

SLOBODA KRETANJA HRVATSKIH LIJEČNIKA U EU - UVJETI RADA I PROFESIONALNOG NAPREDOVANJA

Pešić, Sanja

Doctoral thesis / Disertacija

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj
Strossmayer University of Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:236:658774>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-29**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Doctoral School, Josip Juraj University
in Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
DOKTORSKA ŠKOLA

Doktorski interdisciplinarni studij Europski studiji

Sanja Pešić

**SLOBODA KRETANJA HRVATSKIH
LIJEČNIKA U EU – UVJETI RADA I
PROFESIONALNOG NAPREDOVANJA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2024.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
DOKTORSKA ŠKOLA

Doktorski interdisciplinarni studij Europski studiji

Sanja Pešić

**SLOBODA KRETANJA HRVATSKIH
LIJEČNIKA U EU – UVJETI RADA I
PROFESIONALNOG NAPREDOVANJA**

Doktorska disertacija

Mentor: prof.dr.sc. Jerko Glavaš

Osijek, 2024.

UNIVERSITY OF JOSIP JURAJ STROSSMAYER OF OSIJEK
POSTGRADUATE UNIVERSITY DOCTORAL SCHOOL

Doctoral interdisciplinary study European Studies

Sanja Pešić

**FREEDOM OF MOVEMENT OF CROATIAN
PHYSICIANS IN THE EU – WORK
CONDITIONS AND PROFESSIONAL
PROMOTION**

Doctoral thesis

Mentor: Jerko Glavaš, pHD, Full professor

Osijek, 2024.

Mentor: prof.dr.sc. Jerko Glavaš

Majci, Mirku, Bruni i Meri

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Doktorska škola

NASLOV DOKTORSKOG RADA: Sloboda kretanja hrvatskih liječnika u EU – uvjeti rada i profesionalnog napredovanja

Autorica: Sanja Pešić

Znanstveno/umjetničko područje: Društvene znanosti

Znanstveno/umjetničko polje: Interdisciplinarne društvene znanosti

Doktorski rad sadrži:

Broj stranica: 255

Broj slika: 38

Broj tablica: 59

Broj literaturnih navoda: 225

Povjerenstvo za ocjenu doktorsko rada:

1. Doc. dr. sc. Damir Šebo, predsjednik
2. Izv. prof. dr. sc. Željko Vojinović, član
3. Doc. dr.sc. Maja Pilić, članica

Povjerenstvo za obranu doktorskog rada:

1. Doc. dr. sc. Damir Šebo, predsjednik
2. Izv. prof. dr. sc. Željko Vojinović, član
3. Doc. dr.sc. Maja Pilić, članica

Datum obrane: 08. travnja 2024. godine

UDK oznaka:

Rad je pohranjen u:

1. Nacionalnoj i sveučilišnoj knjižnici Zagreb, Ul. Hrvatske bratske zajednice 4, Zagreb;
2. Gradskoj i sveučilišnoj knjižnici Osijek, Europska avenija 24, Osijek;
3. Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Trg Sv. Trojstva 3, Osijek

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek

Doctoral School

THESIS TITLE: Freedom of movement of Croatian physicians in the EU – work conditions and professional promotion

Author: Sanja Pešić

Scientific/Artistic Area: Social Sciences

Scientific/Artistic Field: Interdisciplinary social sciences

Thesis contains:

Number of pages: 255

Number of figures: 38

Number of tables: 59

Number of references: 225

Commission for assessment of the doctoral thesis:

1. Damir Šebo, pHD, Assistant professor, President of Commission
2. Željko Vojinović, pHD, Associate professor, member
3. Maja Pilić, pHD, Assistant professor, member

Commission for the defense of the doctoral thesis:

1. Damir Šebo, pHD, Assistant professor, President of Commission
2. Željko Vojinović, pHD, Associate professor, member
3. Maja Pilić, pHD, Assistant professor, member

Date of the thesis defense: April, 8th, 2024

UDK label:

Thesis deposited in:

1. National and University Library in Zagreb, Ul. Hrvatske bratske zajednice 4, Zagreb;
2. City and University Library of Osijek, Europska avenija 24, Osijek;
3. Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Trg Sv. Trojstva 3, Osijek

Ime i prezime: Sanja Pešić

Matični broj studenta: 52

OIB: 20165227744

E-mail: sanja.pesic77@gmail.com

Naziv studija: Poslijediplomski interdisciplinarni sveučilišni studij Europski studiji

Naslov doktorskog rada: Sloboda hrvatskih liječnika u EU – uvjeti rada i profesionalnog napredovanja

Mentor: prof.dr.sc. Jerko Glavaš

**IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI,
NE PLAGIRANJU I SUGLASNOSTI ZA OBJAVU
U INSTITUCIJSKIM REPOZITORIJIMA**

1. Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je doktorski rad isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija.
2. Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sam upoznat/upoznata s pravilima citiranja, znam pravilno citirati izvore drugih autora i da neću (auto)plagirati znanstvene i stručne radove, kao ni mrežne stranice. Također potvrđujem kako ni jedan dio doktorskog rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši ničija autorska prava.
3. Na autorska prava na autorskim djelima koja ostvarim za vrijeme trajanja studija odnosno u izvršavanju svojih studentskih obveza na doktorskom studiju te na način i rokove objave autorskih djela kao što su doktorski rad primjenjuje se odredbe Zakona o autorskim i srodnim pravima („Narodne novine br. 111/2021.), a na način i rokove objave autorskih djela kao što su doktorski rad primjenjuju se odredbe Zakona.
4. Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sadržaj elektroničke inačice doktorskog rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenog i nakon obrane uređenog rada.
5. Izjavljujem da sam upoznata s odredbom članka 62. stavka 7. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti da je moj doktorski rad dostupan javnosti objavom na mrežnim stranicama Doktorske škole Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku najmanje 30 dana prije obrane doktorskog rada te da će se moj doktorski rad nakon obrane u roku od 30 dana objaviti na nacionalnom repozitoriju te repozitoriju Doktorske škole Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Doktorand/-ica



Osijeku, 08. travnja 2024.

(potpis)

SLOBODA KRETANJA HRVATSKIH LIJEČNIKA U EU – UVJETI RADA I PROFESIONALNOG NAPREDOVANJA

SAŽETAK

Migracijski tokovi prisutni su među ljudima kroz povijest. Smjerovi gospodarskih migracija oduvijek su definirani boljim životnim uvjetima, što je ujedno i činilo razliku među državama svijeta te ih dijelilo na one koje privlače radnike i one koje ih gube. Trendovi su i danas isti. U gotovo svim naprednijim gospodarskim granama dolazi do mogućnosti kretanja radne snage iz jedne države u drugu u smjeru privlačnih i potisnih faktora. Zdravstveni sustav stoga nije iznimka. Ulaskom Republike Hrvatske u članstvo Europske unije, priča oko migracija zdravstvene radne snage, a posebice liječnika, intenzivirala se i dobila na velikom značaju. Prisutnost Republike Hrvatske na zajedničkom tržištu Europske unije postala je izazov, više u smislu zadržavanja radne snage nego privlačenja tuđe radne snage. Došlo je do odljeva zdravstvene radne snage, posebice liječnika. Uzevši u obzir činjenice da godine koje slijede i svijet u kojem živimo neće usporiti, tijekom migracija zdravstvene radne snage u mjeri da one ne postoje, nužno je sagledati koja je pozicija hrvatskog zdravstvenog sustava u odnosu na druge zemlje članice Europske unije, koji je glavni problem nezadovoljstva liječnika i njihove nakane za migracijama, koji su to potisni faktori koji utječu na migracije i što se može učiniti kako bi se taj problem minimizirao.

Uvodno u disertaciji prikazani su opis problema istraživanja, svrha i ciljevi istraživanja, te struktura rada i predviđeni znanstveni doprinos. U teorijskom dijelu disertacije daje se prikaz politike slobode kretanja radnika u Europskoj uniji i raspravlja o problemu migriranja liječnika na razini Europske unije i na razini Hrvatske, s posebnim naglaskom na efekt širenja Europske unije na potencijalne migracije liječnika i njihovom utjecaju na zdravstvene sustave Europske unije. Istraživački problem fokusiran je na dobivanje konkretnih pokazatelja o (e)migracijama liječnika Republike Hrvatske, kao i njihovim razlozima. Također, pruža se usporedba s drugim zemljama Europske unije vezano za isti problem.

Zatim se prikazuju radni uvjeti u zdravstvenim sustavima zemalja članica Europske unije. Predstavljani su pretpostavljeni uvjeti koje svaki zdravstveni sustav mora posjedovati kako bi zaštitio svoje djelatnike, posebice liječnike, i omogućio im veće zadovoljstvo na radnom mjestu, čime bi posljedično smanjio potencijalne migracije i negativne posljedice koje one

ostavljaju na zdravstveni sustav i pružanje zdravstvene skrbi. Prikazane su temeljne odrednice za postizanje što boljih i kvalitetnijih radnih uvjeta, a poseban osvrt dan je na hrvatski zdravstveni sustav.

Potom slijedi prikaz metodologije kojom je istraživanje provedeno kao i statističke metode koje su korištene za obradu podataka. Također, definirane su sljedeće glavne hipoteze istraživanja koje se ispituju.

H1: Sloboda kretanja radnika olakšava/potiče migracije mlađih liječnika bez specijalizacije ili specijalista bez uže specijalizacije iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije.

H2: Liječnici su skloniji migriranju u zemlje članice Europske unije nego u treće zemlje.

H3: Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja.

H4: Postotak liječnika u Hrvatskoj koji su poduzeli korake oko preseljenja u drugu državu članicu Europske Unije manji je od 10 %.

Dobiveni rezultati istraživanja daju detaljni pregled istraživačkog uzorka i rezultata istraživanja po ključnim kategorijama ispitanika i prema ključnim smjerovima i istraživačkim pitanjima.

Konačno, u posljednjem poglavlju predstavlja se glavna rasprava vezana za provedeno istraživanje u odnosu na dostupna istraživanja na razini Europske unije. Dolazi se do potvrđivanja hipoteza H1, H2 i H3 dok hipoteza H4 nije potvrđena. Zbog cjelokupnog stanja zdravstvenog sustava, kao i dobivenih rezultata istraživanja, u poglavlju se definira model za ključne promjene u zdravstvenom sustavu na temelju kojih bi se postigla veća učinkovitost sustava, smanjio financijski debalans i postigli bolji radni uvjeti za cjelokupnu zdravstvenu radnu snagu, posebice promatranu skupinu – liječnike.

Zaključno, istraživanje pokazalo je da je 25 % ispitanika poduzelo korake oko preseljenja u neku od zemalja članica Europske unije. Omjer vjerojatnosti za migracije liječnika u zemlje članice Europske unije manji je s većim brojem godina ispitanika, većim zadovoljstvom profesionalnim uvjetima i većim zadovoljstvom plaćom. Stoga je na razini države potrebno definirati mjere koje su provedive i koje će brzo dovesti do stabilizacije zdravstvenog sustava, a potom i poboljšanja, odnosno veće efikasnosti sustava.

Ključne riječi: liječnici; migracije; profesionalno napredovanje; sloboda kretanja radnika u Europskoj uniji; uvjeti rada.

FREEDOM OF MOVEMENT OF CROATIAN PHYSICIANS IN THE EU – WORK CONDITIONS AND PROFESSIONAL PROMOTION

ABSTRACT

Migration flows are present among people throughout history. The directions of economic migration have always been defined by better living conditions, which at the same time made a difference between the countries of the world and divided them into those that attract workers and those that lose them. The trends remain the same until today. In almost all advanced economic branches, there is the possibility of labor force movement from one country to another in the direction of attractive and repulsive factors. The healthcare system is therefore no exception. With the accession of the Republic of Croatia to the membership of the European Union, the story about the migration of the health workforce, especially health professionals, intensified and gained great importance. The presence of the Republic of Croatia in the common market of the European Union has become a challenge more in terms of how to retain the workforce than how to attract foreign workforce. There has been an outflow of the health workforce, especially health professionals. Taking into account the fact that the following years and the world we live in will not slow down the migration of the health workforce, it is necessary to look at the position of the Croatian health system in relation to other member states of the European Union, find out which is the main problem of dissatisfaction of health professionals, what are their intentions to migrate, what are the push factors that affect migration and what can be done to minimize this problem.

In the introduction, the dissertation presents a description of the research problem, the purpose and goals of the research, as well as the structure of the work and the expected scientific contribution. The theoretical part of the dissertation presents the policy of freedom of movement of workers in the European Union and discusses the problem of migration of health professionals at the level of the European Union and at the level of Croatia, with special emphasis on the effect of the expansion of the European Union on the potential migration of health professionals and their impact on the health systems of the European Union. The research problem is focused on obtaining concrete indicators about the (e)migration of health professionals in the Republic of Croatia, as well as their reasons. Also, a comparison is given with other countries of the European Union regarding the same problem.

Working conditions in the health systems of the member states of the European Union are presented as assumed conditions that each health system must possess in order to protect its employees, especially health professionals, and enable them to be more satisfied in the workplace are presented, which would consequently reduce potential migrations and the negative consequences on the health system. The fundamental determinants for achieving the best and highest quality working conditions are presented, and a special review is given to the Croatian health system.

This is followed by a presentation of the methodology by which the research was conducted, as well as the statistical methods used for data processing. Also, the following main research hypotheses are defined as follows.

H1: Freedom of movement of workers facilitates/encourages the migration of younger health professionals without specialization or specialists without narrow specialization from the Republic of Croatia to European Union member states.

H2: Health professionals are more inclined to migrate to European Union member states than to third countries.

H3: Migration of health professionals towards the member states of the European Union is conditioned by (dis)satisfaction with working and professional conditions and opportunities for professional advancement.

H4: The percentage of health professionals in Croatia who have taken steps to move to another European Union member state is less than 10%.

The obtained research results provide a detailed overview of the research sample and research results by key categories of respondents and by key directions and research questions.

Finally, the last chapter presents the main discussion related to the conducted research in relation to available research at the level of the European Union. Hypotheses H1, H2 and H3 are confirmed, but hypothesis H4 is not confirmed. Due to the overall state of health system as well as the obtained research results this chapter defines a model for key changes in the healthcare system, on the basis of which greater efficiency of the system would be achieved, financial imbalances would be reduced and better working conditions would be achieved for the entire healthcare workforce, especially the observed group – health professionals.

In conclusion, the research showed that 25% of respondents took steps to move to one of the European Union member states. The probability ratio for the migration of health professionals to the member states of the European Union is lower with a greater number of age of the respondents, with greater satisfaction with professional conditions and with greater satisfaction with salary. Therefore, at the state level, it is necessary to define measures that are implementable and that will lead to the stabilization of the health system and then to the improvement or greater efficiency of the system.

Keywords: health professionals; migration; professional advancement; freedom of movement of workers in the European Union; working conditions

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. PROBLEM ISTRAŽIVANJA	5
1.2. SVRHA I CILJEVI ISTRAŽIVANJA	12
1.3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	13
2. SLOBODA KRETANJA LIJEČNIKA U EUROPSKOJ UNIJI	14
2.1. PRAVNI OKVIR SLOBODE KRETANJA RADNIKA	14
2.2. SLOBODA KRETANJA RADNIKA U BROJKAMA I UTJECAJ NA TRŽIŠTE RADA EUROPSKE UNIJE	23
2.3. POJAM MIGRACIJA ZDRAVSTVENE RADNE SNAGE	39
2.4. MOGUĆNOSTI MIGRACIJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA TREĆIH ZEMALJA U ZEMLJE ČLANICE EUROPSKE UNIJE	48
2.5. MIGRACIJE LIJEČNIKA UNUTAR EUROPSKE UNIJE	57
2.5.1. Postpristupno razdoblje (od 2004. do 2009. godine)	58
2.5.2. Novi trendovi	62
2.5.3. Posljedice migracija liječnika na zdravstveni sustav zemalja članica Europske unije	69
2.5.4. Iskustva migracija liječnika u sklopu slobode kretanja radnika u Republici Hrvatskoj ...	76
3. RADNI UVJETI U ZDRAVSTVENIM SUSTAVIMA ZEMALJA ČLANICA EUROPSKE UNIJE 82	
3.1. ODREDNICE RADNIH UVJETA U SUVREMENIM ZDRAVSTVENIM SUSTAVIMA	87
3.1.1. Financiranje zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije kao odrednica kvalitete radnih uvjeta u zdravstvu	87
3.1.2. Visina plaće liječnika u zdravstvenim sustavima pojedinih zemalja članica Europske unije	92
3.1.3. Stopa zaposlenosti unutar zdravstvenog sustava zemalja članica Europske unije kao ključni preduvjet kvalitete zdravstvenog sustava	96
3.2. RADNI UVJETI I ODREDNICE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE	100
4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE	105
4.1. POPULACIJA I UZORAK	106
4.2. STATISTIČKE METODE	107
5. OPIS I REZULTATI ISTRAŽIVANJA	109
5.1. OPĆI PODACI O ISPITANICIMA	109
5.2. ZADOVOLJSTVO RADOM U DOPUNSKOM RADU I SUDJELOVANJEM U KLINIČKIM ISPITIVANJIMA	114
5.3. ZADOVOLJSTVO STRUČNIM USAVRŠAVANJEM, PROFESIONALNIM POTREBAMA, ISKUSTVOM S PACIJENTIMA I PRIMANJIMA	123
5.4. MIŠLJENJE ISPITANIKA O ODLASKU IZ USTANOVE U KOJOJ RADE ILI O ODLASKU IZ REPUBLIKE HRVATSKE	129
5.5. MIŠLJENJE O PRESELJENJU U ZEMLJE ČLANICE EUROPSKE UNIJE	142
5.6. MIŠLJENJE O PRESELJENJU U TREĆE ZEMLJE	148
5.7. PRIRODA I DUŽINA PRESELJENJA	154

5.8.	MIŠLJENJE O POVRATKU I ISKUSTVA NAKON POVRATKA.....	158
5.9.	OCJENA KVALITETE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA	165
5.10.	UTJECAJ PREDIKTORA NA ODLUKU O ODLASKU BILO GDJE IZ USTANOVE U KOJOJ RADE.....	169
6.	USPOREDBA TRENDATA MOBILNOSTI LIJEČNIKA U REPUBLICI HRVATSKOJ SA ZEMLJAMA ČLANICAMA EUROPSKE UNIJE	172
6.1.	TREND MOBILNOSTI LIJEČNIKA U ZEMLJAMA ČLANICAMA EUROPSKE UNIJE .	172
6.2.	TREND MOBILNOSTI LIJEČNIKA U REPUBLICI HRVATSKOJ	188
6.2.1.	Namjera odlaska iz Republike Hrvatske	191
6.2.2.	Radni uvjeti	193
6.2.3.	Plaća.....	194
6.2.4.	Poduzeti koraci oko preseljenja.....	196
6.2.5.	Zaključni pokazatelji čimbenika koji utječu na namjeru za migracijama	198
6.3.	PRIJEDLOG MJERA - MODEL ZA SMANJENJE MIGRACIJA IZ REPUBLIKE HRVATSKE.....	199
7.	ZAKLJUČAK.....	212
7.1.	PREPORUKE ZA DALJNJA ISTRAŽIVANJA.....	217
8.	LITERATURA	219
	POPIS TABLICA.....	237
	POPIS SLIKA	240
	PRILOZI.....	242
	BIOGRAFIJA AUTORICE	254

1. UVOD

Sloboda kretanja radnika jedna je od temeljnih sloboda Europske unije koja za cilj ima upotpunjavanje neravnoteže na jedinstvenom tržištu Europske unije po pitanju radne snage. Ona ima svojih pozitivnih, ali svakako i negativnih strana. Migracije radne snage nisu počele otvaranjem tržišta Europske unije. No, otvaranje tržišta Europske unije omogućilo je jednostavniji model migriranja u ovom dijelu svijeta. Kada govorimo o migracijama zdravstvenih djelatnika, onda govorimo o nizu mogućnosti za zdravstvene djelatnike koje proizlaze iz mogućnosti promjene radnog mjesta, ali i o nizu problema s kojima se suočavaju zdravstveni sustavi zemalja članica Europske unije i trećih zemalja. Migracije zdravstvenih djelatnika, uslijed slobode kretanja radnika, uzrokovale su globalne probleme u zdravstvu koji se reflektiraju na sve aspekte društva – strukturalne, političke, socijalne i ekonomske.

Razlozi odlaska iz vlastite zemlje najvećim su dijelom neadekvatna radna mjesta, nezadovoljavajuća primanja, nekvalitetni uvjeti rada, zastarjela infrastruktura i tehnologija i sl. S druge strane, razlozi su odlaska u druge zemlje kvalitetnija edukacija, viši životni standard, bolje poslovne prilike i sofisticiraniji sustav znanstvenog istraživanja.

Na samim počecima utjecaj migracija na zdravstveni sustav nije se smatrao alarmantnim. Tek se tijekom 2000-ih godina počela voditi briga o utjecaju migracija na zdravstveni sustav. Tako se 2003. godine počeo isticati negativan utjecaj migracija na zdravstveni sustav posebice za zemlje u razvoju kojima je izuzetno teško nadoknaditi broj radne snage i razinu kompetencija s obzirom na to da ponuda radnih mjesta u zemljama u razvoju kvalitetom bitno odstupa od ponude radnih mjesta razvijenih zemalja.

Migracije višestruko utječu na zdravstveni sustav, posebice u slučaju odljeva visokoobrazovnog kadra poput liječnika. Sama definicija liječnika sukladno Zakonu o liječništvu u članku 2., stavku 1. definira liječnika kao osobu s visokim obrazovanjem, dakle, kao radnika sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim nazivom doktor medicine.¹ Također, sam Zakon, kada govorimo o okvirima Republike Hrvatske kao članice Europske unije, u članku 6. definira opće uvjete za obavljanje liječničke djelatnosti gdje se navodi da, osim hrvatskih državljana, liječničku djelatnost mogu obavljati i stranci sukladno propisima koji uređuju rad stranaca u Republici Hrvatskoj, čime je već i u samom zakonodavstvu definirana mogućnost prihvata

¹ Zakon o liječništvu, članak 2., stavak 1., NN 121/03, 117/08

stranih liječnika.² Članak 6a., stavak 1. spomenutog Zakona propisao je i uvjete za primitak liječnika iz zemalja članica Europske unije, čime je olakšan ulazak navedenih liječnika u Republiku Hrvatsku. Odnosi se na polaganja stručnog ispita kao općeg uvjeta za obavljanje liječničke djelatnosti, a koji se ne odnosi na državljane iz drugih zemalja članica Europske unije.³ Utjecaj migracija na zdravstveni sustav postoji u kvantitativnom i u kvalitativnom smislu. Migracije zdravstvene radne snage utječu na učinak zdravstvenih sustava mijenjajući sastav zdravstvene radne snage na obje strane, i u zemljama iz kojih radnici odlaze i u zemljama koje primaju zdravstvenu radnu snagu. Takav gubitak ili stjecanje radne snage može ojačati ili oslabiti učinak zdravstvenog sustava. Migracije zdravstvenih djelatnika također utječu na koncentraciju zdravstvenih vještina i znanja. Kada su takve vještine koncentrirane unutar neke države u malom i ograničenom broju, migracije takvih zdravstvenih djelatnika mogu bitno utjecati na poremećaje učinkovitosti zdravstvenog sustava zemlje. Neproporcionalni odlazak zdravstvene radne snage iz pojedine regije može uzrokovati slabljenje distribucije zdravstvene usluge i zdravstvenih radnika, rezultirajući nedovoljnim brojem zdravstvenih djelatnika u pojedinim područjima države ili u određenim regijama.

