

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA EKONOMICKÁ

Diplomová práce

Ekonomické a sociální dopady migrace ve zdravotnictví

Economic and social consequences of health workforce migration

Barbora Eretová

Plzeň 2018

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma

„Ekonomické a sociální dopady migrace ve zdravotnictví“

vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

Plzeň dne 23. dubna 2018

.....

podpis autora

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí mé diplomové práce Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D. za pomoc s vypracováním této práce, za její vstřícný přístup a cenné rady.

Obsah

Úvod	7
1. Problematika migrace v obecné rovině	9
1.1. Definice.....	9
1.2. Historie.....	9
1.3. Členění migrace.....	10
1.4. Příčiny migrace.....	11
1.5. Důsledky migrace	14
1.6. Migrační politiky.....	20
1.7. Současné statistiky	22
2. Migrace ve zdravotnictví	26
2.1. Definice zdravotnictví a zdravotnického personálu.....	26
2.2. Aktuální trendy ve zdravotnictví.....	28
2.3. Specifika migrace zdravotnického personálu	30
2.4. Migrační statistiky ve zdravotnictví.....	31
2.5. Motivace k migraci zdravotnického personálu	33
2.6. Důsledky migrace ve zdravotnictví.....	34
3. Migrace zdravotníků v ČR na regionální úrovni	38
3.1. Nadprůměrné množství návštěv u lékaře	39
3.2. Financování zdravotnictví.....	40
3.3. Nerovnoměrné rozložení zdravotníků na regionální úrovni.....	42
3.4. Ekonomické a sociální dopady.....	44
3.5. Push faktory motivující české lékaře k emigraci	44
3.6. Navýšení studentů medicíny jako jedno z možných řešení	45
4. Přeshraniční migrace zdravotnického personálu z ČR	48
4.1. Migrace do Německa.....	49
4.2. Lékaři-cizinci v Německu	49

4.3.	Čeští lékaři v Německu.....	50
4.4.	Výhody německého zdravotního systému oproti systému v ČR	51
4.5.	Podpůrné programy ze strany Německa	55
4.6.	Ekonomické a sociální dopady migrace ze strany lékařů	56
4.7.	Ekonomické a sociální dopady migrace ze strany české společnosti	61
5.	Přeshraniční migrace zdravotnického personálu do ČR	63
5.1.	Imigrující lékaři	63
5.2.	Podpůrné programy ze strany ČR	64
6.	Shrnutí řešené problematiky	65
	Závěr.....	69
	Seznam použitých zkratk.....	71
	Seznam obrázků	72
	Seznam tabulek.....	73
	Seznam použitých zdrojů.....	74

Úvod

Migrace je jedním z nejdiskutovanějších témat současné doby. Diskuse o ní jsou vedeny na úrovni široké veřejnosti, na úrovni vlád, mezinárodních organizací i vědeckých ústavů. Přitom byla součástí lidského života odedávna. Lidé se vždy stěhovali do jiných oblastí a států, někteří byli k přesídlení donuceni, jiní odcházeli dobrovolně.

Migrace má obecně mnoho podob, může být ekonomická, environmentální, uprchlická, ale jedno mají všechny tyto pohyby obyvatelstva společné, a sice přesun za lepšími životními podmínkami.

V současné době hraje tento aspekt velice důležitou roli. V době moderních informačních technologií a husté dopravní infrastruktury je jednodušší prozkoumat životní podmínky v cílovém státě. Stejně tak v období nízké nezaměstnanosti a hojného počtu volných pracovních míst je pro vlády a firmy jednodušší nabídnout tato místa zahraničním pracovníkům a nalákat je na lepší životní podmínky. Tento jev je všudypřítomný a prostupuje celým spektrem trhu práce, od dělnických profesí, až po špičkové odborníky.

Jedním, avšak ne jediným, oborem, který v současnosti prochází personální krizí je zdravotnictví. Nedostatek lékařů a sester je v některých oblastech světa alarmující. Toto je zapříčiněno více faktory, mezi které patří například současný demografický vývoj, řadí se mezi ně ale i migrace zdravotníků.

Nejpostiženější v tomto ohledu jsou bezesporu rozvojové a rozvíjející se země, které nedokážou konkurovat co do životních podmínek a přicházejí o svou kvalifikovanou pracovní sílu. Migrace vysokoškolsky vzdělaných osob, mezi něž patří i zdravotníci, probíhá ale i ve vyspělých státech.

Migrace není izolovaným procesem. Ovlivňuje jak samotného migranta, tak i jeho okolí. Pokud jde o migraci masovějšího rázu a pokud trvá dlouhodobě, tímto okolím se již nemyslí pouze rodina, migrace takového rozsahu ovlivňuje i celé regiony a země, jak ty vysílající, tak ty přijímající. A právě o této problematice pojednává předkládaná diplomová práce.

Cíl a metodika práce

Hlavním cílem diplomové práce je na základě analýzy stanovit hlavní sociální a ekonomické důsledky způsobené migrací zdravotního personálu, a to jak na příkladu samotného migranta, tak na příkladu zdravotnické situace v České republice.

Pro naplnění hlavního cíle bylo třeba stanovit a zpracovat cíle dílčí, mezi které patří zpracování teoretického úvodu do problematiky migrace v obecné rovině, dále pak popis aktuálních trendů a specifík ve zdravotnictví a v závěru shrnutí řešené problematiky.

V úvodní části této diplomové práce lze nalézt základní charakteristiky migrace, mezi které patří její definice a členění. Následuje přehled migračních teorií a příčin, které migraci způsobují. A v neposlední řadě souhrn důsledků, které mohou různé druhy migrace způsobit. V této části se jedná především o literární rešerši, při které autorka čerpala z tištěné české, ale i zahraniční literatury.

Druhá kapitola pojednává o zdravotnictví. Jsou zde popsány aktuální trendy a problémy zdravotnictví ve vyspělých zemích. Následují specifika migrace zdravotníků. Rozdíl, co se týče příčin a následků, ve srovnání s migrací běžné populace. Nechybí ani aktuální statistiky. Zde byla využita jak literární rešerše, tak analýza statistických dat.

Třetí část je zaměřena na migraci zdravotního personálu v České republice. Nejprve je zde popis vnitrostátní migrace, nebo spíše „ne-migrace“, která přispívá k regionálním rozdílům co do počtu lékařů a zdravotních sester na území České republiky. Následuje analýza migrace českých lékařů do sousedního Německa, přičemž je zde i metodou komparace popsán rozdíl mezi českým a německým zdravotním systémem. Stručně je v této kapitole popsána i problematika migrace lékařů z Východní Evropy do České republiky.

V poslední kapitole je využita metoda syntézy neboli souhrnu celé práce. Jsou v ní vyzdvihnuty nejdůležitější poznatky a závěry práce. Je zde i nastíněna možnost, jak problém nedostatku českých lékařů a sester do budoucna řešit.

1. Problematika migrace v obecné rovině

Tato kapitola pojednává obecně o migraci. Jejím cílem je vymezit základní pojmy spojené s migrací a stručně popsat její charakteristiky tak, aby tvořila jakési pozadí či základ pro kapitoly následující, už konkrétněji zaměřené na pracovní migraci ve zdravotnictví.

1.1. Definice

Pojem migrace v podstatě znamená stěhování, resp. změnu místa pobytu. Tato změna může být dočasná či trvalá, dobrovolná nebo nucená a může mít jak pozitivní, tak negativní dopady nejen na migrující osobu, ale i na místo, odkud odešla, a místo, kam se přistěhovala. (Palát 2013)

Migrace zpravidla nezahrnuje krátkodobé návštěvy ani každodenní dojíždění za prací. Migrace je komplexnější a vyznačuje se třemi základními faktory, a sice změnou bydlení, změnou zaměstnání a proměnou v sociálních vztazích. (Uherek 2016)

Za migranta se považuje jakákoli osoba, která dočasně nebo trvale žije v zemi, kde se nenarodila, a k této zemi získala určité sociální vazby. (UNESCO 2017)

Migranty lze rozčlenit do sedmi skupin (Castles 2000):

- žadatelé o azyl (osoby, které opustily svou vlast z obav před pronásledováním a jsou v azylovém řízení),
- uprchlíci (osoby, které prošly azylovým řízením a byly uznány jako uprchlíci),
- ilegální migranti (jsou přítomni v cílové zemi bez potřebných dokumentů),
- dočasní pracovní migranti,
- vysoce kvalifikovaní migranti,
- rodinní příslušníci (osoby, které se připojují ke svým příbuzným, kteří v cílové zemi setrvávají z výše zmíněných důvodů).

1.2. Historie

V historii byla migrace spojována s pojmem kolonizace, která sahá až na začátek našeho letopočtu a která pokračovala i během celého středověku a novověku. Tento typ migrace byl většinou motivován ekonomickým prospěchem, tzn. kolonizátoři migrovali za novou zemědělskou půdou, za dobýváním vzácných kovů atd. Motivem bylo ale i šíření náboženství či dosahování strategických pozic. Takzvaná dobytelská kolonizace měla

za cíl získat nová území a způsobovala i uprchlickou migraci stávajících obyvatel, například během třicetileté války či války s osmanskou říší. (Uherek 2016)

V novodobé historii se za nejvýznamnější migrační milníky považují především válečné konflikty. Řadíme sem první a druhou světovou válku, se kterými souvisela migrace pronásledovaných menšin (židů, Romů, Arménů) a v Čechách například problematika Sudet – útěk Čechů a následné násilné vysídlení Němců. Dalším milníkem je válka v Jugoslávii a obecně sem patří též útěk občanů před levicovými diktátorskými režimy. (Hoerder 2010)

V současnosti uprchlickou migraci způsobují především konflikty v Africe a na Blízkém východě. Druhou významnou složkou migrace v novodobé historii je ekonomická migrace, která zahrnuje především stěhování se za prací či za lepším životním standardem. Tento typ migrace probíhá v současnosti prakticky po celém světě. Vedle uprchlictví a ekonomické migrace se aktuálně stále více objevuje pojem environmentální migrace, která je způsobena změnami životního prostředí. K masové environmentální migraci došlo například po výbuchu elektrárny Černobyl. Mezi další environmentální příčiny patří též desertifikace, zemětřesení, záplavy atd. (Black 2011)

1.3. Členění migrace

Migraci je možné členit z několika hledisek, přičemž odborná literatura nabízí těchto členění nepřeborné množství. Migraci lze tedy členit například (Palát 2013):

- ***Dle místa***
 - Vnitrostátní – v rámci jedné země
 - Mezinárodní – přeshraniční migrace
- ***Dle dobrovolnosti***
 - Dobrovolná – na základě vlastního rozhodnutí
 - Nedobrovolná – na základě vyhnání či donucení k emigraci
- ***Dle časového hlediska***
 - Krátkodobá – zpravidla méně než jeden rok
 - Dlouhodobá – více než jeden rok
- ***Dle rozsahu***
 - Individuální – emigrují pouze jedinci
 - Kolektivní – emigruje skupina obyvatel
 - Masová – emigruje většina obyvatelstva

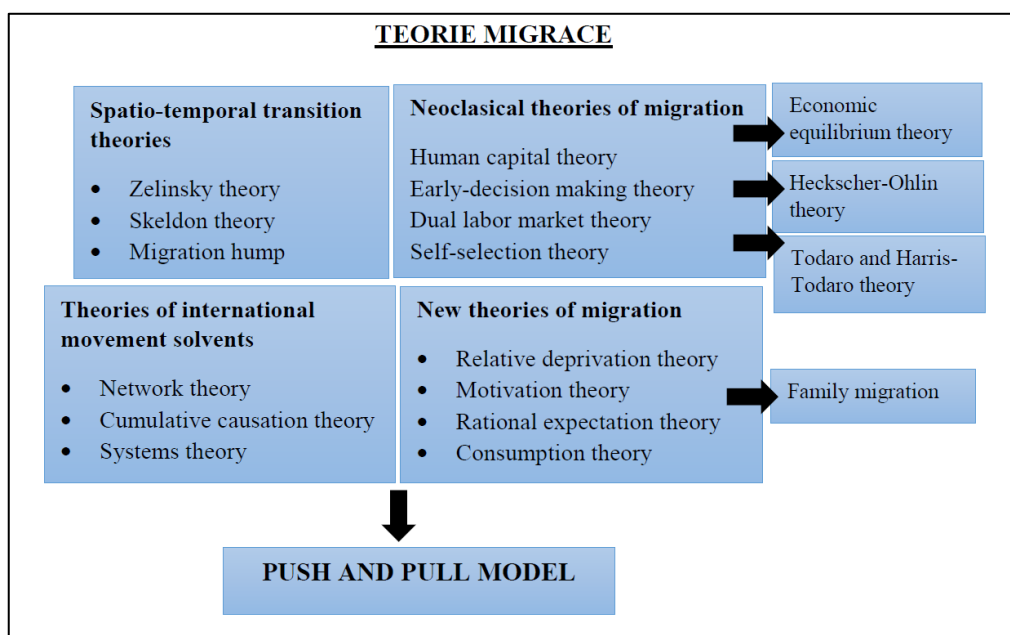
- **Dle účelu**
 - Pracovní – z důvodu většího pracovního uplatnění, vyšších mezd
 - Řetězová – za účelem sloučení rodin
 - Neimigrační – studijní stáže, pracovní stáže, vědecký výzkum
 - Inovační – obecně zlepšení životních podmínek
- **Dle legálnosti**
 - Legální – splňují veškeré zákonné podmínky
 - Ilegální – porušují některou ze zákonných podmínek.

V mnoha případech je však velice složité rozpoznat, o jaký druh migrace jde. Je to totiž velice komplexní a proměnlivá disciplína, na kterou působí mnoho faktorů. Migrace se může například jevit jako dobrovolná, ale ve skutečnosti za ní stojí okolnosti, které dobrovolné nejsou. Taktéž se často stává, že se neimigrační migrace nakonec přemění v pracovní či dlouhodobou. (Castles 2013)

1.4. Příčiny migrace

Migrace je obecně velice složitý fenomén a odborná literatura poskytuje mnoho různých vysvětlení mezinárodní migrace. Její příčiny lze lépe pochopit díky základním teoriím migrace. Těchto teorií je hned několik (viz Obrázek 1) a tyto poté daly za vznik světoznámému modelu tlaku a tahu. (Kumpikaite 2012)

Obrázek 1: Přehled teorií migrace



Zdroj: vlastní zpracování dle Kumpikaite, 2018

Jak lze vidět na Obrázku 1, teorie migrace lze rozdělit do čtyř základních skupin: neoklasické teorie, nové teorie, teorie „rozpouštědel“ mezinárodního pohybu a teorie časově-prostorové změny. (Kumpikaite 2012)

Mezi neoklasické teorie patří tzv. **Economic equilibrium theory**, která vidí příčiny migrace v nerovnoměrném rozložení práce a kapitálu. (Bauer 1999) Předpokladem této teorie je, že vysoký počet migrantů pochází z méně rozvinutých zemí. Nejvýznamnější příčinou migrace je tedy fakt, že méně rozvinuté země mají dostatek pracovních sil, ale dlouhodobě čelí nedostatku kapitálu, a u vyspělých zemí je tomu naopak. Je tedy přirozené, že se práce přelévá do ekonomik čelících jejímu nedostatku, a dochází tak k migraci. Opačným směrem směřují toky kapitálu viz Tabulka 1. (Palát 2014)

Tabulka 1: Toky výrobních faktorů mezi zeměmi

	Vyspělé země		Méně rozvinuté/rozvojové země
Kapitál	Přebytek kapitálu	➔	Nedostatek kapitálu
Práce	Nedostatek práce	➔	Přebytek práce

Zdroj: vlastní zpracování dle Palát, 2018

Dalším je **Heckscher-Ohlin theorem**, který za příčinu považuje vysoký rozdíl mezi mzdami v jednotlivých zemích a **Harris-Todaro theory**, která naopak zkoumá migraci z venkova do měst, přičemž hlavní příčinou je nezaměstnanost. Tato teorie byla dále rozvinuta mnoha následovníky. (Kumpikaite 2012)

Vzhledem k tématu diplomové práce je velice důležitá tzv. **Human capital theory**, která tvrdí, že příčinou migrace je rozhodnutí investovat do svého lidského kapitálu, což zahrnuje studium na zahraniční vysoké škole, získávání zahraničních zkušeností a dovedností a získávání výhody pro budoucí kariéru. (Sjaastad 1962)

Neméně významnou je i **Early decision-making theory**, objasňující čtyři nejvýznamnější faktory vzniku migrace. Patří sem pozitivní a negativní aspekty vysílající a cílové země, překážky migrace a osobní předpoklady. (Lee 1966) Mezi překážky bránící migraci patří například velká vzdálenost cílové země, jazyková bariéra, vízová povinnost, náklady související s přesídlením, uznávání kvalifikací aj. (Palát 2013) Co se týče osobnostních charakteristik, jsou to předpoklady, které determinují člověka k migraci. Zásadním determinantem je věk migranta. Obecně platí, že čím mladší dospělý jedinec, tím vyšší sklon k migraci má. Postupem věku se sklon k migraci snižuje.

S tím úzce souvisí i rodinný stav migranta. Svobodný a nezávislý jedinec bude spíše migrovat než jedinec mající rodinu. Vzdělání hraje taktéž vysokou roli. Vzdělanější lidé mají vyšší tendence k migraci. Důvodem je lepší uplatnění na mezinárodním trhu, znalost jazyků a také předešlé zkušenosti ze studijních pobytů v zahraničí. (Vavrečková 2007)

Dual labor market theory rozděluje trh práce na dvě části. První, která zahrnuje atraktivní pozice, a druhou, která zahrnuje povolání nebezpečná, vyčerpávající či jinak neatraktivní. Dle této teorie se domorodci zaměřují na atraktivní část trhu práce a imigranti na tu neatraktivní. (Massey 1993)

V neposlední řadě sem patří rovněž **Self-selection theory**. K pozitivnímu výběru dochází v zemích, kde je větší rozdíl mezi mzdami u nekvalifikovaných a kvalifikovaných pracovníků. To znamená, že do zemí s vyšším rozdílem budou migrovat více vzdělaní a do zemí s nižším rozdílem ve mzdách, ale zato se štědrým sociálním systémem, budou migrovat ti méně kvalifikovaní. (Borjas 2008)

Mezi takzvané nové migrační teorie patří v první řadě **Family migration theory** zkoumající případy, ve kterých se rozhodnutí k migraci netýká pouze jednoho člověka, ale více členů rodiny, typicky ještě manžela či manželky. Do jejich společného rozhodnutí vstupuje více faktorů a výsledný dopad musí být pro oba pozitivní. (Borjas 2008) Dále pak **Relative deprivation theory**, která obecně tvrdí, že chudší lidé mají vyšší sklon k migraci, než lidé bohatí. (Stark 1985)

Motivation decision theory je obdobou výše zmíněné Early decision-making theory a rovněž obsahuje čtyři základní faktory vzniku migrace. Patří sem opět plusy a mínusy původní a cílové země, dále pak vůbec možnost či reálnost do této země migrovat a v neposlední řadě motiv k migraci a očekávání od migrace. (Kumpikaite 2012)

Migrační očekávání jsou hlavním faktorem v tzv. **Rational expectation theory**. Ta předpokládá, že migrant racionálně ohodnotí očekávané přínosy migrace (očekávané mzdy, kulturní normy, komfort, společenský status atd.) a na základě tohoto ohodnocení se rozhodne k migraci. (Haug 2008)

Consumption theory opět dává do kontrastu motivy vysoce a nízko kvalifikovaných. Tvrdí, že vysoce kvalifikovaní migranti se rozhodují i na základě nemateriálních statků a hodnot, jako je například důraz na životní prostředí a kvalitu života, či kulturní vyžití v podobě divadel, muzeí atd. (Liebig 2003)

Za zmínku stojí rovněž teorie jako **Network theory** a **Cumulative causation theory** a **Systems theory**. (Massey 1993) Teorie kumulativních příčin je založena na tezi, že migrace přispívá k institucionálním a socioekonomickým změnám jak ve zdrojové, tak v cílové zemi a že migrace ovlivňuje jak migranta samotného, tak prostředí kolem něj. Což v konečném důsledku podporuje další migraci. (Drbohlav 2007) Systémová teorie migrace považuje za motiv k migraci působení společenského systému, jenž zahrnuje místa, lidi, produkty, služby i sdílení informačních toků. Poslední skupinou jsou teorie zaměřené na vývoj migrace v čase a prostoru. Patří sem **Zelinsky theory**, **Skeldon theory** a **Migration hump**. (Massey 1993)

Všechny tyto teorie byly shrnuty do jednotného integrovaného **Modelu push and pull**. (Kumpikaite 2012)

Push and pull model definuje tzv. faktory „push“ a „pull“, které jsou v české literatuře označovány též jako faktory tlaku a tahu. Migrační pohyb je chápán jako výslednice sil, které migranta vypuzují ze země původu (push), a sil, které migranta přitahují do cílové země (pull). Je totiž zřejmé, že téměř vždy najdeme kombinaci více faktorů, které migraci zapříčinily. (Palát 2013)

Tlakové faktory jsou zejména nedostatek pracovních míst či nízké mzdy, málo životních příležitostí (vzdělání, cestování), nedostatečná zdravotní péče, diskriminace, válka, nesvoboda, nerozvinutost, špatné environmentální podmínky či politická situace v rodné zemi. Tahové faktory jsou naopak pracovní příležitosti a vysoké mzdy, lepší životní podmínky a zdravotní péče, svoboda, bezpečnost, politická stabilita a více životních příležitostí v cílové zemi. (Vavrečková 2007)

Velký rozsah migrace, který v současnosti nastal, je podpořen zaprvé moderními informačními technologiemi, díky nimž lze potřebné informace o možných hostitelských zemích, přijímacích procedurách, ubytování či volných pracovních místech jednoduše nalézt na internetu. A zadruhé rozvojem husté dopravní sítě (letadla, rychlovlaky, dálnice), která umožňuje rychlé a snadné migrační pohyby i z relativně vzdálenějších míst. (Palát 2014)

1.5. Důsledky migrace

Na úrovni migrantů lze předpokládat, že migrují zpravidla do zemí s lepšími životními podmínkami, dá se tedy předpokládat, že migrace bude mít pro ně spíše pozitivní

důsledky. Tyto mohou být například lepší uplatnění na trhu práce, vyšší plat a tím pádem vyšší ekonomická úroveň. Ze sociálního hlediska mohou získat svobodu, bezpečnost, zdravotní péči či vzdělání. Avšak v některých případech může mít migrace i negativní důsledky pro migranta. Mohly by se objevit například problémy spojené s odloučením od rodiny, ztrátou přátel v rodné zemi, jazyková bariéra, vykořeněnost, frustrace, neschopnost začlenit se do společnosti a najít si práci atd. (Gordon 2002)

Na úrovni vysílající a přijímající země lze dopady migrace, ať už se jedná o emigraci či imigraci, sledovat v rovině ekonomické a v rovině sociálně-kulturní. Ekonomické dopady migrace se dají zkoumat prostřednictvím vývoje nezaměstnanosti a vývoje HDP, dále je možné sledovat i vývoj podnikatelské sféry či ekonomickou strukturu obyvatelstva. Sociálně-kulturní ukazatele oproti tomu zahrnují například úroveň vzdělání, úroveň kriminality, sociální začleňování či naopak sociální problémy. Důsledky migrace se liší s ohledem na to, zda posuzujeme migraci kvalifikovaných či nekvalifikovaných osob. Další důležitou skupinou ukazatelů jsou demografické ukazatele, které zkoumají velikost populace, její strukturu a vývoj. (Papademetriou 1987)

Tabulka 2: Ekonomické dopady migrace

Ekonomické dopady	
+	-
Růst HDP	Růst nákladů na sociální transfery
Růst ekonomicky aktivního obyvatelstva	Růst nákladů na integraci cizinců
Snížení nezaměstnanosti	Růst nákladů na veřejné služby
Zvýšení podnikavosti	Růst cen nemovitostí

