



**TRENČIANSKA UNIVERZITA  
ALEXANDRA DUBČEKA V TREŇČÍNE**

**Fakulta sociálno-ekonomických vzťahov**



**FAKTORY MIGRÁCIE  
ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV  
AKO DÔSLEDOK RIADENIA ĽUDSKÝCH ZDROJOV**

**Magdaléna Tupá**

**Trenčín 2024**

**Autor:**

© doc. Ing. Magdaléna Tupá, PhD.

**Odborní recenzenti:**

prof. Ing. Jana Štofková, CSc.

doc. PhDr. Jana Marie Šafránková, CSc.

doc. Ing. Katarína Stachová, PhD.

Schválila Edičná komisia Fakulty sociálno-ekonomických vzťahov Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne v Edičnom pláne na rok 2024 ako monografia.

Táto monografia bola podporená Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na Slovensku v rámci projektu APVV-19-0579 „Nastavenie procesov personálneho riadenia v nemocniciach a jeho vplyv na migráciu lekárov a sestier za prácou do zahraničia“.

Za obsahovú a jazykovú stránku textu zodpovedá autor. Text neprešiel jazykovou úpravou.

**Návrh a grafická úprava obálky:**

Roman Mínaviech

Prvé vydanie 2024

©FSEV TnUAD, Trenčín 2024

ISBN 978-80-8295-015-4

EAN 9788082950154

## OBSAH

Úvod .....	4
1 Stav vedeckého poznania v riadení ľudských zdrojov v zdravotníctve v kontexte migrácie zdravotníckych pracovníkov .....	6
1.1 Migračné faktory zdravotníckych pracovníkov .....	14
1.2 Dôsledky migrácie zdravotníckych pracovníkov .....	19
1.3 Determinanty migrácie v kontexte riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve ....	21
1.4 Plánovanie pracovnej sily v zdravotníctve .....	22
1.5 Riadenie ľudských zdrojov v zdravotníctve .....	28
1.6 Nástroje riadenia ľudských zdrojov v zdravotníckych zariadeniach .....	31
2 Personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení na Slovensku v kontexte pracovnej migrácie lekárov a sestier do zahraničia .....	37
2.1 Zmeny v počte a štruktúre lekárov v podmienkach Slovenskej republiky .....	37
2.2 Zmeny v počte a štruktúre sestier v podmienkach Slovenskej republiky .....	41
2.3 Stabilizácia pracovnej sily v systéme zdravotníctva v Slovenskej republike .....	46
3 Empirický výskum procesov riadenia ľudských zdrojov v nemocniciach v kontexte migrácie zdravotníckych pracovníkov .....	53
3.1 Základné prvky dizajnu empirického výskumu .....	53
3.2 Hodnotenie vplyvu základných identifikačných charakteristík lekárov a sestier na sklon k migrácii .....	60
3.2 Spokojnosť s podmienkami práce lekárov a sestier v slovenských nemocniciach	77
3.3 Model vplyvu faktorov spokojnosti na sklon k migrácii lekárov a sestier pracujúcich v slovenských nemocniciach .....	89
3.4 Zhrnutie empirických zistení .....	91
4 Diskusia .....	98
5 Prínosy a obmedzenia výskumu .....	110
Záver .....	113
Zoznam bibliografických odkazov .....	116
Zoznam grafov a tabuliek .....	148
Summary .....	150

## ÚVOD

Medzinárodná migrácia zdravotníckych pracovníkov je vo vedeckých kruhoch dlhodobo diskutovaným fenoménom. V prvej polovici 20. storočia smerovali migračné toky z krajín s vyššími a strednými príjmami do krajín s nízkymi príjmami (Hajian a kol., 2020; Li a Sun, 2019; Nwadiuko a kol., 2021), pričom v druhej polovici storočia sa tento trend obrátil. Krajiny ako Spojené štáty americké, Kanada, Austrália a Veľká Británia sa stali závislými na imigrácii absolventov medicíny z krajín s nízkou úrovňou príjmov (Dill a Hirsch, 2021; Adebayo a Akinyemi, 2021; Tankwanchi a kol., 2020; Saluja a kol., 2020; Onnis a kol., 2019; Garg a kol., 2017; Crettenden a kol., 2014; Strasser a kol., 2013; Zeytinoglu a kol., 2014; Sharma a kol., 2012). Zatiaľ, čo sa vedecká pozornosť sústredila na skúmanie spomínaných migračných tokov, prehliadaný zostal rýchlo rastúci pohyb zdravotníckych pracovníkov medzi krajinami s vysokými a strednými príjmami (Witter a kol., 2020; Clark a kol., 2017). Tento problém sa v posledných desaťročiach prehlbuje aj v Slovenskej republike, kde sa personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení stáva neudržateľným (MZ SR, Dôvodová správa).

Migrácia zdravotníkov, najmä lekárov a sestier, vychádza z akútnych problémov zdravotníckych systémov. Považuje sa za symptóm hlbokých a závažných nedostatkov, ktoré je potrebné riešiť integrovaným spôsobom (Dielmann a kol., 2011). Aspekty migrácie zdravotníckej pracovnej sily nemožno posudzovať izolovane. Kľúčovú úlohu pri hľadaní a implementácii riešení zohráva inovačná politika riadenia ľudských zdrojov a budovanie personálnych kapacít (Marinkin a kol., 2020; Gallo a kol., 2019; Kuhlmann a Larsen, 2015). Výsledky vedeckých štúdií naznačujú potrebu presunu kompetencií riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve na nižšie úrovne riadenia, a tým posilnenie operatívneho riadenia na úrovni zdravotníckych zariadení (Diallo a kol., 2003).

Aj napriek aktuálnosti a dôležitosti tejto problematiky existuje len málo štúdií skúmajúcich účinnosť nástrojov riadenia ľudských zdrojov na riešenie nedostatku pracovnej sily v zdravotníctve či na jej migráciu do zahraničia. S poklesom personálneho zabezpečenia a tlakom na rozpočty zdravotníctva v krajinách Európskej únie je potrebné zamerať sa na inovačnú politiku riadenia ľudských zdrojov a budovanie personálnych kapacít v zdravotníckych zariadeniach. Na základe štúdií z oblasti riadenia ľudských zdrojov v podnikoch môže byť prínosom implementácia nových prístupov aj v zdravotníctve (Wang a kol., 2021; Correia a kol., 2020; Kunjumen a kol., 2020). Napriek iniciatívam WHO je výskum predmetnej oblasti stále

nedostatočný na národnej i medzinárodnej úrovni. Tento fakt podnietil náš záujem o skúmanie problematiky v podmienkach Slovenskej republiky.

Monografia poskytuje čitateľovi pohľad na skúmanie a hodnotenie vplyvu procesov riadenia ľudských zdrojov ako push faktorov, ktoré vedú zdravotníckych pracovníkov k hľadaniu práce v zahraničí. Prvá časť mapuje súčasný stav vedeckého poznania v oblasti migrácie zdravotníckych pracovníkov a riadenia ľudských zdrojov na základe vedeckých štúdií publikovaných v renomovaných časopisoch. Kritické hodnotenie týchto výsledkov tvorí základ pre empirický výskum, ktorého cieľom je identifikovať faktory spokojnosti s procesmi riadenia ľudských zdrojov, ktoré ovplyvňujú migráciu zdravotníckych pracovníkov zo slovenských nemocníc do zahraničia a diskutovať možnosti zmiernenia ich negatívnych dopadov. Primárne dáta boli získané prostredníctvom dotazníka určeného lekárom, sestram a manažérom nemocníc. Použitím škály matematicko-štatistických metód boli vyhodnotené empirické výsledky výskumu s dôrazom na dosiahnutie stanoveného cieľa. V hlavnej časti monografie sú čitateľovi prezentované empirické výsledky, ktoré sú následne diskutované v kontexte aktuálneho stavu vedeckého poznania.

Výskum bol podporený Agentúrou na podporu výskumu a vývoja Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky v rámci projektu č. APVV-19-0579 s názvom „Nastavenie procesov personálneho riadenia v nemocniciach a jeho vplyv na migráciu lekárov a sestier za prácou do zahraničia“. Monografia vychádza z habilitačnej práce autorky.

# 1 STAV VEDECKÉHO POZNANIA V RIADENÍ ĽUDSKÝCH ZROJOV V ZDRAVOTNÍCTVE V KONTEXTE MIGRÁCIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

Procesy globalizácie a integračné procesy rozširovania Európskej únie, najskôr v roku 2004 (pristúpenie Slovenskej republiky) a následne v roku 2009 (vstup Slovenskej republiky do eurozóny), existujúce migračné toky predovšetkým z východu na západ, ešte umocnili. Rozšírenie Európskej únie nespôsobilo odliv zdravotníckych pracovníkov v takom rozsahu, ako sa pôvodne očakávalo. Štúdie ukázali, že migrácia lekárov do zahraničia z nových členských štátov bola nižšia ako zámery zdravotníckych pracovníkov odísť (Becker a Teney, 2020; Wismar a kol., 2011). Stalo sa tak napriek tomu, že Európska únia vytvorila právny rámec na reguláciu uznávania odbornej kvalifikácie a odstránila administratívne bariéry voľného pohybu zdravotníckych pracovníkov v rámci svojho územia (Glinos, 2015). Jednotný prístup a právny rámec pre uznávanie odbornej kvalifikácie pre zdravotníckych pracovníkov prichádzajúcich za prácou do Európy z tretích krajín však dodnes chýba.

Ak je migrácia dlhodobá, prípadne natrvalo, dochádza k odlivu vysokokvalifikovanej zdravotníckej pracovnej sily z krajín, ktoré zápasia s nedostatkom lekárov, sestier či pracovníkov iných zdravotníckych profesií. Negatívne dopady na systémy zdravotnej starostlivosti v domovskej krajine sa prejavujú aj na makroúrovni, napríklad ako finančná strata pre krajinu, ktorá investovala finančné prostriedky z verejných zdrojov na vzdelávanie absolventov, ušlé príjmy na priamych či nepriamych daniach pracujúcich (Botezat a Ramos, 2020) a na mikroúrovni, napríklad ako nedostatočné personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení v domovskej krajine v správnej kvantite i kvalite (Williams a kol. 2018; Hajian a kol., 2020), čo vplýva na bezpečnosť pacientov, prístup k zdravotnej starostlivosti a zároveň na zdravie obyvateľstva.

Zvyšovanie dopytu na trhu práce Európskej únie po kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkoch si vyžiadalo hľadanie riešení na makroúrovni. Európska únia reagovala prijatím opatrení s cieľom regulovať rastúcu nerovnosť a zmierňovať negatívny vývoj prehľbovania nedostatku zdravotníckych pracovníkov v systémoch zdravotníctva jednotlivých krajín (Dussault a Zurn, 2020; Becker a Teney, 2020; Glinos, 2015; Ottersen a kol., 2014; Fierlbeck, 2014; Zander a kol., 2013; Ognyanova, 2012).

Tvorba politiky pracovnej sily v zdravotníctve sa často sústreďuje len na čísla a riešenia sú prijímané jednotlivo bez riadeného celosystémového prístupu. Dielčie zásahy uviaznuté v sile

starých štruktúr zdravotníckych systémov, alebo upravujúce len „vonkajšie prostredie“ regulačných orgánov, krízu pracovnej sily v zdravotníctve ešte prehľbujú (Laurila, 2019; Barbazza, 2014; Kuhlmann a kol., 2013).

Počet ľudských zdrojov zabezpečujúcich zdravotnú starostlivosť vo väčšine krajín Európskej únie klesá. Finančné rozpočty sú pod tlakom zvyšujúceho sa dopytu po zdravotníckych službách napäté. Tento stav si vyžaduje nový prístup k riadeniu ľudských zdrojov a budovaniu personálnych kapacít. Ako v záveroch svojej štúdie systematického prehľadu literatúry uvádza Dielman a kol. (2011), prínos predstavujú nové praktiky riadenia ľudských zdrojov (Buchelt a kol., 2021; Correia a kol., 2020; Kunjumen a kol., 2020; Gallo a kol. 2019; Hastings a kol. 2014).

Kuhlmann a kol. (2013) navrhli integrovaný prístup k riadeniu, ktorý zahŕňa systémový, sektorový, profesijný, rodovo citlivý a socio-kultúrno-migračný rozmer riadenia pracovnej sily v zdravotníctve. V ďalšej svojej štúdií Kuhlmann a Larsen (2015) prepájajú hierarchické úrovne a obsahové dimenzie riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve.

Ak riadeniu pracovnej sily v zdravotníctve chýba systematické prepojenie so systémovou reformou zdravotníctva, ktorá by umožnila efektívnejšie reagovať na budúce potreby obyvateľstva (Kunjumen, 2020; Williams a kol., 2020), absentuje prijímanie cieľných opatrení (Buchelt, 2021; Correia kol. 2020; Adam, 2014; Lazarus, 2015; Ottersen, a kol., 2014) a zvyšovanie finančných prostriedkov na ľudské zdroje, nemusí prinášať požadovaný efekt (Okunogbe, 2020; Bowser, 2014).

Potreba lepšieho prepojenia politiky ľudských zdrojov v zdravotníctve so zdravotníckymi systémami a riadením sa dnes v krajinách Európskej únie ukazuje ako kľúčová (Cometto, Witter, 2020; Correia a kol., 2020; Leone a kol., 2013; Ognyanova a kol., 2012). Napriek tomu riadenie pracovnej sily v zdravotníctve v Európskej únii trpí roztrieštenosťou reforiem a chýbajúcou koordináciou medzi krajinami v rámci nich, ako aj medzi plánovaním, riadením a politikou (Kuhlmann a kol., 2019). Stratégie zamerané na kvantitatívne riešenia počtu zamestnancov prostredníctvom vzdelávacích programov už nie sú dnes efektívne, ale ani dostupné (Buchelt a kol., 2021; Correia, a kol., 2020; Danish a kol., 2019; Oppel a kol., 2019). Dôvodom je limitácia demografickými zmenami (Apostu, Roman a Vasile, 2020; Domagala a Dubas-Jakobczyk, 2019; Kovacs a kol., 2019; Pavolini a Theobald, 2015; Kuhlmann a Larsen, 2013; Dussault a Buchan, 2014; Palese a Watson, 2014) a získavaním globálnej zdravotníckej pracovnej sily zo zahraničia, ktorá je však rovnako obmedzená a navyše tento prístup posilňuje

globálne problémy zdravotníctva (Chtibi, 2018; Zalani a kol., 2018; Asamani a kol., 2021; Frenk a Moon, 2013; Cometto a kol., 2013; Martineau a Willetts, 2006). Rovnako ako kríza spôsobená ebolou (Frenk a Moon, 2013), tak aj kríza spôsobená koronavírusom, potvrdzuje vzájomnú závislosť krajín na zdravotnej starostlivosti a prejavuje sa zvýšenou návratovou migráciou zdravotníckych pracovníkov.

Uvedené problémy predstavujú výzvy k riešeniu pre krajiny Európskej únie, ktoré sa v tejto situácii musia spoliehať samy na seba, keďže riadenie pracovnej sily na nadnárodnej úrovni je nedostatočné, chýba mu koordinácia a solidarita naprieč členskými krajinami, sektormi a povolaniami. Uznanie riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve ako kľúčovej oblasti vyžadujúcej si strategické riešenie, by mohlo zmeniť riadenie pracovnej sily v zdravotníctve a zlepšiť spravodlivosť a efektívnosť systémov zdravotníctva.

Mnoho konceptov hovorí o potrebe presunúť riadenie ľudských zdrojov v zdravotníctve, predovšetkým jeho regulačnú právomoc, z vlády na viac pluralitné úrovne riadenia, a o posilnení operatívneho riadenia na úroveň organizácií či profesijných skupín. Novou výzvou je aj rastúci význam transnacionalizácie a globálneho vládnutia, ktorý zachytáva nové ponímanie Rhodeovej metafory „vládnutie bez vlády“ (RAW Rhodes, 2016). V súlade s Frenk a Moon (2013) môžeme povedať, že na globálnej úrovni žiadna vláda neexistuje a tradičné nástroje, ktoré fungujú na mobilizáciu kolektívnej akcie na národnej úrovni, na globálnej väčšinou chýbajú. Nový prístup k riadeniu zmenilo spôsoby, akými boli systémy zdravotnej starostlivosti regulované a riadené (Creese a kol., 2021; Witter a kol., 2020; Ma a kol., 2019; Williams a kol., 2018; Garg a kol. 2017; Adam, 2014; Fierlbeck, 2014). Kľúčovou otázkou je väčšia komplexnosť inštitúcií, aktérov a myšlienok, ktoré tvoria architektúru riadenia ako rámca pre rokovania o politických intervenciách (Blank, Bureau a Kuhlmann, 2018). Reformy si preto vyžadujú prístupy viacúrovňového riadenia s nadnárodným vplyvom bez formálnej vlády (Kuhlmann a Larsen, 2015).

Vzhľadom na dôležitosť nových foriem riadenia v zdravotníctve v posledných desaťročiach je stále veľmi málo odborných štúdií, ktoré aplikujú teóriu riadenia na problémy pracovnej sily v zdravotníctve (Creese a kol., 2021; Witter a kol., 2020; Ma a kol., 2019; Williams a kol., 2018; Garg, a kol. 2017; Hastings a kol., 2014; Knight, Kenny a Endacott, 2015; Kuhlmann a kol., 2015; Kuhlmann a Annandale, 2016). Neexistuje žiadny model, ktorý by špecifikoval a pretransformoval viaceré úrovne riadenia v zdravotníctve do empiricky pozorovateľných dimenzií. Kuhlmann a Larsen (2015) sa vo svojej štúdií pokúsili vytvoriť maticu, ktorá spája



tradičnejšie makro-mikro rozlíšenie hierarchických úrovní riadenia (vrátane transnacionalizmu) s rozmermi integrovaného riadenia pracovnej sily zahŕňajúcimi systémový, sektorový, profesijný, organizačný a sociokultúrny rozmer (Kuhlmann a kol., 2019; Kuhlmann a kol., 2015). Zistenia ilustrujú medzery v regulačnej architektúre a nedostatkov integrácie rôznych dimenzií riadenia ľudských zdrojov, ktoré blokujú efektívne zmeny v riadení pracovnej sily v zdravotníctve. Autori preskúmali tri oblasti výziev pracovnej sily v zdravotníctve vrátane migrácie a integrácie zdravotníckych pracovníkov, reformy vzdelávania a riadenia zameraného na work-life balance lekárov pracujúcich v nemocniciach (Hussenoeder, 2021; Roth, 2021). Prístup viacúrovňového riadenia poskytuje nové príležitosti na zlepšenie riadenia pracovnej sily v zdravotníctve.

Narastajúci nedostatok zdravotníckych pracovníkov má významný vplyv na organizáciu a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Tento problém postihuje takmer všetky krajiny Európskej únie. Obzvlášť naliehavým je v Slovenskej republike a dotýka sa takmer všetkých regiónov, nemocníc a zdravotníckych profesií (Dôvodová správa, Ministerstvo zdravotníctva SR, 2021).

V posledných rokoch sa otázkam chýbajúcej pracovnej sily v zdravotníctve venuje čoraz väčšia pozornosť tvorcov politík Európskej únie, čo viedlo k spoločnému prístupu k plánovaniu pracovnej sily v zdravotníctve z hľadiska jej dostupnosti a kvalifikácie. Očakáva sa, že prehľbujúci sa problém bude mať významný vplyv na organizáciu a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti v budúcnosti. Ide o veľmi dôležitú otázku pre systémy zdravotníctva každého členského štátu celej Európskej únie, obzvlášť Slovenskej republiky, na čo už niekoľko rokov upozorňujú hodnotiace správy OECD Health at a Glance (2016, 2018, 2020, 2022).

Kvalifikovaná pracovná sila v oblasti zdravotnej starostlivosti je absolútne kľúčovým prvkom zdravotníckych systémov a poskytovania zdravotníckych služieb, pretože zdravotná starostlivosť je veľmi náročná na prácu a kompetenčnú úroveň zdravotníckeho personálu. Zdravotnícki pracovníci zahŕňajú kvalifikovaných lekárov a stredný zdravotnícky personál pôsobiaci v rôznych prostrediach, s cieľom poskytovať kvalifikovanú zdravotnú starostlivosť.

Pracovná sila v zdravotníctve predstavuje kľúčový prvok fungovania zdravotníckych zariadení od poskytovania zdravotníckych služieb cez vytváranie zdrojov, až po zabezpečenie finančnej udržateľnosti, či dobrej správy vecí verejných.

Preukázaný bol jej vplyv aj na:

1. náklady na zdravotnú starostlivosť: až 70 % opakovaných výdavkov na zdravotnú starostlivosť sa investuje do personálu. Mzdové náklady tvoria najväčšiu zložku rozpočtu zdravotníctva vo všetkých členských štátoch Európskej únie.
2. výsledky zdravotníckych zariadení: zdravotné služby významne prispievajú k zdraviu obyvateľstva, preto dostupnosť, kvalifikácia a výkonnosť zdravotníckeho personálu prispievajú k zníženiu chorobnosti a úmrtnosti a k zvýšeniu priemernej dĺžky života prežitého v zdraví.
3. výkonnosť zdravotníckeho systému: kvalifikovaní zdravotnícki pracovníci majú veľký vplyv na kľúčové dimenzie zdravotného systému v kontexte výkonnosti, ktorými sú prístup, rovnosť a schopnosť reagovať. Ich dostupnosť liečiť ľudí a spôsob, akým sa k nim správajú, formuje skúsenosť všetkých občanov a pacientov, ktorí sú spotrebiteľmi zdravotníckych služieb.

Krajiny s vysokým a stredným príjmom na obyvateľa sú stále menej schopné zabezpečiť zdravotníctvo kvalifikovanou pracovnou silou v dostatočnej kvantite, aby bolo možné poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť v kontexte demografických zmien, globalizácie a integračných procesov. Hoci údaje k migrácii zdravotníckych pracovníkov majú výrazné obmedzenia, môžeme zhodnotiť, že migrácia zdravotníckych pracovníkov v rámci Európskej únie vzrástla a mnohé zdravotnícke systémy sa čoraz viac spoliehajú na kvalifikovaný zdravotnícky personál zo zahraničia. Projekt HEALTH PROMeTHEUS realizovaný v roku 2012, skúmal spôsob, akým sa nesúlad medzi ponukou a dopytom na trhu práce v odvetví zdravotníctva premieta do pohybu zdravotníckych pracovníkov. Kľúčovými výsledkami bolo zmapovanie migračných tokov v rámci Európskej únie i mimo nej, identifikácia faktorov, ktoré podnecujú alebo tlmia migráciu na medzinárodnej, národnej, subnárodnej, inštitucionálnej a individuálnej úrovni a zároveň zhodnotenie dôsledkov migrácie zdravotníckych pracovníkov pre všetky zainteresované skupiny (Saluja a kol., 2020; Ognyanova, 2012).

Pracovná migrácia je v súlade s viacerými cieľmi Európskej únie a tvorí jeden zo základných pilierov tohto integračného zoskupenia. V súlade s lisabonskou agendou je voľný pohyb pracovných síl na európskom trhu práce výhodou, ktorá optimalizuje funkčnosť trhových síl a efektívnosť. Prekážky voľného pohybu pracovníkov (rovnako tak aj zdravotníckych) sa považuje za nežiadúce. Sekundárna legislatíva podporujúca európsku integráciu v kontexte

šandardizácie odbornej prípravy a zabezpečenia vzájomného uznávania kvalifikácií (smernica č. 2005/36/ES) dáva zdravotníckym pracovníkom právo vybrať si krajinu, v ktorej budú pracovať a žiť, a zároveň odbúrava prekážky, ktoré by im v týchto plánoch bránili. Napriek tomu, že migráciu možno považovať za cieľ týchto iniciatív, nie je možné hodnotiť ich výsledky, pretože pokrok na otvorených trhoch prekračuje súčasný záväzok voči európskemu sociálnemu modelu. Kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti a finančná udržateľnosť zdravotníckych systémov sú kľúčovými princípmi sociálnej Európy. Na druhej strane masová migrácia kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov predstavuje vážne ohrozenie systémov zdravotníctva „exportujúcich“ krajín (Dussault a Zurn, 2020; Costigliola, 2011) a zužujú rozsah i kvalitu zdravotných služieb, ku ktorým má domáce obyvateľstvo prístup. Slovenskú republiku, Poľsko, ale aj viaceré krajiny južnej Európy možno považovať za krajiny, v ktorých migrácia vysokokvalifikovaných zdravotníckych odborníkov a zdravotníckych pracovníkov so strednou kvalifikáciou prekračuje ich personálne možnosti v kontexte zabezpečenia prístupu obyvateľov k zdravotníckym službám na požadovanej úrovni. Jedno z riešení predstavuje využitie migračných tokov z tretích krajín. Nájst' však vyvážený prístup medzi podpornými nástrojmi Európskej únie pre rozvojové krajiny a politikami náboru zdravotníckych pracovníkov, ktoré prehľbujú dôsledky „úniku mozgov“, je veľmi náročné, ak nie priam nemožné.

Problém nedostatku zdravotníckych pracovníkov, zabezpečujúcich chod zdravotníckych zariadení v systéme zdravotníctva v jednotlivých krajinách Európskej únie umocňujú demografické trendy, rozvoj nových technológií, zmeny v kvalite zdravotnej starostlivosti či očakávaniach občanov. Spoločne s požiadavkami vlád, na dôslednejšiu kontrolu nákladov a zvyšovanie efektívnosti sa tlak na zdravotnícke služby stupňuje. Zvyšovanie nárokov na systémy zdravotníctva a zdravotnícky personál sú dôsledkom zmien v širšom sociálno-ekonomickom kontexte: reformy politiky zdravotníctva vrátane reštrukturalizácie pracovnej sily (kvantitatívnej i kompetenčnej), úpravy vo vzdelávaní v kontexte zníženia počtu absolventov zdravotníckych odborov v určitých špecializáciách a naopak, nerovnomerné rozmiestnenie zdravotníckych pracovníkov zabezpečujúcich zdravotnú starostlivosť medzi mestskými a vidieckymi sídlami, okresmi s vyšším a nižším príjmom na obyvateľa, a strata kvalifikovaného personálu v dôsledku odchodu do iných sektorov hospodárstva alebo iných krajín. Podľa výsledkov projektu PROMeTHEUS pôsobia mnohé z nich ako push a pull faktory pre migráciu zdravotníckych pracovníkov za prácou do zahraničia (Ognyanova, 2012).

V kontexte vyššie opísaných zmien je migrácia vnímaná ako jedno z rýchlych riešení nedostatku pracovných síl, ale predstavuje i hrozbu pre proces plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve či poskytovaní služieb. Pri veľmi zjednodušenom pohľade, budú cieľové krajiny a ich systémy zdravotníctva z migrácie zdravotníckych pracovníkov profitovať, zatiaľ čo zdrojové krajiny budú čeliť negatívnym dôsledkom, minimálne stratám finančných prostriedkov vynaloženým z verejných zdrojov na vzdelávanie a prípravu na povolanie absolventov zdravotníckych odborov. Ďalšími negatívami sú prehĺbovanie nedostatku zdravotníckych pracovníkov, s ktorým sa spájajú určité obmedzenia v poskytovaní zdravotnej starostlivosti až po zatváranie niektorých oddelení či celých zdravotníckych zariadení, čím sa znižuje prístup občanov k zdravotnej starostlivosti. To má za následok drahšie zdravotnícke úkony pri riešení neliečených chorôb alebo až smrť (ukazovateľmi sú preventabilná a odvrátiteľná úmrtnosť, úmrtnosť novorodencov, znižovanie živonarodených detí) a i. (OECD, 2020).

V súvislosti s migráciou zdravotníckych pracovníkov je potrebné skúmať kontextové faktory a faktory plynúce zo systémov zdravotníctva, ktoré podnecujú migračné zábery jednotlivých zdravotníckych pracovníkov, a ktoré aktivizujú vlády k aktívnemu náboru pracovnej sily v odvetví zdravotníctva v zahraničí (makroúroveň). Následne sú nútené vytvárať, rozvíjať a využívať také verejné politiky, ktoré ich v krajine udržia. Efektivita finančných prostriedkov investovaných do tohto prístupu k riešeniu nedostatku zdravotníckych pracovníkov pri ich reemigrácii či návratovej migrácii je nižšia, v závislosti od doby, počas ktorej zdravotnícky pracovník pracoval v cieľovej krajine. Ďalším negatívnym dôsledkom môžu byť rôzne obmedzenia spojené s prístupom k službám a ku kvalifikovanému personálu či schopnosť reagovať na potreby pacientov vzhľadom na možné jazykové či kultúrne rozdiely (Esipova a Ray, 2011).

Požiadavky na služby zdravotnej starostlivosti sa menia. Na tieto zmeny musia reagovať poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a manažéri zdravotníckych zariadení. Reštrukturalizácia úrovni starostlivosti, racionalizácia a harmonizácia špecializovaných zdravotných služieb, efektívnejšie prepojenie s komunitou a umožnenie zdieľanej starostlivosti si vyžadujú používanie nových prístupov v riadení ľudských zdrojov v odvetví zdravotníctva. V niektorých krajinách majú zdravotnícke zariadenia malý priestor na manévrowanie a prácu v rámci jasne stanovených národných alebo regionálnych politických rámcov, v iných prípadoch samotné zdravotnícke zariadenia riešia otázky nábora a udržania zamestnancov s malou podporou zo strany vládnych štruktúr. V mnohých prípadoch manažéri zdravotníckych zariadení samostatne riešia dôsledky

migrácie v kontexte, napríklad nedostatočného personálneho zabezpečenia chodu zariadenia spôsobeného migráciou kvalifikovaných pracovníkov, príp. nadmerného počtu zamestnancov vzhľadom k dopytu po službách zdravotnej starostlivosti, ktorí imigrovali zo zahraničia a majú záujem v konkrétnom zariadení pracovať. Nástroje na riešenie týchto situácií predstavujú úpravy kvalifikačných úrovní zamestnancov alebo kombinácie zručností, nahrádzaním, delegovaním, prípadne vytváraním stimulov, zlepšovaním pracovných podmienok, poskytovaním príležitostí na rozvoj s cieľom udržať si zamestnancov či podnietiť ich lojalitu a angažovanosť. Dôležitú úlohu v procese implementácie týchto prístupov majú manažéri, ktorí stoja za ich úspešnosťou alebo naopak. (Privitera, 2020; Leung 2020; Osibanjo, 2020; Pham, 2021; Saks, 2022; Wismar a kol., 2011)

Nástrojmi na riešenie nesúladu ponuky a dopytu na trhu práce v odvetví zdravotníctva z pohľadu zdravotníckych zariadení je využívanie twinningu, výmeny zamestnancov, podporu vzdelávania v zahraničí či uzatváranie a implementáciu bilaterálnych dohôd (Dussault, 2019; Costigliola, 2011). Dôležitým cieľom je posudzovanie vplyvov migrácie zdravotníckych pracovníkov na inštitúcie a na ich zamestnancov, ale i pacientov.

Skúmanie migrácie zdravotníckych pracovníkov, hodnotenie pozitívnych a negatívnych vplyvov na systémy zdravotníctva vyvolávajú vo vedeckých a odborných kruhoch otázky, prečo odchádzajú kvalifikovaní zdravotnícki pracovníci za prácou do zahraničia. Pre niektorých je odpoveďou jednoducho túžba pracovať v inej krajine, no pre väčšinu je sťahovanie iba dôsledkom nesprávneho fungovania domáceho trhu práce. Zámery prvej skupiny je možné ovplyvniť len ťažko, no druhá skupina predstavuje príležitosť na zmenu. Dôležité je identifikovať a pochopiť dôvody ich odchodu. Následnou analýzou je možné zistiť, ktoré pull a push faktory ovplyvňujú individuálne rozhodnutia zdravotníckych pracovníkov hľadať si zamestnanie v inej krajine (Dussault a Zurn, 2020; Firdous a kol., 2019; Ibrahim a kol., 2019; Clarke a kol., 2017; Alutis, Bishaw a Frank, 2014).

Migrácia predstavuje pre zdravotníckych pracovníkov celý rad príležitostí a hrozieb. Pre niektorých je úžitkom možnosť nadobudnúť nové vedomosti, zručnosti a možnosť pracovať s novými technológiami, či zvýšiť svoju kvalitu života. Iní môžu čeliť problémom rovnosti príležitostí v cieľových krajinách a nie je im umožnený prístup k rozvoju kariéry ako v krajine pôvodu. Podobne, na strane pacientov je príležitosťou profitovať z rýchlejšieho prístupu ku kvalifikovanému personálu, alebo budú čeliť dôsledkom menej kvalitnej zdravotnej starostlivosti v dôsledku medzier v klinicky, jazykovo či kultúrne odlišných podmienkach.

## 1.1 Migračné faktory zdravotníckych pracovníkov

Faktory súvisiace s migračnými tokmi, ktoré stimulujú migráciu a ovplyvňujú výber cieľovej krajiny boli identifikované a diskutované v mnohých odborných štúdiách posledných desaťročí. Poznanie faktorov, ktoré majú vplyv na odchod zdravotníckych pracovníkov za prácou do zahraničia a analýza miery ich dopadu, umožňuje tvorcom verejných politík a manažérom zdravotníckych organizácií, formulovať a riešiť výzvy spojené s odlivom kvalifikovaného zdravotníckeho personálu.

Jedny z prvých štúdií skúmajúcich faktory vedúce k migrácii boli vedecké práce Ravensteina (1885). Výsledkom bolo definovanie súboru stimulov a prekážok migrácie. Delí ich na dve skupiny: push faktory, zahŕňajúce podmienky v domovskej krajine, ktoré potenciálny migrant vyhodnocuje ako negatívne či ohrozujúce; a pull faktory, teda stimuly migrácie predstavujúce podmienky, ktoré sa individualizáciou vnímania jedinca menia na motívy. Práve pull faktory robia cieľovú krajinu pre potenciálneho migranta príťažlivou (Nguyen a Wood, 2019; Ibrahim, 2019; Kowalska a Strielkowski, 2013).

Massey (1990) a Hagen-Zanker (2008) vo svojich vedeckých štúdiách rozdeľujú migračné teórie podľa úrovne, z ktorej vychádzajú. Na toto rozdelenie nadviazal Williams a kol. (2018), ktorý zoskupil faktory migrácie, vysvetľujúce jej príčiny do troch úrovní:

- a) makroúrovňové faktory migrácie:
- b) mezoúrovňové faktory migrácie
- c) mikroúrovňové faktory migrácie – sú najpočetnejšou skupinou a je možné ich deliť na (Williams a kol. 2018; Van Mol a de Valk, 2016, Hajian a kol., 2020):
  - sociálno-ekonomické,
  - demografické,
  - profesijné,
  - psychosociálne (osobnostné).

Z makroúrovňového pohľadu má podľa vedeckých štúdií na migráciu zdravotníckych pracovníkov významný vplyv ekonomická situácia a životná úroveň v cieľovej krajine (Laurila, 2019). Hall a Mejia (1978) uvádzajú, že krajiny, ktoré produkujú viac lekárov a sestier, ako si môžu dovoliť, stávajú sa darcami tejto pracovnej sily, zatiaľ čo krajiny, ktoré produkujú menej zdravotníckych pracovníkov, ako si môžu dovoliť, sa stávajú jej príjemcami. Za hlavné faktory považuje práve ekonomické a ostatné z nich len vychádzajú. Hussey (2007) preukázal vzájomnú

závislosť migrácie lekárov a výšky HDP na obyvateľa. Medzi ďalšie významné faktory zaraďuje prístup obyvateľstva k medicínskemu vzdelaniu v krajine pôvodu, politické a občianske slobody.

Mezourovňové teórie analyzujú vplyv sociálnych sietí (Hussey, 2007) a sociálnych väzieb na migráciu (napr. prítomnosť členov rodiny, priateľov, ktorí v cieľovej krajine už žijú a pracujú), uvedené potvrdzujú aj zistenia Cairnsa a Smytha (2011).

Najviac skúmaným a diskutovaným faktorom migrácie zdravotníckych pracovníkov je mzdová úroveň (Opio a kol., 2022; Dussault a Zurn, 2020; Firdous, 2019, Hajian a kol., 2020; Ibrahim, 2019; Nguyen a Wood (2019); Vojtovič a kol., 2021; Rechel, Dubois a McKee, 2005; Hnilicová, Vavrecková a Dobiášová, 2008). Medzi jednotlivými krajinami existujú veľké mzdové rozdiely, a to nielen medzi krajinami Európskej únie, ale aj medzi krajinami s vysokým príjmom na obyvateľa v celosvetovom kontexte ako napr. USA, Nový Zéland, Kanada či Austrália. Príkladom môže byť estónsky lekár pracujúci vo Fínsku, ktorý zarobí o šesťkrát viac, ako by tomu bolo v domovskej krajine, alebo príjem rumunského lekára je len jedna desatina platu, ktorý by zarobil vo Francúzsku. Vplyv výšky príjmov na migráciu bol pozorovaný v publikácii (Wismar a kol., 2011), kde zistili, že zvýšenie plátov lekárov v Poľsku, Litve a Slovinsku pomohlo znížiť odliv lekárov z krajiny za prácou do zahraničia. Podľa OECD najvyššiu mzdu v Európskej únii zarábali v roku 2020 lekári vo Fínsku 88308 €/rok (7359/mesiac), t. j. 2,06 násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve Fínska. Druhou krajinou s najvyšším zárobkom lekárov je Španielsko, s výškou mzdy lekára 72518 €/rok (6 043 €/mesiac), t. j. 2,73 násobok priemernej mzdy v španielskom národnom hospodárstve. Na Slovensku lekári zarábali v roku 2019 podľa údajov ŠÚ SR a Treximy 21504€/rok (1792€/mesiac), t. j. 1,64 násobok priemernej mzdy na Slovensku. Od 1. januára 2023 sa odmeňovanie lekárov na Slovensku zásadne mení, ich základný plat je naviazaný na priemernú hrubú mzdu v národnom hospodárstve. Plat neatestovaného lekára bez praxe stúpol z pôvodného 1,25-násobku na 1,5-násobok priemernej mzdy na Slovensku pred dvoch rokov. Za každý rok praxe, najviac za 30 rokov, získava neatestovaný lekár 0,015-násobok priemernej mzdy. Plat atestovaného lekára bez praxe išiel od začiatku vlaňajška nahor z 2,3-násobku na 2,5-násobok priemerných zárobkov na Slovensku pred dvoch rokov. Za každý rok praxe má atestovaný lekár nárok na 0,025-násobok priemernej mzdy, najviac za 30 rokov.

Pracovné prostredie a pracovné podmienky boli tiež identifikované ako faktory, ktoré zohrávajú významnú úlohu v procese rozhodovania zdravotníckeho pracovníka ako potenciálneho migranta. Na tento aspekt má veľký vplyv ekonomická situácia krajiny. Krajiny

Európskej únie s vyšším príjmom na obyvateľa (spravidla krajiny EÚ 15) rozvíjali zdravotnú starostlivosť s dôrazom na zabezpečenie vysokého štandardu, napr. kvalitné vybavenie nemocníc, obnova budov a rozširovanie kapacít vzhľadom na stúpajúci dopyt po zdravotníckych službách, zavádzanie najnovších špičkových technológií na diagnostiku (Štefko, Gavurová a Kočíková, 2018) a chirurgiu či testovanie nových nástrojov. Iné krajiny naopak zápasia s veľkým nedostatkom, vo vyššie uvedených aspektoch. Druhú skupinu krajín tvoria spravidla nové členské štáty EÚ 12, ktoré vzhľadom na transformáciu a politické zmeny v spoločnosti stále trpia ekonomickými problémami, ktoré nevytvárajú priestor na rozvoj existujúcich zdravotníckych zariadení či stavanie nových. Zdravotnícki pracovníci tak primárne musia riešiť menší počet nemocničných lôžok ako je počet pacientov, prácu so zastaralou častokrát nefungujúcou diagnostickou technikou, chýbajúci zdravotnícky materiál a iné. Lepšie pracovné podmienky zahŕňajú aj sociálne a ekonomické stimuly zdravotníckych pracovníkov, pracovný harmonogram služieb, ktorý rešpektuje princípy work-life balance a možnosti kariérneho postupu. Práve možnosti neustále sa vzdelávať (Hussenoeder a kol., 2021; Roth a kol., 2021; Ibrahim a kol., 2016; Pena-Sanchez a kol., 2020; Arif a kol., 2019; Becker, 2019; Ibrahim a kol., 2016) a rozvíjať svoju kariéru patria k najdôležitejším faktorom ovplyvňujúcim rozhodovanie zdravotníckych pracovníkov, ktorí uvažujú o dočasnej či dlhodobej migrácii za prácou do zahraničia. Aj prístup a možnosti odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov sa naprieč krajinami Európskej únie značne líšia. V celosvetovom ponímaní sú rozdiely ešte markantnejšie, napr. v porovnaní s USA či Japonskom. Dôvodom lekárov k migrácii môže byť túžba študovať a rozvíjať sa v špecializácii, ktorá nie je v domovskej krajine dostupná. No nielen preto odchádzajú, veľkou motiváciou je pre nich príležitosť získať a osvojiť si skúsenosti a know-how zo zahraničia, čo je obohacujúce a zároveň je to významný krok pre rozvoj ich kariéry.

Vanasse a kol. (2009) identifikoval, že na migráciu lekárov má veľký vplyv profesionálna nespokojnosť: nespokojnosť s profesionálnym životom, negatívny vzťah s nemocnicou, kolegami, zastupiteľnosť v kontexte pracovnej záťaže a pracovné prostredie (mesto, predmestie, vidiek). Pracovnou nespokojnosťou a jej vplyvom na migráciu či už lekárov alebo sestier sa venovalo mnoho vedeckých štúdií (Al-Wotayan a kol., 2019; Amoah a kol., 2022; Domagala, 2019; Dubas-Jakóbczyk, 2020; Karayurek a Demirci, 2021; Nasuridin, 2020; Pena-Sanchez, 2020; Peters a kol., 2010; Shang a kol., 2014; Shkolnikova a kol., 2017; Zhang, 2012; Vatankhah a kol., 2019).



Medzi ďalšie kľúčové mikroúrovňové faktory ovplyvňujúce migračné zámery zdravotníckych pracovníkov patria aj demografické a základné charakteristiky jedinca, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť migrácie. Ide o relatívnu mladosť, vyššiu úroveň vzdelania, prenosnosť zručností (Ricketts, 2013), status slobodného človeka, schopnosť plynulo rozprávať jazykom potenciálnej cieľovej krajiny a prítomnosť príbuzných alebo priateľov, ktorí už migrovali (Van Dalen a Henkens, 2012). Saghin a kol. (2016) zistili, že podľa pohlavia, ženy – lekárnice migrujú viac ako muži. Svoje zistenie odôvodňuje tvrdením, že ženy sú viac sociálne zamerané, podporujúce a pomáhajúce, v porovnaní s mužmi. Oveľa ľahšie sa integrujú do cudzej spoločnosti, čo ich robí náchylnými na trvalú migráciu. Uvedené je v súlade s výsledkami Vanasse a kol. (2009), ktorý na základe regresného modelu vysvetľuje, že ženy a mladí ľudia majú väčší sklon k migrácii počas svojho pracovného života.

Správa WHO o migrácii pracovnej sily v zdravotníctve v Európe hovorí, že existujú aj ďalšie faktory spojené s umocňovaním migračných tokov (Dussault a Zurn, 2020), sú nimi:

- faktor organizácie a riadenia - nesprávne prístupy v riadení (napríklad autoritárske rozhodovanie zhora nadol, rozdielnosť príležitostí a iné);
- faktory nastavenia systému zdravotnej starostlivosti – absencia alebo nevhodné nastavenie politík riadenia ľudských zdrojov (vrátane stratégie stabilizácie a udržateľnosti zdravotníckych pracovníkov), nedostatočné financovanie zdravotníckych služieb a centralizované rozhodovanie;
- všeobecné environmentálne faktory – environmentálne dopady na životné prostredie, zmeny klímy, živelné pohromy a iné;
- všeobecné ekonomické faktory vychádzajúce z kondície hospodárstva krajiny – nízky ekonomický rast, vysoká inflácia, zadlženosť krajiny a iné;
- faktory vplývajúce na bezpečnosť – stúpajúca kriminalita a násilie, občianske nepokoje, vojna a pod.;
- ďalšie faktory, medzi ktoré patria aktívny nábor zahraničnými pracovnými agentúrami, legislatíva uľahčujúca migráciu, odstraňovanie administratívnych bariér, napr. uznávanie kvalifikácií či zjednodušenie podmienok vstupu do krajiny a na trh práce.

Pri rozhodovaní potenciálneho migranta a zameraní sa výber cieľovej krajiny sa ako dôležitý javí aj faktor geografickej blízkosti a prítomnosť komunity migrantov v cieľovej krajine (Pinto da Costa, 2021; Seixas, 2019, Regmi, Paudel, a Bhattarai, 2019).

Výsledky výskumov potvrdzujú vzájomnú prepojenosť jednotlivých faktorov na všetkých úrovniach, sú vzájomne korelované a vzťahy medzi nimi veľmi zložité. Uvedené faktory spravidla existujú ako opačné páry, teda čo je v domovskej krajine ako push faktor, v cieľovej krajine je pull faktorom v kontexte vnímania potenciálneho migranta v procese rozhodovania (napr. absencia príležitostí na vzdelanie v krajine pôvodu/dostupnosť vzdelávania v cieľovej krajine) (Botezat a Ramos, 2020). Zároveň vplyv každého faktora je relatívny, a líši sa v závislosti od kontextu a charakteristík zdrojových a cieľových krajín, preto je hodnotenie jednotlivých faktorov veľmi náročné.

Výskum a jeho výsledky sú rozsiahlejšie v prípade identifikácie a hodnotenia faktorov, ktoré podnecujú migráciu z krajín s nízkymi príjmami do krajín so strednými alebo vysokými príjmami. Migrácia zdravotníckych pracovníkov v rámci Európy nie je dostatočne vedecky a štatisticky zdokumentovaná, s výnimkou niektorých krajín, akými sú Spojené kráľovstvo či Írsko. Výsledky poukazujú na prijímanie nesystémových riešení v politike zdravotníctva a zavádzanie reforiem, ktoré nezohľadňujú viacúrovňové riadenie, a tak často vedú k znižovaniu zamestnanosti, škrtom finančných prostriedkov vynakladaných z verejných zdrojov na zdravotníctvo, politike povinného odchodu do dôchodku a neistote na trhu práce v odvetví zdravotníctva. Toto sú ďalšie príčiny stimulujúce migráciu zdravotníckych pracovníkov (Garg a kol. 2017; Leone, 2020). Pod vplyvom hospodárskych výkyvov (recesíí, do ktorých sa budú dostávať národné hospodárstva a kríz, ktoré vplyvom globalizácie veľmi rýchlo zasiahnu celý svet) budú politiky financovania zdravotníctva v kontexte obmedzovania nákladov na zdravotné služby, ale aj mzdovej efektivity nákladov s dôrazom na efektívnu zamestnanosť a zvyšovania pracovného výkonu, prehľbovať vplyv zdravotnej politiky a reforiem zdravotníctva na odchod zdravotníckych pracovníkov, či už z profesie (predovšetkým v prípade zdravotníckych pracovníkov strednej úrovne), alebo za prácou do zahraničia (predovšetkým u lekárov, pre ktorých je zmena profesie najnáročnejšou, keďže ich kompetencie sú vysokošpecializované a ťažko uplatniteľné v iných povolaniach).

V budúcnosti je možné predpokladať, že zdravotná politika a reforma zdravotníctva budú viesť k znižovaniu zamestnanosti, znižovaniu rozpočtov na zdravotníctvo krytých z verejných zdrojov, povinnému odchodu do dôchodku a neistote na trhu práce vo verejnom sektore, čo môže taktiež stimulovať migráciu. Tento faktor sa v priebehu niekoľkých nasledujúcich rokov v krajinách Európskej úrovne pravdepodobne zvýrazní, keďže financovanie zdravotníctva a úroveň zamestnanosti v zdravotníctve sa dostanú pod tlak obmedzenia nákladov.

## 1.2 Dôsledky migrácie zdravotníckych pracovníkov

Odchod za prácou z krajiny pôvodu do inej krajiny má dôsledky pre jednotlivca, krajinu pôvodu a prijímajúcu krajinu. Tieto dopady môžu byť pozitívne, negatívne alebo zmes oboch.

Na individuálnej úrovni môžu migračné vplyvy zahŕňať narušenie rodinného života, odlúčenie od príbuzných, ťažkosti v procese adaptácie (naučenie sa nového jazyka alebo prispôsobenie sa novej kultúre), cestovné a náklady spojené so zabezpečením života (ubytovanie, vybavenie bytu/domu), negatívne reakcie kolegov, strata profesie v kontexte zamestnania sa na nižšej pracovnej pozícii, ktorú vykonávali v domovskej krajine (napr. lekári, ktorí sa zamestnávajú na pracovnom mieste sestry alebo sestry, ktoré vykonávajú prácu pomocných pracovníkov) (Yan a Wang, 2012). Výhody môžu zahŕňať prístup k lepšej práci, ďalšiemu vzdelávaniu, kariérenmu postupu a lepšiemu pracovnému prostrediu (napr. viac a novšieho vybavenia, menšie pracovné riziko alebo menšie pracovné zaťaženie). Môžu to byť aj finančné zisky v podobe vyšších miezd a odmien, vyšších dôchodkových dávok a prístupu k zdravotnému poisteniu. Ďalšími možnými benefitmi sú lepšie životné podmienky pre rodinu, pracovné príležitosti pre manžela/ku, lepšie vzdelanie pre deti a lepší prístup ku kultúrnym a voľnočasovým aktivitám.

Pre systém zdravotnej starostlivosti v zdrojovej krajine môže byť migrácia hlavnou príčinou nedostatku zdravotníckej pracovnej sily. Keď odídu zo zdravotníckeho zariadenia kľúčoví špecializovaní zdravotnícki pracovníci (ako napr. anesteziológovia, rádiológovia, chirurgické sestry), dochádza k narušeniu služieb, na zabezpečenie ktorých nie sú personálne kapacity. Tým dochádza k väčšiemu pracovnému zaťaženiu zdravotníckeho personálu, ktorý zostáva a to následne môže viesť k zníženiu kvality pracovného výkonu<sup>1</sup>, k väčšej nespokojnosti a v konečnom dôsledku opäť k ďalším odchodom (Rechel, Dubois a McKee, 2005). Veľké straty s rozsiahlymi dôsledkami predstavuje migrácia lekárov, sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov, ktorí viedli vzdelávanie a tréning. Dochádza k narušeniu personálnych kapacít zabezpečujúcich vzdelávanie a prípravu na povolanie či špecializáciu, a tým k „produkcii“ novej pracovnej sily, ktorá by mala dopĺňať zdravotnícky personál v systéme zdravotníctva krajiny.

---

<sup>1</sup> Za nepriame ukazovatele kvality pracovného výkonu sa považujú ukazovatele kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti merané napr. úmrtnosťou novorodencov (Slovensko 3 úmrtia na 1000 živonarodených, čím sa krajina zaraďuje na posledné miesta medzi krajinami Európskej únie); preventabilné úmrtia, ktoré sa považujú za ovplyvniteľné nástrojmi verejného zdravotníctva (Slovensko 339 úmrtí na 100 tisíc obyvateľov, priemer Európskej únie je 204), odvrátiteľné úmrtia (Slovensko 237 odvrátiteľných úmrtí na 100 tisíc obyvateľov, priemer Európskej únie 119 odvrátiteľných úmrtí na 100 tisíc obyvateľov).

Zdrojová krajina tiež prichádza o svoje investície do vzdelania zdravotníckych pracovníkov vynaložené z verejných rozpočtov, ako aj o potenciálne výsledky ich práce, ktoré by priniesli do systému zdravotnej starostlivosti (Dodani a LaPorte, 2005; Dohlman, 2019; Alam a kol., 2015; Botezat a Moraru, 2020) a zároveň o ekonomické prínosy do národného hospodárstva krajiny (vytvorený HDP, dane z príjmu, spotrebné dane, DPH a iné). Z migrácie pracovnej sily je možné aj profitovať, napríklad prostredníctvom migrácie nadbytku pracovnej sily, ktorá vytvára nezamestnanosť na trhu práce (k tomuto javu došlo v niektorých krajinách východnej a strednej Európy v 90. rokoch 20. storočia, vrátane Slovenskej republiky), alebo zníženiu podzamestnanosti príchodom pracovnej sily zo susedných krajín (Amorim-Lopes, Almeida a Almada-Lobo, 2019), ale aj zvýšením remitencií posielaných migrantmi späť do krajín pôvodu (Leone a kol., 2020; Dodani a LaPorte, 2005). Ďalším benefitom v kontexte návratovej migrácie je prístup k novým znalostiam a zručnostiam (privezené know-how), ku kontaktom a spolupráci so zdravotníckymi odborníkmi zo zahraničia, a ak migranti udržiavajú vzťahy so svojimi bývalými zamestnávateľmi, napriek ich migrácii môžu rozvíjať spoluprácu a získavať informácie a vedomosti, ktoré nadobudli (Profili a kol., 2019).

Pre krajiny pôvodu sú pozitívne dopady migrácie najprínosnejšie v prípade návratovej migrácie. Spolupráca so zdrojovými krajinami v oblasti spoločných školiacich programov či výskumných projektov predstavujú ďalšie zisky (Nwadiuko a kol., 2021; Brugha a kol., 2016; Ketel a kol., 2016; Dodani a LaPorte, 2005;). V ekonómii práce sa vyvinul nový prúd myslenia, ktorý tvrdí, že únik mozgov môže byť kompenzovaný ďalším prírastkom mozgov, pretože perspektíva potenciálnej migrácie podnecuje viac mladých ľudí, aby študovali na vysokej škole. Ak je nárast počtu uchádzačov o vysokoškolské vzdelanie vyšší ako nárast počtu migrantov, čistá zmena predstavuje prírastok mozgov (Beine, Docquier a Rapoport, 2008). Táto teória nebola zatiaľ empiricky testovaná.