Među zemljama koje bilježe najveći ulazak liječnika izdvajaju se redom Španjolska, Velika Britanija i Njemačka, a gledavši ukupan udio strane zdravstvene radne snage u pojedinoj zemlji, tada je to redom bila Velika Britanija (udio stranih među domaćim 42,6 %), Austrija (13,5 %), Mađarska (4,7 %) i Poljska (2,7 %).⁴ S druge strane, Francuska je zabilježila najveći porast broja liječnika iz Rumunjske, od 174 liječnika do čak 1160 u periodu dvije godine od stupanja Rumunjske u članstvo Europske unije. Španjolska i Velika Britanija zabilježile su porast ulaska liječnika iz Poljske i Rumunjske, ali najvećim dijelom kao dio nacionalne politike privlačenja stranih liječnika.⁵ Najveću ovisnost o stranim liječnicima ima Irska (40,2 %), slijede je Finska (19,1 %), Slovenija (16 %), Malta (14 %), Njemačka (13,7 %), Belgija (12,7 %) i Francuska (11,8 %). S druge strane, zemlje s najmanjom ovisnosti o stranim liječnicima su Litva (0,6 %), Italija (0,9 %), Rumunjska (1,8 %) i Poljska (2,2 %). Velika Britanija bilježi udio stranih liječnika u Velikoj Britaniji od 30,3 %.⁶

² Ibidem, članak 6., stavak 1., podstavak 2., stavak 2.

³ Ibidem, članak 6a., stavak 1.

⁴ Wismar M., Maier C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras J. (2011). *Health professional mobility and health systems in Europe: an introduction* u World Health Organization 2011, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies: „Health Professional Mobility and Health Systems“, evidence from 17 European countries, str. 31-32.

⁵ Loc.cit.

⁶ OECD Health Workforce Migration : Foreign-trained doctors by country of origin - Stock (oecd.org), pristupljeno 7.10.2022.

Procjenjuje se da će do 2035. godine, na globalnoj razini, nedostajati dodatnih 12,9 milijuna zdravstvenih radnika. Govoreći o Europskoj uniji, procijenjeno je da će do 2030. godine nedostajati 4 milijuna liječnika.⁷ Glavni faktori koji utječu na globalni manjak zdravstvene radne snage problemi su oko dodatnog obučavanja i usavršavanja, zadržavanje radne snage, povećane potražnje za zdravstvenim uslugama i povećani stupanj starenja stanovništva.⁸ Primjerice, u bogatim zemljama postotak liječnika koji odlaze u mirovinu veći je od broja novih mladih obrazovanih liječnika te mnoge države ne obrazuju dovoljno liječnika koji bi zadovoljili potrebe sustava.⁹

Svaki dobrostojeći zdravstveni sustav treba snažan financijski mehanizam, dobro obrazovanu i adekvatno plaćenu radnu snagu, pouzdane informacije na kojima se temelje politike i odluke te dobro održavanu opremu i logistiku kako bi se mogla pružati kvalitetna medicinska usluga. Stoga, za kvalitetan zdravstveni sustav, koji omogućuje dobre radne uvjete, potrebno je veće financijsko izdvajanje koje osigurava bolju opremljenost sustava, bolje plaće zaposlenima te bolje ulaganje u trajno usavršavanje zaposlenih. Navedene odrednice poboljšale bi kvalitetu cjelokupnog zdravstvenog sustava osiguravši bolje uvjete rada zdravstvenim djelatnicima, posebice liječnicima, te bolje uvjete pružanja zdravstvene zaštite pacijentima.

Tema istraživanja razrađena je u ovoj disertaciji kroz nekoliko faza. U uvodnom poglavlju, pod naslovom „Uvod“, opisani su problema istraživanja, svrha i ciljevi istraživanja, metodologija istraživanja te kompozicija rada.

U drugom poglavlju, pod naslovom „Sloboda kretanja liječnika u Europskoj uniji“, daje se prikaz pravnog okvira slobode kretanja radnika, prikaz slobode kretanja radnika u brojkama te njezin utjecaj na tržište rada Europske unije. Definira se pojam migracija zdravstvene radne snage te se raspravlja o poznatim aspektima migracija liječnika trećih zemalja u zemlje članice Europske unije. Nadalje, u ovom se poglavlju raspravlja o migracijama liječnika u zemlje članice Europske unije, kao i o posljedicama takvih migracija na sustave zemalja članica, te se spominju dosadašnja iskustva migracija liječnika u sklopu slobode kretanja radnika u Republici Hrvatskoj.

⁷ Cabanda, E. (2017). *Identifying the Role of the Sending State in the Emigration of Health Professionals: A Review of the Empirical Literature*, Migration Development 6 (2), str. 216.

⁸ Bludau, H. (2021). *Global Healthcare Worker Migration*, Oxford Research Encyclopedia of Anthropology, str. 2.

⁹ Loc.cit.

U trećem poglavlju, pod naslovom „Radni uvjeti u zdravstvenim sustavima zemalja članica Europske unije“, raspravlja se o odrednicama kvalitete zdravstvenih sustava, odnosno konkretno radnih uvjeta u zdravstvenim sustavima. Odrednice kvalitete definirane su kroz visinu financiranja zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije, visinu plaće liječnika u zdravstvenim sustavima zemalja članica i kroz stopu zaposlenih unutar zdravstvenog sustava zemalja članica. Poseban kritički osvrt stavljen je na hrvatski zdravstveni sustav.

U četvrtom poglavlju, pod naslovom „Metodologija istraživanja i hipoteze“, definiraju se populacija i uzorak nad kojim je provedeno istraživanje te statističke metode obrade dobivenih podataka.

U petom poglavlju, pod naslovom „Opis i rezultati istraživanja“, prikazuju se ključni nalazi i metodološke napomene, opći podaci o ispitanicima, zadovoljstvo uvjetima rada, stručnim usavršavanjem, naknadom za dopunski i prekovremeni rad i zadovoljstvo redovitim primanjima, zatim zadovoljstvo sudjelovanjem u kliničkim ispitivanjima te stručnim usavršavanjem i profesionalnim potrebama. Nastoji se dobiti informacija o mišljenju ispitanika o odlasku iz ustanove u kojoj rade ili o odlasku iz Hrvatske, zatim o preseljenju u zemlje članice Europske unije ili treće zemlje te utjecaj prediktora na odluku o odlasku bilo gdje iz ustanove u kojoj rade.

U šestom poglavlju, pod naslovom „Usporedba trenda mobilnosti liječnika u Hrvatskoj sa zemljama članicama Europske unije“, prikazuju se trendovi mobilnosti liječnika u zemljama članicama Europske unije i u Republici Hrvatskoj, uspoređuju se dobiveni rezultati istraživanja s postojećim istraživanjima i raspravlja o postavljenim hipotezama. Također, definira se prijedlog mjera, odnosno model za smanjenje migracija iz Republike Hrvatske.

Sedmo poglavlje, „Zaključak“, definira područje za daljnje istraživanje i pokušaj iznalaženja dugoročnog rješenja za problem migracija i posljedično manjka liječnika.

Kroz pet poglavlja disertacije nastoji se pristupiti problemu istraživanja te provedenim istraživanjem i raspravom ispitati, odnosno testirati postavljene hipoteze:

H1: Sloboda kretanja radnika olakšava/potiče migracije mlađih liječnika bez specijalizacije ili specijalista bez uže specijalizacije iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije.

H2: Liječnici su skloniji migriranju u zemlje članice Europske unije nego u treće zemlje.

H3: Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja.

H4: Postotak liječnika u Hrvatskoj koji su poduzeli korake oko preseljenja u drugu državu članicu Europske unije manji je od 10 %.

Predvideni znanstveni doprinos

Na tragu navedenog, planira se dati doprinos zdravstvenom sustavu u Republici Hrvatskoj u pogledu prikaza potencijalnih migracija liječnika, s naglaskom na migracije u zemlje članice Europske unije, brojčani prikaz liječnika koji su poduzeli korake za migracije na svim razinama zaposlenja i u svim dobnim skupinama kao i uzroka samih migracija, što ujedno predstavlja glavni cilj istraživanja.

Kao specifični cilj izradit će se mapa mjera koje je potrebno poduzeti na razini države kako bi se utjecalo na smanjenje odlazaka liječnika iz Republike Hrvatske.

Obrada primarnih i sekundarnih prikupljenih podataka omogućit će uvid u sliku potencijalnih migracija u smjeru zemalja članica Europske unije iz Hrvatske te će povećati spoznaju o mjerama za njihovo smanjenje.

U uvodnom dijelu teksta disertacije iznose se osnovne postavke, teorijski okvir i očekivani doprinos. Sadržaj uvodnog poglavlja usmjeren je na preciziranje problema istraživanja i relevantna dosadašnja istraživanja, metodologiju i očekivani znanstveni doprinos, kao i preciziranje svrhe i ciljeva istraživanja.

1.1. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

Ključni su problem istraživanja migracije liječnika na svim razinama zaposlenja i specijalizacije i svih dobnih skupina u Republici Hrvatskoj prema zemljama članicama Europske unije kao posljedica ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju te slobode kretanja radnika kao jedne od četiri slobode unutarnjeg tržišta Europske unije.

Istraživanje je provedeno na bazi šire postavke koja, pored mišljenja o odlasku u zemlje članice Europske unije, obuhvaća i mišljenje o odlasku u druge dijelove Republike Hrvatske i treće zemlje.

Međunarodne migracije zdravstvenih radnika globalna su pojava koja konstantno raste od kraja 1990-ih godina, modernizacijom zdravstva, opreme i usluga koje generiraju potrebe za usavršavanjem i novim znanjima. Još krajem 1970-ih godina provedeno je istraživanje o migracijama sveukupne zdravstvene radne snage čiji su rezultati prikazani u djelu autora A. Mej'ia, H. Pizurki i E. Royton pod nazivom „*Physician and nurse migration: analysis and policy implications*“ report on a WHO study“, u kojem se navodi kako je problem migracija liječnika impresivan te da je 1972. godine 140.000 liječnika imalo prebivalište u drugoj zemlji od zemlje kojoj pripadaju po svojoj nacionalnosti ili u kojoj su rođeni i obrazovani. Autori naglašavaju da ta brojka predstavlja 6 % ukupnog svjetskog broja liječnika, odnosno jednu osminu liječnika koji godišnje završe svoje obrazovanje.¹⁰ Navedeno istraživanje postavilo je temelje za sva daljnja istraživanja i potrebe rješavanja problematike migracije zdravstvene radne snage.

Migracije zdravstvene radne snage jedna su od više vrsta migracija koje se kroz povijest pojavljuju. Stoga je vrlo bitno napomenuti da migracije, neovisno o kakvima se radi, utječu na ekonomske promjene pojedine države te su između ostaloga ekonomska pojava. Klasifikaciju migracija razradila je autorica Ivana Vukorepa u svom radu „Migracije i pravo na rad u Europskoj uniji“ iz 2018. godine podijelivši migracije na radne (ekonomske), obiteljske, obrazovne, političke i ratne migracije.¹¹

U pogledu migracija, državni, odnosno nacionalni administrativni aspekt migracija, problem je koji se također ističe kada su migracije u pitanju s obzirom na to da ne postoje točni podaci o migraciji ako ne dođe do odjave iz države iz koje se odlazi. Odljev visokokvalificirane radne snage predstavlja globalni problem zbog stvaranja većih i dubljih razlika između različitih zemalja. U knjizi „*High-skilled Migration, Drivers and Policies*“ autor Mathias Czaika ističe pojavu odljeva visokokvalificirane radne snage (u koju ulazi i liječnička populacija) na koju treba odgovoriti stvaranjem heterogenih vještina koje mogu zadovoljiti različite potrebe,

¹⁰ Mej'ia, A. Pizurki, H., Royston, E. (1979). *Physicians and nurse migration: analysis and policy implications* Report of a WHO study, World Health Organization, Geneva, str. 24.

¹¹ Vukorepa, I. (2018). *Migracije i pravo na rad u Europskoj uniji*, Zbornik radova PFZ, 68, (1) 85-120 (2018), str. 85.

smanjiti jaz između država i ublažiti posljedice gospodarskih nejednakosti koje ova pojava uzrokuje.¹²

Autor James Buchan, poznat kao jedan od autora koji svoja istraživanja bazira na zdravstvenim radnicima i zdravstvenim sustavima, u svome radu „*Health worker migration in Europe; assessing the policy options*“ iz 2007. godine definira prilike i izazove za države koje primaju i šalju zdravstvene radnike te za same migrirajuće radnike. Ističe niz prilika kao što su: brza rješenja za manjak radne snage, veća plaća, bolji radni uvjeti, mogućnost dodatnog obrazovanja i sl. Također, navodi i brojne izazove s kojim se suočavaju migrirajući radnici i države koje ih primaju ili šalju, poput negativnog učinka na zdravstvenu skrb, troškova „izgubljenog“ obrazovanja, povećanog radnog opterećenja i slično.¹³

Dosadašnja istraživanja iz područja migracija liječnika na europskoj i svjetskoj razini bave se i problematikom ovisnosti pojedinih država o liječnicima iz drugih država, brojem odlazaka i spremnosti na odlaske liječnika te stvarnim uzrocima odlaska. Također, bave se privlačnim i potisnim faktorima, odnosno državama koje privlače liječnike i onima koji daju svoje liječnike. Istraživanja ističu globalni problemu migracija liječnika i utjecaja na generalni problem zdravstva u pojedinoj državi te prikazuju migracijske tijekove, ali daju i prijedlog mjera državama za otklanjanje odnosno umanjeње problema.¹⁴

¹² Czaika, M. (2018). *High-Skilled Migration, Drivers and Policies*, Oxford, United Kingdom, str. 48.

¹³ Buchan, J. (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options* u Eurohealth (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options*, Volume 13, Number 1, str. 7.

¹⁴ Bach, S. (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*, International Labour Office, Geneva, str. 2-21.; Buchan, J. (2006). *Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?* u European Observatory on Health Systems and Policies Series (2006). *Human resources for health in Europe*, Berkshire, str. 41.-61.; Buchan, J. (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options* u Eurohealth (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options*, Volume 13, Number 1, str. 6.-8.; Conell, J. (2007). *The International Migration of Health Workers*, Routledge, United Kingdom, str. 1.-24.; Czaika, M. (2018). *High-Skilled Migration, Drivers and Policies*, Oxford, United Kingdom, str. 48.-64.; Dessault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z. (2010). *Assessing future health workforce needs*, World Health Organization 2010 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, str. 1.-29.; Dubois, C-A., McKee, M., Rechel, B. (2006.) *The Healthcare Workforce in Europe, Learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, str. 1.-15.; Dumont J-C., Lafortune, G. (2017) *International Migration of Doctors and Nurses to OECD Countries: Recent Trends and Policy Implications* u Buchan, J., Dhillon, I.S., Campbell, J. (2017.) *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*, World Health Organization, str. 81.-113.; Driouchi, A. (2014). *Labour and Health Economics in the Mediterranean Region: Migration and Mobility of Medical Doctors*, Al Akhawayn University, Morocco, str. 1.-23.; Eurofound (2013). *Mobility and migration of health care workers in central and eastern Europe*, Dublin, str. 1.-34.; Glinos, I. A., Wismar, M., Maier, C.B., Palm, W., Figueras, J. (2011). *Health professional mobility and health system in Europe: conclusions from the case-studies* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 67.-84.; Maier, C. B., Glinos, I. A., Wismar, M., Bremner, J., Dussault, G., Figueras, J. (2011). *Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: the results* u World Health Organization on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011): „Health Professional Mobility and Health Systems“, evidence from 17 European countries, str. 23.-66.; Nicholas, S. (2004.)

Stephen Bach u svome djelu „*International migration of health workers: labour and social issues*“ iz 2003. godine bavi se problemom radnih migracija i velike ekspanzije gospodarstva koja je kod razvijenih zemalja dovela do pojave privlačenja zdravstvene radne snage iz drugih zemalja kako bi se zadovoljilo rastuće tržište zdravstvenih usluga. On također spominje termine „*source countries*“ i „*destination countries*“, odnosno države koje su izvor migrirajuće zdravstvene radne snage i koje ih apsorbiraju, tj. koje ju prihvaćaju.¹⁵ Prognoziranje potreba za zdravstvenom radnom snagom i uparivanje ponude i potražnje kompleksan je sustav sam po sebi. Autori G. D'Essault, J. Buchan, W. Sermeus i Z. Padaiga tvrde da ne postoji niti jedna država u svijetu za koju se može reći da ima najbolju praksu po pitanju istoga.¹⁶

Možda najvažnije i najsveobuhvatnije istraživanje o mobilnosti zdravstvene radne snage provela je Svjetska zdravstvena organizacija u ime Europskog opservatorija za zdravstvene sustave i politike pod nazivom „*Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*“ iz 2011. godine¹⁷ te „*Health Professional Mobility in Changing Europe*“ također iz 2011. godine.¹⁸ Radi se o dvama izdanjima velikog istraživanja o kretanjima migracija i stanju kretanja migracija po pojedinim zemljama članicama Europske unije. Prikazuje se ovisnost pojedinih država članica o stranoj zdravstvenoj radnoj snazi, posebice liječnicima, a decidirano se stavlja naglasak na potrebne mjere koje države trebaju poduzeti u cilju smanjenja utjecaja migracija na zdravstvene sustave pojedinih zemalja članica.¹⁹ Kao najvažniji, izdvojen je problem migracija kao višestrukturni problem koji se tiče pojedinca i njegovih prava i mogućnosti, države kao korisnice zdravstvenog sustava i države kao

The Challenges of the Free Movement of Health Professionals u Mckee, M., MacLehose, L., Nolte, E. (2004.) *Health Policy and European Union Enlargement*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, str. 82.-105.; Wismar M., Maier C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras J. (2011). *Health professional mobility and health systems in Europe: an introduction* u World Health Organization 2011, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies: „Health Professional Mobility and Health Systems“, evidence from 17 European countries, str. 3.-17.; Witt, J. (2009). *Review: Addressing the migration of health professionals: the role of working conditions and educational placements*, BMC Public Health, str. 1.-5.

¹⁵ Bach, S. (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*, International Labour Office, Geneva, str. 4.-5.

¹⁶ D'Essault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z. (2010). *Assessing future health workforce needs*, World Health Organization 2010 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, str. 1.

¹⁷ World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*

¹⁸ World Health Organization (2014), on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*

¹⁹ Buchan, J. (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options* u Eurohealth (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options*, Volume 13, Number 1, str. 8.

zakonodavne vlasti, ali i agencija za mobiliziranje zdravstvene radne snage te njihove uloge u migracijama.²⁰

Postojeća istraživanja o migracijama liječnika baziraju se na utjecaju na zdravstveni sustav u kvalitativnom smislu, iako se niti u tom području ne ulazi duboko u analizu, odnosno ne predstavlja se utjecaj manjka određenog broja liječnika određene specijalizacije, primjerice, na povećanje broja oboljelih od određene bolesti. Istraživanja se većinom baziraju na globalnim promjenama koje dovode do migracija liječnika, poput gospodarske krize, ili do problema koje migracije liječnika uzrokuju određenim državama, poput manjka liječnika u ruralnim područjima ili izgubljenog novca uloženog u obrazovanje pojedinih liječnika koji nakon završenog obrazovanja napuštaju matičnu državu. Također, vrlo se malo navode određene poduzete mjere za smanjenje trenda migracija. Postoji nekoliko primjera povećanja plaće zdravstvenih radnika. Tako se primjerice u istraživanju Eurofunda iz 2013. godine pod nazivom „*Mobility and Migration of Health Care Workers in Central and Eastern Europe*“ navodi da su vlade Estonije, Litve, Poljske i Mađarske, koje su nakon velikog proširenja Europske unije 2004. godine bile najpogođenije odlaskom zdravstvene radne snage, poduzele mjere povećanja plaća kako bi spriječile daljnje migracije, međutim mjera nije pomogla u obujmu u kojem se očekivalo.²¹ Tu su i Rumunjska i Bugarska koje aktivno koriste mjere povećanja plaće s ciljem zadržavanja svoje zdravstvene radne snage. Primjerice u Rumunjskoj su plaće porasle za 10 %.²² U Bugarskoj je mjera povećanja izražena u apsolutnom iznosu, koji za liječnike iznosi u prosjeku 400,00 eura prema najnovijim podacima.²³ Mađarska je, prema posljednjim dostupnim podacima, u 2021. godini pokrenula donošenje novih kolektivnih ugovora sa zdravstvenom radnom snagom s ciljem povećanja plaće. Cilj je porast plaća kroz tri godine, od 2021. do 2023., a povećanje bi moglo udvostručiti pojedine liječničke plaće.²⁴

Konačno, ono što je bitno za spomenuti, kada se gleda cjelokupna slika migracija liječnika, radni uvjeti su jedan od ključnih razloga za migracijama. Prema J. Conellu nezadovoljstvo kod liječnika i povećanje namjera za migracijama potaknuto je nepovoljnim radnim okruženjem u

²⁰ Bach, S., op.cit., bilješka 15, str. 10.

²¹ Eurofound (2013). *Mobility and migration of health care workers in central and eastern Europe*, Dublin, str. 16.

²² Internetski izvor [Romania Raises Medics' Salaries to Stem Exodus | Balkan Insight](#), pristupljeno 12.10.2022.

²³ Internetski izvor [Pay boost for Bulgarian health workers | ETUC](#), pristupljeno 12.10.2022.

²⁴ Internetski izvor [New public health-care service contracts with pay rise for doctors - Eurofound EU PolicyWatch \(europa.eu\)](#), pristupljeno 12.10.2022.

smislu nedovoljnog ulaganja u daljnje usavršavanje, nepovoljne radne atmosfere, nedovoljne opremljenosti sustava i u konačnici nedovoljnom plaćom.²⁵

Velikim proširenjem Europske unije 2004. godine došlo je do povećanja opsega migracija i na taj način do povećanja izazova na razini Europe. Hrvatska, kao posljednja članica Europske unije, stupila je u članstvo 2013. godine. Međutim, kao i većina novih zemalja članica i Hrvatska je imala prijelazno razdoblje od 7 godina (2 + 3 + 2) prije nego je od pojedinih država članica Europske unije dobila potpunu slobodu korištenja prava slobodnog kretanja radnika unutar Europske unije u potrazi za poslom ili boljim radnim uvjetima.²⁶ Do tada, za radnike iz Hrvatske vrijedila su nacionalna pravila države u koju radnici odlaze, odnosno za rad u pojedinoj staroj državi članici koja je uvela prijelazno razdoblje prema Hrvatskoj radnik je morao ishoditi važeću radnu dozvolu. S druge strane, tranzicijsko razdoblje ne primjenjuje se među novim državama članicama, već među njima postoji potpuna sloboda kretanja radnika.²⁷

Ulaskom Hrvatske u Europsku uniju i otvaranjem jedinstvenog tržišta Europske unije došlo je do značajnijih pomaka u svijesti liječnika o mogućnosti migracija u zemlje članice Europske unije u potrazi za boljim uvjetima rada te posljedično pomaka i u stvarnim migracijama liječnika. Takve migracije potencijalno utječu na kvalitetu pružanja zdravstvene zaštite zbog manjka liječnika i drugog zdravstvenog osoblja u određenim dijelovima Hrvatske, Europske unije ili drugih država svijeta. O migracijama liječnika mnogo se piše na razini Europske unije s aspekta proširenja Unije, ali i na razini globalnog problema izvan granica Europske unije.²⁸

²⁵ Conell, J. (2007). *The International Migration of Health Workers*, Routledge, United Kingdom, str. 10.-11.