Zdroj: vlastní zpracování, 2018

Ekonomické dopady migrace

Tabulka 2 je souhrnem těch nejvýznamnějších ekonomických dopadů. Obecně se za ekonomický dopad migrace, pokud hovoříme o imigraci, považuje růst HDP. Imigranti v podstatě napomáhají ke zvýšení HDP tím, že spotřebovávají produkty, nakupují služby, platí nájemné a odvádí daně. (Pošta 2015)

Hojně diskutovaným důsledkem pracovní imigrace bývá její vliv na růst či pokles mezd v cílové zemi. Dle empirických šetření se 1 % růst pracovní síly projeví změnou mezd od -0,3 % do 0,3 %. Což je poměrně zanedbatelný vliv. Avšak pokud se zvýšení pracovní síly projeví na mzdách pozitivně a dojde k jejich zvýšení, pak je to pro stávající pracovníky jenom dobře. (Kaczor 2013) Oproti tomu, pokud bude imigrace brzdit inflační

tendence u mezd, může to vytvářet vhodné hospodářské prostředí pro centrální banky a jejich politiky nízkých úrokových sazeb, což přinese pozitivní změny v nákladech pro firmy. Nízké úrokové sazby zároveň podporují investice a ekonomický růst. (Palát 2015)

Imigrace zároveň zvyšuje podíl ekonomicky aktivního obyvatelstva. Výhodou nekvalifikovaných migrantů je, že jsou ochotni vykonávat práci s nižší kvalifikací, pracovat ve ztížených podmínkách či přijmout práci, která má ve společnosti nízký status. Zkrátka práci, kterou domorodci již nechtějí dělat (například v oboru stavebnictví, pohostinství, úklidu, ...) Přílivem migrantů se tyto místa zaplňují a snižuje se tak nedostatek zaměstnanců právě v těchto rizikových oborech. Výhodou u kvalifikovaných migrantů je, že cílová země až do jejich příchodu nemusela nést žádné náklady na jejich výchovu, vzdělání či sociální zabezpečení. A jejich působení v moderních odvětvích může mj. výrazně stimulovat hospodářský růst i tvorbu nových pracovních míst. (Pošta 2015)

Z ekonomických teorií dále vyplývá, že migrace zvyšuje efektivnost tím, že odstraňuje rozdíly v produktivitě práce a nezaměstnanosti mezi zeměmi (ale i mezi regiony v rámci jedné země). Jelikož volný pohyb pracovních sil vede k přerozdělování práce, která se stává efektivnější a přispívá ke zvýšení celkového blahobytu. (Boeri 2008)

Jak již bylo řečeno, migrují především mladí lidé (nejvyšší pravděpodobnost migrace mají lidé ve věku mezi 22 a 35 lety). Mladí imigranti mají nižší averzi k riziku, což může vyústit ve zvýšenou podnikatelskou aktivitu v cílové zemi a představovat další možný přínos na nabídkové straně ekonomiky. (Palát 2015)

Migrace může mít však i negativní ekonomické dopady. Ty lze pozorovat například na zemích, odkud lidé často emigrují, typicky kvůli válečným konfliktům. V těchto zemích se celkově snižuje životní úroveň a klesá HDP, ale emigrace ekonomicky aktivního obyvatelstva tento trend ještě více prohlubuje. (Papademetriou 1987)

Negativní ekonomické dopady lze však nalézt i v hostitelských zemích. Diskuse o hospodářských a sociálních nákladech a přínosech migrace pracovních sil je v současnosti velmi aktuálním tématem mezi ekonomy i politiky. Tyto diskuse se zabývají hlavně tím, zda migrace opravdu přispívá k růstu HDP či snižuje nezaměstnanost. Odpůrci migrace často namítají, že právě u migrantů je riziko vyšší nezaměstnanosti, pakliže jejich kvalifikace neodpovídá aktuální poptávce firem na trhu

práce. Především u nízkokvalifikovaných migrantů je největší riziko, že budou nezaměstnaní nebo ekonomicky neaktivní, což může nejen zvýšit nezaměstnanost v hostitelské zemi, ale o to více zatížit sociální systém. Ten bude ostatně zatížen i vlivem toho, že migranti, pokud plánují v hostitelské zemi zůstat natrvalo, s sebou tradičně přivážejí i širší rodiny. Toto může současně zvýšit požadavky na systém jako celek, zejména ve školství, zdravotnictví, policie, bydlení apod. Nedílnou součástí je i nutné zvýšení nákladů na integraci cizinců, které má za účel předcházet právě nezaměstnanosti či jiným negativním sociálním dopadům. (Palát 2015)

Migrace má jistý vliv i na realitní trh. Zahraniční pracovníci obvykle ve větší míře migrují do velkých měst. Zvýšení poptávky po bydlení tlačí náklady na bydlení vzhůru, což má za následek vyšší mzdové požadavky zaměstnanců, a tedy zvýšené riziko mzdové inflace. (Palát 2015)

Výše zmíněné dopady se ale týkaly převážně legální migrace. Takové, při které si mohou migranti najít legální práci a zapojit se do integračních programů. Nelegální migrace s sebou nese daleko vyšší ekonomická, bezpečnostní, sociální i politická rizika. Avšak spolehlivé statistiky nelegální migrace neexistují a počty nelegálních imigrantů lze jen odhadovat na základě policejních záznamů, počtu zadržených běženců, zpráv neziskových organizací apod. (Palát 2014) Odhad je, že více než 40 % migrace je nelegální migrace. (Boeri 2008) Tento typ migrace ale není předmětem této diplomové práce, a tudíž se jím autorka nebude více zabývat.

Tabulka 3: Socio-kulturní dopady migrace

Socio-kulturní dopady	
+	-
Kulturní obohacení	Brain drain
Technologický rozvoj	Kriminalita
Získání nových zkušeností a dovedností	Vznik sociálně vyloučených lokalit
Zvýšení porodnosti	Terorismus

Zdroj: vlastní zpracování, 2018

Socio-kulturní dopady

Sociální a kulturní dopady migrace jsou poměrně kontroverzní disciplínou a jsou i těžce měřitelné. Obecně se dá říci, že migrace kvalifikovanějších osob s sebou přináší spíše pozitivní socio-kulturní důsledky a migrace nekvalifikovaných osob spíše ty negativní (viz Tabulka 3).

Jedním z negativních socio-kulturních dopadů migrace v cílové zemi je tzv. morální hazard. Spočívá v tom, že imigrant pobírá vysoké sociální dávky namísto vykonávání práce. Tento problém úzce souvisí se špatnou integrací jedince a také s přebíráním vzorců chování v postižených komunitách. Což evokuje další z negativních sociálně-kulturních dopadů, a sice tvorbu ghett. Neoddiskutovatelným negativním aspektem je rovněž nárůst kriminality a rozmach terorismu, což souvisí právě i s nelegální migrací. (Palát 2015)

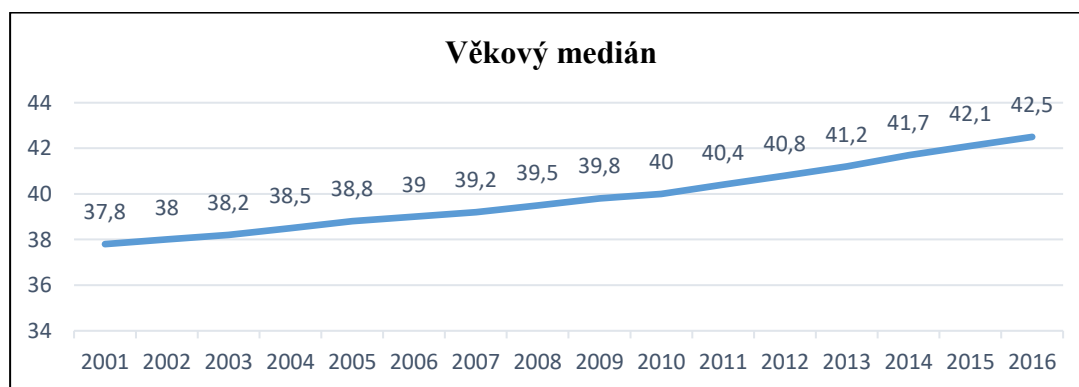
Pokud hovoříme o migraci kvalifikovanějších pracovních sil, je třeba zmínit brain drain, jako jeden z negativních dopadů. A oproti tomu pozitivní dopad, a sice technologický pokrok, získání nových zkušeností a dovedností, které mohou být posléze dobře využity v rodné zemi atd. (viz následující kapitoly). (Papademetriou 1987)

Demografický vývoj

Dalším z faktorů hrajících roli v diskusích o migraci je demografický vývoj. Vyspělé země řeší problém stárnutí populace. Klesající porodnost a prodlužující se délka života zapříčiňují jednak propad počtu ekonomicky aktivního obyvatelstva, a tedy snížení produkční kapacity ekonomiky, a jednak vyšší požadavky na sociální systém a zdravotnictví. (Palát 2015)

Příkladem mohou být statistiky věkového mediánu obyvatelstva v 28 zemích Evropské Unie. Mezi lety 2001 až 2016 se tento medián zvýšil z 38 let na 42,6 a má stále rostoucí tendenci (viz Obrázek 2).

Obrázek 2: Věkový medián obyvatelstva, EU-28, 2001–16 (v letech)

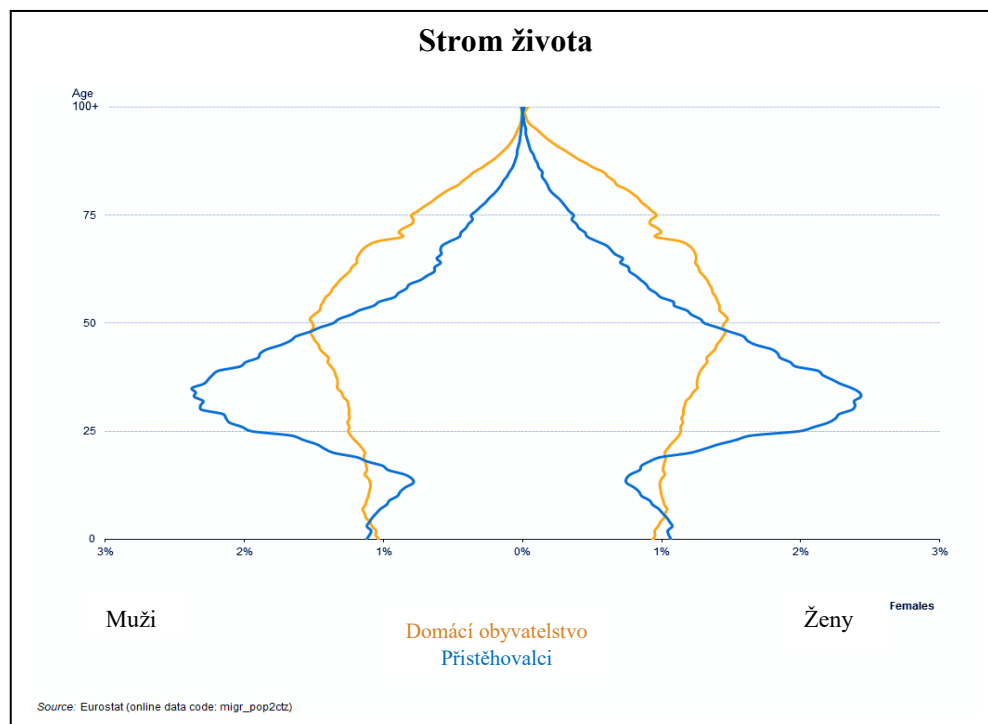


Zdroj: vlastní zpracování dle Eurostat, 2018

Migrace způsobuje umělý populační přírůstek, který je o to více pozitivní v tom, že migrují především mladí lidé v produktivním věku. (Palát 2015) Tuto tezi dokazuje Obrázek 3. Žlutá křivka znázorňuje věkovou pyramidu původních obyvatel EU a modrá

křivka popisuje věkovou pyramidu přistěhovalců. Nejvíce obyvatel EU se v roce 2016 nachází mezi 40 a 60 rokem věku a jejich porodnost se neustále snižuje. Oproti tomu věkový medián migrantů se pohybuje okolo 27,5 roku věku. (Eurostat 2018)

Obrázek 3: Věková struktura domácích obyvatel a přistěhovalců, EU-28, 2016



Zdroj: Eurostat, 2018

Migrace ovlivňuje též přirozený přírůstek obyvatel, jelikož celková míra porodnosti migrantů je obvykle vyšší než u původního obyvatelstva (což je zřejmé i z Obrázku 3). Není to však dlouhodobým řešením, jelikož migranti přebírají návyky majority a je dokázáno, že v dalších generacích porodnost klesá směrem k míře porodnosti místního obyvatelstva. (Palát 2015)

Na závěr této kapitoly je třeba říci, že problematika migrace vždy byla a vždy bude velice kontroverzním tématem. Tuto kontroverzi způsobují právě mnohdy protichůdné důsledky migrace. Velice dobrým příkladem může být manažer firmy. Na jednu stranu podporuje migraci, jelikož má nedostatek zaměstnanců a potřebuje zaplnit volná pracovní místa. Na druhou stranu se obává negativních dopadů migrace, např. vyšší kriminalita nebo vyšší tlak na sociální systém. Specifikovat či kvantifikovat konkrétní důsledky migrace v dané zemi je velice složité, jelikož výše zmíněné důsledky nejsou izolované, ale ovlivňují se navzájem. Záleží také na podmínkách v dané zemi, na migrační politice a na osobnostních

charakteristikách přistěhovalců – jejich schopnosti a ochotě pracovat a žít v hostitelské zemi a začlenit se do většinové společnosti. (Palát 2015)

1.6. Migrační politiky

Migrační politiku lze chápat jako komplex opatření směřujících k přímé či nepřímé regulaci a řízení pohybu lidí přes hranice země a jejich pobytu na území států jichž nejsou občany. Zabývá se legální i nelegální migrací, stanovuje pravidla, opatření a sankce za jejich porušování. (Baršová 2005)

Zatímco překážky mezinárodního obchodu a mobility kapitálu jsou prakticky odstraněny, migrace lidí zůstává značně omezena. Důvodem je snížení negativního dopadu migrace na vývoj v dané zemi. (Boeri 2008)

Ve světě lze v současnosti najít 3 modely imigrační politiky, ve vztahu k migrantům, kteří v zemi již jsou. Prvním modelem, typickým například pro Švýcarsko, je tzv. diskriminační model, založený na dočasném a návratovém pobytu cizinců. Imigranti jsou sice začleněni do trhu práce, ale v ostatních oblastech (sociální péče, možnost získat občanství, právo volit) jim participace není umožněna. Druhým modelem je model asimilační, typický pro Francii. Migrant rychle a poměrně jednoduše získá občanství a práva v nové zemi. Posledním modelem je tzv. multikulturní model, aplikovaný v USA. Migrant rovněž dostane občanství a práva, ale jsou u něj současně podporovány jeho kulturní odlišnosti a tradice. (Kaczor 2013)

Migrační politiky vůči potenciálním imigrantům je třeba formovat na základě současných migračních trendů, kterými jsou (Castles a Miller 2013):

- globalizace migrace (Díky globalizaci světového hospodářství dochází i ke globalizaci migrace a lze ji tedy pozorovat téměř po celém světě.),
- růst intenzity migrace (Zvyšuje se počet migrujících osob.),
- feminizace migrace (Migrace žen hraje stále větší roli.),
- politizace migrace (Migrace se stala politickým tématem i zbraní.).

Nejběžnější omezení v rámci migrační politiky jsou kvóty, které umožňují pouze omezené množství pracovních povolení a povolení k pobytu. Alternativou je tzv. bodový systém, kde jsou hodnoceny různé aspekty migranta (vzdělání, povolání, jazykové znalosti, ...). Mezi další opatření patří administrativní překážky či stanovení maximální

délky pobytu. Samostatnou skupinou jsou však neekonomičtí migranti, tzn. žadatelé o azyl, na které jsou uplatňovány zcela jiné migrační politiky. (Palát 2013)

Jiné migrační politiky jsou aplikovány v období ekonomického růstu, jako je tomu právě teď, a jiné v době ekonomického poklesu. Poptávka po pracovní síle se během hospodářského poklesu snižuje, a to může vést k politikám, které navrhuji omezení nové imigrace do země. Rostoucí nezaměstnanost zároveň zvyšuje antiimigrační nálady ve společnosti, což může vést k populistickým a neuváženým krokům v politice. Jednou z reakcí na takovou krizi je například motivování zahraničních pracovníků k návratu domů, což ovšem nelze považovat za úplně efektivní řešení, jelikož nelze tvrdit že zahraniční zaměstnanci jsou méně pracovití či méně vzdělaní než domorodci. Druhou, již výše zmíněnou politikou je omezení pracovní imigrace, to je však také neefektivní. Zprvu proto, že v mnoha případech imigranti zastávají práci na nejnižších pozicích, kterou domorodci stejně dělat nechtějí, nebo naopak proto, že disponují specifickou kvalifikací, která může být pro hostinskou zemi v dlouhodobém hledisku konkurenční výhodou. (Palát 2015)

Vzhledem k současným migračním trendům, jako je globalizace migrace, její nárůst a politizace, není jednoduché stanovit efektivní migrační politiky, ostatně současná situace v EU je toho důkazem. Vlády musejí zajistit podmínky pro ekonomické zvládnutí migrace, pro integraci migrantů do většinové společnosti, řešit otázky související s bezpečností, rozvojem zdrojových zemí atd. Politiky migrace ale často selhávají či mají nezamýšlené důsledky proto, že existuje neznalost pravděpodobných budoucích trendů vývoje, krátkodobé zaměření politiky a špatné pochopení faktorů, které vyvolávají migraci. (Palát 2013)

Migrační politiky by mohly být účinnější, pokud by byly explicitně provázány s dlouhodobými politickými agendami zabývajícími se obchodem, rozvojovými otázkami a předcházením konfliktům. Skutečným klíčem k účinnému řízení migrace je pak snižování nerovností. (Castles a Miller 2013)

O konkrétních migračních politikách v jednotlivých zemích pojednávají kapitoly v empirické části diplomové práce.

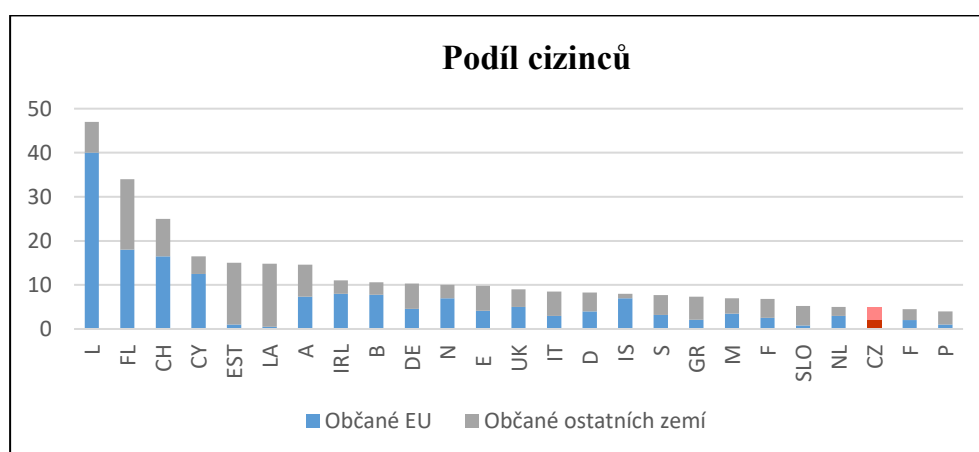
1.7.Současné statistiky

Na světě je podle odhadů 258 milionů lidí, kteří žijí v jiné zemi, než ve které se narodili. Oproti roku 2000 jde o nárůst o 49 %. Podle Organizace spojených národů (dále jen OSN) tvoří mezinárodní migranti v současnosti 3,4 % světové populace. (OSN 2017)

V Evropské unie (dále jen EU), žilo k 01.01.2016 35,1 milionu osob narozených mimo EU a 19,3 milionu osob, které se narodily v jiném členském státě EU, než je stát, ve kterém pobývají. Nejvyšší počet cizích státních příslušníků žijících v členských státech EU v absolutních číslech byl zjištěn v Německu (8,7 milionu osob), Spojeném království (5,6 milionu), Itálii (5 milionů), Španělsku (4,4 milionu) a Francii (4,4 milionu). V těchto pěti členských státech žilo 76 % všech cizích státních příslušníků žijících v EU. Podíl obyvatel těchto pěti členských států na celkovém počtu obyvatel v EU činil v téže době 63 %. (Eurostat 2017)

Pro představu pouze v roce 2015 se do EU přistěhovalo celkem 4,7 milionu osob a nejméně 2,8 milionu emigrantů z některého státu EU odešlo. Odhaduje se, že 2,4 milionu osob pocházelo ze zemí mimo EU; 1,4 milionu osob mělo státní občanství jiného členského státu EU. Asi 860 tisíc bylo lidí, kteří se přestěhovali do členského státu EU, jehož občanství již měli (například vracející se státní příslušníci nebo státní příslušníci narození v zahraničí), a asi 19 tisíc byly osoby bez státní příslušnosti. (Eurostat 2017)

Obrázek 4: Podíl cizích státních příslušníků v rezidentském obyvatelstvu v %, 2016



Zdroj: vlastní zpracování dle Eurostat, 2018

Členským státem EU s poměrně nejvyšším počtem cizích státních příslušníků žijících na jeho území bylo Lucembursko, kde jejich podíl činil 47 % celkové populace. Velký podíl cizích státních příslušníků (více než 10 % rezidentského obyvatelstva) byl zjištěn také na

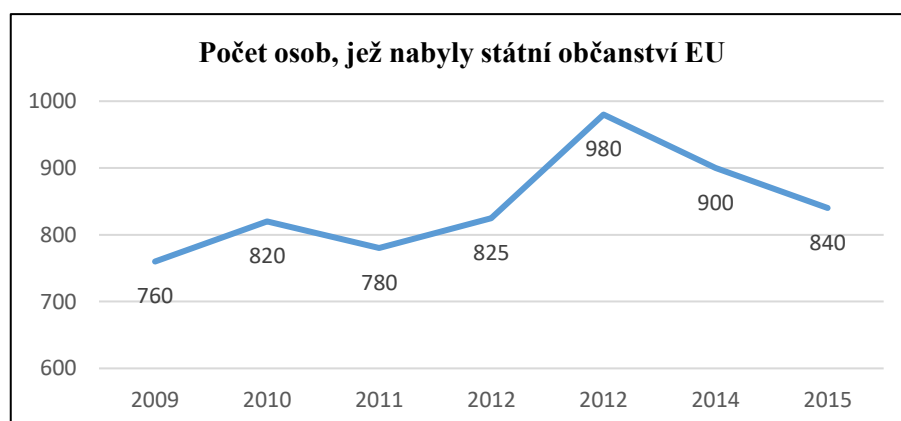
Kypru, v Estonsku, Lotyšsku, Rakousku, Irsku, Belgii a Německu. Toto je zřejmé z Obrázku 3, přičemž modrá část grafu značí obyvatele EU a šedá část reprezentuje obyvatele zemí mimo EU. Pokud bychom se podívali i na ostatní evropské země, lze vidět že v Lichtenštejnska je to 34 %, ve Švýcarsku 25 % a v Norsku 10 %. (Eurostat 2017)

V případě Lotyšska a Estonska je podíl občanů třetích zemí obzvláště vysoký vzhledem k vysokému počtu uznaných neobčanů (zejména občanů bývalého Sovětského svazu, kteří jsou trvalými rezidenty těchto zemí, avšak nenabývali žádného jiného státního občanství). Extrémní hodnoty v případě Lucemburska, Lichtenštejnska a Švýcarska jsou naopak způsobeny jejich silnou ekonomikou, a tudíž velkým podílem pracovních migrantů, především kvalifikovaných pracovníků ze zemí EU. (Eurostat 2017)