Prínosy pre cieľové krajiny sú výraznejšie. Ide predovšetkým o získanie zdravotníckej pracovnej sily bez akýchkoľvek investícií do jej vzdelávania (Dwyer, 2007), migranti prichádzajúci do cieľovej krajiny skôr akceptujú nižšie platy a kompenzačné balíčky (Watkins a Melde, 2009), a často prijímajú prácu v geografických oblastiach alebo v takej oblasti služieb, ktorým sa domáci pracovníci vyhýbajú (Bevan, 2005). Náklady cieľových krajín na migráciu sú veľmi často opomínané, no napriek tomu je ich existencia reálna. Kultúrne rozdiely môžu vytvárať bariéry v komunikácii s pacientmi, spotrebiteľmi zdravotníckych služieb. Nedostatočné znalosti využívania moderných technológií, liekov alebo postupov liečby môžu viesť k nižšej

kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti a vyššej chybovosti. V prípade dočasnej migrácie môžu byť investície do zaškolenia na pracovisku vysoké v pomere k odpracovanému času služby (Brush, Sochalski a Berger, 2004). Rovnako sú nezanedbateľnými nákladmi cieľových krajín náklady na asimiláciu a integráciu.

Na záver môžeme zhrnúť, že prínosy pre prijímajúcu krajinu odzrkadľujú straty pre krajinu pôvodu, ktorými je prístup k dodatočnej pracovnej sile pri nízkych nákladoch. Náklady pre prijímajúcu krajinu sú ťažšie merateľné a závisia od toho, ako rýchlo a dobre nových prisťahovalcov integruje.

### **1.3 Determinanty migrácie v kontexte riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve**

Na základe výsledkov analýzy mikroúrovňových faktorov migrácie sa pozornosť venuje ekonomickým a profesijným determinantom vplyvujúcim na potenciálneho migranta v procese rozhodovania o pracovnej migrácii. Zdravotnícki pracovníci sú špecifickou pracovnou silou podliehajúcou istej regulácii zo strany štátu. Povinnosťou každého zdravotníckeho pracovníka je registrovať sa v príslušnej profesijnej komore s následnou pravidelnou aktualizáciou informácií o svojich pracovných a vzdelávacích aktivitách. Po ukončení vysokoškolského štúdia a následnom získaní licencie sú oprávnení vykonávať prax. Lekári môžu pôsobiť ako samostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (povolenie a licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe) alebo ako zamestnanci iného poskytovateľa (licencia, ktorá je potvrdením odbornej spôsobilosti, t. j. vzdelania a počtu rokov praxe). Predmetom výskumu sú práve zdravotnícki pracovníci (lekári a sestry) pracujúci na základe licencie ako zamestnanci iného poskytovateľa (nemocníc Slovenskej republiky).

V slovenskom zdravotníctve neexistuje mechanizmus na reguláciu počtu zdravotníckych pracovníkov v jednotlivých kategóriách či špecializáciách v závislosti od potrieb trhu práce generovaného potrebami obyvateľstva. Nedostatok sa prejavuje v absentujúcom dlhodobom a systémovom plánovaní ľudských zdrojov. Dokument „Aktualizácia strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030“ rieši plánovanie ľudských zdrojov v slovenskom zdravotníctve len veľmi povrchno. Zaoberá sa starnutím zdravotníckej pracovnej sily a vytyčuje si za cieľ „prispiet' k zníženiu priemerného veku všeobecných lekárov zo

súčasných 54<sup>2</sup> na 40 rokov do roku 2030. Kľúčom k dosiahnutiu cieľa je zavedenie Rezidentského programu, ktorého zámerom je nielen znížiť priemerný vek lekárov, ale aj zlepšenie vzdelávania v odbore všeobecného lekárstva pre dospelých, deti a dorast, či zvýšiť kvalitu a dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti, čo by malo viesť k zlepšovaniu ukazovateľov výkonnosti. Na úspešné fungovanie zdravotníckych zariadení v systéme zdravotníctva Slovenskej republiky je potrebné zabezpečiť poskytovanie zdravotníckej starostlivosti potrebnou pracovnou silou, v určitom čase a priestore, s požadovanou kvalifikáciou a zručnosťami. (Vojtovič a kol., 2013). To je hlavnou úlohou manažmentu ľudských zdrojov.

#### 1.4 Plánovanie pracovnej sily v zdravotníctve

K správne fungovaniu systémov zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné zabezpečiť rovnováhu v kvantite a kvalite zdravotníckych pracovníkov (OECD, 2016). Existuje niekoľko prístupov k plánovaniu pracovnej sily v systéme zdravotníctva, aby bol v čo najväčšej miere zabezpečený súlad medzi ponukou a dopytom po zdravotníckej pracovnej sile (Amorim-Lopes a kol., 2021; Bhattacharya a Bhattacharya, 2022; Correia a kol., 2020; Kunjumen, 2020; Crettenden a kol., 2014; Kuhlmann a Larsen, 2015; Ono a kol., 2013; O'Sullivan, 2019). V dôsledku medzinárodnej migrácie pracovnej sily v zdravotníctve je naplnenie tohto cieľa čoraz náročnejšie (Dussault a kol., 2003; Dubois, Nolte a McKee, 2006; Vuorenkosky, Mladovsky a Mossialos, 2008).

Plánovanie pracovnej sily založené na dôkazoch prostredníctvom modelovania sa používa v mnohých krajinách, napr. v Austrálii, Belgicku, Kanade, Nemecku, Fínsku, Írsku a Ománe (Heponiemi a kol., 2019; Hannawi a Salmi, 2014; OECD, 2016; Crettenden a kol., 2014; Kuhlmann, Lauxen a Larsen, 2016; Ono, Lafortune a Schoenstein, 2013).

Jedným z kľúčových dlhodobých politických nástrojov, využívaným vládami na ovplyvnenie ponuky zdravotníckych pracovníkov, je regulácia prijímania do vzdelávacích a školiacich programov (v Slovenskej republike je to spomínaný Rezidentský program). Krajiny na to využívajú politiku Numerus clausus (t. j. politiku uzatvoreného počtu) (OECD, 2016), ktorá je založená na stanovení explicitných kvót prijatia do lekárskejších a ošetrovateľských vzdelávacích

---

<sup>2</sup> Tento vekový priemer bol počítaný pri tvorbe dokumentu, teda platný bol pre rok 2014. Dnes už je vekový priemer registrovaných všeobecných lekárov pre dospelých na úrovni 59 rokov.

programov a programov postgraduálnej prípravy na národnej alebo regionálnej úrovni. USA priamo takéto kvóty neukladá, ale rozpočtové obmedzenia na národnej alebo nižšej úrovni nepriamo obmedzujú počet prijatých študentov (OECD, 2016). Priamo kvóty sa používajú vo Francúzsku (Chevreul, 2015), Holandsku (Ketel, 2016), Austrálii (Onnis, 2019; O'Sullivan, 2019) a Nemecku (Cudalb a Gresser, 2020; Schumann a kol., 2019; Crettenden a kol., 2014; Forster a kol., 2013). Tento prístup k plánovaniu zdravotníckej pracovnej sily je potrebné dlhodobo plánovať, pretože prijaté opatrenia sa prejavujú oneskorením v ich účinnosti.

Regulácia v oblasti prijímania študentov do vzdelávacích a školiacich programov musí byť doplnená zvýšením kapacít škôl podľa tzv. best practices z mnohých krajín, dokonca aj menej obývaných ako je napr. Kuvajt (Health Systems Profile - Kuwait, Al-Wotayan a kol., 2019). Vysokoškolské vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov je finančne náročnejšie, preto si zvyšovanie jeho kapacít vyžaduje zvýšenie finančných prostriedkov na tento účel pridelených. Ďalšou, veľmi diskutovanou témou, je nákladovo efektívny spôsob vzdelávania on-line formou v kontexte zvyšovania disponibilných kapacít personálneho zabezpečenia každodenného fungovania zdravotníckych zariadení. Problém predstavuje však zložitosť vzdelávacích úloh riešených prostredníctvom eLearningu s nedostatočným priebežným usmerňovaním a interakciou (Abawi a kol. 2016). Na vyprodukovanie dostatočného množstva pracovnej sily univerzitami je potrebné rozšírenie prístupu predovšetkým k medicíne, ale aj ostatným zdravotníckym odborom pre väčšie množstvo študentov, vďaka čomu by bola rezerva zdravotníckych pracovníkov prichádzajúcich na trh práce väčšia. Ide o celosvetový prístup, ktorý prináša pozitívne výsledky vo Veľkej Británii, Austrálii a Japonsku. To si vyžaduje zvyšovanie informovanosti o programoch vzdelávania v zdravotníckych odboroch v skupinách študentov stredných škôl ale aj u učiteľov, výchovných poradcov či rodičov. Poskytovanie finančných prostriedkov tiež prináša výsledky v podobe zvýšeného záujmu o štúdium medicíny. (Dowell, 2015; Goto a Kakihara, 2016). Prekážkou plného využitia tohto nástroja je demografický vývoj: znižovanie počtu obyvateľov v predproduktívnom veku klesá, a preto je aj počet potenciálnych študentov zdravotníckych odborov nižší. Ak by sa na univerzitách zvýšil dôraz na kvantitu a tá by bola uprednostnená pred kvalitou, mohlo by sa stať, že kvalita absolventov by klesla s následným dopadom na kvalitu poskytovaných zdravotníckych služieb. Ďalšou výzvou je migrácia študentov za vzdelávaním (Anastasiou, 2022). Pre Slovenskú republiku je migrácia

absolventov stredných škôl s cieľom získať medicínske vzdelanie prehlbujúcim sa problémom s rozsiahlymi dôsledkami. Rovnako ako odliv mozgov po ukončení vysokoškolského vzdelania.<sup>3</sup>

Ďalšou otázkou pri plánovaní pracovných síl je skladba špecifických špecializácií a geografické rozmiestnenie pracovných síl. Trend výberu špecializácií v krajinách s vysokým príjmom na obyvateľa stavia ich zdravotnícke systémy do pozície, kedy v nich chýbajú pracovné sily s určitou špecializáciou, najmä v oblasti všeobecného lekárstva a detského všeobecného lekárstva, čím je ohrozené poskytovanie zdravotnej starostlivosti na primárnej úrovni (Rodríguez a kol., 2015). Následkom je preťažovanie pohotovostnej zdravotnej služby nemocníc. Geografická distribúcia lekárov, sestier a zdravotníckych pracovníkov predstavuje rovnako problém vyžadujúci si pozornosť. Nerovnomerné personálne zabezpečenie rozvinutých regiónov a mestských častí v porovnaní s riedko obývanými vidieckymi oblasťami si rovnako vyžaduje prijatie vhodných riešení. (Johnson, Wright a Foster, 2018; Clark a kol., 2013; Buyx a kol., 2010) Poskytnutie finančných i nefinančných stimulov môže podnietiť študentov, aby si viac z nich vyberalo všeobecnú prax. Štúdie ukazujú, že finančné stimuly sú úspešnými nástrojmi najmä vtedy, ak je nedostatočný výber všeobecného lekárstva odrazom vyhlíadok s nižšími príjmami. Finančné stimuly musia byť doplnené ďalšími reformami, najmä reformami učebných osnov (Chater a kol. 2016).

Ukázalo sa tiež, že začlenenie rodinného lekárstva do všetkých úrovní vzdelávania, zvyšuje výber študentov vykonávať prax všeobecného a rodinného lekára (Kost, 2014; Hughes, 2015). Je dôležité pochopiť priority študentov medicíny pri výbere rezidenčných programov. Tie sa líšia v závislosti od krajiny; napríklad v Spojených arabských emirátoch sa nezistilo, že by budúci príjem bol významným motivačným faktorom (Ibrahim, 2016), naopak je to v krajinách východnej Európy.

Výška verejných financií zohráva pri vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov (ale nielen nich) kľúčovú úlohu, pretože pri ich nedostatočnej výške či úplnej absencii nie je možné vzdelanie a školiace programy zabezpečiť. Zatvorenie programov následne prehlbuje

---

<sup>3</sup> Medzi TOP 10 fakúlt s najvyšším odlivom mozgov v rokoch 2010 až 2013 boli podľa Inštitútu finančnej politiky, 2017 zaradené Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave (1. miesto s priemerným podielom odchádzajúcich na absolventoch 21,4%), Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave pobočka v Martine (2.miesto s priemerným podielom odchádzajúcich na absolventoch 19,4%) Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach (4. miesto s priemerným podielom odchádzajúcich na absolventoch 17,4%), Farmaceutická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave (9. miesto s priemerným podielom odchádzajúcich na absolventoch 14,1%)



problémy distribúcie a dostupnosti (Uswak a Keller-Kurysh, 2012). Nedostatok finančných prostriedkov na jedno z finančne najnáročnejších štúdií je napr. na Slovensku riešené zvyšovaním počtu zahraničných študentov, ktorí za štúdium platia plné školné. V Austrálii vláda podporuje vysokými finančnými stimulmi rozvoj a implementáciu politík na riešenie nedostatku študentov, ktorí následne dopĺňajú ponuku pracovných síl v zdravotníctve (Foster a kol., 2013). Z fondov sú hradené špecifické školenia vrátane stáží, odbornej prípravy všeobecných lekárov, odbornej prípravy špecialistov a medziodborové vzdelávanie. Podobne je to v Japonsku, aby sa riešila nedostatočná ponuka pracovníkov v oblasti dlhodobej starostlivosti, sú školenia ponúkané bezplatne (Fujisawa a Colombo, 2009).

Nemecko si vybralo iný spôsob riešenia, a to prostredníctvom uzatvárania bilaterálnych dohôd. S Vietnamom uzatvorilo dohodu zahŕňajúcu pilotný projekt na vzdelávanie a nábor vietnamských sestier, ktoré budú pracovať v oblasti starostlivosti o starých a chorých v Nemecku. Najskôr absolvujú 6-mesačné zaškolenie a po jeho ukončení odídu do Nemecka, aby sa začalo ich dvojročné odborné štúdium. Tento program je sprevádzaný programom integrácie a jazykových kurzov (OECD, 2016).

Medzinárodné lekárske programy (IMP) sú partnerstvami medzi vzdelávacími inštitúciami v oblastiach s obmedzenými zdrojmi a oblasťami bohatými na zdroje s cieľom využiť vzdelávanie a odbornú prípravu na budovanie udržateľných kapacít. Ako pomoc pri nastavovaní tohto procesu bol zostavený komplexný sprievodca navrhovaním úspešných IMP pre obe strany (Garg a kol., 2017).

Nesúlad na trhu práce v odvetví zdravotníctva pri chýbajúcej pracovnej sile je možné riešiť pomocou rôznych overených nástrojov:

*a) cieleného náboru.*

Ako uvádzajú štúdie z niektorých krajín, prekážkou pri náboře absolventov s negatívnym dopadom, je nedostatok financií a nedostatok voľných pracovných miest na plný úväzok (Baumann, Hunsberger a Crea-Arsenio, 2011). Kanada zaviedla iniciatívu New Graduate Nursing Initiative, ktorej cieľom je podporiť dostupnosť stálych pracovných miest na plný úväzok pre nové sestry absolventky a udržanie týchto pracovných miest, aby prekonali ťažkosti s prechodom od štúdia k zamestnaniu sa (Guay, Bishop a Espin, 2016). Ministerstvo zdravotníctva poskytuje zamestnávateľom 6-mesačných platov pre novoprijaté diplomované sestry (Ministry of Health and Long-Term Care, 2018). Vyhodnotenie

iniciatívy preukázalo úspešnosť s okamžitým prijatím do zamestnania a mentorstvom po ukončení štúdia, čím sa znížili úvahy sestier o migrácii (Guay, Bishop a Espin, 2016; Ministry of Health and Long-Term Care, 2018). Najvyšší dopyt je po pracovníkoch dlhodobej starostlivosti, ktorý je ťahaný demografickým vývojom v krajinách s vyšším príjmom na obyvateľa, zvyšovaním veku dožitia a životnej úrovne. Na jeho uspokojenie sa využíva nábor z obyvateľov, ktorí sú na trhu práce neatraktívnou pracovnou silou. Prístupom k lepšiemu vzdelaniu, dodatočným daňovým úľavám a flexibilnému pracovnému času sú nástroje náboru pracovníkov dlhodobej zdravotnej starostlivosti efektívnejšie. Náborové projekty vo Fínsku a Švédsku sa zameriavajú na mužov ako pracovníkov dlhodobej zdravotnej starostlivosti, v Holandsku na študentov stredných škôl alebo opatrovateľov z etnických menšín, ktorí opustili svoje povolanie a v Nemecku či Švédsku nezamestnaným migrantom vláda poskytuje jazykové kurzy s následnou možnosťou zamestnať sa v danom odbore (Fujisawa a Colombo, 2009).

b) *zlepšenia HRIS (informačného systému ľudských zdrojov).*

Informačné systémy ľudských zdrojov podporujú rôzne postupy riadenia ľudských zdrojov, vrátane náboru a riadenia výkonnosti. Riadiacim zdravotníckym pracovníkom poskytujú kľúčové informácie, ktoré vedú k efektívnemu plánovaniu kapacít a alokovaniu zdrojov (Tursunbayeva a kol., 2017). Z hodnotení vyplýva, že najčastejšie realizovaným prínosom HRIS sú zlepšenia prevádzkovej efektívnosti. Existujú však technologické bariéry, najmä v súvislosti s integráciou (Tursunbayeva, 2019).

c) *znižovania migrácie zdravotníckych pracovníkov z krajiny a zvyšovania migrácie do krajiny.*

Jedným z problémov, ktorý prispieva k nedostatku dostupných zdravotníckych pracovníkov, je zvýšená migrácia. Riešením je pochopenie a riešenie pull a push faktorov, ktoré sú špecifické pre daný kontext. V Írsku sú push faktormi zlé pracovné podmienky, nespokojnosť s rovnováhou medzi pracovným a súkromným životom, nedostatočná odborná príprava a kariérne príležitosti vrátane nízkej úrovne zamestnancov, ktoré vedú k tomu, že zamestnanci si musia hľadať aj vedľajšie zamestnanie (Bidwell a kol, 2013; Clarke, 2017). Výsledky štúdií identifikujú hlavné dôvody, prečo by sa írski zdravotnícki pracovníci rozhodli zostať v Írsku a nemigrovali by. Boli nimi postgraduálne štúdium a ďalší profesionálny rozvoj v Írsku (Brugha a kol., 2016). Ďalším zistením bolo, že čím je

dĺžka pobytu v zahraničí dlhšia, tým sa pravdepodobnosť návratu do domovskej krajiny znižuje (McAleese a kol., 2016).

Zvyšujúca sa migrácia do krajiny môže mať formu formálnych partnerstiev na základe bilaterálnych dohôd, napr. v Nemecku prostredníctvom cieleného náboru čínskych opatrovateľov (OECD, 2016), v Kanade nábor medzinárodne vzdelaných zdravotných sestier a iných migrujúcich pracovníkov z Filipín (Ramji a Etowa, 2014). V USA a Írsku využívajú na prilákanie zahraničnej zdravotníckej pracovnej sily politiku „zelených kariet“. S týmto druhom migrácie sú spojené problémy efektívnosti integrácie, proces vydania pracovného povolenia, schémy náboru viacerých zamestnávateľov za účelom úspory nákladov, rozmiestnenie pracovníkov či počiatočná prax s dohľadom, ale aj jazykové vzdelávanie, kultúrna integrácia a sociálna podpora (Ramji a Etowa, 2014; Dubois, Nolte a McKee, 2005).

Za pozitívny dôsledok zvýšenej migrácie bolo identifikované zvyšovanie rozmanitosti pracovnej sily, a keďže sa pacienti v krajinách s vysokými príjmami stávajú čoraz rozmanitejšími, predpokladá sa, že rozmanitosť, najmä u sestier, prospieva (Troy, Wyness a McAuliffe, 2007). Veľmi široko diskutovanou otázkou je, že zvýšená migrácia má za následok odliv z vysielajúcej krajiny, ktorá je zvyčajne krajinou s nižšími príjmami, čo vedie k prijatiu etických kódexov s cieľom zabezpečiť menšie škody. V Spojenom kráľovstve to viedlo k značnému zníženiu prílevu zdravotníckych odborníkov (Buchan a kol., 2009).

*d) budovanie domácej pracovnej sily prostredníctvom zmien v politike vzdelávania a pracovnej imigrácie.*

Ako jedno z najčastejších riešení nedostatku zdravotníckych pracovníkov v systémoch zdravotníctva krajín je v štúdiách identifikované zvýšenie počtu študentov zdravotníckych odborov. Uplatňovanie tejto politiky už v mnohých krajinách OECD znížil prílev lekárov vyštudovaných v zahraničí (OECD, 2016). Švajčiarsko zameralo svoju pozornosť na neuniverzitné vzdelaných zdravotníkov (Haller a kol., 2015). Zvýšenie domácej pracovnej sily v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti je možné zvýšením flexibility vzdelávania a zamestnaním podľa vzoru Dánska a Veľkej Británie (Fujisawa a Colombo, 2009).

Ďalším prístupom sú prísnejšie migračné politiky v oblasti zamestnávania pracovných migrantov v odvetví zdravotníctva. Vo Francúzsku podľa platnej legislatívy je povinný každý lekár vyškolený mimo EHP najskôr pracovať vo verejných nemocniciach (OECD, 2015). Švajčiarsko implementuje systém imigračných kvót pre všetkých cudzích štátnych príslušníkov (OECD, 2016). V Spojených arabských emirátoch je udeľovanie licencií

veľkou výzvou, pretože uznanie kvalifikácie zahŕňa overenie kvalifikácie (Short, 2019). Tento spôsob uplatňuje aj Slovenská republika pri migrácii lekárov do krajiny.

- e) *zvyšovanie retencie (udržania) prostredníctvom HR politik, prerozdeleniu úloh a atraktívnych benefitov nastavených priamo pre zdravotníckych pracovníkov.*

Udržanie zdravotníckych pracovníkov v zdravotníctve v jednotlivých krajinách si vyžaduje finančné stimuly ako prostriedok riešenia špecifických motivačných faktorov stojacich za udržaním zdravotníckych pracovníkov v domovskej krajine (Amorim-Lopes, Almeida a Almada-Lobo, 2019; Buykx, 2010; Steinmetz, de Vries a Tijdens, 2014). Z hľadiska fluktuácie je najväčšou výzvou udržanie a stabilizácia zdravotníckych pracovníkov v odbore ošetrovateľstvo. Napríklad Kanada venuje špeciálnu pozornosť zvyšovaniu záujmu o povolanie sestry (Baumann, 2006). Nedostatok lekárov riešia v Kanade, Francúzsku či USA zvyšovaním počtov študentov v postgraduálnych vzdelávacích programoch v odbore všeobecné lekárstvo, aby sa pokúsili dosiahnuť lepšiu rovnováhu medzi všeobecnými lekármi a špecialistami. Ďalšie nástroje sú zamerané na zatraktívnenie povolania prostredníctvom zlepšenia finančných a pracovných podmienok, napr. vo Veľkej Británii podporou rovnováhy medzi pracovným a súkromným životom (Xiao a kol., 2022; Salas-Vallina a kol., 2021; OECD, 2016; Rodríguez a kol., 2015), decentralizovaný manažment či lepšie odmeňovanie za kvalitnú zdravotnú starostlivosť (Okunogbe, 2020; Sumah a Baatiema, 2019).

## **1.5 Riadenie ľudských zdrojov v zdravotníctve**

Primerane kvalifikovaná, dobre motivovaná a angažovaná pracovná sila je pre úspech zdravotníckych zariadení rozhodujúca. Prax posledných rokov stále častejšie ukazuje, že jadrom každého udržateľného riešenia výkonnosti zdravotníckych organizácií v zdravotnom systéme musí byť „správne“ riadenie ľudských zdrojov (Grade a Ghadimi, 2021; Trullen, Bos-Nehles a Valverde, 2020; Manafi, Takian a Sari, 2019; Gallo a kol., 2019; Dussault a Dubois, 2003; Diallo, a kol., 2003, Gupta a kol., 2003).

Výskum vplyvov dimenzií riadenia ľudských zdrojov na výkonnosť organizácií v iných sektoroch prebieha už niekoľko desiatok rokov, pričom hodnotenie dôsledkov riadenia ľudských zdrojov na sektor zdravotníctva je veľmi obmedzené. Výskum v súkromných podnikoch sa zameriava na zisťovanie závislosti medzi zásahmi do ľudských zdrojov a výkonnosťou

organizácie, teda výstupom. Štúdie poukazujú na pozitívny vzťah, pričom čím viac a čím účinnejšie praktiky riadenia ľudských zdrojov sú aplikované do podnikovej praxe, tým lepší výsledok podnik dosahuje (Wang a kol., 2019; Garengo a kol., 2021). Uvedené potvrdzujú závery štúdie Jotabá a kol. (2022), v ktorej autori analyzujú empirické dôkazy skúmania závislosti medzi postupmi riadenia ľudských zdrojov a výkonnosťou. Výsledky ukazujú, že existuje pozitívna korelácia medzi komplexnejšou a hlbšou implementáciou postupov riadenia ľudských zdrojov a výkonnosťou podniku. Investície do rozvoja a udržania efektívnej politiky a praxe v oblasti riadenia ľudských zdrojov môžu významne a merateľne pozitívne prispieť k výkonnosti organizácie (Wang a kol., 2021).

Existujú tri spôsoby, akými prax riadenia ľudských zdrojov prispieva k výkonnosti podniku:

1. „Best Practice“ – predstavujú súbor identifikovateľných praktík riadenia ľudských zdrojov, ktoré po implementácii zlepšia výkonnosť podniku (Seeck a Diehl 2017).
2. Zosúladenie – predstavuje stav, kedy sa výkonnosť podniku zlepši, ak sa v podniku dosiahne vysoký stupeň zosúladenia obchodnej stratégie a postupov v oblasti ľudských zdrojov (Bayo-Moriones a kol. 2020; Zhou a kol. , 2020; Sheehana kol., 2016).
3. Balíky – predstavujú súbor špecifických personálnych postupov, ktoré prinesú vyššiu výkonnosť v podniku, pričom zloženie týchto balíkov sa líši v závislosti od rôznorodosti organizácií (Schwartz a kol., 2017; Muñoz-Pascual a kol., 2019; Jotabá a kol., 2022).

Rovnako ako v škole excelencie aj v oblasti riadenia ľudských zdrojov neexistuje žiadny jednotný prístup, ktorý by poskytol udržateľné riešenie všetkých výziev v oblasti personálneho riadenia. Implementácia rovnakých personálnych postupov nemusí byť univerzálne použiteľná. Prijatie konkrétneho súboru personálnych postupov samo o sebe nevedie k úspechu. Organizácie si osobitne vyberajú personálne postupy zo zoznamu personálnych politík, a následne pri hodnotení ich účinnosti, je potrebné venovať pozornosť skúmaniu krokov. Často je dôležitejší postup realizácie, ako predmet realizácie, pričom existujúce empirické štúdie sa zameriavajú práve na to „čo sa robí“ (Natalicchio a kol. 2018).

Systém merania a riadenia výkonnosti organizácie predstavuje integrovaný systém na podporu rozhodovacieho procesu prostredníctvom meraní výkonnosti hmotného a nehmotného majetku (Smith a Bititci, 2017). Tento systém poskytuje zamestnancom spätnú väzbu o výsledku činností odrážajúcich postupy používané pri implementácii obchodnej stratégie. Od zavedenia prvých modelov merania a riadenia výkonnosti, sa riadenie ľudských zdrojov považuje za

relevantné nehmotné aktívum na vytvorenie konkurenčnej výhody (Neely a kol., 2001). Ľudské zdroje predstavujú zamestnancov pod priamou kontrolou spoločnosti; ich riadenie zahŕňa procesy zamerané na maximalizáciu ich výkonu a na dosiahnutie strategických cieľov zamestnávateľa. Napriek uznávanému významu riadenia ľudských zdrojov zostávajú dostupné štúdie o jeho úlohe pri vývoji organizačných modelov merania a riadenia výkonnosti len v štádiu prieskumu (Bourne a kol., 2018; Sardi a kol., 2019).

Niektorí autori spochybňujú už východiskové tvrdenia o prepojení medzi stratégiou riadenia ľudských zdrojov a výkonnosťou organizácie (Guest, 1997). Uvádzajú, že myšlienka o existencii všeobecného prístupu k riadeniu ľudských zdrojov, ktorý možno uplatniť v akejkoľvek organizácii, bez ohľadu na kontext a priority s pravdepodobnosťou dosiahnutia podobnej úrovne výsledkov, ich nepresvedčila. Argumentujú, že skúmanie riadenia ľudských zdrojov v kontexte výkonnosti organizácie naďalej zostáva príliš „mladou oblasťou výskumu“ a generuje celý rad metodologických výziev, ktoré je potrebné vyriešiť. Pokiaľ ide o meranie riadenia ľudských zdrojov, meranie výkonnosti organizácie a meranie vzťahu medzi. V závere však uvádza, že výsledky výskumu sú veľmi pozitívne (Garengo a kol., 2021).

CIPD (The professional body for HR and people development) realizovala výskum, ktorého cieľom bolo zistiť, čo je hlavným stavebným kameňom riadenia ľudských zdrojov.

Autori prišli k záveru, že organizácie, ktoré chcú maximalizovať prínosy zo svojej pracovnej sily, ktorú zamestnávajú, musia mať funkčné politiky v troch oblastiach:

- dostatočný počet zamestnancov s kompetenciami (znanosti, schopnosti, zručnosti a osobnostné charakteristiky) potrebnými na výkon práce na obsadzovanom pracovnom mieste,
- musí existovať primeraná motivácia, aby zamestnanci uplatňovali pri výkone svojej práce svoje kompetencie v plnom rozsahu,
- musí existovať príležitosť k samostatnému rozhodovaniu o tom, ako sa bude ich práca vykonávať.

Na záver je možné konštatovať, že hoci je skúmanie vzťahu medzi riadením ľudských zdrojov a výkonnosťou organizácie relatívne „mladé“ a obmedzené, poskytuje všeobecné dôkazy o pozitívnych výsledkoch zvyšovania výkonnosti organizácie v nadväznosti na aplikáciu osvedčených postupov riadenia ľudských zdrojov. Ukazovatele a metriky používané na meranie sú definované a merané rôznymi súbormi ukazovateľov definovaných v rôznych štúdiách.

Výskum predmetného vzťahu bol realizovaný predovšetkým v súkromnom sektore v odvetviach výroby, financií či služieb.

Závery však poukazujú na určitú všeobecnú podporu aj pre zdravotnícke systémy, no zároveň sú demonštrované i niektoré obmedzenia. V sektore zdravotnej starostlivosti je potrebné v praxi riadenia ľudských zdrojov zvážiť jeden sektorovo špecifický problém, ktorým je meranie výkonnosti zdravotníckeho zariadenia (Štefko, Gavurová a Kočišová; 2018). Výkonnosť obchodných korporácií súkromného sektora je možné merať prostredníctvom ukazovateľov ako napr. zisk, výnos a pod., pre zdravotnícke organizácie verejného sektora nie sú relevantne aplikovateľné.

## **1.6 Nástroje riadenia ľudských zdrojov v zdravotníckych zariadeniach**

Riadenie ľudských zdrojov v zdravotníckych zariadeniach má niekoľko jedinečných osobitostí. Pracovná sila je kvantitatívne rozsiahla, rôznorodá a zahŕňa samostatné povolania, ktoré sú často zastúpené profesijnými združeniami (Williams a kol., 2018). Niektorí zdravotnícki pracovníci zamestnaní v zdravotníckych zariadeniach majú veľmi špecifické zručnosti, ktoré neumožňujú ich uplatnenie v iných odvetviach. Naopak, niektorí bez špecializácie môžu ľahko prejsť zo sektoru zdravotníctva do zamestnania v iných sektoroch. Zdravotnícki pracovníci disponujúci špecifickými kompetenciami pre tento sektor (napr. lekári, sestry, fyzioterapeuti a pod.) majú tendencie skôr k lojalite voči profesii a pacientom než voči zamestnávateľovi, keďže možno hovoriť o pomáhajúcich profesiách s vysokým stupňom etickej viazanosti.

V mnohých krajinách, rovnako tak aj v Slovenskej republike, je prístup k odbornej príprave a zamestnávaniu v zdravotníctve kontrolovaný normami a požiadavkami na vstup pracovníkov do týchto profesií prostredníctvom profesijných združení a aspekty ich práce sú regulované. Hlavným zdrojom financovania zdravotníctva sú verejné, ale i súkromné finančné zdroje, a poskytovanie zdravotnej starostlivosti je predmetom politických rozhodnutí. Zatiaľ čo mnohé zdravotnícke systémy sa snažia o decentralizáciu riadenia s cieľom zvýšiť ich efektívnosť, široké spektrum zainteresovaných strán, rozsiahle priame a nepriame vládne a regulačné zásahy, či opakujúce sa nesystematické zhora nadol prichádzajúce pokusy o reformy, systémy oslabujú (Healy, 1997; Sumah a Baatiema, 2019). Personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení je veľmi náročné na kvalitu a kvantitu pracovnej sily, čo dokazuje podiel celkových výdavkov na

zamestnancov, ktorý je oveľa vyšší v zdravotníctve ako vo väčšine výrobných odvetví a v mnohých odvetviach služieb.

Riadenie ľudských zdrojov v oblasti zdravotníctva je nedostatočne skúmanou problematikou, čiastočne kvôli svojmu jedinečnému kontextu. Výskum ľudských zdrojov v zdravotníckych zariadeniach a systémoch zdravotníctva vychádza zo širokého spektra disciplín (ako napr. ekonómia, ekonometria, psychológia práce, sociológia). Niektoré z týchto disciplín nie sú otvorené na použitie metód uplatňovaných v klinickom výskume. Výzvou pre výskum budujúci dôkazovú základňu o dôležitosti riadenia ľudských zdrojov v sektore zdravotníctva je, že musia čerpať z týchto neklinických výskumných metód na hodnotenie vstupov riadenia ľudských zdrojov a zároveň sa snažiť identifikovať vhodné a sektorovo špecifické merania výstupu (výsledku).

Bolo uskutočnených niekoľko výskumov vysokovýkonného riadenia ľudských zdrojov v sektore zdravotníctva (Salas-Vallina, 2021; Ivan a kol., 2020; Nasurdin, Tan, a Khan, 2020; Rondeau a Wager, 2021; Zamanzadeh, Valizadeh a Neshat, 2019; Williams a kol., 2018; You a kol., 2013) predovšetkým v Severnej Amerike, čo môže byť z dôvodu „podnikateľsky“ nastaveného zdravotníctva či už v USA alebo v Kanade.

Eaton (2000) skúmal riadenie ľudských zdrojov zamerané na výkon v domovoch dôchodcov v USA. Výsledky ukazujú, že napriek niektorým zlepšeniam dosiahnutým po implementácii nového modelu riadenia ľudských zdrojov zameraného na obohacovanie pracovných miest a krížovom vzdelávaní, je model riadenia ľudských zdrojov so zameraním na vysoký výkon pre sektor zdravotníctva nevhodný. Rondeau a Wagner (2001) skúmali vplyv zavádzania výkonnostného prístupu k riadeniu ľudských zdrojov v domoch opatrovateľských služieb, pričom dospeli k záveru, že zavedenie progresívnych vysoko výkonných postupov v riadení ľudských zdrojov viedlo k zlepšeniu pracovnej klímy na takú, ktorá si vysoko váži prácu zamestnancov.

Už viac ako tridsať rokov prebieha systematické skúmanie prepojenia medzi dobrou praxou v oblasti ľudských zdrojov, charakteristikami personálu a výsledkami zdravotnej starostlivosti (Salas-Vallina, 2021; Ivan a kol., 2020). Boli identifikované organizačné charakteristiky nemocníc, ktoré sú schopné prilákať a udržať si vysokokvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov, a preto sú schopné trvalo poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Označujú sa ako „magnet hospitals“ práve na zdôraznenie príťažlivosti nemocníc



schopných udržať si zamestnancov. McClure, Poulin a Sovie (1983.) identifikovali kľúčové charakteristiky, ktoré stoja za úspechom nemocníc pri náboře, udržaní a motivácii zdravotníckeho personálu. Zahŕňajú participatívny a podporný štýl riadenia, decentralizovanú organizačnú štruktúru, kariérne príležitosti na rozvoj v profesii, plánovanú orientáciu personálu a dôraz na ďalšie vzdelávanie. Ďalší výskum sa zamerával na organizačné atribúty, postupy v riadení ľudských zdrojov a meranie úspešnosti postupov využívaných v riadení ľudských zdrojov. Výsledky hovoria o znížení fluktuácie sestier a miere voľných pracovných miest v magnetických nemocniciach, pretože ich spokojnosť bola značne vyššia ako v ostatných porovnávaných nemocniciach (Kramer a Schmalenberg, 1991). V nadväznosti na úmrtnosť pacientov štúdie ukazujú pozitívne tendencie v magnetických typoch nemocníc (Aiken a kol., 1994).

Spoločným prienikom výsledkov štúdií o magnetických nemocniciach je spojitosť medzi správnym počtom a štruktúrou zdravotníckych pracovníkov v týchto organizáciách a zlepšenou kvalitou zdravotnej starostlivosti. Aiken a kol. (2013) to pripisujú trvalej implementácii nového prístupu v oblasti riadenia ľudských zdrojov, ktorými sú zmeny v organizácii s dôrazom na podporu autonómnej práce zdravotníckych pracovníkov, ich účasť na rozhodovaní, podpora kariérneho rozvoja a možnosť efektívneho využitia zručností na vysokej úrovni.

Dobrá prax riadenia ľudských zdrojov ukazuje na pozitívny vplyv uplatňovania týchto nástrojov (Witter a kol., 2020):

- garantované zamestnanie – sestry zamestnané so štátom garantovaným doživotným zamestnaním sú výraznejšie motivované k práci v porovnaní so sestrami zamestnanými len na zmluvy na dobu určitú, ktoré nezaručujú istotu zamestnania, čo negatívne vplyva aj na možnosti čerpania zamestnaneckých benefitov. Zmluvné sestry sa častejšie stretávajú so syndrómom vyhorenia, nespokojnosťou s prácou, zámerom odísť a približne až 30% z nich do roka odchádza zo zamestnania (Shang, 2014).
- obohatenie pracovných úloh – s cieľom zlepšiť pracovné podmienky zdravotníckych asistentiek boli v Dánsku prijaté zmeny v pracovných úlohách s dôrazom na ich obohatenie s cieľom zlepšiť pracovné podmienky (Gerkens a Merkur, 2010).
- balíčky benefitov pre zdravotníckych pracovníkov – napr. v Belgicku, Nemecku a Holandsku faktor pracovného času ovplyvňuje pracovný zámer ostať v krajine pôvodu (práca na čiastočný úväzok, práca nadčas, dĺžka dochádzania do zamestnania)

(Steinmetz, de Vries a Tijdens, 2014; Peters a kol., 2010). V Indii mali na spokojnosť lekárov významnejší vplyv pracovné prostredie a benefity v porovnaní so samotným príjmom (Peters a kol., 2010). V Dánsku riešia nedostatok zdravotníckych pracovníkov v oblasti dlhodobej starostlivosti prostredníctvom zamestnávania študentov, ktorým sa táto práca počíta ako prax. Podobne postupujú USA, Holandsko a Austrália, ktoré napr. platia študentom školné a poskytujú im platenú dovolenku (Fujisawa a Colombo, 2009).

- presun úloh na zníženie pracovného zaťaženia - ide o delegovanie úloh zdravotnej starostlivosti na menej špecializovaných zdravotníckych pracovníkov s nižšími nákladmi. Presun kompetencií zvýšil spokojnosť ošetrovateľov dlhodobej zdravotnej starostlivosti s prácou (Zeytinoglu a kol., 2014). V Škótsku vedci zistili, že zamestnanie sestier, ktoré by na seba prebrali niektoré pracovné úlohy vykonávané mladšími lekármi v noci, by viedlo k zníženiu pracovného zaťaženia lekárov o 50% (Dubois, Nolte a McKee, 2005). Podobný prístup s pozitívnym efektom bol aplikovaný v zdravotníckych zariadeniach v Austrálii prostredníctvom programu pre mladé praktické sestry a v Spojených arabských emirátoch farmaceuti prevzali niektoré zdravotné skriningové a monitorovacie úlohy.
- stimuly na odklad odchodu do dôchodku - mnohé krajiny OECD vrátane Slovenskej republiky, Českej republiky, Francúzska, Talianska a Portugalska (Fujisawa a Colombo, 2009) vytvárajú lekárom v dôchodkovom veku podmienky na odloženie odchodu do dôchodku. Vo Francúzsku mala táto skupina lekárov povolené pokračovať v súkromnej praxi so zárobkom do pevne stanoveného stropu pri zachovaní poberania plného dôchodku. V rámci riešenia nedostatočného počtu lekárov v roku 2009 pristúpili k odstráneniu zastropovania, čím sa zvýšil počet lekárov v dôchodkovom veku o 300% (Chevreul a kol., 2015). V Dánsku získavajú starší všeobecní lekári, ktorí zostávajú v praxi aj po dosiahnutí dôchodkového veku, bonus. V Severnom Jutsku, odľahlej časti Dánska, ktorá nie je príťažlivá pre prevádzkovanie praxe všeobecného lekára, dostávajú bonus už lekári vo veku od 62 do 65 rokov (Ono, Schoenstein a Buchan, 2014). Na Slovensku nie je žiadne vekové obmedzenie pre výkon povolania lekára alebo sestry, pričom veľkú časť pracovnej sily tvoria práve osoby v dôchodkovom veku (13% lekárov a 7% sestier, prepočty podľa NCZI).
- nástroje na zefektívnenie zabezpečenia vidieckych oblastí zdravotníckymi službami - vidiecke oblasti trpia chronickým nedostatkom zdravotníckych pracovníkov, štúdie

ukazujú, že stratégie na riešenie tohto problému môžeme rozdeliť na: stratégie finančných a nefinančných stimulov, stratégie vzdelávania, regulačné a podporné stratégie (Buykx a kol., 2010; Grobler, Marais a Mabunda, 2015; O'Sullivan a kol. 2019). Pri formovaní stratégie vzdelávania je využívaná koncepcia spočívajúca v rozširovaní študijných programov zdravotníckych odborov na vidieku, čo pozitívne vplýva na absolventov, zostať v danom regióne (Johnson, Wright a Foster, 2018) vykonávať aj svoju prax po ukončení štúdia (Kiser, Ramsaur a Williams, 2021; Kandrack a kol., 2019; Health Workforce Australia, 2012; Johnson, Wright a Foster, 2018; MacLeod, 2017). Tento prístup je úspešne využívaný v Austrálii, Novom Zélande, v USA (Missouri, v Louisville a v Illinois), ale aj v Nemecku a severnom Nórsku (Johnson, Wright a Foster, 2018; Clark a kol, 2013; Quinn a kol., 2011; MacDowell, Glasser a Hunsaker, 2013; Straume, Søndena a Prydz, 2010).

V Japonsku je využívaný systém študijných kvót uprednostňujúci študentov z rovnakého regiónu ako je sídlo školy, pretože to vedie k zvýšenej pravdepodobnosti, že po ukončení štúdia zostanú pracovať v tomto regióne (Matsumoto, Inoue a Kajii, 2008). Tento prístup sa však neosvedčil vo Francúzsku (Chevreul, 2015).

Budovanie koncepcie sociálnej zodpovednosti lekárskech fakúlt (Boelen a kol., 2016; Reeve a kol, 2017), ktorá podporuje prípravu absolventov schopných preukázať pozitívny vplyv na komunity prostredníctvom svojej služby, uplatňujú vo Veľkej Británii, Severnom Ontáriu, Novom Mexiku a severnom Nórsku (OECD, 2016; Wenghofer, Hogenbirk a Timony, 2017; Strasser, 2013).

Medzi ďalšie nástroje využívané na riešenie zabezpečenia vidieckych oblastí zdravotníckou pracovnou silou, ktorá bude poskytovať zdravotnícke služby, patrí telemedicína, presun úloh a cielených imigračných politik zameraných na vyplnenie medzier v rozdelení.

### **Zhodnotenie stavu vedeckého poznania v skúmanej oblasti**

Slovenská republika, rovnako ako mnohé iné krajiny, čelí hlbokému a vážnemu problému – so zabezpečením a udržaním pracovnej sily v systéme zdravotníctva krajiny, a tak nedokáže reagovať na meniace sa zdravotné potreby obyvateľstva. Uskutočnenou analýzou publikovaných vedeckých štúdií v predmetnej problematike sa zistilo, že jednou z príčin

nesúladu medzi ponukou práce a dopytom po práci na trhu práce v odvetví zdravotníctva, je migrácia zdravotníckych pracovníkov do zahraničia.

Výsledky diskutujú komplex vzájomne prepojených faktorov všetkých úrovní, ktoré sú vzájomne korelované, a skúmanie vzťahov medzi nimi je veľmi zložitú. Všeobecne platí zhoda, že faktory vplyvajúce na migráciu existujú spravidla ako opačné páry. To znamená, že čo na potenciálneho migranta v procese rozhodovania pôsobí v domovskej krajine ako push faktor, v cieľovej krajine je pull faktorom. Zároveň rozsah vplyvu každého faktora je veľmi relatívny a líši sa v závislosti od jedinca, domovskej i cieľovej krajiny, čo umocňuje náročnosť hodnotenia. Je zrejmé, že samotnej migrácii predchádzajú úvahy o potenciálnom odchode, pričom najväčší vplyv majú mikroúrovňové faktory vychádzajúce z hodnotenia sociálno-ekonomických, demografických, profesijných a osobnostných charakteristík jednotlivca. Najviac skúmanými faktormi boli výška miezd, pracovné podmienky, možnosti vzdelávania a kariérneho rastu či prístup k novým technológiám. Všetky uvedené faktory boli hodnotené v súvislosti so základnými charakteristikami migranta – pohlavím, vekom, rodinným stavom v kontexte vyživovacej povinnosti na deti a praxou, ktoré sú v zásade nemenné, alebo je zmena len jednorazová a následný stav pretrváva dlhšie obdobie.

Negatívne hodnotenie týchto faktorov stojí za individuálnym vnímaním nespokojnosti jedinca. Nespokojnosť predstavuje konštrukt, ktorý je len veľmi ťažko merateľný, pretože vychádza zo subjektívneho hodnotenia faktorov. Opierajúc sa o štúdie všeobecne platí, že čím je nespokojnosť s vyššie uvedenými faktormi väčšia, tým je pravdepodobnosť rozhodnutia migrovať vyššia.

Skúmanie nastavení personálnych procesov realizovaných v rámci politik riadenia ľudských zdrojov priamo v zdravotníckych zariadeniach by mohlo viesť k odhaleniu spokojnosti resp. nespokojnosti s personálnymi činnosťami, ktoré predstavujú jeden z hlavných vstupov do procesu rozhodovania jedinca o migrácii za prácou do zahraničia.

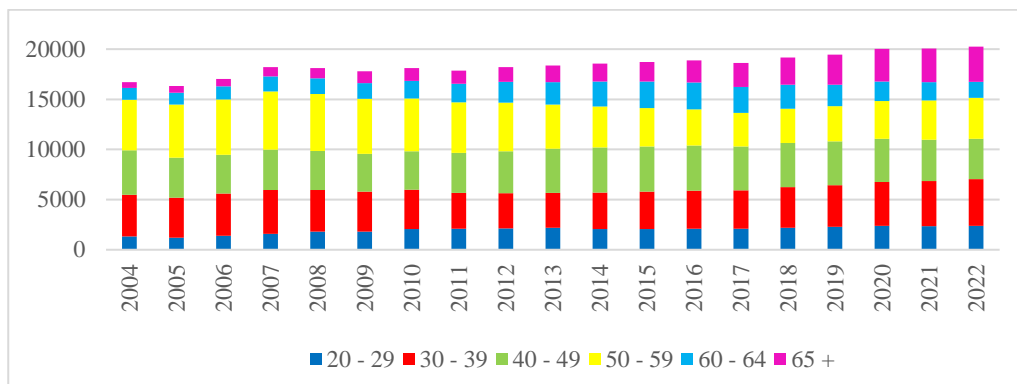
V kontexte uvedeného sa uskutočnilo empirické skúmanie nastavenia a realizácie personálnych procesov v zdravotníckych zariadeniach ako faktorov vedúcich zdravotníckych pracovníkov k odchodu za prácou z domovskej krajiny do zahraničia.

## 2 PERSONÁLNE ZABEZPEČENIE ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENÍ NA SLOVENSKU V KONTEXTE PRACOVNEJ MIGRÁCIE LEKÁROV A SESTIER DO ZAHRANIČIA

Takmer všetky členské krajiny Európskej únie zápasia s nedostatočným personálnym zabezpečením svojich zdravotníckych zariadení v odvetví zdravotníctva. Rovnako Slovensko patrí do skupiny krajín, v ktorých sa tento problém prehľbuje. V tejto časti sa posudzuje vývoj ukazovateľov trhu práce v odvetví zdravotníctva na Slovensku v kontexte migrácie zdravotníckych pracovníkov za prácou do zahraničia. Vychádza sa z analýzy zdravotníckej pracovnej sily (lekárov a sestier) s cieľom bližšej špecifikácie vývojových tendencií plánovania personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike.

### 2.1 Zmeny v počte a štruktúre lekárov v podmienkach Slovenskej republiky

V zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike v roku 2022 pracovalo 20234 registrovaných lekárov, t. j. 3,73 lekára na 1000 obyvateľov. Vývoj celkového počtu od roku 2004 bol relatívne stabilný s miernym rastom od roku 2017 (Graf 2.1).

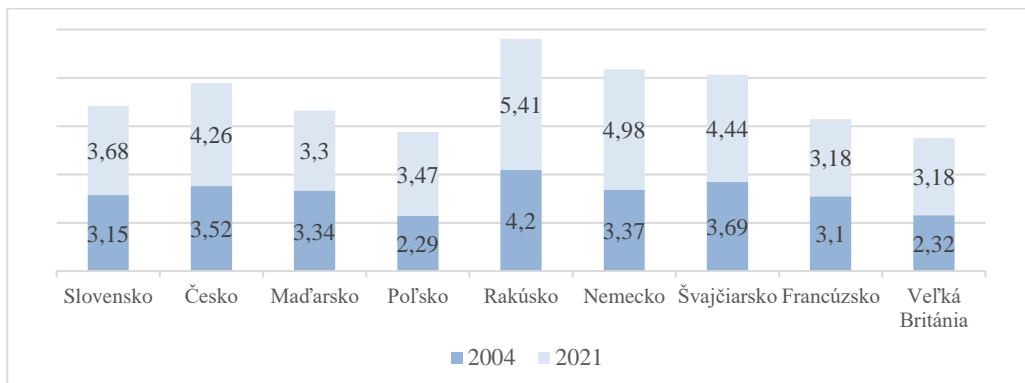


**Graf 2.1** Počet lekárov podľa veku zamestnaných v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike v období 2004 - 2022 v osobách

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov NCZI)

Pri analýze vývoja počtu lekárov podľa veku zistíme, že v dôchodkovom veku je v súčasnosti štvrtina z nich. V prípade, že by zdravotnícke zariadenia nedisponovali lekármi v dôchodkovom veku, potom by na 1000 obyvateľov pripadalo len 2,79 lekára, čo je hlboko pod priemerom krajín Európskej únie/EHP (3,9 lekára/1000 obyvateľov).

Podľa najnovších dostupných údajov OECD krajiny V4 majú porovnateľné počty lekárov na 1000 obyvateľov s pôvodnými krajinami Európskej únie (Graf 2.2). Najviac ich na 1000 obyvateľov pripadá v Českej republike, až 4,26 v roku 2022, nasleduje Slovenská republika s 3,68, Poľsko s 3,47 a Maďarsko s 3,3 lekármi na 1000 obyvateľov. Z ďalších krajín, ktoré sú cieľovými krajinami slovenských lekárov v prípade migrácie, v Rakúsku pripadá na počet obyvateľov 5,41 a v Nemecku 4,98 lekárov. Pokles počtu lekárov v systéme zdravotníctva od roku 2004 zaznamenala Veľká Británia a Maďarsko, naopak najväčší nárast Nemecko, Rakúsko a Česká republika.

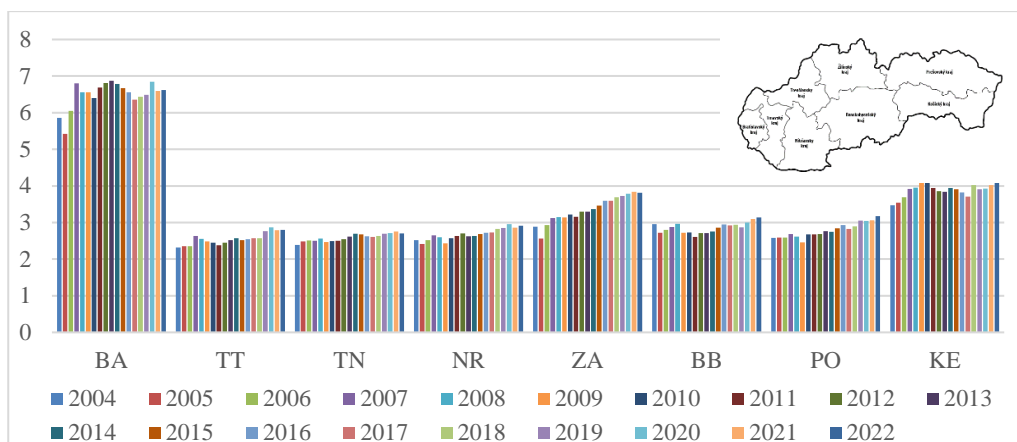


**Graf 2.2** Počet lekárov na 1000 obyvateľov vo vybraných krajinách Európskej únie/EHP v období 2004 a 2021

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov OECD)

Za predpokladu, že priemer Európskej únie považujeme za optimálny (v roku 2022 priemer 3,57 lekára na 1000 obyvateľov) a lekári v dôchodkovom veku by nepracovali, chýbalo by v systéme zdravotníctva takmer 4500 lekárov v produktívnom veku.

Podľa reportu Európskej únie zachytávajúceho zdravotný profil krajiny, ktorý vydáva OECD je na Slovensku problémom nerovnomerné rozloženie zdravotníckej pracovnej sily. Graf č. 2.3 ponúka pohľad na vývoj počtu lekárov v jednotlivých regiónoch NUTS 3 v Slovenskej republike prepočítaný na počet obyvateľov regiónu. Nadpriemerné počty lekárov na 1000 obyvateľov sú dosiahnuté v Bratislavskom kraji (6,62), kde sa nachádzajú špecializované pracoviská nemocníc určené pre pacientov z celého Slovenska, rovnako je tomu aj v prípade Košického kraja (4,11), kde sú špecializované zdravotnícke zariadenia spádovou oblasťou pre pacientov východného Slovenska.