²⁶ Opća uprava Europske komisije za proširenje u Informacijama o rezultatima pristupnih pregovora EU s Hrvatskom iz studenog 2011. u kojima su iznesene mjere koje se odnose na Hrvatsku u prijelaznom razdoblju a ticale su se slobode kretanja radnika: dvogodišnje razdoblje tijekom kojeg su države članice primjenjivale nacionalne mjere prema Hrvatskoj, nakon tog razdoblja obavila se revizija: automatska revizija prije isteka druge godine nakon pristupanja i daljnja revizija na zahtjev Hrvatske, prijelazno razdoblje završilo se nakon pet godina, ali bilo ga je moguće produljiti na daljnje dvije godine u onim postojećim državama članicama u kojima je došlo do ozbiljnih poremećaja tržišta rada ili postojala opasnost od takvih poremećaja, države članice mogle su primjenjivati zaštitne mjere do kraja razdoblja od sedam godina, primjenjivala se klauzula o mirovanju po kojoj tadašnja tržišta rada država članica nisu mogla biti restriktivnija nego što su bila u trenutku potpisivanja Ugovora o pristupanju; tadašnje države morale su dati prednost hrvatskim građanima u odnosu na radnu snagu izvan EU-a; Austrija i Njemačka imale su pravo primijeniti dodatna nacionalna ograničenja za rješavanje ozbiljnih poremećaja ili opasnosti od ozbiljnih poremećaja u posebno osjetljivim uslužnim sektorima na svojim tržištima rada koji bi se u određenim regijama mogli pojaviti kao posljedica transnacionalnog pružanja usluga; u okviru prijelaznih režima bila su zaštićena prava hrvatskih građana i članova koji su već zakonito nastanjeni i zaposleni u nekoj državi članici; na temelju reciprociteta, Hrvatska je mogla primjenjivati ograničenja istovjetna nacionalnim mjerama koje primjenjuju odnosne države članice.

²⁷ Kapural, M. (2005). *Sloboda kretanja radnika u proširenoj Europskoj uniji i njezin utjecaj na Hrvatsku* u Institut za javne financije, Zaklada Friedrich Ebert (2005). *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji, ususret izazovima pregovora*, Zagreb, str. 92.

²⁸ Ghinos, I. A. (2015). *Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement*, Health Policy 119 (2015) 1529-1536, Elsevier, str. 1529.-1534.; Mara, I. (2020). *Health professionals wanted: Chain mobility across European countries, Research report 445*, The Vienna Institute for

Međutim, Hrvatska kao najmlađa članica Europske unije, izostala je iz većine provedenih istraživanja na europskoj razini. Stoga, ne postoje službeno objavljeni podaci o potencijalnim migracijama liječnika u Republici Hrvatskoj na svim razinama zaposlenosti i specijalizacije i u svim dobnim skupinama.

Hrvatska liječnička komora najvećim dijelom javno iskazuje problem odlazaka liječnika i apelira na rješavanje problema od strane države. Tako je Hrvatska liječnička komora 2016. godine izdala priopćenje za medije u kojem je iznijela rezultate ankete o zadovoljstvu mladih liječnika provedene nad liječnicima do 39 godina (uključujući i 39-godišnjake). Navedena je anketa pokazala kako čak 58 % navedenih liječnika aktivno razmišlja o odlasku iz Republike Hrvatske. Kao glavni razlozi odlaska navode se uvjeti rada, stanje unutar zdravstvenog sustava i visina plaće. Istraživanje se u suštini bavi problematikom kvalitete specijalističkog usavršavanja, mogućnostima stručnog i akademskog napredovanja te motivacijom ostanka u Hrvatskoj odnosno odlaskom u inozemstvo.²⁹

S druge strane, Barić i Smolić u svome radu „Strategija ljudskih resursa u hrvatskom zdravstvu – izazovi ulaska u Europsku uniju“ iz 2012. godine bave se tematikom ponude i potražnje za zdravstvenim radnicima te utvrđuju da porastu potražnje za radnicima u zdravstvu doprinosi starenje stanovništva i promjene medicinske tehnologije, a ponuda bi se mogla smanjiti zbog odlaska većeg broja liječnika i medicinskih sestara iz „baby boom“ generacije u mirovinu. Nadalje, napominju da se u mnogim razvijenim zemljama u idućim desetljećima očekuje nastavak smanjenja broja stanovnika u mlađim dobnim skupinama koje predstavljaju izvor buduće radne snage.³⁰

International Economic Studies, str. 3.-28.; Wiskow, C. (2006). *Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE counties – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*, International Labour Office, Geneva, str. 5.-30.; Bludau, H. (2021). *Global healthcare worker migration*, Oxford Research Encyclopedia of Anthropology, str. 1.-33.; Buchan, J., Perfilieva, G. (2006). *Health worker migration in the European Region: Country case studies and policy implications*, World Health Organization, str. 3.-16.; Krieger, H. (2004). *Migration trends in an enlarged Europe*, European Foundation for the improvement of living and working conditions, str. 10.-24.;

Internetski izvor [Brain drain of health workforce challenges EU health systems – EURACTIV.com](#), pristupljeno 10.12.2022.

Internetski izvor [The EU exodus: When doctors and nurses follow the money – POLITICO](#), pristupljeno 10.12.2022.

Internetski izvor [Cross Border Health Care ~ A European Union Phenomenon \(medicaltourism.com\)](#), pristupljeno 10.12.2022.

²⁹ Hrvatska liječnička komora (2016.) Priopćenje za medije, <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/priop%C4%87enja/priopcenje-anketa-mladi-lijecnici.pdf>, pristupljeno 3.2.2020.

³⁰ Barić, V., Smolić, Š. (2012). *Strategija ljudskih resursa u hrvatskom zdravstvu – izazovi ulaska u Europsku uniju* u Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti (2012). *Razvojna strategija malog nacionalnog gospodarstva u globaliziranom svijetu*, Zagreb, str. 209.

Predmet je ovoga rada analiza razina spremnosti svih kategorija liječnika i svih dobnih skupina u Republici Hrvatskoj na migracije, s naglaskom na migracije u zemlje članice Europske unije, te prikaz stvarnih razloga za migracije s ciljem kreiranja mape područja u koje država treba intervenirati kako bi smanjila, odnosno spriječila migracije.

Na tragu toga, kao glavna istraživačka metoda, koristi se anketni upitnik koji se provodi među sveobuhvatnom liječničkom populacijom na području Republike Hrvatske u svrhu dobivanja podataka o migracijama liječnika ili namjerama za migracije liječnika iz Republike Hrvatske u smjeru zemalja članica Europske unije.

1.2. SVRHA I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Migracije liječnika pojava su koja posljednjih nekoliko desetljeća utječe na zdravstvene sustave velike većine zemalja svijeta. Kod zemalja u razvoju dolazi do odljeva, dok kod razvijenih zemalja dolazi do priljeva zdravstvene radne snage što uzrokuje određene promjene u zdravstvenom sustavu i kod jednih i kod drugih. Istraživanja postoje u raznim aspektima, međutim, pojavljuje se određeni nedostatak informacija o potencijalnim migracijama u novije vrijeme, konkretno na razini Republike Hrvatske, te poduzetim mjerama za smanjenje odlazaka liječnika. Prema dostupnoj literaturi vezanoj za migracije zdravstvene radne snage spominju se određeni privlačni i potisni faktori koji dokazano generalno utječu na migracije zdravstvene radne snage, ponajprije liječnika. Međutim, na razini Republike Hrvatske ne postoji istražen razlog migriranja ili namjera za migriranjem kod cjelokupne liječničke populacije neovisno o godinama, instituciji u kojoj rade, poziciji na kojoj rade, razini specijalizacije, razini znanstvenog obrazovanje te sudjelovanja u pojedinim projektima, s naglaskom na migracije u zemlje članice Europske unije. S druge strane, ne postoji ni katalog mjera za smanjenje odlazaka liječnika donesen od strane izvršne vlasti.

1.3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je provedeno znanstvenom metodom anketiranja liječničke populacije u Republici Hrvatskoj. Prema podacima iz Demografskog atlasa hrvatskog liječništva koji je izdala Hrvatska liječnička komora, 1.1.2017. godine u Hrvatskoj je bilo 14.394 liječnika.³¹ Demografski atlas smatramo adekvatnim izvorom informacija i podataka, a podaci prikazani u Demografskom atlasu uzeti su iz izvješća Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Državnog zavoda za statistiku, FINA-e, Agencije za znanost i visoko obrazovanje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo – službe za medicinu rada. Anketni upitnik distribuiran je elektroničkom poštom putem Hrvatskog liječničkog zbora na sve podružnice u Republici Hrvatskoj. Anketni upitnik bio je otvoren od 4. srpnja 2019. do 22. rujna 2019. godine, a pristup ispunjavanju bio je omogućen putem Google mrežnih obrazaca (*Google forms*) na sljedećoj poveznici <https://docs.google.com/forms/d/1qzEgida-25EgqvRgl7IwiDZat7xvu5r01fEHvkQgzQM/edit>.

Upitnik se sastoji od 54 pitanja koja se odnose na opće podatke o liječniku, stručne podatke o završenom obrazovanju odnosno specijalizaciji ili užoj specijalizaciji, vrsti radnog mjesta, zadovoljstvu radnim uvjetima, visini primanja, angažiranošću na znanstvenim ili stručnim projektima, podacima o dopunskom radu, zadovoljstvu plaćom u dopunskom radu te preferencijama o odlasku iz države s ciljem boljih radnih i životnih uvjeta.

Glavni je cilj utvrditi razinu potencijalnih migracija liječnika, karakteristike liječnika koji imaju namjeru za migracijama te uzroke migracija u Hrvatskoj kako bi sustav mogao reagirati u svrhu smanjenja i zaustavljanja prvenstveno odlazaka liječnika uvođenjem ili poboljšanjem onih mjera koje bi doprinijele zaustavljanju migracija liječnika.

Specifični je cilj istraživanja utvrditi koji su uzroci takvih migracija u Hrvatskoj te izrada modela za povećanje efikasnosti zdravstva u vidu poboljšanja radnih uvjeta liječnika i smanjenja potreba za migracijama hrvatskih liječnika.

³¹ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S. (2017). *Demografski atlas hrvatskog liječništva*, Hrvatska liječnička komora, Zagreb, str. 20.

2. SLOBODA KRETANJA LIJEČNIKA U EUROPSKOJ UNIJI

Sloboda kretanja liječnika predstavlja segment slobode kretanja radnika uopće. Obučeni radnici učestalo migriraju u potrazi za boljim osobnim i profesionalnim mogućnostima izvan države u kojoj žive. Načini i putevi migracija stalno se mijenjaju, a smjerovi većinom ovise o jednostavnosti, lakoći pristupa informacijama, lakoći komuniciranja kao i povećanoj harmonizaciji i neovisnosti ekonomija i politika zapošljavanja pojedinih zemalja.³² Globalizacija i širenje pojave međunarodnih migracija donose i prednosti i nedostatke. Sloboda kretanja dovodi do povećanja emancipacije pojedinca, smanjenja kulturnih razlika, potiče profesionalni napredak u raznim disciplinama pa tako i kod liječnika, smanjuje globalne razlike u zdravstvu i bogatstvu, ali isto tako dovodi do gubitka prava na liječenje stanovništva koje liječnici migranti i ostalo zdravstveno osoblje koje migrira ostavljaju iza sebe.³³ Stoga se sustav migriranja ili slobode kretanja liječnika u jednu ruku smatra sustavom izvan balansa. Ponajviše jer dovodi do toga da bogatije zemlje, u koje liječnici češće migriraju, imaju bolji pristup zdravstvenoj zaštiti. Sloboda kretanja liječnika može se promatrati s različitih aspekata, stoga je u ovom poglavlju prikazana problematika slobode kretanja od pravnog aspekta, migriranja općenito, utjecaja migracija na tržište rada, problema migriranja iz trećih zemalja na zemlje članice Europske unije te pojave migracija liječnika unutar zemalja članica Europske unije što u suštini i čini temelj slobode kretanja radnika.

2.1. PRAVNI OKVIR SLOBODE KRETANJA RADNIKA

Sloboda kretanja radnika podrazumijeva pristup zapošljavanju svih državljana Europske unije bez diskriminacije na temelju nacionalnosti. Riječ je o važnom pitanju s obzirom na to da njegova regulacija ima utjecaj na pitanja funkcioniranja unutarnjeg tržišta, gospodarstva država članica, zaposlenost, te je jedno od bitnih ciljeva socijalne politike. Pitanje slobode kretanja

³² Shah, R.S. (2010). *The international migration of health workers, ethics, rights and justice*, Palgrave MacMillan, United Kingdom, str. 1.

³³ Loc.cit.

radnika usko je vezano i s pitanjima državljanstva Europske unije, migracijama, socijalnom sigurnosti i nizom drugih pitanja.³⁴

Posebice se kao pojam ističe državljanstvo Europske unije te se postavlja pitanje na što se ono odnosi. Državljanstvo Europske unije, poznato i pod nazivom Europsko građanstvo, ustanovljeno je Ugovorom o Europskoj uniji sklopljenim u Maastrichtu 7. veljače 1992. godine, koji je na snazi je od 1. studenog 1993. godine. Državljanstvo Europske unije komplementarni je pojam nacionalnom državljanstvu, koje svi građani Europske unije stječu u svojim matičnim državama. Također, pojavljuje se i pojam građanstva Europske unije jer Europska unija nije nadržava, niti ima klasične elemente države, već je politička zajednica bez države – adržavna tvorevina.³⁵

Sloboda kretanja radnika, kao uže područje slobode kretanja osoba, jedna je od četiriju temeljnih europskih sloboda, odnosno sloboda unutarnjeg tržišta Europske unije koje se sastoji od slobode kretanja osoba, usluga, kapitala i robe. Pravna osnova slobode kretanja radnika temelji se na članku 3. stavku 2. Ugovora o Europskoj uniji³⁶, te člancima 20., 26. i 45. – 48. Ugovora o funkcioniranju Europske unije.³⁷ Navedeni članci Ugovora temeljeni su na načelu nediskriminacije na osnovu državljanstva za radnike iz država članica s obzirom na njihovo zapošljavanje, naknadu i ostale uvjete rada i zapošljavanja.

Nadalje, sloboda kretanja radnika utemeljena je i na sekundarnom zakonodavstvu Europske unije i to na Direktivi 2004/38/EZ (dalje u tekstu Direktiva 2004/38) o pravu građana Unije i članova njihovih obitelji na slobodno kretanje i boravište na području države članice; Direktivi 2014/54/EU (dalje u tekstu: Direktiva 2014/54) o mjerama za lakše ostvarivanje prava zajamčenih radnicima u kontekstu slobode kretanja radnika; Direktivi 2005/36/EZ (dalje u tekstu: Direktiva 2005/36) o priznavanju profesionalnih kvalifikacija; Uredbi (EU) br. 492/2011 o slobodi kretanja radnika u Uniji, Uredbi (EZ) br. 883/2004 o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti te njezinoj provedbenoj Uredbi (EZ) br. 987/2009.

U članku 7. Uredbe 492/2011 o slobodi kretanja radnika unutar Europske Unije zadržano je načelo jednakog tretmana te je određeno da radnik koji je državljanin države članice Europske

³⁴ Peročević, K. (2017). *Pojam radnika u pravu Europske unije*, u Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 67, (2) 319-343. Zagreb, str. 322.

³⁵ Glibo, M. (2013). *Državljanstvo Europske unije*, u „Pravnik, 46, 1(93), UDK: 342.71:347.761 (4) EU, UDK: 061.1(4) EU, str. 81.

³⁶ *Ugovor o Europskoj uniji (pročišćena verzija)*, Službeni glasnik Europske unije, C 202/1; članak 3. stavak 2.

³⁷ *Ugovor o funkcioniranju Europske unije (pročišćena verzija)*, Službeni glasnik Europske unije, C 202/1; članci 20., 26., 45., 46. i 47.

unije ne može na teritoriju druge države članice biti tretiran drugačije nego domaći radnici zbog svoje nacionalnosti u odnosu na sve uvjete zaposlenja. Člankom 9. Uredbe 492/2011 radnicima koji su državljani države članice Europske unije, a koji su zaposleni na teritoriju druge države, priznata su sva prava i povlastice koje se odobravaju domaćim radnicima po pitanju stanovanja.³⁸

Direktiva 2014/54 o mjerama za lakše ostvarivanje prava zajamčenih radnicima u kontekstu slobode kretanja radnika, a sukladno članku 2., primjenjuje se na pristup zaposlenju, uvjete zapošljavanja i rada, posebno s obzirom na primitke od rada, otpuštanje, zdravlje i sigurnost na radu te, ako radnici Europske unije postanu nezaposleni, vraćanje na posao ili ponovno zapošljavanje, pristup socijalnim i poreznim povlasticama, članstvo u sindikatima i pravo na odabir u predstavnička tijela radnika, pristup osposobljavanju, pristup stanovanju, pristup obrazovanju, naukovanju i strukovnom osposobljavanju za djecu radnika Europske unije i pomoć koju pružaju uredi za zapošljavanje.³⁹

Direktiva 2004/38⁴⁰ o pravima građana Europske unije i članova njihovih obitelji na slobodno kretanje i boravak uzima u obzir nove pravne i političke okolnosti uspostavljene građanstvom Europske unije i oslanja se na građanstvo Europske unije kao na pravnu osnovu za pravo na slobodu kretanja i na boravak državljana država članica i članova njihovih obitelji.⁴¹ U članku 6. Direktiva 2004/38⁴² daje osnovno pravo ulaska i boravka do tri mjeseca svim državljanima država članica Europske unije i članovima njihovih obitelji bez ikakvih posebnih uvjeta, osim posjedovanja valjane identifikacijske isprave ili putovnice. Direktivom 2004/38 također je određeno da nakon pet godina boravka u članici domaćinu⁴³, radnik i članovi njegove obitelji stječu u članici domaćinu pravo trajnog boravka.⁴⁴

³⁸Uredba br. 492/11 Europskog Parlamenta i Vijeća od 5.4.2011. o slobodi kretanja radnika unutar EU, članci 7. i 9., Službeni list Europske unije, L 141

³⁹Direktiva 2014/54/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 16. travnja 2014. o mjerama za lakše ostvarivanje prava zajamčenih radnicima u kontekstu slobode kretanja radnika, članak 2., Službeni list Europske unije, L 128/8, 30.4.2014.

⁴⁰Direktiva 2004/38/EC Europskog Parlamenta i Vijeća od 29.4.2004. god. o pravu građana Unije i članova njihovih obitelji o slobodi kretanja i boravka na teritoriju države članice, kojom se vrši izmjena i dopuna Uredbe (EEZ-a) broj 1612/68 i ukidaju Direktive 64/221/EEZ, 68/360/EEZ, 72/194/EEZ, 73/148/EEZ, 75/34/EEZ, 75/35/EEZ, 90/364/EEZ, 90/365/EEZ i 93/96/EEZ, Službeni list 158

⁴¹Goldner Lang, I. (2007). *Sloboda kretanja ljudi u EU*, Školska knjiga, Zagreb, str. 37.

⁴²Direktiva 2004/38/EC Europskog Parlamenta i Vijeća od 29.4.2004. god. o pravu građana Unije i članova njihovih obitelji o slobodi kretanja i boravka na teritoriju države članice, kojom se vrši izmjena i dopuna Uredbe (EEZ-a) broj 1612/68 i ukidaju Direktive 64/221/EEZ, 68/360/EEZ, 72/194/EEZ, 73/148/EEZ, 75/34/EEZ, 75/35/EEZ, 90/364/EEZ, 90/365/EEZ i 93/96/EEZ, članak 6., Službeni list 158.

⁴³Prema članku 2. stavku 3. Direktive 2004/38/EC „Država članica domaćin“ znači država članica u koju se useljava građanin Unije ostvarujući svoje pravo slobodnog kretanja i boravišta.

⁴⁴Peročević, K., op.cit., bilješka 34., str. 319-343.

Direktiva 2005/36 o priznavanju profesionalnih kvalifikacija definira mjere za provođenje prava radnika na obavljanje određene profesije u svojstvu samostalno zaposlene osobe ili zaposlene osobe u državi članici različitoj od one u kojoj su osobe stekle svoje stručne kvalifikacije. Osobama koje su stekle stručne kvalifikacije u jednoj državi članici jamči pristup istoj profesiji i ista prava prilikom obavljanja te profesije u drugoj državi članici kao i državljanima te države članice. Konkretno za liječnike, Direktiva 2005/36 propisuje potrebnu razinu obrazovanja stečenu na pojedinom sveučilištu koja je potrebna za priznavanje osnovne medicinske izobrazbe, specijalističke medicinske izobrazbe, stečenih prava liječnika specijalista i posebne izobrazbe iz opće medicine, kako bi ostvarili pravo na priznavanje stručnih kvalifikacija.⁴⁵

Pored primarnog i sekundarnog prava Europske unije, sudska praksa također je jedan od modela kojim se definiraju određena prava građana unutar Europske unije. Jedan je od načina je definiranje pojma radnik i član obitelji.

Pojam radnika nije definiran niti Ugovorom o Europskoj uniji niti Ugovorom o funkcioniranju Europske unije. Pojam radnika odredila je praksa Europskog suda (eng. *Court of Justice*), koji u svojim presudama navodi da je radnik osoba koja obavlja nesamostalnu djelatnost koja traje određeno vrijeme sukladno nalogu poslodavca i koja za takav rad dobiva plaću, odnosno novčanu naknadu.⁴⁶ Tako je Europski sud kroz praksu utvrdio da je pojam radnika autonomni pojam europskog prava i da nije podložan definicijama nacionalnih zakonodavstava o tome tko se smatra radnikom.⁴⁷

⁴⁵ Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija (2005), Službeni list Europske unije, L 255/22

⁴⁶ Bodiroga-Vukobrat, N., Horak, H., Martinović, A. (2011). *Temeljne gospodarske slobode EU*, Inženjerski biro, Zagreb, str. 120.

⁴⁷ Osim u daljnjem tekstu navedenih presuda sudska praksa po pitanju definiranja pojma radnik vrlo je bogata i broji mnoge značajne presude:

C-75/63 *Mrs M.K.H. Hoeakstra protiv Bestuur der Bedrijfsvereniging*, EU:C:1974:140

C-41/74 *Van Duyn protiv Home Office*, EU:C:1974:133

C-36/74 *Warlave i Koch protiv Association Union Cycliste Internationale i drugi*, EU:C:1974:140

C-13/76 *Gaetano Dona protiv Mario Mantero*, EU:C:1976:115

C-175/78 *The Queen protiv Vera Saunders*, EU:C:1979:88

C-196/87 *Udo Steymann protiv Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:1988:475

C-344/87 *I. Bettray protiv Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:1989:226

C-292/89 *The Queen protiv Immigration Appeal Tribunal, ex parte Gustaff Desiderius Antonissen*, EU:C:1991:80

C-357/89 *V.J.M. Raulin protiv Minister van Onderwijs en Wetenschappen Raulin*, EU:C:1991:87

C-3/90 *M.J.E. Bernini protiv Minister van Onderwijs en Wetenschappen*, EU:C:1992/89

C-444/93 *Magner i Scheffl protiv Innungskrankenkasse Vorderpfalz*, EU:C:1995:438

C-317/93 *Inge Nolte protiv Landesversicherungsanstalt Hannover*, EU:C:1995:438

C-415/93 *Union royale Belge des societets de football association ASBL i dr. protiv Jean-Marc Bosman i drugi*, EU:C:1995/463

U predmetu *Hoekstra v. Bestuur der Bedrijfsvereniging voor Detailhandel en Ambachten*, Europski je sud odredio da bi definiranje pojma radnika u nadležnosti nacionalnog prava, omogućilo svakoj državi članici izmijene značenja izraza radnik migrant i uklanjanje zaštite koju su predvidjeli osnivački ugovori. Drugim riječima, države članice nemaju tu ovlast u kontekstu pojma radnik i slobode kretanja.⁴⁸

Nadalje, Europski sud široko je postavio tumačenje pojma radnik obuhvativši širok krug osoba koje spadaju pod polje primjene.⁴⁹

U predmetu *Levin v. Staatssecretaris van Justitie*, Europski je sud utvrdio da su radnici zaposleni na pola radnog vremena također radnici, te da mu se zbog činjenice da ne ostvaruje dovoljnu zaradu, ne može uskratiti uživanje pogodnosti koju sa sobom nosi sloboda kretanja radnika.⁵⁰

U predmetu *R. H. Kempf v. Staatssecretaris van Justitie*, Europski je sud utvrdio da okolnost što radnik ne zarađuje dovoljno novca za uzdržavanje, te da je ta osoba upućena na korištenje novčane potpore države, ne znači da mu se može uskratiti sloboda kretanja. Europski sud jasno je odredio da je nebitno traži li radnik koji radi posao s pola radnog vremena dodatna novčana sredstva, bez obzira odakle ista dolaze, od imovine, ili od člana obitelji radnika ili iz potpore države članice.⁵¹

C-257/99 *The Queen protiv Secretary of State for the Home Department, ex parte Julius Barkoci i Marcel Malik*, EU:C:2001:491

C-268/99 *Jany i drugi protiv Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:2001:616

C-188/00 *Bulent Kurz, ne Yuçe protiv Land Baden-Württemberg*, EU:C:2002:694

C-413/01 *Ninni Orasche protiv Bundesminister für Wissenschaft*, EU:C:2003:600

C-138/02 *Collins protiv Secretary of State*, EU:C:2004:172

C-1009/04 *Karl Robert Kranemann protiv Land Nordrhein-Westfalen*, EU:C:2005:187

C-94/07 *Andrea Raccanelli protiv Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften eV*, EU:C:2008:425

C-14/09 *Hava Genc protiv Land Berlin*, EU:C:2010:57

C-325/08 *Olympique Lyonnais SASP protiv Olivier Bernard i Newcastle UFC*, EU:C:2010:143

C-232/09 *Dita Danosa protiv LKB Lizings SIA*, EU:C:2010:674

C-507/12 *Jessy Saint Prix protiv Department for Work and Pensions*, EU:C:2014:2007

C-216/15 *Betriebsrat der Ruhrlandklinik gGmbH protiv Ruhrlandklinik gGmbH*, EU:C:2016:883

⁴⁸ C-75/63 *Hoekstra v. Bestuur*, EU:C:1964:19

⁴⁹ Bodiroga-Vukobrat, N., Horak, H., Martinović, A., op.cit. 46., str. 123.