Pět největšími skupinami cizích státních příslušníků z EU žijících v jiných členských státech EU byli v roce 2016 Rumuni, Poláci, Italové, Portugalci a Britové. Co se týče cizinců z ostatních zemí světa, žijících v EU, nejpočetnější skupinou jsou obyvatelé Číny, Sýrie, Indie, Maroka, Turecka a Pákistánu. (OECD 2017)

Jako další statistický ukazatel je třeba uvést počet osob, jež nabyly státní občanství jiné země, jelikož se stále jedná o migranty, avšak nabytím občanství vypadávají ze statistik cizinců. V roce 2015 získalo státní občanství některého členského státu EU 841.000 osob, což odpovídá poklesu ve výši 5 % v porovnání s rokem 2014 (viz Obrázek 5). Tito noví občané EU-28 pocházeli zejména z Afriky (31 %), Severní a Jižní Ameriky (14 %), Asie (21 %) a z evropských zemí mimo EU (20 %), zbylých 14 % jsou občané EU. V tomtéž roce získalo nejvíce osob státní občanství v Itálii, a to 178.000 (21 %). Na dalších místech v žebříčku, pokud jde o nabývání občanství, byly Spojené království, Španělsko, Francie a Německo. (Eurostat 2018)

Obrázek 5: Počet osob, jež nabyly státní občanství členského státu EU (v tisících)



Zdroj: Eurostat, 2018

V absolutních číslech došlo k největšímu nárůstu ve srovnání s rokem 2014 v Itálii, kde získalo státní občanství o 48.100 více rezidentů, následuje Belgie a Francie. Naopak k největšímu poklesu v absolutních číslech došlo ve Španělsku, Irsku a Řecku. (Eurostat 2018)

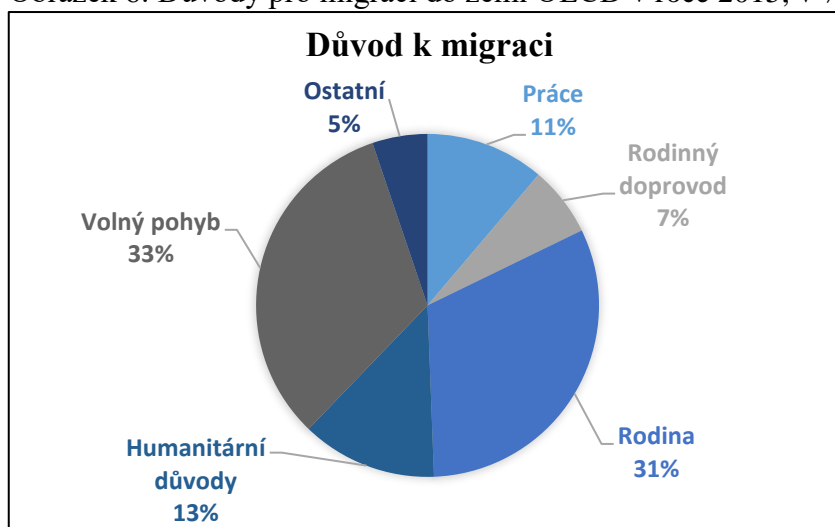
Mezi jednotlivými zeměmi existují výrazné rozdíly, co se týče původu či národnosti migrantů. To je zapříčiněno hned několika faktory. Jedním z nich je geografická blízkost. Největší podíl migrantů v dané zemi je zpravidla z přímo sousedící země nebo nepříliš vzdálené země širšího regionu. Migranti tradičně odcházejí pracovat do sousedních zemí díky nízkým nákladům na dopravu a možnosti udržet si snadno kontakty s příbuznými a přáteli. Značnou roli též hraje jazyková příbuznost rodného jazyka a jazyka v cílové zemi. Neméně důležitým faktorem je i historická souvislost, která se týká zejména zemí, kterých se dotkla koloniální éra a také zemí bývalého sovětského bloku. Migrační toky započaté v minulosti s postupem času pokračují nebo se ještě více prohlubují díky vzniklým neformálním migračním sítím, které usnadňují příchod dalších migrantů do země. Příkladem může být příchod migrantů z Vietnamu do bývalého Československa po válce ve Vietnamu v rámci pomoci socialistickým zemím světa, který po pádu komunismu vyústil ve třetí největší komunitu cizinců v ČR. (Palát 2014)

Mezi hlavní skupiny občanů EU, kteří nabyli státní občanství jiného členského státu EU, patří Rumuni, kteří se stali občany Itálie nebo Německa, Poláci, kteří se stali občany Německa a Spojeného království a Italové, kteří se stali občany Německa nebo Belgie. (Eurostat 2018)

Tři čtvrtiny všech migrantů žijí pouze ve 28 zemích světa, přičemž každý pátý migrant žije v USA. Celkově žije téměř 60 % mezinárodních migrantů ve vyspělých bohatých zemích a kolem 90 % vysoce vzdělaných imigrantů žije v jedné ze 30 nejbohatších zemí OECD. (OECD 2018)

Neméně zajímavou statistikou je rozložení migrantů dle důvodu pro migraci. Jak lze vidět na následujícím obrázku, nejčetnější migrace souvisí s volným pohybem osob, přičemž první cílovou zemí je Německo. Následují rodinné důvody, typicky slučování rodin, nejvýraznější v USA. Ozbrojený konflikt v Sýrii zapříčinil ohromnou migraci z humanitárních důvodů. Avšak vyloženě za účelem práce odešlo 11 % migrantů, což je také poměrně mnoho. (OECD 2018)

Obrázek 6: Důvody pro migraci do zemí OECD v roce 2015, v %



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2018

2. Migrace ve zdravotnictví

V této kapitole se autorka hlouběji zaměřuje na problematiku migrace ve zdravotnictví. Tato migrace se týká vysoce kvalifikovaných osob, bývá zpravidla dobrovolná, legální a má převážně dlouhodobý charakter. Současně se považuje za migraci pracovní či inovační, ale souvisí s ní i migrace řetězová, jelikož migrující zdravotníci s sebou mnohdy berou i své rodiny. Lze ji pozorovat jak na vnitrostátní úrovni, tak mezinárodně. (Vavrečková 2007)

Migrace kvalifikovaných zdravotníků má několik společných rysů s migrací běžného obyvatelstva, které byly popsány v předchozí kapitole, ale má i spoustu specifík, které budou popsány v podkapitolách následujících.

Je třeba ještě zmínit, že problematika migrace kvalifikovaných pracovních sil se v současné době netýká pouze oboru zdravotnictví. Všeobecně žádáni jsou také pracovníci v moderních technických oborech (programátoři, projektanti, konstruktéři strojních zařízení, analytici výpočetních systémů, projektanti elektrotechnických zařízení a elektroinženýři). S nedostatkem pracovníků v těchto profesích se dlouhodobě potýká řada evropských i zaoceánských zemí, které mezi sebou svádí konkurenční boj. Evropská unie stojí před únikem mozků do zámoří (nejčastěji do USA), oproti tomu nové členské státy EU se obávají odchodu odborníků do bohatších zemí EU. (Vavrečková 2007)

2.1. Definice zdravotnictví a zdravotnického personálu

Pro pojem zdravotnictví existuje mnoho definic, jako příklad lze uvést tyto tři:

- Zdravotnictví je jedním z odvětví národního hospodářství, které produkuje zdravotnické služby a spadá do tzv. terciální sféry. Zdravotnický systém je soustava zdravotnických zařízení a institucí. (Gladkij 2003)
- Systém zdravotní péče je soubor institucí, osob, procesů a pravidel, který pomáhá nemocným lidem a podporuje zdraví celé společnosti prostřednictvím vzdělávání a prevence nemocí. (Unger 2012)
- Do zdravotního systému patří pacienti, jejich rodiny a komunity. Na úrovni státu je to pak ministerstvo zdravotnictví, poskytovatelé zdravotní péče, farmaceutické společnosti a v neposlední řadě orgány pro financování zdravotní péče-pojišťovny, nadace. (Hejduková 2016)

Zdravotnická zařízení lze považovat za firmy, avšak mají svá specifika oproti klasickým firmám. Například předmětem jejich činnosti je prevence a zlepšování či zachování zdravotního stavu. Poptávka po službách bývá vyvolána problémy se zdravím a zdravotní zařízení je povinno službu poskytnout. Dalším specifikem je nízká provázanost mezi kvalitou služby a výší platby. Zdravotnická zařízení lze rozdělit na ziskové (soukromé) a neziskové (státní). Dále je lze rozdělit na zařízení poskytující primární péči (praktické lékařství, gynekologie), sekundární péči (chirurgie, traumatologie) a terciální péči (transplantace). Základními parametry zdravotního zařízení jsou dostupnost, kvalita, finanční zatížení, výkonnost, rovný přístup a společenská přijatelnost. (Hejduková 2011)

Stejně tak zdravotnický trh práce má svá specifika. Existuje zde například omezené množství zdravotnických zařízení, určitá část těchto zařízení není zisková, a spotřebitelé, resp. pacienti, platí jen určitou část nákladů a jsou často nedokonale informováni. Dalším aspektem zdravotnického trhu práce je vysoká kvalifikovanost. Pokud odejde určitá část zdravotních profesionálů do zahraničí, trvá poměrně dlouho, než je tato ztráta vykompenzována, ať už v podobě nalezení pracovníka ze zahraničí či zaučení stávajících zaměstnanců či absolventů. (Hejduková 2015)

Za zdravotnický personál jsou považováni (UZIS 2017):

- lékaři, zubní lékaři a farmaceuti;
- všeobecné sestry a porodní asistentky;
- nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí (psycholog, logoped, fyzioterapeut, ...);
- ostatní nelékaři s odbornou způsobilostí (nutriční terapeut, dentální hygienistka, ...);
- nelékaři pod odborným dohledem (řidič vozidla záchranné služby, ošetřovatel, ...);
- jiní odborní pracovníci a dentisté (oftalmoped, sociální pracovník, dentista, ...).

Systémy zdravotní péče napříč Evropou mají mnoho rozdílů, především co se týče jejich financování, řízení a nabídky služeb. Ohledně financování zdravotních systémů uvádí odborná literatura 4 různé modely. Beveridge model (zdravotní péči poskytuje a financuje vláda z vybraných daní), Bismarck model (zdravotní péče je financována ze zdravotního pojištění), National health insurance model (má prvky obou předchozích modelů) a Out-of-pocket model (nejdražší lékařské výkony jsou placeny samotnými spotřebiteli-pacienty). (Hejduková 2016)

Bismarckův model je využíván v mnoha zemích včetně České republiky a Německa. Zdravotní pojištění je zákonné a povinné a zdravotní péče je zaručena celé populaci. V praxi to znamená, že každý občan platí finanční příspěvek zdravotní pojišťovně, poměrově k výši výdělků, bez ohledu na to, kolik zdravotních služeb v budoucnu využije. Zdravotní pojišťovna poté vyplácí finanční prostředky lékařům a zdravotnickým zařízením. Stát se rovněž podílí na financování zdravotní péče, například platí zdravotní pojištění za děti a studenty a investuje do zdravotnických zařízení. (Hejduková 2016)

2.2. Aktuální trendy ve zdravotnictví

V současné době lze pozorovat několik trendů ve zdravotnictví, co se týče lidských zdrojů. Patří sem například (Vavrečková 2007):

- zvyšování průměrného věku lékařů,
- feminizace oboru,
- nedostatek pracovních sil,
- útlum, a naopak rozmach některých oborů.

V roce 2015 byla třetina lékařů v zemích OECD starší 55 let, přičemž jejich počet má rostoucí tendenci. V Itálii a Izraeli je dokonce více než polovina lékařů starší 55 let. Oproti tomu ve Velké Británii a Korei se počet lékařů nad 55 let odhaduje na 13–17 %. (OECD 2017) V ČR činí průměrný věk aktivních lékařů u mužů 49,3 let a u žen 47,8 let. V posledních letech se průměrný věk lékařů každoročně zvyšuje. Nejkritičtější oborem je praktické lékařství pro děti a dorost, zde činí průměrný věk 55,8 let (muži) a 56,4 let (ženy). Lékařů starších 55 let je v ČR 35,4 %, s tímto výsledkem se ČR řadí do té problematičtější poloviny států OECD. (UZIS 2015)

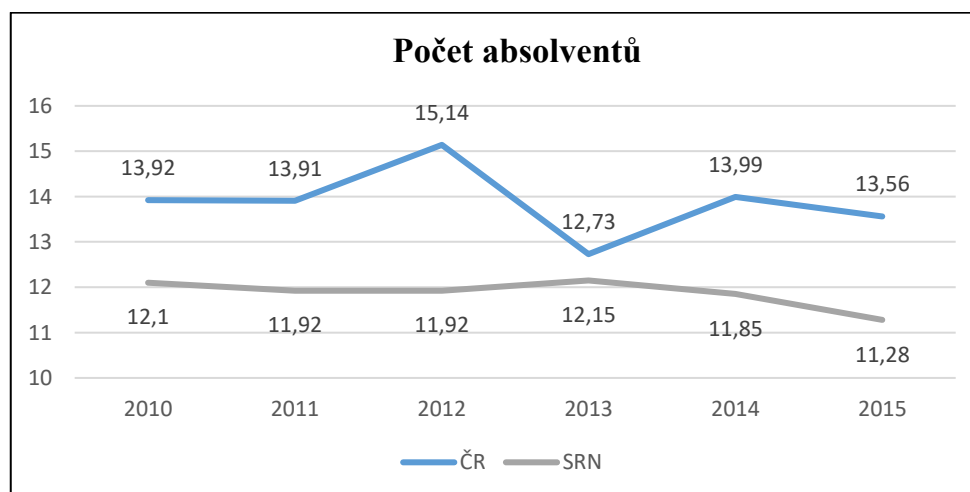
Feminizace oboru lékařství neboli zvyšování podílu lékařek je právě ve zdravotnictví poměrně markantní. V roce 2000 byl podíl doktorek 39 % (průměr v zemích OECD), avšak v roce 2015 už dosáhl 46 %. (OECD 2017) V ČR se podíl lékařek pohybuje kolem 54,5 % a má taktéž rostoucí tendenci. Co se týče oboru zubního lékařství, tam se podíl žen pohybuje kolem 2/3 všech zubních lékařů. (UZIS 2015) Na feminizaci není nic špatného, statistiky však ukazují, že ženy odcházejí dříve do důchodu, a vzhledem k podílu lékařů v předdůchodovém věku na celkovém počtu lékařů by toto mohlo do budoucna způsobit ještě větší nedostatek pracovních sil. Stejně může působit i fakt, že v ČR chodí ženy častěji na mateřskou, popř. rodičovskou dovolenou než muži. To může rovněž způsobovat náhlý nedostatek lékařů. (Vavrečková 2007)

Nedostatek pracovních sil je obecně velice výrazný trend. Je způsoben především nepříznivým demografickým vývojem, který lze pozorovat ve všech vyspělých zemích světa. Nízká porodnost způsobuje redukcí potenciálu ekonomicky aktivních osob. (Vavrečková 2008) Přímou pro ČR predikuje ČSÚ pokles obyvatel v produktivním věku do roku 2050 přibližně o 2 miliony osob, což je bezmála 30 % současného objemu. (Kaczor 2013) Tento trend lze pozorovat například na počtu zubních lékařů v ČR, který i napříč migraci mezi lety 2015 a 2016 klesl o 1 %. (UZIS 2017)

Avšak vývoj počtu lékařů je ovlivněn mnoha faktory, které se v jednotlivých státech mohou lišit. Jedná se např. o demografické charakteristiky populace, zdravotní stav obyvatelstva, organizaci a financování zdravotnických služeb, ale i o tradici, zvyklosti a historický vývoj. Souhrnné statistiky nemohou také zachytit regionální rozdíly a místní specifika. (Vavrečková 2007)

Nicméně klesající tendence lze předpokládat i v následujících letech, jelikož dalším vhodným indikátorem pro predikci počtu lékařů je počet absolventů. Jak je vidět na následující obrázku, jejich počet má též klesající tendenci. (OECD 2017)

Obrázek 7: Vývoj počtu absolventů v ČR a Německu na 100.000 obyvatel



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2018

Druhou stránkou nepříznivého demografického vývoje je stárnutí obyvatelstva. Průměrná délka života v ČR se v roce 2015 odhadovala na 78,7 let, v Německu dokonce na 80,7 let. (OECD 2018) Tento vývoj podmíní zvýšenou potřebu kvalifikovaných pracovních sil ve zdravotnictví a v sociálních a pečovatelských službách-pečovatelek o seniory a osoby zdravotně postižené. (Vavrečková 2007)

V neposlední řadě se jedná o trend útlumu či rozmachu některých lékařských oborů. Nejvíce lékařů již tradičně pracuje v oboru praktické lékařství pro dospělé, vnitřní lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost a dětské lékařství. V těchto oborech měla hlavní obor činnosti více než třetina lékařů. Na vzestupu jsou však obory jako alergologie a klinická imunologie, gastroenterologie, nefrologie, endokrinologie, úrazová chirurgie, rehabilitační a fyzikální medicína, kardiologie a kardiochirurgie, anesteziologie a resuscitace. Oproti tomu počet lékařů klesá v oborech jako je epidemiologie, tělovýchovné lékařství a posudkové lékařství. (Vavrečková 2008)

Všechny výše zmíněné trendy jsou ve své podstatě spíše negativní, a tím nahrávají právě migraci zdravotnického personálu.

2.3. Specifika migrace zdravotnického personálu

Jak již bylo řečeno, migrace lékařů a zdravotních sester má mnoho společných rysů s migrací obyvatelstva obecně. Avšak vyznačuje se i několika specifiky. Tyto specifika se netýkají pouze lékařů, dentistů a zdravotních sester, ale daly by se zobecnit na všechny vysoce kvalifikované pracovníky. Patří sem zejména (Vavrečková 2009):

- specifické požadavky,
- odlišný věk migrantů,
- migrace nabídková,
- doba pobytu a
- komplexnější motivace.

Formální stránka procesu schvalování legálního odchodu lékaře do zahraničí je poměrně složitou procedurou. Na rozdíl od nízko kvalifikovaných pracovníků si lékaři i sestry musejí nechat uznat své diplomy, či certifikáty odborné nebo specializované způsobilosti pro výkon povolání v zahraničí. (Brouček 2017)

Častým požadavkem je též odborná zkouška v jazyce přijímající země. Aktivní znalost daného jazyka je obecně velice častým požadavkem, vzhledem k tomu, že lékař či sestra jsou prakticky neustále v přímém kontaktu s pacienty. (Vavrečková 2009)

Vzhledem k ukončenému vysokoškolskému vzdělání jsou potenciální migranti mezi odborníky, oproti jejich protějškům v populaci, starší. Majoritní věková skupina u potenciálních migrantů z řad lékařů je 30-39 let, téměř každý druhý potenciální migrant

nedosahuje věku 24 let. Dalším zajímavým specifickým u zdravotníků je to, že migrují i zkušení specialisté středního věku. (Vavrečková 2009)

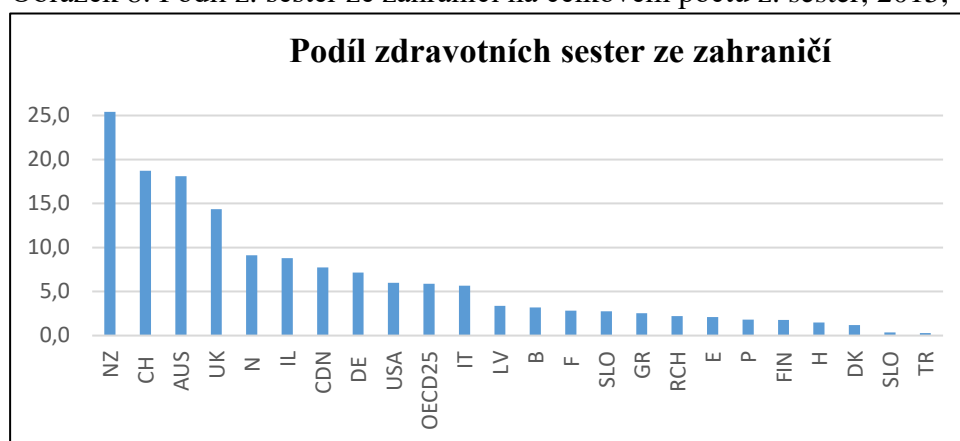
Realizace zahraniční pracovní migrace odborníků probíhá převážně na základě nabídky konkrétních pracovních míst a pozic ze strany zaměstnavatele v cílové zemi. Tento typ migrační mobility je podmíněn zpravidla nedostatkem pracovních sil v určitém odvětví, oboru nebo okruhu profesí. Podmínky pracovního kontraktu se zpravidla stanoví smluvně před odchodem do zahraničí na základě jednání se zahraničním zaměstnavatelem nebo prostřednictvím specializované agentury. Smluvní vztahy jsou ochraňovány zákonodárstvím přijímajícího státu; jde o vztahy na primárním pracovním trhu. Pro výdělkovou úroveň migrantů z toho plyne, že prakticky plně odpovídá úrovni odměňování v hostitelském státě; neprojevují se zde tendence k výdělkové diskriminaci a dumpingu, jak je tomu v řadě situací u zaměstnávání méně kvalifikovaných migrantů. (Vavrečková 2006)

Výrazně převažujícím migračním záměrem vysoce kvalifikovaných odborníků je dočasný pracovní pobyt, po kterém následuje návrat do rodné země. Pouze 10-20 % migrantů plánuje emigrovat trvale. Stejně tak dojíždění za prací je u odborníků zcela ojedinělé. (Vavrečková 2009)

2.4. Migrační statistiky ve zdravotnictví

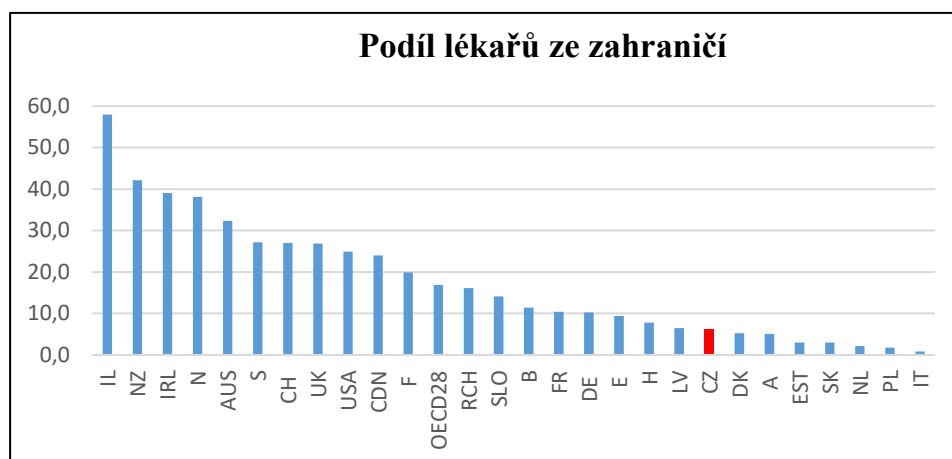
Mezi jednotlivými státy jsou z hlediska migrační přitažlivosti pro kvalifikované pracovníky značné rozdíly. Pro migranty z kontinentální západní Evropy je přitažlivá především Velká Británie a USA. Po rozšíření EU odcházejí kvalifikovaní pracovníci z nových členských zemí do států staré Evropy. Odhaduje se, že nové členské státy přišly o 10 % svých nejkvalifikovanějších mladých lidí. Jelikož z realizovaných průzkumů migračních postojů obyvatelstva jasně vyplývá, že do zahraničí se vydávají mladí, kvalifikovaní a svobodní lidé. Toto platí jak pro zdravotnický personál, tak pro ostatní migranty s terciálním vzděláním. (Vavrečková 2006) Na Obrázku 8 a Obrázku 9 je znázorněn podíl zahraničních lékařů a zdravotních sester na celkovém počtu těchto pracovníků v dané zemi.