**Graf 2.3** Počet lekárov prepočítaných na 1000 obyvateľov v regiónoch NUTS 3 v Slovenskej republike v období 2004 - 2022

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov NCZI)

Ďalej sa pristúpilo k alternatívnejmu skúmaniu kvantitatívnych zmien zamestnanosti lekárov prostredníctvom  $\beta$ -konvergenencie a  $\sigma$ -konvergenencie. Rovnaký prístup uplatnili aj Baddeley a Tyler (1998), ktorí použili túto metódu na skúmanie disparít v nezamestnanosti medzi regiónmi Európskej únie a EHP. Záverom štúdie bolo, že ak sú disparity medzi regiónmi výrazné, dochádza k divergencii. Výsledkom využitia uvedenej metódy je zistiť kvantitatívne zmeny počtu lekárov na 1000 obyvateľov. Použitie  $\beta$ -konvergenencie a  $\sigma$ -konvergenencie sa javí ako vhodné. Test normality prostredníctvom Shapirovho – Wilkovho testu nepreukázal signifikantný odklon od normality  $0,899 > \alpha 0,05$  a na záver sledovaného obdobia  $0,858 > \alpha 0,05$ .

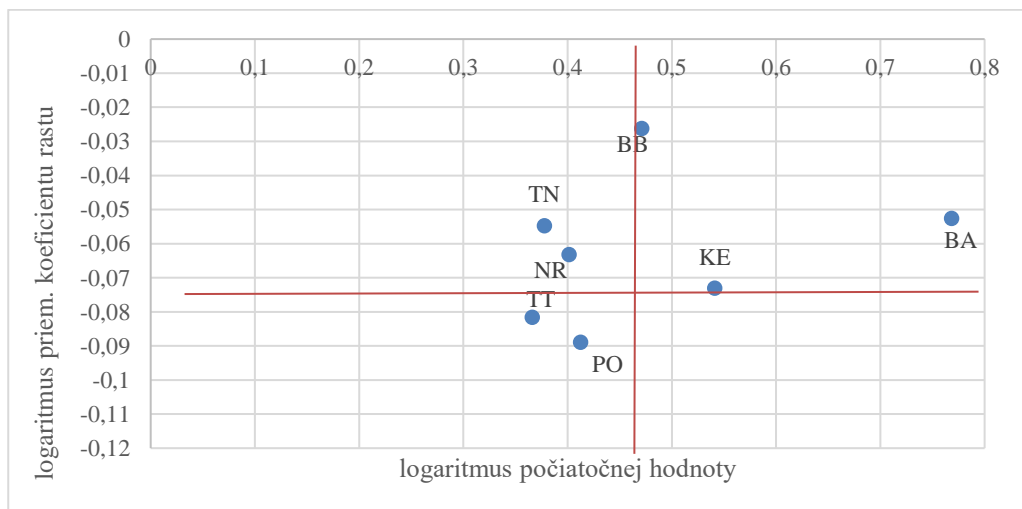
**Tabuľka 2.1** Miera  $\beta$ -konvergenencie počtu lekárov na 1000 obyvateľov

Počet lekárov na 1000 obyv.	2004	2022	priem. koeficient rastu	log y y-počet lekárov	log k k-priem. koeficient rastu
<b>Bratislavský kraj</b>	5,8625963	6,6178293	0,885879	0,76809	-0,05263
<b>Trnavský kraj</b>	2,3215795	2,8018884	0,828577	0,365784	-0,08167
<b>Trenčiansky kraj</b>	2,384961	2,7057403	0,881445	0,377481	-0,0548
<b>Nitriansky kraj</b>	2,5190976	2,9139376	0,8645	0,401245	-0,06324
<b>Žilinský kraj</b>	2,8886195	3,8127097	0,757629	0,46069	-0,12054
<b>Banskobystrický kraj</b>	2,9573357	3,1416081	0,941345	0,470901	-0,02625
<b>Prešovský kraj</b>	2,5835767	3,171144	0,814714	0,412221	-0,08899
<b>Košický kraj</b>	3,4741658	4,1108664	0,845118	0,540851	-0,07308

Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov z NCZI v programe Excel

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 2.1 môžeme predpokladať, že v prípade všetkých regiónov je hodnota priemerného koeficientu rastu menšia ako 1, preto predpokladáme, že dochádza ku konvergencii (Bratislavský, Trnavský, Trenčiansky, Nitriansky, Žilinský, Banskobystrický, Prešovský a Košický kraj).

$\beta$  – konvergenciu je možné vyjadriť aj prostredníctvom lineárnej regresnej funkcie počtu lekárov na 1000 obyvateľov v jednotlivých regiónoch NUTS3. Nezávislou premennou je logaritmus počiatočných hodnôt počtu lekárov na 1000 obyvateľov regiónu a závislou premennou, ktorou je logaritmus priemerného koeficientu rastu. Priemerný koeficient rastu dosiahol úroveň 0,040%. Regresná funkcia má tvar:  $y = 0,0488x - 0,0933$ , pričom koeficient determinácie 0,5233. Z dôvodu relatívne nízkeho koeficientu determinácie nie je možné výsledok považovať za preukázaný. Z uvedeného vyplýva, že v ďalšej analýze je potrebné vytvoriť korelačný diagram, ktorý prerozdeľuje regióny Slovenska do štyroch kvadrantov a to na základe logaritmu počiatočnej hodnoty a logaritmu priemerného koeficientu rastu (graf 2.4). V prvom kvadrante je Bratislavský, Banskobystrický a ako hraničný Košický kraj, v ktorých je vývoj počtu lekárov na 1000 obyvateľov v čase stabilne pozitívny. Druhý kvadrant zahŕňa Trenčiansky a Nitriansky kraj, pričom ich počiatočná úroveň bola nízka, no rast bol viditeľne pozitívny. V treťom kvadrante sa nachádzajú Trnavský a Prešovský, ktoré vykazujú podpriemerný logaritmus počiatočnej hodnoty a zároveň podpriemerný logaritmus priemerného koeficientu rastu. Štvrtý kvadrant je bez zastúpenia.

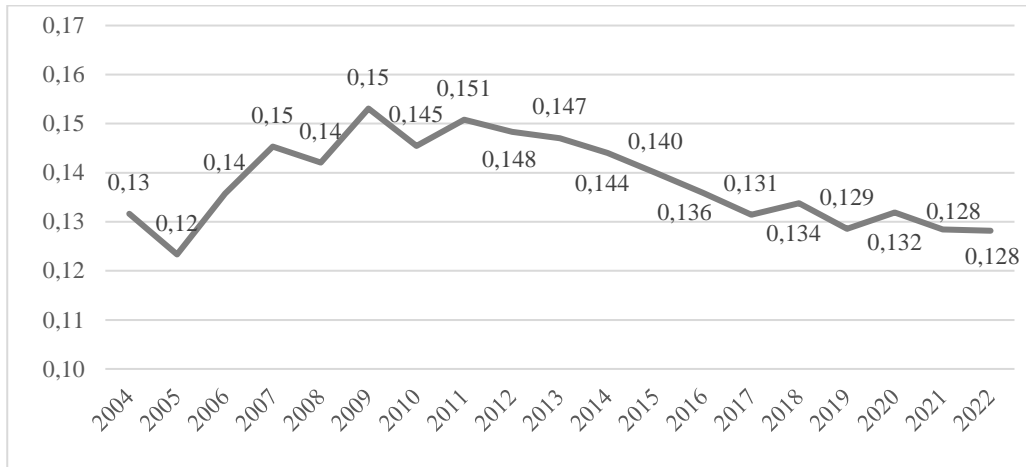


**Graf 2.4**  $\beta$  – konvergencia počtu lekárov na 1000 obyvateľov

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov z NCZI v programe Excel)



Vzhľadom na nízku preukázateľnosť  $\beta$ -konvergenzie analyzujeme hodnoty  $\sigma$ -konvergeniou. V grafe č. 2.5 vidíme, že v priebehu rokov 2005 až 2009 dochádzalo prevažne ku divergencii a následne od roku 2011 ku konvergencii regiónov (zmiernovaniu rozdielov v počte lekárov na 1000 obyvateľov).



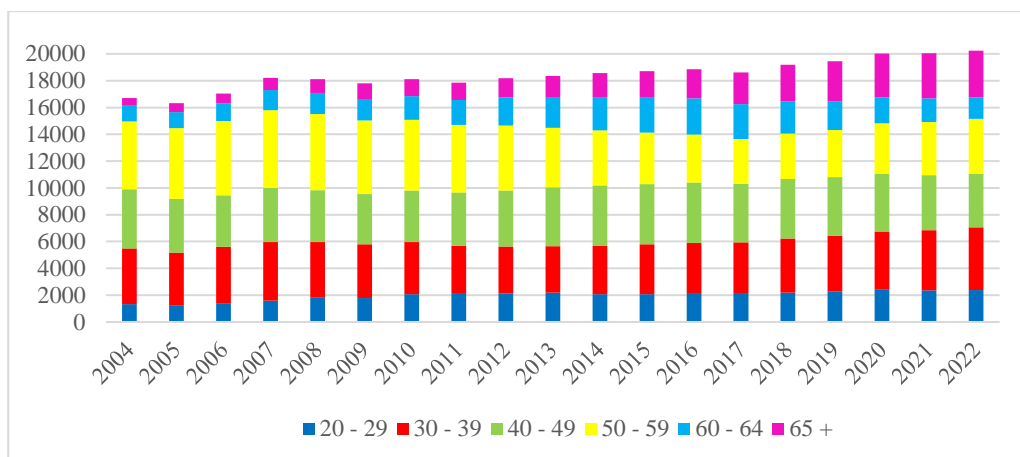
**Graf 2.5**  $\sigma$ -konvergenca počtu lekárov na 1000 obyvateľov (smerodajná odchýlka logaritmov počtu lekárov na 1000 obyvateľov)

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov z NCZI v programe Excel)

Na základe metódy  $\beta$ -konvergenzie a  $\sigma$ -konvergenzie môžeme zhodnotiť konvergenčné tendencie regiónov v počte lekárov na 1000 obyvateľov v rokoch 2011 do roku 2017, pričom v ostatných troch rokoch sa vývoj z roka na rok mení. Regióny, v ktorých sídlia veľké spádové nemocnice disponujú väčším počtom lekárov vzhľadom k počtu obyvateľstva. V Nitrianskom, Trenčianskom a Žilinskom kraji je situácia veľmi nepriaznivá, a ak by začali do dôchodku odchádzať lekári, ktorí sú v poproduktívnom veku, v tom prípade by mohlo dôjsť ku kolapsu prevádzky viacerých nemocníc v uvedených krajoch.

## 2.2 Zmeny v počte a štruktúre sestier v podmienkach Slovenskej republiky

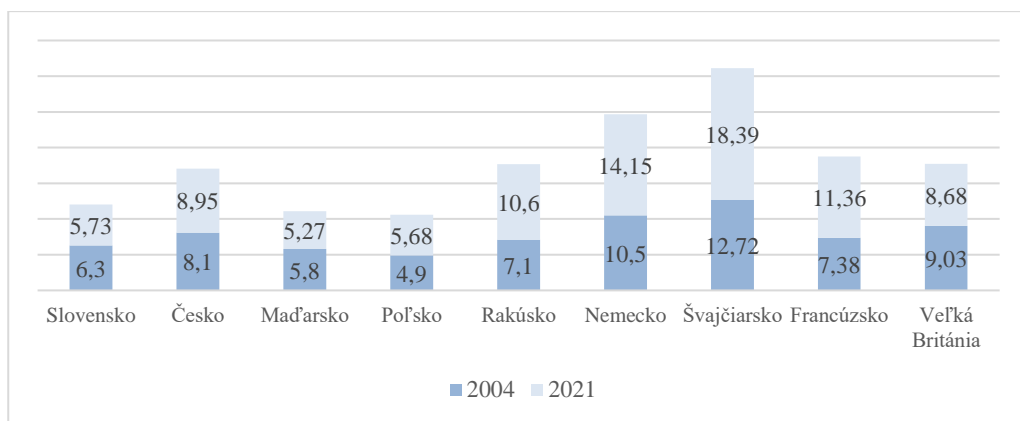
V zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike v roku 2022 pracovalo 30910 registrovaných sestier, t. j. 5,69 sestier na 1000 obyvateľov. Vývoj celkového počtu od roku 2004 významne klesal okrem rokov 2007 a 2008, kedy prechodne veľmi mierne stúpol (Graf 2.6).



**Graf 2.6** Počet sestier podľa veku zamestnaných v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike v období 2004 - 2022 v osobách

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov NCZI)

Pri analýze vývoja počtu sestier podľa veku zistíme, že v dôchodkovom veku je v súčasnosti viac ako 13% z nich. V prípade, že by zdravotnícke zariadenia nedisponovali sestrami v dôchodkovom veku, potom by na 1000 obyvateľov pripadalo len 4,93 sestier, čo je hlboko pod priemerom krajín Európskej únie/EHP (8,4 sestry/1000 obyvateľov).



**Graf 2.7** Počet sestier na 1000 obyvateľov vo vybraných krajinách Európskej únie/EHP v období 2004 a 2022

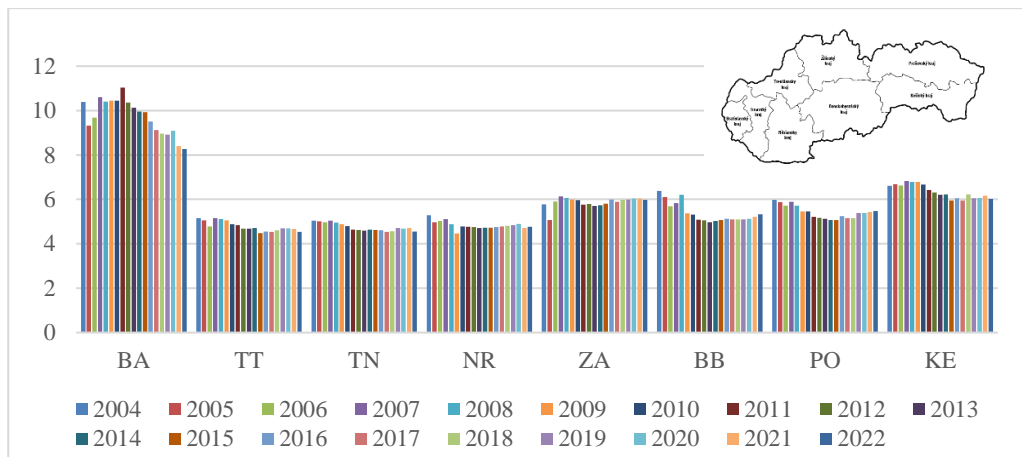
(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov OECD)

Podľa dostupných údajov OECD sú rozdiely v počtoch sestier na 1000 obyvateľov v sledovaných krajinách veľmi výrazné (graf 2.7). Najnižšia hodnota ukazovateľa s negatívnym

trendom je v Maďarsku, potom na Slovensku a následne vo Veľkej Británii. Z krajín V4 priemer Európskej únie dosahuje len Česká republika. Rakúsko, Nemecko a Švajčiarsko, ako cieľové krajiny slovenských zdravotníckych pracovníkov, disponujú viac ako 10 sestrami na 1000 obyvateľov.

Za predpokladu, že priemer Európskej únie považujeme za optimálny (priemer 8,4 sestry na 1000 obyvateľov) a sestry v dôchodkovom veku by nepracovali, chýbalo by v systéme zdravotníctva 18200 sestier v produktívnom veku.

Graf č. 2.8 ponúka pohľad na vývoj počtu sestier v jednotlivých regiónoch NUTS 3 v Slovenskej republike prepočítaný na počet obyvateľov regiónu. Priemerné počty sestier na 1000 obyvateľov sú dosiahnuté v Bratislavskom kraji (8,27), kde sa nachádzajú špecializované pracoviská nemocníc určené pre pacientov z celého Slovenska, rovnako je tomu aj v prípade Košického kraja (6,03), kde sú špecializované zdravotnícke zariadenia spádovou oblasťou pre pacientov východného Slovenska. Veľmi pozitívnu tendenciu vývoja tohto ukazovateľa vykazuje Žilinský kraj (5,98 v roku 2020 a len 5,78 v roku 2004).



**Graf 2.8** Počet sestier prepočítaných na 1000 obyvateľov v regiónoch NUTS 3 v Slovenskej republike v období 2004 - 2022

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov NCZI)

Ďalej sme rovnako ako v prípade lekárov pristúpili k alternatívnejmu prístupu ku skúmaniu kvantitatívnych zmien zamestnanosti sestier prostredníctvom  $\beta$ -konvergenie a  $\sigma$ -konvergenie. Výsledkom využitia uvedenej metódy je aj v tomto prípade zistiť kvantitatívne zmeny počtu sestier na 1000 obyvateľov. Použitie  $\beta$ -konvergenie a  $\sigma$ -konvergenie sa javí ako

vhodné. Test normality prostredníctvom Shapirovho – Wilkovho testu nepreukázal signifikantný odklon od normality  $0,962 > \alpha 0,05$  a na záver sledovaného obdobia  $0,928 > \alpha 0,05$ . Najďalej od zvyšku je hodnota meraná v Bratislavskom kraji, ale nie výrazne odľahlá ( $p > 0,05$ ).

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 2.2 môžeme predpokladať, že v prípade regiónov s hodnotou priemerného koeficientu rastu  $> 1$  dochádza k divergencii (Bratislavský, Trnavský, Trenčiansky, Nitriansky, Banskobystrický, Prešovský a Košický kraj), naopak v prípade regiónov s priemerným koeficientom rastu  $< 1$  predpokladáme konvergenciu (Žilinský kraj).

**Tabuľka 2.2** Miera  $\beta$ -konvergenie počtu sestier na 1000 obyvateľov

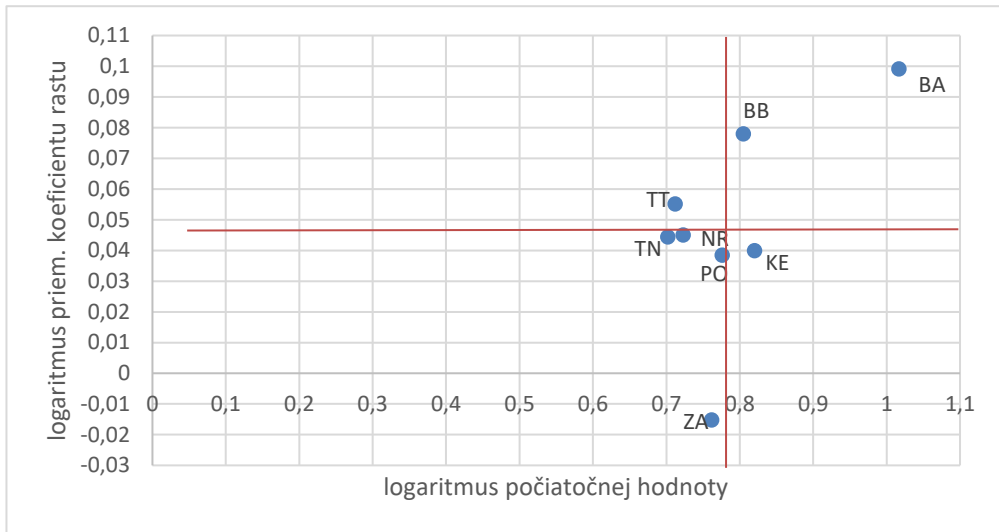
Počet sestier na 1000 obyv.	2004	2020	priem. koeficient rastu	log y y-počet lekárov	log k k-priem. koeficient rastu
<b>Bratislavský kraj</b>	10,3940718	8,27159814	1,25659777	1,01678571	0,09919629
<b>Trnavský kraj</b>	5,15162646	4,53714890	1,13543253	0,71194437	0,05516133
<b>Trenčiansky kraj</b>	5,0341789	4,54452499	1,10774590	0,70192865	0,04444015
<b>Nitriansky kraj</b>	5,28488922	4,76379692	1,10938592	0,72303589	0,04508265
<b>Žilinský kraj</b>	5,77868043	5,98331177	0,96579965	0,76182868	-0,0151130
<b>Banskobystrický kraj</b>	6,37922214	5,33072448	1,19668952	0,80476773	0,07798149
<b>Prešovský kraj</b>	5,97389281	5,46684910	1,09274880	0,77625743	0,03852034
<b>Košický kraj</b>	6,60805825	6,02713300	1,09638501	0,82007386	0,03996309

Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov z NCZI v programe Excel

$\beta$  – konvergenciu je možné vyjadriť aj prostredníctvom lineárnej regresnej funkcie počtu sestier na 1000 obyvateľov v jednotlivých regiónoch NUTS3. Nezávislou premennou je logaritmus počiatočných hodnôt počtu sestier na 1000 obyvateľov regiónu a závislou premennou, ktorou je logaritmus priemerného koeficientu rastu. Priemerný koeficient rastu dosiahol úroveň 0,040%. Regresná funkcia má tvar:  $y = 0,1902x - 0,102$ , pričom koeficient determinácie 0,3364. Z dôvodu relatívne nízkeho koeficientu determinácie nie je možné výsledok považovať za preukázaný.

V ďalšej analýze je potrebné vytvoriť korelačný diagram, ktorý prerozdeľuje regióny Slovenska do štyroch kvadrantov, a to na základe logaritmu počiatočnej hodnoty a logaritmu priemerného koeficientu rastu (graf 2.9). V prvom kvadrante sú kraje Banskobystrický a Bratislavský, ktoré sa cielene vzdávajú voči ostatným regiónom. Druhý kvadrant zahŕňa

Trnavský kraj, ktorého tendencia je približovať sa regiónom nachádzajúcim sa v treťom kvadrante. V treťom kvadrante sa umiestnili kraje – Trenčiansky, Nitriansky, Prešovský a Žilinský, pričom vykazujú podpriemerný logaritmus počiatočnej hodnoty i podpriemerný logaritmus priemerného koeficientu rastu. Vo štvrtom kvadrante sa nachádza Košický kraj, ktorý vykazuje mierne nadpriemerný logaritmus počiatočnej hodnoty a mierne podpriemerný koeficient rastu, z čoho môžeme vyvodit', že tendencie v tomto kraji sa vyvíjajú negatívne.

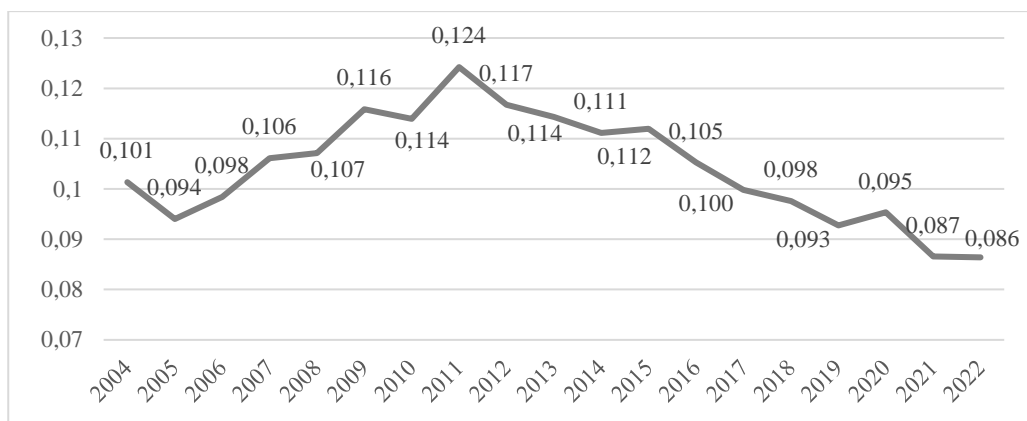


**Graf 2.9**  $\beta$  – konvergencia počtu sestier na 1000 obyvateľov

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov z NCZI v programe Excel)

Vzhľadom na nízku preukázateľnosť  $\beta$ -konvergenzie analyzujeme hodnoty  $\sigma$ -konvergeniou. V grafe č. 2.10 vidíme, že v priebehu rokov 2005 až 2011 dochádzalo prevažne ku divergencii a následne od roku 2012 ku konvergencii regiónov.

Na základe metódy  $\beta$ -konvergenzie a  $\sigma$ -konvergenzie môžeme zhodnotiť konvergenčné tendencie regiónov v počte sestier na 1000 obyvateľov v rokoch 2012 do roku 2019, pričom v ostatnom roku sa vývoj opäť mení. Regióny, v ktorých sídlia veľké spádové nemocnice disponujú väčším počtom sestier vzhľadom k počtu obyvateľstva. V Nitrianskom a Trenčianskom kraji je situácia veľmi nepriaznivá, a ak by začali do dôchodku odchádzať sestry, ktoré sú v poproduktívnom veku, situácia je neudržateľná.



**Graf 2.10**  $\sigma$ -konvergencia počtu sestier na 1000 obyvateľov

(Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov z NCZI v programe Excel)

Starnutie populácie a zmeny z neho vyplývajúce významne tlačia na zvyšovanie dopytu po zdravotníckych službách a teda aj na dopyt po práci v odvetví zdravotníctva a sociálnej starostlivosti (tzv. expanzný dopyt). Rovnako treba brať do úvahy, že starnutie populácie sa bude týkať i zdravotníckych pracovníkov z čoho vyplýva ďalšie prehľbovanie nedostatku lekárov v nasledujúcich rokoch (tzv. substitučný dopyt). Podľa prognózy bude v roku 2025 v Slovenskej republike 21063 lekárov. Ich počet oproti roku 2020 by mal vzrásť len o 137, pričom rast celkového počtu lekárov nastane na úkor rastu počtu lekárov v dôchodkovom veku. Tento scenár nezahŕňa expanzný dopyt a ďalšie hrozby vyplývajúce z pandémie a iných hrozieb. Po ich započítaní by vývoj kopíroval nízky variant prognózy.

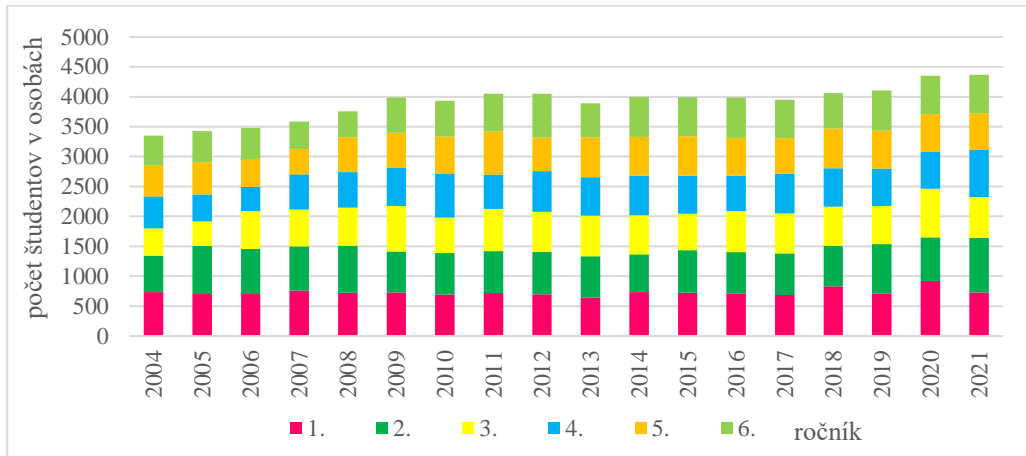
### 2.3 Stabilizácia pracovnej sily v systéme zdravotníctva v Slovenskej republike

Riešením nepriaznivého vývoja pracovnej sily je hľadanie nových zdrojov a stabilizačných nástrojov udržateľnosti personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení na Slovensku.

Medzi zdroje pracovných síl patrí príprava budúcej pracovnej sily v systéme vzdelávania a prípravy na povolanie a prilákание pracovnej sily zo zahraničia. Ďalším dôležitým elementom je stabilizácia domácej pracovnej sily a nástroje na podporu návratovej migrácie.

Z vlastných zdrojov možno chýbajúcu pracovnú silu získať vzdelávaním väčšieho množstva študentov na lekárskech a zdravotníckych fakultách. Graf č. 2.11 zachytáva vývoj počtu študentov medicíny podľa ročníkov. V rokoch 2013 až 2018 bol ich vývoj relatívne

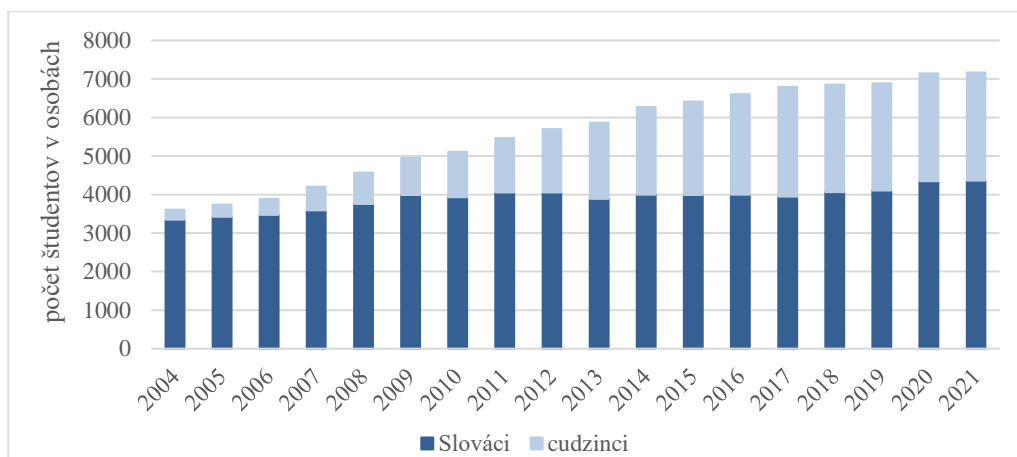
stabilný. K vyššiemu nárastu prišlo práve v roku 2020, kedy sa prejavila systémová zmena v prístupe k štúdiu medicíny. V roku 2022 študovalo medicínu 4310 slovenských študentov, pričom medziročný pokles bol o 38 osôb. V prípade cudzincov ich počet priebežne z roka na rok rastie, v roku 2009 na slovenských vysokých školách študovalo medicínu 965 cudzincov, v roku 2022 to bolo už 2773 cudzincov, nárast bol takmer trojnásobný. Z údajov NCZI vieme, že ide predovšetkým o študentov zo severských krajín, ktorých štúdium je financované z vlastných zdrojov, príp. štipendií krajín pôvodu.



Graf 2.11 Vývoj počtu študentov medicíny podľa ročníkov v rokoch 2004 až 2021

Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov CVTI v programe Excel

Počet absolventov všeobecného lekárstva v roku 2009 bol 421, následne rástol až do roku 2013, kedy dosiahol počet 721 ukončených študentov. V roku 2014 ich počet klesol o 158, v ďalších rokoch osciloval okolo 650 absolventov ročne. Výraznejší nárast slovenských absolventov bol v roku 2022 a to na 632. V prípade cudzincov, ktorí ukončili štúdium medicíny na slovenských vysokých školách bol rast každoročný a významný, z 11 absolventov v roku 2009 na 367 v roku 2022 (graf 2.12).



Graf 2.12 Vývoj počtu študentov a absolventov medicíny podľa pôvodu

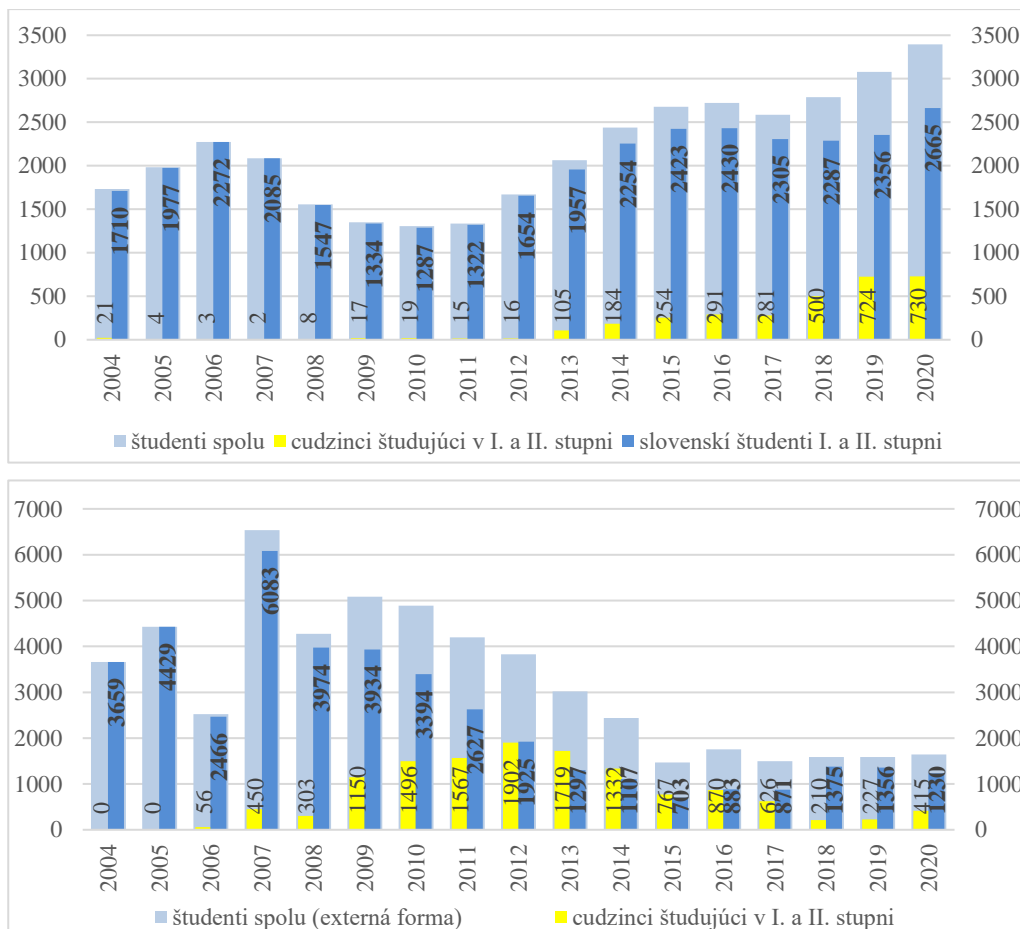
Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov CVTI v programe Excel

Ak by všetci absolventi zostali pracovať na Slovensku, bolo by možné dopyt po práci v tomto povolání uspokojiť približne za 15 rokov pri ostatných nezmenených podmienkach (dôchodkový vek 64 rokov, podiel pracujúcich lekárov v dôchodkovom veku na úrovni priemeru Európskej únie 2%).

Pracovnú silu v povolání sestra je možné rovnako zabezpečiť vzdelávaním a prípravou na povolanie v odbore ošetrovateľstvo (vysokoškolské štúdium) alebo čiastočne v odbore zdravotnícky asistent/praktická sestra (stredoškolské štúdium). Stredné školy vzdelávajú študentov v odbore zdravotnícky asistent (od roku 2004) s legislatívnou zmenou v odbore v roku 2019 (praktická sestra), tu sa počet absolventov pohybuje v intervale 993 v roku 2011 do 1012 zdravotníckych asistentov a 688 praktických sestier v roku 2022. V prípade absolventov stredných škôl je však predpoklad nástupu na ďalšie štúdium na vysokých školách, preto je reálny prítok pracovnej sily do zdravotníckych zariadení nízky. Graf č. xxx zachytáva vývoj počtu vysokoškolských študentov v dennej a externej forme. Pričom vidíme nárast počtu študentov v dennej forme a naopak pokles v externej forme, čo je pravdepodobne spôsobené legislatívnou zmenou v dĺžke trvania vysokoškolského štúdia v externej forme. Napriek je možné pozorovať, že počet študentov v externej forme je v I. stupni štúdia veľmi nízky (rok 2020 – 245 študentov, rok 2004 – 2892 študentov). V dennej forme ošetrovateľstvo na I. stupni študovalo v roku 2020 – 2454 študentov a v roku 2004 – 1479 študentov. Na druhom stupni je situácia odlišná, v dennej forme II. stupeň študovalo v roku 2020 - 211 študentov a v externej forme to bolo 985 študentov. Je možné preto predpokladať, že po absolventoch ošetrovateľstva je tak veľký dopyt je sa po ukončení I. stupeň vysokoškolského štúdia zamestnávajú a tí, ktorí sa rozhodnú pre ďalšie



štúdium absolvujú ho v externej forme. Rovnako ako v prípade lekárov narastá počet cudzincov študujúcich I. stupeň odbor ošetrovatel'stvo v dennej forme.

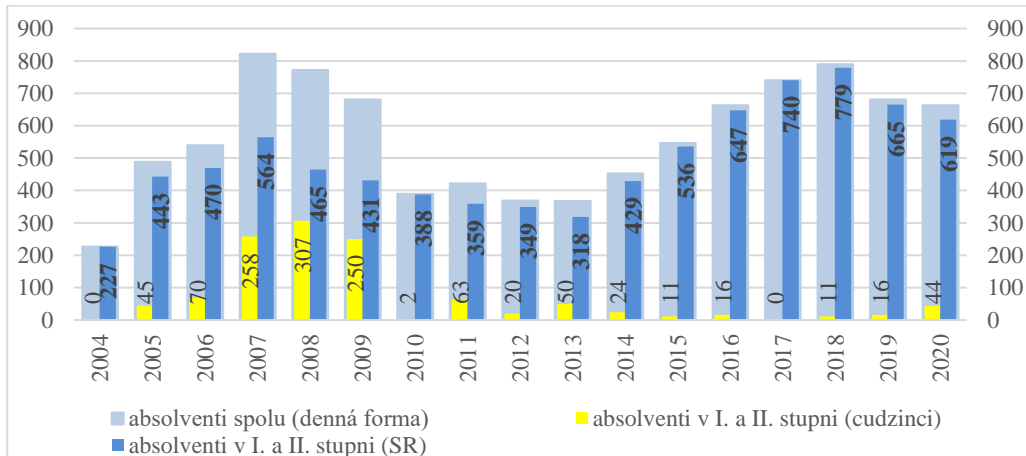


Graf 2.13 Počet študentov ošetrovatel'stva v dennej a externej forme podľa pôvodu

Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov CVTI v programe Excel

Vývoj počtu absolventov v odbore ošetrovatel'stvo kopíruje s oneskorením počtu rokov štúdia legislatívne zmeny. Po aproximácii vzdelávacieho systému v regulovaných povolaniach po vstupe Slovenskej republiky do Európskej únie v roku 2004 dochádza k rastu počtu absolventov v dennej forme štúdia, ale predovšetkým v externej forme, pretože kvalifikovanú prácu sestry mohla vykonávať len vysokoškolsky vzdelaná osoba v odbore alebo sestra s praxou. Keďže sa však aj výška mzdy odvíjala od vzdelania, boli sestry motivované absolvovať aspoň I. stupeň vysokoškolského štúdia. V tomto období sme preto mohli vidieť rapídne zvyšujúci sa záujem o štúdium ošetrovatel'stva, čo je možné pozorovať aj na grafe 2.13. Od roku 2018 mierne

klesá počet absolventov, čo naznačuje negatívny trend. V kontexte s počtom študujúcich, ktorý je naopak pozitívny, budeme jeho dôsledky pozorovať až v nasledujúcich rokoch. Pandémia koronavírusu, ktorá prepukla v roku 2020 sa taktiež bude významnou mierou podieľať na vývoji záujmu o štúdium či už ošetrovateľstva alebo medicíny. Z obmedzených dát (z roku 2021) vidíme, že záujem o štúdium zdravotníckych odborov rastie, napriek hrozbám, ktoré pandémia priniesla. Pomáhajúce profesie v lekárskejších i zdravotníckych odboroch sa stali vo vnímaní ľudí prestížnejšími s hlbším zmyslom.



Graf 2.14 Počet absolventov ošetrovateľstva v dennej a externej forme podľa pôvodu

Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov CVTI v programe Excel

V roku 2022 ukončilo ošetrovateľstvo na I. stupni 851 (z nich 678 so slovenským občianstvom) študentov. Za predpokladu, že by sa všetci zamestnali v zariadeniach zdravotnej starostlivosti na Slovensku na pozícii sestry a II. stupeň študovali v externej forme, potom by deficit 18100 sestier (podľa priemeru EÚ 8,4 sestry/1000 obyv., bez sestier v dôchodkovom veku) a za ďalších nezmenených podmienok o 67,18 rokov.

Význam dopytu po lekárkach sestrahách, ako aj uplatniteľnosť absolventov lekárskejších odborov a odborov ošetrovateľstva dlhodobo skúma v rámci svojich analýz a prognóz trhu práce Trexima Bratislava, spol. s r. o. Práve absolventi odborov ako napríklad všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo, ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia patria k najlepšie uplatňovaným na Slovensku

Pre udržateľnosť personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike je kľúčovým zabezpečenie plynulého prechodu absolventov medicíny a študentov ošetrovateľstva do zamestnaneckého pomeru v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej

republike. Aj keď migrácia zdravotníckych pracovníkov sama o sebe nie je jav negatívny, pretože nadobudnutie nových vedomostí, schopností a zručností, ale aj know-how či kontaktov je veľkým prínosom pre krajiny pôvodu, v situácii Slovenskej republiky prehlbuje personálnu krízu v systéme zdravotníctva krajiny.

Stav migračných nálad u študentov a absolventov zdravotníckych odborov dlhodobo ukazuje, že veľká časť z nich sa nechce uplatniť v tuzemskom zdravotníctve a plánujú odísť za prácou vo vyštudovanom odbore za prácou do zahraničia. Zarážajúca je skutočnosť, že v sledovanom období emigroval za prácou do zahraničia každý desiaty absolvent vysokej školy, pričom dominovali absolventi medicíny. Medzi najčastejšie cieľové krajiny patria: Česká republika (19%), Nemecko (18%), Rakúsko (15%), Švajčiarsko (8%) a Veľká Británia (6%, pred Brexitom to bolo 9,5%).

Nedostatok lekárov a sestier na Slovensku umocňuje migrácia zdravotníckych pracovníkov za prácou do zahraničia. Migrácia zdravotníckych pracovníkov nie je žiadnym novým fenoménom ani na Slovensku ani vo svete, no v kontexte prehlbujúceho sa nedostatku pracovných síl v systéme zdravotníckych zariadení na Slovensku sú jej dopady stále rozsiahlejšie.

Presné dáta nepoznáme, pretože lekári odchádzajúci zo Slovenska nemajú zákonnú povinnosť odhlásiť sa. Jedeným zo zdrojov informácií je Slovenská lekárska komora, ktorá v rámci svojich interných štatistík do roku 2016 sledovala žiadosti o uznávanie diplomov v zahraničí (táto povinnosť v roku 2016 zanikla). Len v tomto období bolo vydaných 4274 dokladov o ukončenom vzdelaní v odbore medicína, 3591 dokladov v odbore ošetrovatelstvo a 1502 dokladov v ostatných zdravotníckych odboroch.

Ďalším zdrojom sú databázy OECD, Word Bank a príslušné zdravotnícke komory cieľových krajín, ktoré majú vo svojej sieti zaregistrovaného každého zdravotníckeho pracovníka praktizujúceho zdravotnú starostlivosť na základe príslušnej licencie. Údaje OECD uvedené v tabuľke č. 2.3 ukazujú, že najviac lekárov zo Slovenska pracuje v Českej republike (2343 v roku 2022), v Nemecku (973) a Nórsku (593). Škandinávске krajiny, predovšetkým Nórsko, ale napríklad aj Írsko podporujú migráciu absolventov stredných škôl za vysokoškolským vzdelaním v odbore všeobecné lekárstvo. Cieľovou krajinou je práve Slovensko, predovšetkým Jesseniova lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského. Vzdelávanie cudzincov prináša fakulte finančné prostriedky, ktoré predstavujú významný zdroj v skvalitňovaní vzdelávania budúcich lekárov, ale multikultúrne prostredie podporujúce diverzitu a inklúziu.

V roku 2022 podľa verejne dostupných dát OECD pracovalo 5500 slovenských lekárov v zahraničí, čo predstavuje viac ako jednu štvrtinu všetkých lekárov pracujúcich na Slovensku.

**Tabuľka 2.3** Vývoj počtu slovenských lekárov pracujúcich v zahraničí podľa krajín

Rok/Krajina	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rakúsko		23	28	40	42	53	59	66	75	83	105	119	96	97	105	115	111	117	120
Belgicko		2	3	4	4	4	4	8	11	14	15	15	19	21	21	21	24	27	28
Kanada	58	61	62	61	64	66	66	65	66	70	66	65	64	63	63	56	50	50	50
Česko	1402	1562	1654	1697	1689	1685	1673	1740	1812	1871	1936	2001	2070	2156	2218	2226	2240	2261	2343
Fínsko								6	8	10	11	13	16	16	18	18	19	22	22
Francúzsko								36	39	40	41	45	52	49	48	49	48	51	51
Nemecko	238	275	337	402	453	513	563	668	813	902	998	1044	1046	1062	1036	1018	995	973	973
Grécko									78	88	89	104	133	193	259	319	350	387	378
Maďarsko	32	32	32	32	32	30	25	22	20	20	39	45	47	48	51	51	43	41	41
Írsko								54	57	64	58	64	70	74	74	74	90	103	103
Izrael						2	5	9	12	18	24	30	35	40	44	69	113	161	207
Taliansko																41	48	58	65
Holandsko						6	6	7	9	9	8	10	10	9	13	13	13	12	12
Nový Zéland	1	2	2	2	3	5	3	3	5	4	5	5	6	6	5	7	6	7	6
Nórsko						29	44	76	110	146	183	219	281	336	410	467	535	593	593
Poľsko											31	31	33	38	52	81	109	156	156
Švajčiarsko					37	37	34	33	33	35	38	39	44	43	45	44	48	58	58
Veľká Británia					94	105	100	118	134	159	152	149	168	189	184	203	222	222	222
ostatné	3	6	7	8	9	17	27	38	45	51	53	55	59	124	67	73	69	75	72

Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov z OECD v programe Excel

Do roku 2021 pracovalo podľa OECD v zahraničí 6369 slovenských sestier. Najviac ich bolo v Česku (2146), v Nemecku (1227) a vo Veľkej Británii (910).

**Tabuľka 2.4** Vývoj počtu slovenských sestier pracujúcich v zahraničí podľa krajín

Rok/krajina	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Rakúsko			12	14	9	7	7	9	12	10	17	19	10	9	9	8	4	6
Česko	252	210	138	114	59	63	57	113	128	120	141	145	129	133	121	80	67	76
Nemecko	84	34	27	72	64	70	68	121	120	122	113	86	59	46	58	38	45	
Grécko									4	11	9	12	27	36	43	31	53	
Maďarsko	11	14	10	5	1		1	2	2		1	4	3	6	4		2	
Island															2	3	27	6
Írsko							10	11	10	12	9	4	13	10	11	7	16	16
Nórsko	11	5	4	3	6	2	15	21	56	127	65	61	68	78	78	73	66	64
Poľsko															15	29	29	47
Španielsko	2	3	1	1	2	1	1	1		1			1	1		13	20	18
Švajčiarsko	3	1	7	3	4	3	6	5	8	10	16	21	18	19	17	20	19	
Veľká Británia	71	127	95	46	37	38	40	40	53	44	59	26	33	45	46	36	37	37
Ostatné	14	13	14	12	11	11	10	9	9	13	11	9	10	7	9	28	47	59

Zdroj: Vlastné spracovanie autora na základe údajov z OECD v programe Excel

Dáta, ktorými disponuje OECD, sú veľmi obmedzené. Jednotné štatistické vykazovanie v krajinách chýba, potom ani svetové štatistické databázy nedisponujú reálnymi a relevantnými dátami. Ako príklad môžeme uviesť, že podľa štatistik OECD v Rakúsku pracovalo v roku 2020 – 111 slovenských lekárov, Rakúska lekárska komora (Österreichische Ärztekammer) však uvádza, že v roku 2020 pracovalo v krajine 401 slovenských lekárov.

### **3 EMPIRICKÝ VÝSKUM PROCESOV RIADENIA ĽUDSKÝCH ZDROJOV V NEMOCNICIACH V KONTEXTE MIGRÁCIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV**

Na základe analýzy dostupných domácich i zahraničných zdrojov publikovaných v databázach vedeckých časopisoch spracovaných v prvej časti bol navrhnutý empirický výskum.

#### **3.1 Základné prvky dizajnu empirického výskumu**

Jeho **hlavným cieľom** bolo **identifikovať faktory spokojnosti s procesmi riadenia ľudských zdrojov determinujúce migráciu zdravotníckych pracovníkov zamestnaných v slovenských nemocniciach za prácou do zahraničia a diskutovať o možnostiach riešiť ich negatívne dopady.**

Na dosiahnutie cieľa boli identifikované **výskumné otázky:**

**VO 1:** Sú rod, vek, počet detí, špecializačné vzdelávanie a počet odpracovaných rokov v zdravotníctve na Slovensku štatisticky významné faktory, ktoré ovplyvňujú sklon lekárov k migrácii?

**VO 2:** Je spokojnosť s podmienkami práce v nemocniciach (s organizáciou práce, odmeňovaním, zamestnaneckými benefitmi, vybavením pracovne, pracovnou záťažou, administratívnym zaťažením, vzťahmi s kolegami, vzťahmi s nadriadenými, vzťahmi s pacientmi, vzdelávaním a kariérnym rastom, materiálnym a priestorovým zabezpečením, prístrojovým vybavením, digitalizáciou práce, prestížou povolania a aktuálnou politickou, ekonomickou a sociálnou situáciou na Slovensku) štatisticky významný faktor, ktorý ovplyvňuje sklon lekárov k migrácii?

**VO 3:** Sú prax v zahraničí a kontakt s kolegami, ktorí pracujú v zahraničí štatisticky významné faktory, ktoré ovplyvňujú sklon lekárov k migrácii?

**VO 4:** Sú rod, vek, počet detí, špecializačné vzdelávanie a počet odpracovaných rokov v zdravotníctve na Slovensku štatisticky významné faktory, ktoré ovplyvňujú sklon sestier k migrácii?

**VO 5:** Je spokojnosť s podmienkami práce v nemocniciach (s organizáciou práce, odmeňovaním, zamestnaneckými benefitmi, vybavením pracovne, pracovnou záťažou, administratívnym zaťažením, vzťahmi s kolegami, vzťahmi s nadriadenými, vzťahmi s pacientmi, vzdelávaním a kariérnym rastom, materiálnym a priestorovým zabezpečením, prístrojovým vybavením, digitalizáciou práce, prestížou povolania a aktuálnou politickou, ekonomickou a sociálnou situáciou na Slovensku) štatisticky významný faktor, ktorý ovplyvňuje sklon sestier k migrácii?

Východiskovým predpokladom bolo, že k správne fungovaniu systémov zdravotnej starostlivosti, je nevyhnutné zabezpečiť zdravotnícke zariadenia (poskytovanie zdravotníckych služieb) potrebným pracovným personálom v určitom čase a priestore, s požadovanou kvalifikáciou a kompetenciami. Na dosiahnutie tohto cieľa je potrebné, aby bol v čo najväčšej miere zabezpečený súlad medzi ponukou a dopytom po pracovnej sile v odvetví zdravotníctva na trhu práce. V dôsledku medzinárodnej migrácie zdravotníckych pracovníkov je naplnenie tohto cieľa čoraz náročnejšie. Dôležité je preto pochopiť, aké faktory vplyvajú na udržanie a stabilizáciu zdravotníckych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku, príp. aké faktory sú rozhodujúce pri návrate zdravotníckych pracovníkov, ktorí migrovali za výkonom svojho povolania do zahraničia. Na základe tohto poznania je možné prostredníctvom správne nastavených politík riadenia ľudských zdrojov a implementácie vhodných nástrojov vplyvať na angažovanosť, motiváciu a lojalitu zdravotníckych pracovníkov v kontexte udržateľnosti.