⁵⁰ C-53/81 *Levin v. Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:1982:105

⁵¹ C-139/85 *R.H. Kempf v. Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:1986:223

U predmetu *Lawrie-Blum v. Land Baden-Wurttemberg*, Europski sud odredio je da je bitna osobina radnog odnosa ta da je osoba (radnik) za neko vrijeme pružala usluge, odnosno rad, pod vodstvom druge osobe za što je dobila plaću.⁵²

Konačno, u presudi *Michael Trojani*, Europski sud istaknuo je da *sui generis* priroda radnopravnog odnosa temeljem nacionalnog prava, razina produktivnosti određene osobe, izvor prihoda iz kojih se isplaćuje naknada za rad ili ograničena razina naknade za rad, ne mogu biti mjerodavni pri određivanju je li neka osoba radnik u svjetlu europskog prava.⁵³

Dakle, u duhu europskog prava, radnikom se smatra svaka osoba, bez obzira je li zaposlena na neodređeno ili određeno vrijeme, na povremenim ili privremenim poslovima, u punom ili nepunom radnom vremenu. Bitno je da se bavi aktivnošću kao zaposlena osoba, bez obzira na motive, osim ako se bavi aktivnostima i djelatnostima koje se smatraju marginalnim ili pomoćnim.⁵⁴

Slijedom navedenog, razaznajemo tri kriterija koje za definiranje radnika zahtijeva Europski sud: obavljanje usluga, subordinacija i primanje naknade. Što se tiče tražitelja posla, Europski sud zauzeo je stav da one osobe koje aktivno traže posao nemaju puni status radnika, ali da su i pored toga u doseg č. 45. Ugovora o funkcioniranju Europske unije.⁵⁵

U predmetu *R v Immigration Appeal tribunal, ex p Antonissen*, Europski je sud izrazio širi pristup od onog što ga gramatički određuje č. 45 Ugovora o funkcioniranju Europske unije, te kaže da, ako se državljani članica mogu preseliti u drugu državu članicu samo onda kada su prihvatili kakvu ponudu za posao, broj ljudi koji bi se preseljavali bio bi malen i puno radnika koji bi mogli tražiti i naći posao po dolasku u državu članicu bi u tomu bili spriječeni.⁵⁶

Europski je sud također odredio da državljani Europske unije, kao tražitelji posla, a nemaju isti status kao već zaposleni radnici u Europske unije. Naime, države članice pridržavaju si pravo

⁵² C-66/85 *Lawrie-Blum v. Land Baden-Wurttemberg*, EU:C:1986:284

⁵³ C-456/02 (2004) *Michael Trojani*, EU:C:2004:488

IUS-INFO - Definiranje pojma „radnik“ u europskom pravu (iusinfo.hr), pristupljeno 13.1.2023.

⁵⁴ *Bodiroga-Vukobrat, Nada*, u: Temeljne gospodarske slobode EU, Inženjerski biro, o predmetu C-357/89 *Raulin* 1992 ECR I-1027 t. 11, str. 123-124.

⁵⁵ Craig, P., de Burca, G. (2011). *EU law, text, cases and materials*, fifth edition, Oxford, str. 356.

⁵⁶ C-292/89 *R v Immigration Appeal tribunal, ex p Antonissen*, EU:C:1991:80

da udalje tražitelje posla za koje nema izgleda da će si naći posao nakon razumnog vremenskog roka, bez da se pozivaju na čl. 45. Ugovora o funkcioniranju Europske unije.⁵⁷

U članku 2. Direktive 2004/38 određeno je što obuhvaća pojam „član obitelji“. Tako je određeno da je član obitelji bračni drug, partner s kojim građanin Europske unije ima registriranu istospolnu zajednicu temeljem zakonodavstva države članice, ako je po zakonodavstvu države članice domaćina reigistrirana istospolna zajednica izjednačena s bračnom zajednicom, te prema uvjetima utvrđenima u mjerodavnim zakonima države članice domaćina, izravni potomci koji nisu navršili 21 godinu života ili su uzdržavani članovi obitelji, kao i oni bračnog druga ili gore definiranog partnera te izravni srodnici po precima u uzlaznoj liniji koji su uzdržavani članovi obitelji, kao i oni bračnog druga ili partnera.⁵⁸

Svaki državljanin države članice ima pravo tražiti posao u drugoj državi članici u skladu s važećim propisima koji se primjenjuju na domaće radnike. Od nacionalne službe za zapošljavanje ima pravo dobivati jednaku pomoć kao i državljani države članice domaćina, bez diskriminacije na temelju državljanstva, ima pravo boraviti u državi domaćinu onoliko dugo koliko je potrebno za traženje posla, prijavljivanje na natječaj za posao i zapošljavanje.⁵⁹

To pravo jednako se primjenjuje na sve radnike iz drugih država članica bez obzira na to imaju li ugovor na neodređeno vrijeme, jesu li zaposleni sezonski ili je riječ o prekograničnim radnicima koji pružaju usluge. Radnici se ne smiju diskriminirati, na primjer u pogledu zahtjeva za poznavanje jezika, koji ne smiju izlaziti iz okvira onoga što je razumno i potrebno za određeno radno mjesto.⁶⁰

Osnovno načelo prava Europske unije zabrana je diskriminacije temeljem spola, rase, boje kože, etničkog ili socijalnog podrijetla, genetskih osobina, jezika, vjere, uvjerenja, političkog ili bilo kakvog drugog mišljenja, pripadnosti nacionalnoj manjini, imovine, rođenja, invalidnosti, dobi ili spolnog usmjerenja, kao i na temelju državljanstva.⁶¹

U preambuli Uredbe Europskog parlamenta i Vijeća 492/2011 o slobodi kretanja radnika unutar Europske unije od 5. travnja 2011. određeno je da taj cilj uključuje ukidanje svake diskriminacije na temelju državljanstva između radnika država članica. Načelo

⁵⁷ Craig, P., de Burca, G., op.cit., bilješka 55, str. 356

⁵⁸ Loc.cit.

⁵⁹ *Povelja temeljnih prava EU* (2000) čl. 21. Službeni list C 364/1

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Ibidem.

nediskriminacije znači da svi državljani država članica imaju isti prioritet zapošljavanja kao i nacionalni radnici.⁶² Ipak, diskriminacija u području zapošljavanja je prisutna te se javlja u dvama oblicima, kao izravna (direktna) i neizravna (indirektna) diskriminacija.

Izravna diskriminacija

O izravnoj diskriminaciji govorimo kada je radnik migrant stavljen u nepovoljniji položaj u odnosu na radnika koji je državljanin te države članice. Odnosi se na nepovoljno postupanje temeljeno na posjedovanju specifičnih karakteristika koje razlikuju pojedinca od drugih ljudi.⁶³

Neizravna diskriminacija

Pod neizravnom diskriminacijom razumijemo situacije u kojima naizgled neutralna odredba glede državljanstva, stavlja radnika migranta u nepovoljniji položaj u odnosu na državljane te države članice te mu nameće opterećenja ili na drugi način sprječava slobodu kretanja radnika.⁶⁴

Opravdana ograničenja, odnosno derogacija slobode kretanja osoba može se izvršiti samo ako to postavljaju zahtjevi javnog interesa, zaštita javne sigurnosti ili zaštita javnog zdravlja.⁶⁵ U okviru zaštite javnog poretka i javne sigurnosti, zaštitne mjere mogu se poduzimati samo na temelju osobnog ponašanja pojedinca, dok se zaštita javnog zdravlja odnosi na mogućnost uskrate dozvole boravka oboljelih od bolesti koje su navedene u Međunarodnoj uredbi o zdravlju Svjetske zdravstvene organizacije iz 1951. godine.⁶⁶

U kontekstu migracija liječnika, Zakon o liječništvu u članku 2. stavku 1., definira da je liječnik zdravstveni radnik sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim nazivom doktor medicine.⁶⁷ Nadalje, navedeni Zakon u članku 6., definira opće uvjete za obavljanje liječničke djelatnosti od kojih je potrebno posebno istaknuti uvjete iz stavka 1., podstavka 1., koji glase: diploma jednog od medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj ili nostrificirana diploma inozemnog medicinskog fakulteta, položen stručni ispit, odnosno specijalistički ispit, ili ispit iz

⁶² Uredba (EU) br. 492/11 Europskog parlamenta i Vijeća od 5.4.2011. o slobodi kretanja radnika unutar EU, Službeni list L 141

⁶³ Maliszewska-Nienartowicz, J. (2014). *Direct and Indirect Discrimination in European Union Law – How to Draw a Dividing Line?*, International Journal of Social Science, III (I), str. 42.

⁶⁴ Ibidem, str. 43.

⁶⁵ Ugovor o funkcioniranju Europske unije (pročišćena verzija), Službeni glasnik Europske unije, C 202/1, čl.45., st.3.

⁶⁶ *International Sanitary Regulations* – World Health Organizations No. 2 (with appendices and annexes). Adopted by the Fourth World Health Assembly at Geneva, on 25 May 1951

⁶⁷ Zakon o liječništvu, članak 2., stavak 1., NN 121/03, 117/08

uže specijalnosti za samostalan rad u pojedinim specijalističkim, odnosno strukama uže specijalnosti.⁶⁸ Nakon ulaska Hrvatske u članstvo Europske unije, u ovaj je Zakon uveden članak 6a., stavak 1., koji kaže da se položen stručni ispit, kao opći uvjet za obavljanje liječničke djelatnosti, ne odnosi na državljane država članica Europske unije.⁶⁹ Nadalje, stavak 1., podstavak 2. kaže da je za obavljanje liječničke djelatnosti potrebno imati hrvatsko državljanstvo. Isti članak ovog Zakona u stavku 2. navodi da, iznimno od odredbe stavka 1. podstavka 2., stranci mogu obavljati liječničku djelatnost u Republici Hrvatskoj prema propisima koji uređuju rad stranaca u Republici Hrvatskoj.⁷⁰

Ograničavanje tržišta rada tako da se prednost daje matičnim državljanima dopušteno je samo iznimno, i to za obavljanje poslova koji se odnose na obnašanje javne vlasti i odgovornost za zaštitu općih interesa države.⁷¹

Svaka država članica pristupanjem u Europsku uniju stječe pravo na četiri temeljne slobode. Hrvatska je potpisivanjem Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju preuzela prava i obveze nakon stjecanja punopravnog članstva u Europskoj uniji. Sporazumom o stabilizaciji i pridruživanju stečena su prava slobode kretanja radnika koja obuhvaćaju:

- pravo na rad bez radne dozvole (nakon prolaska tranzicijskog razdoblja ako je isto određeno)
- jednakost postupanja u zapošljavanju kao s državljanima članice u kojoj se rad obavlja
- pravo na jednake socijalne pogodnosti kakve imaju i državljani članice u kojoj se radnik zapošljava
- pravo članova obitelji da se pridruže radniku i da primaju naknadu za obitelj
- potpuna koordiniranost sustava socijalne sigurnosti (mirovinska prava i doprinosi)
- uzajamno priznavanje kvalifikacija.⁷²

Ulazak države u Europsku uniju predstavlja priliku radnicima za migracije i pronalazak boljih radnih uvjeta. Smjer migracija najčešće je iz ruralnih u urbane sredine, iz siromašnijih u bogatije države i iz zemalja u kojima se slabije napreduje u zdravstvu, kao našem području istraživanja,

⁶⁸ Ibidem, članak 6., stavak 1., podstavak 1., NN 121/03, 117/08

⁶⁹ Ibidem, članak 6a., stavak 1., NN 121/03, 117/08

⁷⁰ Ibidem, članak 6., stavak 1., podstavak 2., stavak 2., NN 121/03, 117/08

⁷¹ Craig, P., de Burca, G., op.cit., bilješka 55, str. 358.

⁷² Vlada Republike Hrvatske (2007). *Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju između Republike Hrvatske s jedne strane i Europskih zajednica i njihovih država članica s druge strane*, Zagreb

u zemlje u kojima je profesionalni napredak brži.⁷³ Mobilnost radne snage neizostavna je za uspješno funkcioniranje unutarnjeg tržišta Europske unije, za poticanje zaposlenosti i gospodarskog rasta. Stoga, slobodno kretanja radnika predstavlja važno područje za Europsku uniju. Ono povlači za sobom i negativne aspekte poput naglog slabljenja grane djelatnosti kojoj migrirajući radnici pripadaju, a sve zbog iseljavanja, osiromašenja regija emigracije najdinamičnijim ljudskim kapitalom i preopterećenja socijalne infrastrukture u zoni imigracije.⁷⁴ Upravo je to, na primjeru Hrvatske, utvrdio i autor Tado Jurić u svom djelu „Iseljavanje Hrvata u Njemačku, gubimo li Hrvatsku?“ u kojem se referirao na tradicionalne i suvremene migracije Hrvata u Njemačku, s naglaskom na nedavne migracije visookoobrazovane radne snage. Jurić zaključuje kako odseljavanje stanovništva dovodi do smanjenja gospodarske dinamike i kvalitete tržišta rada u Hrvatskoj.⁷⁵ Također, ističe da u svijetu ne postoji nijedna država koja je, uz snažnu depopulaciju i iseljavanje produktivnog stanovništva, uspjela obnoviti svoje gospodarstvo ili ga učiniti uspješnim.⁷⁶ Kako ne bi došlo do poremećaja unutar Europske unije prilikom ulaska novih država članica i potencijalnog naglog migracijskog vala, Europska unija može postaviti ograničenja u slobodnom kretanju radnika. Jedno je od ograničenja tranzicijsko razdoblje. Tranzicijsko razdoblje najčešće traje sedam godina i mogu ga uvesti pojedinačno „stare“ države članice za nove države članice. Unutar tranzicijskog razdoblja radnici nove države članice imaju obvezu posjedovati radne i boravišne dozvole istovjetne državljanima nečlanicama Europske unije.⁷⁷

2.2. SLOBODA KRETANJA RADNIKA U BROJKAMA I UTJECAJ NA TRŽIŠTE RADA EUROPSKE UNIJE

Svaka država, pristupanjem u članstvo Europske unije, stječe pravo na mobilnost radne snage u potrazi za boljim radnim i životnim uvjetima. Ta mogućnost, s druge strane, otvara postojećim zemljama članicama Europske unije mogućnost zabrane pristupa radnika novostečene članice tržištu rada pojedinih zemalja. Takvo ograničenje može najviše trajati 7

⁷³ Schulz, C., Rijks, B. (2014). *Mobility of Health Professionals to, from and within the European Union*, International Organization for Migration, Geneva, str. 21.

⁷⁴ Čeh Časni, A. (2007). *Analiza slobode kretanja radnika na području proširene EU uporabom odabranih statističkih metoda*, Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, godina 5., str. 99.

⁷⁵ Jurić, T. (2018). *Iseljavanje Hrvata u Njemačku, gubimo li Hrvatsku?*, Školska knjiga Zagreb, str. 79.

⁷⁶ Loc.cit.

⁷⁷ Tišma, S., Samardžija, V., Jurlin, K. (2012). *Hrvatska i Europska unija, prednosti i izazovi članstva*, Institut za međunarodne odnose – IMO, Zagreb, str. 36.

godina te se naziva prijelaznim razdobljem. Prijelazno razdoblje primjenjuje se u načelu 2 + 3 + 2 i primjenjivo je na svaku buduću zemlju članicu. Načelo 2 + 3 + 2 podrazumijeva da, ako se zemlje članice odluče na ograničeni pristup tržištu rada za radnike iz nove zemlje članice, ono prvo stupa na snagu od dana ulaska zemlje članice te vrijedi naredne 2 godine. Drugim riječima, u tom razdoblju zemlje članice primjenjuju svoje nacionalno zakonodavstvo za ulazak radnika iz nove zemlje članice na način da su radne dozvole u tom razdoblju neophodne. Nakon toga, slijedi razdoblje od 3 godine u kojem postojeće države članice, ako žele nastaviti s ograničenjem, o tome moraju obavijestiti Europsku komisiju. Potom se, posljednje razdoblje ograničenja od 2 godine može primijeniti jedino ako postojeća zemlja članica dokaže da će migrirajući radnici iz nove zemlje članice ozbiljno narušiti stabilnost tržišta rada postojeće zemlje članice.⁷⁸

Unutarnje tržište Europske unije osnovano je s ciljem uspostavljanja ravnoteža na tržištu putem slobode kretanja radnika, roba, usluga i kapitala. Ideja nastanka unutarnjeg tržišta prelijevanje je viška resursa iz jedne zemlje članice u drugu zemlju članicu kojoj isti resursi nedostaju. Kod slobode kretanja radnika, prelijevanje ima utjecaj na rasterećenje sustava socijalnih naknada u jednoj zemlji gdje je stopa nezaposlenosti visoka, dok u drugoj zemlji dolazak radnika znači popunjavanje radnih mjesta deficitarnim radnicima te zemlje. To je osnovni koncept slobode kretanja radnika, odnosno unutarnjeg (jedininstvenog) tržišta Europske unije. Međutim, nije uvijek sve pozitivno kada je riječ o slobodi kretanja radnika, posebice za zemlje koje daju radnu snagu. Naime, često takve migracije utječu na demografsku politiku, ali i na tržište rada zemlje članice koja daje radnu snagu. Događa se da zaposleni radnici odlaze iz države zbog boljih radnih uvjeta u drugoj državi članici, što znači da njihova radna mjesta ostaju upražnjena i nerijetko se teško popunjavaju. Ovakva situacija najčešće se događa kod deficitarnih zanimanja kada zbog odlaska određene vrste radnika nastaje poremećaj specifičnih zanimanja na tržištu rada pojedine zemlje. Sloboda kretanja radnika, tj. migracije, između ostalog su i ekonomska pojava.⁷⁹

Primjerice, ovakva situacija posebno se događa kod zdravstvenih migracija, odnosno konkretno migracija liječnika. Stoga u situaciji generalnog nedostatka liječnika, tvrdnja oko pozitivnih aspekata unutarnjeg tržišta Europske unije ne stoji. Naime, u većini država Europske unije, pa

⁷⁸ Vidovic, H., Mara, I. (2015). *Free Movement of Workers, Transitional Arrangement and Potential Mobility from Croatia*, Research Report 402, The Vienna Institute for International Economic Studies, Vienna, 2015, str. 3.

⁷⁹ Pešić, M., Pešić, S., Baban Bulat, M. (2018). *Free movement of workers; the case of health care workers migrating within EU*, Interdisciplinary Management Research IV, Opatija: University of Osijek, Pforzheim University, str. 969.-982.

tako i u Hrvatskoj, ne postoje nezaposleni liječnici. Stoga, kada se govori o migracijama liječnika, ne može se govoriti o rasterećenju socijalnog sustava, već o problemima zdravstvenog sustava s kojima se pojedina zemlja susreće u slučaju izlaznih migracija liječnika.⁸⁰

Temeljem slobode kretanja radnika, građani Europske unije imaju pravo tražiti posao u drugoj zemlji članici Europske unije i raditi u istoj bez potrebne radne dozvole. Radnici drugih zemalja članica u tom slučaju imaju isti pristup tržištu rada, iste radne uvjete i ostale socijalne i porezne pogodnosti kao i državljani zemlje članice u kojoj se zapošljavaju. Sva prava radnika, odnosno općenito osoba koje se kreću unutar zemalja članica Europske unije, svaka pojedinačna članica Europske unije svojim pristupanjem morala je primijeniti u svom zakonodavstvu i procedurama u sklopu zajedničke pravne stečevine Europske unije (*aquis communautaire*).⁸¹ Upravo zato ne postoje pravne barijere za mobilnost unutar Europske unije što je i utvrđeno primarnim i sekundarnim zakonodavstvom Europske unije opisanim u prethodnom poglavlju.

Unatoč tomu što većina građana Europske unije ima pozitivno mišljenje o slobodi kretanja radnika, migracije su i dalje zapravo male. Kao glavna prepreka za migracije ističu se jezične barijere s obzirom na to da se jezik od članice do članice bitno razlikuje, a ne postoji jedan unificirani jezik Europske unije.⁸²

Prema istraživanjima, 75 % građana Europske unije pozitivno je prema kretanju radnika, dok ih je samo 9 % negativnog mišljenja. U 2016. godini svega 3,57 milijuna građana Europske unije između 25 i 35 godina imalo je državljanstvo neke druge članice Europske unije, što čini samo 5,4 % građana Europske unije u rasponu od 25 do 35 godina.⁸³ U obzir se kod istraživanja uzima populacija od 25 do 35 godina jer se smatra da je to populacija koja je najsklonija migracijama. Naime radi se o mlađim ljudima koji po završetku svoga obrazovanja traže prilike za zapošljavanje ili onima malo starijima koji traže bolje prilike za rad.⁸⁴

Nadalje, tijekom 2017. godine podaci su slični prethodnoj godini. Unutar zemalja članica Europske unije tijekom 2017. godine imigriralo je 4,4 milijuna ljudi. Od navedenog broja, procjenjuje se da su oko 2 milijuna ljudi državljani zemalja nečlanica Europske unije, a 1,3

⁸⁰ Loc.cit..

⁸¹ Hasanagić, E. (2014): „*Utjecaj praske suda Evropske unije na ostvarenje slobode kretanja radnika*“, Pravni vjesnik god. 30, br. 2., str. 317.

⁸² Geis, W. (2017). *Labour market potentials of freedom of movement for workers*, IW Policy Paper, No. 18/2017, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, str. 22.

⁸³ Ibidem, str. 3.