Obrázek 8: Podíl z. sester ze zahraničí na celkovém počtu z. sester, 2015, v %



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2018

Obrázek 9: Podíl lékařů ze zahraničí na celkovém počtu lékařů, 2015, v %



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2018

Tito emigranti jsou koncentrováni v několika cílových zemích. Nad průměrem OECD se nachází Kanada, USA a UK. Z kontinentální Evropy jsou to Německo, skandinávské země a Švýcarsko. Na předních příčkách co do poměru zdravotníků-imigrantů se nachází Nový Zéland, Austrálie a Izrael. (OECD 2018)

Nejvíce vzdělaných emigrantů pochází z Evropy (zejména Velké Británie, Německa a Itálie) a jižní a východní Asie (včetně Filipín, Indie, Číny, Jižní Koreje, Severní Koreje a Vietnamu). Ve vztahu k vzdělané domácí pracovní síle je nejvyšší intenzita emigrace vzdělaných zaznamenána ve střední Americe a Africe. Hodnoty 80 % daného ukazatele dosahují Guayana, Jamaika, Haiti a Grenada. Padesátiprocentní hladinu pak přesahují africké země: Kapverdy, Gambie, Mauritius, Seychely a Sierra Leone. (Vavrečková 2008)

2.5. Motivace k migraci zdravotnického personálu

Pokud se podíváme na charakteristiky zdravotnického personálu, který se rozhodl emigrovat, lze vypožorovat určité společné rysy (Vavrečková 2007):

- vyšší zastoupení mužů,
- převaha mladších věkových ročníků,
- vyšší podíl lékařů, kteří se připravují na atestaci nebo mají základní atestaci v oboru;
- nižší zastoupení lékařů s vědeckou hodností, primářů a jejich zástupců;
- nižší počet lékařů v soukromém sektoru a vyšší počet lékařů z velkých fakulních a krajských nemocnic.

Motivační faktory migrace odborníků jsou na jedné straně shodné s impulzy k migraci u většinové populace, na druhé straně mají řadu specifík. Tyto motivy lze rozdělit do dvou skupin na finanční a nefinanční. Pokud jde o finanční podněty, potenciální migranti porovnávají soukromé náklady a přínosy plynoucí z přechodu do jiné země. Pokud očekávaný nárůst přínosů z tohoto přesunu převyšuje náklady s ním spojené, motivuje k migraci. Zároveň ovšem musí brát v úvahu další ekonomické rozdíly, zvláště vyšší náklady na bydlení v cílové zemi. Finanční podněty jsou dále ovlivněny i daňovými a sociálními systémy, které existují v jednotlivých zemích – štedrost sociálních systémů a sazby daně z příjmů. (Palát 2014)

Orientačně lze charakterizovat míru a hranice příjmové motivace k migraci za prací do zahraničí takto (Vavrečková 2006):

- velmi silný sklon k migraci existuje v situaci, kdy úroveň výdělků je v cílovém státě několikanásobně vyšší oproti vysílajícímu státu;
- silný migrační sklon trvá, pokud se výdělková úroveň v cílovém státě pohybuje okolo dvojnásobku úrovně vysílajícího státu;
- migrace se utlumují, pokud výdělková úroveň ve vysílajícím státě dosahuje zhruba tří čtvrtin příjmové úrovně cílového státu, tomuto bodu se odborně říká práh migrace a má se za to, že náklady na migraci se zde vyrovnají dodatečným příjmům. (Rolný 2008)

Intenzita působení výdělkové motivace k migraci za prací do zahraničí je v zásadě nepřímou úměrná kvalifikační úrovni migrantů. Čím jsou migranti méně kvalifikovaní, tím větší je míra jejich zájmu na výdělkovém přínosu práce v zahraničí. S rostoucí

kvalifikační a odbornou úroveň migrantů a náročností práce zesiluje váha nefinančních motivů. (Kostecká 2007)

Mezi tyto motivy se řadí zvýšení odborné úrovně a rozvoj pracovních znalostí, práce ve vysoce erudovaných týmech řešících náročné projekty, vybavení vrcholovou technologií, rozšíření jazykových kompetencí, získání osobních a pracovních kontaktů a vazeb, které jsou podstatné pro pracovní kariéru odborných pracovníků jak v zahraničí, tak při návratu do mateřské země. (Kostecká 2007)

Dále pak obecně lepší kvalita života a lepší životní úroveň, šance využití možností existujícího systému zdravotnictví, důchodového systému, pokročilého školského systému s příležitostmi pro vzdělávání přistěhovalců a jejich dětí. (Palát 2014)

Trend vystěhovávání vzdělaných/kvalifikovaných ze zemí méně rozvinutých do zemí ekonomicky vyspělých začíná být ještě více posilován migračními politikami mnohých zemí EU. Ty se začaly systematictěji zabývat výběrem a náborem cizí kvalifikované pracovní síly a vytváří speciální programy pro přilákání žádaných, v dané zemi nedostatkových odborníků. Řadu nabídkových programů pro vzdělané migranty nabízí Velká Británie, Irsko, Německo a další. (Vavrečková 2009)

Základní bariérou odchodu do zahraničí je dobré uplatnění v rodné zemi a obava z odloučení od rodiny. Třetí nejvýznamnější překážkou zahraničního pobytu jsou jazykové důvody. Jak již bylo řečeno, u výkonu lékařské profese jsou potřeba dobré komunikativní jazykové znalosti. Vážnou bariérou zahraničního pracovního pobytu je nesouhlas partnera a obavy z horšího pracovního uplatnění, než mají lékaři doma. (Vavrečková 2007)

2.6. Důsledky migrace ve zdravotnictví

Důsledky migrace zdravotníků jsou opět v několika ohledech shodné s důsledky migrace běžného obyvatelstva. Lze například vyzdvihnout ekonomický růst, technologický pokrok, růst ekonomicky aktivního obyvatelstva atd. Na druhou stranu se nedá úplně hovořit o negativních sociálních dopadech jako například terorismus a kriminalita, které se nedají spojovat s vysoce kvalifikovanou pracovní silou, kterou jsou zdravotníci. Taktéž se nedají spojovat ani s morálním hazardem, tedy pobíráním sociálních dávek namísto práce. Jak již bylo řečeno, zdravotníci migrují většinou v rámci nabídkové migrace,

a tudíž práci mají předem zajištěnou. Důsledky migrace zdravotnického personálu jsou tedy pro hostitelskou zemi obecně pozitivní a pro vysílající zemi spíše negativní.

Emigrace lékařů či jiných odborných pracovníků je spojována s pojmem brain drain. Jedná se v podstatě o mezinárodní přesun lidského kapitálu (lidé s tzv. terciárním vzděláním a tomu odpovídajícími znalostmi a dovednostmi) především z rozvíjejícího se do rozvinutého světa. V historii byl vnímán pozitivně, avšak během 70. let začal být viděn stále více jako ekonomická ztráta, především v souvislosti s vynaloženými a plně nenavrácenými náklady na vzdělání, které vláda zdrojové země do daného migranta investovala. Postupně se však v literatuře přiznávají odlivu mozků také určité pozitivní rysy a zisky i pro zdrojové země. Tyto zisky plynou především ze zvýšené intenzity obchodu, remitancí emigrantů, nového získání poznatků a dovedností, které přinášejí s sebou reemigranti, a také z přímých zahraničních investic plynoucích do zdrojových zemí. Stejně tak se diskutuje efekt tzv. zpětné vazby, kdy úspěchy vzdělaných emigrantů v zahraničí mohou celkově posílit (stimulovat) význam faktoru vzdělání ve zdrojových zemích. (Vavrečková 2009)

Mezi další pojmy spojené s migrací kvalifikovaných pracovníků patří i brain gain neboli získávání mozků. Užívaný je rovněž pojem brain exchange (tzv. výměna mozků), při němž dochází mezi státy k víceméně reciproční výměně vysoce kvalifikovaných sil. A charakteristickým znakem brain circulation (cirkulace mozků) je opakovaný pohyb mezi zdrojovou a cílovou zemí. (Vavrečková 2009)

Pozitivním efektem pro zdrojovou zemi při zahraniční migraci (emigraci) vzdělaných občanů jsou tzv. remittance migrantů. Představuje soukromé (finanční) převody pracovníků-migrantů, kteří pobývají v hostitelské zemi, příjemcům v zemi původu. (Vavrečková, 2009) Například téměř 45 % indických lékařů pracujících ve Velké Británii remituje finanční prostředky, které v průměru představují 16 % jejich příjmu. (Docquier 2006)

Dalším pozitivním dopadem pro rodnou vlast je tzv. reemigrace. Znamená to, že migrant se po určité době strávené v hostitelské, vyspělejší zemi vrátí do své vlasti a bude moci využít získaných znalostí a dovedností vč. akumulovaného finančního kapitálu ve své mateřské zemi. Tímto způsobem konkrétně přispívá k zvyšování produktivity i obecnému šíření nových technologií v zemi původu. Jako příklad lze uvést reemigrační pohyb Taiwanců a Korejců, absolventů doktorského studia v USA. (Vavrečková 2009)

Další důsledek vysvětluje tzv. Teorie sítí, která popisuje kontinuální migraci mezi zeměmi a regiony. Na začátku stojí první pracovní migranti, kteří nemají o dané zemi dostatečné informace ani sociální vazby, a tak čelí vysokým nákladům a rizikům z migrace. Spolu s tím, jak pracovníci z jedné země migrují do stejné cílové země, se zároveň posilují sociální a informační vazby. Posléze je tato komunita schopna dalším migrantům zajistit práci, bydlení i mnoho informací. To snižuje finanční i psychické náklady a rizika pro další imigranty z totožné domovské země a síť se rozvíjí a prohlubuje. (Kaczor 2013)

Členové zahraniční diaspory mohou také hrát významnou roli při rozvoji mateřské země, aniž by byl nezbytně nutný jejich návrat. Právě vzdělaní migranti totiž stimulují příliv přímých zahraničních investic do zdrojových zemí. (Vavrečková 2009)

V neposlední řadě je třeba zmínit i některé externality, které vznikají důsledkem migrace kvalifikovaných osob. Patří sem například tvorba nových pracovních míst, které vznikají v důsledku ekonomické aktivity vysoce kvalifikovaných migrantů, dále pak to, že vysoce kvalifikovaný produktivní pracovník (migrant) přelévá pozitivní efekt své práce i na ostatní pracovníky. Zápornou externalitou je naopak to, že imigrace vysoce kvalifikovaných pracovníků činí jejich práci méně vzácnou, což se může projevit ve výši mezd, a tím se sníží rozdíl mezi mzdou za vysoko a nízkokvalifikovanou práci, což může vést ke snížení motivace ke vzdělání. (Palát 2013) Obecně lze náklady a přínosy migrace zdravotníků shrnout takto:

Tabulka 4: Náklady a přínosy migrace pro přijímající a vysílající země

	Vysílající země	Přijímající země
Náklady	<ul style="list-style-type: none"> • Snížení počtu zdravotníků • Promarněné náklady na vzdělání a výcvik emigrantů • Ztráty z neuskutečněné spotřeby a neodvedených daní • Snížení morálky a loajality zůstávajících zdravotníků 	<ul style="list-style-type: none"> • Náborové náklady • Náklady na asimilaci • Snížení morálky a loajality domácích zdravotníků • Zhoršení pracovních podmínek pro domácí pracovníky
Přínosy	<ul style="list-style-type: none"> • Remitence • Nabytí zkušeností a znalostí ze zahraničí 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšení počtu zdravotníků • Zvýšení kvality poskytované péče • Výnosy ze spotřeby a odvedených daní • Zvýšení konkurenceschopnosti

Zdroj: vlastní zpracování dle Stewart, 2007

Co se týče dopadů migrace na zdravotnický systém ve vysílajícím státě, v první řadě se jedná o finanční náklady. Mezi ty lze zahrnout náklady na vzdělání a praxi emigrujících lékařů, finanční ztráty z neuskutečněné spotřeby a odvedených daní emigrujících lékařů. Dále pak spíše společenské náklady jako je ztráta loajality zbylých pracovníků, emigrující vzory pro mladé studenty a absolventy, ztráta lidského kapitálu – znalostí, dovedností. Nejvyšší dopady migrace zdravotnického personálu pocítují rozvojové země. Celkově z těchto zemí emigruje velký počet lékařů, sester a ostatních zdravotníků. Tyto země se totiž dlouhodobě potýkají s problémy jako je nedostatečné financování veřejných služeb, nízká úroveň technologie, politická nestabilita a války, epidemie, nedostatečná infrastruktura a vzdělávání. Všechny tyto aspekty nahrávají migraci zdravotníků. Tyto problémy ale ještě více prohlubuje, oslabuje zdravotnické systémy, snižuje dostupnost lékařské péče a zvyšuje nároky na stávající zdravotníky, což vyvolává další migraci. (Stewart 2007)

Přínosem jsou naopak remitence zahraničních pracovníků, zlepšení dovedností návratilců a vzájemná spolupráce mezi lékaři v rodné zemi a v zahraničí. Problémem u rozvojových zemí ale je, že jen málo emigrantů se do rozvojových zemí vrací a je otázkou, zda jsou zdravotní systémy v rozvojových zemích vůbec schopny využít nabyté zkušenosti a znalosti návratilců. (Stewart 2007)

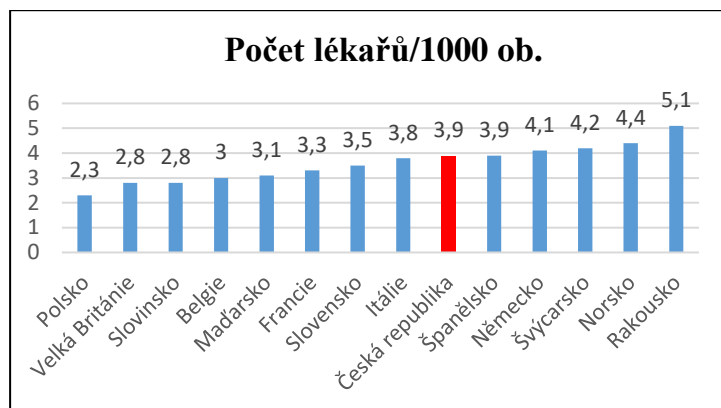
Dopady migrace na zdravotnický systém v přijímajícím státě lze rovněž rozdělit na náklady a přínosy. Přínosem je dozajista uspokojení nabídky pracovních pozic, zlepšení kvality zdravotní péče, daňové příjmy a příjmy z dodatečné spotřeby, stejně tak jako zvýšení konkurenceschopnosti stávajících zaměstnanců. (Stewart 2007)

Negativem pak může být zvýšená administrativní zátěž vlivem přijímání zahraničních pracovníků. Pro přijímající země to znamená náklady v podobě náborových výdajů a výdajů na asimilaci cizinců do dané společnosti. Současně také snížení morálky a loajality domácích zdravotníků a také zhoršení jejich pracovních podmínek. (Stewart 2007)

3. Migrace zdravotníků v ČR na regionální úrovni

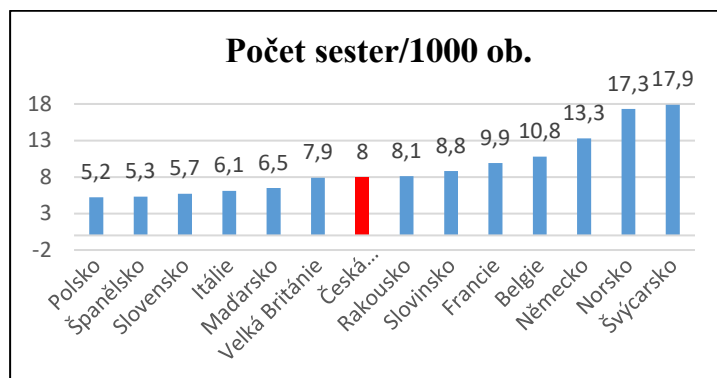
Česká republika se co do počtu lékařů a zdravotních sester nachází v té lepší polovině zemí OECD. Na 1000 obyvatel jsou v ČR zhruba 4 lékaři a 8 zdravotních sester, tzn. jeden lékař na 250 pacientů a jedna sestra na 125 pacientů, což je velice pozitivní výsledek. (viz Obrázek 10 a Obrázek 11).

Obrázek 10: Počet lékařů na 1000 obyvatel, země OECD, 2015



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2018

Obrázek 11: Počet sester na 1000 obyvatel, země OECD, 2015



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2018

Nedostatek pracovníků tedy ze statistického hlediska v České republice zdánlivě nehrozí. Jak bude vidět v následující analýze počet absolventů vždy obecně dokázal nahradit počet lékařů odcházejících do důchodu. Na českém trhu práce zdravotníků rovněž existuje tzv. kaskádová migrace. Což znamená, že počet imigrantů dokáže nahradit lékaře a sestry emigrující do zahraničí. (Michalička 2006)

Nicméně stále lze v ČR v hojné míře narazit na přeplněné lékařské ordinace. Tento jev je ale spíše odrazem častějších návštěv u lékařů než důsledkem kritického nedostatku českých lékařů. A pokud nedostatek lékařů opravdu existuje, pak je to na úrovni regionů

nikoli plošně, popřípadě se jedná o některé méně atraktivní obory či specializace, jako například geriatric, oftalmologie, patologie či radiodiagnostika, obtížně se v některých zdravotnických zařízeních obsazují i specialisté z oboru vnitřního lékařství, pediatrie, stomatology a chirurgie. (Vavrečková 2007)

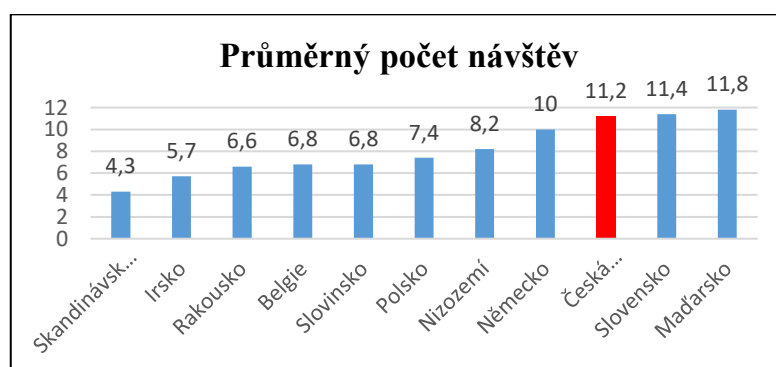
Dále lze v ČR pozorovat nespokojenost zdravotníků s úrovní příjmů, přičemž nejvýrazněji se to projevuje u začínajících doktorů (kteří mají zároveň největší sklon k migraci) a u zdravotních sester. Příčinou je nízké a v mnoha případech neefektivní financování zdravotnictví ze strany státu. Důsledkem toho je právě také nerovnoměrné rozložení lékařů na úrovni regionů, jelikož lékaři z měst nejsou finančně motivováni odstěhovat se na venkov, a naopak lékaři z venkova jsou výrazně motivováni odstěhovat se do měst, kde jsou platy vyšší a vybavení modernější. (Vavrečková 2007)

Všechny tyto výše zmíněné aspekty českého zdravotnictví (nerovnoměrné rozložení zdravotníků na regionální úrovni, nedostatečné financování zdravotnictví, nízké mzdy a v neposlední řadě vysoká zatíženost, co do počtu návštěv pacientů) úzce souvisejí s emigrací českých lékařů a sester do větších měst či do zahraničí a přinášejí s sebou mnohé ekonomické a sociální dopady, které se dotýkají nejen jich samotných, ale i státu a občanů. Všechny tyto aspekty a jejich dopady budou detailněji rozebrány v následujících kapitolách.

3.1. Nadprůměrné množství návštěv u lékaře

Jak lze vidět na následujícím grafu, Česká republika je hned za Maďarskem a Slovenskem třetí v počtu návštěv u lékaře ze zemí OECD. Znamená to, že průměrný Čech navštíví lékaře jedenáctkrát za rok, téměř jednou za měsíc. Tento jev extrémně zatěžuje zdravotnický systém.

Obrázek 12: Počet návštěv u lékaře na osobu, 2015



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2018

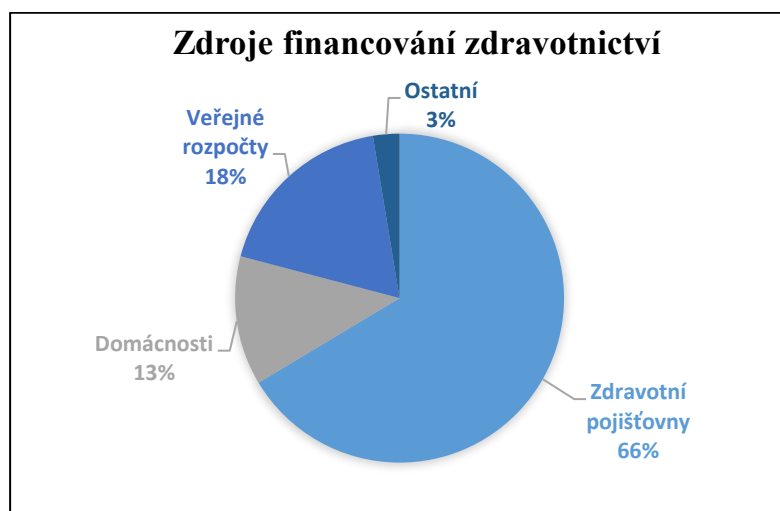
Za účelem snížení počtu pacientů v českých nemocnicích a u praktických lékařů bylo v tomto ohledu zavedeno poměrně efektivní řešení. V roce 2007 byl vydán Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jímž se změnil zákon o veřejném zdravotním pojištění. Tímto zákonem byly zavedeny tzv. regulační poplatky, které pacienti platili při návštěvě lékaře. Dle statistik celkové počty ambulantních ošetření/vyšetření v roce 2008 poklesly o 17 % oproti roku 2007, zatímco v předešlých letech se tyto počty snižovaly pouze o 2 až 3 % ročně. Což je velice pozitivní efekt. Druhým efektem výběru regulačních poplatků bylo navýšení finančních příjmů ve zdravotnictví, přičemž průměrně bylo na poplatcích vybráno 5 miliard ročně. (MZCR 2018)

Regulační poplatky se však staly předmětem politických bojů a k 01.01.2015 byly zrušeny. Počet pacientů se opět navýšil a od roku 2015 si ČR udržuje právě zmíněnou třetí pozici v zemích OECD. Tato přetíženost lékařů a sester přináší v dlouhodobém hledisku jistou míru frustrace a stává se jedním z motivačních faktorů pro migraci.

3.2. Financování zdravotnictví

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, financování zdravotní péče v České republice je sdílené. Jak je vidět na následujícím obrázku, nejvíce se na financování podílí zdravotní pojišťovny (66 %), dále stát (18 %) a domácnosti (13 %). Mezi ostatní zdroje financování patří například nadace.

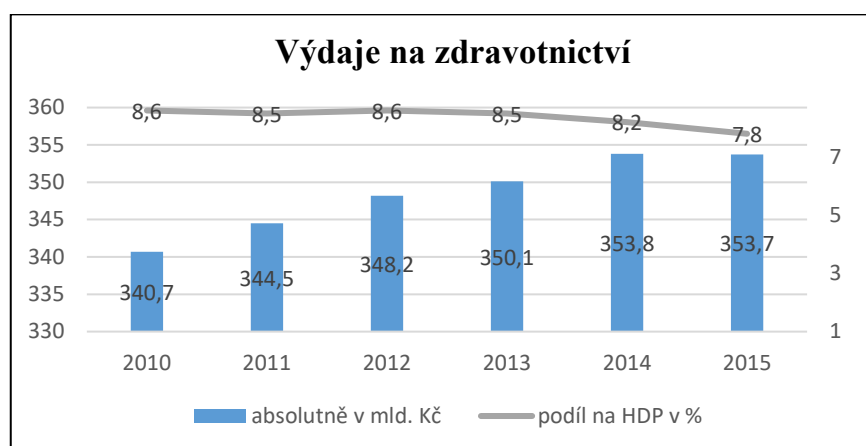
Obrázek 13: Zdroje financování zdravotnictví v ČR, 2015



Zdroj: vlastní zpracování dle ČSÚ, 2018

Problémem v ČR je ale velikost výdajů na zdravotnictví, která je ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi poměrně nízká. V roce 2015 bylo na zdravotní péči vydáno celkem 353,7 miliard Kč, což představuje zhruba 7,8 % HDP (Obrázek 14). Výdaje na zdravotnictví se v ČR v absolutních číslech zvyšují, ale v poměru k HDP se relativně snižují, jelikož v předchozích letech se výdaje na zdravotnictví pohybovali okolo 8,5 % HDP.