Tabuľka 3.1 Operacionalizácia konštruktov

<b>Vysvetľované (závislé) premenné</b>	<b>Y</b>
<b>Sklon k migrácii</b>	Oraibi 2022; Guay, Bishop, Espin, 2016; Begovič a kol., 2020; Domagala a Dubas-Jakobczyk, 2019; Wismar a kol., 2011; Hiskey, Montalvo, Orcés, 2014
<b>Y</b>	
Je pravdepodobné, že v priebehu jedného roka odídete pracovať do zahraničia?	1 – Áno, 2 – Skôr áno, 3 – Ani áno/ani nie 4 - Skôr nie, 5 - Nie
Uvažujete hľadať si prácu v zahraničí?	1 – Áno, 2 – Skôr áno, 3 – Ani áno/ani nie 4 - Skôr nie, 5 - Nie
<b>Vysvetľujúce (nezávislé) premenné</b>	<b>X</b>
<b>Základné charakteristiky:</b>	
<i>Apostu, Roman, a Vasile, 2020; Domagala, A., &amp; Dubas-Jakobczyk, 2019; Kovacs a kol., 2019; Saghin, Luches, Marici, 2000; Vanasse a kol., 2009; Ricketts, 2013</i>	
<b>Pracovná pozícia</b>	Kingma, 2001; Dodani, LaPorte, 2005;
Lekár/Sestra	0 – Sestra, 1 – Lekár
<b>Pohlavie</b>	Zhang a Tu, 2020; El Arnaout a kol., 2019; Saghin, Luches, Marici, 2000; Vanasse a kol., 2007
Vaše pohlavie	1 – Žena, 2 – Muž
<b>Vek</b>	Kingma, 2001; Dodani, LaPorte, 2005; Vanasse a kol., 2009
Váš vek	číslo
<b>Počet detí</b>	
Počet detí s vyživovacou povinnosťou	číslo

<b>Špecializačné vzdelávanie</b>	
Špecializačné vzdelávanie - ukončené	1 – Áno, 2 – Nie
<b>Prax</b>	Dubois, Nolte, McKee, 2005
Počet odpracovaných rokov v zdravotníctve na Slovensku	číslo
<b>Politiky riadenia ľudských zdrojov (personálne procesy)</b>	
<i>Creese a kol., 2021; Witter a kol., 2020; Ma a kol., 2019; Williams a kol., 2018; Garg, a kol. 2017; Ognyanova a kol., 2012; Kuhlmann a kol., 2013; Ono , Lafortune , Schoenstein, 2013; Buchan, 2004; Buchan a kol., 2014; Plochg a kol., 2014; Dussault, Dubois, 2003; Diallo a kol., 2003; Dussault a kol., 2010; Dielman a kol., 2011;</i>	
Z toho prejavujúce sa ako	Spokojnosť      Nespokojnosť
	Push faktory      Pull faktory
<b>Spokojnosť s podmienkami práce (procesy riadenia ľudských zdrojov)</b>	1 – Nespokojný, 2 – Skôr nespokojný, 2    Ani spokojný/ani nespokojný, 4 – Skôr spokojný, 5 – Spokojný
<i>Najam a kol., 2020; Fronteira, Jesus a Dussault, 2020; Alirezaei, Vatankhah, Abolghasem, 2019; Heponiemi a kol., 2019; Migali &amp; Scipioni, 2018; Clarke, 2017Albaugh, 2003; Baumann, Degelder, Malikov, 2006; Vanasse a kol., 2009; Gerkens, 2010; Faller a kol., 2011; Hiskey et al., 2014; You a kol., 2013;;</i>	
<b>Organizácia práce</b>	X_1
Organizácia práce, pridelovanie úloh, časový rámec, spolupráca s kolegami, inými pracoviskami a a pod.	Albaugh, 2003; Dussault, Frontera, Buchan, 2004; Cabral, 2009; Wismar a kol., 2011
<b>Odmeňovanie</b>	X_2
Odmeňovanie za prácu	Kingma, 2001; Buchan, 2002a, Buchan, 2004; Rechel, Dubois, McKee, 2005, Astor a kol., 2005; Hnilicová, Vavrecková, Dobiášová, 2008; Wismar a kol., 2011
<b>Zamestnanecké benefity</b>	X3
Zamestnanecké benefity, výhody a pod.	Watkins, 2005; Bevan, 2005; Peters a kol., 2010; Steinmetz, de Vries, Tijdens, 2014
<b>Pracovné priestory</b>	X4
Vybavenie pracovne	
<b>Pracovná záťaž</b>	X_5
Nedostatok pracovnej sily (lekárov, sestier) a s tým spojená záťaž, nadčasy, služby, urgentné prípady a pod.	Chtibi, 2018; Rodríguez a kol., 2015; Dodani, LaPorte, 2005; Rechel, Dubois, McKee, 2005; Denton, 2006;
<b>Byrokracia</b>	X_6
Byrokracia, administratívna záťaž	Tursunbayeva, 2016
<b>Vzťahy s kolegami</b>	X_7
Komunikácia a vzťahy s kolegami	Pariona-Cabrera, Cavanagh a Bartram, 2020; Vanasse a kol., 2009

<b>Vzťahy s nadriadenými</b>	X_8
Komunikácia a vzťahy s nadriadenými	Kendrick, 2021; Pariona-Cabrera, Cavanagh a Bartram, 2020; Vanasse a kol., 2009
<b>Vzťahy s pacientmi</b>	X_9
Komunikácia a vzťahy s pacientmi	
<b>Vzdelávanie a kariérny rast</b>	X_10
Možnosti vzdelávania a kariérneho rastu	Ibrahim, 2019; Kingma, 2001; Buchan, 2002a; Dodani, LaPorte, 2005; Denton, 2006; Gadit, 2008, Brugha a kol., 2016
<b>Materiálne a priestorové zabezpečenie</b>	X_11
Materiálne a prístrojové zabezpečenie pracoviska	Grossi a kol., 2021
<b>Prístrojové vybavenie</b>	X_12
Prístrojové vybavenie pracoviska k diagnostike a liečbe pacientov	
<b>Digitalizácia práce</b>	X_13
Elektronizácia (digitalizácia) práce	
<b>Prestíž povolania</b>	X_14
Prestíž zdravotníckeho povolania (lekár, sestra)	Buchan, 2002a; Anderson, Isaacs, 2007
<b>Aktuálna situácia v SR</b>	X_15
Aktuálna politická, ekonomická a sociálna situácia na Slovensku	Buchan, 2002a; Hussey, 2007; Anderson, Isaacs, 2007; Hiskey, Montalvo, Orcés, 2014

*(Zdroj: vlastné spracovanie)*

Zberu primárnych dát predchádzalo, vytvorenie dotazníka a jeho expertné posúdenie, následne overenie validity a reliability merania. Nasledoval predvýskum a osobné rozhovory s vybranými lekármi, sestrami a riadiacimi pracovníkmi. Po úprave dotazníka bol spustený zber dát. Bol rozdelený do troch fáz: a. prípravná fáza november 2021, b. fáza zberu dát prostredníctvom osobných rozhovorov december – február 2022, c. fáza zberu dát prostredníctvom dotazníka apríl – január 2023, no dáta zozbierané v decembri 2022 až januári 2023 museli byť vyradené z dôvodu možného skreslenia údajov, keďže sa legislatívne zmenili podmienky odmeňovania zdravotníckych pracovníkov, ako jeden z hlavných skúmaných faktorov.

Ďalším krokom bola analýza veľkosti výberových súborov, kde sa zistilo, že pre potreby výskumu bolo potrebné získať minimálne 377 vyplnených dotazníkov od lekárov (jeden výberový súbor) z 20047 lekárov a minimálne 380 vyplnených dotazníkov od sestier (druhý výberový súbor) z 31000 sestier. Celkový počet respondentov nemohol byť nižší ako 757



respondentov, z toho 49,80% lekárov a 50,20% sestier. Rozsah výberových súborov respondentov (pre lekárov a sestry) bol verifikovaný s parametrami: chybovosť 5%, úroveň spoľahlivosti 99%. Celkový počet vyplnených dotazníkov od lekárov a sestier bol 919 (100%), z toho 168 dotazníkov lekárov (18,28%) a 751 dotazníkov sestier (81,72%).

### Výberový súbor

Prvá časť dotazníka obsahovala otázky zamerané na základné identifikačné charakteristiky respondentov (14 otázok: pohlavie, vek, rodinný stav, počet detí s vyživovacou a bez vyživovacej povinnosti, bývanie, miesto bývania, dosiahnuté vzdelanie, pracovné zaradenie, špecializačný odbor práce, kategóriu zdravotníckeho zariadenia, vlastnícky status nemocnice, kraj pôsobenia zdravotníckeho zariadenia, počet odpracovaných rokov v zdravotníctve na Slovensku – tabuľka 3.2 a 3.3). Štruktúra respondentov z celkovej početnosti (N = 919) podľa pracovných pozícií zdravotníckych pracovníkov pozostávala z 168 (18,28%) lekárov a 751 (81,72%) sestier.

Základné charakteristiky respondentov – lekárov, ktoré boli sledované:

- **vek lekárov:** priemer (N = 168): 43,41 rokov; priemer ženy (N = 103): 43,53 rokov; priemer muži (66): 43,22 rokov;
- **počet detí s vyživovacou povinnosťou:** priemer (N = 168): 1,23 osoby; priemer ženy (N = 103): 0,95 osoby; priemer muži (66): 1,68 osoby;
- **počet detí bez vyživovacej povinnosti:** priemer (N = 168): 0,25 osoby; priemer ženy (N = 103): 0,24 osoby; priemer muži (66): 0,28 osoby;
- **počet odpracovaných rokov v zdravotníckych zariadenia na Slovensku:** priemer (N = 168): 17,60 rokov; priemer ženy (N = 103): 17,71 rokov; priemer muži (66): 17,41 rokov.

Základné charakteristiky respondentov – sestier, ktoré boli sledované:

- **vek sestier:** priemer (N = 751): 47,68 rokov; priemer ženy (N = 717): 48,19 rokov; priemer muži (N = 34): 36,94 rokov;
- **počet detí s vyživovacou povinnosťou:** priemer (N = 751): 0,77 osoby; priemer ženy (N = 717): 0,78 osoby; priemer muži (N = 34): 0,56 osoby;
- **počet detí bez vyživovacej povinnosti:** priemer (N = 751): 0,74 osoby; priemer ženy (N = 717): 0,77 osoby; priemer muži (N = 34): 0,26 osoby;
- **počet odpracovaných rokov v zdravotníckych zariadenia v SR:** priemer (N = 751): 23,2 rokov; priemer ženy (N = 717): 23,68 rokov; priemer muži (N = 34): 12,06 rokov.

Tabuľka 3.2 Štruktúra respondentov - lekárov podľa identifikačných charakteristík

Lekári	Pohlavie					
	Žena		Muž		Spolu	
Pohlavie	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
Žena					103	61,3%
Muž					65	38,7%
Rodinný stav	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
vydatá/ženatý	57	55,3%	45	69,2%	102	60,7%
slobodná/slobodný	20	19,4%	8	12,3%	28	16,7%
rozvedená/rozvedený	12	11,7%	7	10,8%	19	11,3%
vdova/vdovec	4	3,9%	0	0,0%	4	2,4%
partner/partnerka	10	9,7%	5	7,7%	15	8,9%
Bývanie:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
nájomný byt (dom)	9	8,7%	6	9,2%	15	8,9%
vlastný byt	46	44,7%	22	33,8%	68	40,5%
vlastný dom	41	39,8%	34	52,3%	75	44,6%
bývanie u rodičov	7	6,8%	3	4,6%	10	6,0%
Miesto bývania:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
vidiecke sídlo	23	22,3%	19	29,2%	42	25,0%
okresné mesto	36	35,0%	20	30,8%	56	33,3%
krajské mesto	44	42,7%	26	40,0%	70	41,7%
Najvyššie dosiah. vzdelanie:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
vysokoškolské II. stupňa (MUDr.)	90	87,4%	50	76,9%	140	83,3%
vysokoškolské III. stupňa (PhD., CSc.)	12	11,7%	14	21,5%	26	15,5%
docent, profesor	1	1,0%	1	1,5%	2	1,2%
Špecializačná príprava:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
bez atestácie	22	21,4%	10	15,4%	32	19,0%
s atestáciou	81	78,6%	55	84,6%	136	81,0%
Katégoria zdrav. zariadenia:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
všeobecná nemocnica	28	27,2%	17	26,2%	45	26,8%
špecializovaná nemocnica	13	12,6%	6	9,2%	19	11,3%
fakultná/univ. nemocnica	62	60,2%	42	64,6%	104	61,9%
Vlastnícky status nemocnice	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
štátna nemocnica	90	87,4%	56	86,2%	146	86,9%
súkromná nemocnica	13	12,6%	9	13,8%	22	13,1%
Miesto pôsobenia (kraj):	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
Banskobystrický	10	9,7%	10	15,4%	20	11,9%
Bratislavský	16	15,5%	6	9,2%	22	13,1%
Košický	23	22,3%	15	23,1%	38	22,6%
Nitriansky	4	3,9%	1	1,5%	5	3,0%
Prešovský	1	1,0%	2	3,1%	3	1,8%
Trenčiansky	23	22,3%	17	26,2%	40	23,8%
Trnavský	4	3,9%	3	4,6%	7	4,2%
Žilinský	22	21,4%	11	16,9%	33	19,6%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

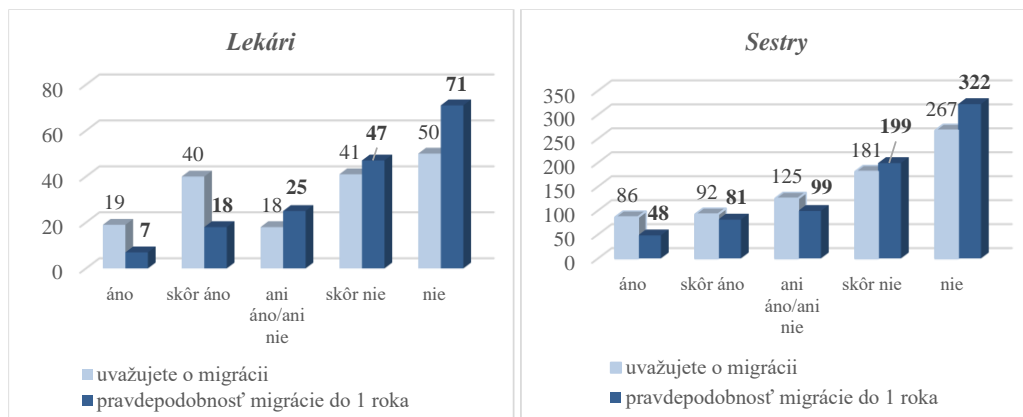
Tabuľka 3.3 Štruktúra respondentov - sestier podľa identifikačných charakteristík

Sestry	Pohlavie					
	Žena		Muž		Spolu	
Pohlavie	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
Žena					717	95,28%
Muž					34	4,72%
Rodinný stav	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
vydatá/ženatý	439	61,2%	14	41,2%	453	60,3%
slobodná/slobodný	123	17,2%	13	38,2%	126	18,1%
rozvedená/rozvedený	93	13,0%	2	5,9%	95	12,6%
vdova/vdovec	19	2,6%	1	2,9%	20	2,7%
partner/partnerka	43	6,0%	4	11,8%	47	6,3%
Bývanie:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
nájomný byt (dom)	64	8,9%	6	17,6%	70	9,3%
vlastný byt	291	40,6%	19	55,9%	310	41,3%
vlastný dom	270	37,7%	5	14,7%	275	36,6%
bývanie u rodičov	92	12,8%	4	11,8%	96	12,8%
Miesto bývania:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
vidiecke sídlo	307	42,8%	9	26,5%	316	42,1%
okresné mesto	242	33,8%	15	44,1%	257	34,2%
krajské mesto	168	23,4%	10	29,4%	178	23,7%
Najvyššie dosiah. vzdelanie:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
stredné odborné	231	32,2%	5	14,7%	236	31,4%
vysokoškolské I. stupňa	178	24,8%	9	26,5%	187	24,9%
vysokoškolské II. stupňa	308	43,0%	20	58,8%	328	43,7%
Pracovné zaradenie	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
bez špecializačnej prípravy	203	28,3%	15	44,1%	218	29,0%
so špecializačnou prípravou	514	71,7%	19	55,9%	533	71,0%
Katégória zdrav. zariadenia:	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
všeobecná nemocnica	245	34,2%	9	26,5%	254	33,8%
špecializovaná nemocnica	91	12,7%	2	5,9%	93	12,4%
fakultná/univ. nemocnica	381	53,1%	23	67,6%	404	53,8%
Vlastnícky status nemocnice	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
štátna nemocnica	513	71,5%	26	76,5%	539	71,8%
súkromná nemocnica	204	28,5%	8	23,5%	212	28,2%
Miesto pôsobenia ( kraj):	N	% of Total	N	% of Total	N	% of Total
Banskobystrický	84	11,7%	6	17,6%	90	12,0%
Bratislavský	137	19,1%	6	17,6%	143	19,0%
Košický	86	12,0%	4	11,8%	90	12,0%
Nitriansky	62	8,6%	2	5,9%	64	8,5%
Prešovský	83	11,6%	3	8,8%	86	11,5%
Trenčiansky	125	17,4%	5	14,7%	130	17,3%
Trnavský	37	5,2%	2	5,9%	39	5,2%
Žilinský	103	14,4%	6	17,6%	109	14,5%

(Zdroj: vlastné spracovanie)

### 3.2 Hodnotenie vplyvu základných identifikačných charakteristík lekárov a sestier na sklon k migrácii

Štruktúra respondentov vzhľadom na sklon k migrácii je skúmaná prostredníctvom dvoch tvrdení: úvah o migrácii za výkonom svojho povolania do zahraničia a pravdepodobnosť migrácie do 1 roka uvádza graf 3. 1.



Graf 3.1 Sklon k migrácii lekárov a sestier

(Zdroj: vlastné spracovanie)

V prípade lekárov 59 respondentov (35,1%) uvažuje o migrácii za prácou do zahraničia a 91 respondentov (54,2%) sa vyjadrilo, že nad touto možnosťou neuvažuje. Neutrálne stanovisko zaujalo 18 lekárov. U sestier je súhlasná frekvencia u 178 respondentov (23,7%) a nesúhlasná u 448 respondentov (59,7%). Neutrálne stanovisko zaujalo 125 sestier.

Pri bližšej špecifikácii otázky, kde sa respondenti vyjadrujú k pravdepodobnosti migrácie do 1 roka, dochádza k poklesu sklonu k migrácii. U 25 lekárov (14,9%) sa úvahy o migrácii konkretizujú do pravdepodobnosti odísť za prácou lekára do zahraničia, čo predstavuje pokles o 57%. 129 sestier (17,2%) sa vyjadrilo, že pravdepodobne do 1 roka migruje za prácou do zahraničia. Rovnako dochádza k poklesu medzi uvažovaním a reálnym odchodom do 1 roka, v prípade sestier je to pokles o 27,5%, čo je takmer o polovicu menej ako u lekárov. Pravdepodobnosť zostať pracovať na Slovensku stúpa v prípade lekárov i sestier.

**K overeniu existencie signifikantného vzťahu medzi úvahami lekárov o hľadani práce v zahraničí a pravdepodobnosťou ich odchodu za prácou do zahraničia do 1 roka sa využilo Kendallovo tau-b a korešpondenčná analýza.**

Hodnota Kendallovo tau-b koeficientu je 0,775, čo vyjadruje silnú tesnosť vzťahu. Hodnota signifikancie je nižšia ako hladina významnosti 0,05 a to znamená, že zistený vzťah je štatisticky významný.

Z výsledkov korešpondenčnej analýzy skúmaných premenných zobrazených v tabuľke 3.4 vyplýva, že 4,17% lekárov, ktorí uvažujú o hľadaní práce v zahraničí, do zahraničia aj pravdepodobne do 1 roka odídu. 3,57% lekárov, ktorí o emigrácii uvažujú, označilo odpoveď „áno“ pri pravdepodobnosti svojho odchodu do 1 roka. 7,14% je tých, ktorí označili „skôr áno“. Nerozhodný postoj v otázke pravdepodobnosti odchodu zaujalo 1,19% u uvažujúcich a 9,52% zo skôr uvažujúcich.

Tabuľka 3.4 Tabuľka relatívnych početností odpovedí lekárov k analýze úvah o migrácii a pravdepodobnosti migrácie do 1 roka

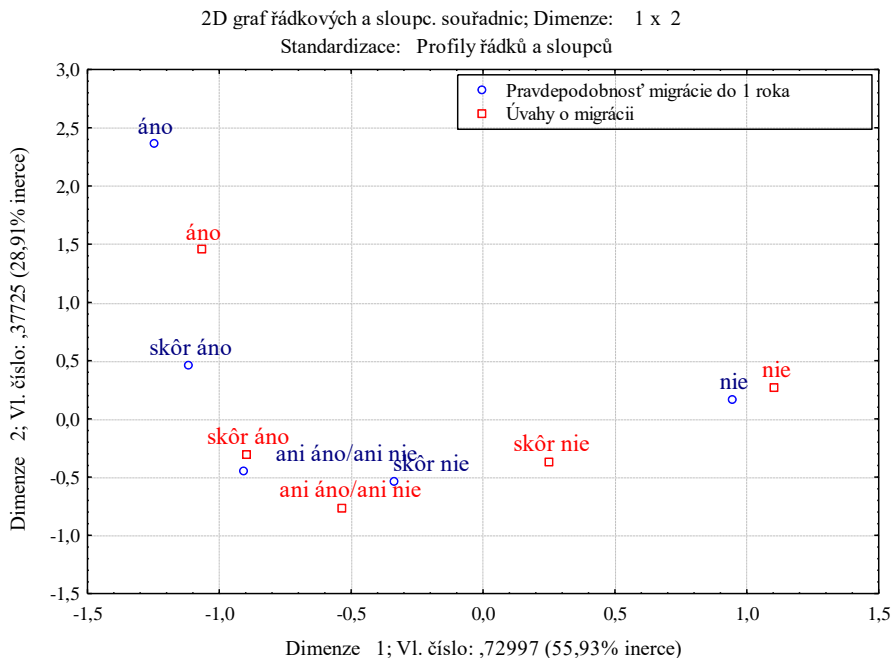
<i>Procenta z celku (Tabuľka1)</i>						
<i>Řád. proměnné: pravdepodobnosť migrácie do 1 roka (5)</i>						
<i>Sloup. proměnné: úvahy o migrácii (5)</i>						
	áno	skôr áno	ani áno/ani nie	skôr nie	nie	Celkem
áno	4,16667	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	4,1667
skôr áno	3,57143	7,14286	0,00000	0,00000	0,00000	10,7143
ani áno/ani nie	1,19048	9,52381	3,57143	0,59524	0,00000	14,8810
skôr nie	1,78571	6,54762	6,54762	13,09524	0,00000	27,9762
nie	0,59524	0,59524	0,59524	10,71429	29,76190	42,2619
Celkem	11,30952	23,80952	10,71429	24,40476	29,76190	100,0000

*(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)*

Hodnota  $\chi^2$  testu je 219,260, pri stupňoch voľnosti  $df=16$  na hladine významnosti  $p<0,00001$ , čo pri zvolenej hladine  $\alpha = 5\%$  znamená, že medzi skúmanými premennými hľadanie práce v zahraničí a pravdepodobnosť migrácie, je štatisticky významný vzťah.

Detailnejší výstup korešpondenčnej analýzy predstavuje korešpondenčná mapa (graf 3.2), ktorá vyjadruje, že lekári uvažujúci o hľadaní práce v zahraničí sa vzdávajú od bodu, kedy sa rozhodnú skutočne migrovať za prácou do zahraničia do 1 roka, no váha sa presúva len do bodu skôr áno existuje pravdepodobnosť odchodu do 1 roka. Preto je možné konštatovať, že úvahy o hľadaní práce v zahraničí významne odzrkadľujú ochotu naozaj do 1 roka odísť z krajiny. Významnú prepojenosť dosahujú odpovede lekárov skôr uvažujem o odchode za prácou do zahraničia a neutrálny postoj pri otázke, či je pravdepodobné, že naozaj z krajiny do 1

roka odídu. Najvýznamnejší vzťah medzi skúmanými premennými je pri odpovediach „nie“ neuvažujem o hľadaní si práce v zahraničí a „nie“ pravdepodobne do 1 roka neodídem.



Graf 3.2 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a pravdepodobnosti migrácie do 1 roka - lekári

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

**K overeniu existencie signifikantného vzťahu medzi úvahami sestier o hľadaní práce v zahraničí a pravdepodobnosťou ich odchodu za prácou do zahraničia do 1 roka sa rovnako ako v prípade lekárov využilo Kendallove tau-b a korešpondenčná analýza.**

Vypočítaná hodnota koeficientu Kendalloveho tau-b medzi skúmanými premennými je 0,844 pri hladine významnosti nižšej ako 0,00001. Závislosť medzi úvahami sestier o hľadaní si práce v zahraničí a pravdepodobnosťou ich odchodu za výkonom práce sestry do zahraničia je veľmi vysoká a štatisticky významná.

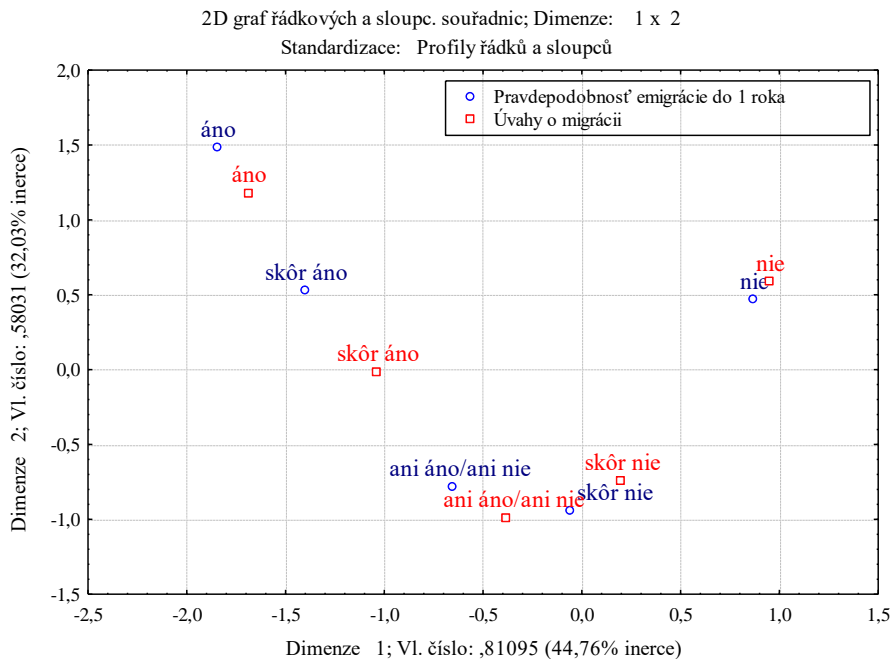
Z výsledkov korešpondenčnej analýzy z tabuľky 3.5 vidíme, že najviac sestier, ktoré majú záujem hľadať si v zahraničí prácu vyjadrili aj najvyššiu pravdepodobnosť svojho odchodu za prácou do zahraničia. Naopak u tých, ktoré o hľadaní práce za hranicami Slovenska neuvažujú, je pravdepodobnosť odchodu do 1 roka nevýznamná.

Tabuľka 3.5 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a pravdepodobnosti migrácie do 1 roka

Procenta z celku (Tabuľka1)						
Řád. proměnné: pravdepodobnosť migrácie do 1 roka (5)						
Sloup. proměnné: úvahy o migrácii (5)						
	áno	skôr ano	ani ano/ani nie	skôr nie	nie	Celkem
áno	6,14152	0,26702	0,00000	0,00000	0,00000	6,4085
skôr ano	4,00534	6,54206	0,26702	0,00000	0,00000	10,8144
ani ano/ani nie	0,93458	2,93725	8,81175	0,40053	0,13351	13,2176
skôr nie	0,26702	2,00267	6,67557	17,35648	0,26702	26,5688
nie	0,13351	0,40053	0,93458	6,40854	35,11348	42,9907
Celkem	11,45140	12,25033	16,64447	24,10120	35,55260	100,0000

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Na základe  $\chi^2$  testu 1357,15, pri počte stupňov voľnosti  $df=16$ , je hladina významnosti  $p<0,00001$ , preto sa hypotéza skúmajúca sklon k migrácii sestier prijíma. Blížší vzťah medzi premennými zachytáva korešpondenčná mapa (graf 3.3), kde trend ukazuje, že jednoznačné rozhodnutie hľadať si prácu sestry v zahraničí sa od jednoznačného rozhodnutia odchodu za prácou mimo Slovenska príliš nevzdľahuje. Neutrálny postoj oboch skúmaných premenných je blízko a rovnako aj ďalšie dve odpovede z negatívneho spektra sa od seba nevzdľahujú.



Graf 3.3 Korešpondenčná mapa úvahy o migrácii a pravdepodobnosť migrácie do 1 roka - sestry  
(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

**Na overenie existencie významných rozdielov v sklone k migrácii lekárov a rodom** bola použitá korešpondenčná analýza.

Z tabuľky 3.6 vyplýva, že 11,31% lekárov odpovedalo áno, uvažujem o hľadaní práce v zahraničí, pričom podľa rodu je rozdiel len 0,6% v prospech mužov. Skôr súhlasí, že odíde za prácou do zahraničia 23,81%, z toho 14,29% žien a 9,52% mužov. Neutrálny postoj ani áno/ani nie zaujalo 10,71% prevažne žien. Skôr neuvažuje o hľadaní práce lekára v zahraničí 24,4% opýtaných, z toho 13,10% žien a 11,31% mužov. Jasné nie uviedlo 22,02% žien a len 7,74% mužov, pričom spolu odmietavý postoj k migrácii zaujalo takmer 30% z opýtaných lekárov.

Tabuľka 3.6 Tabuľka relatívnych početností odpovedí lekárov k analýze úvah o migrácii a rodu

<i>Procenta z celku (Tabuľka1)</i>						
<i>Řád. proměnné: Rod (2)</i>						
<i>Sloup. proměnné: úvahy o migrácii (5)</i>						
	áno	skôr áno	ani áno/ani nie	skôr nie	nie	Celkem
<b>žena</b>	5,35714	14,28571	6,54762	13,09524	22,02381	61,3095
<b>muž</b>	5,95238	9,52381	4,16667	11,30952	7,73810	38,6905
<b>Celkem</b>	11,30952	23,80952	10,71429	24,40476	29,76190	100,0000

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  testu je 5,99238 pri počte voľnosti  $df=4$  ( $p=0,1997$ ), preto môžeme konštatovať, že na hladine významnosti  $\alpha = 5\%$  neexistuje významný rozdiel medzi rodom lekárov a ich sklonom hľadať si prácu za hranicami Slovenskej republiky.

**Na overenie existencie významných rozdielov v sklone k migrácii sestier a rodom** bola rovnako ako u lekárov použitá korešpondenčná analýza.

Z výsledkov uvedených v tabuľke 3.7 vyplýva, že 11,45% sestier odpovedalo áno, uvažujem o hľadaní práce v zahraničí, pričom podľa rodu to bolo u žien až 10,39% a u mužov len 1,07%. Skôr áno označilo 12,25%, z toho 11,45% žien a 0,80% mužov. Neutrálny postoj ani áno/ani nie zaujalo k migrácii za prácou do zahraničia 16,64% sestier opäť s významnou prevahou žien. Skôr neuvažuje o hľadaní práce sestry v zahraničí 24,1% opýtaných, 23,3% žien a 0,80% mužov. Jasné nie uviedlo 34,75% žien a len 0,80% mužov, pričom spolu odmietavý postoj k migrácii zaujalo 35,55% z opýtaných.

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  testu je 10,2245 pri počte voľnosti  $df=4$  ( $p=0,0368$ ), preto môžeme konštatovať, že na hladine významnosti  $\alpha = 5\%$  existuje významný rozdiel medzi rodom sestier a ich sklonom hľadať si prácu za hranicami Slovenskej republiky.



Tabuľka 3.7 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a rodu

<i>Procenta z celku (Tabuľka1)</i>						
<i>Řád. proměnné: Pohlavie (2)</i>						
<i>Sloup. proměnné: úvahy o migrácii (5)</i>						
	áno	skôr ano	ani ano/ani nie	skôr nie	nie	Celkem
žena	10,38615	11,45140	15,57923	23,30226	34,75366	95,4727
muž	1,06525	0,79893	1,06525	0,79893	0,79893	4,5273
<b>Celkem</b>	11,45140	12,25033	16,64447	24,10120	35,55260	100,0000

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

**Na overenie existencie signifikantných rozdielov v sklone k migrácii lekárov a vekom lekárov** sa využili Kurskal-Wallis test a korešpondenčná analýza dvoch ordinálnych premenných.

Lekári boli podľa veku zaradení do kategórií: do 30 rokov (1), od 31 do 40 rokov (2), od 41 do 50 rokov (3), od 51 do 60 rokov (4) a nad 60 rokov (5).

Na identifikovanie diferenciácií v úvahách lekárov o migrácii vzhľadom na vekovú kategóriu (tabuľka 3.8) sa použil Kruskal-Wallis test, ktorý využíva rozdiely v mediánoch (priemeroch poradia). Hodnota signifikancie je nižšia ako 0,00001, teda nižšia ako hladina významnosti 0,05. Medzi sledovanými vekovými skupinami lekárov existujú signifikantné rozdiely. Podľa dosiahnutých hodnôt pre kategórie lekárov nad 41 rokov platí, že čím sú starší, tým menej uvažujú o migrácii za prácou do zahraničia. Najväčší sklon k migrácii majú lekári vo veku od 31 do 40 rokov.

Tabuľka 3.8 Testovanie rozdielov medzi vekovými skupinami a sklonom k migrácii prostredníctvom Kruskal Wallis Testu – lekári

<i>Kruskal Wallis Test;</i>			
<i>Grouping Variable: Váš vek</i>			
<i>Chi-Square = 21,819; df=4; Asymp. Sig. = ,000</i>			
	Váš vek	N	Mean Rank
Uvažujete si hľadať prácu v zahraničí?	do 30 rokov	24	73,96
	31-40 rokov	50	72,79
	41-50 rokov	51	78,63
	51-60 rokov	30	102,40
	61+ rokov	13	130,73
	Total	168	

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu SPSS)

V tabuľke 3.9 je zachytené, že takmer 3% lekárov vo veku do 30 rokov, uvažuje o hľadaní práce v zahraničí a 3,57% odpovedalo „skôr áno“. Vo vekovej kategórii 31 až 40 rokov sa úvahy lekárov o migrácii zvýšili aj v možnosti „áno“, ktorú vybralo 3,57% aj v možnosti „skôr áno“, ktorú vybralo 11,12%. O odchode za prácou mimo hranice Slovenska uvažuje 4,17% lekárov vo vekovej skupine 41 až 50 rokov a skôr áno 8,93%. V ďalších vekových kategóriách úvahy o migrácii významne klesajú na 0,6% („áno“) a 0% („skôr áno“) v kategórii 41 až 60 rokov a 0% („áno“ a „skôr áno“) nad 61 rokov.

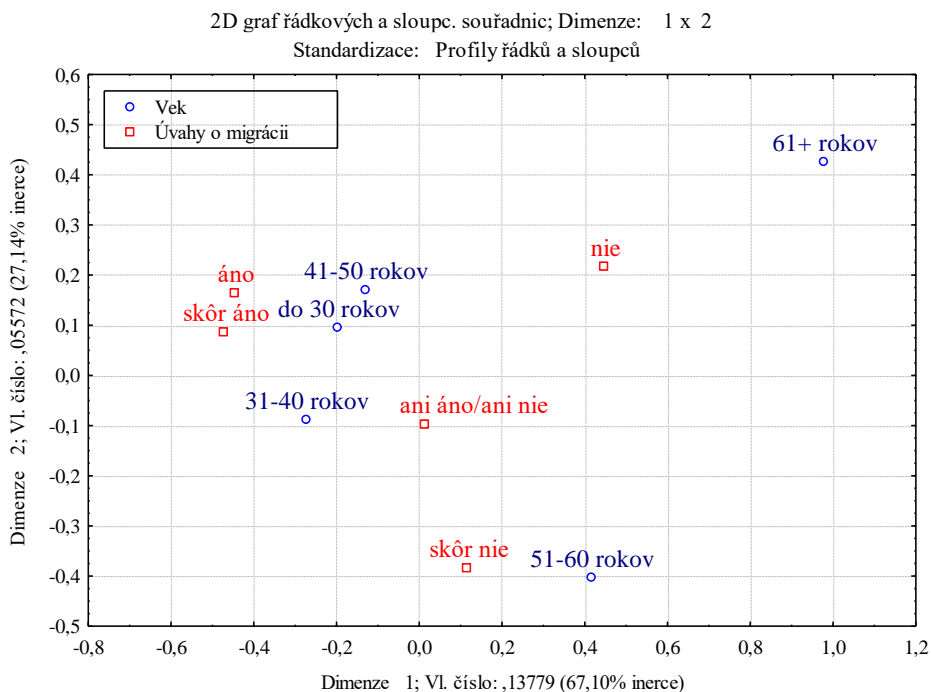
Tabuľka 3.9 Tabuľka relatívnych početností odpovedí lekárov k analýze úvah o migrácii a veku

<i>Procenta z celku (Tabuľka1)</i>						
<i>Řád. proměnné: Vek(5)</i>						
<i>Sloup. proměnné: úvahy o migrácii(5)</i>						
	<b>áno</b>	<b>skôr áno</b>	<b>ani áno/ani nie</b>	<b>skôr nie</b>	<b>nie</b>	<b>celkom</b>
<b>do 30 rokov</b>	2,97619	3,57143	1,19048	2,97619	3,57143	14,2857
<b>31-40 rokov</b>	3,57143	10,11905	2,97619	7,73810	5,35714	29,7619
<b>41-50 rokov</b>	4,16667	8,92857	3,57143	4,76190	8,92857	30,3571
<b>51-60 rokov</b>	0,59524	1,19048	2,38095	7,73810	5,95238	17,8571
<b>61+ rokov</b>	0,00000	0,00000	0,59524	1,19048	5,95238	7,7381
<b>celkom</b>	11,30952	23,80952	10,71429	24,40476	29,76190	100,0000

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Výsledok korešpondenčnej analýzy na základe hodnoty  $\chi^2$  testu je 34,4952 pri stupňoch voľnosti  $df=16$  dosahuje hladinu významnosti  $p = 0,0047$ . Na zvolenej hladine významnosti  $\alpha = 5\%$  je možné konštatovať, že existuje signifikantný vzťah medzi vekom lekárov a ich úvahami o hľadaní práce v zahraničí.

Ďalším výsledkom korešpondenčnej analýzy je korešpondenčná mapa (graf 3.4), z ktorej vyplýva, že lekári v kategóriách do 30 rokov a od 41 do 50 rokov uvažujú o hľadaní práce v zahraničí. Naopak vekové kategórie lekárov od 51 do 60 rokov a nad 61 rokov takéto úvahy nemajú a ich sklon k migrácii je veľmi malý až žiadny.



Graf 3.4 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a veku - lekári

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

**K overeniu existencie signifikantných rozdielov v sklone k migrácii sestier a vekom sestier** sa využili Kruskal-Wallis test a korešpondenčná analýza.

Sestry boli podľa veku zaradené do vekových kategórií: do 30 rokov (1), od 31 do 40 rokov (2), od 41 do 50 rokov (3), od 51 do 60 rokov (4) a nad 60 rokov (5).

Tabuľka 3.10 Testovanie rozdielov medzi vekovými skupinami a sklonom k migrácii prostredníctvom Kruskal Wallis Testu – sestry

<i>Kruskal Wallis Test;</i>			
<i>Grouping Variable: Váš vek</i>			
<i>Chi-Square = 82,029; df=4; Asymp. Sig. = ,000</i>			
	<b>Váš vek</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>
Uvažujete si hľadať prácu v zahraničí?	do 30 rokov	101	248,75
	31-40 rokov	122	336,52
	41-50 rokov	280	380,39
	51-60 rokov	213	421,04
	61+ rokov	35	571,61
	Total	751	

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu SPSS)

Hodnota signifikancie Kruskal-Wallis testu je 0,00001, teda nižšia ako hladina významnosti 0,05. Medzi sklonom k migrácii a vekovými skupinami sestier existujú signifikantné rozdiely. Na základe hodnôt v tabuľke 3.10 platí, že čím majú sestry vyšší vek, tým menej uvažujú o hľadaní práce v zahraničí.

Ďalej bola aj u sestier využitá korešpondenčná analýza skúmajúca závislosť medzi vekovými kategóriami a úvahami o hľadaní práce v zahraničí. Z výsledkov uvedených v tabuľke 3.11 vyplýva, že sklon sestier do 30 rokov k migrácii za prácou za hranice Slovenska je v 3,60% áno, u 2,93% skôr áno. Naopak o migrácii skôr neuvažuje 3,46% sestier v tejto vekovej kategórii a 1,6% vôbec nie. V ďalšej vekovej kategórii odpovedalo 2,53% áno uvažujem a rovnaké percento skôr uvažujem. Nesúhlasné stanovisko vyjadrilo 3,06% (skôr nie) a 4,93% (nie). Sestry vo veku od 41 do 50 rokov uvažujú o hľadaní práce v zahraničí v 3,59% prípadoch s odpoveďou áno a 4,8% prípadov s odpoveďou skôr áno. Skôr nie uviedlo 9,85% opýtaných a 13,05% sa priklonilo k možnosti nie. V ďalších vekových kategóriách úvahy o hľadaní práce v zahraničí u sestier významne klesajú.

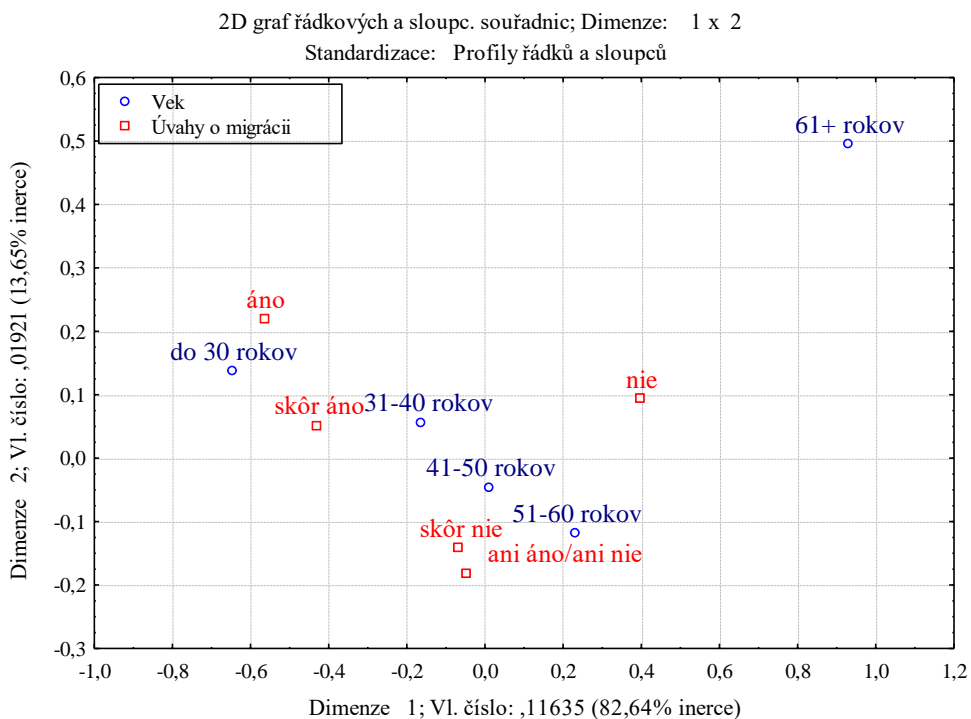
Tabuľka 3.11 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a veku

<i>Procenta z celku (Tabuľka1)</i>						
<i>Řád. proměnné: Vek(5)</i>						
<i>Sloup. proměnné: úvahy o migrácii(5)</i>						
	<b>áno</b>	<b>skôr áno</b>	<b>ani áno/ani nie</b>	<b>skôr nie</b>	<b>nie</b>	<b>celkom</b>
<b>do 30 rokov</b>	3,59521	2,92943	1,86418	3,46205	1,59787	13,4487
<b>31-40 rokov</b>	2,52996	2,52996	3,19574	3,06258	4,92676	16,2450
<b>41-50 rokov</b>	3,59521	4,79361	5,99201	9,85353	13,04927	37,2836
<b>51-60 rokov</b>	1,59787	1,99734	5,45939	7,32357	11,98402	28,3622
<b>61+ rokov</b>	0,13316	0,00000	0,13316	0,39947	3,99467	4,6605
<b>celkom</b>	11,45140	12,25033	16,64447	24,10120	35,55260	100,0000

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Hodnota  $\chi^2$  testu je u sestier 105,741 pri stupňoch voľnosti  $df=16$  dosahuje hladinu významnosti menšiu ako 0,0001, pričom na zvolenej hladine významnosti  $\alpha = 5\%$  je možné konštatovať, že existuje signifikantný vzťah medzi vekom sestier a ich úvahami o hľadaní možností ako sa zamestnať na pozícii sestry v zahraničí.

Výsledky potvrdzuje aj zobrazenie v korešpondenčnej mape (graf 3.5), kde je zjavné, že o hľadaní práce v zahraničí uvažujú sestry vo veku do 30 rokov a sklon k migrácii je viditeľný aj v prípade sestier v kategórii od 31 do 40 rokov.



Graf 3.5 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a veku - sestry  
(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

**K overeniu existencie signifikantných rozdielov v sklone k migrácii lekárov a počtom detí, na ktoré sa viaže ich vyživovacia povinnosť** bol použitý neparametrický test Kendallovo tau b a korešpondenčná analýza.

Na základe výsledkov Kendallovho tau b testu, ktorého hladina významnosti je  $p = 0,522$ , je možné usúdiť, že neexistuje signifikantný vzťah medzi počtom detí s vyživovacou povinnosťou lekárov a ich úvahami o migrácii za prácou do zahraničia.

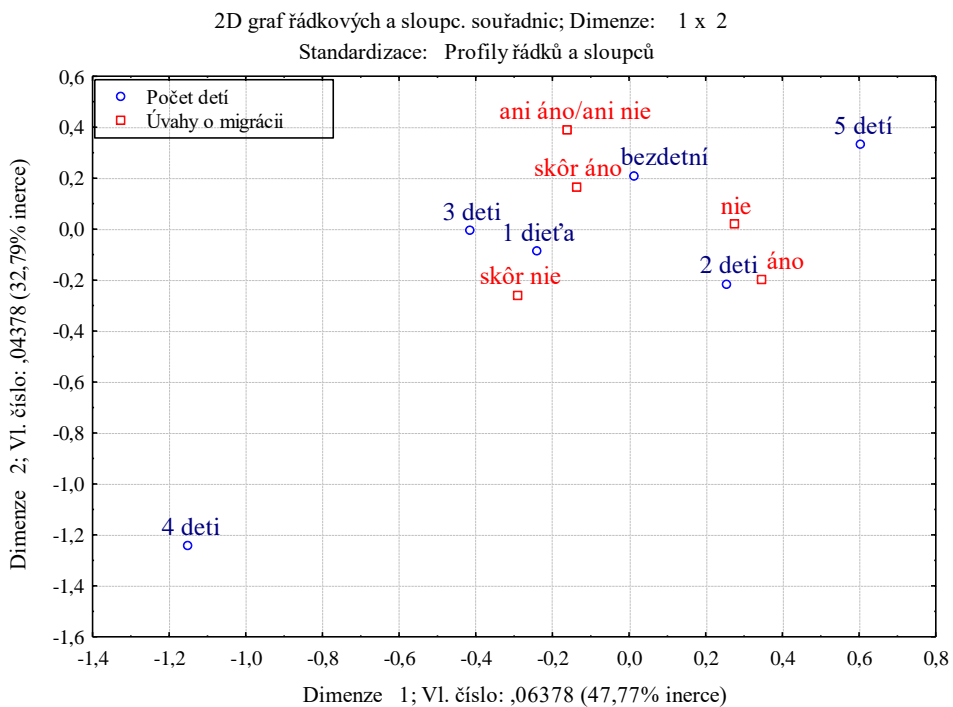
Z tabuľky 3.12 vyplýva, že 2,98% bezdetných lekárov uvažuje o migrácii za prácou do zahraničia, 11,31% skôr áno, 7,14% skôr neuvažuje a 13,01% o hľadani práce neuvažuje vôbec. U lekárov s jedným a tromi vyživovanými deťmi, úvahy o migrácii klesajú, pričom „áno uvažujem“ vybralo 1,19% a „skôr uvažuje 3,57%. Z kategórie lekár s dvomi vyživovanými deťmi 5,36% odpovedalo áno uvažujem o hľadani práce v zahraničí a rovnaké percento respondentov sa vyjadrilo skôr áno. Odpovede lekárov o úvahách hľadať prácu v zahraničí klesajú u respondentov, ktorí majú štyri a päť detí.

Tabuľka 3.12 Tabuľka relatívnych početností odpovedí lekárov k analýze úvah o migrácii a počtu detí s vyživovacou povinnosťou

Procenta z celku (Tabuľka1)						
Řád. proměnné: deti s vyživovacou povinnosťou (6)						
Sloup. proměnné: úvahy o migrácii (5)						
	áno	skôr áno	ani áno/ani nie	skôr nie	nie	Celkem
bezdetný	2,97619	11,30952	5,35714	7,14286	13,09524	39,8810
1 dieťa	1,19048	3,57143	1,78571	5,35714	3,57143	15,4762
2 deti	5,35714	5,35714	1,19048	7,14286	11,30952	30,3571
3 deti	1,19048	3,57143	1,78571	4,16667	1,19048	11,9048
4 deti	0,00000	0,00000	0,00000	0,59524	0,00000	0,5952
5 detí	0,59524	0,00000	0,59524	0,00000	0,59524	1,7857
<b>Celkem</b>	<b>11,30952</b>	<b>23,80952</b>	<b>10,71429</b>	<b>24,40476</b>	<b>29,76190</b>	<b>100,0000</b>

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Výsledkom korešpondenčnej analýzy je hodnota  $\chi^2$  testu 22,4305 pri počte stupňov voľnosti  $df=20$  s hladinou významnosti  $p=0,3177$ . Pri stanovenej hladine významnosti  $\alpha = 5\%$  je možné konštatovať, že neexistuje signifikantný vzťah medzi počtom detí lekárov, na ktoré majú vyživovaciu povinnosť, a úvahami opýtaných o hľadani práce v zahraničí.



Graf 3.6 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a počtu detí s vyživovacou povinnosťou - lekári

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Na základe hlbšej analýzy výsledkov prostredníctvom korešpondenčnej mapy (graf 3.6), je možné konštatovať, že lekári s dvomi vyživovanými deťmi uvažujú o hľadaní práce v zahraničí a bezdetní lekári skôr uvažujú. Naopak lekári so štyrmi a piatimi vyživovanými deťmi sklon k migrácii nemajú takmer vôbec.

**K overeniu existencie signifikantných rozdielov v sklone k migrácii sestier a počtom detí, na ktoré sa viaže ich vyživovacia povinnosť** bol použitý neparametrický test Kendalloveho tau b a korešpondenčná analýza.

Hodnoty Kendalloveho tau b koeficientu sú nízke a hladina významnosti je vyššia ako 0,05 ( $p = 0,592$ ). Medzi skúmanými premennými teda neexistuje signifikantný vzťah.

Z výsledkov uvedených v tabuľke 3.13 vyplýva, že 7,59% bezdetných sestier uvažuje o migrácii za prácou do zahraničia a 6,66% skôr áno, 12,12% skôr neuvažuje a 19,84% o hľadaní práce neuvažuje vôbec. S rastom počtu detí, voči ktorým majú sestry vyživovaciu povinnosť, klesá sklon k hľadaniu práce v zahraničí a následná migrácia.

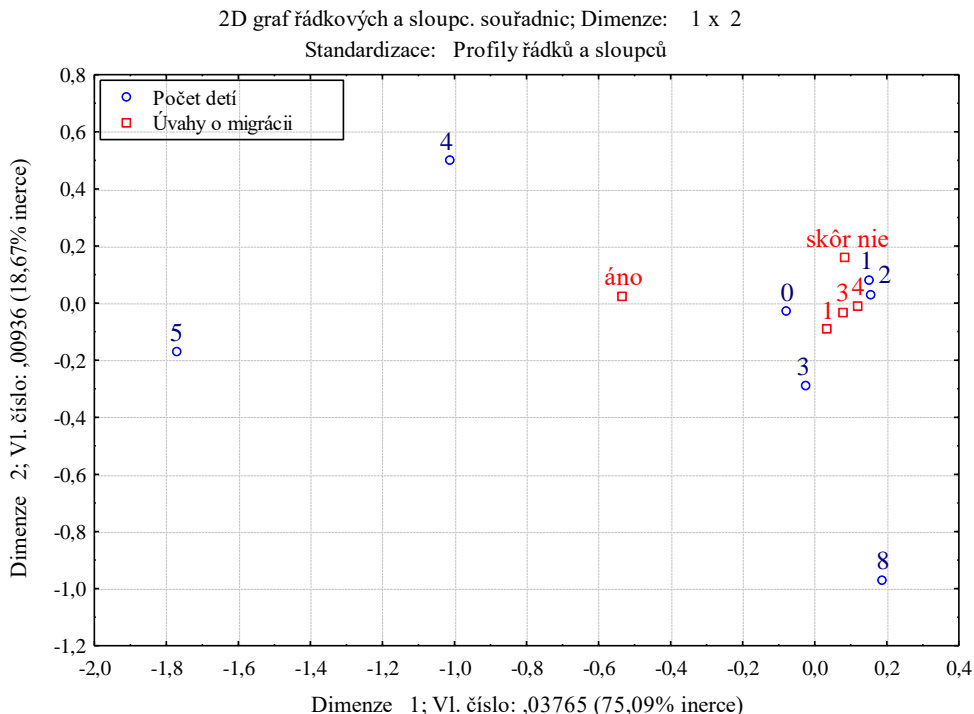
Tabuľka 3.13 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a počtu detí s vyživovacou povinnosťou

<i>Procenta z celku (Tabuľka1)</i>						
<i>Řád. proměnné: deti s vyživovacou povinnosťou (6)</i>						
<i>Sloup. proměnné: úvahy o migrácii (5)</i>						
	áno	skôr áno	ani áno/ani nie	skôr nie	nie	Celkem
<b>bezdetný</b>	7,58988	6,65779	8,78828	12,11718	19,84021	54,9933
<b>1 dieťa</b>	1,59787	3,19574	3,72836	6,79095	8,12250	23,4354
<b>2 deti</b>	1,06525	1,99734	3,19574	4,39414	5,72570	16,3782
<b>3 deti</b>	0,39947	0,39947	0,79893	0,39947	1,46471	3,4621
<b>4 deti</b>	0,53262	0,00000	0,13316	0,39947	0,13316	1,1984
<b>5 detí</b>	0,26631	0,00000	0,00000	0,00000	0,13316	0,3995
<b>8 detí</b>	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,13316	0,1332
<b>Celkem</b>	11,45140	12,25033	16,64447	24,10120	35,55260	100,0000

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Hodnota  $\chi^2$  testu je 37,6508 pri počte stupňov voľnosti  $df=24$  s hladinou významnosti  $p=0,0377$ . Pri stanovenej hladine významnosti  $\alpha = 5\%$  je možné konštatovať, že existuje

signifikantný vzťah medzi počtom detí sestier, na ktoré sa viaže ich vyživovacia povinnosť, a ich úvahami o hľadaní práce v zahraničí.



Graf 3.7 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a počtu detí s vyživovacou povinnosťou - sestry

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Na základe ďalších výsledkov analýzy prostredníctvom korešpondenčnej mapy (graf 3.7), je možné konštatovať, že sestry s jedným a dvomi vyživovanými deťmi skôr uvažujú o hľadaní práce v zahraničí. Naopak sestry s tromi a viac vyživovanými deťmi sklon k migrácii nemajú takmer žiadny. Zaujímavé je, že aj bezdetné sestry o migrácii uvažujú len zriedkavo, na rozdiel od lekárov.

**Na overenie existencie signifikantných rozdielov v sklone k migrácii lekárov a počtom odpracovaných rokov v zdravotníctve na Slovensku sa použil neparametrický Kruskal-Wallis test a korešpondenčná analýza.**

Hodnota signifikancie Kruskal-Wallis testu je nižšia ako 0,0001, čo na hladine významnosti 0,05 znamená, že medzi sledovanými kategóriami počtu rokov praxe lekárov v



zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a ich sklonom k migrácii existujú štatisticky významné rozdiely (tabuľka 3.14). Hodnoty testu sa od hranice 21 rokov praxe zvyšujú, čo znamená, že úvahy o migrácii za prácou sa znižujú. Najvyšší sklon k migrácii majú lekári s praxou v intervaloch od 6 do 10 rokov a od 16 do 20 rokov.