⁸⁴ Loc.cit.

milijuna su državljani drugih zemalja članica Europske unije, dok 1 milijun čine državljani zemlje članice u koju su migrirali (povratnici).⁸⁵

Prema daljnjim dostupnim podacima, u 2020. godini 1,9 milijuna imigranata iz zemalja nečlanica Europske unije nastanilo se u zemljama članica Europske unije, što je smanjenje od 30 % u odnosu na 2019. godinu. Na dan 1. siječnja 2021. godine ukupno 23,7 milijuna stanovnika (5,3 %), od ukupno 447,2 milijuna stanovnika u zemljama članicama Europske unije, bili su građani zemalja nečlanica Europske unije.⁸⁶

Sloboda kretanja radnika svakako može biti pozitivna za obje strane. Radnici koji migriraju u drugu državu članicu mogu dobiti daleko bolje uvjete rada, razvijati bolja iskustva, znanja i vještine te više zarađivati. Zemlje koje primaju migrirajuće radnike gospodarski napreduju unutar grane gospodarstva koju popunjavaju tim radnicima te sprječavaju potencijalnu mogućnost nedostatka radne snage koja ujedno ima negativan utjecaj na gospodarski rast. S druge strane, kako je već spomenuto, migracije radnika nerijetko pogoduju zemlji podrijetla na način da rasterećuju socijalni sustav zemlje s obzirom na to da se kod niže rastućih ekonomija događa da ne mogu apsorbirati rastući broj kvalificiranih radnika i omogućiti im adekvatna radna mjesta. Ovo je ujedno i osnovno polazište Europske unije prilikom uspostavljanja slobode kretanja radnika.⁸⁷

Sve države članice prate kretanje svoga stanovništva, međutim, kretanje stanovništva kao posljedicu slobode kretanja radnika vrlo je teško za pratiti i statistički prikazati. Stoga, ne postoje precizni podaci o kretanjima radnika unutar zemalja članica Europske unije jer se često radnici ne odjave iz svoje matične države ili migriraju u kraćim razdobljima. Kako bi se neka osoba smatrala migrantom, bitno je postaviti vremenski period zadržavanja u drugoj državi članici. Zbog toga je donesena Uredba broj 862/2007 (dalje u tekstu: Uredba 862/2007) od 1. srpnja 2007. o statistici zajednice o migracijama i međunarodnoj zaštiti koja je definirala što se statistički smatra migracijom. Prema Uredbi 862/2007 samo one osobe koje borave najmanje 12 mjeseci u drugoj državi članici mogu se proglasiti migrantima: „imigracija znači čin kojim osoba utvrđuje svoje uobičajeno boravište na državnom području države članice za razdoblje koje traje, ili se očekuje da će trajati, najmanje 12 mjeseci, a prethodno je imala uobičajeno

⁸⁵ Internetski izvor [Immigration to EU countries: 4.4 million in 2017 - Products Eurostat News - Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190321-1), preuzeto sa <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190321-1>, pristupljeno 23.4.2019.

⁸⁶ Internetski izvor [Migration and migrant population statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20221027-1), pristupljeno 27.10.2022.

⁸⁷ Pešić, M., Pešić, S., Baban Bulat, M., op.cit., bilješka 79., str. 969.-982.

boravište u drugoj državi članici ili trećoj zemlji“, odnosno „emigracija znači čin kojim osoba koja je prethodno imala uobičajeno boravište na državnom području zemlje članice, prestaje imati uobičajeno boravište u toj državi članici u razdoblju koje traje, ili se očekuje da će trajati, najmanje 12 mjeseci“. ⁸⁸

U okviru Europske unije sloboda kretanja radnika, odnosno radne migracije zauzimaju najznatniji dio. Primjerice, u 2015. godini u drugoj državi članici EU28 (odnosi se na ukupni broj zemalja članica Europske unije, prije izlaska Velike Britanije iz članstva) živjelo je 11,3 milijuna radno sposobnih osoba u dobi između 20 i 64 godina života. Od tog broja njih je oko 8,5 milijuna bilo zaposleno ili tražilo posao. Nadalje, 1,3 milijuna građana Europske unije prebivalo je u jednoj državi članici tijekom rada u drugoj državi članici. Osim toga u 2015. godini bilo je 1,4 milijuna umirovljenih državljana u, tada, 28 zemalja članica Europske unije, koji su živjeli u državi članici različitoj od zemlje državljanstva. ⁸⁹

Njemačka je već dugi niz godina glavna migracijska destinacija, a slijede je Ujedinjeno Kraljevstvo, Španjolska, Francuska i Italija, te Švicarska kada se uzmu u obzir i podaci za cijeli Europski gospodarski prostor. Najveći broj emigranata u Europsku uniju dolazi iz Rumunjske, Poljske, Njemačke, Italije i Francuske. ⁹⁰

U nastavku je statistički prikaz udjela državljana zemlja članica i trećih zemalja unutar pojedine zemlje članice Europske unije, te broj imigracija i broj emigracija u zemlje članice Europske unije u posljednjih 10 godina.

⁸⁸ Uredba (EZ) br. 862/2007 Europskog parlamenta i Vijeća od 11. srpnja 2007. o statistici Zajednice o migracijama i međunarodnoj zaštiti i o stavljanju izvan snage Uredbe Vijeća (EEZ) br. 311/76 o izradi statistike o stranim radnicima, Službeni list Europske unije, L 199/23.

⁸⁹ Vukorepa, I. op.cit., bilješka 11., str. 88.

⁹⁰ Loc.cit.

Tablica 1.: Udio državljana drugih zemalja članica i trećih zemalja u odnosu na populaciju pojedine zemlje članice 1. siječnja 2021. (u %)

	članice Europske unije	treće zemlje
Europska unija	4 %	5 %
Belgija	8 %	4 %
Bugarska	0 %	1 %
Češka	2 %	4 %
Danska	4 %	5 %
Njemačka	5 %	7 %
Estonija	2 %	14 %
Irska	7 %	6 %
Grčka	2 %	7 %
Španjolska	4 %	8 %
Francuska	2 %	6 %
Hrvatska	1 %	2 %
Italija	2 %	6 %
Cipar	11 %	8 %
Latvija	0 %	13 %
Litva	0 %	3 %
Luksemburg	38 %	9 %
Mađarska	1 %	1 %
Malta	8 %	12 %
Nizozemska	3 %	3 %
Austrija	9 %	8 %
Poljska	0 %	1 %
Portugal	2 %	5 %
Rumunjska	0 %	0 %
Slovenija	1 %	7 %
Slovačka	1 %	0 %
Finska	2 %	3 %
Švedska	3 %	6 %

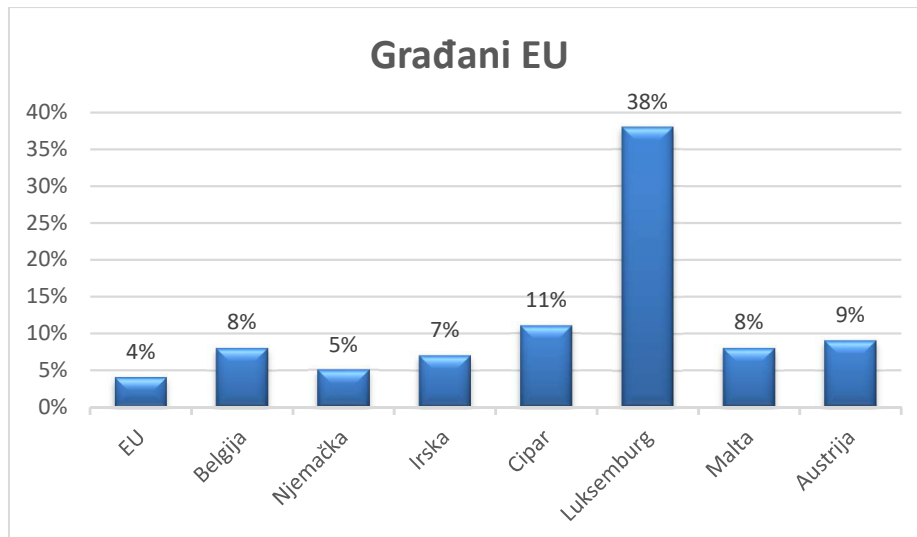
Izvor: Eurostat, [Share of non-nationals in the resident population 2021.png \(1650×1500\) \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00157&plugin=1), pristupljeno 6.10.2022.

Iz dostupnih podataka vidljivo je da su zemlje članice Europske unije s najvećim postotkom građana iz drugih zemalja članica Luksemburg, Belgija, Njemačka, Irska i Cipar.⁹¹ S obzirom na to da se radi o postotnom prikazu, jasno je da manje zemlje imaju statistički veći postotak građana, to naravno treba uzeti s rezervom. Međutim, podatak da su Njemačka, Belgija, Irska i Austrija zemlje članice Europske unije s najvećim postotkom građana iz drugih zemalja članica

⁹¹ Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00157&plugin=1>, pristupljeno 2.11.2020.

Europske unije možemo razmatrati kao ispravan i mjerodovan, posebice ako uzmemo u obzir da su navedene zemlje i povijesno i prema posljednjim trendovima jedne od najčešćih država koje prihvaćaju strance. Slika 1. prikazuje grafički prikaz zemalja s najvećim postotkom građana iz drugih zemalja članica Europske unije.

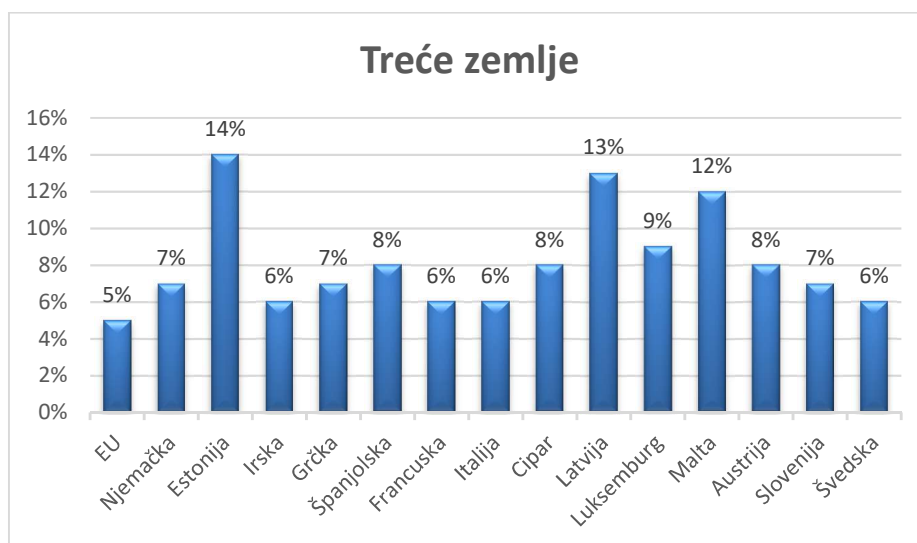
Slika 1.: Udio državljanina drugih zemalja članica u odnosu na populaciju pojedine zemlje članice 1. siječnja 2021. (u %)



Izvor: Eurostat, [Share+of+non-nationals+in+the+resident+population+2021.png \(1650×1500\) \(europa.eu\)](#), pristupljeno 6.10.2022.

Nadalje, iz podataka je također vidljivo da su zemlje članice Europske unije s najvećim brojem građana trećih zemalja Njemačka, Estonija, Cipar, Latvija, Malta, Irska, Grčka, Španjolska, Francuska, Italija, Luksemburg, Austrija, Slovenija i Švedska. Povijesno gledano, Estonija i Latvija, kao bivše članice SSSR-a, imaju veći broj građana iz trećih zemalja koje vežu za svoj povijesni status. Cipar i Malta imaju veći prikazani postotak zbog relativno niskog broja vlastitih stanovnika, dok se Njemačka, Austrija, Španjolska, Francuska i Italija tradicionalno ponavljaju kao zemlje koje prihvaćaju najveći broj građana trećih zemalja.

Slika 2.: Udio državljana trećih zemalja u odnosu na populaciju pojedine zemlje članice 1. siječnja 2021. (u %)



Izvor: Eurostat, [Share+of+non-nationals+in+the+resident+population+2021.png](#) (1650×1500) (europa.eu), pristupljeno 6.10.2022.

Migracije u apsolutnim brojevima prikazane su u tablicama u nastavku. Podaci u apsolutnim brojevima prikazuju stvarnu količinu kretanja ljudi i daje predodžbu o volumenu migracija.

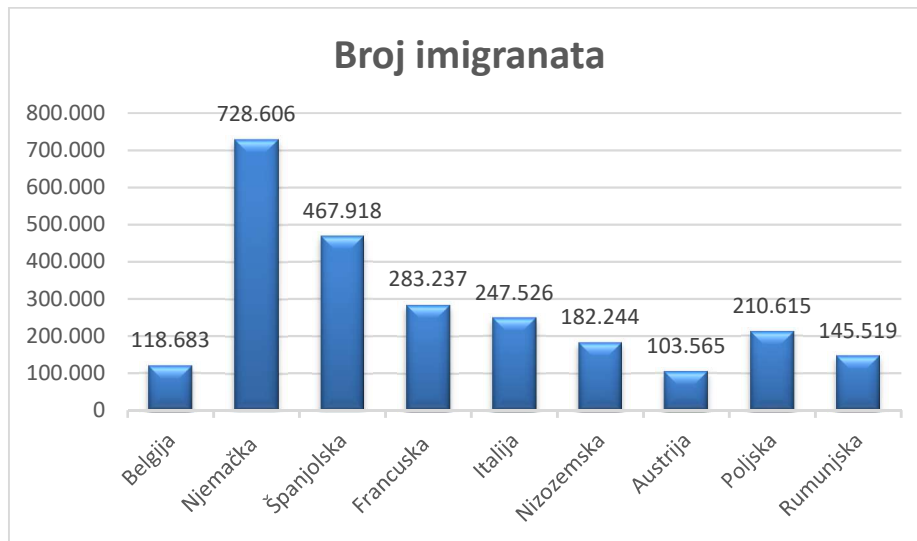
Tablica 2.: Broj dugotrajnih imigracija na području zemalja članica Europske unije u razdoblju od 10 godina

	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.
Belgija	135.281	147.377	129.477	120.078	123.158	146.626	123.702	126.703	137.860	150.006	118.683
Bugarska	-	-	14.103	18.570	26.615	25.223	21.241	25.597	29.559	37.929	37.364
Češka	48.317	27.114	34.337	30.124	29.897	29.602	64.083	51.847	65.910	105.888	63.095
Danska	52.236	52.833	54.409	60.312	68.388	78.492	74.383	68.879	64.669	61.384	57.230
Njemačka	404.055	489.422	592.175	692.713	884.893	1.571.047	1.029.852	917.109	893.886	886.341	728.606
Estonija	2.810	3.709	2.639	4.109	3.904	15.413	14.822	17.616	17.547	18.259	16.209
Irska	52.339	57.292	61.324	65.539	73.519	80.792	85.185	78.499	97.712	85.630	74.211
Grčka	60.462	60.089	58.200	57.946	59.013	64.446	116.867	112.247	119.489	129.459	84.221
Španjolska	360.705	371.331	304.053	280.772	305.454	342.114	414.746	532.132	643.684	750.480	467.918
Francuska	307.111	319.816	327.431	338.752	340.383	364.221	377.709	369.623	387.158	385.591	283.237
Hrvatska	8.846	8.534	8.959	10.378	10.638	11.706	13.985	15.553	26.029	37.726	33.414
Italija	458.856	385.793	350.772	307.454	277.631	280.078	300.823	343.440	332.324	332.778	247.526
Cipar	20.206	23.037	17.476	13.149	9.212	15.183	17.391	21.306	23.442	26.170	25.861
Latvija	4.011	10.234	13.303	8.299	10.365	9.479	8.345	9.916	10.909	11.223	8.840
Litva	5.213	15.685	19.843	22.011	24.294	22.130	20.162	20.368	28.914	40.067	43.096
Luksemburg	16.962	20.268	20.478	21.098	22.332	23.803	22.888	24.379	24.644	26.668	22.490
Mađarska	25.519	28.018	33.702	38.968	54.581	58.344	53.618	68.070	82.937	83.581	75.470
Malta	4.275	5.465	8.256	10.897	14.454	16.936	17.051	21.676	26.444	28.341	13.885
Nizozemska	126.776	130.118	124.566	129.428	145.323	166.872	189.232	189.646	194.306	215.756	182.244
Austrija	70.978	82.230	91.557	101.866	116.262	166.323	129.509	111.801	105.633	109.167	103.565
Poljska	155.131	157.059	217.546	220.311	222.275	218.147	208.302	209.353	214.083	226.649	210.615
Portugal	27.575	19.667	14.606	17.554	19.516	29.896	29.925	36.639	43.170	72.725	67.160
Rumunjska	149.885	147.685	167.266	153.646	136.035	132.795	137.455	177.435	172.578	202.422	145.519
Slovenija	15.416	14.083	15.022	13.871	13.846	15.420	16.623	18.808	28.455	31.319	36.110
Slovačka	5.272	4.829	5.419	5.149	5.357	6.997	7.686	7.188	7.253	7.016	6.775
Finska	25.636	29.481	31.278	31.941	31.507	28.746	34.905	31.797	31.106	32.758	32.898
Švedska	98.801	96.467	103.059	115.845	126.966	134.240	163.005	144.489	132.602	115.805	82.518
Velika Britanija	590.950	566.044	498.040	526.046	631.991	631.452	588.993	644.209	603.953	680.906	-

Izvor: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00176/default/table?lang=en>, pristupljeno 7.10.2022

Broj dugotrajnih imigracija prati prethodnu tablicu broja nedržavljana na području neke države članice. U 2020. godini, kako je već spomenuto, imigracije su usporile u odnosu na 2019. godinu. Ako uzemo kriterij više od 100.000 imigranata u pojedinoj godini, onda se, prema posljednje dostupnim podacima, najveći broj imigranata, neovisno o državi iz koje dolaze, nastanio u Belgiji, Njemačkoj, Španjolskoj, Francuskoj, Italiji, Nizozemskoj, Austriji, Poljskoj i Rumunjskoj.⁹²

Slika 3.: Države članice Europske unije s najvećim brojem imigranata u 2020. godini



Izvor: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00176/default/table?lang=en>, pristupljeno 23.9.2021.

⁹² Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00176/default/table?lang=en>, pristupljeno 23.9.2021.

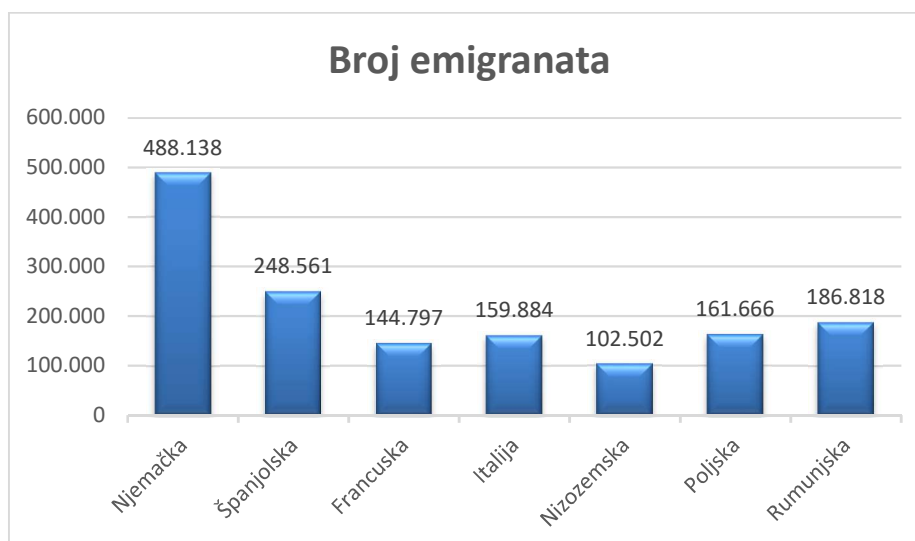
Tablica 3.: Broj dugotrajnih emigracija na području zemalja članica Europske unije u razdoblju od 10 godina

	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.
Belgija	66.013	84.148	93.600	102.657	94.573	89.794	92.471	89.690	88.935	102.936	76.562
Bugarska	-	-	16.615	19.678	28.727	29.470	30.570	31.586	33.225	39.941	6.649
Češka	61.069	55.910	46.106	25.894	28.468	25.684	38.864	27.316	26.742	77.798	35.854
Danska	41.456	41.593	43.663	43.310	44.426	44.625	52.654	56.403	60.381	66.520	53.882
Njemačka	252.456	249.045	240.001	259.328	324.221	338.403	533.762	560.700	540.415	576.319	488.138
Estonija	5.294	6.214	6.321	6.740	4.637	13.003	13.792	12.358	10.476	12.801	12.427
Irska	78.099	83.049	81.797	76.560	71.107	67.160	62.056	64.068	53.735	62.004	55.942
Grčka	62.041	92.404	124.694	117.094	106.804	109.351	106.535	103.327	103.049	95.020	77.837
Španjolska	403.377	409.034	446.606	532.303	400.430	343.875	327.325	368.860	309.526	296.248	248.561
Francuska	269.531	291.594	255.922	239.813	308.103	324.517	313.622	324.133	300.668	299.101	144.797
Hrvatska	13.017	12.699	12.877	15.262	20.858	29.651	36.436	47.352	39.515	40.148	34.046
Italija	78.771	82.461	106.216	125.735	136.328	146.955	157.065	155.110	156.960	179.505	159.884
Cipar	4.293	4.895	18.105	25.227	24.038	17.183	14.892	15.105	15.340	17.373	21.368
Latvija	39.651	30.311	25.163	22.561	19.017	20.119	20.574	17.724	15.814	14.583	11.990
Litva	83.157	53.863	41.100	38.818	36.621	44.533	50.333	47.925	32.206	29.273	23.103
Luksemburg	9.302	9.264	10.442	10.750	11.283	12.644	13.442	13.831	13.985	15.593	14.870
Mađarska	13.365	15.100	22.880	34.691	42.213	43.225	38.899	39.829	48.178	49.795	67.364
Malta	4.201	3.806	4.005	4.778	5.108	7.095	8.303	7.020	9.342	7.998	12.679
Nizozemska	95.970	104.201	110.431	112.625	112.900	112.330	111.477	108.231	109.635	107.906	102.502
Austrija	51.651	51.197	51.812	54.071	53.491	56.689	64.428	66.144	67.212	68.280	62.581
Poljska	218.126	265.798	275.603	276.446	268.299	258.837	236.441	218.492	189.794	180.594	161.666
Portugal	23.760	43.998	51.958	53.786	49.572	40.377	38.273	31.753	31.600	28.219	25.886
Rumunjska	197.985	195.551	170.186	161.755	172.871	194.718	207.578	242.193	231.661	233.736	186.818
Slovenija	15.937	12.024	14.378	13.384	14.336	14.913	15.572	17.555	13.527	15.106	17.745
Slovačka	1.889	1.863	2.003	2.770	3.644	3.870	3.801	3.466	3.298	3.384	2.428
Finska	11.905	12.660	13.845	13.893	15.486	16.305	18.082	16.973	19.141	17.263	15.084
Švedska	48.853	51.179	51.747	50.715	51.237	55.830	45.878	45.620	46.981	47.718	48.937
Velika Britanija	339.306	350.703	321.217	316.934	319.086	299.183	340.440	359.665	344.347	368.385	-

Izvor: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en>, pristupljeno 7.10.2022.

Što se emigracija tiče, i one u 2020. godini bilježe pad u odnosu na 2019. godinu. Ako ponovno uzmemo kriterij više od 100.000 stanovnika, najveći trend odlazaka radne snage imaju Njemačka, koja u ovom slučaju predstavlja, osim emigraciju vlastitih državljana, i broj povratka u matičnu zemlju, zatim Španjolska Francuska, Italija, Nizozemska, Poljska i Rumunjska.⁹³

Slika 4.: Države članice Europske unije s najvećim brojem emigranata u 2020. godini



Izvor: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en>, pristupljeno 7.10.2022.

U sljedećoj tablici prikazani su detaljniji podaci na razini jedne godine o broju imigranata i postotku koji se odnosi na broj imigranata koji dolaze iz drugih zemalja članica Europske unije.

⁹³ Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en>, pristupljeno 23.9.2021.