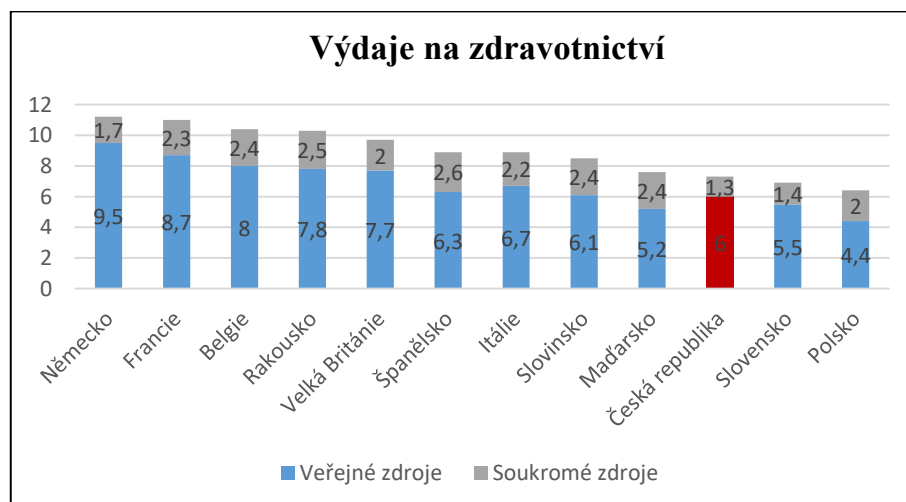
Obrázek 14: Výdaje na zdravotnictví v ČR v letech 2010-2015



Zdroj: vlastní zpracování dle ČSÚ, 2018

V zemích OECD je průměrně na zdravotnictví vydáno 9 % HDP. Jak lze vidět na následujícím obrázku, země západní Evropy se pohybují nad tímto průměrem, v čele s Německem, oproti tomu země V4 se pohybují pod ním.

Obrázek 15: Výdaje na zdravotnictví jako procento HDP, 2015



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2018

Dalším zajímavým jevem je to, že v ČR je ve srovnání s ostatními zeměmi velice nízké zastoupení soukromých zdrojů financování (šedá plocha na předchozím obrázku). V ČR to bylo v roce 2015 pouhých 1,4 % HDP, což je nejméně ze všech výše zmíněných zemí.

3.3. Nerovnoměrné rozložení zdravotníků na regionální úrovni

Z hlediska vývoje posledních deseti let celkový počet lékařů roste, a to průměrným tempem 2 % ročně, narůstá i počet sester, přibližně o 0,5 % ročně. Za poněkud problematickou lze považovat situaci stomatologů, tam počet absolventů není schopen nahradit počet odchozích do důchodu a do zahraničí, a tudíž jejich počet mezi lety 2015 a 2016 poklesl o 1 %. (UZIS 2017) K 01.01.2017 byl v ČR následující počet lékařů a sester.

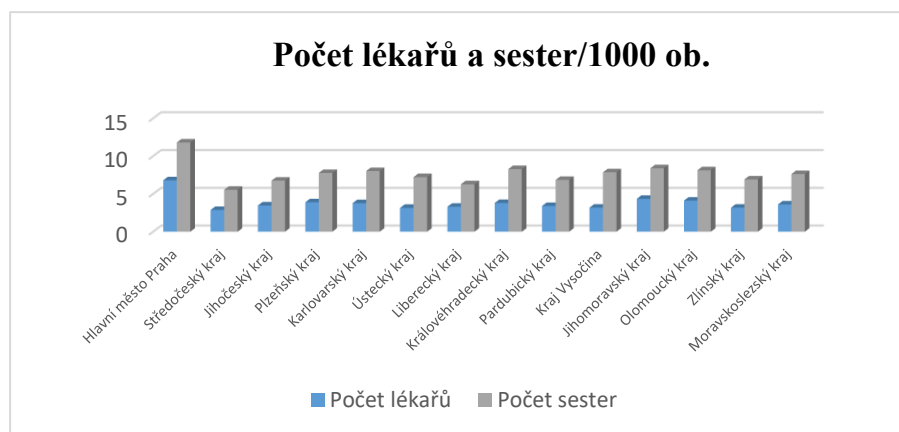
Tabulka 5: Celkový počet zdravotníků v ČR v roce 2016

Typ pracovníka	Celkový počet
Lékaři	41.600 osob
Zubní lékaři	7.495 osob
Zdravotní sestry	82.796 osob

Zdroj: vlastní zpracování dle UZIS, 2018

Jak již ale bylo zmíněno, nedostatek zdravotníků lze pozorovat na regionální úrovni. Z následujícího obrázku je zřejmé, že nejméně lékařů na 1000 obyvatel je v kraji Středočeském, Ústeckém, Zlínském a na Vysočině. Nejméně sester lze nalézt rovněž ve Středočeském a Zlínském kraji, dále pak v Libereckém a Pardubickém kraji. Nejvíce postiženy tímto nedostatkem jsou menší města a obce v daných krajích, kde scházejí hlavně praktičtí lékaři. Nedostatek však pociťují i nemocnice ve větších městech.

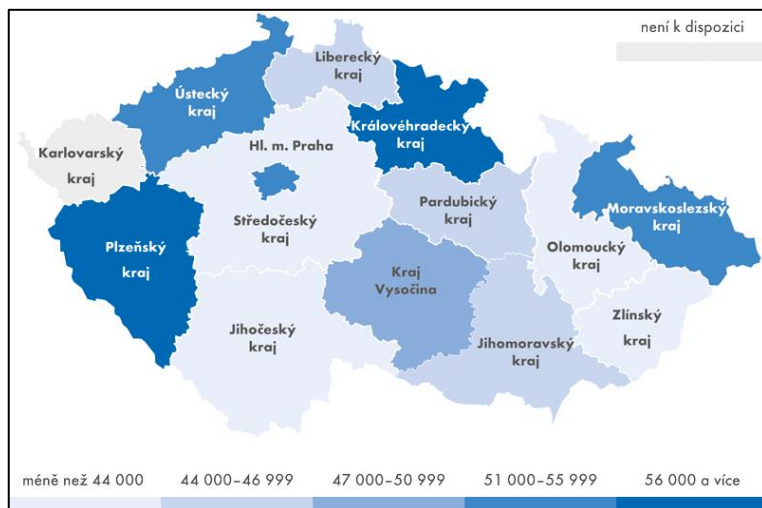
Obrázek 16: Rozložení lékařů a sester v regionech v roce 2016



Zdroj: vlastní zpracování dle UZIS, 2018

Následující mapy ČR potvrzují předchozí tvrzení, že hlavní motivací zdravotníků pro migraci do jiných krajů či měst je výše příjmů. Nelze totiž přehlédnout analogii v nedostatku personálu a výšce mezd. Nejnížší mzdy (medián nižší než 44.000 Kč) dostávají lékaři ve Středočeském a Zlínském kraji (kde je zároveň nejméně lékařů na 1000 obyvatel), dále pak v Olomouckém a Jihočeském kraji.

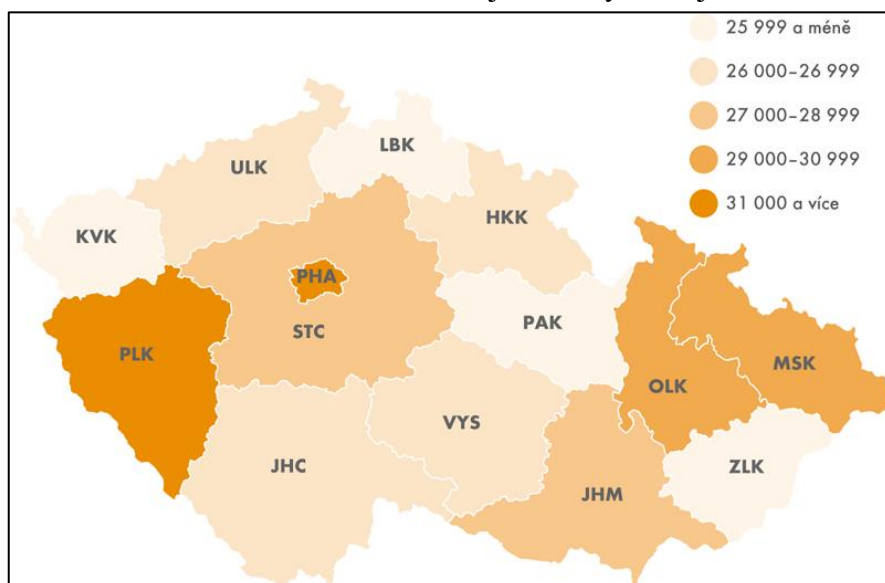
Obrázek 17: Platová rozmezí lékařů v jednotlivých krajích v Kč, 2016



Zdroj: Statistika & My, 2016

U zdravotních sester je trend obdobný, nejnížší mzdu (méně než 26.000 Kč) mají sestry ve Zlínském, Libereckém a Pardubickém kraji, kde je zároveň jejich nejvyšší nedostatek, dále pak v Karlovarském kraji.

Obrázek 18: Platová rozmezí sester v jednotlivých krajích v Kč, 2016



Zdroj: Statistika & My, 2016

Poměrně zajímavým faktem je, že nejvyšší koncentrace lékařů se nachází v Praze, Plzeňském, Jihomoravském a Olomouckém kraji, což jsou shodou okolností oblasti, kde se nachází lékařské fakulty. Dá se tedy předpokládat, že absolventi medicíny mají tendenci zůstat v oblastech, kde studovali, a do neatraktivních oblastí nemají tendenci se vracet či migrovat.

3.4. Ekonomické a sociální dopady

Migrace z neatraktivních regionů a současná neochota do těchto regionů migrovat s sebou nese mnohé ekonomické a sociální dopady jak na pacienty, tak na lékaře, nemocnice i stát. Z pohledu pacientů jde o problém nutnosti dojíždění či delší doby strávené v čekárnách, což je velkým problémem především u starších spoluobčanů, kteří nemají řidičské oprávnění. Pro stávající lékaře je zase problémem velké množství přesčasů a přetíženost co do počtu pacientů. Pro nemocnice a státní složky to znamená vysoký tlak ze strany zaměstnanců i široké veřejnosti a rovněž vyšší finanční výdaje. Nemocnice a kraje se totiž snaží nalákat nové lékaře a zdravotní sestry prostřednictvím stipendií, náborových příspěvků, mimořádných odměn a jiných finančních nástrojů.

3.5. Push faktory motivující české lékaře k emigraci

Všechny výše zmíněné aspekty, jako je přetíženost a nedostatečné finanční ohodnocení, bezesporu motivují české lékaře k migraci. Aby byl výčet push faktorů úplný, je třeba ještě popsat další z nich.

Mezi další nedostatky českého zdravotnictví, které rovněž přispívají k hojné migraci zdravotníků do zahraničí patří bezesporu i kvalita poskytované zdravotnické péče v ČR, úhradové mechanismy, řízení zdravotnických zařízení a také nastavení sítě primární péče, které tedy souvisí s nerovnoměrným rozložením zdravotníků na regionální úrovni. (Hejduková 2011)

Kvalita se dá poměrně dobře změřit prostřednictvím tzv. Health Consumer Index. V roce 2017 se ČR umístila na 16. místě z 35 zemí. V tomto průzkumu se hodnotí 6 základních disciplín, které mají několik částí. ČR se například nejhůře umístila v sekci prevence a práv a informovanosti pacienta. Konkrétně se jedná o právo na druhý názor, možnost ohodnotit kvalitu poskytované péče a e-recepty (zavedeny 01.01.2018). V otázce prevence má ČR velký problém se spotřebou alkoholu, nedostatkem pohybu a vysokým krevním tlakem. (HealthConsumerPowerhouse 2018)

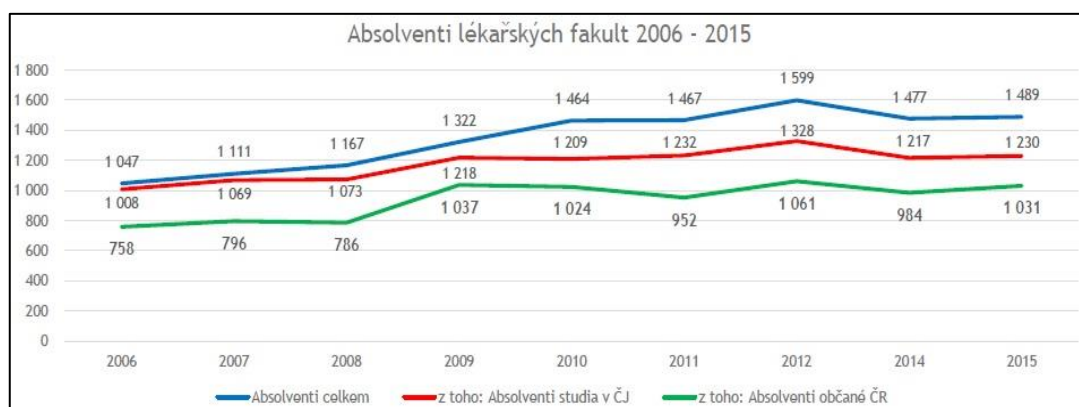
Co se týče řízení nemocnic, v ČR chybí manažerské vzdělání vedoucích pracovníků, středního i top managementu. S nedostatkem jejich manažerského vzdělání jsou spojeny vyšší náklady, nižší produktivita práce, nevhodná spolupráce s obchodními partnery i zaměstnanci a nepřehledné financování zdravotní péče. (Hejduková 2011)

3.6. Navýšení studentů medicíny jako jedno z možných řešení

Situaci v sektoru zdravotnictví v ČR je třeba řešit. Na tvorbě nejrůznějších řešení se podílejí příslušná ministerstva – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy; Ministerstvo zdravotnictví a současně i Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Mezi jedno z řešení samozřejmě patří navýšení rozpočtu jak ministerstva zdravotnictví, tak jednotlivých lékařských zařízení a lékařských fakult. Dále pak zvýšení finančního zapojení samotných pacientů, což by rovněž přispělo jednak ke zlepšení finanční situace ve zdravotnictví, a tedy ke zvyšování platů, ale i ke snížení počtu pacientů, a tedy snížení zátěže. Jedním z řešení nedostatku lékařů je i navyšování počtu studentů a absolventů lékařských fakult, toto téma bude detailněji rozebráno v následujícím textu.

V ČR se nachází celkem osm lékařských fakult. Počet absolventů medicíny se v ČR dlouhodobě pohybuje mezi čtrnácti a patnácti sty ročně přičemž více než 2/3 tvoří občané ČR (viz Obrázek 19).

Obrázek 19: Vývoj počtu absolventů medicíny v ČR

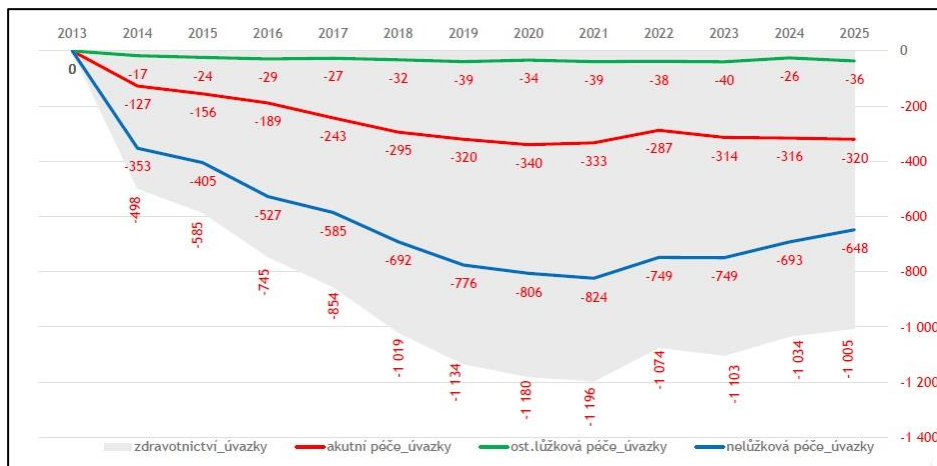


Zdroj: MŠMT, 2016

Vzhledem k tomu, že se zvyšuje počet obyvatel, dochází k celkovému stárnutí populace a lékaři mají tendenci migrovat, je důležité tomu přizpůsobit i školství a počet studentů navyšovat. Dle analýzy Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR se bude v následujících letech projevovat nedostatek lékařů ještě hlouběji. Na následujícím

obrázku lze vidět predikci každoročního úbytku úvazků lékařů dovršením 65. roku věku ve zdravotnictví celkem a v jednotlivých segmentech.

Obrázek 20: Predikce vývoje úbytku lékařských úvazků

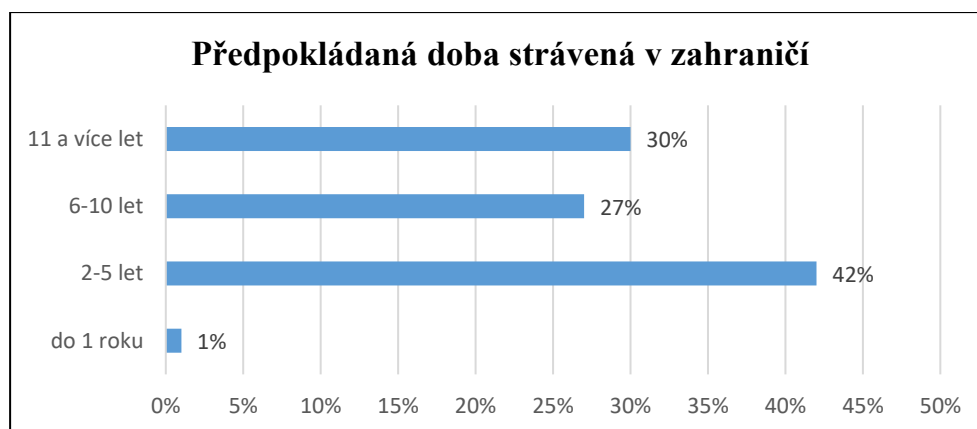


Zdroj: ÚZIS, 2016

Z modelu vyplývá, že současná produkce nových absolventů, kteří nastoupí do praxe, nebude od tohoto roku schopna krýt úbytek kapacit z důvodu stárnutí populace lékařů. V tomto roce se totiž předpokládá úbytek lékařských úvazků přibližně o 1.019 a počet absolventů mezi 1.400-1.500. Absolventů bude pravděpodobně stále více, ale je třeba brát v úvahu rovněž to, že někteří z nich rovnou emigrují do zahraničí.

Pro výpočet počtu emigrujících absolventů v tomto roce lze využít závěry z výzkumu Health Care Institute s názvem Barometr mezi mediky. Z toho průzkumu vyplývá, že v roce 2016 chtělo odejít do zahraničí 32 % absolventů medicíny (28 % v roce 2015). Přičemž nejvíce jich chtělo zůstat v cizině 2-5 let (viz Obrázek 21). (HCI 2017)

Obrázek 21: Rozložení lékařů dle předpokládané doby strávené v zahraničí



Zdroj: vlastní zpracování dle HCI, 2018

Pokud tedy vezmeme v potaz, že zhruba třetina absolventů uvažuje o emigraci, dá se předpokládat, že absolventů, kteří budou muset nahradit odchozí do důchodu v ČR bude méně než odchozích do důchodu a počet lékařů bude klesat. Řešením této situace by mohlo rovněž být nahrazování českých absolventů absolventy ze zahraničí. To však není zcela efektivní ze dvou důvodů. Zaprvé lékaři chybějí především v oborech jako je praktické lékařství a interna a v těchto oborech je současně nutná špičková jazyková znalost, která cizincům často chybí. Druhým problémem je to, že pro řadu lékařů z ciziny (Ukrajina, Rusko, Kazachstán) je ČR pouze prvním záchytným bodem na cestě do Západní Evropy. Jediným možným řešením této situace je navýšení počtu studentů na lékařských fakultách. (ÚZIS 2016)

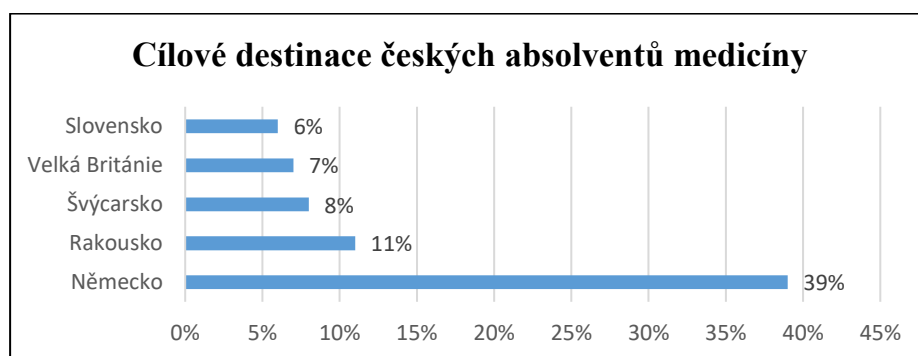
Dle ÚZIS by mohlo současnou situaci nedostatku lékařů vyřešit navýšení produkce absolventů lékařských fakult o 20 až 25 procent do roku 2035. Toto nesnadné řešení však znamená navýšení i finančních a personálních kapacit. Avšak lékaři, kteří učí na lékařských fakultách mají mnohdy nižší plat, než kdyby vykonávali lékařskou praxi. Tudíž obstarat personál, který bude vzdělávat nové mediky, bude velice složité. Navýšení finančních prostředků by bylo možné prostřednictvím vzdělávání ještě většího počtu cizinců, kteří si musejí studium na lékařské fakultě hradit. Otázkou ale je, zda právě tito absolventi nemají nejvyšší tendenci migrovat. (ÚZIS 2016)

4. Přeshraniční migrace zdravotnického personálu z ČR

Vesměs všechny zdroje, informující o migraci Čechů na zahraniční trhy práce, se více méně shodují na tom, že nejatraktivnější cílové destinace jsou Velká Británie, Německo, Rakousko, Švýcarsko a Slovensko. (Kaczor 2013)

Pro lékaře je situace obdobná, jak lze vidět na Obrázku 22.

Obrázek 22: Procentuální rozložení lékařů dle cílové destinace, 2016



Zdroj: Vlastní zpracování dle Health Care Institute, 2017

Dle nejaktuálnějších statistik, které má ČLK k dispozici (2015), chce každoročně odejít do zahraničí něco mezi pěti až šesti sty lékaři. Přičemž šedesát procent tvoří lékaři, kteří již pracují (pro práci v zahraničí potřebují Certifikát o profesní bezúhonnosti), a čtyřicet procent tvoří čerství absolventi (ti žádají o Certifikát o nečlenství v ČLK). Jak lze vidět v následující tabulce, v roce 2015 chtělo do zahraničí odejít 560 lékařů, přičemž dle odhadů ČLK skutečně odjedou přibližně 2/3 těchto lékařů. Dále je třeba zmínit, že v roce 2015 bylo již ve Velké Británii 1.266 českých lékařů, v Německu 924 a v Rakousku 106. Tyto počty se stále zvyšují a dle ČLK se migranti z těchto tří zemí jen v malé míře vracení. (ČLK 2016)

Tabulka 6: Počet lékařů, kteří se rozhodli pro emigraci

	Certifikát o profesní bezúhonnosti	Certifikát o nečlenství v ČLK	Celkem
2010	557	135	692
2011	501	172	673
2012	339	207	546
2013	330	193	523
2014	361	199	560
2015	354	209	563

Zdroj: ČLK, 2016

Zajímavým jevem, který je třeba určitě zmínit je to, že počet již pracujících lékařů, kteří chtějí emigrovat, dosáhl svého maxima v roce 2010. Avšak počet absolventů, kteří chtějí migrovat, dosáhl maxima v roce 2015. Přičemž dle ČLK tento narůstající trend dále pokračuje. To může pro ČR znamenat nejen nedostatek lékařů, ale též jejich zvyšující se průměrný věk.