Tabuľka 3.14 Testovanie rozdielov medzi počtom rokov praxe a sklonom k migrácii prostredníctvom Kruskal Wallis Testu – lekári

<i>Kruskal Wallis Test;</i>			
<i>Grouping Variable: Prax v zdravotníctve v SR</i>			
<i>Chi-Square = 22,697; df=6; Asymp. Sig. = ,001</i>			
	<b>Prax</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>
Uvažujete si hľadať prácu v zahraničí?	od 0 do 5 rokov	29	76,10
	od 6 do 10 rokov	27	71,72
	od 11 do 15 rokov	25	76,08
	od 16 do 20 rokov	18	71,56
	od 21 do 25 rokov	32	81,47
	od 26 do 30 rokov	15	101,43
	od 31 a viac rokov	22	124,27
	Total	168	

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu SPSS)

Výsledky korešpondenčnej analýzy premenných sú viditeľné z tabuľky 3.15 a hovoria, že lekári s praxou od 0 do 5 rokov uvažujú o hľadaní práce v 2,38% a skôr uvažujú v 5,36%. Naopak z tejto kategórie lekárov neuvažuje o migrácii 3,57% a skôr neuvažuje 3,57%. So zvyšujúcimi sa odpracovanými rokmi v zdravotníctve Slovenskej republiky bolo 1,19% lekárov tých, ktorí o migrácii uvažujú a 7,14 tých, ktorí skôr uvažujú. V ďalších intervaloch podľa dĺžky praxe počet lekárov uvažujúcich o hľadaní práce v zahraničí klesá. Kategória 16 až 20 rokov praxe, 1,79% lekárov uviedlo, že uvažuje a 3,57% skôr uvažuje. Následne v kategórii 21 až 25 rokov výkonu povolania lekára na Slovensku privádza k úvahám o hľadaní práce za hranicami krajiny takmer 3% lekárov a 3,57% opýtaných je tomuto kroku skôr naklonená. V prípade lekárov s ešte dlhšou praxou sa sklon k migrácii minimalizuje.

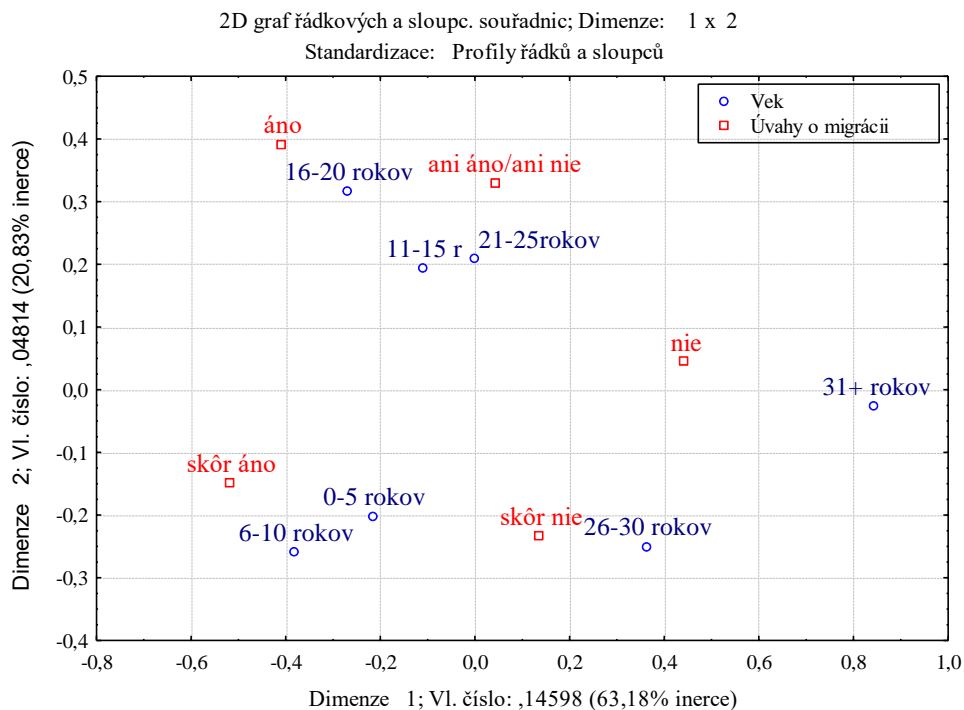
Hodnota  $\chi^2$  testu je 38,8210 pri počte stupňov voľnosti  $df=24$  s hladinou významnosti  $p=0,0286$ . Pri stanovenej hladine významnosti  $\alpha = 5\%$  je možné konštatovať, že existuje signifikantný vzťah medzi počtom odpracovaných rokov v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku a úvahami lekárov o hľadaní práce v zahraničí.

Tabuľka 3.15 Tabuľka relatívnych početností k analýze úvah o migrácii a praxou - lekári

<i>Procenta z celku (Tabuľka1)</i>						
<i>Řád. proměnné: počet rokov praxe (7)</i>						
<i>Sloup. proměnné: úvahy o migrácii (5)</i>						
	áno	skôr ano	ani ano/ani nie	skôr nie	nie	Celke
<b>0-5 rokov</b>	2,38095	5,35714	0,59524	5,35714	3,57143	17,2619
<b>6-10 rokov</b>	1,19048	7,14286	1,19048	3,57143	2,97619	16,0714
<b>11-15 rokov</b>	2,97619	2,97619	1,78571	3,57143	3,57143	14,8810
<b>16-20 rokov</b>	1,78571	3,57143	1,78571	0,59524	2,97619	10,7143
<b>21-25 rokov</b>	2,97619	3,57143	2,97619	4,16667	5,35714	19,0476
<b>26-30 rokov</b>	0,00000	1,19048	1,19048	3,57143	2,97619	8,9286
<b>nad 31 rokov</b>	0,00000	0,00000	1,19048	3,57143	8,33333	13,0952
<b>Celkem</b>	11,30952	23,80952	10,71429	24,40476	29,76190	100,000

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Na základe ďalších výsledkov analýzy prostredníctvom korešpondenčnej mapy (graf 3.8), je možné konštatovať, že lekári s praxou od 16 do 20 rokov uvažujú o hľadaní práce v zahraničí najviac. Odpoveď skôr ano pri uvažovaní o práci v zahraničí označili lekári v kategórii od 0 do 5 rokov a od 6 do 10 rokov praxe.



Graf 3.8 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a praxe - lekári

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

**Na overenie existencie signifikantných rozdielov medzi počtom odpracovaných rokov sestier v zdravotníctve na Slovensku a sklonom k migrácii** sa použil neparametrický Kruskal-Wallis test a korešpondenčná analýza.

Sestry boli podľa počtu odpracovaných rokov v zdravotníctve na Slovensku zaradené do rozdielnych kategórií v porovnaní s lekármi: do 1 roka (1), od 1 do 5 rokov (2), od 6 do 10 rokov (3), od 11 do 15 rokov (4), od 16 do 20 rokov (5), od 21 do 25 rokov (6), od 26 do 30 rokov (7), od 31 do 35 rokov (8), od 36 do 40 rokov (9), 41 a viac rokov (10). Dôvodom rozdielnej kategorizácie sestier v porovnaní s lekármi je, že sestry ukončia vzdelávanie v nižšom veku, a tak nadobudnú dlhšiu prax počas svojho pracovného života.

Výsledkom je signifikancia nižšia ako 0,00001, čo je pod stanovenou hladinou významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). Medzi sklonom k migrácii sestier a kategóriami počtu rokov praxe na Slovensku existujú štatisticky významné rozdiely. Najnižšie hodnoty dosahujú kategórie sestier s počtom odpracovaných rokov do 15 rokov, to znamená, že u tých je sklon k migrácii najvyšší. Zaujímavé je, že sestry s praxou od 1 roka do 5 rokov uvažujú o hľadaní si práce v zahraničí viac ako sestry, ktoré sa po ukončení vzdelávania v nemocniciach zamestnali.

Tabuľka 3.16 Testovanie rozdielov medzi počtom rokov praxe a sklonom k migrácii prostredníctvom Kruskal Wallis Testu – sestry

<i>Kruskal Wallis Test;</i>			
<i>Grouping Variable: Prax v zdravotníctve v SR</i>			
<i>Chi-Square =78,875; df=9; Asymp. Sig. = ,000</i>			
	<b>Prax</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>
Uvažujete si hľadať prácu v zahraničí?	<b>do 1 roka</b>	25	290,14
	<b>1-5 rokov</b>	67	276,28
	<b>6-10 rokov</b>	69	301,45
	<b>11-15 rokov</b>	77	312,49
	<b>16-20 rokov</b>	67	395,63
	<b>21-25 rokov</b>	82	382,25
	<b>26-30 rokov</b>	119	380,45
	<b>31-35 rokov</b>	109	387,87
	<b>36-40 rokov</b>	86	460,78
	<b>nad 41 rokov</b>	50	534,39
	Total	751	

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu SPSS)

Výsledky korešpondenčnej analýzy premenných počet rokov praxe sestier a ich úvahy o migrácii sú viditeľné z tabuľky 3.17 hovoria, že sestry s praxou do 1 roka uvažujú o migrácii najmenej často, podobne ako kategórie sestier s praxou dlhšou ako 36 rokov. Naopak sestry s

praxou od 1 do 5 rokov uvažujú o hľadaní práce v zahraničí najčastejšie, odpoveď áno uviedlo 2,13% a skôr áno 1,84%, pričom o migrácii skôr neuvažuje 1,86% a vôbec neuvažuje 1,73%. Všeobecne platí, že so zvyšujúcim sa počtom odpracovaných rokov sestier v zdravotníctve Slovenskej republiky klesá ich sklon k migrácii.

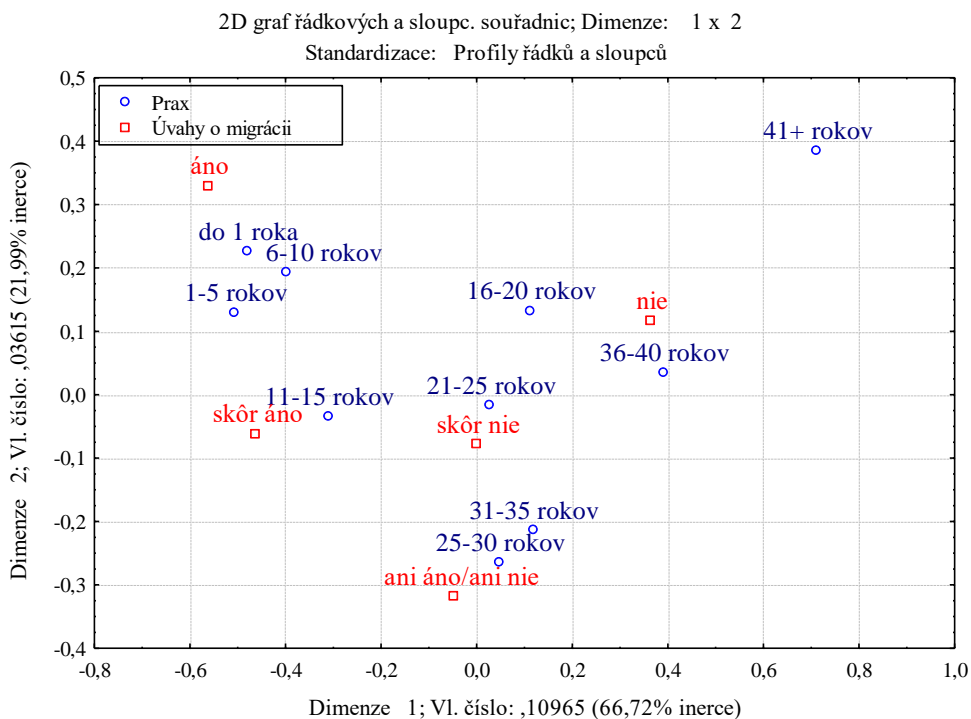
Tabuľka 3.17 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a počtu rokov praxe

<i>Procenta z celku (Tabuľka1)</i>						
<i>Řád. proměnné: počet rokov praxe (10)</i>						
<i>Sloup. proměnné: úvahy o migrácii (5)</i>						
	<b>áno</b>	<b>skôr áno</b>	<b>ani áno/ani nie</b>	<b>skôr nie</b>	<b>nie</b>	<b>Celkem</b>
<b>do 1 roka</b>	0,79893	0,66578	0,26631	0,93209	0,66578	3,328
<b>1-5 rokov</b>	2,13049	1,86418	1,33156	1,86418	1,73103	8,921
<b>6-10 rokov</b>	2,13049	1,59787	1,06525	2,26365	2,13049	9,187
<b>11-15 rokov</b>	1,59787	2,13049	1,86418	2,13049	2,52996	10,253
<b>16-20 rokov</b>	1,33156	0,53262	1,59787	1,59787	3,86152	8,921
<b>21-25 rokov</b>	1,19840	1,06525	1,73103	3,19574	3,72836	10,918
<b>26-30 rokov</b>	0,53262	2,52996	3,46205	4,12783	5,19308	15,845
<b>31-35 rokov</b>	1,06525	1,06525	3,72836	3,59521	5,05992	14,514
<b>36-40 rokov</b>	0,39947	0,66578	1,33156	3,32889	5,72570	11,451
<b>nad 41 rokov</b>	0,26631	0,13316	0,26631	1,06525	4,92676	6,657
<b>Celkem</b>	11,45140	12,25033	16,64447	24,10120	35,55260	100,000

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

Z výsledku korešpondenčnej analýzy sa zistilo, že hodnota  $\chi^2$  testu je 123,432 pri stupňoch voľnosti  $df=36$  s dosiahnutou hladinou významnosti  $p<0,0001$ , ktorá je pod zvolenou  $\alpha = 5\%$ , preto je možné konštatovať, že u sestier existuje signifikantný rozdiel medzi počtom odpracovaných rokov z zariadeniach zdravotnej starostlivosti na Slovensku a úvahami o hľadaní práce v zahraničí.

Detailnejšie výsledky nám ponúka korešpondenčná mapa (graf 3.9), ktorá zachytáva sklon k migrácii u sestier s praxou od 0 do 10 rokov, pričom v kategórii sestry s praxou 11 až 15 rokov o hľadaní práce v zahraničí skôr uvažujú ako neuvažujú. Ďalší záver, ktorý je možné vyvodit' je, že sestry s praxou viac ako 36 rokov už o migrácii neuvažujú vôbec.



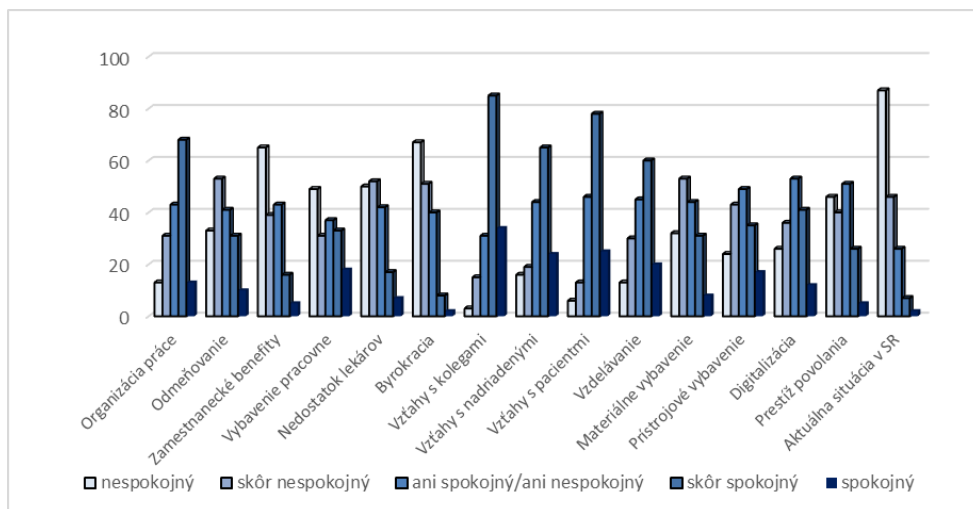
Graf 3.9 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a počtu rokov praxe - sestry  
(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z programu Statistica)

### 3.2 Spokojnosť s podmienkami práce lekárov a sestier v slovenských nemocniciach

V nasledujúcej časti sa analyzuje spokojnosť lekárov a sestier s podmienkami práce v nemocniciach, v ktorých sú zamestnaní. Podmienky práce boli určené na základe výsledkov skúmania súčasného stavu problematiky v publikáciách evidovaných v databázach WOS a Scopus: organizácia práce (X1), odmeňovanie za prácu (X2), zamestnanecké výhody a benefity (X3), vybavenie pracovne (X4), nedostatok lekárov a s tým spojená pracovná záťaž, nadčasy, služby a pod. (X5), byrokratická záťaž (X6), komunikácia a vzťahy s kolegami (X7), komunikácia a vzťahy s nadriadenými (X8), komunikácia a vzťahy s pacientmi (X9), vzdelávanie a kariérny rast (X10), materiálne a priestorové zabezpečenie práce (X11), prístrojové vybavenie (X12), digitalizácia práce (X13), prestíž zdravotníckeho povolania (X14) a aktuálna politická, ekonomická a sociálna situácia na Slovensku (X15). Úroveň spokojnosti bola meraná na stupnici

od 1 do 5, pričom 1 zachytávala nespokojnosť, 2 skôr nespokojnosť, 3 ani spokojnosť/ani nespokojnosť, 4 skôr spokojnosť a 5 spokojnosť.

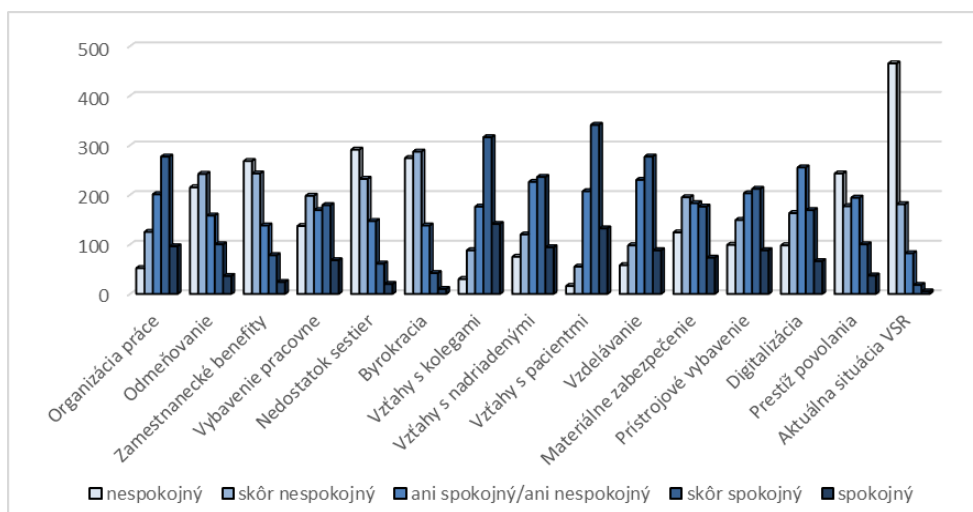
Odpovede 168 opýtaných lekárov vyjadruje graf 3.10.



Graf 3.10 Spokojnosť s podmienkami práce v nemocniciach - lekári

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z MS Excel)

V grafe 3.11 sú zobrazené absolútne početnosti vyjadrení sestier k podmienkam práce v nemocniciach na Slovensku.



Graf 3.11 Spokojnosť s podmienkami práce v nemocniciach - sestry

(Zdroj: vlastné spracovanie, výstup z MS Excel)

Ako uvádza tabuľka 3.18 všetci respondenti odpovedali na otázku spokojnosti s pracovnými podmienkami v slovenských nemocniciach. Keďže ide o ordinálne premenné, bol vypočítaný modus a medián pre každý z faktorov. Mediánová hodnota vyjadrujúca skôr nespokojnosť sa vyskytuje vo faktoroch: odmeňovanie za prácu, zamestnanecké benefity, nedostatok lekárov, byrokracia, materiálne a priestorové zabezpečenie práce a prestíž povolania lekár. Úplná nespokojnosť je vyjadrená k faktoru aktuálna politická, ekonomická a sociálna situácia na Slovensku. Najčastejšie sa vyskytujúcou odpoveďou úplnej nespokojnosti boli u lekárov faktory: zamestnanecké benefity, vybavenie pracovne, byrokracia a administratívna záťaž, či aktuálna situácia na Slovensku. Skôr nespokojnosť sa najčastejšie vyskytovala u faktorov odmeňovanie, nedostatok lekárov a z toho vyplývajúca zvýšená záťaž, materiálové a priestorové zabezpečenie.

Tabuľka 3.18 Deskriptívna štatistika faktorov spokojnosti s prácou v nemocniciach – lekári

		X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8
N	Valid	168	168	168	168	168	168	168	168
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Median		3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	4,00	4,00
Mode		4	2	1	1	2	1	4	4
Variance		1,167	1,368	1,277	1,860	1,257	,939	,864	1,324
Range		4	4	4	4	4	4	4	4
Skewness		-,450	,313	,610	,226	,590	,699	-,782	-,570
Kurtosis		-,591	-,811	-,565	-1,205	-,390	-,179	,430	-,393

		X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15
N	Valid	168	168	168	168	168	168	168
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Median		4,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	1,00
Mode		4	4	2	3	3	3	1
Variance		,909	1,260	1,286	1,432	1,352	1,288	,892
Range		4	4	4	4	4	4	4
Skewness		-,706	-,353	,277	,107	-,053	,241	1,154
Kurtosis		,463	-,644	-,781	-,859	-,842	-,902	,765

X\_1 – organizácia práce, X\_2 – odmeňovanie, X\_3 – zamestnanecké benefity, X\_4 – Vybavenie pracovne, X\_5 - nedostatok lekárov, X\_6 – byrokracia, X\_7 – vzťahy a komunikácia s kolegami, X\_8 - vzťahy a komunikácia s nadriadeným, X\_9 - vzťahy a komunikácia s pacientmi, X\_10- vzdelávanie a kariérny rast, X\_11 – materiálne a priestorové zabezpečenie, X\_12 – prístrojové vybavenie, X\_13 – digitalizácia práce, X\_14 – prestíž povolania, X\_15 – aktuálna situácia na Slovensku

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Výsledky deskriptívnej štatistiky faktorov spokojnosti s podmienkami práce sestier v slovenských nemocniciach uvedené v tabuľke 3.19 ukazujú, že všetci z opýtaných sa vyjadrili ku každej otázke. Mediánová hodnota vyjadrujúca skôr nespokojnosť sestier sa vyskytuje vo faktoroch: odmeňovanie za prácu, zamestnanecké benefity, nedostatok sestier, a prestíž povolania

sestra. Úplná nespokojnosť ako mediánová hodnota nebola vyjadrená k žiadnemu z faktorov. Najčastejšie sa vyskytujúcou odpoveďou úplnej nespokojnosti boli u sestier faktory: zamestnanecké benefity, nedostatok sestier, prestíž povolania a aktuálna situácia na Slovensku. Skôr nespokojnosť sa najčastejšie vyskytovala u faktorov odmeňovanie, vybavenie pracovne, byrokracia, materiálne a priestorové zabezpečenie práce.

Tabuľka 3.19 Deskriptívna štatistika faktorov spokojnosti s prácou v nemocniciach – sestry

		X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8
N	Valid	751	751	751	751	751	751	751	751
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Median		3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	4,00	3,00
Mode		4	2	1	2	1	2	4	4
Variance		1,167	1,368	1,277	1,860	1,257	,939	,864	1,324
Range		4	4	4	4	4	4	4	4
Skewness		-,395	,572	,766	,115	,820	,839	-,606	-,307
Std. Er. of Skewness		,089	,089	,089	,089	,089	,089	,089	,089
Kurtosis		-,576	-,579	-,253	-1,066	-,081	,283	-,169	-,673
Std. Er. of Kurtosis		,178	,178	,178	,178	,178	,178	,178	,178

		X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15
N	Valid	751	751	751	751	751	751	751
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Median		4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	1,00
Mode		4	4	2	4	3	1	1
Variance		,909	1,260	1,286	1,432	1,352	1,288	,892
Range		4	4	4	4	4	4	4
Skewness		,266	-,357	-1,017	-,927	-,735	-,794	1,930
Std. Error of Skewness		,187	,187	,187	,187	,187	,187	,187
Kurtosis		,266	-,357	-1,017	-,927	-,735	-,794	1,930
Std. Error of Kurtosis		,178	,178	,178	,178	,178	,178	,178

X\_1 – organizácia práce, X\_2 – odmeňovanie, X\_3 – zamestnanecké benefity, X\_4 – Vybavenie pracovne, X\_5 - nedostatok sestier, X\_6 – byrokracia, X\_7 – vzťahy a komunikácia s kolegami, X\_8 - vzťahy a komunikácia s nadriadeným, X\_9 - vzťahy a komunikácia s pacientmi, X\_10– vzdelávanie a kariérny rast, X\_11 – materiálne a priestorové zabezpečenie, X\_12 – prístrojové vybavenie, X\_13 – digitalizácia práce, X\_14 – prestíž povolania, X\_15 – aktuálna situácia na Slovensku

(Zdroj: vlastné spracovanie)

**K analýze spokojnosti s pracovnými podmienkami (X1 až X15) u lekárov** sa použila metóda faktorovej analýzy.

Pre posúdenie vhodnosti použitia faktorovej analýzy na hodnotenie spokojnosti lekárov s podmienkami práce v nemocniciach použijeme Kaiser-Mayer-Olkin test (KMO) a Bartlettov test sférickosti. Hodnota KMO testu je 0,840, čo predstavuje veľmi vhodné a oprávnené použitie faktorovej analýzy pre spracovanie výskumných dát.



Následne bol uskutočnený Bartlettov test sférickosti, ktorý je štatistickým testom korelácií medzi pôvodnými znakmi. Výsledok Bartlettovho testu sférickosti je 868,385 s počtom stupňov voľnosti  $df=105$ . Zodpovedajúca hodnota signifikancie je menšia ako 0,0001, čo je menej ako zvolená hladina významnosti  $\alpha = 5\%$ . Na základe výsledkov KMO a Bartlettovho testu (tabuľka 3.20) je možné konštatovať, že realizácia výberovej korelačnej matice s 15 faktormi spokojnosti nie je jednotková, preto je metóda faktorovej analýzy vhodnou pre spracovanie týchto dát.

Tabuľka 3.20 Kaiser-Meyer-Olkin test a Bartlettov test sférickosti – lekári

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.840
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	868,385
	df	105
	Sig.	.000

(Zdroj: výstup programu SPSS)

Kvalita získaného faktorového modelu sa posúdila pomocou odhadovanej korelačnej matice a reziduálnej korelačnej matice. Výsledky korelácií sú v súlade s použitým modelom.

V ďalšom kroku, s cieľom určiť množstvo spoločných vysvetľujúcich faktorov, ktoré stoja v pozadí, bola realizovaná matica vlastných čísel. Na základe Kaiserovho kritéria (R) musí byť vlastné číslo väčšie ako jeden. Tabuľka 3.21 ukazuje, že v pozadí korelačnej matice dát s 15 premennými prostredníctvom metódy hlavných komponentov extrakcie faktorov stoja 4 spoločné faktory, ktoré kumulatívne vysvetľujú 61% celkového rozptylu.

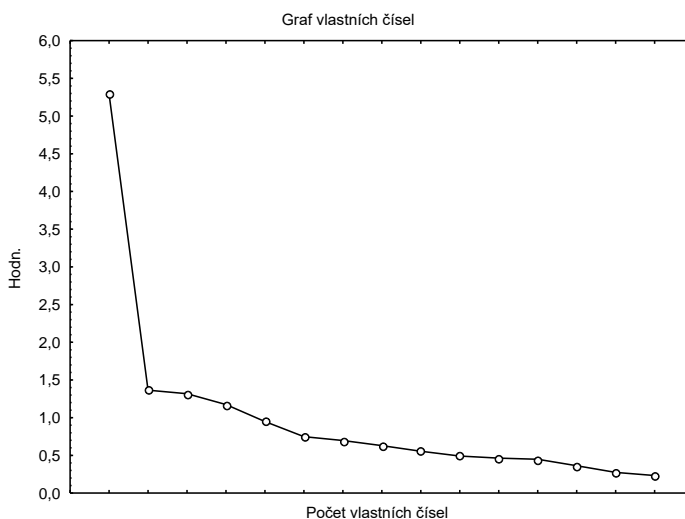
Použitie ďalších metód analýzy hlavných faktorov prostredníctvom komunality vysvetľuje len 33,03%, iterované komunality (MINRES) 32,66%, max. virohodné faktory 32,64%, centroidová metóda 33,74% a metóda hlavnej osy 32,66% celkového rozptylu.

Tabuľka 3.21 Vlastné čísla výberovej korelačnej matice (R) – lekári

Hodn.	Vl. čísla (Tabulka 1) Extrakce: Hlavní komponenty			
	vl. číslo	% celk. rozptylu	Kumulativ. vlast. číslo	Kumulativ. %
1	5,290850	35,27234	5,290850	35,27234
2	1,364273	9,09515	6,655124	44,36749
3	1,317812	8,78541	7,972935	53,15290
4	1,174047	7,82698	9,146982	60,97988

(Zdroj: výstup programu STATISTICA)

Pre potreby zobjektívizovania voľby počtu faktorov sa použil Sutinový graf 3.12.



Graf 3.12 Sutinový graf voľby počtu faktorov - lekári

(Zdroj: výstup programu STATISTICA)

Podstatou faktorovej analýzy je analýza faktorových záťaží extrahovaných faktorov. Tabuľka 3.22 uvádza výsledky použitia metódy rotácie faktorov varimax, teda súčtu rozptylov jednotlivých prvkov v riadku.

**Prvý faktor** najvyššie koreluje s materiálnym a priestorovým zabezpečením (0,827341), prístrojovým vybavením (0,782299), vybavením pracovne (0,708227) a digitalizáciou práce (0,524589). Ide o spokojnosť s pracovným prostredím, v ktorom lekári pracujú. Priestory nemocníc spolu s materiálnym zabezpečením práce zároveň vplyvajú na kvalitu služieb poskytovaných pacientom a zážitkom, ktorý výkon služby sprevádzajú. Vybavenie pracovne je ďalším prvkom, ktorý pôsobí na vnímanie prostredia lekármi. Stupeň vývoja technológií umožňuje zjednodušenie pracovného výkonu v povolani lekárov, pričom digitalizácia ich práce predstavuje úsporu času, ktorú môžu venovať pacientom a priamemu výkonu svojho povolania spojeného s diagnostikou a liečením pacientov. Výsledky rotácie faktorov ukazujú, že prvý faktor predstavuje 5,290850 celkového rozptylu, čo pri 15-tich premenných vysvetľuje 35,27%.

**Druhý faktor** najviac koreluje s premennou komunikácia a vzťahy s kolegami (0,813708), komunikácia a vzťahy s nadriadenými (0,687804), komunikácia a vzťahy s pacientmi (0,588093) a premennou vzdelávanie a kariérny rast (0,512536). Súčasťou každodennej práce lekára je komunikácia a budovanie vzťahov. Dôležitosť tohto aspektu je potrebné vnímať z hľadiska vytvárania kultúry a hodnôt nemocnice. Práca v prostredí so zdravými vzťahmi a

otvorenou komunikáciou predstavuje dôležitý aspekt pracovného výkonu lekára. Kvalita a úroveň komunikácie a vzťahov s nadriadenými má významný vplyv na vytváranie podmienok pre vzdelávanie lekárov či kariérny rast. Metóda rotácie faktorov ukazuje silu druhého faktora na úrovni 1,364273 celkového rozptylu, čo pri 15-tich premenných vysvetľuje 9,10%.

**Tretí faktor** najviac koreluje s tvrdením aktuálna politická, ekonomická a sociálna situácia na Slovensku (0,764725), prestížou lekárskeho povolania (0,628686) a byrokraciou (0,598792). Lekári vnímajú ako dôležité nastavenie podmienok ich práce na úrovni tvorcov politik, byrokraciu či politickú, ekonomickú a sociálnu situáciu v krajine. Dôsledkom atmosféry v spoločnosti je vnímanie lekárskeho povolania a jeho prestíž. Na základe rotácie faktorov tretí faktor predstavuje 1,317812 celkového rozptylu, vysvetľuje 8,79% z 15-tich premenných.

Posledný **štvrtý faktor** najviac koreluje s pracovnou záťažou vyplývajúcou z nedostatku lekárov (0,737373), zamestnaneckými benefitmi (0,714072), odmeňovaním lekárov (0,667974) a organizáciou práce (0,517011). Tento faktor predstavuje priamy výkon personálnych činností s priamym vplyvom na pracovný výkon. Na základe uskutočnenej rotácie faktorov štvrtý faktor predstavuje 1,174047 celkového rozptylu, čo pri 15-tich premenných vysvetľuje 7,83%.

Tabuľka 3.22 Faktorové záťaže pre faktorový model spokojnosti lekárov s pracovnými podmienkami

Proměnná	Faktor. zátěže (Varimax normaliz.) (Tabulka1) Extrakce: Hlavní komponenty (Označené zátěže jsou >,700000)			
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
<b>Organizácia práce</b>	0,170494	0,431586	0,075488	<b>0,517011</b>
<b>Odmeňovanie pracovníkov</b>	0,355946	0,106234	0,128629	<b>0,667974</b>
<b>Zamestnanecké benefity</b>	0,446428	-0,055253	0,062818	<b>0,714072</b>
<b>Vybavenie pracovne</b>	<b>0,708227</b>	0,135415	-0,136289	0,264562
<b>Nedostatok lekárov</b>	-0,051195	0,106769	0,319243	<b>0,737373</b>
<b>Byrokracia</b>	0,034034	0,056627	<b>0,598792</b>	0,353406
<b>Komunikácia a vzťahy s kolegami</b>	0,085321	<b>0,813708</b>	0,029325	-0,072872
<b>Komunikácia a vzťahy s nadriadenými</b>	0,300726	<b>0,687804</b>	-0,020799	0,358623
<b>Komunikácia a vzťahy s pacientmi</b>	0,050991	<b>0,588093</b>	0,385405	0,075926
<b>Vzdelávanie a kariérny rast</b>	0,236984	<b>0,512536</b>	0,128645	0,466878
<b>Materiálne a priestorové zabezpečenie</b>	<b>0,827341</b>	0,115395	0,206841	0,173901
<b>Prístrojové vybavenie</b>	<b>0,782299</b>	0,182588	0,266685	0,086039
<b>Digitalizácia práce</b>	<b>0,524589</b>	0,190802	0,399585	0,164046
<b>Prestíž lekárskeho povolania</b>	0,329213	0,248051	<b>0,628686</b>	0,056597
<b>Aktuálna situácia na Slovensku</b>	0,090230	0,004429	<b>0,764725</b>	0,085601
<b>Vkl.roz</b>	2,705106	2,121898	1,925234	2,394744
<b>Prp.celk</b>	0,180340	0,141460	0,128349	0,159650

(Zdroj: výstup programu STATISTICA)

Faktorová analýza ponúka okrem parametrov faktorového modelu aj odhady spoločných faktorov, ktoré sú označované aj ako faktorové skóre.

Tabuľka 3.23 Faktorové skóre pre faktorový model spokojnosť lekárov s pracovnými podmienkami

Proměnná	Koeficienty faktor. skóre (Tabuľka1) Rotace: Varimax normaliz. Extrakce: Hlavní komponenty			
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Organizácia práce	-0,087311	0,173023	-0,088542	0,229669
Odmeňovanie pracovníkov	0,024331	-0,083790	-0,061827	0,321092
Zamestnanecké benefity	0,095958	-0,197626	-0,106761	0,361484
Vybavenie pracovne	0,343269	-0,033825	-0,226753	0,014724
Nedostatok lekárov	-0,246625	-0,055662	0,104382	0,429817
Byrokracia	-0,136844	-0,077943	0,345216	0,127433
Komunikácia a vzťahy s kolegami	-0,051675	0,508678	-0,064317	-0,177685
Komunikácia a vzťahy s nadriadenými	-0,001765	0,347591	-0,172673	0,077901
Komunikácia a vzťahy s pacientmi	-0,114364	0,314201	0,183242	-0,095402
Vzdelávanie a kariérny rast	-0,055385	0,215927	-0,061317	0,163839
Materiálne a priestorové zabezpečenie	0,395075	-0,086997	0,007602	-0,118044
Prístrojové vybavenie	0,372709	-0,032960	0,059149	-0,182489
Digitalizácia práce	0,191037	-0,015939	0,166897	-0,094357
Prestíž lekárskeho povolania	0,068778	0,037698	0,354533	-0,161025
Aktuálna situácia na Slovensku	-0,056383	-0,100879	0,495653	-0,076260

(Zdroj: výstup programu STATISTICA)

Hodnoty, ktoré nadobúdajú spoločné faktory u sledovaných n-pozorovaní, sú vhodným nástrojom diagnostiky dát a zároveň dôležitými vstupnými dátami do ďalších analýz. Tabuľka 3.23 zachytáva faktorové skóre – odhady hodnôt nepozorovaných veličín pre faktorový model spokojnosť s pracovnými podmienkami lekárov v nemocniciach na Slovensku.

### **Metóda faktorovej analýzy bola použitá na rozpoznanie štruktúry spoločných faktorov aj v prípade hľadania faktorov spokojnosti s pracovnými podmienkami (X1 až X15) u sestier.**

Vhodnosť použitia faktorovej analýzy sa overila Kaiser-Mayer-Olkin testom (KMO), ktorý nadobudol hodnotu 0,891. Výsledok KMO testu ukazuje na vhodnosť a oprávnenosť použitia faktorovej analýzy pre spracovanie výskumných dát spokojnosti s podmienkami práce sestier pracujúcich v nemocniciach na Slovensku. Následne bol použitý Bartlettov test sférickosti, ktorého výsledok je 4061,885 pri  $df=105$  stupňoch voľnosti. Hodnota signifikancie je menšia ako 0,0001, čo je menej ako zvolená hladina významnosti  $\alpha = 5\%$ . Výsledky KMO a Bartlettovho

testu uvedené v tabuľke 3.24 ukazujú, že realizácia výberovej korelačnej matice pri 15 faktoroch nie je jednotková, preto na spracovanie dát je vhodné použiť metódu faktorovej analýzy.

Tabuľky 3.24 Kaiser-Meyer-Olkin test a Bartlettov test sférickosti – sestry

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,891
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4061,885
	df	105
	Sig.	,000

(Zdroj: výstup programu SPSS)

Kvalita faktorového modelu sa posúdila pomocou odhadovanej a reziduálnej korelačnej matice. Výsledky korelácií sú v súlade s použitým modelom.

S cieľom určiť množstvo spoločných vysvetľujúcich faktorov spokojnosti s podmienkami práce u sestier, ktoré stoja v pozadí, bola realizovaná matica vlastných čísel. Na základe Kaiserovho kritéria (R) musí byť vlastné číslo väčšie ako jeden. Z výsledkov uvedených v tabuľke 3.24 vyplýva, že v pozadí korelačnej matice dát s 15 premennými získanej prostredníctvom metódy hlavných komponentov extrakcie faktorov stoja 4 spoločné faktory, ktoré kumulatívne vysvetľujú 61,72% celkového rozptylu.

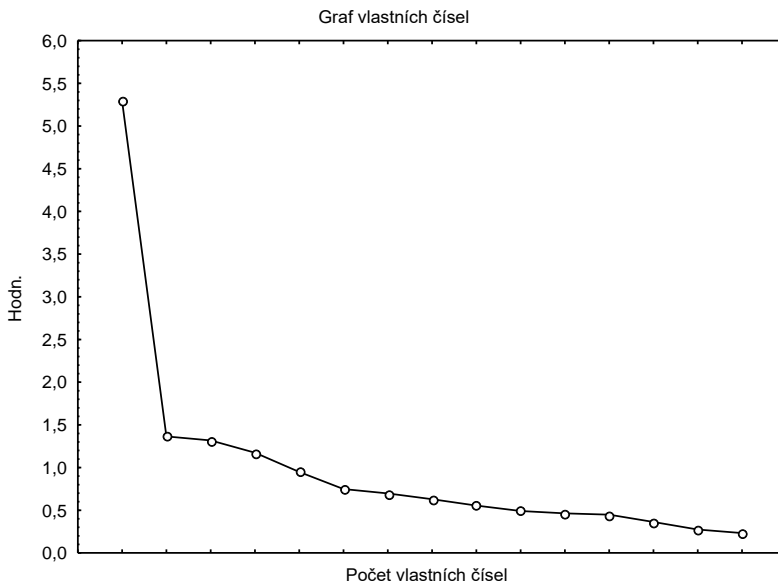
Použitie ďalších metód analýzy hlavných faktorov prostredníctvom komunality vysvetľuje len 33,60%, iterované komunality (MINRES) 33,11%, max. vierohodné faktory 32,92%, centroidová metóda 34,32% a metóda hlavnej osy 32,12% celkového rozptylu.

Tabuľka 3.24 Vlastné čísla výberovej korelačnej matice (R) – sestry

Hodn.	<i>VI. čísla (Tabuľka1)</i> <i>Extrakce: Hlavní komponenty</i>			
	vl. číslo	% celk. rozptylu	Kumulativ. vlast. číslo	Kumulativ. %
1	5,604615	37,36410	5,604615	37,36410
2	1,332886	8,88591	6,937501	46,25001
3	1,248857	8,32571	8,186358	54,57572
4	1,072109	7,14739	9,258467	61,72311

(Zdroj: výstup programu STATISTICA)

Sutinový graf 3.13 zobrazuje voľbu počtu faktorov spokojnosti s pracovnými podmienkami sestier pracujúcimi v nemocniciach s cieľom objektivizácie.



Graf 3.13 Sutinový graf voľby počtu faktorov - sestry

(Zdroj: výstup programu STATISTICA)

Podstatou faktorovej analýzy je analýza faktorových záťaží extrahovaných faktorov. Tabuľka 3.25 uvádza výsledky použitia metódy rotácie faktorov varimax, teda súčtu rozptylov jednotlivých prvkov v riadku.

**Prvý faktor** generovaný z premenných spokojnosti s pracovnými podmienkami u sestier pracujúcich v nemocniciach najviac koreluje s materiálnym a priestorovým zabezpečením (0,851908), prístrojovým vybavením (0,855394), vybavením pracovne (0,699626) a digitalizáciou práce (0,614887). Ide o faktor materiálnych podmienok práce sestier a zhoduje sa s faktorom generovaným aj u lekárov. Budovy nemocníc, vnútorné priestory ale aj samotné pracovne sestier, označované ako sesterské izby, vytvárajú pracovné prostredie, v ktorom sestry vykonávajú svoju prácu. Sú jedným z faktorov ovplyvňujúcich ich spokojnosť, ktorý je umocňovaný aj vnímaním pacientov – klientov poskytovaných zdravotníckych služieb. Kvalita nemocničného prostredia, dostatočné materiálne zabezpečenie či prístrojové vybavenie priamo vstupujú do procesu poskytovania služieb a významným spôsobom vplývajú na kvalitu zdravotníckych služieb poskytovaných pacientom. Stupeň digitalizácie a možnosti technologického vývoja majú slúžiť na zefektívňovanie výkonu práce sestier v kontexte úspory

času, ale aj materiálnych nákladov či ekologický prístup. Výsledky rotácie faktorov ukazujú, že prvý faktor predstavuje 5,604615 celkového rozptylu, čo pri 15-tich premenných vysvetľuje 37,36%.

V prípade **druhého faktora** dochádza k najvyššej korelácii s premennými komunikácia a vzťahy s kolegami (0,807445), komunikácia a vzťahy s nadriadenými (0,725943), komunikácia a vzťahy s pacientmi (0,557401), organizáciou práce (0,500655) a premennou vzdelávanie a kariérny rast (0,445092). Budovanie zdravých vzájomných vzťahov na pracovisku a otvorená komunikácia sú prejavom zdravého pracovného prostredia s formujúcim vplyvom na organizačnú kultúru a hodnoty nemocnice. Uvedené spadá do kompetencie riadiacich pracovníkov, v prípade nemocníc je to nielen hlavná sestra ale aj primár (prednosta) oddelenia. Dôsledkom organizačnej štruktúry nemocníc a jednotlivých oddelení je dvojité riadenie sestier s výrazným vplyvom na organizáciu práce, vzdelávanie či kariérny rast. Metóda rotácie faktorov ukazuje silu druhého faktora na úrovni 1,332886 celkového rozptylu, čo pri 15-tich premenných vysvetľuje 8,89%.

**Tretí faktor** je sytený premennými odmeňovanie sestier (0,332886) a zamestnaneckými benefitmi (0,773122). Tento faktor predstavuje finančné a nefinančné kompenzácie sestier za výkon ich práce v kontexte zabezpečenia životných podmienok. Keďže pre sestry je príjem z výkonu povolania spravidla jediným príjmom, v porovnaní s lekármi, ktorých úväzky sú kumulované s ambulantnou činnosťou alebo výkonom povolania vo viacerých nemocniciach, tento faktor zohráva významnú úlohu pri hodnotení spokojnosti. Na základe rotácie faktorov tretí faktor predstavuje 1,248857 celkového rozptylu a vysvetľuje 8,33% pri 15-tich skúmaných premenných.

Posledný **štvrtý faktor** najviac koreluje s premennými byrokracia (0,759679), nedostatok sestier (0,607491), aktuálnou politickou, ekonomickou a sociálnou situáciou na Slovensku (0,630423) a prestížou povolania sestry (0,431560). Sestry vnímajú ako dôležité nastavenie podmienok ich práce na úrovni tvorcov politik. Dôsledkom tohto vonkajšieho nastavenia dochádza k formovaniu atmosféry v spoločnosti, čo vplýva na vnímanie povolania sestry a jeho prestíž. Na základe uskutočnenej rotácie faktorov štvrtý faktor predstavuje 1,072109 celkového rozptylu, čo pri 15-tich premenných vysvetľuje 7,15%.

Tabuľka 3.25 Faktorové záťaže pre faktorový model spokojnosti sestier s pracovnými podmienkami

Proměnná	Faktor. záťaže (Varimax normaliz.) (Tabulka1) Extrakce: Hlavní komponenty (Označené zatěže jsou >,700000)			
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
<b>Organizácia práce</b>	0,251778	<b>0,500655</b>	0,476634	0,109290
<b>Odmeňovanie pracovníkov</b>	0,154538	0,114926	<b>0,759919</b>	0,242846
<b>Zamestnanecké benefity</b>	0,190958	0,143808	<b>0,773122</b>	0,128875
<b>Vybavenie pracovne</b>	<b>0,699626</b>	0,105254	0,404402	0,077805
<b>Nedostatok sestier</b>	0,211988	0,110367	0,382059	<b>0,607491</b>
<b>Byrokracia</b>	0,236769	0,082114	0,040258	<b>0,759679</b>
<b>Komunikácia a vzťahy s kolegami</b>	0,047502	<b>0,807445</b>	0,105933	-0,005423
<b>Komunikácia a vzťahy s nadriadenými</b>	0,243259	<b>0,725943</b>	0,177461	0,090216
<b>Komunikácia a vzťahy s pacientmi</b>	0,050657	<b>0,557401</b>	-0,113659	0,468531
<b>Vzdelávanie a kariérny rast</b>	0,284884	<b>0,445092</b>	0,364171	0,108050
<b>Materiálne a priestorové zabezpečenie</b>	<b>0,851908</b>	0,116274	0,220988	0,146354
<b>Prístrojové vybavenie</b>	<b>0,855394</b>	0,140387	0,136215	0,154947
<b>Digitalizácia práce</b>	<b>0,614887</b>	0,285149	-0,052943	0,345760
<b>Prestíž lekárskeho povolania</b>	0,360517	0,261855	0,274958	<b>0,431560</b>
<b>Aktuálna situácia na Slovensku</b>	0,030247	-0,011295	0,414515	<b>0,630423</b>
<b>Vkl.roz</b>	2,825788	2,185544	2,219376	2,027759
<b>Prp.celk</b>	0,188386	0,145703	0,147958	0,135184

(Zdroj: výstup programu STATISTICA)

Okrem parametrov faktorového modelu faktorová analýza ponúka aj odhady spoločných faktorov, ktoré sú označované aj ako faktorové skóre. Hodnoty, ktoré nadobúdajú spoločné faktory u sledovaných n-pozorovaní, sú vhodným nástrojom diagnostiky dát a zároveň dôležitými vstupnými dátami do ďalších analýz.

Tabuľka 3.26 zachytáva faktorové skóre – odhady hodnôt nepozorovaných veličín pre faktorový model spokojnosť s pracovnými podmienkami lekárov v nemocniciach na Slovensku.



Tabuľka 3.26 Faktorové skóre pre faktorový model spokojnosť sestier s pracovnými podmienkami

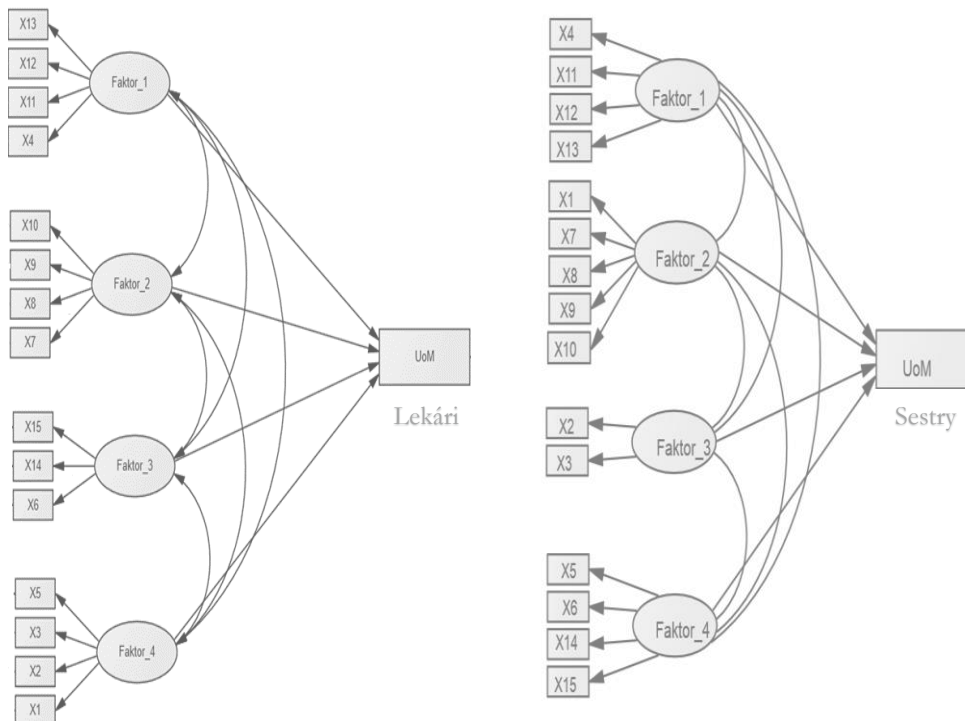
Proměnná	Koefficienty faktor. skóre (Tabuľka1) Rotace: Varimax normaliz. Extrakce: Hlavní komponenty			
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Organizácia práce	-0,040743	0,207693	0,205618	-0,116006
Odmeňovanie pracovníkov	-0,112832	-0,073380	0,445515	-0,014150
Zamestnanecké benefity	-0,079562	-0,049283	0,467799	-0,111244
Vybavenie pracovne	0,295145	-0,100042	0,126449	-0,155665
Nedostatok sestier	-0,070368	-0,079340	0,092748	0,325767
Byrokracia	-0,013645	-0,075678	-0,181824	0,508236
Komunikácia a vzťahy s kolegami	-0,115856	0,493689	-0,033737	-0,125738
Komunikácia a vzťahy s nadriadenými	-0,020960	0,391918	-0,029119	-0,093091
Komunikácia a vzťahy s pacientmi	-0,114929	0,307670	-0,255842	0,300342
Vzdelávanie a kariérny rast	0,008018	0,181473	0,126909	-0,093171
Materiálne a priestorové zabezpečenie	0,403305	-0,101292	-0,047513	-0,094095
Prístrojové vybavenie	0,416017	-0,076860	-0,113032	-0,073652
Digitalizácia práce	0,259208	0,054140	-0,259278	0,131640
Prestíž lekárskeho povolania	0,041256	0,027623	0,006118	0,174181
Aktuálna situácia na Slovensku	-0,165624	-0,135468	0,160323	0,380899

(Zdroj: výstup programu STATISTICA)

### 3.3 Model vplyvu faktorov spokojnosti na sklon k migrácii lekárov a sestier pracujúcich v slovenských nemocniciach

Na základe výsledkov vedeckých štúdií a teoretického konštruktu bola definovaná hypotetická štruktúra dát prostredníctvom faktorov ako manifestných premenných a vzťahov medzi nimi. Testovanie vhodnosti overovaného modelu sa uskutočnilo pomocou procedúr a indexov: chí-kvadrát štatisticky; celkových indexov zhody s optimálnymi hodnotami -  $\chi^2/df < 2$ , RMSEA  $< 0.08$ , komparatívny index TLI  $> 0.90$ , CFI  $> 0.90$ , SRMR  $< 0.08$  a čiastkových indexov, ktoré hodnotia štatistickú významnosť parametrov modelu.

Rovnako ako u lekárov aj pre sestry bola využitá rovnaká metóda analýzy, kde bola definovaná hypotetická štruktúra dát prostredníctvom faktorov ako manifestných premenných a vzťahov medzi nimi. Testovanie vhodnosti overovaného modelu sa uskutočnilo pomocou procedúr a indexov: chí-kvadrát štatisticky; celkových indexov zhody s optimálnymi hodnotami -  $\chi^2/df < 2$ , RMSEA  $< 0.08$ , komparatívny index TLI  $> 0.90$ , CFI  $> 0.90$ , SRMR  $< 0.08$  a čiastkových indexov.



Obrázok 3.1 – Faktorový model „Vplyv faktorov spokojnosti s pracovnými podmienkami na úvahy lekárov a sestier o migrácii“

(Zdroj: výstup programu AMOS – IBM SPSS)

Model vytvorený pre skúmanie vplyvu faktorov spokojnosti s podmienkami práce na úvahy lekárov o migrácii znázorňuje obrázok 3.1. Model vychádza z 15 premenných skúmaných vo forme otázok dotazníka. Na základe faktorovej analýzy boli extrahované 4 spoločné faktory, ktoré sú sýtené skúmanými premennými: faktor 1 - materiálne podmienky práce, faktor 2 – organizačná kultúra nemocnice, faktor 3 – sociálno-spoločenské podmienky práce, faktor 4 – riadenie personálnych činností v nemocnici.