Tablica 4.: Imigracije stanovništva unutar Europske unije u 2020. (u tis.) i udio imigranata iz zemlja članica Europske unije

	broj imigranata	imigranti iz zemalja članica Europske unije	% imigranata iz zemalja Europske unije
Belgija	118,6	67,7	57
Bugarska	37,3	13,6	36,4
Češka	63	17,8	28,2
Danska	57,2	27,9	48,7
Njemačka	728,6	335,5	46
Estonija	16,2	7,6	46,9
Irska	74,2	24	32,3
Grčka	84,2	15,6	18,5
Španjolska	467,9	85,6	18,3
Francuska	283,2	76,7	27
Hrvatska	33,4	8	23,9
Italija	247,5	61,8	25
Cipar	25,8	10,5	40,7
Latvija	8,4	2,5	29,7
Litva	43	8	18,6
Luksemburg	22,4	20,4	91
Mađarska	75,4	39,1	51,8
Malta	13,8	5,2	37,7
Nizozemska	182,2	91,6	50,2
Austrija	103,5	66,4	64,1
Poljska	210,6	111,9	53,1
Portugal	67,1	15,7	23,4
Rumunjska	145,5	76,2	52,3
Slovenija	36,1	11,1	30,7
Slovačka	6,7	4,5	67,1
Finska	32,8	12,4	37,8
Švedska	82,5	25,9	31,4
Velika Britanija	-	-	-
Ukupno			-

Izvor: Eurostat, [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat) i [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat), pristupljeno 7.10.2022.

Iz Tablice 4. razvidno je da od ukupnog broja imigranata postoji razmjerni broj imigranata koji migriraju između država članica. U prosjeku, od ukupnog broja migracija, 34,7 % odnosi se na imigrante iz zemlje članice Europske unije u drugu zemlju članicu. Međutim, broj od 1,6 milijuna ljudi koji su građani Europske unije i koji migriraju među zemljama članicama vrlo je malen ako uzmemo u obzir ukupni broj stanovnika unutar Europske unije od cca 500 milijuna stanovnika. Dakle, sloboda kretanja radnika, koliko god bila primamljiva, još uvijek ne luči

očekivane rezultate koji bi imali učinak na stabilizaciju unutarnjeg tržišta Europske unije u smislu zaposlenosti.⁹⁴

Njemačka je u 2019. godini imala najveći broj imigranata (886,3 tis.), potom Španjolska (750,4 tis.), Velika Britanija (680,9 tis.), Francuska (385,5 tis.) i Italija (332,7 tis.). Promatrajući postotak imigranata iz zemalja članica Europske unije, taj nam podatak ne govori puno jer ovisi o ukupnom broju imigranata. Međutim, u apsolutnom broju, prema ukupnom broju imigranata, dio koji se odnosi na imigrante iz drugih zemalja članica Europske unije, ponovno prednjači Njemačka (371,6 tis.), zatim Velika Britanija (207,9 tis.), Španjolska (120,1 tis.) i Francuska (104,3 tis.).⁹⁵

Kada govorimo o razvijenijim zemljama Europske unije, poput Njemačke, Francuske, Španjolske i Velike Britanije, dokazano je da građani tih država migriraju izvan Europske unije, najčešće u Sjedinjene Američke Države i Kanadu, dok državljani slabije razvijenih ili „novih“ zemalja članice Europske unije migriraju prema razvijenijim zemljama članicama.

⁹⁴ Eurostat, [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](#) i [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](#), pristupljeno 4.10.2021.

⁹⁵ Ibidem.

Tablica 5.: Emigracije stanovništva unutar Europske unije u 2019. (u tis.) i udio emigranata iz zemalja članica Europske unije

	broj emigranata	emigranti prema zemljama članicama Europske unije	% emigranata prema zemljama članicama Europske unije
Belgija	102,9	63,9	62
Bugarska	39,9	28,2	70,6
Češka	77,9	35,7	45,8
Danska	66,5	24,3	36,5
Njemačka	576,3	267,6	46,4
Estonija	12,8	9,4	73,4
Irska	62	22	35,4
Grčka	95	33,1	34,8
Španjolska	296,2	122,4	41,3
Francuska	299,1	82,2	27,4
Hrvatska	40,1	27,3	68
Italija	179,5	82,6	46
Latvija	14,5	9,1	62,7
Litva	29,2	9,5	32,5
Luksemburg	15,5	12,6	81,3
Mađarska	49,7	33,6	67,6
Malta	7,9	3,9	49,3
Nizozemska	107,9	57,4	53,2
Austrija	68,2	34,3	50,3
Poljska	180,5	119,6	66,2
Portugal	28,2	17,2	61
Rumunjska	233,7	172	73,6
Slovenija	15,1	7,5	49,6
Slovačka	3,3	2,5	75,7
Finska	17,2	9,8	57
Švedska	47,7	19,9	41,7
Velika Britanija	368,3	201,1	54,6
Ukupno	3.035,1	1.488,8	

Izvor: Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en> i https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/MIGR_EMI5NXT_custom_1365703/default/table?lang=en, pristupljeno 13.1.2023.

Podaci iz Tablice 5. odnose se na razdoblje 2019. godine jer su to zadnji dostupni podaci vezani za podatke o emigrantima prema zemljama Europske unije.

Prema podacima iz Tablice 5. Njemačka je također u 2019. godini prikazala najveći broj emigranata (576,3 tis.), zatim Velika Britanija (368,3 tis.), Francuska (299,1 tis.), Španjolska (296,2 tis.), Rumunjska (233,7 tis.) i Poljska (180,5 tis.). Od ukupnog broja emigranata, u prosjeku 54,2 % emigrira prema zemljama članica Europske unije. U ukupnom broju

emigranata prema zemljama Europske unije prednjači ponovno Njemačka (267,6 tis), zatim Velika Britanija (201,1 tis.), Rumunjska (172 tis.), Španjolska (122,4 tis.) i Poljska (119,6 tis.).⁹⁶

U sljedećoj je tablici pregled zemalja koja imaju veći broj emigracija u odnosu na imigracije državljana zemalja članica Europske unije.

Tablica 6.: Zemlje članice Europske unije sa negativnim saldom ukupnih emigracija u odnosu na imigracije u 2020. godini

	broj imigranata	broj emigranata	razlika
Hrvatska	33,4	34	-0,6
Latvija	8,8	11,9	-3,2
Rumunjska	145,5	186,8	-41,8

Izvor: Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00176/default/table?lang=en>, i <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en> i izračun autorice

Tablica 6. prikazuje da svega 3 zemlje Europske unije imaju negativan saldo emigracija u odnosu na imigracije. Nažalost, među istaknutim državama nalazi se i Hrvatska koja je tijekom 2020. godine, prema podacima Eurostata, primila 33,4 tis. imigranata, dok je iz Hrvatske emigriralo 34 tis. stanovnika.

Prema podacima Eurostata 2020. godine 3,8 % radno sposobnih građana Europske unije (od 20 do 64 godine života) živjelo je u državi Europske unije koja im nije matična, što je porast od 1,4% u odnosu na 2,4 % 2009. godine. Osim toga, zabilježeno je 1,5 milijuna prekograničnih radnika i 3,7 milijuna slučajeva upućivanja radnika. Broj upućenih radnika smanjio se s 4,5 milijuna, koliko je iznosio 2019., zbog ograničenja povezanih s pandemijom. U usporedbi s 2019., i stopa zaposlenosti mobilnih radnika smanjila se za 2,6 postotnih bodova na 72,7 %, dok je u stopi zaposlenosti radnika koji nisu mobilni zabilježen manji pad od 0,5 postotnih bodova na 73,3 %. Udio mobilnih građana Europske unije znatno se razlikuje među državama članicama te se kreće od 0,8 % za Njemačku do 18,6 % za Rumunjsku.⁹⁷

⁹⁶ Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en> i https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/MIGR_EMI5NXT__custom_1365703/default/table?lang=en, pristupljeno 13.1.2023.

⁹⁷ Internetski izvor [Slobodno kretanje radnika | Informativni članci o Europskoj uniji | Europski parlament \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en), pristupljeno 12.10.2022.

2.3. POJAM MIGRACIJA ZDRAVSTVENE RADNE SNAGE

Migracije možemo razlikovati s obzirom na razloge, odnosno prema svrsi migriranja. Tako primjerice postoje radne (ekonomske), obiteljske, obrazovne te političke i ratne migracije (što uključuje izbjeglice i tražitelje azila). Prema trajanju raspoznavamo trajne, privremene i sezonske migrante (ovo posebice kod radnih migracija). Također, razlikujemo zemlje emigracije, tj. zemlje iz kojih migranti odlaze, i zemlje imigracije, odnosno zemlje u koje migranti dolaze sa željom da se tamo privremeno ili trajnije nastane.⁹⁸

Ekonomske su migracije kretanja stanovništva u potrazi za boljim poslom, prihodima, boljim radnim ili životnim uvjetima i sl. Ova vrsta migracija najzastupljenija je među migracijama, što znači da ljudi najčešće migriraju zbog posla te samim time i zbog veće osobne zarade.

Migracije su pojava koja oduvijek prati čovječanstvo, a većinom je, ako izuzmemo ratne migracije, kroz povijest povezana s radnim uvjetima i kvalitetom života. Definiciju radnog migranta donijeli su Ujedinjeni Narodi 1990. godine u dokumentu pod nazivom „*Internatioanal Convention in the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families*“ a sama definicija radnika migranta glasi: „osoba koje će biti angažirana, je angažirana ili je bila angažirana oko aktivnosti za koje dobiva naknadu u državi u kojoj osoba nema državljanstvo“.⁹⁹

Danas više od 250 milijuna ljudi živi izvan svoje zemlje rođenja. Iako je broj međunarodnih migranata povećan sa 175 milijuna u 2000. godini na više od 251 milijuna u 2015. godini, udio migranata u svjetskoj populaciji u posljednjih se petnaest godina kreće oko tri posto (u 2015. cca 3,4 % svjetske populacije).¹⁰⁰ Sličan omjer primjetan je i u Europskoj uniji. Udio državljana Europske unije koji prebivaju u drugoj državi članici iznosi oko 5 % stanovništva Europske unije (npr. 2,4 % u 2008., 2, 8% u 2012., 3,1 % u 2013. i 5,4% u 2016.), dok je udio državljana trećih država u Europskoj uniji cca. 4 %.¹⁰¹

Migracije radnika postale su globalna pojava. U današnje vrijeme sve su češće migracije visokoobrazovane radne snage, što se veže uz pojam „*brain drain*“ odnosno „odljev mozgova“. Odljev mozgova ostavlja posljedice na trima razinama:

⁹⁸ Vukorepa, I., op.cit., bilješka 11., str. 85.-86.

⁹⁹ United Nations (1990). *Internatioanal Convention in the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families*, article 2., adopted by General Assembly resolution 45/158

¹⁰⁰ Vukorepa, I., op.cit., bilješka 11., str. 88.

¹⁰¹ Loc.cit.

- gubitak ljudi koji bi, u normalnim uvjetima, mogli biti vođe inovacija i generatori novih ideja
- zemlje u razvoju odljevom mozгова gube novac koji su uložili u obrazovanje kadrova
- zemlje u razvoju, gubitkom visokokvalificirane radne sange, mogu doći u situaciju nemogućnosti pružanja adekvatne zdravstvene njege i obrazovanja.¹⁰²

Kako bi se borile s problemom odljeva mozgovа, države se suočavaju s konceptom „priljeva mozgovа“ (eng. *brain gain*) kojim se nastoji maksimalno profitirati od odlaska visokoobrazovane radne snage te potaknuti razvoj gospodarstva s aspekta resursa kojima se raspolaže.¹⁰³ Da bi to postigle, države su primorane svojim politikama pokušati intervenirati u odljev, odnosno priljev visokoobrazovane radne snage.

Posebice se razlikuje pojava odljeva visokokvalificirane radne snage i niskokvalificirane radne snage. Dok se imigracija niže kvalificirane radne snage iz siromašnijih zemalja ponekad smatra problemom koji je potrebno kontrolirati, migracijama visokokvalificirane radne snage sve se više pridaje važnost i u politici i u znanosti. Međunarodne migracije visokokvalificirane radne snage nisu nikakva nova pojava, ali predstavljaju korelaciju evolucije segmentiranih tržišta rada u sve jače međunarodne podjele rada kao dio procesa restrukturiranja i globaliziranja svjetske ekonomije.¹⁰⁴ Privlačenje heterogenih vještina te raznolike stručnosti i znanja, postali su glavni elementi u procesu gospodarskog razvoja mnogih zemalja. Međutim, nisu samo razvijene zemlje razvile interese prema visokvalificiranoj radnoj snazi. Srednje, pa čak i niskorazvijene zemlje, sve se više trude zadržati ili vratiti vlastitu visokokvalificiranu radnu snagu.¹⁰⁵

Ekonomska i društvena pitanja i problematika vezana za liječnike i općenito zdravstvenu radnu snagu važna su za ekonomiju svake države. Ta pitanja, odnosno ti problemi, vezani su za globalni manjak zdravstvene radne snage, kao i posljedično manjak kvalitete zdravstvene skrbi. Manjak se ne odražava samo na nemogućnost pružanja zdravstvene zaštite sukladno povećanim potrebama stanovništva, nego je povezan i s napredovanjem tehnologija u medicini, pri čemu nedostaje kadra za savladavanje novih tehnologija. Sve zajedno dovodi do nemogućnosti uvođenja politike univerzalne zdravstvene zaštite građana, također i univerzalnog zdravstvenog osiguranja koje treba dovesti do bolje zdravstvene zaštite većeg broj stanovništva, što je za svaku ekonomiju vrlo bitno. S druge strane, preveliko provođenje politike univerzalne

¹⁰² Keeley, B. (2009.) *Internatioanl Migration, The Human Face of Globalisation*, Organization for economic co-operation and development, str. 117.

¹⁰³ Loc.cit.

¹⁰⁴ Czaika, M., op.cit., bilješka 12., str. 1.

¹⁰⁵ Loc.cit.

zdravstvene zaštite dovodi do dodatnog smanjenja broja dostupnih liječnika.¹⁰⁶

Zdravstvena radna snaga, odnosno ljudski resursi, temelj su zdravstvenog sustava, a o njihovom broju, kvaliteti i planiranju najviše ovise ishodi liječenja, tj. kvaliteta zdravstvene zaštite. Porastu potražnje za radnicima u zdravstvu doprinosi starenje stanovništva i promjene medicinske tehnologije, a ponuda bi se mogla smanjiti zbog odlaska većeg broja liječnika i medicinskih sestara iz „*baby boom*“ generacije u mirovinu.¹⁰⁷

Procjenjuje se da će do 2035. godine nedostajati dodatnih 12,9 milijuna zdravstvenih radnika.¹⁰⁸ S druge strane, procjena je da će do 2030. godine u Europskoj uniji nedostajati 4 milijuna liječnika.¹⁰⁹ Glavni su faktori koji utječu na globalni manjak zdravstvene radne snage problemi oko dodatnog obučavanja i usavršavanja, zadržavanje radne snage, povećanje potražnje za zdravstvenim uslugama i povećani stupanj starenja stanovništva. Primjerice, u bogatim zemljama postotak liječnika koji odlaze u mirovinu veći je od broja novih mladih obrazovanih liječnika te mnoge države ne obrazuju dovoljno liječnika koji bi zadovoljili potrebe sustava. Posljedično, potreba za zapošljavanjem strane zdravstvene radne snage postala je povećana u zemljama poput Sjedinjenih Američkih Država (dalje u tekstu: SAD), Velike Britanije, Kanade, Australije, Novog Zelanda, Japana i Saudijske Arabije.¹¹⁰ Razlog tomu leži i u troškovima studija. Edukacija liječnika među najskupljim je edukacijama, tim više što je edukacija liječnicima potrebna trajno.¹¹¹ Školovanje na medicinskim fakultetima u SAD-u košta mnogo više nego u Europi. Primjerice, u SAD-u jedna godina studija medicine na privatnom fakultetu košta 50.000,00 USD, dok na javnom fakultetu košta 32.000,00 USD.¹¹² Ukupno to čini 140.000,00 – 240.000,00 USD za obrazovanje liječnika u SAD-u.¹¹³ Nasuprot tomu, u Europi studij medicine u prosjeku košta 10.000,00 – 15.000,00 USD po godini studija, što ukupno čini 60.000,00 – 90.000,00 USD za 6 godina studija.¹¹⁴ U Velikoj Britaniji troškovi studija variraju ovisno jesu li studenti iz Europske unije ili Velike Britanije ili se radi o stranim studentima. Tako, primjerice, studenti iz Europske unije i Velike Britanije godinu studija plaćaju 9.000,00 funti, dok strani studenti (koji žive izvan zemalja članica Europske unije) plaćaju godišnje

¹⁰⁶ Driouchi, A. (2014). *Labour and Health Economics in the Mediterranean Region: Migration and Mobility of Medical Doctors*, Al Akhawayn University, Morocco, str. 4.

¹⁰⁷ Barić, V., Smolić, Š., op.cit., bilješka 30., str. 209.

¹⁰⁸ Cabanda, E., op.cit., bilješka 7., str. 216.

¹⁰⁹ Mara, I. (2019). *Doctors on the move: the mobility patterns in the EU*, u The Vienna Institute for International Economic Studies, Monthly report, 2019., str. 16.

¹¹⁰ Bludau, H., op.cit., bilješka 8., str. 2.

¹¹¹ Loc.cit.

¹¹² Internetni izvor [How much does medical school cost ? - Europe-Studies.com](http://www.Europe-Studies.com), pristupljeno 7.11.2022.

¹¹³ Ibidem.

¹¹⁴ Ibidem.

17.270,00 funti za prve dvije godine studija, dok za ostale plaćaju 35.170,00 funti po godini studija.¹¹⁵ U Slovačkoj je cijena studija 10.000,00 EUR po godini studija, u Češkoj je godina studija u prosjeku 12.500,00 EUR.¹¹⁶ Mađarska ima otvoren sustav obrazovanja za studente iz trećih zemalja, tako ima mnogo studenta medicine iz Irana i SAD-a, a godina studiranja u prosjeku košta 15.000,00 USD.¹¹⁷ U Poljskoj cijena studija iznosi u prosjeku 11.600,00 EUR po godini, u Hrvatskoj 12.500,00 EUR, u Njemačkoj 24.000,00 EUR, u Rumunjskoj 5.700,00 EUR, u Bugarskoj 8.000,00 EUR, u Litvi 12.000,00 EUR, u Latviji 11.000,00 EUR, u Estoniji 12.000,00 EUR, u Italiji 2.400,00 EUR na javnim fakultetima, odnosno 17.500,00 EUR na privatnim fakultetima, na Cipru 17.900,00 EUR i na Malti 23.000,00 EUR.¹¹⁸

Ako pogledamo cijene pojedinih studija, jasno je da u zemljama s višom cijenom studija manje studenata završava studij, odnosno, ili odlaze u druge države na studij, ili se opredjeljuju za drugu profesiju. Važno je napomenuti da odnos cijene i kvalitete studija nisu nužno proporcionalni. Naime, cijena studija definirana je i nekim vanjskim odrednicama kao što su sufinanciranje od strane države.¹¹⁹ Podaci o cijeni studija pojedinih država članica Europske unije prikazuju članice Europske unije s nižim cijenama studija, izuzev Velike Britanije. Ujedno, to su najčešće i države iz kojih liječnici migriraju prema starijim zemljama članicama Europske unije. Zemlje članice u kojima je obrazovanje skuplje prihvaćaju liječnike iz drugih država. Iako broj liječnika s godinama raste, zbog starenja stanovništva potrebe za zdravstvenom radnom snagom i dalje nisu zadovoljene.

Prema *Buchanu* ovisno o vrstama odlaska razlikujemo sljedeće vrste liječnika migranata:

- trajni odlazak:

- ekonomski migranti – migriraju radi boljih radnih i životnih uvjeta
- karijerni migranti – migriraju radi većih mogućnosti napredovanja
- partneri migranti – migriraju radi odlaska bračnog/izvanbračnog partnera.

- Privremeni odlazak:

- „*working holiday*“ – liječnici migranti koji migriraju u države u kojima pružaju

¹¹⁵ Internetski izvor [Medical School fees for international students \(studyin-uk.ca\)](http://www.studyin-uk.ca), pristupljeno 7.11.2022.

¹¹⁶ Internetski izvor [The most affordable medical universities in Europe – General medicine – Medhead.eu – Study medicine in Europe](http://www.medhead.eu), pristupljeno 7.11.2022.

¹¹⁷ Ibidem.

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ Internetski izvor [How much does medical school cost ? - Europe-Studies.com](http://www.europe-studies.com), pristupljeno 7.11.2022.

svoju uslugu s prvenstvenim ciljem putovanja u turističke svrhe

- studijska putovanja – migranti koji odlaze u druge države s ciljem prenošenja znanja i tehnologija
- studenti – migranti koji odlaze nakon završenog redovnog studija na dodatnu obuku
- ugovorni radnici – migranti na određeno vrijeme.¹²⁰¹²¹

U sustavu migracija zdravstvene radne snage stvorena je kategorija „*push*“ i „*pull*“ faktora, odnosno privlačnih i potisnih faktora radne snage.¹²² Općeprihvaćeni potisni (eng. *push*) su faktori mala plaća, mala mogućnost profesionalnog ili poslijediplomskog usavršavanja, mala mogućnost profesionalnog napredovanja, loši radni uvjeti, socijalna nesigurnost.¹²³ S druge strane, privlačni (eng. *pull*) su faktori veća mogućnost profesionalnog napredovanja, veća plaća, bolji radni uvjeti i veća blizina ili dostupnost centrima medicinske i obrazovne izvrsnosti.¹²⁴

Kod migracija se razlikuju zemlje koje daju odnosno gube radnu snagu (eng. *source countries*) i zemlje koje primaju radnu snagu (eng. *destination countries*). Radne migracije aktualne su još od 1950-ih godina prošlog stoljeća, posebice s razvojem gospodarstava određenih država svijeta. Zbog velike ekspanzije, razvijenije države počele su koristiti zdravstvenu radnu snagu iz drugih zemalja kako bi zadovoljile svoje rastuće tržište zdravstvenih usluga. Podaci govore da je 1972. godine, od ukupnog broja zdravstvenih djelatnika u svijetu, 6 % odnosno njih 140.000 radilo izvan države porijekla, a od navedenog broja oko 86 % radilo je u pet država – Australiji, Kanadi, Njemačkoj, Velikoj Britaniji i SAD-u.¹²⁵ Najčešće su zemlje iz kojih su zdravstveni djelatnici odlazili, odnosno zemlje koje su davale najviše radne snage, Filipini, Indija i područje Južne Afrike. Dok su najčešće zemlje odredišta bili SAD, Kanada i Velika Britanija. Afrika je i danas iznimno pogođena manjkom zdravstvene radne snage i veliki naponi svjetske zajednice ulažu se kako bi se taj problem ublažio.¹²⁶

¹²⁰ Unutar navedene podjele može biti više vrsta migracija. Primjerice, kod kategorije ugovornih radnika postoje oni koji migriraju preko vikenda ili tijekom svojih slobodnih dana u drugu državu kako bi odrađivali posao iz svoga djelokruga.

¹²¹ Buchan, J. (2006). *Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?* u European Observatory on Health Systems and Policies Series (2006). *Human resources for health in Europe*, Berkshire, str. 45.

¹²² Ibidem, str. 43-44.

¹²³ Ibidem, str. 44.

¹²⁴ Loc.cit.

¹²⁵ Bach, S., op.cit., bilješka 15, str. 3.

¹²⁶ Loc.cit.

Prema istraživanjima Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj, potražnja za liječnicima i medicinskim sestrama u Velikoj Britaniji povećala se za 50 % u razdoblju 2005. - 2020. godine, a manjak ponude zdravstvenih radnika iznosio je oko 23 %.¹²⁷ U SAD-u se smatralo da bi potražnja u istom razdoblju trebala porasti oko 22 %, a rast domaće ponude oko 16 % što bi u značajnoj mjeri ublažilo manjak zdravstvenih radnika.¹²⁸ Nedostatak radnika u zdravstvu neke su zemlje uspješno riješile imigracijom, npr. Švicarska, Švedska, Velika Britanija i Irska, a izvan Europe Australija, SAD, Novi Zeland i Kanada. Europske su zemlje s visokom stopom emigracije zdravstvene radne snage Poljska, Mađarska i Rumunjska.¹²⁹ Poljski liječnici najčešće migriraju u Njemačku, Švedsku, Veliku Britaniju i Norvešku, mađarski liječnici u Njemačku, Švedsku i Norvešku dok rumunjski liječnici najčešće migriraju u Francusku, Njemačku, Mađarsku, Švedsku i Veliku Britaniju.¹³⁰

Migracije zdravstvenih djelatnika za razvijenije zemlje predstavljaju brzo rješenje za nedostatak radne snage jer je za obrazovanje jednog iskusnog liječnika potrebno prosječno više godina nego kod većine ostalog visokog obrazovanja. Stoga je nemali broj vlada razvijenih zemalja posezalo za ovakvim rješenjem, jer privlačenje radne snage iz drugih zemalja predstavlja brz proces, a i izostavlja troškove redovnog i dodatnog obrazovanja koji se plaćaju u državama iz kojih radnici potječu.