4.1. Migrace do Německa

Z těchto čtyř nejfrekventovanějších zemí se autorka rozhodla detailněji popsat migraci do sousedního Německa. Tato země je vhodná jednak proto, že je první zemí, do které v současnosti proudí nejvíce lékařů z ČR, a jednak proto, že má tato země s migrací velké zkušenosti.

Pracovní migrace do Německa začala již v 19. století a byla spojena především s industrializací a tvorbou spousty nových pracovních míst. Před první světovou válkou už se v Německu nacházelo 1,2 milionu cizinců. Tato země má však hojné zkušenosti i s emigrací nejen svých občanů, ale i cizinců, ke které docházelo především ve válečném a meziválečném období. Tyto neslavné přesuny obyvatel, ať už se jednalo o deportace nepohodlných obyvatel či naopak import pracovní síly v podobě válečných zajatců, nezvratně ovlivnily následné postoje německých obyvatel k přistěhovalcům a také migrační politiku země. Již v roce 1955 započalo Německo svůj program „Gastarbeiter“, který nejvíce využívali Turci, Jugoslávci a Italové. Po znovusjednocení Německa začali do Německa hojně migrovat i žadatelé o azyl. (Hoerder 2010)

V současnosti se v Německu nachází cca 10 milionů cizinců (bez cizinců, kteří již získali německé občanství). Vzhledem k tomu, že má Německo aktuálně 82,7 milionů obyvatel, cizinci tvoří 12 % populace. (Destatis 2017)

4.2. Lékaři-cizinci v Německu

V roce 2017 byl počet zahraničních lékařů registrovaných v Německu 50.809. Oproti roku 2016 se tento počet zvýšil o 4.088 (8,4 %). Obecně to znamená, že 13,2 % lékařů pracujících v Německu má cizí státní občanství. Dále Německá lékařská komora uvádí, že 66,8 % všech zahraničních lékařů v Německu pochází z Evropy, 22,7 % z Asie, 6,8 % z Afriky a 3,2 % z Ameriky. Nejvíce zahraničních lékařů pochází z Rumunska (4.505), Sýrie (3.632) a Řecka (3.147), po němž následuje Rakousko (2.642). (Bundesärztekammer 2018)

V roce 2017 emigrovalo do jiných zemí celkem 1.965 lékařů původně pracujících v Německu, přičemž podíl německých lékařů činil 59,3 %. Emigrace se snížila ve srovnání s předchozím rokem (2.050) a je tedy na úrovni roku 2003. Nejpopulárnější cílové země jsou, stejně jako v předchozích letech, Švýcarsko (641), Rakousko (268) a USA (84). (Bundesärztekammer 2018)

4.3. Čeští lékaři v Německu

Jak již bylo řečeno, Německo je v současnosti nejoblíbenější cílovou destinací českých lékařů. V předchozích letech to byla Velká Británie, ve které dodnes pracuje nejvíce českých lékařů. Ale vzhledem k aktuálnímu vývoji, kdy tendence migrovat do Velké Británie dlouhodobě klesá, avšak do Německa dlouhodobě roste, a vzhledem k blížícímu se Brexitu, se Německo dostalo na první příčku atraktivnosti pro české lékaře.

U českých lékařů dominují mezi motivy práce v Německu dva základní motivy-vyšší finanční ohodnocení a zlepšení cizího jazyka. O třetí místo se dělí získání mezinárodního rozhledu/kontaktů a možnost pracovat (naučit se pracovat) se špičkovou lékařskou technikou a vyšetřovacími léčebnými postupy. Další motivy odchodu lékařů do zahraničí souvisí jednak opět s pracovním procesem (profesionálnější vztahy na pracovišti, práce v renomovaném zdravotnickém zařízení, ...) nebo s nespokojeností se situací v českém zdravotnictví. O určité skepsi lékařů hovoří i fakt, jaký význam přisuzují zahraničním zkušenostem pro kariérní růst v ČR. (Vavrečková 2009)

Základní předností českých lékařů a sester je pracovitost, zručnost, obecně vysoká úroveň odborných znalostí, přizpůsobivost, kreativita a samostatnost. Naopak nedostatkem bývá často špatná jazyková vybavenost a nedostatečné sebevědomí. (Kaczor 2013)

Tabulka 7: Počet českých lékařů v Německu v roce 2017

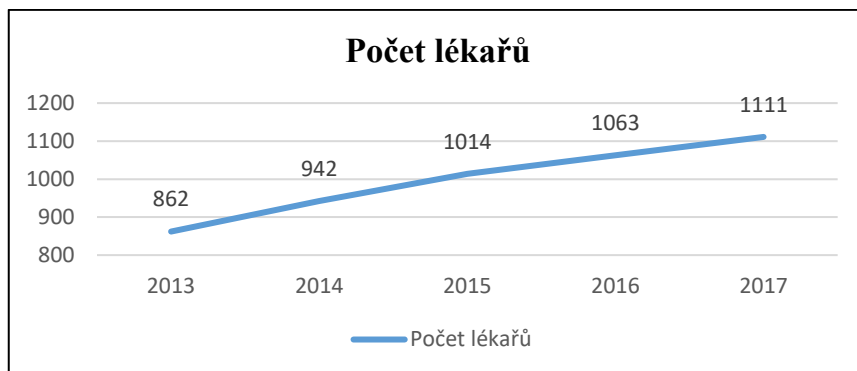
Čeští lékaři	Celkem	Nepracující	Pracující	Z toho		
				Nemocnice	Ambulance	Ostatní
Počet	1.111	116	995	846	63	86

Zdroj: vlastní zpracování dle Bundesärztekammer, 2018

V současnosti v Německu žije 1.111 českých lékařek a lékařů a téměř 90 % z nich pracuje, přičemž 85 % pracujících lékařů je zaměstnáno v nemocnici. Podle statistik přijde do Německa ročně zhruba 100 českých lékařů, téměř polovina z nich jsou čerství absolventi. Celkový počet českých lékařů v Německu však roste pomaleji

(viz Obrázek 23), je to způsobeno hlavně tím, že pobyt lékařů v zahraničí bývá často dočasný a někteří lékaři se po nějaké době vrací zpět do ČR.

Obrázek 23: Počet českých lékařů v Německu mezi lety 2013-2017

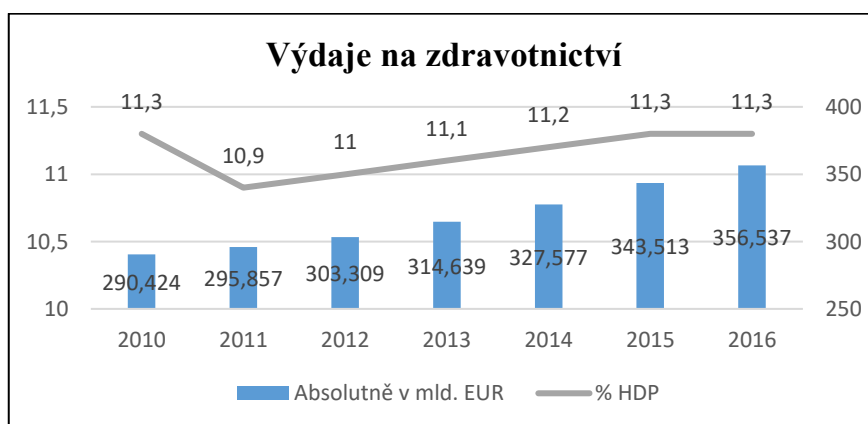


Zdroj: vlastní zpracování dle Bundesärztekammer, 2018

4.4. Výhody německého zdravotního systému oproti systému v ČR

V prvé řadě se jedná o nižší zatížení zdravotnického personálu, co do počtu pacientů i například přesčasů. Jak bylo možné vidět na Obrázcích 10, 11 a 12. Počet lékařů na 1.000 obyvatel je v Německu 4,1. Oproti tomu v ČR je to 3,9. Markantnější rozdíl lze vidět u množství sester na 1.000 obyvatel. Tam se jejich počet v Německu pohybuje okolo 13,3; kdežto v ČR je to pouhých 8. V neprospěch ČR mluví i statistika pojednávající o průměrném počtu návštěv na jednoho pacienta (11,2 x za rok), ačkoli Německo je v těsném závěsu s 10 návštěvami za rok. Dále je velice výrazným faktorem financování zdravotnictví.

Obrázek 24: Vývoj výdajů na zdravotnictví v Německu

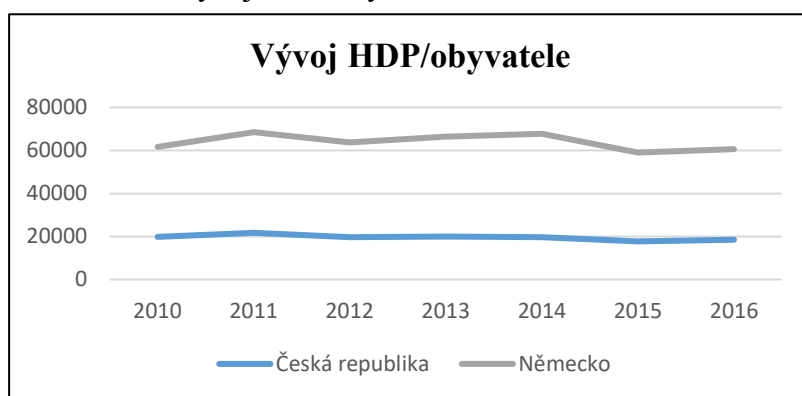


Zdroj: vlastní zpracování dle Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018

V Německu bylo v roce 2015 vynaloženo 11,3 % HDP (v ČR: 7,8 % HDP). Přičemž v Německu má tento ukazatel rostoucí trend (viz Obrázek 24), v ČR klesající.

Ještě je třeba v této souvislosti zmínit jeden ukazatel, a tím je vývoj HDP na obyvatele. Srovnání absolutních hodnot HDP (ČR: 4.477 mld. Kč, DE: 3.033 mld. EUR) totiž vzhledem k tomu, že v Německu žije 8 x více obyvatel, nemá žádnou vypovídací hodnotu. Na následujícím obrázku je znázorněn vývoj HDP/obyvatele v ČR a v Německu. Zatím co absolutní HDP je v Německu více než 17 x vyšší, HDP/obyvatele je vyšší „pouze“ více než 2 x.

Obrázek 25: Vývoj HDP/obyvatele v ČR a Německu, v USD

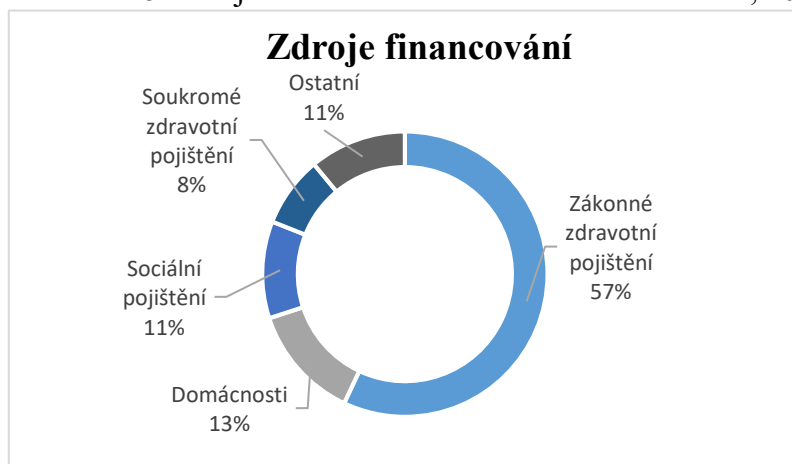


Zdroj: vlastní zpracování dle World Bank, 2018

V konečném důsledku to znamená, že vzhledem k tomu, že v Německu je do zdravotnictví investováno více procent HDP, a k tomu, že mají i celkově vyšší HDP/obyvatele, výdaje na zdravotnictví, přepočtené na jednoho obyvatele, byly v roce 2015 v Německu 114.576 Kč a v České republice 33.460 Kč (za použití průměrného kurzu v roce 2015: 27,28 CZK/EUR). To je téměř 3,5 x více. Vyšší výdaje na zdravotnictví znamenají zároveň i vyšší platy zdravotníků, investice do výzkumu, vývoje, nových technologií, vybavení a služeb.

Výše výdajů na zdravotnictví souvisí především se zdroji financování. Německo má velice podobný systém financování jako Česká republika. Rovněž je zde povinné zákonné zdravotní pojištění, které pokrývá většinovou část výdajů na zdravotnictví. Domácnosti se přímo podílejí na výdajích na zdravotnictví stejně, v obou zemích 13 %, což je v Evropě nejméně (viz Obrázek 15). V Německu se však oproti ČR na výdajích na zdravotnictví podílejí i fondy ze sociálního pojištění a soukromého zdravotního pojištění (Obrázek 26).

Obrázek 26: Zdroje financování zdravotnictví v Německu, 2017



Zdroj: vlastní zpracování dle Statistische Bundesamt, 2018

Kvalitu poskytovaných služeb je možné sledovat prostřednictvím Euro Health Consumer Index který je pravděpodobně nejpodrobnějším ukazatelem kvality, který srovnává jednotlivé evropské země. V tabulce na následující straně je srovnání ČR a Německa.

V tomto celoevropském šetření pro rok 2017 bylo srovnáváno 35 zemí, přičemž Německo se umístilo na sedmém místě a ČR na místě šestnáctém. Německo poměrně výrazně překonává ČR ve čtyřech disciplínách ze šesti. Jsou to práva pacientů a jejich informovanost, výsledky, prevence a léčiva. Pozitivním rysem pro ČR je to, že v druhé disciplíně, dostupnosti, má s Německem shodně bodů a v disciplíně rozsah a dosah služeb Německo dokonce překonává. Dalo by se tedy říci, že v ČR je velice dobrý rozsah a dostupnost zdravotnických služeb pro pacienty oproti Německu. Avšak v prevenci, přístupu k novým moderním lékům, informovanosti a výsledcích je lepší Německo. Tento aspekt bezesporu přispívá k motivaci odchodu českých lékařů do zahraničí.

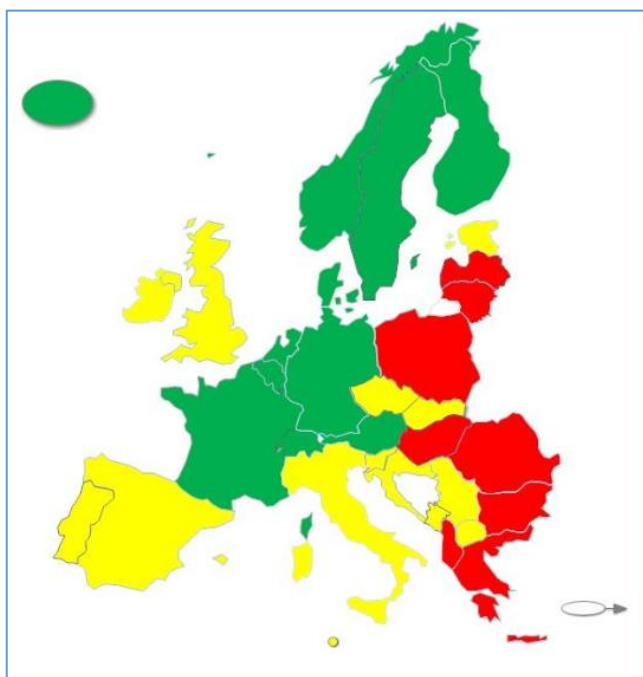
Tabulka 8: Euro Health Consumer Index ČR a Německo, 2017

Sub-discipline	Indicator	Germany	Czech Republic	Sub-discipline	Indicator	Germany	Czech Republic
Patient rights and Information	Patient organisations involved in decision making			Range and reach of services provided	Equity of health care systems		
	Right to second opinion				Cataract operations per 100.000 age +65		
	Access to own medical record				Kidney transplants per million pop.		
	Registry of bona fide doctors				Dental care included in public health care		
	Web or 24/7 telephone HC ingo with Interactivity				Informal payments to doctors		
	Cross-border care seeking financed from home				Long term care for the elderly		
	Provider catalogue with quality ranking				% of dialysis done outside of clinic		
	Patient recordse-accessible				Caesarean sections		
	Patients' access to online booking of appointments				Score	83	104
	e-prescriptions				Infant 8-disease vaccination		
	Score	108	79		Blood pressure		
Accessibility	Family doctor same day access			Prevention	Smoking prevention		
	Direct access to specialist				Alcohol		
	Major elective surgery <90 days				Physical activity		
	Cancer therapy <21 days				HPV vaccination		
	CT scan <7days				Traffic deaths		
	A & E waiting times				Score	101	77
	Score	188	188		Rx subsidy		
Outcomes	30-day Case Fatality for AMI			Pharmaceuticals	Novel cancer drugs deployment rate		
	30-day Case Fatality for stroke				Access to new drugs		
	Infant deaths				Arthritis drugs		
	Cancer survival				Statin use		
	Potential years of Life Lost				Antibiotics/capita		
	MRSA Infections				Score	89	56
	Abortion rates				Total score	836	726
	Depression			Rank	7	16	
	% of diabetes patients with HbA1c		n.a.		not so good		good
	Score	267	222		so-so	n.a. = not available	

Zdroj: HealthPowerHouse, 2018

Euro Health Consumer Index poskytuje i mapu, rozdělující země dle kvality služeb do tří kategorií. Zelená znamená nejlepší kvalitu, žlutá průměrnou a červená podprůměrnou kvalitu služeb. Z mapy je zřetelné, že dva sousedi České republiky, Německo a Rakousko, cílové země českých lékařů, jsou na tom o něco lépe.

Obrázek 27: Mapa Evropy dle kvality zdravotnických služeb



Zdroj: HealthPowerHouse, 2018

4.5. Podpůrné programy ze strany Německa

Dle Evropského portálu pracovní mobility v Německu aktuálně chybí 29.984 lékařů a 19.896 zdravotních sester či ošetřovatelů (k 01.04.2018). Německá vláda nemá žádný ucelený program pro nábor zdravotníků ze zahraničí. Tento nábor a motivační programy jsou zcela v kompetencích jednotlivých lékařských zařízení. Shánění a získávání zdravotníků ze zahraničí probíhá třemi způsoby:

- přímo konkrétním zdravotním zařízením,
- z iniciativy samotných zdravotníků,
- prostřednictvím personálních agentur.

Konkrétní zdravotní zařízení samozřejmě vytváří inzeráty na evropských i mimoevropských pracovních portálech jako je například EURES a navštěvuje pracovní veletrhy. Konkrétně v ČR se každoročně koná Job veletrh lékařství a zdraví, kam jezdí zástupci německých a rakouských klinik získávat české zdravotníky. Německé kliniky

a nemocnice se snaží české zdravotníky zaujmout především vyšší platy, ale i mnoha benefity, mezi které patří mimo těch tradičních i například ubytování, pomoc se sháněním zaměstnání pro partnera a školek pro děti.

Velice často probíhá nábor z iniciativy samotného zdravotníka, který není v zaměstnání ve své rodné zemi spokojen. Práci vyhledává právě na zmíněných pracovních portálech. Prakticky není pro zájemce o zaměstnání v Německu jeho získání nijak složitý proces, hlavně pro české zdravotníky, protože tato migrace probíhá v rámci Evropské unie. V podstatě musejí doložit svůj vysokoškolský diplom a projít tzv. aprobací, což je odborná zkouška, při které lékař prokazuje své jazykové i odborné znalosti.

Poslední možností jsou specializované personální agentury, které vyhledávají zahraniční lékaře, nabízejí jim práci a poté jim pomáhají se všemi záležitostmi týkajícími se přesunu do cílové země a nástupu do zaměstnání.

4.6. Ekonomické a sociální dopady migrace ze strany lékařů

Mezi sociální dopady na samotné migrující lékaře patří určitě možnost pracovat v kvalitnějším prostředí a modernějšími technologiemi a prostředky, jak bylo zřejmé z předchozí analýzy kvality. Současně také využití výše zmíněných podpůrných programů zcela jistě ovlivní sociální stránku života v zahraničí. V následujícím textu bude však podrobněji rozebrána problematika ekonomických dopadů, která je lépe kvantifikovatelná než ta sociální.

Pro účel srovnání toho, jak si lékař reálně platově polepší, zvolila autorka typický příklad migrujícího pracovníka, a sice svobodného bezdětného muže, absolventa lékařské fakulty, bez praktických zkušeností, zabývajícího se oborem vnitřního lékařství.

Tabulka 9: Srovnání hrubé mzdy absolventa-internisty v národních měnách, 2018

Kategorie pracovníka	Česká republika	Německo
Lékař internista	28.900 CZK	4.200 EUR

Zdroj: vlastní zpracování, 2018

Je nutné mít však na paměti, že rozdíl hrubých nominálních výdělků poskytuje nepřesnou a velmi zavádějící informaci o příjmové výhodnosti pracovní migrace do zahraničí. Pokud má mít tedy srovnání příjmů nějakou vypovídající hodnotu, je třeba vzít v úvahu

čtyři faktory, které do jisté míry sblíží výdělkovou hladinu mezi ČR a zahraničím (Kaczor 2013):

- daňové sazby,
- úroveň spotřebitelských cen,
- dynamika nominálního výdělku a
- vývoj měnového kurzu.

Důležitost těchto faktorů je v případě zdravotníků o to vyšší, že podle statistik se v jejich případě jedná převážně o migraci s dočasným pobytem v cílovém státě a s návratem do mateřské země, nejčastěji se doba pobytu v cizině pohybuje mezi dvěma až pěti roky. Poté se dá předpokládat, že výdělky ze zahraničí budou převedeny na domácí měnu a utraceny či investovány v rodné zemi. (Michalička 2006)

Daňové sazby

Daňové sazby se v obou zemích v několika aspektech liší, stejně tak jako náklady na zdravotní pojištění a sociální zabezpečení. V následujících tabulkách je výpočet čistých mezd lékařů v ČR a v Německu.

Výpočet čisté mzdy v ČR se řídí zákonem č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů; zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákonem č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení. Pro zjednodušení předpokládáme, že tento lékař nevykonává žádnou jinou výdělečnou činnost a jako lékař pracuje na plný úvazek bez přesčasů. Nemá nárok na jakékoliv daňové slevy (s výjimkou slevy na poplatníka) ani jiné daňové výhody.

Tabulka 10: Výpočet čisté měsíční mzdy, v CZK, 2018

Česká republika	
Hrubý mzda	28.900 CZK
Sociální pojištění zaměstnavatel (25 %)	7.225 CZK
Zdravotní pojištění zaměstnavatel (9 %)	2.601 CZK
Sociální pojištění zaměstnanec (6,5 %)	1.879 CZK
Zdravotní pojištění zaměstnanec (4,5 %)	1.301 CZK
Základ daně	38.800 CZK
Záloha na daň (15 %)	5.820 CZK
Sleva na dani (za poplatníka)	2.070 CZK
Čistá mzda	21.970 CZK

Zdroj: vlastní zpracování, 2018

V Německu se výpočet čisté mzdy řídí zákonem o daních z příjmu „Einkommensteuergesetz“ a knihou sociálního zabezpečení „Sozialgesetzbuch“, která pojednává o všech typech pojištění, která se vztahují ke mzdě. (gmvj.de, 2018)

Tabulka 11: Výpočet čisté měsíční mzdy, v EUR, 2018

Deutschland	
Gesamtbrutto	4.200 EUR
Lohnsteuer (18,5 %)	777,50 EUR
Solidaritätszuschlag (5,5 %)	42,76 EUR
Krankenversicherung (6,65 %)	349,32 EUR
Rentenversicherung (9,95 %)	396,18 EUR
Arbeitslosenversicherung (3,3 %)	63,90 EUR
Pflegeversicherung (0,85 %)	64,97 EUR
Geldwerter Vorteil (1,43 %)	60 EUR
Gesamtnetto	2.505,37 EUR

Zdroj: vlastní zpracování dle brutto-netto-rechner.info, 2018

Na základě výpočtů čisté mzdy lze konstatovat, že zatím co v ČR je zaměstnanci z hrubé mzdy strženo celkem 23,98 %, v Německu je to 40,35 %. Tudiž v Německu jsou celkově vyšší odvody státu a tím pádem se vlivem tohoto faktoru výdělkové hladiny v obou zemích přibližují.