Model vytvorený pre skúmanie vplyvu faktorov spokojnosti s podmienkami práce na úvahy sestier o migrácii znázorňuje obrázok 3.1. Model vychádza z 15 premenných skúmaných, ktoré sme zisťovali prostredníctvom dotazníka. Na základe faktorovej analýzy boli extrahované 4 spoločné faktory, ktoré sú sýtené skúmanými premennými: faktor 1 - materiálne podmienky práce, faktor 2 – riadenie a organizačná kultúra, faktor 3 politika odmeňovania nemocníc, faktor 4 – vonkajšie nastavenie podmienok práce.

### 3.4 Zhrnutie empirických zistení

Na dosiahnutie stanoveného cieľa výskum zo základných charakteristík sledoval najmä: rod, vek, počet detí s vyživovacou povinnosťou respondenta a počet rokov praxe v zdravotníctve na Slovensku. Výsledky vychádzajú zo skúmania vzorky respondentov, ktorú tvorilo 168 lekárov a 751 sestier (po očistení).

Rozdelenie podľa pohlavia: u lekárov 103 žien (61,3%) a 65 mužov (38,7%), u sestier 717 žien (95,28%) a 34 mužov (4,72%). Zdravotníctvo je výrazne feminizované odvetvie, predovšetkým v profesii sestra, zdravotnícky asistent, praktická sestra. Ide o pomáhajúcu profesiu s nižším mzdovým ohodnotením, pre ktorú je vyššia zamestnanosť žien charakteristická. Priemerný vek lekárov bol 43,41 rokov, výskumu sa zúčastnilo najviac lekárov vo veku 37 rokov a stredná hodnota bola na úrovni 43,00 rokov. Najmladší lekár mal 25 rokov a najstarší 75 rokov. U sestier bol priemerný vek 45,42 rokov, najviac sestier bolo vo veku 45 rokov a stredná hodnota deliaca súbor na dve rovnaké časti bola 46,00 rokov. Najmladšia sestra mala 22 rokov a najstaršia 70 rokov.

Lekári mali priemerne 1,23 dieťaťa, na ktoré sa vzťahovala vyživovacia povinnosť, pričom 67 z nich bolo bezdetných (39,9%), jedno dieťa malo 15,5%, dve deti 30,4%, tri deti 11,9%, štyri deti 0,6% a najviac päť detí mali traja lekári (1,8%). V prípade sestier bol priemer 0,77 dieťaťa s vyživovacou povinnosťou, pričom najviac 413 ich bolo bezdetných (55,0%), jedno dieťa malo 23,4% sestier, dve deti 16,2%, tri deti 3,5%, 4 deti 1,2%, päť detí 0,4% a osem detí jeden respondent (0,01%).

Podľa odpracovaných rokov v zdravotníctve na Slovensku, bol priemer 17,6 rokov služby u lekárov, pričom najčastejšie to bolo 25 rokov praxe a stredná hodnota predstavovala 16 rokov. Najkratšiu prax, len niekoľko mesiacov, mala jedna lekárka a najdlhšiu 50 rokov mala rovnako jedna lekárka. U sestier bol priemer odpracovaných rokov v slovenskom zdravotníctve 23,15, najčastejšou hodnotou bola prax 30 rokov a stredná hodnota 25 rokov. Najkratšia prax bola do jedného roka a najdlhšia 51 rokov.

Z hľadiska odbornosti bolo potrebné sledovať: vzdelanie a špecializačnú prípravu. U lekárov malo ukončené vysokoškolské vzdelanie II. stupňa s titulom MUDr. – 83,3%, vysokoškolské vzdelanie III. stupňa PhD., CSc. – 15,5% a docenti boli dvaja respondenti (1,2%). Podľa špecializačnej prípravy bolo 81,0% lekárov s ukončenou atestáciou a 19% bolo bez atestácie. U sestier malo ukončené vysokoškolské vzdelanie II. stupňa 43,7%, vysokoškolské

vzdelanie I. stupňa 24,9% a stredoškolské vzdelanie dosiahlo 31,4%. Sedem z desiatich sestier malo ukončenú špecializačnú prípravu a tri z desiatich opýtaných toto vzdelanie neabsolvovalo. Podľa kategórie zdravotníckeho zariadenia bolo najviac lekárov (61,9%) a sestier (53,8%) zamestnaných vo fakultnej/univerzitnej nemocnici, vo všeobecnej nemocnici pracovalo 26,8% lekárov a 33,8% sestier, v špecializovanej to bolo 11,3% lekárov a 12,4% sestier. Podľa formy vlastníctva nemocníc najviac z oslovených lekárov (86,9%) a aj sestier (71,8%) pracovalo v štátnych nemocniciach, v súkromných to bolo 13,1% lekárov a 28,2% sestier.

V prípade geografického rozloženia nemocničných zariadení, v ktorých respondenti pracovali, u lekárov prevažoval Trenčiansky kraj (23,8%), nasledoval Košický (22,6%), Žilinský (19,6%), Bratislavský (13,1%), Banskobystrický 11,9% a najmenej pod 5% ich bolo z Trnavského (4,2%), Nitrianskeho (3,0%) a Prešovského kraja (1,8%). Najviac respondentov z výskumného súboru sestier pracovalo v nemocniciach Bratislavského (19,0%), Trenčianskeho (17,3%), Žilinského kraja (14,5%), nasledovali Banskobystrický a Košický (každý po 12%), Prešovský (11,5) a pod 10% bolo z Nitrianskeho (8,5%) a Trnavského kraja (5,2%).

### ***Hlavné zistenia vplyvu vybraných faktorov (základných identifikačných charakteristík a procesov riadenia ľudských zdrojov) na sklon k migrácii lekárov***

Zo základných identifikačných faktorov boli štatisticky významné pre sklon lekárov k migrácii faktory vek (Kruskal-Wallis test p-hodnota = 0,0001, korešpondenčná analýza  $p=0,0047$ ) a počet rokov odpracovaných v zdravotníctve na Slovensku (Kruskal-Wallis test p-hodnota = 0,001, korešpondenčná analýza  $p=0,0286$ ). Najohrozenejšou skupinou lekárov podľa veku vzhľadom k sklonu k migrácii sú lekári v intervale od 31 do 40 rokov. Po ukončení vysokoškolského vzdelávania prichádza lekár k prvému míľniku smerovania svojej profesionálnej kariéry. Trh práce je pripravený na uplatnenie všetkých absolventov, keďže priemerný počet lekárov na Slovensku je 3,73 na 1000 obyvateľov (podľa OECD je priemer v krajinách EÚ/EHP 3,9 lekára/1000 obyv.), no ich veková štruktúra je veľmi nepriaznivá a po odchode všetkých, ktorí sú v dôchodkovom veku, by na Slovensku pripadlo len 2,79 lekára na 1000 obyvateľov. Uvedené potvrdzuje prieskum spoločnosti Trexima realizovaný pod záštitou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR, ktorého výsledky hovoria, že absolventi odboru všeobecné lekárstvo (VŠ vzdelanie II. stupňa, doktorské) sú nezamestnaní len na úrovni 1%, pričom až 96% z nich pracuje vo vyštudovanom odbore a prvú prácu na trvalý pracovný pomer si nájdu v priemere za 10 dní. No do rozhodovacieho procesu vstupuje možnosť hľadať si

prácu v zahraničí. Podľa dekana Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, až osem z desiatich medikov chce po ukončení medicíny pracovať v zahraničí. Odvoláva sa pritom na výskum Reichovej a kol. (2006), v ktorom pre Inštitút pre výskum práce a rodiny zistili, že najvýraznejší sklon k odchodu za prácou do zahraničia majú práve absolventi lekárskeho a farmaceutického štúdia, kde ochotu migrovať vyjadrilo osem z desiatich opýtaných respondentov. Uvedené potvrdzujú ďalšie štatistiky, vypracované Inštitútom finančnej politiky Ministerstva financií Slovenskej republiky, skúmajúce migračné toky absolventov vysokých škôl v rokoch 2010 až 2013. Analyzovali sa údaje získané zo zdravotných poisťovní, preto môžeme výsledky považovať za relevantné a plne odrážajúce skutočnosť. Záverom je nevyhnutné poukázať na zarážajúcu skutočnosť a to, že v sledovanom období migroval za prácou do zahraničia každý desiaty absolvent vysokej školy, pričom dominovali absolventi medicíny. Priemerný podiel odchádzajúcich na absolventoch bol na Lekárskej fakulte UK v Bratislave 21,4%, Jesseniovej lekárskej fakulty UK v Martine 19,4%, Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach 17,4%. V absolútnom vyjadrení to predstavuje 555 absolventov uvedených fakúlt za 4 roky (Ministerstvo financií SR, 2017). Preto, keď sa absolvent rozhodne zamestnať sa v zdravotníckom zariadení na Slovensku, na istý čas sa úvah o migrácii vzdá, prípadne ich posúva do ďalšej fázy svojej kariéry po nadobudnutí praxe a ukončenie špecializačného vzdelávania. Uvedené korešponduje s výsledkami empirického zisťovania, výsledky ktorého ukazujú, že najvýznamnejší sklon k migrácii majú práve lekári vo veku od 31 do 40 rokov. Hodnoty testovania ukazujú, že pre vekové kategórie lekárov nad 41 rokov platí, že čím sú starší, tým menej uvažujú o hľadaní si práce v zahraničí a následnej migrácii do jedného roka. Na vek nadväzuje ďalšia skúmaná premenná – počet rokov praxe v zdravotníctve na Slovensku. Najviac o migrácii uvažujú lekári s praxou od 6 do 10 rokov a od 16 do 20 rokov. Po adaptácii na pracovný život a podmienky v zdravotníckych zariadeniach, sa spravidla zapíšu na atestačné vzdelávanie. Po jeho ukončení prichádza k ďalšiemu míľniku rozhodovania lekára z hľadiska riadenia kariéry. V tomto období disponuje skúsenosťami s fungovaním zdravotníctva v krajine, pozná riadiace štruktúry, štýl riadenia a nastavenie personálnych procesov nielen v zdravotníckom zariadení, v ktorom je zamestnaný, ale aj ďalších, v ktorých uskutočňoval svoje atestačné vzdelávanie. Uvedené spadá do zisteného intervalu počtu rokov praxe, v ktorom je sklon k migrácii najvyšší. Zaujímavým zistením je však aj vysoké odhodlanie lekárov s praxou od 16 do 20 rokov hľadať si prácu v zahraničí. Dôvod je možné hľadať v osobnom živote lekárov, ktorí vo veku prislúchajúcom tejto dĺžke praxe napr. už nemajú záväzky voči deťom nielen

z pohľadu vyživovacej povinnosti ale aj z hľadiska výchovno-vzdelávacej. Výsledky testov ukazujú, že s dĺžkou praxe nad 21 rokov klesá sklon lekárov k migrácii za prácou do zahraničia. U lekárov neexistujú štatisticky významné rozdiely medzi rodom a ich sklonom k migrácii. Napriek tomu, že odvetvie zdravotníctva je výrazne feminizované (ľudské zdroje v zdravotníctve – ženy 78,1% v 2021), v prípade povolania lekár nie je prevaha žien taká výrazná (58,9%). Rovnako nesignifikantné boli rozdiely medzi premennými počet detí s vyživovacou povinnosťou lekárov a sklonom k migrácii.

Zo skúmaných faktorov spokojnosti lekárov s procesmi riadenia ľudských zdrojov nastavenými v slovenských nemocniciach boli prostredníctvom faktorovej analýzy extrahované štyri hlavné faktory: materiálne podmienky práce, organizačná kultúra nemocnice, sociálno-spoločenské podmienky práce a faktor riadenie personálnych činností v nemocnici.

*Faktor materiálne podmienky práce* je sýtený premennými: materiálne a priestorové zabezpečenie práce, prístrojové vybavenie k diagnostike a liečbe pacientov, vybavenie pracovne a digitalizácia zdravotníctva. *Faktor organizačná kultúra nemocnice* združuje premenné: vzťahy a komunikácia s kolegami, nadriadenými, pacientmi či vzdelávanie a kariérny rast. *Faktor sociálno-spoločenské podmienky práce* obsahuje premenné: prestíž lekárskeho povolania v spoločnosti, aktuálnu politickú, ekonomickú a sociálnu situáciu krajiny a byrokratickú záťaž. Posledný z extrahovaných faktorov *riadenie personálnych činností v nemocnici* je sýtený premennými: organizácia práce, odmeňovanie za pracovný výkon, zamestnanecké benefity a pracovná vyťaženosť ako dôsledok nedostatku lekárov. Výsledky Kaise-Mayer-Olkin testu (0,840) a Bartlettovho testu sférickosti ( $p < 0,0001$ ) potvrdzujú vhodnosť použitia tejto metódy pre redukciiu premenných do hlavných faktorov.

Následne bol vytvorený štvorfaktorový model skúmajúci vplyv extrahovaných faktorov spokojnosti lekárov s podmienkami práce v nemocniciach na sklon k migrácii. Výsledky potvrdzujú, že všetky premenné, ktoré boli priamo merateľné, sú na zvolenej hladine významnosti pre extrahované faktory štatisticky významné. Zistenia v oblasti merania vzťahu medzi extrahovanými faktormi a sklonom k migrácii poukazujú na skutočnosť, že u lekárov existuje signifikantná závislosť medzi posledným štvrtým faktorom – vnútorné nastavenie personálnych procesov v nemocniciach a úvahami o migrácii. Existuje závislosť, že čím sú lekári nespokojnejší s vnútorným nastavením personálnych procesov v nemocniciach, tým viac uvažujú o hľadaní práce v zahraničí s pravdepodobnosťou odchodu zo Slovenska do 1 roka. Tento faktor je tvorený schopnosťou priameho nadriadeného riadiť a organizovať prácu priamo na oddelení. Práca lekára je fyzicky i psychicky veľmi náročná, preto je táto funkcia organizovania nesmierne

dôležitá. Vzhľadom na nedostatok lekárov, ako ďalšiu premennú tohto faktora, je jeho negatívnym dôsledkom nadmerné pracovné zaťaženie. Uvedené potvrdzujú štatistiky NCZI vo viacerých ukazovateľoch, napr. počet návštev za rok (12,5 návštev za rok), ošetrovací čas v rámci hospitalizácie (6,2 dňa za rok), odvrátiteľné (417) a preventabilné (176) úmrtia, pričom v porovnaní s priemerom krajín EÚ/EHP obsadzuje Slovenská republika posledné miesta. Ďalšími premennými sú odmeňovanie lekárov a zamestnanecké benefity za výkon svojho povolania. Lekári sú odmeňovaní v súlade so zákonom č. 341/2022, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve s účinnosťou od 1. januára 2023. Do úpravy výšky miezd vyústil štrajk lekárov, ktorí sa cítili nedocenení. Platy lekárov sa zvýšili v rozmedzí 28,3% (lekár bez praxe) do 66,7% (lekár s 30 rokmi praxe). Vo vyjadrení k priemernej mzde v národnom hospodárstve zvýšenie predstavuje nárast z koeficientu 1,25 z roku 2022 na koeficient min. 1,5 v roku 2023 u lekára bez praxe a 1,95 u lekára s praxou 30 rokov. Dnes po prepočte miezd lekárov v parite kúpnej sily je možné konštatovať, že na Slovensku a v Maďarsku došlo za posledných desať rokov k najvyššiemu nárastu. Napriek tomu v porovnaní s ohodnotením v zahraničí, sa za Slovenskom, podľa výšky miezd lekárov, nachádzajú krajiny Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Poľsko a Turecko.

### ***Hlavné zistenia vplyvu vybraných faktorov (základných identifikačných charakteristík a procesov riadenia ľudských zdrojov) na pravdepodobnosť migrácie sestier do jedného roka***

Analýzou vplyvu základných identifikačných charakteristík sestier na sklon k ich migrácii sa zistilo, že všetky boli štatisticky významné: rod (korešpondenčná analýza  $p=0,0368$ ), vek (Kruskal-Wallis test  $p$ -hodnota  $<0,0001$ , korešpondenčná analýza  $p<0,0001$ ), počet detí s vyživovacou povinnosťou (korešpondenčná analýza  $p=0,0377$ ) a počet rokov odpracovaných v zdravotníctve na Slovensku (Kruskal-Wallis test  $p$ -hodnota  $<0,0001$ , korešpondenčná analýza  $p<0,0001$ ). Podľa rodu sú ženy v tomto povolaní v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku stabilne zastúpené na 98% (NCZI, 2022). V našom výskume tvorili 95,28%. Muži boli zastúpení v rozsahu 4,72% a ich sklon k migrácii sa prejavuje mierne výraznejšie. Pre muža ako žiteľa rodiny je mzdové ohodnotenie za výkon práce sestry veľmi nízke, preto jeho úvahy smerujú k možnostiam vyššieho zárobku.

Podľa veku skupina sestier do 30 rokov dosahuje najvyšší sklon k migrácii a premýšľa o nej ako o možnosti bez pochybností. Výrazný sklon k migrácii má aj skupina sestier vo veku

od 31 do 40 rokov. V rámci skúmania zdravotníckych pracovníkov sú výsledky medzi lekármi a sestrami rozdielne, pričom sestry o migrácii uvažujú intenzívnejšie v mladšom veku, u lekárov je to až po nadobudnutí niekoľkoročnej praxe. Uvedené potvrdzujú aj zistenia sklonu k migrácii u sestier podľa rokov praxe v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Sestry s praxou do 1 roka majú najvyšší sklon k migrácii, pričom so zvyšujúcim sa počtom odpracovaných rokov v slovenskom zdravotníctve ich sklon k migrácii klesá. Na začiatku kariéry majú sestry túžbu vykonávať povolanie čo najlepšie, snažia sa ďalej vzdelávať a nadobúdať skúsenosti, no ich prax nie je pre nich kľúčovým faktorom, ktorý by ich v rozhodovaní o migrácii obmedzoval. Navyše v nižšom veku disponujú jazykovými a digitálnymi zručnosťami, ktoré ich dostávajú do pozície vyššej konkurencieschopnosti.

Už dnes je personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení na Slovensku sestrami hlboko poddimenzované, kedy v roku 2022 na 1000 obyvateľov pripadalo 5,69 sestier, pričom priemer Európskej únie/EHP je 8,4 sestry na 1000 obyvateľov. Pri analýze počtu sestier podľa veku sa zistilo, že počet sestier v dôchodkovom veku za posledných desať rokov výrazne stúpol a v roku 2022 viac ako 13% z celkového počtu pracujúcich sestier tvorili tie, ktoré mali viac ako 60 rokov. V kontexte s uvedeným je sklon sestier k migrácii, ktoré pracujú v nemocniciach, významným problémom. Medzi zdroje potenciálnej pracovnej sily patria absolventi ošetrovateľstva. Priemerne za rok končí štúdium na I. stupni v dennej i externej forme okolo 800 študentov – zdravotných sestier. Prax ukazuje, že po úspešnom ukončení sa absolventi zamestnávajú priamo v odbore do 5 dní a ich nezamestnanosť sa pohybuje na úrovni 2% (Trexima: Uplatniteľnosť absolventov). Na II. stupni spravidla pokračujú v štúdiu externe, už ako zamestnanci niektorého zo zdravotníckych zariadení. Sklon k migrácii sestier je v porovnaní s lekármi výrazne nižší. U sestier odchod za prácou do zahraničia, napriek uznávaniu vzdelania získaného v krajinách EÚ/EHP, znamená absolvovanie doplňujúceho odborného vzdelávania okrem overenia jazykovej úrovne napr. v Rakúsku, ktoré je najčastejšie cieľovou krajinou slovenských sestier. Pre väčšinu migrantiek to potom znamená, že sa zamestnávajú na nižších pracovných pozíciách (sanitár, pomocný zdravotnícky personál) v zdravotníckych zariadeniach alebo ošetrovateľky/opatrovateľky v domovoch pre seniorov či individuálne. Zaujímavosťou je, že u sestier je vyšší sklon k migrácii vekových kategóriách 50 rokov a viac, v porovnaní s lekármi. Uvedené je v súlade s Bahna a Sekulová (2018), ktorí hovoria, že podiel opatrovateliek v Rakúsku v pred dôchodkovom a dôchodkovom veku rastie.

Prostredníctvom faktorovej analýzy sme zo skúmaných faktorov spokojnosti sestier s podmienkami práce v slovenských nemocniciach extrahovali štyri hlavné faktory: materiálne



podmienky práce, riadenie a organizačná kultúra nemocnice, politika odmeňovania a vonkajšie nastavenie podmienok práce sestier. Výsledky Kaise-Mayer-Olkin testu (0,891) a Bartlettovho testu sférickosti ( $p < 0,0001$ ) potvrdzujú vhodnosť použitia tejto metódy pre redukciiu premenných do hlavných faktorov.

Faktor materiálne podmienky práce sestier je sýtený premennými: materiálne a priestorové zabezpečenie práce, prístrojové vybavenie, vybavenie izby sestier a digitalizácia práce. Faktor riadenie a organizačná kultúra nemocnice združuje premenné: organizácia práce, vzťahy a komunikácia s kolegami, nadriadenými a pacientmi. Faktor politika odmeňovania nemocníc obsahuje premenné: odmeňovanie za prácu a zamestnanecké benefity. Posledný z extrahovaných faktorov vonkajšie nastavenie podmienok práce sestier je sýtený premennými: nedostatok sestier v systéme zdravotníctva na Slovensku, z ktorého vyplýva zvýšená pracovná záťaž, byrokracia v práci sestry, prestíž povolania a aktuálna politická, ekonomická a sociálna situácia v krajine.

Následne bol aj pre sestry vytvorený štvorfaktorový model skúmajúci vplyv extrahovaných faktorov spokojnosti s podmienkami práce v nemocniciach na ich sklon k migrácii. Výsledky potvrdzujú, že všetky exogénne premenné, ktoré boli priamo merateľné, sú na zvolenej hladine významnosti pre extrahované faktory štatisticky významné. Výsledné zistenia v oblasti merania vzťahu medzi extrahovanými faktormi a sklonom k migrácii poukazujú na skutočnosť, že pre sestry existuje signifikantná závislosť medzi tretím faktorom – politika odmeňovania v nemocniciach a ich úvahami o migrácii. Existuje závislosť, že čím sú sestry nespokojnejšie s výškou miezd a zamestnaneckými benefítmi, tým viac uvažujú o hľadaní práce v zahraničí s pravdepodobnosťou odchodu zo Slovenska do 1 roka. Aj sestry sú odmeňované v súlade so zákonom č. 341/2022, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve s účinnosťou od 1. januára 2023. Rovnako ako v prípade lekárov, úprava výšky miezd sestier, bola výsledkom štrajku zdravotníckych pracovníkov z jesene roku 2022. Mzdy sestier sa zvýšili v rozmedzí 20,1% (sestra, ktorá vykonáva odborné pracovné činnosti bez praxe) do 56,1% (sestra, ktorá vykonáva odborné pracovné činnosti s 30 rokmi praxe). Úroveň mzdy sestry vykonávajúcej odborné pracovné činnosti bez praxe k priemernej mzde v národnom hospodárstve predstavuje podiel 0,928, pre sestru s 30 ročnou praxou je to 1,207. U sestier so špecializovaným výkonom a nulovou praxou je podiel miezd 1,022, pri sestrách s 30 ročnou praxou je to 1,3.

Odmeňovanie sestier v zahraničí sa pod vplyvom pandémie Covid-19 pozitívne stimulovalo a jednotlivé krajiny pristúpili k výraznému navyšovaniu miezd. V Poľsku na systém odmeňovania sestier mala vplyv aj vojna na Ukrajine, pretože krajina si uvedomila príležitosť získať vzdelanú pracovnú silu z radov odídencov, ktorú chcela finančne motivovať k zamestnaniu sa v zdravotníckych zariadeniach, a tak zabrániť jej reemigrácii do Českej republiky, Rakúska či Nemecka. Tieto krajiny sú cieľovými aj pre slovenské sestry. Na základe údajov OECD (2022) o podmienkach odmeňovania nemocničných sestier v krajinách EÚ/EHP je úroveň miezd prepočítaných v parite kúpnej sily vyššia v každej z vykazovaných krajín.

#### **4 DISKUSIA**

V situácii, keď ľudské zdroje zabezpečujúce zdravotnú starostlivosť vo väčšine krajín Európskej únie klesajú (Correia a kol., 2020), rovnako aj finančné prostriedky alokované do zdravotníctva sú pod tlakom zvyšujúceho sa dopytu po zdravotníckych službách napäté, si politika riadenia ľudských zdrojov v zdravotníckych zariadeniach vyžaduje zásadnú zmenu (Buchelt a kol., 2021; Kunjumen, 2020; Gallo a kol. 2019). Výsledky odborných štúdií ukazujú, že implementácia nových účinnejších praktík riadenia ľudských zdrojov do podnikovej praxe, má významný pozitívny vplyv na efektívnejšie dosahovanie cieľov podniku (Wang a kol., 2021). Riadenie ľudských zdrojov v zdravotníckych zariadeniach má však niekoľko jedinečných osobitostí. Pracovná sila je kvantitatívne rozsiahla, rôznorodá a zahŕňa samostatné povolania, ktoré sú zastúpené profesijnými združeniami (Williams a kol., 2018). Kvalifikovaná pracovná sila v oblasti zdravotnej starostlivosti je absolútne rozhodujúcim prvkom zdravotníckych systémov a poskytovania zdravotníckych služieb, pretože zdravotná starostlivosť je veľmi náročná na prácu a kompetenčnú úroveň zdravotníckeho personálu (Ma a kol., 2019). Na úspešné fungovanie zdravotníckych zariadení je teda potrebné zabezpečiť poskytovanie zdravotníckej starostlivosti potrebnou pracovnou silou, v určitom čase a priestore, s požadovanou kvalifikáciou a zručnosťami. Pre naplnenie stanoveného cieľa je nevyhnutná stabilizácia a udržateľnosť zdravotníckych pracovníkov a zároveň zvyšovanie ich výkonnosti (Wang a kol., 2019; Ivan a kol., 2020; Nasurdin, Tan a Khan, 2020).

Podľa výsledkov OECD z monitoringu systému zdravotníctva a zdravia obyvateľstva (2020), ale aj Dôvodovej správy Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky či Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030 v systéme zdravotníctva Slovenskej republiky chýba zdravotnícky personál, najmä sestry a lekári (o vývoji počtu lekárov

a sestier sa pojednáva v predchádzajúcej kapitole). Na základe dostupných údajov z roku 2022, za predpokladu, že priemer EÚ sa považuje za optimálny a pracovná sila v dôchodkovom veku by z aktívneho pracovného života odišla, v systéme zdravotníctva na Slovensku podľa našich prepočtov v súčasnosti chýba takmer 4500 lekárov a 19000 sestier.

Uvedený nepriaznivý stav personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení na Slovensku lekármi a sestrami umocňujú ďalšie problémy, ku ktorým patrí:

- starnutie obyvateľstva krajiny - Slovensko je podľa aktuálnej Správy Európskej komisie o starnutí populácie, krajinou s najrýchlejšie starnúcim obyvateľstvom (v roku 2019 pripadali na jedného človeka staršieho ako 64 rokov štyria ľudia v produktívnom veku, podľa prognózy ich bude v roku 2070 len 1,6);
- nízky počet rokov prežitých v zdraví – podľa dát OECD sa priemerne na Slovensku dožívajú v zdraví ženy veku 57 rokov a muži 56,4 rokov (priemer EÚ 63,85 roka);
- vysoký počet priemerných návštev lekára za rok v porovnaní s krajinami Európskej únie (SR 12,5 návštevy/obyv./rok, EÚ 7,1 návštevy/obyv./rok);
- vysoký počet odvrátiteľných úmrtí (SR 237 odvrátiteľných úmrtí/100-tis. obyv./rok, priemer EÚ 19 ľudí/100-tis. obyv./rok) a preventabilných úmrtí (SR 339 osôb/100-tis. obyv./rok, priemer EÚ 204 osôb/100-tis. obyv./rok).

Starnutie populácie a zmeny z neho vyplývajúce významne tlačia na zvyšovanie dopytu po zdravotníckych službách, a teda aj na dopyt po práci v odvetví zdravotníctva a sociálnej starostlivosti (expanzný dopyt). Rovnako treba brať do úvahy, že starnutie populácie sa bude týkať i zdravotníckych pracovníkov z čoho vyplýva ďalšie prehľbovanie nedostatku lekárov v nasledujúcich rokoch (substitučný dopyt).

V kontexte uvedeného je nevyhnutné strategické plánovanie zdravotníckej pracovnej sily. Riešením je hľadanie nových zdrojov a stabilizačných nástrojov vedúcich k udržateľnosti personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike. Medzi zdroje pracovných síl patrí príprava budúcej pracovnej sily v systéme vzdelávania a prípravy na povolanie a prilákanie pracovnej sily zo zahraničia. Ďalším dôležitým elementom je stabilizácia domácej pracovnej sily a nástroje na podporu návratovej migrácie.

Vzdelávací systém vytvára priestor na vyprodukovanie časti potenciálnej chýbajúcej pracovnej sily, no absolventi zdravotníckych odborov po ukončení štúdia plánujú odísť za prácou do zahraničia (Tvardzik, 2017). Všeobecné lekárstvo na slovenských vysokých školách v roku 2022 študovalo 4974 študentov so slovenským štátnym občianstvom a 3053 študentov s iným štátnym občianstvom (NCZI, 2022). V rokoch 2004 až 2009 počet študentov medziročne rástol,

od roku 2009 bol stabilný až do roku 2019. Najväčšie skokové navýšenie počtu študentov bolo v roku 2020 a 2022, na čo malo vplyv viacero faktorov, napr. postupné rozširovanie rezidenčných programov, pandémie Covid-19, zvýšený záujem cudzincov o štúdium medicíny na Slovensku a pod. Z hľadiska počtu absolventov (potenciálne ľudské zdroje, ktoré predstavujú pracovnú silu na trhu práce na strane ponuky pre odvetvie zdravotníctva) na Slovensku ukončilo v roku 2022 doktorský študijný program všeobecné lekárstvo 737 slovenských študentov a 404 cudzincov. Z údajov NCZI je možné vidieť, že v prípade cudzincov ide predovšetkým o študentov zo severských krajín, ktorí po ukončení štúdia odchádzajú späť do krajiny pôvodu. Ich štúdium je spravidla financované prostredníctvom štipendií z domovských krajín a podmienené návratovou migráciou, preto nie je možné s touto časťou absolventov počítať ako pracovnou silou v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Ak by po ukončení medicíny všetci lekári so slovenským občianstvom zostali pracovať vo vyštudovanom odbore na Slovensku, bolo by možné dopyt po práci v tomto povolání uspokojiť približne za 15 rokov pri ostatných nezmenených podmienkach (dôchodkový vek 64 rokov, podiel pracujúcich lekárov v dôchodkovom veku na úrovni priemeru Európskej únie 2% a priemernom počte absolventov všeobecného lekárstva). Avšak stav migračných nálad u študentov a absolventov zdravotníckych odborov dlhodobo ukazuje, že veľká časť z nich sa nechce uplatniť v tuzemskom zdravotníctve a plánujú odísť za prácou vo vyštudovanom odbore do zahraničia. Najnovšie dáta je možné získať z výsledkov výskumu organizácie HealthCare Institute o.p.s. (HCI), ktorý zisťuje preferencie a priority práce študentov 4., 5. a 6. ročníkov medicíny v Slovenskej a v Českej republike pod názvom „Barometer medzi medikmi“ (realizovaný v auguste až decembri 2023, vzorka 427 medikov). Výsledky ukazujú, že v domovskej krajine chcelo zostať v zdravotníckych zariadeniach pracovať 75% (v roku 2018) a 72% (v roku 2023) medikov. Migrovať teda plánuje viac ako jedna štvrtina z nich. Problém ešte umocňuje stav migrácie absolventov stredných škôl, ktorí odchádzajú za štúdiom na vysokých školách do zahraničia. Značnú časť z nich tvoria študenti medicíny v Českej republike. (HCI, 2018; HCI, 2021; Hall a kol., 2019)

Zdrojom pracovnej sily v povolání sestra sú stredné a vysoké školy, ktoré študentov vzdelávajú v študijnom odbore ošetrovateľstvo (vysokoškolské štúdium) alebo čiastočne v odbore zdravotnícky asistent/praktická sestra (stredoškolské štúdium). Stredné školy vzdelávajú študentov v odbore zdravotnícky asistent (od roku 2004) s legislatívnou zmenou v odbore v roku 2019 (praktická sestra), tu sa počet absolventov pohybuje v intervale 993 v roku 2011 do 799 v roku 2022. V prípade absolventov stredných škôl je však predpoklad nástupu na ďalšie štúdium na vysokých školách, preto je reálny prítok pracovnej sily do zdravotníckych

zariadení nízky. Ošetrovatel'stvo je študijný program poskytujúci vzdelávanie v dvoch stupňoch a v dennej i externej forme. Na prvom stupni v dennej forme ho v roku 2022 študovalo 2846 študentov a v externej forme 540 študentov. Na druhom stupni v dennej forme bolo zapísaných 233 študentov a v externej forme 468 študentov. Študijný program ošetrovatel'stvo na I. stupni v roku 2022 úspešne absolvovalo 907 a na II. stupni 400 absolventov. Dlhodobý vývoj naznačuje, že takmer 92% z nich sa po ukončení I. stupňa zamestná a tí, ktorí sa rozhodnú pre ďalšie štúdium, absolvujú ho v externej forme. Z hľadiska štátneho občianstva je možné konštatovať, že tento odbor študuje stále viac zahraničných študentov, pričom ich podiel vzrástol z 1,2% v roku 2004 na 26,6% v roku 2022. Migračné nálady študentov ošetrovatel'stva boli tiež predmetom skúmania HCI (Barometer medzi sestrami 2023). Jedným z výsledkov bolo, že 60,8% respondentov chce po ukončení štúdia pracovať na Slovensku a do zahraničia chce za prácou odísť 30,7% z opýtaných, pričom tento počet z roka na rok významne rastie. Zaujímavým je zistenie, že študujúci na strednej škole majú vyšší sklon k migrácii (viac ako 34,5%) v porovnaní so študentmi vysokých škôl (22%).

Nie sú to však len študenti a absolventi medicíny či ošetrovatel'stva, ktorí uvažujú o migrácii za prácou do zahraničia. Migruje aj veľká časť zdravotníckych pracovníkov, ktorí už v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku pracovali (ŠÚ SR; NCZI, 2022). Presné dáta nie sú známe, pretože lekári odchádzajúci zo Slovenska nemajú zákonnú povinnosť odhlásiť sa. Jedným zo zdrojov informácií je Slovenská lekárska komora, ktorá v rámci svojich interných štatistík do roku 2016 sledovala žiadosti o uznávanie diplomov v zahraničí (táto povinnosť v roku 2016 zanikla). Od roku 2004 do roku 2016 bolo vydaných 4274 dokladov o ukončenom vzdelaní v odbore medicína a 3591 dokladov v odbore ošetrovatel'stvo. Ďalším zdrojom údajov sú databázy OECD, Word Bank a príslušné zdravotnícke komory cieľových krajín, ktoré majú vo svojej sieti zaregistrovaného každého zdravotníckeho pracovníka praktizujúceho zdravotnú starostlivosť na základe príslušnej licencie. Podľa OECD v roku 2022 pracovalo v zahraničí takmer 5428 slovenských lekárov, najviac ich bolo registrovaných v Českej republike (2343), v Nemecku (973), Nórsku (593), Grécku (378) a Veľkej Británii (222). Podľa OECD najviac slovenských sestier pracovalo v Českej republike, Nemecku a Veľkej Británii. Štatistiky OECD obsahujú len veľmi skreslené údaje o počte slovenských zdravotníckych pracovníkov.

Štatistické vykazovanie v krajinách chýba, preto aj databázy OECD či Word Bank, nedisponujú reálnymi a relevantnými dátami. Ako príklad môžeme uviesť, že podľa štatistík OECD v Rakúsku pracovalo 162 slovenských lekárov, Rakúska lekárska komora (Österreichische Ärztekammer) však uvádza, že v krajine pracovalo viac ako 400 slovenských

lekárov. Úrad práce v Rakúsku (Arbeitsamt Österreich) eviduje viac ako 25 000 slovenských zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v systéme zdravotníctva Rakúska. Rovnako je to v prípade Nemecka, podľa OECD v Nemecku pracuje 975 slovenských lekárov, podľa nemeckého úradu práce to bolo viac ako 1200. Veľká Británia tiež deklaruje, že v krajine pracuje 920 lekárov zo Slovenska, no podľa OECD je to len 222.

U lekárov i sestier sú počty pracujúcich v zahraničí so slovenským občianstvom podhodnotené, napriek tomu sú veľmi vysoké a predstavujú pracovnú silu, ktorá by v prípade návratovej migrácie predstavovala významný prírastok disponibilnej zdravotníckej pracovnej sily.

Významní autori skúmali faktory, ktoré ovplyvňujú migračné nálady zdravotníckych pracovníkov. Výsledky ich vedeckých štúdií hovoria, že základné identifikačné charakteristiky zdravotníckych pracovníkov sú rozhodujúcimi faktormi determinujúcimi uvažovania a následne aj odchod zdravotníckych pracovníkov za prácou do zahraničia (Apostu, Roman, a Vasile, 2020; Domagala a Dubas-Jakobczyk, 2019; Kovacs a kol., 2019; Saghin a kol., 2016; Vanasse a kol., 2009). Ide o relatívnu mladosť, vyššiu úroveň vzdelania, status slobodného človeka a prítomnosť príbuzných alebo priateľov, ktorí už migrovali. Podľa pohlavia, majú väčší sklon k migrácii ženy – lekárky, čo odôvodňujú tvrdením, že ženy sú viac sociálne zamerané, podporujúce a pomáhajúce, v porovnaní s mužmi. Oveľa ľahšie sa integrujú do cudzej spoločnosti, čo ich robí náchylnejšími na trvalú migráciu.

Výsledky empirického prieskumu prezentovaného v monografii ukazujú, že v prípade slovenských lekárov je rodové členenie a jeho vplyv na úvahy o migrácii za prácou nesignifikantným faktorom. Naopak je to u sestier, napriek viac ako 95% podielu žien, je rodové členenie vzhľadom k úvahám o migrácii štatisticky významné, pričom vyšší sklon k migrácii majú práve muži pracujúci na pozícii sestera. Na uvedené vplýva v súlade s Bahna a Sekulová (2018) feminizácia zdravotníctva. Na pozícii sestera v systéme zdravotníctva na Slovensku bolo v roku 2022 zamestnaných len 2,30% mužov. Ďalším faktorom je vstup absolventov ošetrovateľstva na trh práce. Na základe analýzy sa zistilo, že študenti ošetrovateľstva sa spravidla po ukončení I. stupňa štúdia zamestnávajú, pričom ak pokračujú v štúdiu na II. stupni, ukončia ho v externej forme. Teda muž, ktorý vstupuje do svojho prvého zamestnania v 22. roku života na pozíciu sestera na výkon odborných pracovných činností, má od januára 2023 nástupnú hrubú mzdu bez príplatkov 1211,00 € (čistá mzda 927,42 €), pričom pokračuje v štúdiu externou formou. Po ukončení druhého stupňa štúdia má 24 až 25 rokov a môže byť zaradený na pracovnú pozíciu sestera s výkonom špecializovaných odborných činností a praxou 2 až 3 roky. V tomto

prípade mu hrubá mzda vzrastie na 1356,32 € (čistá mzda 1039,27 €). V porovnaní s priemernou mzdou absolventov s ukončeným vysokoškolským vzdelaním je jeho mzda vyššia o 100 €. Do roku 2023 bola však výška mzdy sestier pod priemerom miezd v národnom hospodárstve, čo bolo vzhľadom na charakter práce, zmennosť a zvyšujúcu sa pracovnú záťaž demotivujúce. Na uvedené dlhodobo poukazuje Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. Pre mladého človeka, ktorý by sa chcel postupne osamostatniť či založiť si rodinu, je výška mzdy významným faktorom pre voľbu povolania už pri prechode zo základnej na strednú školu. Do rozhodovacieho procesu vstupujú aj ďalšie faktory, ktorými sú charakter pomáhajúcej profesie, náplň práce v súlade s popisom pracovného miesta a pod. Preto je možné uviesť, že ak sa muž rozhodol pre výkon tejto profesie nech boli motívy akékoľvek, výška mzdy vzhľadom k úvahám o migrácii je určujúcim faktorom, čo dokazujú i výsledky ďalších analýz spokojnosti s podmienkami práce v nemocniciach (faktor odmeňovanie a zamestnanecké benefity).

Vek ako faktor so signifikantným vplyvom na úvahy o migrácii, bol potvrdený v prípade oboch skupín zdravotníckych pracovníkov. U lekárov aj u sestier mali vekové kategórie do 30 rokov väčší sklon k migrácii ako ostatné s výnimkou lekárov vo veku od 41 do 50 rokov. Možno predpokladať, že mladí lekári a sestry spravidla nie sú viazaní záväzkami (napr. nemajú založené vlastné rodiny, vyživované deti, vlastné bývanie a pod.), zároveň sú jazykovo a technologicky zdatní, túžia po dobrodružstve, lepších životných podmienkach, preto je ich sklon k migrácii vyšší. Zaujímavým zistením je, že najviac o hľadaní práce v zahraničí uvažujú lekári vo vekovej kategórii 41 až 50 rokov. Dôvodom je, že po nástupe absolventa medicíny do zamestnania lekári získavajú prax, následne môžu nastúpiť na atestačné vzdelávanie, ktoré sa uskutočňuje v dvoch na seba naväzujúcich fázach a z hľadiska dĺžky trvania sa spravidla uskutočňuje vo veku od 31 do 40 rokov. Nemocnice, ktoré lekárom vytvoria podmienky k atestačnému vzdelávaniu, pristupujú k podpisovaniu dodatkov k pracovným zmluvám, v ktorých zaväzujú lekára po ukončení tohto vzdelávania odpracovať pre nich určitý počet rokov. Nedodržanie podmienok je finančne sankcionované. Následne po tejto etape pracovného života lekára získavajú určitú mieru slobody, v podmienkach zdravotníctva sa dobre orientujú a vnímajú širšie súvislosti nastavenia procesov na úrovni štátu. Uvedené je možné spájať s vysokým sklonom k migrácii práve v tejto vekovej kategórii lekárov. Na vek priamo naväzuje skúmanie počtu rokov praxe vzhľadom na sklon k migrácii, ktoré kopíruje výsledky skúmania závislosti veku a úvah o migrácii.

Pri skúmaní ďalšieho faktora – počet vyživovaných detí, bol signifikantný vplyv na úvahy o migrácii preukázaný len v povolani sestra. Vyživované deti lekári ako významnú prekážku migrácie nevnímajú, čo je plne v súlade s výsledkami znakov veku a praxe. Priemerný

vek ženy prvoroďičky je viac ako 28 rokov, pričom so zvyšujúcim sa vzdelaním sa zvyšuje aj tento vek. Ženy lekárky rodenie prvých detí odkladajú v kontexte s vývojom kariéry na obdobie od 31 do 40 rokov, kedy prebieha atestačné vzdelávanie a poatestačná viazanosť na zamestnávateľa. V prípade sestier má počet vyživovaných detí signifikantný vplyv na úvahy o ich migrácii za prácou do zahraničia. Tak ako je uvedené vyššie v texte, sestry sa zamestnávajú po ukončení prvého stupňa štúdia a majú príležitosť skôr nastúpiť na špecializačné vzdelávanie. Príchod detí plánujú tiež v nižšom veku, preto sú deti, ku ktorým sa viaže ich vyživovacia povinnosť, štatisticky významným faktorom vo vzťahu k migrácii za prácou sestry do zahraničia. Tento faktor nebol do predchádzajúcich skúmaní zahrnutý žiadnym z autorov. Otázka bola do dotazníka zahrnutá na základe rozhovorov, ktoré sa uskutočnili v rámci predvýskumu.

Faktory spokojnosti s pracovnými podmienkami boli skúmané v kontexte odchodu či vyhorenia vo vedeckých štúdiách Najam a kol., 2020; Fronteira, Jesus a Dussault, 2020; Alirezaei, Vatankhah a Abolghasem, 2019; Heponiemi a kol., 2019; Migali a Scipioni, 2018; Clarke, 2017. Najväčšia pozornosť bola venovaná podmienkam organizácie práce, pracovnej záťaži a odmeňovaniu. Celý rad autorov skúmalo vplyv vzdelávania a kariérneho rastu Ibrahim, 2019; Arif, Cruickshank a Fraser, 2019; Becker, 2019; Pena-Sanchez a kol., 2020; Pariona-Cabrera, Cavanagh a Bartram, 2020; Ibrahim, 2019; Privitera, 2019; vo svojich štúdiách riešia vzťahy na pracovisku ako významný faktor pôsobiaci na migráciu zdravotníckych pracovníkov. Vplyv materiálneho a priestorového zabezpečenia ale aj prístrojového vybavenia sa skúmal v publikácii Grossi a kol., 2021, kde autori dospeli k poznaniu, že vybavenie pre podávanie kvalitného výkonu je podmieňujúcim faktorom. Ak nie sú naplnené očakávania, môže uvedený faktor pôsobiť na migráciu za prácou do zahraničia, kde podmienky práce zdravotníckych pracovníkov vytvárajú priestor na poskytovanie špičkových zdravotníckych služieb. Z pohľadu administratívnej záťaže boli hodnotené technológie v štúdiu Tursunbayeva, 2016.

Empirický výskum skúmal tieto faktory spokojnosti ako push faktory, ktoré stoja za sklonom zdravotníckych pracovníkov k migrácii za prácou do zahraničia. Zistilo sa, že nespokojnosť s organizáciou práce, s odmeňovaním vrátane zamestnaneckých benefitov a nedostatkom zdravotníckeho personálu vedúceho k pracovnému preťaženiu, sú pozorované naprieč výskumnou vzorkou, či respondent prejavil sklon k migrácii alebo nie. Dôležitý je výsledok faktorovej analýzy s cieľom určiť množstvo spoločných vysvetľujúcich faktorov, ktoré stoja v pozadí identifikovaných podmienok práce zdravotníckych pracovníkov zamestnaných v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Extrahované faktory a ich faktorové záťaže sú pre súbor lekárov a pre súbor sestier rozdielne (tabuľka 5.1). Metódou hlavných komponentov (táto



metóda vysvetľuje najväčší podiel premenných) extrakcie faktorov boli z 15 premenných vygenerované 4 spoločné faktory (materiálne podmienky práce, organizačná kultúra nemocnice, sociálno-spoločenské podmienky práce a faktor riadenie personálnych činností v nemocnici), ktoré kumulatívne vysvetľujú 61% celkového rozptylu. U sestier boli tiež extrahované 4 spoločné faktory s miernymi odlišnosťami v porovnaní s lekármi (materiálne podmienky práce, riadenie a organizačná kultúra nemocnice, politika odmeňovania a vonkajšie nastavenie podmienok práce sestier).

Tabuľka 5.1 Porovnanie faktorov spokojnosti s podmienkami práce v slovenských nemocniciach medzi lekármi a sestrami

<b>Faktorová analýza podmienok práce v slovenských nemocniciach</b>	
Spokojnosť lekárov	Spokojnosť sestier
<b>Faktor 1</b> Materiálne podmienky práce	<b>Faktor 1</b> Materiálne podmienky práce
Materiálne a priestorové zabezpečenie	Materiálne a priestorové zabezpečenie
Prístrojové vybavenie	Prístrojové vybavenie
Vybavenie pracovne	Vybavenie pracovne
Digitalizácia práce	Digitalizácia práce
<b>Faktor 2</b> Organizačná kultúra nemocnice	<b>Faktor 2</b> Riadenie a organizačná kultúra nemocnice
Vzťahy a komunikácia s kolegami	Organizácia práce
Vzťahy a komunikácia s nadriadenými	Vzťahy a komunikácia s kolegami
Vzťahy a komunikácia s pacientmi	Vzťahy a komunikácia s nadriadenými
Vzdelávanie a kariérny rast	Vzťahy a komunikácia s pacientmi
	Vzdelávanie a kariérny rast
<b>Faktor 3</b> Vonkajšie sociálno-spoločenské podmienky práce	<b>Faktor 3</b> Politika odmeňovania
Aktuálna politická, ekonomická a sociálna situácia v krajine	Odmeňovanie za prácu
Prestíž povolania	Zamestnanecké benefity
Byrokracia práce	
<b>Faktor 4</b> Riadenie personálnych činností v nemocnici (vnútorné)	<b>Faktor 4</b> Vonkajšie nastavenie podmienok práce
Organizácia práce	Nedostatok sestier – zvýšená pracovná záťaž
Nedostatok lekárov – zvýšená pracovná záťaž	Aktuálna politická, ekonomická a sociálna situácia v krajine
Odmeňovanie za prácu	Prestíž povolania
Zamestnanecké benefity	Byrokracia práce

(Zdroj: vlastné spracovanie autorom v programe Excel)

U lekárov, boli ako faktor s najvyššou faktorovou záťažou, extrahované materiálne podmienky práce, rovnako i u sestier. Materiálne podmienky vytvárajú hmotný základ výkonu práce – budovy nemocníc, vybavenie pracovní, sociálne zariadenia, ale aj zdravotnícky materiál,

zdravotnícka technika a pod. Materiálne a prístrojové vybavenie predstavuje úroveň diagnostiky a poskytnutia zdravotníckych služieb s priamym vplyvom na zdravie pacientov. Na tento faktor vplyva výška alokovaných finančných zdrojov na zdravotnú starostlivosť. Slovensko v roku 2020 vynaložilo na bežné výdavky na zdravotníctvo 2030 € na obyvateľa prepočítané v parite kúpnej sily, čo je výrazne pod priemerom EÚ/EHP. Menej z krajín V4 prerozdeľuje v zdravotníctve len Poľsko (OECD, 2023). Druhým faktorom podľa faktorového skóre je organizačná kultúra nemocnice, ktorý združuje premenné ako vzťahy a komunikácia s nadriadeným, kolegami a pacientmi. K tomuto faktoru bol priradený ešte faktor vzdelávanie a kariérny rast. Priamo v kompetencii líniových riadiacich pracovníkov je rozhodnutie, komu bude atestačné vzdelávanie umožnené. Ak má lekár záujem o započatie atestačného vzdelávania, po splnení podmienok informuje svojho nadriadeného, ktorý decíduje o vytvorení podmienok pre atestujúceho lekára. Vzhľadom na nedostatok personálu, a zároveň so zreteľom na podmienky atestačného vzdelávania v niektorých atestačných programoch, je proces vzdelávania pre nemocnice náročný finančne, ale aj z hľadiska personálneho zabezpečenia fungovania oddelení. Uvedené umocňuje ďalšia premenná - organizácia práce, ktorú u sestier združuje druhý extrahovaný faktor. Z dôvodu nedostatku personálu dochádza k zvyšujúcej sa pracovnej záťaži. Stáva sa, že na jednu sestru v nemocnici pripadá aj 30 pacientov (priemerne 15), napriek tomu, že podľa nariadenia má mať jedna sestra na starosti od sedem do desať pacientov podľa typu oddelenia (SKSaPA, Lazarová). Ak personálne zabezpečenie oddelení nie je udržateľné, dochádza k obmedzovaniu poskytovania zdravotnej starostlivosti či úplnému zatváraniu oddelení. V takýchto podmienkach je potom veľmi obtiažne umožniť sestram na vyťažovaných oddeleniach započat špecializačné vzdelávanie, pričom záujem vysoko presahuje personálne možnosti oddelení. Tretím faktorom sú vonkajšie sociálno-spoločenské podmienky práce vytvárané na úrovni štátu. Tento faktor je tvorený premennými aktuálna politická, ekonomická a sociálna situácia v krajine, ktorý výraznou mierou vplyva na vnímanie prestíže povolania lekár. Do tejto kategórie spadá aj premenná byrokracia, ktorá vytvára podmienky pre administratívne fungovanie zdravotníckych zariadení a ich pracovnú vyťaženosť. Faktor tri u lekárov bol extrahovaný v skupine sestier ako štvrtý. Pre sestry je tretím najvýznamnejším faktorom politika odmeňovania, ktorej nastavenie vyplýva zo zákona, no jej priama realizácia je v kompetencii riadiacich pracovníkov v spolupráci s personálnymi oddeleniami. Politika odmeňovania nezahŕňa len pevnú zložku (odráža ich odborné skúsenosti a organizačnú zodpovednosť so zohľadnením úrovne vzdelania, hodnostného stupňa a i.), variabilnú zložku odmeňovania lekárov a sestier (odmeny za dosahovanie výkonnostných cieľov, vrátane definovania nástrojov jej priznávania), ale aj zamestnanecké benefity (možnosti

dôchodkových systémov, ďalšie poistenia nad rámec zákonných, prvky sociálnej starostlivosti, možnosti dovolenky, starostlivosť o deti, rekreačné pobyty a pod.). Nastavenie systému odmeňovania v nemocniciach by malo mať za cieľ byť konkurencieschopným k podmienkam odmeňovania v iných sférach národného hospodárstva, aby sa predišlo medziodvetvovej migrácii pracovných síl, a zároveň sa podporila motivácia detí k výberu povolania v zdravotníckych odboroch. U lekárov a sestier, ktorí už v nemocnici pracujú, je úlohou správne nastaveného systému odmeňovania motivovať k nadštandardným výkonom, predchádzať vyhoreniu, budovať ich angažovanosť a pod. V prípade lekárov je politika odmeňovania rozšírená o premenné organizácia práce a nedostatok lekárov, z ktorého vplyva zvýšené pracovné vyťaženie, nespokojnosť, frustrácia. Na jednej strane systému odmeňovania sú požiadavky na jeho funkčnosť, na strane druhej sú to jeho finančné možnosti, ktoré závisia od vonkajšieho nastavenia zo strany štátu.

Uvedené faktory je možné ovplyvniť správne nastavenými inovačnými nástrojmi riadenia ľudských zdrojov, čo potvrdzujú výsledky realizovaných vedeckých výskumov (Creese a kol., 2021; Witter a kol., 2020; Ma a kol., 2019; Williams a kol., 2018; Garg, a kol. 2017). Systematická a koncepcná reforma zdravotníctva vychádzajúca z výsledkov implementácie nových trendov riadenia ľudských zdrojov je rámcom pre priamych vykonávateľov – riadiacich pracovníkov jednotlivých zdravotníckych zariadení: od generálneho riaditeľa, manažéra ľudských zdrojov až po primárov, prednostov a vrchné sestry; ako líniových manažérov stojacich za priamym výkonom personálnych činností v každodennej praxi.