Europska je unija, od ustrojstva unutarnjeg tržišta i slobode kretanja radnika, promovirala slobodu kretanja zdravstvenih djelatnika i ohrabivala migracije u pojedinim regijama. Međutim, migracije zdravstvenih djelatnika bile su i dalje na nižoj razini od očekivanih, najvećim dijelom zbog jezičnih i kulturnih barijera. Velikim proširenjem Europske unije 2004. godine, stanje se donekle promijenilo. Razlog je tomu što je Europska unija u svoje članstvo primila mahom države istočne i jugoistočne Europe koje su slabije razvijene od starih zemalja članica Europske unije. Stoga je postojala određena vrsta zainteresiranosti kod zdravstvene radne snage za promjenu radnog mjesta. Tako su, primjerice, Velika Britanija i Nizozemska svojedobno provodile pregovore s Mađarskom i Poljskom vezano za mogućnosti zapošljavanja zdravstvenih djelatnika.¹³¹ Drugim riječima, može se zaključiti da su unutar Europske unije zemlje članice koje daju radnu snagu mahom zemlje članice istočne Europe. Kako su na

¹²⁷ Barić, V., Smolić, Š. (2008). *Strategija ljudskih resursa u hrvatskom zdravstvu – izazovi ulaska u Europsku uniju* u Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti (2012). *Razvojna strategija malog nacionalnog gospodarstva u globaliziranom svijetu*, Zagreb, str. 210.

¹²⁸ Loc.cit.

¹²⁹ Loc.cit.

¹³⁰ Internetski izvor <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=68336#>, pristupljeno 8.11.2022.

¹³¹ Bach, S., op.cit., bilješka 15, str. 5.

svjetskoj razini SAD igrale glavnu ulogu u privlačenju zdravstvene radne snage, tako je to u Europi bila Velika Britanija.

U početku, sam utjecaj migracija nije promatran alarmantno. Tek se tijekom 2000-ih godina počela voditi briga o posljedicama migracija za zdravstveni sustav. Tako su 2003. godine ministri zdravstva *Commonwealtha* počeli isticati kako je utjecaj migracija na zdravstveni sustav negativan, posebice za zemlje u razvoju kojima je izuzetno teško nadoknaditi broj radne snage i razinu kompetencija, s obzirom na to da ponuda radnih mjesta koja se nude u zemljama u razvoju bitno kvalitetom odstupa od ponude radnih mjesta razvijenih zemalja.¹³²

Koliko su migracije bitne za učinkovitost zdravstvenog sustava, teško je reći. Razlog je tomu što ne postoje točni statistički podaci niti pokazatelji koji to dokazuju. Mnoge zemlje članice Europske unije ne mogu s točnošću pratiti stanje i kretanje zdravstvenih radnika migranata. Primjer je toga Španjolska za koju ne postoje noviji podaci o ukupnom broju liječnika i broju stranih liječnika. Stoga je nemoguće točno definirati utjecaj migrirajuće radne snage na zdravstveni sustav. Međutim, može se zaključiti, iz pregleda razvijenosti sustava zdravstva, razlika između zdravstvenih sustava zemalja koje privlače radnu snagu u odnosu na zemlje koje daju radnu snagu. Naime, zemlje koje privlače zdravstvenu radnu snagu često su bogatije zemlje s kvalitetnije opremljenim zdravstvenim sustavom u odnosu na one koje daju radnu snagu. Kako god gledali na to, jasno je da će nastavkom migracija uvijek postojati jaz u razvijenosti zdravstvenih sustava razvijenih i zemalja u razvoju.

Zemlje koje daju radnu snagu (*source countries*) moraju se suočiti s dvama izazovima. Prvi je taj da moraju utvrditi koje su posljedice migracija na zdravstveno stanje stanovništva zemlje, a drugi je izazov zapravo stimulirajući, odnosno može biti pozitivan. Radi se o stabilizaciji radne snage ako postoji prevelika ponuda iste, ili može doći do poticanja stanovništva na stjecanje određene radne kvalifikacije, tj. obrazovanja.¹³³

S druge strane, zemlje koje primaju radnu snagu moraju voditi brigu o količini i kvaliteti migrirajuće zdravstvene radne snage kako bi mogle osigurati maksimalni pozitivni učinak na zdravstveni sustav i zdravstvo uopće.¹³⁴ Liječnički posao u Europskoj uniji okarakteriziran je kao regulirana profesija. Profesija se smatra reguliranom ako je preduvjet za rad u toj profesiji posjedovanje određene diplome, položen poseban ispit kao što je državni ispit ili članstvo u

¹³² Ibidem, str. 13.

¹³³ Buchan, J., op.cit., bilješka 19., str. 7.

¹³⁴ Loc.cit.

strukovnom tijelu.¹³⁵ Ako je profesija regulirana u zemlji Europske unije u koju se namjerava migrirati, potrebno je podnijeti zahtjev za priznavanje stručnih kvalifikacija.¹³⁶ Direktiva 2005/36 o priznavanju stručnih kvalifikacija definira princip automatskog priznavanja kvalifikacija za liječnike, pri čemu svaka država članica priznaje dokaze o formalnim kvalifikacijama za liječnike koji omogućuju pristup profesionalnim djelatnostima liječnika s osnovnom izobrazbom i liječnika specijalista.¹³⁷ Automatsko priznavanje informacijski je sustav u Europskoj uniji kojem podliježe sedam sektorskih zanimanja: medicinske sestre, primalje, liječnici, stomatolozi, farmaceuti, arhitekti i veterinarski kirurzi. Kroz sustav se aplicira dokaz o završenom školovanju koji mora biti u skladu s minimalnim zahtjevima obrazovanja navedenima u dodatku 5. Direktive 2005/36.¹³⁸ Za treće zemlje priznavanje stručnih kvalifikacija provodi se sukladno nacionalnim kriterijima i zakonodavstvima države u koju migrant ulazi.

Autor James Buchan u članku „*Health worker migration in Europe: assesing the policy options*“ napravio je model prilika i izazova za države i migrirajuće radnike.¹³⁹

¹³⁵ Internetski izvor [Regulirane profesije – Vaša Europa](#), pristupljeno 10.11.2022. Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (NN 82/15, 70/19, 47/20) u čl. 5. reguliranu profesiju definira kao profesionalnu djelatnost ili skupinu profesionalnih djelatnosti kod kojih je pristup, obavljanje ili jedan od načina obavljanja na temelju zakonskih ili drugih prvih akata, izravno ili neizravno uvjetovan posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija te profesionalna djelatnost ili skupina profesionalnih djelatnosti kojima se bave članovi strukovnih organizacija s profesionalnim nazivom, kao i korištenje profesionalnog naziva koji je posebnim propisima ograničen na nositelje određenih stručnih kvalifikacija te predstavlja jedan od načina obavljanja djelatnosti.

¹³⁶ Ibidem.

¹³⁷ Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija

¹³⁸ Internetski izvor [Automatic recognition \(europa.eu\)](#), pristupljeno 10.11.2022.

¹³⁹ Buchan, J., op.cit., bilješka 19., str. 7

Tablica 7.: Međunarodno regrutiranje zdravstvene radne snage: prilike i izazovi

	prilike	Izazovi
države koje primaju (<i>destination countries</i>)	- riješiti manjak radne snage – „brzo rješenje“	- kako biti učinkovit i etičan u regrutiranju
države koje daju (<i>source countries</i>)	- devizne doznake - usavršeni povratnici (ako se vrate radnici koji su emigrirali)	- odljev uzrokuje manjak radne snage s negativnim učinkom na zdravstvenu skrb - troškovi „izgubljenog“ obrazovanja - povećani troškovi regrutiranja zamjene za emigrirajuće radnike - upravljanje migracijama?
međunarodno mobilni zdravstveni djelatnici	- veća plaća, bolji radni uvjeti, mogućnost dodatnog obrazovanja	- dostizanje jednakog tretmana u državama koje primaju radnike
zdravstveni djelatnici koji ostaju	- ako postoji velika ponuda, mogućnost poboljšanja radnih uvjeta i mogućnost napredovanja	- povećano radno opterećenje zbog odlaska dijela radnika - niži moral

Izvor: Buchan, J. (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options* u Eurohealth (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options*, Volume 13, Number 1, str. 7.

Model daje pregled prilika i izazova za obje strane, za države koje primaju radnu snagu i države koje šalju, te za radnike koji migriraju i radnike koji ostaju. U teoriji predstavlja realne mogućnosti koje se događaju na tržištu rada zemalja koje su na ovaj ili onaj način pogođene zdravstvenim migracijama.

Generalno govoreći, problem migracija globalni je problem ponude i potražnje. Manjak ponude u razvijenim zemljama, koji doprinosi povećanju potražnje za stranim obrazovanim zdravstvenim djelatnicima, mora doprinijeti većem ulaganju u obrazovanje u razvijenim zemljama i većoj brizi o njihovoj vlastitoj radnoj snazi.¹⁴⁰ Posljedice migracija iz siromašnijih u razvijenije zemlje ostavljaju traga na ruralnim područjima siromašnih zemalja. Zato što se većinom događa da liječnici iz urbanih krajeva siromašnijih zemalja migriraju u razvijenije zemlje, njihova radna mjesta popunjavaju radnici iz ruralnih krajeva, a ruralni krajevi ostaju bez zdravstvenih radnika. Posljedica takvog sustava slabija je briga za zdravlje i prevenciju

¹⁴⁰ Župarić-Iljić, D. (2016). *Iseljavanje iz Republike Hrvatske nakon ulaska u Europsku uniju*, Friedrich Ebert Stiftung, Zagreb, str. 5.

bolesti.¹⁴¹

Osim činjenice ubrzanog starenja stanovništva, koje dakako pogađa i zaposlene u zdravstvenom sektoru te ih primorava na odlazak u mirovinu, u mnogim se razvijenim zemljama u idućim desetljećima očekuje nastavak smanjenja broja stanovnika u mlađim dobnim skupinama, izvorima buduće radne snage. Porast potražnje za, primjerice, najboljim studentima medicine, ali i sve veća mobilnost mladih liječnika i ostalog medicinskog osoblja, otežavaju školovanje, obuku i zadržavanje tih radnika u domicilnim zemljama.¹⁴²

2.4. MOGUĆNOSTI MIGRACIJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA TREĆIH ZEMALJA U ZEMLJE ČLANICE EUROPSKE UNIJE

Ekonomska, kulturna, medijska i tehnološka globalizacija izravno utječu na zdravstvene sustave i nemaju nikakva nacionalna ograničenja. Novac se ulaže i trgovinski sporazumi se postižu na globalnoj razini, kao i na regionalnoj razini. Neki od navedenih procesa vezano utječu i na kretanje ljudi. Migracije zdravstvene radne snage također su dio navedenih procesa. Iz toga razloga, mnogoljudnije zemlje nastoje stvoriti višak zdravstvene radne snage i potom stupiti u bilateralne dogovore s ciljem bilateralnih sporazuma kako bi mogle uposliti navedenu radnu snagu. Smjerovi bilateralnih sporazuma na sve su strane svijeta i često ne poznaju granice, što ujedno govori i o realnoj potražnji za zdravstvenom radnom snagom. Ne postoji država koja nije dotaknuta ovim globalnim kretanjima i politikama.¹⁴³

Europska unija definira slobodu kretanja radnika koja omogućuje nesmetano kretanje radnika iz jedne države članice u drugu državu članicu u potrazi za radnim mjestom, odnosno boljim uvjetima rada. Međutim, za određene radnike iz trećih zemalja ili vrste zaposlenja, postoje olakotne okolnosti koje im omogućuju zasnivanje radnog odnosa u zemljama članicama Europske unije, pa čak i kretanje između zemalja članica Europske unije u potrazi za boljim poslom, što im daje određenu prednost pred drugim radnicima iz trećih zemalja, neovisno o

¹⁴¹ Bludau, H. (2021). *Global Healthcare Worker Migration*, Oxford Research Encyclopedia of Anthropology, str. 1.

¹⁴² Barić, V., Smolić, Š., op.cit., bilješka 30., str. 210.

¹⁴³ Adhikari, R. (2020). *Migrant Health Professionals and the Global Labour Market: The Dreams and Traps of Nepali Nurses*, Routledge, New York, str. 88.

tomu što sloboda kretanja radnika nije primjenjiva na treće zemlje.

Migracijsko se pravo Europske unije kroz svoj dosadašnji razvoj uglavnom usredotočilo na slobodno kretanje i reguliranje statusa radnika migranata koji su državljani Europske unije, što je i u skladu sa svrhom i ciljevima osnivanja Europske unije, od kojih je jedan od najvažnijih osiguranje slobodnog kretanja ljudi (ali prvenstveno i primarno državljana država članica koji su istovremeno i državljani Unije) i slobodnog kretanja roba i usluga unutar Unije. Europsko migracijsko pravo, od osnutka je Unije do 1999. godine, primjenjivalo načelo potpunog i isključivog teritorijalnog suvereniteta nad migracijskom politikom prema kojem je svaka država članica imala pravo samostalno odlučiti o pravu ulaska, boravka i rada stranaca koji se nalaze na njezinu teritoriju te o obvezi napuštanja teritorija države po isteku ili ukidanju važenja pravne osnove boravišta na teritoriju države. Države su članice slijedom tog prava sklapale bilateralne ili multilateralne sporazume s trećim državama ili grupama država iz kojih su imale povećane migracijske tokove prema Europskoj uniji. U vezi s tim, Multilateralni okvir za radne migracije Međunarodne organizacije rada potvrdio je načelo supremacije nacionalnog suvereniteta kroz formulaciju da „sve države imaju suvereno pravo razvijati svoje vlastite politike upravljanja radnim migracijama. Međunarodni radni standardi i drugi međunarodni instrumenti i smjernice bi trebale odigrati važnu ulogu da bi ove politike bile koherentne, efektivne i poštene“.¹⁴⁴

Za ulazak, boravak i rad državljana iz trećih država (država koje nisu članice Europske unije, među kojima se nalazila i Hrvatska prije 2013. godine) mjerodavne su odredbe o graničnoj kontroli, azilu i useljavanju definirane člancima 77. - 80. Ugovora o funkcioniranju Europske unije, koje su prvi put postale dio zajedničke politike Europske unije Ugovorom iz Amsterdama 1997. godine.¹⁴⁵ Nastavno na navedeno, Europska unija donijela je niz direktiva važnih za radne migracije, kao što je Direktiva usmjerena na olakšano useljavanje određenih poželjnih skupina poput studenata (Direktiva 2004/114/EZ, dalje u tekstu: Direktiva 2004/114)¹⁴⁶, zatim za znanstvene istraživače (Direktiva 2005/71/EZ, dalje u tekstu: Direktiva 2005/71)¹⁴⁷,

¹⁴⁴ International Labour Migration (2010). *A rights-based approach*, Geneva, str. 135.-136. i Špadina, H. (2012). *Radne migracije državljana trećih država EU: pravni okvir, problemi i perspektive*, doktorski rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Doktorska škola Društveno-humanističkih znanosti, Osijek, str. 64.

¹⁴⁵ Vukorepa, I., op.cit., bilješka 11., str. 95.

¹⁴⁶ *Direktiva Vijeća 2004/114/EZ od 13. prosinca 2004. o uvjetima prihvata državljana trećih zemalja u svrhu studija, razmjene učenika, osposobljavanja bez naknade ili volonterstva*, Službeni list Europske unije, L 375/12

¹⁴⁷ *Direktiva Vijeća 2005/71/EZ od 12. listopada 2005. o posebnom postupku za ulazak državljana trećih zemalja u svrhu znanstvenog istraživanja*, Službeni list Europske unije, L 289/15

visokokvalificiranih radnika (Direktiva 2009/50/EZ, dalje u tekstu: Direktiva 2009/50)¹⁴⁸ i sezonskih radnika (Direktiva 2014/36/EU, dalje u tekstu: Direktiva 2014/36)¹⁴⁹, te na premještaj rukovodećih zaposlenika, stručnjaka i pripravnika unutar poduzeća (Direktiva 2014/66/EU, dalje u tekstu: Direktiva 2014/66).¹⁵⁰¹⁵¹ Tek se u posljednjem desetljeću uvodi zajednička nadležnost i postupak harmonizacije migracijskog prava Europske unije s ciljem uvođenja zajedničke migracijske politike Unije koja trenutno nadopunjava nacionalna migracijska zakonodavstva, tako da danas imamo djelomično harmonizirano i unificirano komunitarno migracijsko pravo primjenjivo na radnike migrante trećih država.¹⁵²

Kao najvažniju direktivu, koja se odnosi i na liječnike migrante kao visokoobrazovane radnike, treba spomenuti Direktivu 2009/50, o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja radi visokokvalificiranog zapošljavanja, koja regulira boravišni status migranata i omogućuje uživanje određenih prava na teritoriju države članice koja je izdala dozvolu boravka te na teritoriju svih ostalih država članica Europske unije.¹⁵³ Direktiva 2009/50 definira visokokvalificirano zaposlenje kao zaposlenje osobe koja u državi članici ima jednaka prava temeljem radnog prava kao i radnici državljan i/ili u skladu s nacionalnim praksama neovisno o pravnom odnosu, a sve u svrhu obavljanja stvarnog i plaćenog rada za nekog drugog ili pod nadzorom nekog drugog (poslodavca). Radnik mora posjedovati traženu odgovarajuću i posebnu stručnost koja se dokazuje visokim stručnim kvalifikacijama (čl. 2. st. b).¹⁵⁴ Direktiva 2009/50 donesena je radi postavljanja pravnih temelja ubrzanog postupka prijema visokokvalificiranih radnika državljana trećih zemalja, odnosno uvjeta ulaska i boravišta migranata koji se namjeravaju nastaniti na teritoriju Europske unije u svrhu visokokvalificiranog zaposlenja duljeg od tri mjeseca i članova njihovih obitelji te uvjeta ulaska i boravišta u državi članici koja im nije inicijalno dodijelila status nositelja plave iskaznice.¹⁵⁵

¹⁴⁸ Direktiva Vijeća 2009/50/EZ od 25. svibnja 2009. o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja radi visokokvalificiranog zapošljavanja, Službeni list Europske unije, L 155/17

¹⁴⁹ Direktiva 2014/36/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 26. veljače 2014. o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja u svrhu zapošljavanja u statusu sezonskih radnika, Službeni list Europske unije, L 94/375

¹⁵⁰ Direktiva 2014/66/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 15. svibnja 2014. o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja u okviru premještaja unutar države, Službeni list Europske unije, L 157/1

¹⁵¹ Ibidem, str. 95.

¹⁵² Špadina, H.(2012). *Radne migracije državljana trećih država EU: pravni okvir, problemi i perspektive*, doktorski rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Doktorska škola Društveno-humanističkih znanosti, Osijek, str. 64.

¹⁵³ Direktiva Vijeća 2009/50/EZ od 25. svibnja 2009. o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja radi visokokvalificiranog zapošljavanja, Službeni list Europske unije, L 155/17.

¹⁵⁴ Špadina, H., op.cit., bilješka 152., str. 125.

¹⁵⁵ Ibidem, str. 125. i Direktiva Vijeća 2009/50/EZ od 25. svibnja 2009. o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja radi visokokvalificiranog zapošljavanja, Službeni list Europske unije, L 155/17, članak 3.

Plava iskaznica boravišna je dozvola koja omogućava rad u državi članici. Boravišno pravo nositelja plave iskaznice određeno je radnopravnim statusom nositelja plave iskaznice, a pravna je osnova boravišnog statusa ugovor o radu. Nastavno na navedeno, boravišni status nositelja plave iskaznice određen je duljinom trajanja ugovora o radu, a države članice imaju pravo definirati standardni rok važenja plave iskaznice, od jedne do četiri godine.¹⁵⁶ Plava iskaznica, osim boravišnog i radnopravnog statusa, nositelju omogućava stjecanje statusa dugotrajnog rezidenta po povoljnijim uvjetima. Nositelj plave iskaznice ima pravo kumulirati razdoblje boravka u različitim državama članicama kako bi ispunio uvjete za stjecanje statusa dugotrajnog rezidenta koji može steći ili nakon 5 godina zakonitog i kontinuiranog boravka unutar teritorija Unije u statusu nositelja plave iskaznice, ili neposredno nakon dvije godine zakonitog i kontinuiranog boravka unutar teritorija države članice u kojoj je zahtjev za odobrenjem statusa dugotrajnog rezidenta podnesen.¹⁵⁷¹⁵⁸

Kako je razvidno, Europska unija olakšala je privlačenje i zapošljavanje radnika iz trećih zemalja. Ovdje je ponovno bitno naglasiti da se, u ovom kontekstu, radi o mjeri Europske unije za privlačenje kvalitetnog visokoobrazovanog kadra. Iz toga razloga, države članice Europske unije posežu za raznim metodama i analizama vezano za potreban broj takvih radnika, a najčešće su metoda sustava kvota, sklapanje bilateralnih i multilateralnih sporazuma i sustav bodovanja.

Sustav kvota metoda je koju provode države članice kako bi regulirale pristup nacionalnim tržištima rada za strane radnike provođenjem analize potrebe za dodatnim zapošljavanjem nedržavljana u obliku ispitivanja potreba tržišta rada, tj. potreba poslodavaca. Slijedom dobivenih rezultata, odobravaju se i određuju kvote ili individualno zapošljavanje državljana trećih zemalja kroz izdavanje radnih ili boravišnih dozvola temeljem prethodno identificiranog zaposlenja, i u najvećem broju slučajeva, sponzorstvom poslodavca. Osim sustava kvota, države zaposlenja, u programima trajnih radnih migracija, najčešće koriste sustave bodovanja kvalifikacija potencijalnih radnih migranata (kao što je to slučaj u Velikoj Britaniji), dok su kod

¹⁵⁶ Ibidem, str. 126.

¹⁵⁷ Ibidem, str. 126. prema čl.16. st.2. Direktive Vijeća 2009/50/EZ.