Měnový kurz

Jako další faktor je třeba brát v úvahu vývoj měnového kurzu. Jak již bylo řečeno, lékaři si velice často vydělají peníze v zahraničí, ale poté se vracejí zpět do ČR a našetřené peníze utrácejí zde. Nebo minimálně podporují své rodiny ze zahraničí formou tzv. remitencí.

Obrázek 28: Měnový kurz EUR/CZK



Zdroj: Kurzy.cz, 2018

Od listopadu 2013 do března 2017 byla situace pro obyvatele České republiky pracující v zahraničí velice příznivá, díky intervencím ČNB česká koruna oslabila a kurz byl uměle udržován nad pomyslnou hranicí 27 Kč za euro. V březnu 2017 tyto intervence skončily a kurz byl uvolněn. V současnosti se pohybuje kolem 25,4 Kč za euro (viz Obrázek 28).

V takovém případě lze srovnat čisté mzdy ve stejné měně pomocí aktuálního měnového kurzu. Je tedy zřejmé, že začínající lékař si v Německu vydělá bez mála třikrát více než začínající lékař v České republice.

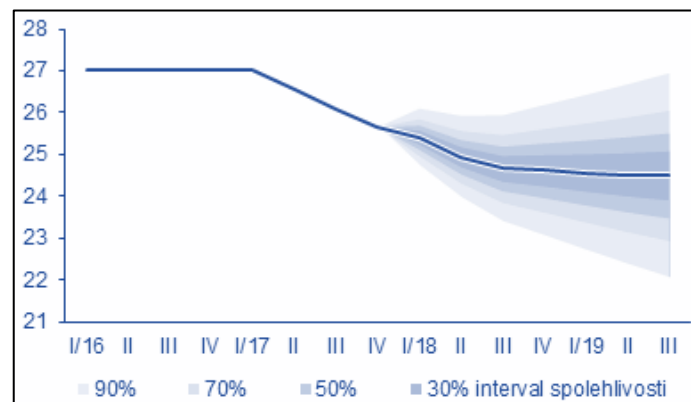
Tabulka 12: Srovnání čisté mzdy absolventa-internisty v CZK, 2018

Kategorie pracovníka	Česká republika	Německo
Lékař internista	21.970 CZK	63.636 CZK

Zdroj: vlastní zpracování, 2018

Měnový kurz se však nevyvíjí, co se týče zahraničních pracovníků, příliš pozitivně. Dle predikce ČNB by měla česká koruna dále posilovat a to na 24,9 Kč za euro v roce 2018 a poté na 24,5 Kč za euro v roce 2019 (viz Obrázek 29).

Obrázek 29: Predikce měnového kurzu EUR/CZK



Zdroj: ČNB, 2018

Do budoucna by mělo na tuto úzkou skupinu lidí z ekonomického hlediska pravděpodobně vliv přijetí společné měny eura Českou republikou. Toto však zatím není v horizontu několika let aktuální.

Úroveň spotřebitelských cen

Pro ještě přesnější zjištění toho, jak si migrující lékař platově polepší, je třeba brát v potaz srovnávací cenové hladiny tzv. CPL. CPL jsou definovány jako poměry parity kupní síly-PPP pro výdaje soukromé konečné spotřeby na směnné kurzy. (OECD 2018)

Aktuální údaje pocházejí z ledna 2018, přičemž poměr ČR a Německa je stanoven na úrovni 146. Výchozí zemí je ČR, tudíž počet těchto jednotek v ČR je rovných 100. Tento poměr znamená, že cenová hladina v Německu je o 46 % vyšší než v ČR, resp. v Německu migrant utratí v průměru 146 Kč za nákup stejného spotřebního koše, za který by v ČR zaplatil pouze 100 Kč. (OECD 2018)

Na základě těchto dat lze opět upravit tabulku porovnávající mzdy, přičemž tentokrát se nebude jednat o nominální, avšak o reálnou čistou mzdu přepočtenou na české koruny.

Tabulka 13: Srovnání reálné čisté mzdy absolventa-internisty v CZK, 2018

Země	Nominální čistá mzda	CPL	Reálná čistá mzda
Česká republika	21.970 CZK	1	21.970 CZK
Německo	63.636 CZK	1,46	43.586 CZK

Zdroj: vlastní zpracování, 2018

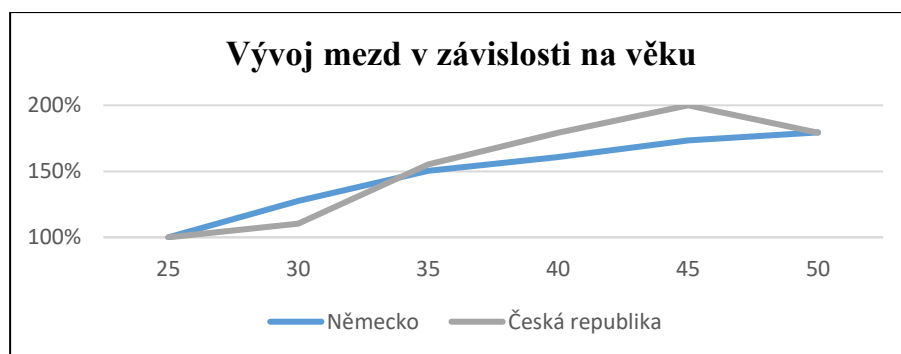
Reální čistá mzda je v Německu tedy cca 2 x vyšší než v ČR, a dle odborné literatury je 2 x vyšší mzda vysokou motivací k emigraci do zahraničí.

Z výše uvedených výpočtů je jasné, že vlivem emigrace českých lékařů do zahraničí se jejich mzdy reálně zvýší na dvojnásobek a dá se tedy předpokládat, že se i dvojnásobně zvýší jejich životní úroveň. Ve prospěch této migračně atraktivní země hovoří i poslední faktor, a sice vývoj nominálních mezd.

Dynamika nominálního výdělku

Posledním faktorem, který bezesporu do jisté míry rovněž ovlivňuje výdělky migrujícího lékaře, je vývoj nominálního výdělku. Na tento jev lze nahlížet ze dvou úhlů. Zprv je třeba vzít v potaz vývoj mezd ve zdravotnictví obecně, na úrovni státu. Zadruhé individuální vývoj mzdy, vlivem kariérního růstu.

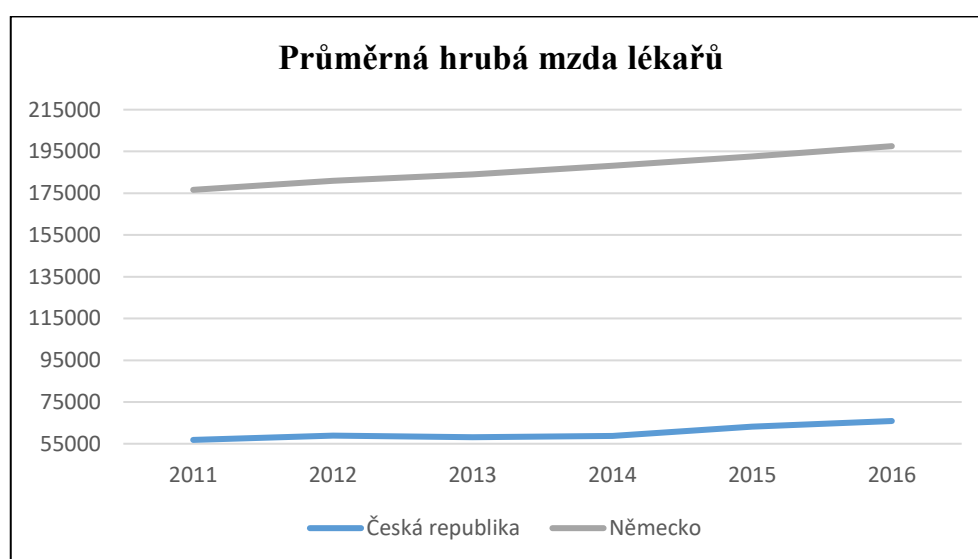
Obrázek 30: Vývoj průměrné hrubé mzdy lékařů v závislosti na jejich věku, v %, 2015



Zdroj: vlastní zpracování dle Statistika & My a Gehaltsvergleich.com, 2018

Z Obrázku 30 lze vyčíst, že mzda se v obou zemích s postupujícím věkem zvyšuje. V Německu roste mzda více proporčně, přičemž lékaři dosáhnou v průměru téměř dvojnásobku původní mzdy. V České republice roste mzda nejdříve pomaleji, ale kolem třicátého roku lékaře začne růst rychleji. Zajímavé je, že v pokročilém věku lékařů v ČR začne jejich průměrná mzda klesat. To je pravděpodobně způsobeno tím, že specialisté, kteří mají obecně vyšší mzdy, odcházejí do důchodu, avšak praktičtí lékaři pracují déle. Dalším faktorem je vysoký podíl žen v praktickém lékařství v pokročilém věku, ženy totiž dostávají obecně méně peněz než muži.

Obrázek 31: Vývoj průměrné hrubé mzdy lékařů mezi roky 2011–2016, v Kč



Zdroj: vlastní zpracování dle UZIS a OECD, 2018

Vývoj průměrné hrubé mzdy je v obou zemích rostoucí. V ČR roste průměrná mzda jak u lékařů, tak u sester relativně rychleji, a to především v posledních letech. Což je způsobeno jejich nedostatkem a snahou je finančně motivovat. V absolutních číslech je však mzda v Německu stále výrazně vyšší (viz Obrázek 31).

4.7. Ekonomické a sociální dopady migrace ze strany české společnosti

Dopady migrace jsou velice těžko kvantifikovatelné, jelikož migrace není osamoceným jevem a vždy pouze doprovází jiné jevy, a tudíž její dopady nelze úplně přesně identifikovat. Jako příklad lze uvést nedostatek lékařů. Nedostatek lékařů je na jedné straně bezesporu zapříčiněn i jejich emigrací, avšak jsou zde i další faktory, které byly popsány v předchozích kapitolách, jako je například nerovnoměrné rozložení lékařů, nedostatek studentů a absolventů medicíny či vysoký počet návštěv pacientů. Pokud

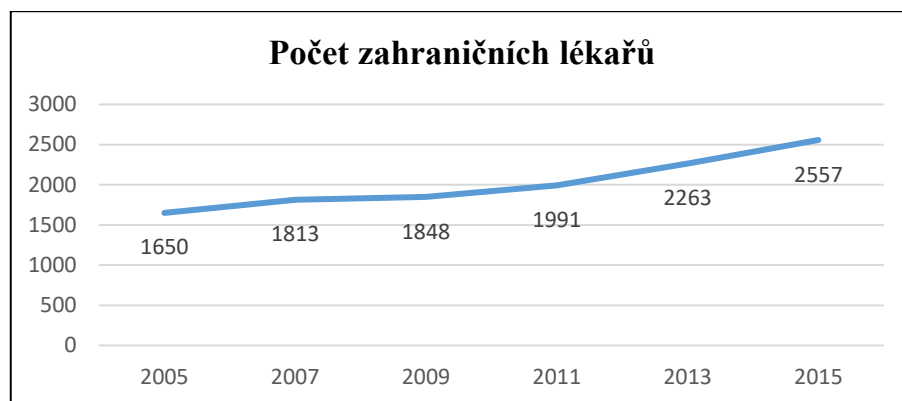
bychom tedy jako dopad migrace považovali nedostatek lékařů, tak i ten s sebou přináší mnoho ekonomických a sociálních dopadů na celou společnost. Mezi ekonomické dopady patří hlavně dodatečné náklady na získávání nových lékařů, potažmo sester. Pod těmito náklady si lze představit například navyšování mezd, náborové příspěvky, benefity ve formě automobilů, bytů, stravenek a jiných. Sociální dopady nedostatku lékařů lze kvantifikovat pomocí právě výše zmíněného Euro Health Customer Indexu. Jelikož lze předpokládat, že pokud bude nedostatek zdravotníků, kvalita zdravotnických služeb půjde dolů. Samozřejmě tento průzkum obsahuje disciplíny, které dostatek či nedostatek lékařů nemůže ovlivnit, jako například dostupnost nových léků či prevence, to je spíše politickou otázkou či otázkou životního stylu obyvatel dané země. Ale právě dvě disciplíny, ve kterých Česká republika vyniká, a sice rozsah a dostupnost služeb může začít vlivem i emigrace lékařů klesat. Ostatně dle Evropského portálu pracovní mobility EURES je v ČR 1.272 volných pracovních míst na pozici lékař a 898 volných pracovních míst na pozici zdravotní sestry (k 01.04.2018). Nejvíce žádání jsou stomatologové a praktičtí lékaři. Jejich rostoucí nedostatek by mohl ohrozit právě dostupnost a rozsah zdravotní péče. Dalším negativním dopadem jsou promrhané náklady na vzdělávání lékařů a sester, jelikož v ČR je jejich vzdělání hrazeno státem.

5. Přeshraniční migrace zdravotnického personálu do ČR

5.1. Imigrující lékaři

Zatímco počet Čechů v zahraničních nemocnicích roste, stoupá také množství doktorů z ciziny v zařízeních českých. V roce 2015 jich tu pracovalo 2.557. (ČLK 2016)

Obrázek 32: Vývoj počtu zahraničních lékařů v ČR 2005-2015



Zdroj: vlastní zpracování dle ČLK, 2018

Téměř dva tisíce z nich byli Slováci, dále pak Ukrajinci (246) a Rusové (133). Jejich počet má dle ČLK také rostoucí tendenci, statistiky z posledních dvou let však stále nejsou k dispozici. (ČLK 2016)

Tabulka 14: Rozdělení lékařů-cizinců v ČR dle země původu, 2015

Země původu	Počet lékařů
Slovensko	1.963
Ukrajina	246
Rusko	133
Bělorusko	29
Polsko	17
Uzbekistán	16
Bulharsko	13
Německo	10
Kazachstán	9
Ostatní	121

Zdroj: ČLK, 2016

Slováci, Ukrajinci a Rusové jsou nejčastějšími imigranty do ČR proto, že země jsou si geograficky poměrně blízko, není zde žádná výrazná jazyková bariéra a pro-migračně působí i úzká historicko-politická vazba.

Česká republika je rovněž na vyšší ekonomické úrovni, a proto je pro tyto národy dlouhodobě migračně atraktivní. (Kaczor 2013) Přitažlivost ČR je pravděpodobně také dána výdělkovou výhodností, celkovou úrovní medicíny (propracovanost léčebných postupů, organizace pracovních týmů, přístrojová vybavenost aj.). (Michalička 2006)

5.2. Podpůrné programy ze strany ČR

Jak již bylo řečeno, v ČR je k 01.04.2018 1.272 volných pracovních míst na pozici lékaře a 898 volných pracovních míst na pozici zdravotní sestry (EURES 2018). Dle ČLK je však v mnoha nemocnicích porušován zákoník práce, což znamená, že lékaři pracují více hodin, než je dovoleno. Pokud by byl zákoník dodržován, nedostatek lékařů by se mohl zvýšit až na 3.000. (ČLK 2018) Česká republika se samozřejmě snaží motivovat nebo alespoň usnadnit imigraci zahraničních lékařů.

Od 01.05.2004 již nejsou občané EU/EHP s Švýcarska legislativně považováni za cizince a dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, mají stejné právní postavení na trhu práce jako občané ČR. Pokud chtějí občané z výše uvedených států v ČR pracovat, nepotřebují k tomu pracovní povolení. Pokud nejsou obyvateli EU/EHP nebo Švýcarska, je pro ně proces pracovní migrace podstatně složitější. (Kaczor 2013)

Poměrně zásadním signálem v imigrační politice ČR bylo zavedení tzv. zelených a modrých karet. Jejich cílem je maximálně flexibilní nábor potřebné kvalifikované síly z nečlenských zemí EU. Zelená karta vznikla v roce 2009 a dala by se charakterizovat jako povolení k dlouhodobému pobytu za účelem zaměstnání na konkrétní pracovní pozici. Tato karta se nevztahuje na všechny země mimo EU, ale jen na konkrétních 64 zemí, mezi které patří i například Ukrajina (viz dále). (Kaczor 2013)

V roce 2014 byla ovšem změněna na tzv. zaměstnaneckou kartu. Jen pro představu v současnosti je v nabídce pracovních pozic pro držitele zaměstnanecké karty 1.270 volných pracovních míst na pozici lékaře. (MPSV 2018)

Modré karty byly zavedeny v roce 2011 a jsou obdobou zelených karet, avšak jsou určeny pouze pro vysoce vzdělané pracovníky. (Kaczor 2013) Na pozici lékař lze v registru najít 128 volných pracovních míst. (MPSV 2018)

6. Shrnutí řešené problematiky

Migrace v obecné rovině

Migrace neboli změna místa pobytu byla s civilizací spojována odedávna. Nejprve se odehrávala především v podobě kolonizace. Následovala migrace zapříčiněná mnohými válečnými konflikty a rovněž migrace pracovní či environmentální.

V současné době dochází k migraci v poměrně velkém rozsahu prakticky po celém světě. Přispěly k tomu především nové informační technologie a hustá dopravní síť. Na světě je podle odhadů 258 milionů lidí, kteří žijí v jiné zemi, než ve které se narodili. Znamená to tedy, že 3,4 % populace jsou migranti. V Evropské unii žije v současnosti 35,1 milionů osob narozených mimo EU a 19,3 milionů osob, které se narodily v jiném členském státě EU, než ve kterém žijí. V absolutních číslech se nejvyšší počet cizinců nachází v Německu (10 milionů), relativně se jich nejvíce nachází v Lucembursku (47 % populace). Migrace se v současnosti stala diskutovaným, mnohdy kontroverzním, tématem ve všech zemích světa, ať už na politické úrovni, či na úrovni podniků nebo obyvatel.

Migrace má mnoho podob, ať už se jedná o místo, čas, účel, rozsah, dobrovolnost či legálnost. Současně má i různé příčiny, které poměrně podrobně rozebírají mnohé teorie migrace. Nejznámějším se zdá být model tlaku a tahu, který popisuje tlakové faktory, které vypuzují migranta z rodné země (například nízké mzdy), a tahové faktory, které přitahují migranta do země cílové (například lepší životní podmínky). Motivace k migraci je výslednicí mnoha okolností a faktorů, které ji determinují, a u každého migranta jsou tyto faktory různé.

Důsledky migrace dopadají jak na migranta samotného, tak i na vysílající a přijímající zemi. Tyto důsledky lze rozdělit na sociální a ekonomické a liší se i podle toho, zda posuzujeme migraci kvalifikovaných či nekvalifikovaných osob. Z pohledu migranta samotného se dá hovořit spíše o pozitivních dopadech. Většinou totiž lidé migrují do zemí, kde je lepší životní úroveň. Z ekonomického hlediska tedy většinou získají vyšší šanci na uplatnění se na trhu práce a vyšší mzdy. Z pohledu sociálního získají vlivem migrace například svobodu, bezpečnost, zdravotní péči, vzdělání a celkově lepší podmínky pro život. Z pohledu vysílající země se často hovoří o brain drain, pokud jde o kvalifikované pracovníky, nebo o nedostatku pracovníků či snižování HDP. U přijímajících zemí je tomu naopak. Samostatnou kapitolou je nelegální migrace, ke

keré v současnosti dochází a která s sebou nese mnohá rizika (kriminalita, no-go zones, terorismus).

Migrace ve zdravotnictví

Co se týče nedostatku a migrace kvalifikovaných pracovníků v Evropě, nejedná se v současné době pouze o zdravotníky. Země pociťují i nedostatek například IT specialistů či strojních a elektro inženýrů. U nedostatku zdravotníků je ale problém o to zásadnější, že obyvatelstvo je na zdravotní péči životně závislé.

Zdravotnictví je jedním z odvětví národního hospodářství. Je to soubor institucí, osob, procesů a pravidel, který pomáhá nemocným lidem a podporuje zdraví celé společnosti prostřednictvím vzdělávání a prevence. Do zdravotnického personálu se řadí lékaři, zubní lékaři, farmaceuti, všeobecné sestry, porodní asistentky a jiní odborní pracovníci.

V současnosti se zdravotnictví potýká s několika trendy. Mezi ně patří zvyšování průměrného věku lékařů, feminizace oboru, nedostatek pracovních sil a útlum (nebo naopak rozmach) některých oborů. Všechny tyto trendy spolu úzce souvisejí. Zvyšování průměrného věku lékařů je spojeno s tím, že určitá část mladých lékařů emigruje do zahraničí a lékaři (vzhledem k nedostatku pracovních sil) pracují i v důchodovém věku. Nedostatek pracovních sil ve zdravotnictví souvisí obecně se stárnutím populace v západních zemích. V současné době je věkový medián obyvatel EU 42,5 roku, to znamená, že dochází ke stárnutí obyvatelstva. Pro zdravotnictví to znamená nejen nedostatek mladých lékařů a sester, ale zároveň nárůst pacientů v podobě velkého množství seniorů v dané zemi. To vyvíjí tlak na zvyšování personálních kapacit i v pečovatelských oborech.

Záporný demografický vývoj ve vyspělých zemích vytváří vstřícné prostředí pro imigraci. Věkový medián migrantů do EU se totiž pohybuje okolo 27,5 roku. To znamená, že do EU migrují lidé v produktivním věku, kteří mohou zaplnit pracovní místa, a zároveň, že se bude na daném území rodit více dětí, protože imigranti mají mnohdy vyšší míru porodnosti než stávající obyvatelstvo ve vyspělých zemích, a tím bude populace stárnout pomaleji. To samé platí i pro migraci zdravotníků.

Migrace zdravotníků je obecně dobrovolná, legální a pracovní. Má mnoho společných rysů s migrací obyvatelstva obecně, ale má i svá specifika. Mezi tato specifika patří například požadavky na vzdělání a jazykové znalosti. Dále pak věk migrantů, který je

vyšší než u migrantů nekvalifikovaných a pohybuje se okolo 30 let. U zdravotníků se ve většině případů jedná o nabídkovou migraci, tzn. práce v zahraničí je dohodnuta ještě před odjezdem do zahraničí. Poněkud odlišná je i motivace. Lékaři jsou totiž zpravidla nejvíce motivováni vyššími příjmy ve srovnání s rodnou zemí. Dále následují nefinanční motivy jako je získání nových znalostí, dovedností, práce se špičkovou technikou atd.

Cílovou zemí pro zdravotníky ze západní Evropy je USA, pro zdravotníky z východní Evropy jsou zase cílem země západní Evropy. Například v Nizozemí a Irsku mají lékaři ze zahraničí téměř 40% podíl na celkovém počtu lékařů.

Vzhledem k alarmujícímu nedostatku pracovních sil vznikly mnohé motivační a náborové programy, ať už z iniciativy vlád daných zemí či z iniciativy zdravotnických zařízení.

Pro vysílající zemi způsobuje emigrace zdravotníků hlavně náklady například v podobě snížení počtu zdravotníků či promarněných nákladů na vysokoškolské vzdělání. Avšak existují zde i pozitivní dopady spojené s pojmy jako je remitence či reemigrace. Pro přijímající zemi znamená imigrace zvýšení počtu zdravotníků a zvýšení kvality zdravotní péče, avšak i zde se vyskytují náklady v podobě náborových nákladů či nákladů na asimilaci.