Z preukázaných výsledkov vyplýva, že politika riadenia ľudských zdrojov má významný vplyv na personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení.

Politika riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve vychádza z politického, ekonomického, kultúrneho a sociálneho kontextu Slovenskej republiky. Je potrebné pochopenie jej medzi sektorového charakteru, aby bolo možné postupné a systematické odstraňovanie príčin problémov spojených s ľudskými zdrojmi v nemocniciach (Dussault a Zurn, 2020). Riešenia je potrebné prijímať v závislosti od celého spektra vstupov – finančných zdrojov, vzdelávacích programov, pracovných podmienok a pod. Tie sú v mnohých prípadoch mimo kontroly riadiacich pracovníkov či manažérov ľudských zdrojov konkrétnych zdravotníckych zariadení. Pracovné podmienky vyjednávane na úrovni odborných združení (Slovenská lekárska komora, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov a ďalšie) a vlády, pričom riadiacim pracovníkom nemocníc je ponechaný len malý priestor na nezávislé rozhodnutia. Zodpovednosť za vytváranie zdrojov pracovnej sily pre zdravotnícke

zariadenia na seba preberá štát prostredníctvom nastavenia politiky vzdelávania s cieľom vytvoriť kapacitné podmienky uspokojenia dopytu po pracovnej sile v odvetví zdravotníctva a zároveň prilákať najlepších študentov (vrátane tých zo zahraničia), ktorí by vytvorené kapacity naplnili. Definovanie učebných osnov a špecifických kritérií je v rukách nezávislých vzdelávacích inštitúcií. Štandardy praxe sú zasa definované odbornými orgánmi. Z uvedeného vyplýva, že o stratégii plánovania ľudských zdrojov nemôže autonómne rozhodovať jedna organizácia, ale musí byť výsledkom spolupráce širokej škály organizácií, záujmových skupín i ďalších účastníkov (Buchelt a kol., 2021; Bayo-Moriones a kol., 2020), ktoré nesú svoj podiel zodpovednosti na rozhodovaní a vykonávaní príslušných činností. Systematické kontextové zmeny ovplyvňujúce personálne zabezpečenie zdravotníctva v krajine nie je možné zosúladiť v krátkodobom časovom horizonte (napr. počet rokov štúdia, počet prijatých študentov vs. počet absolventov, absolvovanie povinnej praxe, rotácia pracoviskami v rámci atestačnej prípravy a pod.). Na pozitívne dôsledky veľkých systémových zmien je potrebný značný časový odstup a s ním je nevyhnutné v stratégii plánovania ľudských zdrojov počítať (Wang, 2019). Uvedené musí rovnako zahŕňať prognózy viacerých dlhodobých trendov v oblasti demografie krajiny, zdravia obyvateľstva, rastu životnej úrovne a iných (Correira a kol., 2020), ktoré významným spôsobom ovplyvňujú dopyt po zdravotníckych službách, a v konečnom dôsledku aj dopyt po pracovnej sile v odvetví zdravotníctva.

Systém zdravotnej starostlivosti je do veľkej miery ovplyvnený profesionálnou dominanciou zdravotníckych pracovníkov, ktorých odborná príprava zdôrazňuje hodnotu ich autonómie a profesionálnej samoregulácie (Oppel, 2019). Napriek tomu, že vo všeobecnosti sú profesionálne štruktúry upravené zákonmi, usmerneniami a podporované kultúrou či vychádzajúce z histórie, jednotlivé kategórie zdravotníckych pracovníkov majú osobitú a výraznú identitu, čo komplikuje implementáciu zmien. Všetky tieto faktory poukazujú na nutnosť, zapojiť do procesu tvorby stratégie riadenia ľudských zdrojov aj zdravotníckych pracovníkov, pričom implementácia musí byť procesom pospôsobovania sa nielen potrebám obyvateľstva, ale aj meniacim sa očakávaniam zdravotníckej pracovnej sily (Garengo a kol., 2021; Ivan a kol., 2020). Zároveň štát ako hlavný zamestnávateľ v zdravotníctve (napriek čoraz väčšiemu priestoru pri poskytovaní zdravotníckych služieb súkromnými zdravotníckymi organizáciami) musí byť pri plánovaní pracovnej sily maximálne finančne efektívny a neplytvať vzácnymi zdrojmi na nadprodukciiu personálu s nevhodnou štruktúrou, produkciu absolventov, ktorí chcú z krajiny migrovať natrvalo a pod.

Špecifickosť zdravotníctva spočíva v nejednoznačnosti vzťahu medzi zdravotnými potrebami, požiadavkami na služby a potrebami zdrojov (ľudských, finančných či materiálo-technologických). V iných odvetviach hospodárstva trh práce reaguje v súlade so zákonom ponuky a dopytu, čím sú procesy prispôsobenia spravidla jednoduchšie. (Dussault a Zurn, 2020) V zdravotníctve môžu nastať také nedokonalosti, pri ktorých je potrebný zásah štátu. Cieľom je prekonať nepružnosť spojenú s inštitucionálnymi mechanizmami (napr. v podobe odborových združení, profesijných predpisov a pod.) pri implementácii systémových zmien.

Druhú úroveň nastavenia politiky riadenia ľudských zdrojov predstavujú samotné zdravotnícke zariadenia. Tu je primárnym cieľom zabezpečiť zdravotnícke zariadenie potrebnou pracovnou silou v potrebných kategóriách zdravotníckych pracovníkov v správnom čase a priestore, s požadovanou kvalifikáciou a kompetenciami (Correia a kol., 2022; Kunjumen a kol., 2020). Následne ide o vzdelávanie a rozvoj, teda zabezpečenie prístupu k rôznym vzdelávacím aktivitám podľa potrieb zdravotníckeho zariadenia a v súlade s požiadavkami na pracovné miesta rôznych kategórií zdravotníckeho personálu (Wang a kol, 2021). Zároveň musia vzdelávacie aktivity vychádzať z rozvoja zdravotníckych služieb a nových trendov (Reeve a kol., 2017). Všetko musí prebiehať v súlade s cieľmi stanovenými v politike zdravotníctva uplatňovanej na úrovni štátu. Riadenie výkonu je ďalším z dôležitých procesov politiky riadenia ľudských zdrojov. Optimalizácia procesu poskytovania služieb a zabezpečenie podpory zdravotníckych pracovníkov pri ich efektívnom a vysokokvalifikovanom poskytovaní zdravotníckych služieb sú hlavným záujmom pri napĺňaní potrieb a očakávaní obyvateľov krajiny (Nasuridin a Khan, 2020). Podpornými činnosťami sú organizácia rozdelenia práce, štandardy praxe, spôsoby platieb, obeh a dostupnosť informácií, spôsoby riadenia, nástroje a mechanizmy hodnotenia či postupy na zvyšovanie kvality poskytovania zdravotníckych služieb. Uvedené je realizované prostredníctvom každodenných personálnych činností riadiacich pracovníkov, ktorí vychádzajú zo smerníc vypracovaných na úrovni zdravotníckych zariadení v oblasti metód nábora a udržania zdravotníckych pracovníkov, riadenia kariéry a mechanizmov mobility, systému odmeňovania, riadenia pracovných vzťahov či systému hodnotenia pracovného výkonu. To všetko je nastavené v súlade s organizačnou kultúrou zdravotníckeho zariadenia, víziou, poslaním a hodnotami.

Cestou k popísanému cieľu je uznanie systémovej povahy riadenia ľudských zdrojov – uznanie každej z jeho činností a ich vzájomnej závislosti; rešpektovanie väzieb medzi politikou riadenia ľudských zdrojov, politikou zdravia a prostredím, v ktorom sú implementované. Výzvou je zabezpečiť, aby boli tieto základné činnosti riešené koherentným spôsobom. Akákoľvek akcia ovplyvňujúca jednu z nich môže mať vplyv na iné funkcie (Gallo a kol., 2019). Operácie určené

na vyváženie rozloženia personálu majú dopad na motiváciu a výkon zdravotníckych pracovníkov. Rozvoj ďalšieho vzdelávania má vplyv na poskytovanie služieb. Ak je v zdravotníckom zariadení zamestnaný nedostatok zamestnancov, môže to sťažiť prístup zdravotníckych pracovníkov k možnostiam profesionálneho rozvoja. Ďalšie znižovanie ich počtu spôsobí obmedzenie zdravotníckych výkonov, príp. až zatváranie celých oddelení.

Subsystém riadenia ľudských zdrojov je vzájomne prepojený s ostatnými časťami systému zdravotnej starostlivosti. Kvalita služby závisí od personálu, ale aj od prostredia, v ktorom sa poskytuje a od zdrojov, ktoré sú k dispozícii na ich poskytovanie (Wang a kol., 2021). Vzhľadom na kritickú a strategickú úlohu ľudských zdrojov v zdravotníckych zariadeniach si implementácia politik riadenia ľudských zdrojov vyžaduje, aby rozhodovanie a riadenie boli vysoko proaktívne. K riešeniu problémov sa pristupovalo s vysokým stupňom citlivosti voči mnohým signálom zmien, ktoré vychádzajú z vnútra aj mimo samotných zdravotníckych zariadení: zmeny v zákonoch a iných predpisoch; ekonomické trendy (trh práce, miera rastu, ekonomické priority vlády); organizačné zmeny; technologický pokrok; sociokultúrne a demografické zmeny.

Úspech politiky zostáva podmienený množstvom faktorov, z ktorých štyri sa zdajú byť obzvlášť kľúčové v kontexte riadenia ľudských zdrojov: inštitucionálne/technické kapacity, politická realizovateľnosť, spoločenská prijateľnosť a finančná dostupnosť.

## **5 PRÍNOSY A OBMEDZENIA VÝSKUMU**

Výsledky sú v kontexte realizovaného výskumu zamerané na identifikovanie a hodnotenie faktorov spokojnosti s procesmi riadenia ľudských zdrojov v slovenských nemocniciach determinujúce migráciu lekárov a sestier za prácou do zahraničia, čo je téma, ktorá v súčasnosti nie je dostatočne preskúmaná.

Dáta k výskumu boli zozbierané prostredníctvom dotazníka, ktorý bol distribuovaný všetkým súkromným i štátnym nemocniciam v Slovenskej republike. Tak bol vytvorený priestor na zistenie vnímania procesov riadenia ľudských zdrojov v nemocniciach a na zistenie ich vplyvu na sklon k migrácii lekárov a sestier. Obmedzením bola ochota a časové možnosti zdravotníckych pracovníkov vyplniť ho v čase pandémie COVID-19. Vyčerpanosť, stres a celková frustrácia z fungovania systému zdravotníctva sa po náročnom období prejavilo v návratnosti, prístupe i vo vyjadreniach. Napriek uvedenému, vzorku lekárov tvorilo 168 lekárov (reprezentatívny súbor 377) a 751 sestier (reprezentatívny súbor 380).

***Predpokladané prínosy výskumu pre vedeckú sféru je možné identifikovať vo viacerých oblastiach:***

Z vedecko-výskumného hľadiska sme vytvorili vedecké konštrukty vplyvu faktorov spokojnosti s procesmi riadenia ľudských zdrojov v slovenských nemocniciach na sklon k migrácii za prácou zdravotníckeho pracovníka do zahraničia. Na základe analýzy domácich i zahraničných vedeckých publikácií sme zadefinovali model určený na identifikáciu a kvantifikáciu vybraných základných charakteristík a faktorov spokojnosti s podmienkami práce s dôrazom na procesy riadenia ľudských zdrojov.

Monografia analyzuje, rozširuje a generalizuje aktuálne vedecké poznatky a vnáša do problematiky nové parciálne zistenia k hlbšiemu poznaniu procesov riadenia ľudských zdrojov ako faktorov spokojnosti a následne push faktorov vedúcich zdravotníckych pracovníkov k migrácii za prácou do zahraničia. Overuje výsledky vedeckých štúdií z iných krajín v podmienkach zdravotníctva na Slovensku. Práca rozširuje súčasné vedecké poznanie o vplyve riadenia ľudských zdrojov na vnútornú spokojnosť v práci zdravotníckeho pracovníka, ktorý ako pomáhajúca profesia vníma riadenie ľudských zdrojov odlišne v porovnaní s pracovníkmi zamestnanými vo výrobnjej sfére. Poznanie vplyvu riadenia ľudských zdrojov na spokojnosť, a tým aj na vnímanie faktorov determinujúcich odchod zdravotníckych pracovníkov do zahraničia, by mohlo slúžiť na stabilizáciu a udržateľnosť personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení na Slovensku. Vyšší stupeň úrovne riadenia by mohol vytvoriť také podmienky práce pre lekárov a sestry, ktoré by stabilizovali pracovnú silu v zdravotníckych profesiách v slovenských nemocniciach, a dokonca by mohli byť pull faktormi, ktoré by pozitívne ovplyvnili návratovú migráciu zdravotníckych pracovníkov, obohatených pracovnými skúsenosťami a získanými zručnosťami zo zahraničia.

***Prínosy do oblasti pedagogickej i oblasti spolupráce s praxou.***

Prehľad stavu vedeckého poznania v oblasti skúmanej problematiky, syntéza vedeckých poznatkov do ucelenej koncepcie, použitá metodológia i forma kvantitatívnej analýzy vytvárajú predpoklady k ich aplikácii do pedagogického procesu vo výuke predmetov manažment, personálny manažment a manažment riadenia ľudských zdrojov, v študijných programoch Ľudské zdroje a personálny manažment, Manažment, Verejná ekonomika a služby, ale aj v študijných programoch Verejné zdravotníctvo či Zdravotnícky manažment a financovanie.

Výsledky dosiahnuté v rámci výskumu môžu byť nápomocné riadiacim pracovníkom štátnych i súkromných nemocníc pri vytváraní a implementovaní politík riadenia ľudských zdrojov do každodenných personálnych procesov s cieľom stabilizovať zabezpečenie

poskytovania zdravotníckych služieb pracovnou silou v požadovanej kvantitatívnej i kvalitatívnej štruktúre. Správne nastavenie personálnych činností má vplyv i na výkonnosť zdravotníckych zariadení a zvyšovanie produktivity práce, a teda na efektívne využívanie finančných prostriedkov z verejných zdrojov. Keďže nastavenie personálnych činností je v zdravotníctve regulované štátom, môžu byť výsledky výskumu prínosom aj pre tvorcov politik. Systémové riadenie zmien v kontexte ucelených reforiem je cieľom kvalitného a efektívneho zdravotníctva krajiny. Uvedené nie je možné dosiahnuť bez ľudských zdrojov, ktoré v tomto odvetví predstavujú „najväčšie bohatstvo“ zdravotníckych organizácií. Je nevyhnutné plánovať počet a štruktúru pracovných síl na úrovni krajiny a vytvoriť zdroje pracovných síl (absolventov vzdelávacích programov a aktívnej imigračnej politiky). Podpora vytvárania samotných zdrojov nie je dostatočná a je potrebné ju doplniť o stabilizačné nástroje na udržanie pracovných síl v systéme zdravotníctva krajiny. Výsledky výskumu ukazujú, že práve nástroje riadenia ľudských zdrojov prispievajú k spokojnosti pracovnej sily v zdravotníckych zariadeniach, čo determinuje (znižovaním) ich sklon k migrácii. V neposlednom rade si dosiahnutie tohto cieľa vyžaduje zvyšovanie vzdelania v oblasti riadenia a riadenia ľudských zdrojov u všetkých riadiacich pracovníkov v nemocniciach, pretože oni sú priami vykonávatelia politik riadenia ľudských zdrojov v každodennom pracovnom živote lekárov a sestier na oddeleniach.

Limitom je realizovanie výskumu v prostredí zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike bezprostredne po pandémie COVID-19, ktorá zasiahla odvetvie zdravotníctva najviac. Pracovná vyťaženosť a stupňovanie stresu zdravotníckych pracovníkov boli významným faktorom, ktorý ovplyvnil návratnosť dotazníkov s dopadom na konečnú veľkosť vzorky u lekárov. Rovnako je obmedzením dotazníkové zisťovanie, pri ktorom je riziko, že respondent sa bude snažiť svoje odpovede upraviť s cieľom zveličiť problémy či vykresliť seba v pozitívnejšom svetle. Zároveň vyjadrenie úprimného názoru mohlo u respondenta vyvolať strach z odplaty zo strany nadriadeného či zdravotníckeho zariadenia napriek ubezpečeniu o úplnej anonymite a etike výskumu. Ďalším faktorom limitujúcim výskum môže byť profesijné zdravotnícke zameranie a nedostatočné znalosti z oblasti riadenia ľudských zdrojov (napr. znalosť nástrojov personálneho manažmentu a ich účinnosť, vplyv na výkon zdravotníckych pracovníkov, spôsoby merania výkonu zdravotníckych pracovníkov a pod.), čím mohlo dôjsť k nepochopeniu niektorých otázok. Tiež sa dá predpokladať, že obmedzenie výskumu len na lekárov a sestry (ako zdravotníckych pracovníkov), mohlo mať tiež určitý vplyv na zovšeobecnenia výsledkov. Zohľadnenie názorov ostatných zdravotníckych pracovníkov by umožnilo uchopiť problematiku vo väčšom rozsahu.



## ZÁVER

Hlavným cieľom výskumu bolo identifikovať faktory spokojnosti s procesmi riadenia ľudských zdrojov determinujúce migráciu zdravotníckych pracovníkov zamestnaných v slovenských nemocniciach za prácou do zahraničia a diskutovať o možnostiach riešiť ich negatívne dopady.

K dosiahnutiu stanoveného cieľa boli sformulované parciálne ciele: a. vyhľadať, analyzovať a sumarizovať najnovšie dostupné teoretické poznatky výskumných štúdií zaoberajúcich sa migráciou zdravotníckych pracovníkov, faktormi vysvetľujúcimi migráciu zdravotníckych pracovníkov, spokojnosťou zdravotníckych pracovníkov s prácou a riadením ľudských zdrojov v zdravotníckych zariadeniach; b. zistiť vnímanie podmienok práce jednotlivých skupín zdravotníckych pracovníkov s dôrazom na procesy riadenia ľudských zdrojov, zamestnaných v slovenských nemocniciach v kontexte push faktorov; c. komparovať vnímanie jednotlivých skupín zdravotníckych pracovníkov; d. zistiť diferencie vo vnímaní zdravotníckych pracovníkov na báze vybraných charakteristík a identifikovať determinujúce faktory migrácie lekárov a sestier zamestnaných v slovenských nemocniciach; e. identifikovať procesy riadenia ľudských zdrojov k stabilizácii a udržaniu jednotlivých skupín zdravotníckych pracovníkov v slovenských nemocniciach; f. navrhnúť nástroje politiky riadenia ľudských zdrojov na stabilizáciu a udržanie zdravotníckych pracovníkov v slovenských nemocniciach.

Výsledky empirickej časti hovoria, že zo základných identifikačných charakteristík má signifikantný vplyv na sklon k migrácii lekárov i sestier vek, pričom v súlade s vedeckými štúdiami väčší sklon k migrácii majú vekové kategórie zdravotníckych pracovníkov do 30 rokov. Zaujímavým zistením je, že lekári vo veku od 31 do 40 rokov uvažujú o hľadaní práce v zahraničí v menšom rozsahu ako starší kolegovia. Vysvetlením môže byť, že lekári v tomto veku vstupujú do stabilných životných vzťahov, zakladajú si rodiny, stávajú sa rodičmi, zabezpečujú si vlastné bývanie a pod.). Faktorom s najvýznamnejším vplyvom je však naplnenie priebežného kariérneho cieľa – získať potrebnú prax k započatiu atestačného vzdelávania, ktoré sa uskutočňuje v dvoch na seba nadväzujúcich cykloch a z hľadiska dĺžky trvania či vzhľadom na diferenciaciu podľa odborov, sa uskutočňuje práve vo veku 31 až 40 rokov. Systém prirodzene vytvára časovú medzeru, ktorú je možné využiť k stabilizácii zdravotníckeho personálu v krajine prostredníctvom správneho nastavenia procesov riadenia ľudských zdrojov zo strany nemocníc a štátu. Nástrojom negatívnej motivácie, s cieľom stabilizovať pracovnú silu, je využívanie dodatkov k pracovným zmluvám. Atestovaný lekár sa v nej zaväzuje určitý počet rokov

odpracovať pre nemocnicu, ktorá mu pre atestačné vzdelávanie vytvorila podmienky, pričom ich nedodržanie je finančne sankcionované. Najväčší sklon k migrácii majú respondenti vo veku od 40 do 50 rokov pred vekovou kategóriou do 30 rokov. Jedným z vysvetlení môže byť vysoká migrácia absolventov medicíny skôr ako vstúpia na trh práce a v nemocniciach sa zamestnávajú absolventi, ktorí sa rozhodli ostať v prvých rokoch pracovať na Slovensku. V prípade sestier je rovnako vek determinujúcim faktorom s nevýraznou prevahou sestier do 30 rokov a potom sestier vo veku od 45 rokov.

Faktor počet detí s vyživovacou povinnosťou bol u lekárov nesignifikantný na rozdiel od sestier. Ženy sestry, ktoré boli bezdetné alebo ich deti už dosiahli vek, s ktorým sa neviaže ich vyživovacia povinnosť o migrácii uvažovali častejšie. Uvedené zodpovedá zisteniam o veku, keďže sestry sa na trh práce dostávajú v nižšom veku ako lekári, čím sú na pracovnom mieste stabilizované skôr a rovnako skôr majú vytvorené podmienky k osamostatneniu sa a založeniu rodiny. Uvedené potvrdzujú výsledky štatistickej významnosti rodu na sklon k migrácii u sestier, pričom u lekárov sa vzťah nepotvrdil.

Pri skúmaní spokojnosti s podmienkami práce sme zistili štatistickú významnosť všetkých pätnástich premenných, z ktorých boli extrahované štyri hlavné faktory. Medzi lekármi a sestrami sú mierne odlišnosti, ktoré sú spôsobené požiadavkami pracovného miesta. Ide o väčšiu významnosť faktora politika odmeňovania u sestier (faktor 3), pričom u lekárov bol faktor sýtený ďalšími premennými – organizácia práce a nedostatok lekárov a z toho vyplývajúca rastúca záťaž. U sestier je nedostatok pracovníkov vnímaný ako systémová chyba v prístupe štátu k zdravotníctvu a regulovaniu ich vzdelávania.

Za najvýznamnejší výsledok práce je možné považovať dokázanie vplyvu extrahovaných faktorov na sklon k migrácii, pričom u lekárov je to faktor vnútorné nastavenie personálnych procesov v nemocniciach. Vnímanie faktora lekármi nadobúda vysokú negatívnu hodnotu, potom platí, že čím sú lekári menej spokojní s odmeňovaním a zamestnaneckými benefitmi, organizáciou práce a nedostatkom pracovnej sily v nemocniciach, tým viac z nich si bude hľadať prácu v zahraničí. Nespokojnosť lekárov s premennými sýtiacimi faktor vnútorné nastavenie personálnych procesov je signifikantný tak pre mužov lekárov ako aj pre ženy lekárky, zároveň pre tých z nich, ktorí majú vyživované dieťa, majú ukončené atestačné vzdelávanie a nadobudli prax v rozsahu 11 a viac rokov.

U sestier má štatisticky významný vplyv nespokojnosť s premennými sýtiacimi faktor politika odmeňovania, pričom trestnosť vzťahu je mierne negatívna. Potom platí, že čím viac sú sestry nespokojné s odmeňovaním a zamestnaneckými benefitmi nastavenými v nemocniciach,

tým viac budú uvažovať o hľadaní práce v zahraničí. Tento faktor je štatisticky významne determinovaný ženským rodom sestier, viazanosťou na vyživované deti, ukončeným špecializačným vzdelávaním, pričom počet odpracovaných rokov v zdravotníctve na Slovensku nemá na tento faktor žiadny signifikantný vplyv. Zaujímavé je, že pre sestry s praxou nad 21 rokov je dôležitým faktorom organizačná kultúra s negatívnym vzťahom stredne silnej tesnosti vzhľadom ku sklonu k migrácii. Teda sestry s praxou nad 21 rokov uvažujú o hľadaní práce v zahraničí pod vplyvom nespokojnosti so vzťahmi a komunikáciou na pracovisku, ktoré sú v nesúlade s poslaním, víziou a hodnotami nemocnice a zdravotníckeho povolania.

Zaujímavé by mohlo byť v budúcnosti rozšírenie podobného výskumu v ďalších krajinách napr. krajinách V4, čo by nám umožnilo ďalšiu komparáciu nastavenia procesov riadenia ľudských zdrojov na úrovni štátov a jej priamy dopad na výkon zdravotníckych pracovníkov v nemocniciach. Benchmarking by mohol priniesť požadované výsledky. Rovnako by bolo vhodné ďalej sa venovať výskumu faktorov návratovej migrácie u slovenských lekárov a sestier pracujúcich v zahraničí rozšírené o skúmanie plánov do budúcnosti a faktorov, ktoré by ich primäli vrátiť sa späť na Slovensko. Prieskumy realizované medzi študentmi medicíny tiež dávajú priestor na ďalší výskum z hľadiska plánovania pracovnej sily a budovania zdrojov do budúcnosti.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ADAM, Taghreed, 2014. Advancing the application of systems thinking in health. *Health Research Policy and Systems* [online]. 12(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4505. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4505-12-50

ADEBAYO, Adebisola a AKINYEMI, Oluwaseun Oladapo, 2021. What Are You Really Doing in This Country?: Emigration Intentions of Nigerian Doctors and Their Policy Implications for Human Resource for Health Management: Emigration Intentions of Nigerian Doctors and Their Policy Implications for Human Resource for Health Management. *JOURNAL OF INTERNATIONAL MIGRATION AND INTEGRATION*. ISSN 1488-3473. Dostupné z: doi:10.1007/s12134-021-00898-y

AI, Chunrong a Edward C. NORTON, 2003. Interaction terms in logit and probit models. *Economics Letters* [online]. 80(1), 123-129 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01651765. Dostupné z: doi:10.1016/S0165-1765(03)00032-6

AIKEN, Linda H., Douglas M. SLOANE, Luk BRUYNEEL, Koen VAN DEN HEEDE a Walter SERMEUS, 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 50(2), 143-153 [cit. 2022-07-17]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009

AIKEN, Linda H., Herbert L. SMITH a Eileen T. LAKE, 1994. Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. *Medical Care* [online]. 32(8), 771-787 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0025-7079. Dostupné z: doi:10.1097/00005650-199408000-00002

AKOGLU, Haldun, 2018. User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 18(3), 91-93. ISSN 2452-2473. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001

ALAM, Nazmul, Lisa A. MERRY, Mohammad MAINUL ISLAM a Claudia Z. CORTIJO, 2015. International Health Professional Migration and Brain Waste: A Situation of Double-Jeopardy. *Open Journal of Preventive Medicine* [online]. 05(03), 128-131 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2162-2477. Dostupné z: doi:10.4236/ojpm.2015.53015

ALUTTIS, C, T BISHAW a MW FRANK, 2014. The workforce for health in a globalized context - global shortages and international migration. GLOBAL HEALTH ACTION. 7, 1-7. ISSN 1654-9880. Dostupné z: doi:10.3402/gha.v7.23611

AL-WOTAYAN, Rihab, Mahmoud ANNAKA a Maqsood NAZAR, 2019. Job Satisfaction and Mental Health among Physicians in Primary Health Care Centers in Kuwait. Health [online]. 11(06), 692-710 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1949-4998. Dostupné z: doi:10.4236/health.2019.116058

AMOA, Cosmos, Josephine JEHU-APPIAH a Emmanuel AGYENIM BOATENG, 2022. Ethical Leadership, Job Satisfaction, and Organisational Commitment among Health Workers in Ghana: Evidence from Central Region Hospitals. Journal of Human Resource and Sustainability Studies [online]. 10(01), 123-141 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2328-4862. Dostupné z: doi:10.4236/jhrss.2022.101009

AMORIM-LOPES, M, A ALMEIDA a B ALMADA-LOBO, 2019. Physician Emigration: Should they Stay or Should they Go? A Policy Analysis: Should they Stay or Should they Go? A Policy Analysis. COMPUTATIONAL ECONOMICS. 54(3), 905-931. ISSN 0927-7099. Dostupné z: doi:10.1007/s10614-018-9854-1

AMORIM-LOPES, M, M OLIVEIRA, M RAPOSO, et al., 2021. Enhancing optimization planning models for health human resources management with foresight. OMEGA-INTERNATIONAL JOURNAL OF MANAGEMENT SCIENCE. 103. ISSN 0305-0483. Dostupné z: doi:10.1016/j.omega.2020.102384

ANASTASIOU, E, 2022. Populations in Crisis: Migration Plans and Determinants Among Medical Students During the COVID-19 Pandemic: Migration Plans and Determinants Among Medical Students During the COVID-19 Pandemic. MIGRATION LETTERS. 19(1), 15-28. ISSN 1741-8984. Dostupné z: doi:10.33182/ml.v19i1.1401

APOSTU, SA, M ROMAN a V VASILE, 2020. PHYSICIANS' MIGRATION FROM ROMANIA. RECENT EVIDENCE FROM ADMINISTRATIVE DATA. s. -774, 768 s. ISSN 2457-483X.

ARIF, M, M CRUICKSHANK a J FRASER, 2019. TO REMAIN, MIGRATE ABROAD OR RESETTLE: A COMPLEX DYNAMIC PROCESS AFFECTING PAKISTANI PHYSICIANS' CAREER DECISIONS: A COMPLEX DYNAMIC PROCESS AFFECTING PAKISTANI

PHYSICIANS' CAREER DECISIONS. ASIA PACIFIC JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT. 14(3), 37-47. ISSN 1833-3818. Dostupné z: doi:10.24083/apjhm.v14i3.321

ASAMANI, James, Christmal CHRISTMALS a Gerda REITSMA, 2021. Advancing the Population Needs-Based Health Workforce Planning Methodology: A Simulation Tool for Country Application. International Journal of Environmental Research and Public Health [online]. 18(4) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph18042113

BADDELEY, M., MARTIN, R.L. and TYLER, P. (1998) European regional unemployment disparities: Convergence or persistence? European Urban and Regional Studies, 5,3, pp.195-215. Competitiveness, Productivity and Economic Growth across the European Regions. Available: [https://www.researchgate.net/publication/23731212\\_Competitiveness\\_Productivity\\_and\\_Economic\\_Growth\\_across\\_the\\_European\\_Regions](https://www.researchgate.net/publication/23731212_Competitiveness_Productivity_and_Economic_Growth_across_the_European_Regions) [accessed Jun 01 2023].

BAHNA, Miroslav a SEKULOVÁ, Martina. (2018). Crossborder Care: Lessons from Central Europe. Palgrave Macmillan Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-97028-8>

BARBAZZA, Erica a Juan E. TELLO, 2014. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy [online]. 116(1), 1-11 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2014.01.007

BAUMANN, Andrea, Mabel HUNSBERGER a Mary CREA-ARSENIO, 2011. Workforce Integration of New Graduate Nurses: Evaluation of a Health Human Resources Employment Policy: Evaluation of a Health Human Resources Employment Policy. Healthcare policy = Politiques de santé. 7, 47-59. Dostupné z: doi:10.12927/hcpol.2011.22662

BAUMANN, Andrea, Jean YAN, Jaclyn DEGELDER a Kamil MALIKOV, 2006. Retention Strategies for Nursing: A Profile of Four Countries: A Profile of Four Countries.

BAYO-MORIONES, Alberto, GALDON-SANCHEZ, José,E. and MARTINEZ-DE-MORENTIN, Sara, 2020. Business strategy, performance appraisal, and organizational results”, Personnel Review, Vol. 50 No. 2, pp. 515-534, Dostupné z: doi: 10.1108/PR-09-2019-0498

BECKER, R, 2019. Occupational experiences of high-skilled intra-EU immigrants in a transnational space? How European physicians in Germany perceive their career prospects. POPULATION SPACE AND PLACE. 25(7). ISSN 1544-8444. Dostupné z: doi:10.1002/psp.2245

BECKER, R a C TENNEY, C., 2020. Understanding high-skilled intra-European migration patterns: the case of European physicians in Germany: the case of European physicians in Germany. JOURNAL OF ETHNIC AND MIGRATION STUDIES. 46(9), 1737-1755. ISSN 1369-183X. Dostupné z: doi:10.1080/1369183X.2018.1561249

BEGOVIĆ, Selena, Lejla LAZOVIĆ-PITA, Velma PIJALOVIĆ a Bojan BASKOT, 2020. An investigation of determinants of youth propensity to emigrate from Bosnia and Herzegovina. Economic Research-Ekonomska Istraživanja [online]. 33(1), 2574-2590 [cit. 2022-07-17]. ISSN 1331-677X. Dostupné z: doi:10.1080/1331677X.2020.1754267

BEINE, Michel, Frédéric DOCQUIER a Hillel RAPOPORT, 2008. Brain Drain and Human Capital Formation in Developing Countries: Winners and Losers: Winners and Losers. The Economic Journal. 118(528), 631-652. ISSN 0013-0133. Dostupné z: doi:10.1111/j.1468-0297.2008.02135.x

BENHAMOU, Eric a MELOT, Valentin., 2019. Seven proofs of the Pearson Chi-squared independence test and its graphical interpretation. Dostupné na: <https://hal.archivesouvertes.fr/hal-02012452>

BEVAN, Stephen, 2005. "Britain accused of ignoring nurse-recruitment ban." Lancet (London, England) vol. 366,9501 : 1915-6. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(05)67772-0

BEVIR, Mark a Rhodes, RAW Eds., 2015. Routledge Handbook of Interpretive Political Science (1. vydanie). Routledge. Dostupné z: <https://doi.org/10.4324/9781315725314>

BHATTACHARYA, S a BHATTACHARYA, C., 2022. Sustainable human resource planning for hospitals in tier 2/3 cities: evidence from India: evidence from India. INTERNATIONAL JOURNAL OF ORGANIZATIONAL ANALYSIS. ISSN 1934-8835. Dostupné z: doi:10.1108/IJOA-07-2020-2289

BIDWELL, Posy, Niamh HUMPHRIES, Patrick DICKER, Steve THOMAS, Charles NORMAND a Ruairí BRUGHA, 2013. The national and international implications of a decade of doctor migration in the Irish context. Health Policy [online]. 110(1), 29-38 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2012.10.002

BLANK, R. H., BURAU, V. D., a KUHLMANN, E., 2018. Comparative health policy. (Fifth edition.). Macmillan Education.

BOELEN, Charles, David PEARSON, Arthur KAUFMAN, James ROURKE, Robert WOOLLARD, David C. MARSH a Trevor GIBBS, 2016. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. *Medical Teacher* [online]. 38(11), 1078-1091 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0142-159X. Dostupné z: doi:10.1080/0142159X.2016.1219029

BOTEZAT, A a A MORARU, 2020. Brain drain from Romania: what do we know so far about the Romanian medical diaspora?: what do we know so far about the Romanian medical diaspora?. *EASTERN JOURNAL OF EUROPEAN STUDIES*. 11(1), 309-334. ISSN 2068-651X.

BOTEZAT, A a R RAMOS, 2020. Physicians' brain drain-a gravity model of migration flows. *GLOBALIZATION AND HEALTH*. 16(1). ISSN 1744-8603. Dostupné z: doi:10.1186/s12992-019-0536-0

BOURNE, Mike, FRANCO-SANTOS, Monica, MICHELI, Pietro and PAVLOV, Andrej, 2018. Performance measurement and management: a system of systems perspective, *International Journal of Production Research*, Vol. 56 No. 8, pp. 1-12. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207543.2017.1404159?journalCode=tprs20>

BOWSER, Diana, Susan Powers SPARKES, Andrew MITCHELL, Thomas J. BOSSERT, Till BÄRNIGHAUSEN, Gulin GEDIK a Rifat ATUN, 2014. Global Fund investments in human resources for health: innovation and missed opportunities for health systems strengthening. *Health Policy and Planning* [online]. 29(8), 986-997 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1460-2237. Dostupné z: doi:10.1093/heapol/czt080

BRUGHA, Ruairí, Sara MCALEESE, Pat DICKER, Ella TYRRELL, Steve THOMAS, Charles NORMAND a Niamh HUMPHRIES, 2016. Passing through – reasons why migrant doctors in Ireland plan to stay, return home or migrate onwards to new destination countries. *Human Resources for Health* [online]. 14(S1) [cit. 2022-07-17]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-016-0121-z

BRUSH, Barbara L., Julie SOCHALSKI a Anne M. BERGER, 2004/05/01. Imported Care: Recruiting Foreign Nurses To U.S. Health Care Facilities: Recruiting Foreign Nurses To U.S. Health Care Facilities. *Health Affairs*. *Health Affairs*, 23(3), 78-87. ISSN 0278-2715. Dostupné z: doi:10.1377/hlthaff.23.3.78

BUCHAN, James, 2004. What difference does ("good") HRM make? *Human Resources for Health* [online]. 2(1) [cit.2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné: doi:10.1186/1478-4491-2-6



BUCHAN, James, Barbara MCPAKE, Kwadwo MENSAH a George RAE, 2009. Does a code make a difference – assessing the English code of practice on international recruitment. *Human Resources for Health* [online]. 7(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-7-33

BUHELDT, B, B ZIEBICKI, J JONCZYK a J DZIENDZIORA, 2021. The enhancement of the employer branding strategies of Polish hospitals through the detection of features which determine employer attractiveness: a multidimensional perspective: a multidimensional perspective. *HUMAN RESOURCES FOR HEALTH*. 19(1). ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-021-00620-0

BUYKX, Penny, John HUMPHREYS, John WAKERMAN a Dennis PASHEN, 2010. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Australian Journal of Rural Health* [online]. 18(3), 102-109 [cit. 2022-07-18]. ISSN 10385282. Dostupné z: doi:10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x

CAIRNS, David a Jim SMYTH, 2011/04/01. I wouldn't mind moving actually: Exploring Student Mobility in Northern Ireland: Exploring Student Mobility in Northern Ireland. *International Migration*. John Wiley & Sons, 49(2), 135-161. ISSN 0020-7985. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2009.00533.x

CLARKE, Nicholas, Sophie CROWE, Niamh HUMPHRIES, Ronan CONROY, Simon O'HARE, Paul KAVANAGH a Ruairi BRUGHA, 2017. Factors influencing trainee doctor emigration in a high income country: a mixed methods study. *Human Resources for Health* [online]. 15(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-017-0239-7

CLARK, Tyler R, Saul B FREEDMAN, Amanda J CROFT, Hazel E DALTON, Georgina M LUSCOMBE, Anthony M BROWN, David J TILLER a Michael S FROMMER, 2013. Medical graduates becoming rural doctors: rural background versus extended rural placement. *Medical Journal of Australia* [online]. 199(11), 779-782 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0025-729X. Dostupné z: doi:10.5694/mja13.10036

COMETTO, G, J BUCHAN a G DUSSAULT, 2020. Developing the health workforce for universal health coverage. *BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. 98(2), 109-116. ISSN 0042-9686. Dostupné z: doi:10.2471/BLT.19.234138

COMETTO, Giorgio a Sophie WITTER, 2013. Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. *Bulletin of the World Health*

Organization [online]. 91(11), 881-885 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0042-9686. Dostupné z: doi:10.2471/BLT.13.118810

CORREIA, T, I GOMES, P NUNES a G DUSSAULT, 2020. Health workforce monitoring in Portugal: Does it support strategic planning and policy-making?: Does it support strategic planning and policy-making?. HEALTH POLICY. 124(3), 303-310. ISSN 0168-8510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2019.12.014

COSTIGLIOLA, Vincenzo, 2011. Mobility of medical doctors in cross-border healthcare. EPMA Journal [online]. 2(4), 333-339 [cit. 2022-07-17]. ISSN 1878-5077. Dostupné z: doi:10.1007/s13167-011-0133-7

CREESE, J, JP BYRNE, A MATTHEWS, AM MCDERMOTT, E CONWAY a N HUMPHRIES, 2021. "I feel I have no voice": hospital doctors' workplace silence in Ireland: hospital doctors' workplace silence in Ireland. JOURNAL OF HEALTH ORGANIZATION AND MANAGEMENT. 35(9), 178-194. ISSN 1477-7266. Dostupné z: doi:10.1108/JHOM-08-2020-0353

CRETENDEN, Ian F, Maureen V MCCARTY, Bethany J FENECH, Troy HEYWOOD, Michelle C TAITZ a Sam TUDMAN, 2014. How evidence-based workforce planning in Australia is informing policy development in the retention and distribution of the health workforce. Human Resources for Health [online]. 12(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-12-7

CUDALB, Anamaria a Ursula GRESSER, 2020. What Contribution Can Doctors Trained in Romania Bring in Order to Remedy the Medical Deficit in Germany? Comparison of Medical Studies and Specialist Training between Romania, Germany, and Poland, Using as an Example the Fields of Internal Medicine, General Medicine, and Anesthesia. Creative Education [online]. 11(11), 2424-2442 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2151-4755. Dostupné z: doi:10.4236/ce.2020.1111178

DANISH, A, R BLAIS a F CHAMPAGNE, 2019. Strategic analysis of interventions to reduce physician shortages in rural regions. RURAL AND REMOTE HEALTH. 19(4). ISSN 1445-6354. Dostupné z: doi:10.22605/RRH5466

DANISH, A, R BLAIS a F CHAMPAGNE, 2019. Strategic analysis of interventions to reduce physician shortages in rural regions. RURAL AND REMOTE HEALTH. 19(4). ISSN 1445-6354. Dostupné z: doi:10.22605/RRH5466

DIALLO, Khassoum, Pascal ZURN, Neeru GUPTA a Mario DAL POZ, 2003. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health* [online]. 1(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné: doi:10.1186/1478-4491-1-3

DIELEMAN, Marjolein, Daniel MP SHAW a Prisca ZWANIKKEN, 2011. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Human Resources for Health* [online]. 9(1) [cit. 2022-07-17]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-9-10

DILL, MJ a GB HIRSCH, 2021. The Association of American Medical Colleges' Local Area Physician Workforce Modeling Project. *ACADEMIC MEDICINE*. 96(10), 1393-1400. ISSN 1040-2446. Dostupné z: doi:10.1097/ACM.0000000000004133

DODANI, Sunita a Ronald E LAPORTE, 2005/11/01. Brain Drain from Developing Countries: How can Brain Drain be Converted into Wisdom Gain?: How can Brain Drain be Converted into Wisdom Gain?. *Journal of the Royal Society of Medicine*. SAGE Publications, 98(11), 487-491. ISSN 0141-0768. Dostupné z: doi:10.1177/014107680509801107

DOHLMAN, L, M DIMEGLIO, J HAJJ a K LAUDANSKI, 2019. Global Brain Drain: How Can the Maslow Theory of Motivation Improve Our Understanding of Physician Migration?: How Can the Maslow Theory of Motivation Improve Our Understanding of Physician Migration?. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*. 16(7). ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph16071182

DOMAGALA, A, MM BALA, JN PENA-SANCHEZ, D STORMAN, MJ SWIERZ, M KACZMARCZYK a M STORMAN, 2019. Satisfaction of physicians working in hospitals within the European Union: state of the evidence based on systematic review: state of the evidence based on systematic review. *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 29(2), 232-241. ISSN 1101-1262. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/cky117

DOMAGALA, A a K DUBAS-JAKOBCZYK, 2019. Migration intentions among Polish physicians - the profile of a potential migrant. *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 29, 245-245. ISSN 1101-1262.

DOWELL, J., M. NORBURY, K. STEVEN a B. GUTHRIE, 2015. Widening access to medicine may improve general practitioner recruitment in deprived and rural communities: survey of GP origins and current place of work. *BMC Medical Education* [online]. 15(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1472-6920. Dostupné z: doi:10.1186/s12909-015-0445-8

DUBAS-JAKÓBCZYK, Katarzyna, Alicja DOMAGAŁA, Dorota KIEDIK a Juan Nicolás PEÑA-SÁNCHEZ, 2020. Exploring Satisfaction and Migration Intentions of Physicians in Three University Hospitals in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 17(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17010043

DUBOIS, Carl-Ardy, Martin MCKEE a Ellen NOLTE, 2006. *Human resources for health in Europe*. New York: Open University Press. ISBN isbn0335218555.

DUSSAULT, G, 2019. Reflections on Health Workforce Development Comment on "Health Professional Training and Capacity Strengthening Through International Academic Partnerships: The First Five Years of the Human Resources for Health Program in Rwanda": The First Five Years of the Human Resources for Health Program in Rwanda." *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH POLICY AND MANAGEMENT*. 8(4), 245-246. ISSN 2322-5939. Dostupné z: doi:10.15171/ijhpm.2018.129

DUSSAULT, Gilles, 2015. Bringing the Health Workforce Challenge to the Policy Agenda. In: KUHLMANN, Ellen, Robert H. BLANK, Ivy Lynn BOURGEOULT a Claus WENDT, ed. *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* [online]. London: Palgrave Macmillan UK, 2015, s. 273-288 [cit. 2022-07-18]. ISBN 978-1-349-48112-5. Dostupné z: doi:10.1057/9781137384935\_17

DUSSAULT, Gilles a BUCHAN, James, 2014. The economic crisis in the EU: impact on health workforce mobility. In J. Buchan, M. Wismar, I. A. Glinos, & J. Bremner (Eds.), *Health Professional mobility in a Changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses* (Vol. II, pp. 35-64). (Observatory Studies Series). WHO (European Observatory on Health Systems and Policies). [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/248343/Health-Professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248343/Health-Professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf)

DUSSAULT, Gilles a Carl-Ardy DUBOIS, 2003. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health* [online]. 1(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-1-1

DUSSAULT, G a P ZURN, 2020. Health labour markets: an overview of some human factors that influence demand and supply: an overview of some human factors that influence demand and supply. *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 30, V44-V44. ISSN 1101-1262.

EATON, Susan C., 2000. Beyond 'unloving care': linking human resource management and patient care quality in nursing homes. *The International Journal of Human Resource Management* [online]. 11(3), 591-616 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0958-5192. Dostupné z: doi:10.1080/095851900339774

EL ARNAOUT, N, RF CHEHAB, B RAFII a M ALAMEDDINE, 2019. Gender equity in planning, development and management of human resources for health: a scoping review: a scoping review. *HUMAN RESOURCES FOR HEALTH*. 17. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-019-0391-3

ESIPOVA, Neli a RAY, Julie, 2011. "International Migration Desires Show Signs of Cooling. Dostupné z: <http://www.gallup.com/poll/148142/International-Migration-Desires-ShowSigns-Cooling.aspx>

EURÓPSKA KOMISIA, GENERÁLNE RIADITEĽSTVO PRE VNÚTORNÝ TRH, PRIEMYSEL, PODNIKANIE A MSP, 2020. User guide, Directive 2005/36/EC : all you need to know about recognition of professional qualifications, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2873/49563>

FIELD, Andy, 2013. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics: And Sex and Drugs and Rock „N“ Roll*, 4th Edition, Sage, Los Angeles, London, New Delhi.

FIERLBECK, Katherine, 2014. The changing contours of experimental governance in European health care. *Social Science & Medicine* [online]. 108, 89-96 [cit. 2022-07-17]. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2014.02.040

FIRDOUS, SN, SMZH NAQVI a M AKHTER, 2019. Factors affecting migration abroad of dental practitioners from Karachi: A cross-sectional survey: A cross-sectional survey. *JOURNAL OF THE PAKISTAN MEDICAL ASSOCIATION*. 69(10), 1531-1538. ISSN 0030-9982. Dostupné z: doi:10.5455/JPMA.291597

FORSTER, Lesley, Hassan ASSAREH, Lisa D WATTS a Craig S MCLACHLAN, 2013. Additional years of Australian Rural Clinical School undergraduate training is associated with rural practice. *BMC Medical Education* [online]. 13(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1472-6920. Dostupné z: doi:10.1186/1472-6920-13-37

FRENK, Julio, Lincoln CHEN, Zulfiqar A BHUTTA, et al., 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.

The Lancet [online]. 376(9756), 1923-1958 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5

FRENK, Julio a Suerie MOON, 2013. Governance Challenges in Global Health. New England Journal of Medicine [online]. 368(10), 936-942 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: doi:10.1056/NEJMra1109339

FRONTEIRA, I, EH JESUS a G DUSSAULT, 2020. Nursing in Portugal in the National Health Service at 40. CIENCIA & SAUDE COLETIVA. 25(1), 273-282. ISSN 1413-8123. Dostupné z: doi:10.1590/1413-81232020251.28482019

FUJISAWA, Rie a COLOMBO, Francesca, 2009. "The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to and growing demand", OECD Health Working Papers, č. 44, OECD Publishing, Paříž. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/225350638472>

GALLO, P, B MIHALCOVA, O VEGSOOVA, T DZUROV-VARGOVA a N BUSOVA, 2019. INNOVATIVE TRENDS IN HUMAN RESOURCES MANAGEMENT: EVIDENCE FOR THE HEALTH CARE SYSTEM: EVIDENCE FOR THE HEALTH CARE SYSTEM. MARKETING AND MANAGEMENT OF INNOVATIONS. (2), 11-20. ISSN 2218-4511. Dostupné z: doi:10.21272/mmi.2019.2-01

GARENKO, Patrizia, SARDI, Alberto and NUDURUPATI, Sai, S., 2021. Human resource management (HRM) in the performance measurement and management (PMM) domain: a bibliometric review. International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. Dostupné z: <https://doi.org/10.1108/IJPPM-04-2020-0177>

GARG, Manish, Gregory PECK, Bonnie ARQUILLA, et al., 2017. A comprehensive framework for international medical programs: A 2017 consensus statement from the American College of Academic International Medicine: A 2017 consensus statement from the American College of Academic International Medicine. International Journal of Critical Illness and Injury Science. 7(4), 188-200. Dostupné z: doi:10.4103/IJCIIS.IJCIIS\_65\_17

GERKENS, Sophie and MERKUR, Sherry, 2010. "Belgium: Health system review." Health systems in transition vol. 12,5: 1-266, xxv. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330331/HiT-12-5-2010-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

GLINOS, Irene A., 2015. Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. *Health Policy* [online]. 119(12), 1529-1536 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.010

GROBLER Liesl, MARAIS Ben J. a MABUNDA Sikhumbuzo, 2015. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD005314. Dostupné z: doi: 10.1002/14651858.CD005314.pub3.

GROSSI, Adriano, Ilda HOXHAI, Irene GABUTTI, Maria Lucia SPECCHIA, Americo CICHETTI, Stefania BOCCIA a Chiara DE WAURE, 2021. Hospital contextual factors affecting the implementation of health technologies: a systematic review: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 21(1), 407. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-021-06423-2

GUAY, Jo'anne, BISHOP Susan E. a ESPIN, Sherry, 2016. New Graduate RNs' Perceptions of Transitioning to Professional Practice After Completing Ontario's New Graduate Guarantee Orientation Program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. SLACK Incorporated, 47(1), 37-44. Dostupné z: doi:10.3928/00220124-20151230-10

GOTO, Rei a Hiroaki KAKIHARA, 2016. A discrete choice experiment studying students' preferences for scholarships to private medical schools in Japan. *Human Resources for Health* [online]. 14(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-016-0102-2

GRADE, M a M GHADIMI, 2021. Human resources management and leadership in surgery. *CHIRURG*. 92(3), 227-231. ISSN 0009-4722. Dostupné z: doi:10.1007/s00104-020-01345-x

GUEST, David, E., 1997. Human Resource Management and Performance: A Review and Research Agenda', *International Journal of Human Resource Management*, 8(3): 263–76.

GUPTA, Neeru, Khassoum DIALLO, Pascal ZURN a Mario R DAL POZ, 2003. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys?. *Human Resources for Health* [online]. 1(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-1-5

HAGEN-ZANKER, Jessica, 2008. Why Do People Migrate? A Review of the Theoretical Literature. *Maastricht Graduate School of Governance Working Paper No. 2008/WP002*, Dostupné z: <https://ssrn.com/abstract=1105657> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1105657>

HAIR, Joseph, F., ANDERSON, Rolph, E., BABIN, Barry, J. a BLACK, William, C., 2010. Multivariate data analysis: A global perspective (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

HAJIAN, S, S YAZDANI, MP JADIDFARD a MH KHOSHNEVISAN, 2020. Factors influencing the migration intention of health professionals in low- and- middle income countries: Critical review with a theoretical model: Critical review with a theoretical model. JOURNAL OF CONTEMPORARY MEDICAL SCIENCES. 6(6), 256-261. ISSN 2413-0516. Dostupné z: doi:10.22317/jcms.v6i6.897

HALL, Thomas L. a Alfonso MEJÍA, 1978. Health manpower planning: principles, methods, issues. Geneva: World Health Organization.

