk – A1	0,425	-1,580	-2,747
Anglický jazyk – A2	-0,181	-0,418	0,052
Anglický jazyk – B1	0,190	0,136	-0,037
Anglický jazyk – B2	0,001	0,114	-0,082
Anglický jazyk – C1	-0,077	-0,218	0,153
Anglický jazyk – C2	-0,214	-0,126	0,412
Celkem	0,000	0,000	0,000
Německý jazyk – Nezná/Neumí	0,065	0,055	0,155
Německý jazyk – A1	0,039	0,040	-0,254
Německý jazyk – A2	0,119	-0,074	-0,580
Německý jazyk – B1	-0,095	-0,060	0,159
Německý jazyk – B2	-0,700	-0,116	-0,252
Německý jazyk – C1	-0,050	0,355	0,039
Německý jazyk – C2	1,732	-0,370	-0,380
Celkem	0,000	0,000	0,000
Zkušenost v zahraničí - ne	0,017	0,047	-0,023
Zkušenost v zahraničí - ano	-0,170	-0,461	0,229
Celkem	0,000	0,000	0,000

Zdroj: vlastní šetření (2022)

Příloha č. 16 – Zastoupení důležitosti jednotlivých aktérů při získávání práce v zahraničí

Internetové weby na hledání pracovních příležitostí	3,23
Komunita krajanů	2,78
Rodinní příbuzní v cílové zemi	2,75
Rodinní příbuzní ze země původu	2,73
Známí ze země původu	2,61
Lékařská komora v cílové zemi	2,57
Specializované agentury na získání práce	2,55
Jiné nevládní organizace v cílové zemi	2,52
Známí mé rodiny v cílové zemi	2,46
Lékařská komora ze země původu	2,36

*Poznámka: N=96, Minimum=1,00, Maximum=5,00; Vychází z otázky: Uveďte, jakou důležitost při získávání práce by pro vás měli následující aktéři. (1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité) – Nabízené možnosti viz více v tabulce
Zdroj: vlastní šetření (2022)*

Příloha č. 17 – Zastoupení důležitosti jednotlivých aktérů v počátku případné integrace v cílové zemi v zahraničí

Vlastní iniciativa	3,91
Budoucí zaměstnavatel	3,40
Můj známý ze země cílové	3,03
Rodinní příbuzní v cílové zemi	3,00
Známí ze země původu	2,95
Pomoc dalších institucí a programů	2,92
Komunita krajanů	2,84
Rodinní příbuzní ze země původu	2,67
Lékařská komora v cílové zemi	2,57
Různé neziskové organizace	2,20

*Poznámka: N=96; Minimum=1,00, Maximum=5,00; Vychází z otázky: Uveďte, jakou důležitost v počátku integrace v cílové zemi v zahraničí by pro vás měli následující aktéři. (1 znamená zcela nedůležité a 5 znamená zcela důležité) – Nabízené možnosti viz více v tabulce
Zdroj: vlastní šetření (2022)*