Migrace zdravotníků v rámci České republiky

V ČR je 1.272 volných pracovních míst na pozici lékař a 898 volných pracovních míst na pozici zdravotní sestry (k 01.04.2018). Nejvíce žádání jsou stomatologové a praktičtí lékaři. Hlavním problémem je nerovnoměrné rozložení zdravotníků na úrovni regionů. Tento problém je zapříčiněn hlavně platovými a technologickými rozdíly mezi regiony a městy. Lékaři z venkova mají tendenci migrovat do větších měst a lékaři z měst nemají motivaci migrovat na venkov. Toto s sebou přináší mnohé negativní ekonomické a sociální dopady. Z pohledu pacientů jde o problém nutnosti dojíždění či delší doby strávené v čekárnách. Pro stávající lékaře je zase problémem velké množství přesčasů a přetíženost co do počtu pacientů. Pro nemocnice a státní složky to znamená vysoký tlak ze strany zaměstnanců i široké veřejnosti a rovněž vyšší finanční výdaje. Nemocnice a kraje se totiž snaží nalákat nové lékaře a zdravotní sestry prostřednictvím stipendií, náborových příspěvků, mimořádných odměn a jiných finančních nástrojů.

Přetíženost českých lékařů a nízké platy jsou nejvýznamnějšími „push“ faktory, které motivují české zdravotníky k migraci. Nejatraktivnějšími destinacemi jsou pro ně země západní Evropy jako je Německo, Velká Británie, Rakousko a Švýcarsko. Ročně chce do zahraničí odejít cca 500-600 lékařů, přičemž dle ČLK zhruba 2/3 opravdu emigrují.

Přeshraniční migrace

V Německu pracuje již 50.809 zahraničních lékařů, což je 13,5 % z celkového počtu lékařů v Německu. Českých lékařů zde v současnosti působí 1.111, přičemž ročně emigruje do Německa dalších průměrně 100 českých lékařů.

Mezi hlavní motivační faktory patří bezesporu vyšší plat, modernější vybavení, nižší zatížení lékařů a možnosti vzdělávání jak jazykového, tak odborného. Německý zdravotní systém má oproti tomu českému i mnoho výhod. Jednou z nich je financování zdravotnictví, Německo vynakládá na zdravotnictví 11,3 % HDP, ČR pouze 7,8 %. V Německu je i více lékařů a sester na 1000 obyvatel, a současně je zde nižší návštěvnost pacientů. Z toho vyplývá, že jsou lékaři celkově méně zatíženi a nemusejí vykonávat tolik přesčasů. V Německu je i vyšší kvalita služeb. Dle Euro Health Customer Indexu se Německo umístilo na sedmém místě ze 35 zemí Evropy, ČR skončila na místě šestnáctém.

Dopady migrace z pohledu lékařů jsou především ekonomické. Na základě výpočtu toho, jak si čerstvý absolvent medicíny platově polepší, s ohledem na daňové sazby, měnový kurz i úroveň spotřebitelských cen, lze konstatovat, že dostane 2 x více (N: 43.586 CZK, ČR: 21.970 CZK). Což je dle migrační teorie vysoká motivace k migraci.

Co se týče dopadů na českou společnost, emigrace zdravotníků je jednou z příčin jejich nedostatku. Nedostatek zaměstnanců s sebou nese dodatečné náklady na získávání nových lékařů, potažmo sester. Pod těmito náklady si lze představit například navyšování mezd, náborové příspěvky, benefity ve formě automobilů, bytů, stravenek a jiných. Dále může nedostatek zdravotníků zapříčinit snížení kvality zdravotnických služeb, jejich dostupnost a rozsah. Dalším negativním dopadem jsou promrhané náklady na vzdělávání lékařů a sester, jelikož v ČR je jejich vzdělání hrazeno státem.

S růstem emigrace českých zdravotníků narůstá i imigrace zahraničních lékařů do ČR. V roce 2015 jich zde pracovalo 2.557. Téměř dva tisíce z nich byli Slováci, dále pak Ukrajinci (246) a Rusové (133).

Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo na příkladu migrujících lékařů a situace v českém zdravotnictví provést analýzu hlavních sociálních a ekonomických důsledků, které s sebou migrace těchto pracovníků přináší. Vedlejšími cíli bylo v první řadě celkově proniknout hlouběji do problematiky migrace, nejen tedy lékařů, ale obyvatel obecně, porovnat rozličné aspekty, příčiny a důsledky jednotlivých typů migrace.

Dílčím cílem bylo zanalyzovat situaci ve zdravotnictví, s důrazem na zdravotnictví v Evropské unii, na jeho charakteristiky, současné trendy, problémy a statistiky související jak s počty zdravotníků, objemy financování, tak s migrací zdravotnického personálu. Součástí této kapitoly byly i specifika, co se týče motivací a důsledků souvisejících s migrací takto specifické skupiny lidí, kterou jsou právě zdravotníci.

Praktická část této diplomové práce byla zaměřena především tedy na situaci v České republice, resp. na její zdravotnický systém. V první části jsou rozebrány jednotlivé aspekty českého zdravotnictví, ať už financování, odměňování, řízení zdravotnických zařízení a s tím související migrace mezi regiony. Ta je totiž pro tento stát typická a ovlivňuje mnohé. Další část se soustředí na migraci českých lékařů do Německa. Ta je v současné době poměrně výrazná, a tudíž bylo zajímavé srovnat výši mezd lékařů mezi těmito dvěma zeměmi a zjistit, jak tato emigrace lékaře reálně ekonomicky ovlivní. Avšak nelze opomenout, že i Česká republika je atraktivní cílovou zemí pro zdravotníky z Východní Evropy, a tudíž i tato problematika je v praktické části míněna. Závěrem jsou nastíněny i možnosti, jak nedostatek zdravotníků v České republice řešit, mimo jiné je to efektivnější a vyšší financování zdravotnictví a navýšení kapacit lékařských fakult.

Cíle této diplomové práce byly splněny, a to za pomoci české i zahraniční odborné literatury, odborných časopisů a informací jak od České a Německé lékařské komory, Českého a Německého statistického úřadu, tak od nadnárodních organizací, kterými jsou Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, Eurostat a Světová banka.

Závěrem by chtěla autorka podotknout, že přeshraniční pracovní migrace je celospolečenský fenomén současné doby. Lidé jsou v současnosti více než kdy před tím schopni překonávat velké vzdálenosti a jazykové i kulturní bariéry a hledat si práci v zahraničí. Podniky, vlády i ostatní instituce musejí být schopny na tyto pohyby obyvatelstva pružně reagovat, popřípadě se ho i snažit ovlivnit. Česká republika má oproti

Západní Evropě bezesporu jisté ekonomické i společenské deficity, a proto se musí více nežli jiní soustředit na problematiku emigrace kvalifikovaných pracovníků a odborníků a efektivně ji řešit. Tato řešení jsou a budou jistě velice složitá a nákladná. Avšak je třeba počítat s tím, že migrace bude pokračovat, ne-li se ještě stupňovat, tudíž musejí být tato řešení efektivní a dlouhodobá. Vždyť právě lidský kapitál je tou nejdůležitější hodnotou, ať už ve společnosti či v podniku. A pokud nebudou vzdělaní lidé adekvátně odměněni ve své zemi, a pokud budou pracovat v nehostinném prostředí bez rovnováhy mezi pracovním a osobním životem, bude tento jejich vzácný lidský kapitál pravděpodobně využit v zemi jiné.

Seznam použitých zkratek

CPL	Comparative price level (relativní cenová úroveň)
CZK	Česká koruna
ČLK	Česká lékařská komora
ČNB	Česká národní banka
ČR	Česká republika
EU	Evropská Unie
EUR	Jednotná měna Euro
HCI	Health Care Institut
HDP	Hrubý domácí produkt
MZCR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
PPP	Product price parity (parita kupní síly)
SRN	Spolková republika Německo
UK	Spojené království Velké Británie a Severního Irska
USA	Spojené státy americké
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
V 4	Visegrádská čtyřka

Seznam obrázků

Obrázek 1: Přehled teorií migrace.....	11
Obrázek 2: Věkový medián obyvatelstva, EU-28, 2001–16 (v letech).....	18
Obrázek 3: Věková struktura domácích obyvatel a přistěhovalců, EU-28, 2016.....	19
Obrázek 4: Podíl cizích státních příslušníků v rezidentském obyvatelstvu v %, 2016	22
Obrázek 5: Počet osob, jež nabyly státní občanství členského státu EU (v tisících).....	23
Obrázek 6: Důvody pro migraci do zemí OECD v roce 2015, v %	25
Obrázek 7: Vývoj počtu absolventů v ČR a Německu na 100.000 obyvatel	29
Obrázek 8: Podíl z. sester ze zahraničí na celkovém počtu z. sester, 2015, v %.....	32
Obrázek 9: Podíl lékařů ze zahraničí na celkovém počtu lékařů, 2015, v %	32
Obrázek 10: Počet lékařů na 1000 obyvatel, země OECD, 2015.....	38
Obrázek 11: Počet sester na 1000 obyvatel, země OECD, 2015.....	38
Obrázek 12: Počet návštěv u lékaře na osobu, 2015	39
Obrázek 13: Zdroje financování zdravotnictví v ČR, 2015	40
Obrázek 14: Výdaje na zdravotnictví v ČR v letech 2010-2015	41
Obrázek 15: Výdaje na zdravotnictví jako procento HDP, 2015	41
Obrázek 16: Rozložení lékařů a sester v regionech v roce 2016.....	42
Obrázek 17: Platová rozmezí lékařů v jednotlivých krajích v Kč, 2016.....	43
Obrázek 18: Platová rozmezí sester v jednotlivých krajích v Kč, 2016.....	43
Obrázek 19: Vývoj počtu absolventů medicíny v ČR.....	45
Obrázek 20: Predikce vývoje úbytku lékařských úvazků.....	46
Obrázek 21: Rozložení lékařů dle předpokládané doby strávené v zahraničí.....	46
Obrázek 22: Procentuální rozložení lékařů dle cílové destinace, 2016.....	48
Obrázek 23: Počet českých lékařů v Německu mezi lety 2013-2017	51
Obrázek 24: Vývoj výdajů na zdravotnictví v Německu	51
Obrázek 25: Vývoj HDP/obyvatele v ČR a Německu, v USD	52
Obrázek 26: Zdroje financování zdravotnictví v Německu, 2017.....	53
Obrázek 27: Mapa Evropy dle kvality zdravotnických služeb.....	55
Obrázek 28: Měnový kurz EUR/CZK.....	58
Obrázek 29: Predikce měnového kurzu EUR/CZK.....	59
Obrázek 30: Vývoj průměrné hrubé mzdy lékařů v závislosti na jejich věku, v %, 2015	60
Obrázek 31: Vývoj průměrné hrubé mzdy lékařů mezi roky 2011–2016, v Kč.....	61
Obrázek 32: Vývoj počtu zahraničních lékařů v ČR 2005-2015.....	63

Seznam tabulek

Tabulka 1: Toky výrobních faktorů mezi zeměmi	12
Tabulka 2: Ekonomické dopady migrace	15
Tabulka 3: Socio-kulturní dopady migrace	17
Tabulka 4: Náklady a přínosy migrace pro přijímající a vysílající země	36
Tabulka 5: Celkový počet zdravotníků v ČR v roce 2016	42
Tabulka 6: Počet lékařů, kteří se rozhodli pro emigraci	48
Tabulka 7: Počet českých lékařů v Německu v roce 2017	50
Tabulka 8: Euro Health Consumer Index ČR a Německo, 2017	54
Tabulka 9: Srovnání hrubé mzdy absolventa-internisty v národních měnách, 2018	56
Tabulka 10: Výpočet čisté měsíční mzdy, v CZK, 2018	57
Tabulka 11: Výpočet čisté měsíční mzdy, v EUR, 2018	58
Tabulka 12: Srovnání čisté mzdy absolventa-internisty v CZK, 2018	59
Tabulka 13: Srovnání reálné čisté mzdy absolventa-internisty v CZK, 2018	60
Tabulka 14: Rozdělení lékařů-cizinců v ČR dle země původu, k 31.12.2015	63

Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura

- Baršová, A., & Barša, P. (2005). *Přistěhovalectví a liberální stát: imigrační a integrační politiky v USA, západní Evropě a Česku*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav.
- Boeri, T., & Van Ours, J. (2008). *The economics of imperfect labor markets*. Princeton: Princeton University Press.
- Borjas, G. J. (2014). *Immigration economics*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Brouček, S. (2017) *Migrace z České republiky po roce 1989 v základních tematických okruzích*. Praha: Etnologický ústav AV ČR.
- Castles, S., Haas, H., & Miller, M. J. (2013). *The age of migration: International population movements in the modern world*. New York: Palgrave Macmillan.
- Gladkij, I. (2003). *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press.
- Hejduková, P. (2015). Migration of health professionals in OECD countries. *Ekonomické spektrum*, 10 (3), 26-34.
- Hejduková, P. (2016). Healthcare systems in Austria and the Czech republic-the same history, but with some differences. *International Journal of Business & Management*, 4 (4), 1-13.
- Hejduková, P. (2011). Zdravotnická zařízení v kontextu reformních změn v ČR. *Trendy v podnikání*, 1 (2), 115-123.
- Hoerder, D. (2010). *Geschichte der deutschen Migration: Vom Mittelalter bis heute*. München: C.H. Beck.
- Kaczor, P. (2013). *Trh práce, pracovní migrace a politika zaměstnanosti ČR po roce 2011*. Praha: Oeconomica.
- Kostecká, Y., Bernard, J., & Kostecký, T. (2007). *Zahraniční migrace vědců a výzkumníků a nástroje k jejímu ovlivnění*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Lee, E. S. (1966). A Theory of Migration. *Demography*, 3 (1), 47–57.

- Michalička, L., Baštýř, I., & Bruthansová, D. (2006). *Statistické analýzy vývoje počtu lékařů. Příjmové komparace lékařů v ČR a v zahraničí. Monitoring volných lékařských míst a nezbytné doklady pro práci lékařů v zahraničí*. Praha: VÚPSV, 2006.
- Palát, M. (2014) *Determinanty vzniku migrace a statistiky cizinců v Evropské unii*. Ostrava: Key Publishing.
- Palát, M. (2013) *Ekonomické aspekty mezinárodní migrace: teorie a praxe v Evropské unii*. Ostrava: Key Publishing.
- Palát, M. (2015) *Mezinárodní migrace a ekonomika v Evropské unii: vývoj, determinanty, politiky a trendy*. Brno: Key Publishing.
- Pošta, V., Macáková, L., & Pavelka, T. (2015) *Strukturální míra nezaměstnanosti v ČR*. Praha: Management Press.
- Rolný, I., & Lacina, L. (2008). *Globalizace, etika, ekonomika*. Ostrava: Key Publishing.
- Sjaadstad, L. (1962) The costs and returns of human migration. *Journal of Political Economy*, 70 (3), 80-93.
- Stark, O., & Bloom D. E. (1985) The New Economics of Labor Migration. *American Economic Review*, 75 (2), 173-78.
- Uherek, Z., et al. (2016). *Migrace: historie a současnost*. Ostrava: Občanské sdružení PANT.
- Unger, F. (2012). Health is wealth: Considerations to European Healthcare. *Biological and Medical Sciences*, 33 (1), 9-14.
- Vavrečková, J. (2006). *Migrace odborníků do zahraničí a potřeba kvalifikovaných pracovních sil*. Praha: VÚPSV.
- Vavrečková, J. (2008). *Riziko možného odlivu kvalifikovaných odborníků z České republiky do zahraničí: závěrečná zpráva projektu I3019/04 DP2*. Praha: VÚPSV.
- Vavrečková, J., & Baštýř, I. (2009). *Působení fenoménu brain drain v ČR a výdělková motivace odborníků k práci v zahraničí*. Praha: VÚPSV.
- Vavrečková, J., et al. (2007). *Riziko odlivu lékařů a odborníků IT/ICT z České republiky do zahraničí*. Praha: VÚPSV.

Internetové zdroje

Bauer, T. K., & Zimmermann, K. F. (1999). *Assessment of possible migration pressure and its labour market impact following EU enlargement to Central and Eastern Europe*.

Dostupné z: <ftp://repec.iza.org/RePEc/reports/iza3.pdf>

Black, R. (2011). The effect of environmental change on human migration. *Global Environmental Change*, 21 (1). Dostupné z:

<https://environmentalmigration.iom.int/effect-environmental-change-human-migration>

Bundesärztekammer (2017). *Bundesärztekammer*. Cit. 10.03.2018, dostupné

z: [http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/)

[2017/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/)

Bundesministerin der Justiz und für Verbraucherschutz (2003). *Einkommensteuergeset*.

Cit. 31.03.2018, dostupné z: [https://www.gesetze-im-](https://www.gesetze-im-internet.de/estg/bjnr010050934.html#seitenanfang)

[internet.de/estg/bjnr010050934.html#seitenanfang](https://www.gesetze-im-internet.de/estg/bjnr010050934.html#seitenanfang)

Castles, S. (2000). International migration at the beginning of the twenty-first century.

International Social Science Journal, 165. Dostupné z:

<http://www.msu.ac.zw/elearning/material/1330864594Reading%201%20international%20migration.pdf>

ČNB (2018). Česká národní banka. Cit. 31.03.2018, dostupné z:

https://www.cnb.cz/cs/menova_politika/prognoza/#kurz

ČSÚ (2015). *Český statistický úřad*. Cit. 10.03.2018, dostupné

z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554903/26000515k2.pdf/14054d21-8941-4d58-bfc9-dde2e3392a99?version=1.1>

Papademetriou, D. G. (1978). European Labor Migration: Consequences for the

Countries of Worker Origin, *International Studies Quarterly*, 22 (3), 377-408. Dostupné

z: <https://doi.org/10.2307/2600321>

Docquier, F., & Marfouk, A. (2006). *International Migration by Education Attainment, 1990–2000*. Dostupné z:

<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN022366.pdf>

Drbohlav, D., & Uherek, Z. (2007). Reflexe migračních teorií. *Geografie*, 112 (2), 125-

141. Dostupné z: <https://web.natur.cuni.cz/ksgrsrsek/illegal/clanky/Uherek-Teorie.pdf>

- Evropská komise (2016). *Eurostat*. Cit. 24.01.2018, dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics
- Gordon F. (2002). For Better, For Worse: Life Satisfaction Consequences of Migration. *International Migration Review*, 36 (3), 838-863. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1747-7379.2002.tb00106.x>
- Haug, S. (2008). Migration Networks and Migration Decision-Making. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34(4), 585-605. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691830801961605?scroll=top&needAccess=true>
- Health Consumer Powerhouse (2015). *Health Consumer Powerhouse*. Cit. 03.04.2018, dostupné z: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
- Chodounská, H. (2016). Jak rostly mzdy a platy lékařů. *Statistika & My*, 6 (6). Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2016/06/jak-rostly-mzdy-a-platy-lekaru/>
- Chodounská, H. (2016). Kolik vydělávají sestry a porodní asistentky. *Statistika & My*, 6 (10). Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2016/10/kolik-vydelavaji-sestry-a-porodni-asistentky/>
- Kumpikaite, V., & Žičkutė, I. (2012). Synergy of Migration Theories: Theoretical Insights. *Inžinerine Ekonomika-Engineering Economics*, 23(4), 387-394. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Ineta_Zickute/publication/272703551_Synergy_of_Migration_Theories_Theoretical_Insights/links/55f87eb108aec948c47f3e23/Synergy-of-Migration-Theories-Theoretical-Insights.pdf
- Kurzy.cz, spol. s r.o. (2018). Kurzy.cz. Cit. 07.04.2018, dostupné z: <https://www.kurzy.cz/kurzy-men/nejlepsi-kurzy/EUR-euro/>
- Liebig, T. (2003). *Migration theory from a supply-side perspective*. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/251790229_MIGRATION_THEORY_FROM_A_SUPPLY-SIDE_PERSPECTIVE
- Massey, D., et al. (1993). Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*, 19 (3), 431-466. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2938462>

MPSV (2016). *Integrovaný portál MPSV*. Cit. 01.04.2018, dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/zahr_zam/modka

MŠMT (2016). *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. Cit. 14.04.2018, dostupné z: <http://sdv.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/statisticke-vystupy-a-analyzy>

MZČR (2012). *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Cit. 10.03.2018, dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zakladni-typy-regulacnich-poplatku_2629_22.html

Netto Brutto Rechner (2017). *brutto-netto-rechner.info*. Cit. 31.03.2018, dostupný z: <https://www.brutto-netto-rechner.info/gehalt/nettolohn.php>

OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

OECD (2017). *International Migration Outlook 2017*. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2017-en

OECD (2018). *OECD.Stat*. Cit. 31.03.2018, dostupný z: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CPL>

PERI, G., & SPARBER, C. (2010). *Highly-Educated Immigrants and Native Occupational Choice*. Dostupné z: <https://www.colgate.edu/portaldata/imagegallerywww/0225a1d8-0850-4bb1-88f2-fc550662e306/ImageGallery/HighEdImmigIR.pdf>

Statistische Bundesamt (2017). Destatis. Cit 05.04.2018, dostupné z: https://www.destatis.de/EN/PressServices/Press/pr/2017/06/PE17_227_12521.html

STEWART, J., Clark, D., & Clark, P. (2007). Migration and recruitment of healthcare professionals: causes, consequences and policy responses. *Focus Migration*, 7. Dostupné z: http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/PB07_Health.pdf.

The World Bank Group (2018). *World Bank*. Cit. 07.04.2018, dostupné z: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2016&locations=CZ-DE&start=2010&view=chart>

UNESCO (2017). Learning to live together. Cit. 14.04.2018, dostupné z: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

United Nations (2017). *International Migration Report 2017*. Dostupné z: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017.pdf>

ÚZIS ČR (2015). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Cit. 27.02.2018, dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/zdravotnicka-statistika>

Vavřina, D. (2017). Health Care Institute. Cit. 14.04.2018, dostupné z: <http://www.hc-institute.org/userfiles/files/priloha-tiskove-zpravy-barometr-medici-final.pdf>

Abstrakt

ERETOVÁ, Barbora. *Ekonomické a sociální dopady migrace ve zdravotnictví*. Diplomová práce. Plzeň: Fakulta ekonomická, Západočeská univerzita v Plzni, 79 s., 2018.

Klíčová slova: migrace, zdravotnictví, lékaři, mzdy, financování, ekonomické a sociální dopady.

Předkládaná diplomová práce se zabývá migrací zdravotnického personálu a jejími sociálními a ekonomickými dopady na zdravotníky samotné, na vysílající země i na země hostitelské. V úvodní části se nachází teoretický úvod do problematiky migrace v obecné rovině, do jejích typů, příčin, důsledků a statistik souvisejících s migrací na celosvětové úrovni. Druhá část se již detailněji zaměřuje na migraci zdravotníků, s důrazem na lékaře. Jsou v ní popsány aktuální trendy v oboru zdravotnictví a specifika migrace zdravotního personálu. Třetí kapitola pojednává o migraci zdravotníků v konkrétních státech. Nejprve je popsána situace v českém zdravotnictví a nedostatek zdravotníků na úrovni regionů. Dále následuje analýza migrace českých lékařů do sousedního Německa, jejich motivace, a především ekonomické důsledky, které jim emigrace přinese. Poslední částí této kapitoly je stručný popis migrace zdravotníků do ČR. Diplomovou práci uzavírá shrnutí řešené problematiky.

Abstract

ERETOVÁ, Barbora. *Economic and social consequences of health workforce migration*. Diploma thesis. Pilsen: Faculty of Economics, University of West Bohemia in Pilsen, 79 p., 2018.

Key words: migration, health care, doctors, wages, funding, economic and social consequences.

This diploma thesis deals with the migration of health workforce and its social and economic impacts on the healthcare workers themselves, the sending and receiving countries. In the first chapter, there is a theoretical introduction to the issue of migration in general, to its types, causes, consequences and statistics related to migration worldwide. The second chapter focuses in detail on the migration of health professionals, with the emphasis on doctors. It describes the current trends in healthcare and the specifics of migration of health personnel. The third chapter deals with the migration of health professionals in specific countries. Firstly, there is a description of the situation in the Czech health care sector and the lack of healthcare professionals in regions. Then, there is the analysis of the migration of Czech doctors to Germany, their motivation, and especially the economic consequences that emigration brings them. The last part of this chapter is a brief description of migration to the Czech Republic. In the end of the diploma thesis there is a summary of the problem solved.