HALL, R., DRÁL, P., FRIDRICHOVÁ, P., HAPALOVÁ, M., LUKÁČ, S., MIŠKOLCI, J., VANČÍKOVÁ, K., 2019. Analýza zistení o stave školstva na Slovensku: To dá rozum, Bratislava: MESA10, 2019. Dostupné z <https://analiza.todarozum.sk>

HALLER, Guy, Christophe COMBESCURE, Chantal MAMIE, Davide ZOCCATELLI a François CLERGUE, 2015. Impact of policies regulating foreign physician migration to Switzerland: a modelling case study in anaesthesia: a modelling case study in anaesthesia. BMC Health Services Research. 15(1), 204. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-015-0867-3

HANNAWI, Suad a Issa Al SALMI, 2014. Health workforce in the United Arab Emirates: analytic point of view. The International Journal of Health Planning and Management [online]. 29(4), 332-341 [cit. 2022-07-18]. ISSN 07496753. Dostupné z: doi:10.1002/hpm.2198

HASTINGS, Stephanie E, Gail D ARMITAGE, Sara MALLINSON, Karen JACKSON a Esther SUTER, 2014. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research [online]. 14(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/1472-6963-14-479

HEALY, J., 1997. Health sector reform in Central and Eastern Europe: the professional dimension. Health Policy and Planning [online]. 12(4), 286-295 [cit. 2022-07-17]. ISSN 14602237. Dostupné z: doi:10.1093/heapol/12.4.286

HEPONIEMI, T, L HIETAPAKKA, A KAIHLANEN a AM AALTO, 2019. The turnover intentions and intentions to leave the country of foreign-born physicians in Finland: a cross-



sectional questionnaire study: a cross-sectional questionnaire study. *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH*. 19(1). ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-019-4487-1

HINDLS, Richard, HRONOVÁ, Stanislava, SEGER, Jan, FISCHER, Jakub, 2007. *Statistika pro economy*. Professional Publishing. ISBN 8086946169

HNILICOVÁ, Helena, VAVRECKOVÁ, Jana a DOBIÁSOVÁ, Karolína, 2008. Migracní tendence u českých lékařů. *Casopis lekaru ceskych*, 147(1), 49–54. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18323043/>

HOSMER, David W., Stanley LEMESHOW a Rodney X. STURDIVANT, 2013. *Applied Logistic Regression* [online]. Hoboken, New Jersey: Wiley [cit. 2022-07-18]. Wiley Series in Probability and Statistics. ISBN 9780470582473. Dostupné z: doi:10.1002/9781118548387

HUGHES, Lauren S, Michael TUGGY, Perry A PUGNO, et al., 2015. Transforming Training to Build the Family Physician Workforce Our Country Needs. *Family medicine*. Pennsylvania Department of Health, 47(8), 620-627. ISSN 0742-3225. Dostupné také z: <http://europepmc.org/abstract/MED/26382120>

HUSSENOEDER, FS, E BODENDIECK, I CONRAD, FZ JUNG a SG RIEDEL-HELLER, 2021. Burnout and work-life balance among physicians: the role of migration background: the role of migration background. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL MEDICINE AND TOXICOLOGY*. 16(1). ISSN 1745-6673. Dostupné z: doi:10.1186/s12995-021-00318-y

HUSSEY, Peter S., 2007. International migration patterns of physicians to the United States: A cross-national panel analysis: A cross-national panel analysis. *Health Policy*. 84(2), 298-307. ISSN 0168-8510. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.04.005>

CHEVREUL, Karine, BERG BRIGHAM, Karen, DURAND-ZALESKI, Isabelle a HERNANDEZ-QUEVEDO, Cristina, 2015. France: Health System Review. *Health systems in transition*, 17(3), 1–xvii. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26766545/>

CHTIBI, Hassan, Ahmed AHAMI, Fatima Zahra AZZAOU, Abderezzak KHADMAOUI, Khaoula MAMMAD, Charles MOTTIER a Philippe WALLON, 2018. Study of Resistance to Stress and Burnout among Public Health Professionals: The Case of Nurses and Physicians at Ibn Sina Hospital in Rabat Morocco. *Open Journal of Medical Psychology* [online]. 07(03), 34-46 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2165-9370. Dostupné z: doi:10.4236/ojmp.2018.73004

IBRAHIM, Halah, SatishChandrasekhar NAIR, Sami SHABAN a Margaret EL-ZUBEIR, 2016. Reducing the physician workforce crisis: Career choice and graduate medical education reform in an emerging Arab country. *Education for Health* [online]. 29(2) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1357-6283. Dostupné z: doi:10.4103/1357-6283.188716

IBRAHIM, H, FZ AL SHARIF, KP SATISH, L HASSEN a SC NAIR, 2019. Should I stay or should I go now? The impact of "pull" factors on physician decisions to remain in a destination country. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT*. 34(4), E1909-E1920. ISSN 0749-6753. Dostupné z: doi:10.1002/hpm.2819

IVAN, Bakaki, Dickson TURYAREEBA, Christopher WAGIMA, Richard WEMESA, Eldard Mukasa SSEBBAALE a Kizito MOSES, 2020. Human Resource Planning Process and Its Influence to the Performance of Health Sector in Uganda: A Case Study of International Hospital Kampala (IHK). *Open Journal of Business and Management* [online]. 08(05), 2248-2261 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2329-3284. Dostupné z: doi:10.4236/ojbm.2020.85137

JOTABÁ, Mariana, N., FERNANDES, Cristina, I., GUNKEL, Marjaana a KRAUS, Sascha, 2022. Inovácie a riadenie ľudských zdrojov: systematický prehľad literatúry, *European Journal of Innovation Management*, Vol. 25 č. 6, s. 1-18. Dostupné z: <https://doi.org/10.1108/EJIM-07-2021-0330>

JOHNSON, George E., Fredrick Clive WRIGHT a Kirsty FOSTER, 2018. The impact of rural outreach programs on medical students' future rural intentions and working locations: a systematic review. *BMC Medical Education* [online]. 18(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1472-6920. Dostupné z: doi:10.1186/s12909-018-1287-y

KANDRACK, R, GR MARTSOLF, RO REID a MW FRIEDBERG, 2019. Primary Care Physician Migration Patterns and Their Implications for Workforce Distribution. *JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE*. 34(7), 1108-1109. ISSN 0884-8734. Dostupné z: doi:10.1007/s11606-019-04872-4

KARAYUREK, Y a H DEMIRCI, 2021. Reasons for the relocation of contracted family physicians and job satisfaction. *FAMILY PRACTICE*. 38(5), 556-561. ISSN 0263-2136. Dostupné z: doi:10.1093/fampra/cmab015

KENDRICK, M, KB KENDRICK, NF TAYLOR a SG LEGGAT, 2021. A qualitative study of hospital clinical staff perceptions of their interactions with healthcare middle managers.

JOURNAL OF HEALTH ORGANIZATION AND MANAGEMENT. 36(4), 428-447. ISSN 1477-7266. Dostupné z: doi:10.1108/JHOM-06-2021-0216

KETEL, Nadine, Edwin LEUVEN, Hessel OOSTERBEEK a Bas VAN DER KLAUW, 2016. The Returns to Medical School: Evidence from Admission Lotteries. *American Economic Journal: Applied Economics* [online]. 8(2), 225-254 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1945-7782. Dostupné z: doi:10.1257/app.20140506

KISER, Stephanie, Elizabeth RAMSAUR a Charlene R. WILLIAMS, 2021. Impact of a Regional Campus on the Placements of Students at Rural Pharmacy Experiential Sites. 9. ISSN 2226-4787. Dostupné z: doi:10.3390/pharmacy9040195

KOST, Amanda, Joseph BENEDICT, C. Holly A. ANDRILLA, Justin OSBORN a Sharon A. DOBIE, 2014. Primary Care Residency Choice and Participation in an Extracurricular Longitudinal Medical School Program to Promote Practice With Medically Underserved Populations. *Academic Medicine* [online]. 89(1), 162-168 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1040-2446. Dostupné z: doi:10.1097/ACM.0000000000000075

KOVACS, E, E GIRASEK, A KOZAK, M SZIKLAI, Z BELTEKI, A GYORGY, H PAVA a M SZOCSKA, 2019. Overview of human resources for health composition in the most mobile specialty groups in Hungary. *ORVOSI HETILAP*. 160(31), 1223-1230. ISSN 0030-6002. Dostupné z: doi:10.1556/650.2019.31413

KOWALSKA, Karolina a Wadim STRIELKOWSKI, 2013. Propensity to Migration in the CEEC: Comparison of Migration Potential in the Czech Republic and Poland. *Prague Economic Papers* [online]. 22(3), 343-357 [cit. 2022-07-17]. ISSN 12100455. Dostupné z: doi:10.18267/j.pep.456

KRAMER, Marlene a Claudia SCHMALENBERG, 1991. Job satisfaction and retention. *Insights for the '90s. Part 1. Nursing*. 21(3), 50-55. Dostupné také z: <https://eurekamag.com/research/040/529/040529503.php>

KUHLMANN, E, R BATENBURG a G DUSSAULT, 2019. Researching the health workforce: a framework for action: a framework for action. *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 29, 272-272. ISSN 1101-1262.

KUHLMANN, E., O. LAUXEN a C. LARSEN, 2016. Regional health workforce monitoring as governance innovation: a German model to coordinate sectoral demand, skill mix and mobility.

Human Resources for Health [online]. 14(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-016-0170-3

KUHLMANN, Ellen a Ellen ANNANDALE, 2016. Gender and Healthcare Policy. In: . s. 578-596. Dostupné z: doi:10.1057/9781137384935.0046

KUHLMANN, Ellen, Ronald BATENBURG, Peter P. GROENEWEGEN a Christa LARSEN, 2013. Bringing a European perspective to the health human resources debate: A scoping study. Health Policy [online]. 110(1), 6-13 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2012.11.002

KUHLMANN, Ellen a Christa LARSEN, 2015. Why we need multi-level health workforce governance: Case studies from nursing and medicine in Germany. Health Policy [online]. 119(12), 1636-1644 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.004

KUNJUMEN, T, M OKECH, K DIALLO, P MCQUIDE, T ZAPATA a J CAMPBELL, 2020. Global experiences in health workforce policy, planning and management using the Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method, and way forward. HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. 19(1). ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-021-00695-9

LAURILA, Hannu, 2019. Effects of Migration in a Basic Labour Market Model. Theoretical Economics Letters [online]. 09(06), 1717-1728 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2162-2078. Dostupné z: doi:10.4236/tel.2019.96109

LAZARUS, Jeffrey V, Dina BALABANOVA, Kelly SAFREED-HARMON, et al., 2015. Roundtable discussion on the Third Global Symposium on Health Systems Research: why prioritise talk over aid in the midst of the Ebola crisis?. BMC Health Services Research [online]. 15(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-015-0842-z

LEONE, Claudia, Cláudia CONCEIÇÃO a Gilles DUSSAULT, 2013. Trends of cross-border mobility of physicians and nurses between Portugal and Spain. Human Resources for Health. 11(1), 36. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-11-36

LEONE, C, G DUSSAULT, AM RAFFERTY a JE ANDERSON, 2020. Experience of mobile nursing workforce from Portugal to the NHS in UK: influence of institutions and actors at the system, organization and individual levels: influence of institutions and actors at the system,

organization and individual levels. EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 30, 18-21. ISSN 1101-1262. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckaa129

LEUNG, TI, E BISKUP a D DEWITT, 2020. Facilitating credentialing and engagement of international physician -migrants during the COVID-19 crisis and beyond. RURAL AND REMOTE HEALTH. 20(3). ISSN 1445-6354. Dostupné z: doi:10.22605/RRH6027

LI, W a H SUN, 2019. Migration intentions of Asian and African medical students educated in China: a cross-sectional study: a cross-sectional study. HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. 17(1). ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-019-0431-z

MACDOWELL, Martin, Michael GLASSER a Matthew HUNSAKER, 2013. A Decade of Rural Physician Workforce Outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program, University of Illinois. Academic Medicine [online]. 88(12), 1941-1947 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1040-2446. Dostupné z: doi:10.1097/ACM.0000000000000031

MACLEOD, Martha L. P., Norma J. STEWART, Judith C. KULIG, et al., 2017. Nurses who work in rural and remote communities in Canada: a national survey. Human Resources for Health [online]. 15(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-017-0209-0

MANAFI, F, AH TAKIAN a AA SARI, 2019. Assessing the governance of human resources for health in Iran: A qualitative study: A qualitative study. JOURNAL OF EDUCATION AND HEALTH PROMOTION. 8(1). ISSN 2277-9531. Dostupné z: doi:10.4103/jehp.jehp\_265\_18

MARINKIN, Igor O., Elena G. KONDYURINA, Elena A. AKSENOVA, Elena A. PUSHKAREVA, Stanislav V. SOKOLOV a Olga A. LATUHA, 2020. Improvement of the Human Resources Policy in the Regional Health Care. REGIONOLOGY [online]. 28(3), 598-623 [cit. 2022-07-18]. ISSN 24131407. Dostupné z: doi:10.15507/2413-1407.112.028.202003.598-623

MARTINEAU, Tim a Annie WILLETTS, 2006. The health workforce: Managing the crisis ethical international recruitment of health professionals. Health Policy [online]. 75(3), 358-367 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2005.04.012

MASSEY, Douglas S., 1990. Social Structure, Household Strategies, and the Cumulative Causation of Migration. Population Index [online]. 56(1) [cit. 2022-07-17]. ISSN 00324701. Dostupné z: doi:10.2307/3644186

MA, SZ, XH XU, V TRIGO a NJC RAMALHO, 2019. Managing Doctor-Patient Relationships and Turnover Intention in Chinese Hospitals with Commitment HRM: The Moderating Role of Pragmatism: The Moderating Role of Pragmatism. INTERNATIONAL JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION. 44(2), 167-176. ISSN 0190-0692. Dostupné z: doi:10.1080/01900692.2019.1672725

MATSUMOTO, Masatoshi, Kazuo INOUE a Eiji KAJII, 2008. Long-term effect of the Home Prefecture Recruiting Scheme of Jichi Medical University, Japan. Rural and Remote Health [online]. [cit. 2022-07-18]. ISSN 1445-6354. Dostupné z: doi:10.22605/RRH930

MCALLEESE, Sara, Barbara CLYNE, Anne MATTHEWS, Ruairí BRUGHA a Niamh HUMPHRIES, 2016. Gone for good? An online survey of emigrant health professionals using Facebook as a recruitment tool. Human Resources for Health [online]. 14(S1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-016-0130-y

MCCLURE, Margaret L., Muriel A. POULIN, Margaret D. SOVIE, a Mabel A. WANDEL. 1983. Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses. Kansas City, Missouri: American Academy of Nursing. Dostupné z: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.487.3161>

MELOUN, Milan a Militký, Jiří, 2012. Kompendium statistického zpracování dat. Karolinum. ISBN 978-80-246-2196-8

MINISTERSTVO FINANCIÍ SR, 2022. Revízia výdavkov na zdravotníctvo. On-line [https://www.mfsr.sk/files/archiv/29/Aktualizacia-revizie\\_zdravotnictvo\\_final.pdf](https://www.mfsr.sk/files/archiv/29/Aktualizacia-revizie_zdravotnictvo_final.pdf)

HALUŠ, Martin, HLAVÁČ, Marek, HARVAN, Peter, HIDAS Slavomír, 2017. Odliv mozgov po slovensky. Analýza odchodov Slovákov do zahraničia od roku 2000. MINISTERSTVO FINANCIÍ SR, INŠTITÚT FINANČNEJ POLITIKY. On-line [https://www.mfsr.sk/files/archiv/priloha-stranky/4938/60/2017\\_1\\_Odliv-mozgov-po-slovensky\\_20170109.pdf](https://www.mfsr.sk/files/archiv/priloha-stranky/4938/60/2017_1_Odliv-mozgov-po-slovensky_20170109.pdf)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR, 2021. Dôvodová správa. On-line <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=502785>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR, 2022. Aktualizácia strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030. Dostupné z: <https://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE, 2018. This is Long-Term care 2018. Ontario: Long-Term care association.

MUÑOZ-PASCUAL, Lucia, CURADO, Carla and GALENDE, Jesus, 2019. How does the use of information technologies affect the adoption of environmental practices in SMEs? A mixed-methods approach, *Review of Managerial Science*, Vol. 15, pp. 75-102, Dostupné z: doi: 10.1007/s11846-019-00371-2.

NAJAM, U, S ISHAQUE, S IRSHAD, QUA SALIK, MS KHAKWANI a M LIAQUAT, 2020. A Link Between Human Resource Management Practices and Customer Satisfaction: A Moderated Mediation Model: A Moderated Mediation Model. *SAGE OPEN*. 10(4). ISSN 2158-2440. Dostupné z: doi:10.1177/2158244020968785

NASURDIN, AM, CL TAN a SN KHAN, 2020. Can high performance work practices and satisfaction predict job performance? An examination of the Malaysian private health-care sector. *INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITY AND SERVICE SCIENCES*. 12(4), 521-540. ISSN 1756-669X. Dostupné z: doi:10.1108/IJQSS-06-2019-0090

NATALICCHIO, Angelo., PETRUZZELLI, Antonio,M., CARDINALI, Silvio and SAVINO, Tommaso, 2018. Open innovation and the human resource dimension, *Management Decision*, Vol. 56 No. 6, pp. 1271-1284, Dostupné z: doi: 10.1108/MD-03-2017-0268.

NCZI, 2019. Ročné výkazy. [online]. NCZI, 2021. [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: <<http://www.nczisk.sk/Statisticke-zistovania/Rocne-vykazy/Pages/default.aspx>>.

NEELY, Andy, ADAMS, Chris and CROWE, Paul, 2001. The performance prism in practice, *Measuring Business Excellence*, Vol. 5 No. 2, pp. 6-13. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/228602984\\_The\\_performance\\_prism\\_in\\_practice](https://www.researchgate.net/publication/228602984_The_performance_prism_in_practice)

NGUYEN, AM a SJ WOOD, 2019. The Push-Pull Factors of Physician-System Integration: A Qualitative Study of Washington State Healthcare Executives: A Qualitative Study of Washington State Healthcare Executives. *JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT*. 64(1), 15-26. ISSN 1096-9012. Dostupné z: doi:10.1097/JHM-D-17-00219

NIKI, Kyriakidou, Goula ASPASIA, Pierrakos GEORGE, Sepetis ANASTASIOS a Adamou MARIOS, 2021. Leadership Development in Health Care: The Role of Clinical Leaders. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies* [online]. 09(02), 231-249 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2328-4862. Dostupné z: doi:10.4236/jhrss.2021.92015

NWADIUKO, J, GE SWITZER, J STERN, C DAY a L PAINA, 2021. South African physician emigration and return migration, 1991-2017: a trend analysis: a trend analysis. HEALTH POLICY AND PLANNING. 36(5), 630-638. ISSN 0268-1080. Dostupné z: doi:10.1093/heapol/czaa193

OECD, 2016. Health at a Glance: Europe 2016. OECD. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

OECD, 2018. Health at a Glance: Europe 2018. OECD. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

OECD, 2020. Health at a Glance: Europe 2020. OECD. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

OECD, 2022. Health at a Glance: Europe 2022. OECD. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

OGNYANOVA, Diana, Claudia B. MAIER, Matthias WISMAR, Edmond GIRASEK a Reinhard BUSSE, 2012. Mobility of health professionals pre and post 2004 and 2007 EU enlargements: Evidence from the EU project PROMeTHEUS. Health Policy [online]. 108(2-3), 122-132 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2012.10.006

OKUNOGBE, A, D BOWSER, G GEDIK, S NASERI, A ABU-AGLA a N SAFI, 2020. Global Fund financing and human resources for health investments in the Eastern Mediterranean Region. HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. 18(1). ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-020-00483-x

ONNIS, LA, 2019. Human resource management policy choices, management practices and health workforce sustainability: remote Australian perspectives: remote Australian perspectives. ASIA PACIFIC JOURNAL OF HUMAN RESOURCES. 57(1), 3-23. ISSN 1038-4111. Dostupné z: doi:10.1111/1744-7941.12159

ONO, Tomoko, Gaétan LAFORTUNE a Michael SCHOENSTEIN, 2013. "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing, Paris. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/5k44t787zcvb-en>.



ONO, Tomoko, Michael SCHOENSTEIN a James BUCHAN, 2014. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses, OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing, Paris. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.

OPIO, Moses, Cosmas AGWETA, Mary EJANG, Irene PICORELLA a Tom RICHARD OKELLO, 2022. The Effect of Reward Practices and Health Service Delivery in Health Facilities—Kwania District Uganda. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies* [online]. 10(02), 223-231 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2328-4862. Dostupné z: [doi:10.4236/jhrss.2022.102014](https://doi.org/10.4236/jhrss.2022.102014)

OPPEL, EM, V WINTER a J SCHREYOGG, 2019. Examining the relationship between strategic HRM and hospital employees' work attitudes: an analysis across occupational groups in public and private hospitals: an analysis across occupational groups in public and private hospitals. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HUMAN RESOURCE MANAGEMENT*. 30(5), 794-814. ISSN 0958-5192. Dostupné z: [doi:10.1080/09585192.2016.1254104](https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1254104)

ORAIBI, BM, JA HO, RNR YUSOF a K IDRIS, 2020. I am 'better' than you! The influence of upward social comparison on the intention to work abroad among doctors in Iraq: the mediating mechanism of attitude towards leaving: the mediating mechanism of attitude towards leaving. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HUMAN RESOURCE MANAGEMENT*. 33(11), 2316-2338. ISSN 0958-5192. Dostupné z: [doi:10.1080/09585192.2022.2033297](https://doi.org/10.1080/09585192.2022.2033297)

OSIBANJO, A, A ADENIJI, O SALAU, T ATOLAGBE, A OSOKO, O EDEWOR a J OLOWU, 2020. Bolstering human capital management and engagement in the health sectors. *COGENT BUSINESS & MANAGEMENT*. 7(1). ISSN 2331-1975. Dostupné z: [doi:10.1080/23311975.2020.1794676](https://doi.org/10.1080/23311975.2020.1794676)

O'SULLIVAN, Belinda, Deborah J. RUSSELL, Matthew R. MCGRAIL a Anthony SCOTT, 2019. Reviewing reliance on overseas-trained doctors in rural Australia and planning for self-sufficiency: applying 10 years' MABEL evidence. *Human Resources for Health* [online]. 17(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: [doi:10.1186/s12960-018-0339-z](https://doi.org/10.1186/s12960-018-0339-z)

OTRACHSHENKO, Vladimir a Olga POPOVA, 2014. Life (dis)satisfaction and the intention to migrate: Evidence from Central and Eastern Europe. *The Journal of Socio-Economics* [online]. 48, 40-49 [cit. 2022-07-17]. ISSN 10535357. Dostupné z: [doi:10.1016/j.socec.2013.09.008](https://doi.org/10.1016/j.socec.2013.09.008)

OTTERSEN, Ole Petter, Jashodhara DASGUPTA, Chantal BLOUIN, et al., 2014. The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet* [online]. 383(9917), 630-667 [cit. 2022-07-17]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(13)62407-1

OZBILGIN, Mustafa F., Maria TSOUROUFLI a Merryn SMITH, 2011. Understanding the interplay of time, gender and professionalism in hospital medicine in the UK. *Social Science & Medicine* [online]. 72(10), 1588-1594 [cit. 2022-07-17]. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2011.03.030

PALESE, Alvisa a Roger WATSON, 2014/05/24. Nurse staffing and education in Europe: if not now, when?: if not now, when?. *The Lancet*. Elsevier, 383(9931), 1789-1790. ISSN 0140-6736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(14)60188-4

PÁLENÍK, Michal, POLLÁK, Miroslav, PÁLENÍK, Viliam, RADVANSKÝ, Marek, KOHNOVÁ, Lucia, 2021. Vplyv starnutia na zdravotnícky systém Slovenska – Prognóza dopytu a ponuky do roku 2030. Inštitút zamestnanosti. ISBN: 978-80-223-5149-2

PARIONA-CABRERA, P, J CAVANAGH a T BARTRAM, 2020. Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature: A systematic review of the literature. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. 76(7), 1581-1593. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.14352

PAVOLINI, Emmanuele a Hildegard THEOBALD, 2015. Long-Term Care Policies. In: KUHLMANN, Ellen, Robert H. BLANK, Ivy Lynn BOURGEOULT a Claus WENDT, ed. *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* [online]. London: Palgrave Macmillan UK, 2015, s. 462-478 [cit. 2022-07-18]. ISBN 978-1-349-48112-5. Dostupné z: doi:10.1057/9781137384935\_28

PENA-SANCHEZ, JN, A DOMAGALA, K DUBAS-JAKOBCZYK a M POLAK, 2020. A Multidimensional Questionnaire to Measure Career Satisfaction of Physicians: Validation of the Polish Version of the 4CornerSAT: Validation of the Polish Version of the 4CornerSAT. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*. 17(3). ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17031033

PETERS, David H, Subrata CHAKRABORTY, Prasanta MAHAPATRA a Laura STEINHARDT, 2010. Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Human Resources for Health* [online]. 8(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-8-27

PHAM, TNM, APR. The Relationship Between Human Resource Management Practices, Work Engagement and Employee Behavior: A Case Study in Vietnam: A Case Study in Vietnam. JOURNAL OF ASIAN FINANCE ECONOMICS AND BUSINESS. 8(4), 1003-1012. ISSN 2288-4637. Dostupné z: doi:10.13106/jafeb.2021.vol8.no4.1003

PHAM, TNM, 2021. The Relationship Between Human Resource Management Practices, Work Engagement and Employee Behavior: A Case Study in Vietnam: A Case Study in Vietnam. JOURNAL OF ASIAN FINANCE ECONOMICS AND BUSINESS. 8(4), 1003-1012. ISSN 2288-4637. Dostupné z: doi:10.13106/jafeb.2021.vol8.no4.1003

PINTO DA COSTA, M, C MOREIRA, LFS CASTRO-DE-ARAUJO, FM DA SILVA a RA DOS SANTOS, 2021. Migration of Junior Doctors: The Case of Psychiatric Trainees in Portugal: The Case of Psychiatric Trainees in Portugal. ACTA MEDICA PORTUGUESA. 34(7-8), 533-540. ISSN 1646-0758. Dostupné z: doi:10.20344/amp.12562

PRIVITERA, Michael R., 2019. Human Factor Based Leadership: Critical Leadership Tools to Reduce Burnout and Latent Error in a Time of Accelerating Change. Health [online]. 11(09), 1224-1245 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1949-4998. Dostupné z: doi:10.4236/health.2019.119095

PROFILI, S, A SAMMARRA, R DANDI a D MASCIA, 2019. Clinicians' ability, motivation, and opportunity to acquire and transfer knowledge: An age-driven perspective: An age-driven perspective. HEALTH CARE MANAGEMENT REVIEW. 44(3), 216-223. ISSN 0361-6274. Dostupné z: doi:10.1097/HMR.000000000000187

QUINN, Kathleen J., Kevin Y. KANE, James J. STEVERMER, Weldon D. WEBB, Jana L. PORTER, Harold A. WILLIAMSON a Michael C. HOSOKAWA, 2011. Influencing Residency Choice and Practice Location Through a Longitudinal Rural Pipeline Program. Academic Medicine [online]. 86(11), 1397-1406 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1040-2446. Dostupné z: doi:10.1097/ACM.0b013e318230653f

RAMJI, Zubeida a Josephine ETOWA, 2014. Understanding integration of Internationally Educated Nurses in Canada's healthcare system.

RAVENSTEIN, E. G., 1885. The Laws of Migration. Journal of the Statistical Society of London [online]. 48(2) [cit. 2022-07-17]. ISSN 09595341. Dostupné z: doi:10.2307/2979181

REEVE, Carole, Torres WOOLLEY, Simone J. ROSS, Leila MOHAMMADI, Servando "Ben" HALILI, Fortunato CRISTOBAL, Jusie Lydia J. SIEGA-SUR a A.-J. NEUSY, 2017. The

impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Medical Teacher* [online]. 39(1), 67-73 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0142-159X. Dostupné z: doi:10.1080/0142159X.2016.1231914

REGMI, M, KP PAUDEL a K BHATTARAI, 2019. Migration decisions and destination choices. *JOURNAL OF THE ASIA PACIFIC ECONOMY*. 25(2), 197-226. ISSN 1354-7860. Dostupné z: doi:10.1080/13547860.2019.1643195

RICKETTS, Thomas C., 2013. The migration of physicians and the local supply of practitioners: a five-year comparison. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* vol. 88,12: 1913-8. Dostupné z: doi:10.1097/ACM.0000000000000012

RODRÍGUEZ, Charo, Sofia LÓPEZ-ROIG, Teresa PAWLIKOWSKA, et al., 2015. The Influence of Academic Discourses on Medical Students' Identification With the Discipline of Family Medicine. *Academic Medicine* [online]. 90(5), 660-670 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1040-2446. Dostupné z: doi:10.1097/ACM.0000000000000572

RONDEAU, Kent V. a Terry H. WAGER, 2001. Impact of human resource management practices on nursing home performance. *Health Services Management Research* [online]. 14(3), 192-202 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0951-4848. Dostupné z: doi:10.1258/0951484011912690

ROTH, Catharina, Sarah BERGER, Katja KRUG, Cornelia MAHLER a Michel WENSING, 2021. Internationally trained nurses and host nurses' perceptions of safety culture, work-life-balance, burnout, and job demand during workplace integration: a cross-sectional study. *BMC Nursing* [online]. 20(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: doi:10.1186/s12912-021-00581-8

SAGHIN, Despina, Lučeș DANIEL a Marius MARICI, 2016/10/12. THE INFLUENCE OF PERSONAL AND PROFESSIONAL VARIABLES UPON THE NATURE OF IMMIGRATION OF ROMANIAN DOCTORS TO FRANCE: THE MODERATING EFFECT OF GENDER \*1: THE MODERATING EFFECT OF GENDER \*1. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*. 132.

SAKS, AM, 2022. Caring human resources management and employee engagement. *HUMAN RESOURCE MANAGEMENT REVIEW*. 32(3). ISSN 1053-4822. Dostupné z: doi:10.1016/j.hrmr.2021.100835

SALAS-VALLINA, A, J ALEGRE a A LOPEZ-CABRALES, 2021. The challenge of increasing employees' well-being and performance: How human resource management practices and engaging leadership work together toward reaching this goal: How human resource management practices and engaging leadership work together toward reaching this goal. HUMAN RESOURCE MANAGEMENT. 60(3), 333-347. ISSN 0090-4848. Dostupné z: doi:10.1002/hrm.22021

SARDI, Alberto, GARENGO, Patrizia and BITITCI, Umit.S. 2019. Measurement and management of competences by enterprise social networking. International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 68 No. 1, pp. 109-126. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/329719510\\_Measurement\\_and\\_management\\_of\\_competences\\_by\\_enterprise\\_social\\_networking](https://www.researchgate.net/publication/329719510_Measurement_and_management_of_competences_by_enterprise_social_networking)

SEECK, Hannele. and DIEHL, Marjo, R., 2017. A literature review on HRM and innovation – taking stock and future directions, The International Journal of HRM, Vol. 28 No. 6, pp. 913-944. Dostupné z: doi:abs/10.1080/09585192.2016.1143862

SEIXAS, PHD, N IBANEZ, JA DA SILVA, ACV BUENO a S LIMA, 2019. Physicians' commuting in five health regions in Sao Paulo, Brazil: patterns and intervening factors: patterns and intervening factors. CADERNOS DE SAUDE PUBLICA. 35. ISSN 0102-311X. Dostupné z: doi:10.1590/0102-311X00135018

SHANG, Jingjing, Liming YOU, Chenjuan MA, Danielle ALTARES, Douglas M SLOANE a Linda H AIKEN, 2014. Nurse employment contracts in Chinese hospitals: impact of inequitable benefit structures on nurse and patient satisfaction. Human Resources for Health [online]. 12(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-12-1

SHARMA, Avinash, Trevor W LAMBERT a Michael J GOLDACRE, 2012. Why UK-trained doctors leave the UK: cross-sectional survey of doctors in New Zealand. Journal of the Royal Society of Medicine. 105(1), 25-34. ISSN 0141-0768. Dostupné z: doi:10.1258/jrsm.2011.110146

SHEEHAN, Cathy, DE CIERI, Helen, COOPER, Brian and SHEA, Tracey, 2016. Strategic implications of HR role management in a dynamic environment, Personnel Review, Vol. 45 No. 2, pp. 353-373, Dostupné z: doi: 10.1108/PR-04-2014-0071.

SHKOLNIKOVA, Maria, Michael YUGAY a Victoria PANKEVICH, 2017. Comparative Study of Physicians' Job Satisfaction Levels in the Public and the Private Sectors in Russia. Open

Journal of Social Sciences [online]. 05(08), 101-113 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2327-5952. Dostupné z: doi:10.4236/jss.2017.58008

SHORT, Stephanie, 2018. Streamlining and Modernizing Medical Workforce Governance in the UAE. Al Qasimi Foundation, 2018. Dostupné z: doi:10.18502/AQF.0090.

SCHUMANN, M, A MAAZ a H PETERS, 2019. Doctors on the move: a qualitative study on the driving factors in a group of Egyptian physicians migrating to Germany: a qualitative study on the driving factors in a group of Egyptian physicians migrating to Germany. GLOBALIZATION AND HEALTH. 15. ISSN 1744-8603. Dostupné z: doi:10.1186/s12992-018-0434-x

SCHWARTZ, Jeff; COLLINS, Laurence; STOCKTON, Heather; WAGNER, Darryl; WALSH, Brett et al., 2017. Deloitte Global Human Capital Trends - Rewriting the Rules for the Digital Age, Deloitte University Press, Dostupné z: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/About-Deloitte/central-europe/ce-global-human-capital-trends.pdf>

SMITH, Marisa and BITITCI, Umit, S., 2017. Interplay between performance measurement and management, employee engagement and performance, International Journal of Operations and Production Management, Vol. 37 No. 9, pp. 1207-1228. Dostupné z: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJOPM-06-2015-0313/full/html>

STEINMETZ, Stephanie, Daniel H de VRIES a Kea G TIJDENS, 2014. Should I stay or should I go? The impact of working time and wages on retention in the health workforce. Human Resources for Health [online]. 12(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-12-23

STRASSER, Roger, John C. HOGENBIRK, Bruce MINORE, David C. MARSH, Sue BERRY, William G. MCCREADY a Lisa GRAVES, 2013. Transforming health professional education through social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. Medical Teacher [online]. 35(6), 490-496 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0142-159X. Dostupné z: doi:10.3109/0142159X.2013.774334

STRAUME, Karin, Mona SÄNDEN a Peter PRYDZ, 2010. Postgraduate training at the ends of the earth - a way to retain physicians?. Rural and Remote Health [online]. [cit. 2022-07-18]. ISSN 1445-6354. Dostupné z: doi:10.22605/RRH1356

SUMAH, AM a L BAATIEMA, 2019. Decentralisation and Management of Human Resource for Health in the Health System of Ghana: A Decision Space Analysis: A Decision Space Analysis. INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH POLICY AND MANAGEMENT. 8(1), 28-39. ISSN 2322-5939. Dostupné z: doi:10.15171/ijhpm.2018.88

ŠSTATISTICKÝ ÚRAD SR, 2019. Výsledky výberového zisťovania pracovných síl za 4. štvrťrok 2009-2019. [online]. [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: <https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/searchCenter!/ut/p/z1/7VPBcpswEP0V>.

STEFKO, Robert., GAVUROVA, Beata a KOCISOVA, Kristina, 2018. Healthcare efficiency assessment using DEA analysis in the Slovak Republic. Health Econ Rev 8, 6. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0191-9>

TANKWANCHI, AS, A HAGOPIAN a SH VERMUND, 2020. African Physician Migration to High-Income Nations: Diverse Motives to Emigrate ("We Are not Florence Nightingale") or Stay in Africa ("There Is No Place Like Home"): Diverse Motives to Emigrate ("We Are not Florence Nightingale") or Stay in Africa ("There Is No Place Like Home"). INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH POLICY AND MANAGEMENT. 10(10), 660-663. ISSN 2322-5939. Dostupné z: doi:10.34172/ijhpm.2020.219

TROY, Paul, Laura WYNESS a Eilish MCAULIFFE, 2007. Nurses' experiences of recruitment and migration from developing countries: A phenomenological approach: A phenomenological approach. Human resources for health. 5, 15. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-5-15

TRULLEN, J, A BOS-NEHLES a M VALVERDE, 2020. From Intended to Actual and Beyond: A Cross-Disciplinary View of (Human Resource Management) Implementation: A Cross-Disciplinary View of (Human Resource Management) Implementation. INTERNATIONAL JOURNAL OF MANAGEMENT REVIEWS. 22(2), 150-176. ISSN 1460-8545. Dostupné z: doi:10.1111/ijmr.12220

TURSUNBAYEVA, A, 2019. Human resource technology disruptions and their implications for human resources management in healthcare organizations. BMC HEALTH SERVICES RESEARCH. 19. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-019-4068-3

TURSUNBAYEVA, Aizhan, Raluca BUNDUCHI, Massimo FRANCO a Claudia PAGLIARI, 2017. Human resource information systems in health care: a systematic evidence

review. Journal of the American Medical Informatics Association [online]. 24(3), 633-654 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1067-5027. Dostupné z: doi:10.1093/jamia/ocw141

TREXIMA spol. s.r.o. ISCP (MPSVR SR) 1-04, výpočty a spracovanie TREXIMA Bratislava. [2021-11-15]

TVARDZIK, Jozef, 2017. Mladí ľudia opúšťajú Slovensko. Najčastejšie sú to lekári. [online]. Trend, 2017-01-10. [cit. 2021-18-11]. Dostupné z: <https://www.trend.sk/spravy/mladi-ludia-opustaju-slovensko-najcastejsie-su-to-lekari>.

USWAK, Gerry a Emory KELLER-KURYSH, 2012. Influence of private practice employment of dental therapists in Saskatchewan on the future supply of dental therapists in Canada. Journal of dental education vol. 76,8: 1092-10. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/230599846\\_Influence\\_of\\_Private\\_Practice\\_Employment\\_of\\_Dental\\_Therapists\\_in\\_Saskatchewan\\_on\\_the\\_Future\\_Supply\\_of\\_Dental\\_Therapists\\_in\\_Canada](https://www.researchgate.net/publication/230599846_Influence_of_Private_Practice_Employment_of_Dental_Therapists_in_Saskatchewan_on_the_Future_Supply_of_Dental_Therapists_in_Canada)

VANASSE, A, S SCOTT, J COURTEAU a MG ORZANCO, 2009. Canadian family physicians' intentions to migrate Associated factors. CANADIAN FAMILY PHYSICIAN. 55(4), 396-U78. ISSN 0008-350X.

VAN DALEN, Hendrik P. a Kène HENKENS, 2012. Explaining low international labour mobility: the role of networks, personality, and perceived labour market opportunities. Population, Space and Place [online]. 18(1), 31-44 [cit. 2022-07-17]. ISSN 15448444. Dostupné z: doi:10.1002/psp.642

VAN MOL, Christof a Helga DE VALK, 2016. Migration and Immigrants in Europe: A Historical and Demographic Perspective: A Historical and Demographic Perspective. In: . Cham: Springer International Publishing, s. 31-55. ISBN 978-3-319-21674-4. Dostupné z: doi:10.1007/978-3-319-21674-4\_3

VATANKHAH, Soudabeh, Samira ALIREZAEI a Hasan Abolghasem GORJI, 2019. Affecting Factors on Nurses Outflows in Iran 2018: A Systematic Review. Bali Medical Journal 8 (1):21-29. Dostupné z: <https://doi.org/10.15562/bmj.v8i1.1158>

VELŠIČ, Marián, 2021. Únik mozgov. Migračný potenciál mladých na Slovensku. Inštitút pre verejnú otázk, Bratislava. On-line [https://www.ivo.sk/buxus/docs/publikacie/subory/Unik\\_mozgov.pdf](https://www.ivo.sk/buxus/docs/publikacie/subory/Unik_mozgov.pdf)



VOJTOVIC, Sergej, Magdaléna TUPA a Paulína SROVNALIKOVA, 2021. LABOR EMIGRATION TRENDS AND FACTORS OF DOCTORS AND NURSES (the Case of Slovakia). SOTSIOLOGICHESKIE ISSLEDOVANIYA. (12), 113-123. ISSN 0132-1625. Dostupné z: doi:10.31857/S013216250017139-5

Vojtovič, Sergej a kol., 2013. Personálny manažment v organizácii. Plzeň: Čenek. I SBN: 9788073804831

VUORENKOSKI, Lauri, MLADOVSKY, Philipa a MOSSIALOS, Elias, 2008. Finland: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330342>

WANG, Xiao, 2019. Strategic Human Resource Management and Corporate Performance. Modern Economy [online]. 10(01), 311-333 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2152-7245. Dostupné z: doi:10.4236/me.2019.101021

WANG, Yuewu, Sichao WANG a Lily WANG, 2021. A New Method of Measuring Human Resource Output Value: An Analysis Based on New Understanding of Value Chain. Journal of Human Resource and Sustainability Studies [online]. 09(04), 541-550 [cit. 2022-07-18]. ISSN 2328-4862. Dostupné z: doi:10.4236/jhrss.2021.94034

WANG, ZN, SH CAI, HG LIANG, NX WANG a EW XIANG, 2021. Intellectual capital and firm performance: the mediating role of innovation speed and quality: the mediating role of innovation speed and quality. INTERNATIONAL JOURNAL OF HUMAN RESOURCE MANAGEMENT. 32(6), 1222-1250. ISSN 0958-5192. Dostupné z: doi:10.1080/09585192.2018.1511611

WATKINS, Adam a Chris MELDE, 2009. Immigrants, assimilation, and perceived school disorder: An examination of the “other” ethnicities: An examination of the “other” ethnicities. Journal of Criminal Justice. 37, 627-635. Dostupné z: doi:10.1016/j.jcrimjus.2009.09.011

WENGHOFER, Elizabeth F., John C. HOGENBIRK a Patrick E. TIMONY, 2017. Impact of the rural pipeline in medical education: practice locations of recently graduated family physicians in Ontario. Human Resources for Health [online]. 15(1) [cit. 2022-07-18]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-017-0191-6

WILKINSON, A, O MUURLINK, N AWAN a K TOWNSEND, 2018. HRM and the health of hospitals. *HEALTH SERVICES MANAGEMENT RESEARCH*. 32(2), 89-102. ISSN 0951-4848. Dostupné z: doi:10.1177/0951484818805369

WILLIAMS, Allan M., Calvin JEPHCOTE, Hania JANTA a Gang LI, 2018. The migration intentions of young adults in Europe: A comparative, multilevel analysis. *Population, Space and Place* [online]. 24(1) [cit. 2022-07-17]. ISSN 15448444. Dostupné z: doi:10.1002/psp.2123

WILLIAMS, GA, G JACOB, I RAKOVAC, C SCOTTER a M WISMAR, 2020. Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 30, 5-11. ISSN 1101-1262. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckaa124

WISMAR, Matthias, Irene GLINOS, Claudia MAIER, Gilles DUSSAULT, Willy PALM a Josep FIGUERAS, 2011. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries: evidence from 17 European countries. *Euro Observer*. 13.

WITTER, Sophie, Mariam M. HAMZA, Nahar ALAZEMI, Mohammed ALLUHIDAN, Taghred ALGHAITH a Christopher H. HERBST, 2020. Human resources for health interventions in high- and middle-income countries: findings of an evidence review. *Human Resources for Health* [online]. 18(1) [cit. 2022-07-17]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/s12960-020-00484-w

XIAO, QJ, FL COOKE a LL CHEN, 2022. Nurses' well-being and implications for human resource management: A systematic literature review: A systematic literature review. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MANAGEMENT REVIEWS*. ISSN 1460-8545. Dostupné z: doi:10.1111/ijmr.12295

YAN, Hung-Yu a Ming-Jye WANG, 2012. What factors affect physicians' decisions to use an e-health care system?. *Health* [online]. 04(11), 1023-1028 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1949-4998. Dostupné z: doi:10.4236/health.2012.411156

YOU, Li-ming, Linda H. AIKEN, Douglas M. SLOANE, et al., 2013. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 50(2), 154-161 [cit. 2022-07-18]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003

Zákon č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov

ZALANI, GS, A SHOKRI, E MIRBAHAEDDIN, T KASHKALANI, R KHALILNEZHAD a M BAYAT, 2018. Projection of Health Sector Workforce Requirement: Vision 2025: Vision 2025. IRANIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 50(7), 1463-1473. ISSN 2251-6085.

ZAMANZADEH, V, L VALIZADEH a H NESHAT, 2019. Challenges of human resources management in nursing in Iran: A qualitative content analysis: A qualitative content analysis. NURSING OPEN. 7(1), 319-325. ISSN 2054-1058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.393

ZANDER, Britta, Miriam BLÜMEL a Reinhard BUSSE, 2013. Nurse migration in Europe— Can expectations really be met? Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries. International Journal of Nursing Studies [online]. 50(2), 210-218 [cit. 2022-07-17]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.017

ZERPA, O, 2020. Migration of physicians and keys to success. CLINICS IN DERMATOLOGY. 38(5), 523-528. ISSN 0738-081X. Dostupné z: doi:10.1016/j.clindermatol.2020.05.007

ZEYTINOGLU, Isik U., Margaret DENTON, Catherine BROOKMAN a Jennifer PLENDERLEITH, 2014. Task shifting policy in Ontario, Canada: Does it help personal support workers' intention to stay?. Health Policy [online]. 117(2), 179-186 [cit. 2022-07-18]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2014.01.004

ZHANG, Hong a Jiong TU, 2020. The working experiences of male nurses in China: Implications for male nurse recruitment and retention. Journal of Nursing Management [online]. 28(2), 441-449 [cit. 2022-07-18]. ISSN 0966-0429. Dostupné z: doi:10.1111/jonm.12950

ZHANG, Yimin, Li SHEN, Jiquan LOU, Yuan JING, Yong LU, Hong LIANG a Xueshan FENG, 2012. Effect of job satisfaction on burnout among physicians: A survey study in urban public medical institutions in Hubei province, China. Health [online]. 04(10), 856-865 [cit. 2022-07-18]. ISSN 1949-4998. Dostupné z: doi:10.4236/health.2012.410131

ZHOU, Yu, LIU, Guangjian, CHANG, Xiaoxi. and WANG, Lijun, 2020. The impact of HRM digitalization on firm performance: investigating three-way interactions, Asia Pacific Journal of Human Resources, Vol. 59 No. 1, pp. 20-43, Dostupné z: doi: 10.1111/1744-7941.12258

## ZOZNAM ILUSTRÁCIÍ A TABULIEK

### ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 3.1 Faktorový model „Vplyv faktorov spokojnosti s pracovnými podmienkami na úvahy lekárov a sestier o migrácii“ ..... 89

### ZOZNAM GRAFOV

Graf 2.1 Počet lekárov podľa veku zamestnaných v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike v období 2004 - 2022 v osobách .....	37
Graf 2.2 Počet lekárov na 1000 obyvateľov vo vybraných krajinách Európskej únie/EHP v období 2004 a 2021 .....	38
Graf 2.3 Počet lekárov prepočítaných na 1000 obyvateľov v regiónoch NUTS 3 v Slovenskej republike v období 2004 – 2022 .....	39
Graf 2.4 $\beta$ – konvergencia počtu lekárov na 1000 obyvateľov .....	40
Graf 2.5 $\sigma$ -konvergencia počtu lekárov na 1000 obyvateľov (smerodajná odchýlka logaritmov počtu lekárov na 1000 obyvateľov) .....	76
Graf 2.6 Počet sestier podľa veku zamestnaných v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike v období 2004 - 2022 v osobách .....	42
Graf 2.7 Počet sestier na 1000 obyvateľov vo vybraných krajinách Európskej únie/EHP v období 2004 a 2022 .....	42
Graf 2.8 Počet sestier prepočítaných na 1000 obyvateľov v regiónoch NUTS 3 v Slovenskej republike v období 2004 – 2022 .....	43
Graf 2.9 $\beta$ – konvergencia počtu sestier na 1000 obyvateľov .....	45
Graf 2.10 $\sigma$ -konvergencia počtu sestier na 1000 obyvateľov .....	46
Graf 2.11 Vývoj počtu študentov medicíny podľa ročníkov v rokoch 2024 až 2021 .....	47
Graf 2.12 Vývoj počtu študentov a absolventov medicíny podľa pôvodu .....	48
Graf 2.13 Počet študentov ošetrovateľstva v dennej a externej forme podľa pôvodu .....	49
Graf 2.14 Počet absolventov ošetrovateľstva v dennej a externej forme podľa pôvodu .....	50
Graf 3.1 Sklon k migrácii lekárov a sestier .....	60
Graf 3.2 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a pravdepodobnosti migrácie do 1 roka – lekári .....	62
Graf 3.3 Korešpondenčná mapa úvahy o migrácii a pravdepodobnosť migrácie do 1 roka – sestry .....	63
Graf 3.4 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a veku – lekári .....	67
Graf 3.5 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a veku – sestry .....	69
Graf 3.6 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a počtu detí s vyživovacou povinnosťou – lekári .....	71
Graf 3.7 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a počtu detí s vyživovacou povinnosťou – sestry .....	72
Graf 3.8 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a praxe – lekári .....	74
Graf 3.9 Korešpondenčná mapa k analýze úvah o migrácii a počtu rokov praxe – sestry .....	77
Graf 3.10 Spokojnosť s podmienkami práce v nemocniciach – lekári .....	78
Graf 3.11 Spokojnosť s podmienkami práce v nemocniciach – sestry .....	78
Graf 3.12 Sutinový graf voľby počtu faktorov – lekári .....	82
Graf 3.13 Sutinový graf voľby počtu faktorov – sestry .....	86

### ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 2.1 Miera $\beta$ –konvergenzie počtu lekárov na 1000 obyvateľov .....	39
Tabuľka 2.2 Miera $\beta$ –konvergenzie počtu sestier na 1000 obyvateľov .....	57

Tabuľka 2.3 Vývoj počtu slovenských lekárov pracujúcich v zahraničí podľa krajín.....	52
Tabuľka 2.4 Vývoj počtu slovenských sestier pracujúcich v zahraničí podľa krajín.....	52
Tabuľka 3.1 Operacionalizácia konštruktov .....	54
Tabuľka 3.2 Štruktúra respondentov - lekárov podľa identifikačných charakteristík.....	58
Tabuľka 3.3 Štruktúra respondentov - sestier podľa identifikačných charakteristík .....	59
Tabuľka 3.4 Tabuľka relatívnych početností odpovedí lekárov k analýze úvah o migrácii a pravdepodobnosti migrácie do 1 roka.....	61
Tabuľka 3.5 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a pravdepodobnosti migrácie do 1 roka.....	63
Tabuľka 3.6 Tabuľka 3.6 Tabuľka relatívnych početností odpovedí lekárov k analýze úvah o migrácii a rodu.....	64
Tabuľka 3.7 Tabuľka 3.7 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a rodu .....	65
Tabuľka 3.8 Tabuľka 3.8 Testovanie rozdielov medzi vekovými skupinami a sklonom k migrácii prostredníctvom Kruskal Wallis Testu – lekári .....	65
Tabuľka 3.9 Tabuľka relatívnych početností odpovedí lekárov k analýze úvah o migrácii a veku .....	66
Tabuľka 3.10 Testovanie rozdielov medzi vekovými skupinami a sklonom k migrácii prostredníctvom Kruskal Wallis Testu – sestry .....	67
Tabuľka 3.11 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a veku .....	68
Tabuľka 3.12 Tabuľka relatívnych početností odpovedí lekárov k analýze úvah o migrácii a počtu detí s vyživovacou povinnosťou .....	70
Tabuľka 3.13 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a počtu detí s vyživovacou povinnosťou .....	71
Tabuľka 3.14 Testovanie rozdielov medzi počtom rokov praxe a sklonom k migrácii prostredníctvom Kruskal Wallis Testu – lekári .....	73
Tabuľka 3.15 Tabuľka relatívnych početností k analýze úvah o migrácii a praxou – lekári ..	74
Tabuľka 3.16 Testovanie rozdielov medzi počtom rokov praxe a sklonom k migrácii prostredníctvom Kruskal Wallis Testu – sestry .....	75
Tabuľka 3.17 Tabuľka relatívnych početností odpovedí sestier k analýze úvah o migrácii a počtu rokov praxe .....	76
Tabuľka 3.18 Deskriptívna štatistika faktorov spokojnosti s prácou v nemocniciach – lekári .....	79
Tabuľka 3.19 Deskriptívna štatistika faktorov spokojnosti s prácou v nemocniciach – sestry .....	80
Tabuľka 3.20 Kaiser-Meyer-Olkin test a Bartlettov test sférickosti – lekári .....	80
Tabuľka 3.21 Vlastné čísla výberovej korelačnej matice (R) – lekári .....	80
Tabuľka 3.22 Tabuľka 3.22 Faktorové záťaž pre faktorový model spokojnosti lekárov s pracovnými podmienkami .....	83
Tabuľka 3.23 Faktorové skóre pre faktorový model spokojnosť lekárov s pracovnými podmienkami .....	84
Tabuľka 3.24 Tabuľka 3.24 Vlastné čísla výberovej korelačnej matice (R) – sestry .....	85
Tabuľka 3.25 Faktorové záťaž pre faktorový model spokojnosti sestier s pracovnými podmienkami .....	88
Tabuľka 3.26 Faktorové skóre pre faktorový model spokojnosť sestier s pracovnými podmienkami .....	89
Tabuľka 5.1 Porovnanie faktorov spokojnosti s podmienkami práce v slovenských nemocniciach medzi lekármi a sestrami .....	105

## Summary

International migration of healthcare workers has long attracted the attention of the scientific community. In the first half of the 20th century, migration flows of healthcare workers were directed from high- and middle-income countries to low-income countries. In the second half of the century, this trend reversed, and countries such as the USA, Canada, Australia, and the United Kingdom became dependent on the immigration of healthcare workers from low-income countries. Current migration flows between high- and middle-income countries remain insufficiently studied, which is also evident in the Slovak Republic, where staffing in healthcare facilities is becoming unsustainable.

The migration of healthcare workers is a symptom of deep structural problems in healthcare systems that require comprehensive and innovative approaches in human resource management. Scientific studies indicate the need for decentralizing human resource management and strengthening operational management at the level of individual healthcare facilities. Despite this, there is little research focused on the effectiveness of human resource management tools in the context of stabilizing and retaining the healthcare workforce, which is particularly important in the context of EU countries, where staffing levels are declining and budget pressures on healthcare are increasing.

This monograph analyzes and evaluates the impact of human resource management processes on the propensity of healthcare workers to migrate abroad for work. Primary data were obtained through questionnaires completed by doctors, nurses, and hospital managers. The empirical research employed a range of mathematical-statistical methods to evaluate factors of job satisfaction in Slovak hospitals.

The research results identify age, years of experience, gender, and the number of children as significant factors influencing the propensity to migrate. The highest propensity to migrate is among healthcare workers under 30, while doctors aged 31-40 consider migration less due to the stabilization of their personal and professional lives. Nurses show a higher propensity to migrate at a younger age and again over 45. Dissatisfaction with remuneration, working conditions, and staff shortages leading to overwork are key factors leading to the decision to migrate.

Factor analysis extracted four main factors of satisfaction: material working conditions, organizational culture of the hospital, socio-economic working conditions, and management of personnel activities. Among doctors, the most significant factor was identified as the internal setting of personnel processes in hospitals, with dissatisfaction with this factor significantly increasing the propensity to migrate. For nurses, the key factor was the remuneration policy, where dissatisfaction with salary levels and employee benefits significantly influences their decision to move abroad.

The monograph provides valuable insights for policy-making and practice in human resource management in healthcare. Identifying and implementing appropriate innovative human resource management tools can contribute to the stabilization and sustainability of healthcare workers in Slovak hospitals, thereby reducing their propensity to migrate and strengthening the staffing of healthcare facilities.

**Názov:** FAKTORY MIGRÁCIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV AKO  
DÔSLEDOK RIADENIA ĽUDSKÝCH ZDROJOV

**Autor:** Ing. Magdaléna Tupá, PhD.

**Vydavateľ:** Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

**Rok vydania:** 2024

Náklad: 100 ks

Vydanie: prvé

Počet strán: 151

**ISBN 978-80-8295-015-4**

**EAN 9788082950154**