¹⁵⁸ Boravišni status dugotrajnog rezidenta definiran je Direktivom Vijeća 2003/109/EC od 25. studenog 2003. o statusu državljana trećih zemalja s dugotrajnim boravištem, Službeni list Europske unije, L 16/44. Direktiva definira uvjete pod kojima država članica odobrava i ukida status osobe s dugotrajnim boravištem i njemu pripadajuća prava državljanima trećih zemalja koji zakonito borave na njezinu državnom području (čl. 1.) gdje se pod dugotrajnim boravištem smatra razdoblje od pet godina zakonitog i neprekinutog boravka na državnom području države članice, neposredno prije podnošenja odgovarajućeg zahtjeva (čl. 4.). Za stjecanje statusa osobe s dugotrajnim boravištem, državljani treće zemlje trebali bi dokazati da imaju dostatna sredstva i zdravstveno osiguranje kako ne bi postali teret za državu članicu. Direktiva dalje definira opseg primjene i detaljne uvjete za stjecanje statusa dugotrajnog rezidenta.

privremenih radnih migracija učestalija zapošljavanja radnih migranata temeljem sektorski određenih bilateralnih i multilateralnih međunarodnih ugovora. Većina europskih država, pri određivanju potreba za radnicima nedržavljanima, primjenjuje testiranje nacionalnog tržišta rada koje pronalazimo i pod nazivima testiranje ekonomskih potreba, testiranje dostupnosti rezidentnih radnika ili testiranje potreba poslodavaca. Takvo testiranje provode Austrija, Belgija, Češka Republika, Estonija, Njemačka, Mađarska, Irska, Italija, Litva, Luksemburg, Malta, Poljska, Slovenija, Španjolska, Slovačka i Švedska,¹⁵⁹ a njime procjenjuju dostupnost lokalnih radnika s odgovarajućim kvalifikacijama za određeni posao na nacionalnom tržištu rada. Ako radnici državljani ne posjeduju potrebna znanja i vještine, nemaju interes za obavljanje određenih poslova (najčešće slabo plaćenih i društveno nepriznatih), ako postoji kronični deficit određene radne snage na tržištu (kao što je često slučaj u zdravstvenom sektoru, sektorima razvijenih tehnologija i sl.), ako postoje demografski uzrokovani deficiti radne snage zbog starenja populacije ili negativnog prirodnog priraštaja, otvara se mogućnost zaposlenja radnika migranata koji nadoknađuju nedostatak potrebne radne snage na domaćem tržištu.¹⁶⁰

Sustav bodovanja još je jedan sustav koji omogućuje pristup tržištu rada europskih država. Prema sustavu bodovanja država može odrediti izdavanje radne i boravišne dozvole svim osobama koje ostvare dostatan broj bodova na temelju unaprijed definiranih kriterija koji uključuju obrazovanje, znanje jezika države zaposlenja, radno iskustvo, dob, osigurano zaposlenje te procjenu imigracijskih tijela o sposobnosti integracije podnositelja zahtjeva temeljem određenih pokazatelja kao što su, primjerice, prethodno razdoblje studiranja ili rada u toj državi, boravak bliskih članova obitelji u državi i sl.¹⁶¹

Najpoznatiji je europski sustav prijema radnika prema bodovanju britanski. Premda više nije članica Europske unije, Velika Britanija (koja ne sudjeluje u migracijskoj politici Europske unije niti u Schengenskom sporazumu) duži niz godina među državama članicama Europske unije održavala je status najuspješnije države u pogledu dostupnih programa radnih imigracija bez prethodne ponude zaposlenja.¹⁶²

¹⁵⁹ European Parliament (2011). EMN Synthesis Report *Satisfying labour demand through migration*, Directorate General for Internal Policies Policy Department: Citizens Rights and Constitutional Affairs, Civil Liberties, Justice and Home Affairs, European Migration Network, str. 9. i Špadina, H., op.cit., bilješka 152., str. 125.

¹⁶⁰ Špadina, H., op.cit., bilješka 152., str. 125.

¹⁶¹ European Union and International Relations Department (2004) *Gone West: Ukrainians at work in the UK*, Trade Union Congress (TUC), London, prema OSCE, IOM, ILO (2006). *Handbook on Establishing Effective Migration Policies in Countries of Origin and Destination*, Vienna, Geneva, str. 104 i Špadina, H., op.cit., bilješka 152., str. 141.

¹⁶² Špadina, H., op.cit., bilješka 152., str. 141.

Pristup europskim nacionalnim tržištima rada omogućen je i putem bilateralnih ili multilateralnih sporazuma između država porijekla i država zaposlenja koji omogućavaju privilegirani pristup tržištu rada države zaposlenja sa svrhom formaliziranja međusobnih obveza, kako bi se migracije odvijale u skladu s dogovorenim principima i procedurama. Bilateralni ugovori uglavnom uređuju migracijske procese u područjima nadležnosti agencije ili državnog tijela putem kojih se ostvaruju suradnja, razmjene informacija o zemljama zaposlenja i zemljama porijekla i dostupnim natječajima, postupku zapošljavanja, predmigracijskim uslugama, dostupnim zdravstvenim uslugama i zdravstvenoj zaštiti migranata, potrebnim dokumentima za ulazak u zemlju i o potrebnim dokumentima za izdavanje radne i boravišne dozvole, uvjetima ugovora o radu, dostupnoj pravnoj zaštiti radnika i rješavanju sporova te mogućnostima za kolektivno udruživanje i pregovaranje, uvjetima ostvarivanja prava iz socijalnog osiguranja, ostvarivanja prava i modalitetima slanja novčanih doznaka u zemlju porijekla, ostvarivanja prava na smještaj i spajanje obitelji, neregularnim migracijama i svim drugim područjima koja bi mogla biti od posebne važnosti za prava migranata.¹⁶³

Bilateralni sporazumi o radnim migracijama najčešće sadrže i kvote za zapošljavanje radnika migranata koji imaju za cilj ispunjavanje točno određenih potreba u specifičnom segmentu tržišta radne snage, primjerice zapošljavanje u zdravstvenom sektoru, poljoprivredi i sl. Osim ekonomski motiviranih razloga, bilateralni sporazumi o migracijama mogu imati za cilj sprječavanje masovnog međunarodnog zapošljavanja u sektorima koji su od vitalne važnosti za razvoj siromašnih država (primjerice u sektoru zdravstva u kojem se nastoji spriječiti odljev mozgova).¹⁶⁴

Unatoč mogućnostima bilateralnih i multilateralnih sporazuma, države članice Europske unije u obvezi su primjenjivati tzv. princip preferencijalnog pristupanja Europske unije po kojem nadležnim službama za zapošljavanje država članica nije dopušteno zapošljavanje radnika državljana trećih zemalja prije nego što budu u mogućnosti dokazati da nisu mogli identificirati radnike koji su državljani Europske unije, državljani EEA, državljani novopridruženih članica, državljani trećih zemalja koji imaju trajno zakonito boravište na teritoriju pojedine države članice, državljani država s kojima Unija ima potpisane posebne sporazume (kao što je Turska),

¹⁶³ Handbook on Establishing Effective Migration Policies in Countries of Origin and Destination, OSCE, IOM, ILO, Vienna, Geneva, 2006, str. 187-2004 i Špadina, H., op.cit., bilješka 152., str. 142.

¹⁶⁴ OSCE, IOM, ILO (2006). *Handbook on Establishing Effective Migration Policies in Countries of Origin and Destination*, Vienna, Geneva, str. 187 i Špadina, H., op.cit., bilješka 152., str. 143.

ali i sve države s kojima Unija ima potpisane pretpristupne sporazume.¹⁶⁵ Poslodavci moraju oglasiti radno mjesto unutar zakonom propisanog roka i tijekom roka podnošenja prijava poduzeti sve potrebne aktivnosti kako bi oglašeno radno mjesto popunili na lokalnom tržištu radne snage. Preferencijalno je zapošljavanje najveća prepreka zapošljavanju radnika migranata iz trećih zemalja jer ih dovodi u nepovoljan položaj pri traženju zaposlenja, samom činjenicom da su tek u sedmom migracijskom redu. Ako uzmemo u obzir da se od potencijalnih radnika očekuje da identificiraju zaposlenje prije dolaska u državu zaposlenja, postaje jasno da će posredničke agencije za zapošljavanje u inozemstvu biti zainteresirane samo za sektorsko masovno zapošljavanje u kojem se mahom zapošljavaju radnici migranti koji su niskokvalificirani ili nekvalificirani. Sam postupak traženja zaposlenja vezan je rokovima i odobrenjima nadležnih nacionalnih službi zapošljavanja čime postaje dugotrajan i administrativno kompliciran za poslodavce, ali i za potencijalne radnike nedržavljanke Europske unije.¹⁶⁶

Iz prethodnog je jasno da su bilateralni i multilateralni sporazumi možda manje bitni kod migracija liječnika iz trećih zemalja u zemlje članice Europske unije. Direktiva 2009/50 o uvjetima za ulazak i boravak državljanima trećih zemalja radi visokokvalificiranog zapošljavanja najbitniji je dokument kojim je Europska unija na najlakši mogući način odobrila, i zemljama članicama Europske unije i trećim zemljama, lagan put za ulaz visokoobrazovane radne snage na teritorij Europske unije. U prvom redu ovdje mislimo na liječnike koji imaju namjeru migriranja u svrhu traženja boljih radnih uvjeta, s jedne strane, i popunjavanje potrebne zdravstvene radne snage u zemljama članicama Europske unije, s druge strane.¹⁶⁷

S ekonomskog aspekta promatrajući, migracije zdravstvene radne snage, ponajprije liječnika, vezane su za međunarodnu trgovinu uslugama; globalnu, regionalnu i bilateralnu. Obje rastu iznimno brzo, u suštini su slabo istražene, a podliježu GATS-u (engl. *General Agreement on Trade in Services*) koji primjenjuju sve članice Svjetske trgovinske organizacije (engl. *WTO*). GATS propisuje 4 modula za prekogranično pružanje zdravstvenih usluga:

1. Modul 1: prekogranična potreba, bez kretanja ponuđača ili korisnika usluge, kao što

¹⁶⁵ Europska konvencija o pristupu novih država članica sadrži i tzv. tranzicijski aranžman prema kojem je državama članicama dopušteno zadržavanje nacionalnih zakonodavnih odredbi koje se odnose na prijam u svrhu zapošljavanja državljanima iz novih država članica tijekom razdoblja od dvije godine, s mogućim produljenjem na pet i sedam godina. Od starih se država članica traži da daju prioritet zapošljavanju državljanima novih država članica nad zapošljavanjem državljanima trećih država. Ibidem, str. 195-197 i str. 143.

¹⁶⁶ Špadina, H., op.cit., bilješka 152., str. 144.

¹⁶⁷ Direktiva Vijeća 2009/50/EZ od 25. svibnja 2009. o uvjetima za ulazak i boravak državljanima trećih zemalja radi visokokvalificiranog zapošljavanja, Službeni list Europske unije, L 155/17.

je telemedicina ili *e-health* usluga.

2. Modul 2: konzumacija u inozemstvu, podrazumijeva kretanje korisnika usluge u drugu jurisdikciju, primjerice zdravstveni turizam.
3. Modul 3: komercijalna prisutnost, kao što je uspostavljanje stranih zdravstvenih ustanova, poput podružnica i sl.
4. Modul 4: kretanje fizičkih osoba koje se odnosi na privremeno prekogranično kretanje osoba koje pružaju uslugu, ali ne u smislu onih koji traže posao ili trajnih migracija u zemlju u koju odlaze pružati usluge. Primjerice, liječnici i medicinske sestre koji obavljaju privremenu praksu u drugoj jurisdikciji.¹⁶⁸

Vidljivo je kako se GATS bavi samo pružanjem usluga te ne pokriva pitanja poput trajnih migracija, trajnog zaposlenja ili ostvarivanje prava na državljanstvo.¹⁶⁹ U tom kontekstu, za kretanje zdravstvene radne snage, najrelevantniji je modul 4.

Na globalnoj razini postoji tzv. etičko upravljanje migracijama zdravstvenih radnika. Radi se o mnoštvu bilateralnih sporazuma sklopljenih između država kako bi se reguliralo migriranje zdravstvene radne snage. Primjer takvih bilateralnih sporazuma jedan je od prvih sporazuma sklopljen između Velike Britanije i afričkih zemalja pod nazivom *UK-South Africa Memorandum of Understanding*.¹⁷⁰

Autori Dhillon, Clark i Kapp izradili su Smjernice za bilateralne ugovore između zemalja s ciljem lakšeg praćenja i bavljenja problemom zdravstvenih migracija. Smjernice donose shematski prikaz etičkog upravljanja migracijama zdravstvenih djelatnika u kojem su prikazani ključni dokumenti vezani za praksu migracija između država. Dokumenti su postavljeni u tri kategorije po važnosti:

1. *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* (obuhvaća 193 zemlje članice)
2. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers* (obuhvaća 53 zemlje članice); *Green Paper on the European Workforce for Health*

¹⁶⁸ Carzaniga, A.G., Dhillon I.S., Magdeleine, J., Xu, L. (2019). *International health worker mobility and trade in services*, WTO Staff Working Paper, No. ERSD-2019-19, World Trade Organization (WTO), Geneva, str. 10.

¹⁶⁹ Loc.cit.

¹⁷⁰ Dhillon I.S., Clark M.E., Kapp, R.H. (2010). *Innovations in Cooperation, A guidebook on bilateral agreements to address health worker migration*, Realizing rights / Global Health & Development at the Aspen Institute, str. 15.

(obuhvaća 28 zemalja članica); *Pacific Code of Practice for Recruitment of Health Workers* (obuhvaća 22 zemlje članice)

3. *Code of Practice for the International Recruitment of Health and Social Care Personnel in England; Code of Practice for Employers of Healthcare Support Workers in Scotland; Norway HRH Strategy.*¹⁷¹

Svi navedeni dokumenti u svojoj suštini pozivaju na sklapanje bilateralnih sporazuma s ciljem smanjenja utjecaja migracija zdravstvene radne snage na zdravstvene sustave zemalja iz kojih radnici odlaze, mahom siromašnijih zemalja svijeta. Hrvatska je tako 2005. godine sklopila bilateralni sporazum s Njemačkom¹⁷² koji se odnosi na medicinske sestre. Navedeni sporazum stavljen je izvan snage ulaskom Hrvatske u Europsku uniju.

Od gore navedenih strateških dokumenata, vezanih za etičko upravljanje migracijama zdravstvenih radnika između država, najbitniji za spomenuti svakako je *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Uzimajući u obzir sveukupnu globalnu brigu za zdravlje, njegovi glavni ciljevi su:

- Ustanoviti i promovirati dobrovoljna pravila i praksu za međunarodno etičko zapošljavanje, odnosno privlačenje zdravstvene radne snage, uzimajući u obzir prava, obveze i očekivanja zemalja koje predstavljaju izvor radne snage, zatim zemalja koje predstavljaju destinaciju, kao i prava, obveze i očekivanja same radne snage.
- Zemljama članicama Svjetske zdravstvene organizacije poslužiti kao referenca za uspostavljanje pravnog okvira potrebnog za upravljanje međunarodnim zdravstvenim migracijama.
- Predstavljati upute za adekvatnu formulaciju i implementaciju bilateralnih sporazuma i drugih međunarodnih pravnih instrumenata.
- Promovirati međunarodnu raspravu i suradnju vezano za pitanja etičkog upravljanja međunarodnim migracijama zdravstvene radne snage s ciljem jačanja zdravstvenog sustava s posebnim fokusom na zemlje u razvoju.¹⁷³

Dokument sadrži niz preporuka za zemlje članice kako bi što bolje uskladile i pravno

¹⁷¹ Ibidem, str. 11.

¹⁷² Loc.cit.

¹⁷³ World Health Organization (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, Sixty-third World Health Assembly – WHA63.16., str. 3.

zadovoljile migracije zdravstvene radne snage među državama. On nije obvezujući, ali se strogo preporuča njegova primjena kod definiranja bilateralnih sporazuma.¹⁷⁴

S druge strane, ključni je dokument koji se tiče zemalja članica Europske unije i koji se odnosi na zdravstvenu radnu snagu Zelena knjiga o europskoj radnoj snazi (engl. *Green Paper on the European Workforce for Health*) (dalje u tekstu: Zelena knjiga). Zelena knjiga, po pitanju migracija zdravstvene radne snage, počiva na članku 45. Ugovora o funkcioniranju Europske unije koji definira slobodu kretanja radnika unutar zemalja članica Europske unije.¹⁷⁵ Samim time, on definira kretanje unutar zemalja članica Europske unije te nije podložan bilateralnim sporazumima, već u jednu ruku predstavlja pravnu stečevinu Europske unije.

2.5. MIGRACIJE LIJEČNIKA UNUTAR EUROPSKE UNIJE

Migracije liječnika postale su dio zdravstvene svakodnevice. Liječnici migriraju iz jedne regije u drugu, iz jedne države u drugu. Širenjem Europske unije, migracijski potencijal liječnika u Europi postaje daleko veći nego što je do tada bio. Na razini Europske unije postoje istraživanja o migracijama zdravstvene radne snage koja je promatraju iz nekoliko aspekata. Prvi je od njih proširenje Europske unije i ulazak novih zemalja članica u sastav Europske unije, drugi je aspekt kretanje iz novih zemalja članica prema starim zemljama članicama, treći su aspekt migracije iz starih zemalja članica prema trećim zemljama (većinom SAD-u i Kanadi), četvrti je aspekt udio strane zdravstvene radne snage u starim zemljama članicama i posljednji, peti aspekt priznavanje je diploma i stručnih kvalifikacija koje su preduvjet za migracije. Međutim, ono što je bitno napomenuti, sva istraživanja ističu da je val migracija i povećanog broja zahtjeva za priznavanje kvalifikacija pokrenut 2004. godine, odnosno 2007., ulaskom novih 10, a potom 2 zemlje članice. No, samo tijekom 2004. i 2007. godine val migracija i povećanje broja zahtjeva bili su izrazito povišeni, dok se u daljnjim godinama bilježi pad zahtjeva. Postoje tri moguća razloga zašto je val migracija zapravo bio manji od očekivanog. Prvi je razlog što su predviđanja migracija bila bazirana na namjeri o odlasku iz matične zemlje, a one se nisu ostvarile u onoj mjeri u kojoj su se pokazale kao namjere. Drugo je što su nove zemlje članice

¹⁷⁴ Loc.cit.

¹⁷⁵ Commission of the European Communities (2008). *Green Paper On the European Workforce for Health*, COM (2008) 725 final, Brussels

primijenile politiku povećanja plaća liječnicima s namjerom da ih zadrže, u čemu su i polučile uspjeh. Treće je bojazan prema Europskoj uniji kao novoj ustrojstvenoj zajednici te samim time i bojazan za stvarnim migriranjem.¹⁷⁶ Većina migracija dogodila se između susjednih zemalja što je posljedica kulturnih i jezičnih sličnosti. Iznimka je Velika Britanija koja je privukla migrante iz velikog dijela europskih zemalja. Što se liječnika tiče, Velika Britanija najveći je uvoznik liječnika. Također je i mali izvoznik, odnosno njihovi liječnici biraju druge zemlje engleskog govornog područja.¹⁷⁷

2.5.1. Postpristupno razdoblje (od 2004. do 2009. godine)

Najveći val migracija dogodio se, očekivano, prilikom ulaska 12 novih zemalja članica (10 novih članica 2004. godine i 2 nove članice 2007. godine) u punopravno članstvo Europske unije (EU12) – Cipar, Češka, Estonija, Mađarska, Litva, Latvija, Poljska, Malta, Slovačka i Slovenija te Rumunjska i Bugarska (u daljnjem tekstu EU12). Iako je bio velik, očekivalo se da će biti i veći. Međutim, podaci kojima se raspolaže, kako bi se došlo do točnih podataka o stvarnim migracijama, su relativni. Naime, većina istraživanja uzima u obzir zatražene potvrde o priznavanju diploma u matičnim državama. To nužno ne znači da je do migracija zaista i došlo.¹⁷⁸ Zabrinutost koja se proširila Europskom unijom prije ulaska novih zemalja članica u članstvo potekla je od rezultata istraživanja koja su provedena među zdravstvenom radnom snagom prije 2004. godine. Primjerice, više od jedne trećine poljskih zdravstvenih radnika i više od polovice estonijskih zdravstvenih radnika izrazilo je namjeru za emigracijama u potrazi za boljim poslom, što se u konačnici nije ostvarilo u tolikoj mjeri.¹⁷⁹

Dakle, suprotno očekivanjima, proširenja Europske unije 2004. i 2007. godine nisu dovela do migracija liječnika i odljeva mozgova u onoj mjeri u kojoj se to očekivalo. Određeno povećanje migracija dogodilo se iz smjera istoka prema zapadu, ali razlog zašto ono nije ispunilo očekivanja leži u činjenici da su pojedine zemlje EU15 uvele ograničenja kretanja radnika, odnosno ograničenja na svojim tržištima rada u prijelaznom razdoblju, te u povećanju plaća i poboljšanju radnih uvjeta u pojedinim zemljama istočne Europe, što je zaustavilo određeni veći

¹⁷⁶ Schulz, C., Rijks, B., op.cit., bilješka 73., str. 35.

¹⁷⁷ Loc.cit.

¹⁷⁸ Loc.cit.

¹⁷⁹ Dumont J-C., Laforune, G. (2017) *International Migration of Doctors and Nurses to OECD Countries: Recent Trends and Policy Implications* u Buchan, J., Dhillon, I.S., Campbell, J. (2017.) *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*, World Health Organization, str. 108.

val migracija u zapadne zemlje članice Europske unije.¹⁸⁰ Većina migracija dogodila se između susjednih zemalja što je posljedica kulturnih i jezičnih sličnosti. Iznimka je Velika Britanija koja je privukla migrante iz velikog dijela europskih zemalja.¹⁸¹

Općenito, smatra se da su stare zemlje članice (EU15) daleko više profitirale od proširenja nego nove zemlje članice. Naime, val migracija krenuo je iz zemalja EU12 u zemlje EU15 u kojima je zdravstveni sustav donekle uređeniji u odnosu na zemlje EU12. Bolnice su opremljenije, plaće su veće, mogućnost daljnjeg napredovanja i poboljšanja osobnih kvalifikacija i vještina je veća, dakle *pull* faktori daleko su izraženiji i jači. Što se tiče migracija u zemlje EU12, mahom iz trećih zemalja, one su zanemarive. Stoga se i može pretpostaviti da je došlo do još većeg jaza u kvaliteti zdravstvenog sustava između EU15 i EU12 zemalja jer se manjak kadrova u zemljama EU12 teško može nadoknaditi kadrovima iz trećih zemalja.

Nadalje, što se tiče godina velikog proširenja Europske unije, Austrija, Belgija, Finska, Francuska i Italija zemlje su u kojima je zabilježen najveći broj liječnika iz zemalja EU12 u razdoblju 2004 - 2007. U Francuskoj je zabilježeno povećanje rumunjskih liječnika, od 174 u 2007. godini do 1160 u siječnju 2009. godine. Španjolska i Velika Britanija zabilježile su veći ulazak liječnika iz Poljske i Rumunjske što je rezultat kampanja privlačenja liječnika koje su provedene.¹⁸²

Najpogođenije zemlje unutar EU12 zemalja bile su Estonija, Litva, Poljska i Mađarska. Vlade ovih zemalja poduzele su mjere povećanja plaća kako bi spriječile daljnje migracije, međutim mjera nije pomogla u obujmu u kojem se očekivalo. Iz tog razloga Europska komisija donijela je Akcijski plan za zdravstvenu radnu snagu Europske unije čiji je zadatak europska suradnja na podržavanju nacionalnih napora u rješavanju problema zdravstvene radne snage u Europskoj uniji te konzultacije između Komisije i država članica radi razmjene iskustava u rješavanju problema.¹⁸³

¹⁸⁰ Maier, C. B., Glinos, I. A., Wismar, M., Dussault, G. (2011). *Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: the results* u World Health Organization on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011): „Health Professional Mobility and Health Systems“, evidence from 17 European countries, str. 64.

¹⁸¹ Nicholas, S. (2004.) *The Challenges of the Free Movement of Health Professionals* u Mckee, M., MacLehose, L., Nolte, E. (2004.) *Health Policy and European Union Enlargement*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, str. 90.

¹⁸² Maier, C. B., Glinos, I. A., Wismar, M., Dussault, G. (2011). *Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: the results* u World Health Organization on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011): „Health Professional Mobility and Health Systems“, evidence from 17 European countries, str. 64.

¹⁸³ Eurofound (2013). *Mobility and migration of health care workers in central and eastern Europe*, Dublin, str. 29.

Velika Britanija, prvenstveno London, uvelike je prednjačila u privlačenju zdravstvene radne snage među zemljama EU15, uz napomenu da je Velika Britanija tada bila punopravna članica Europske unije. Razlog je tomu što Velika Britanija nije uvela tranzicijsko razdoblje za slobodu kretanja radnika za nove zemlje članice (zajedno s Irskom i Švedskom), što je dodatna potvrda da joj nedostaje radne snage općenito. Države u kojima raste broj liječnika su Austrija, Švedska, Njemačka i već spomenuto Ujedinjeno Kraljevstvo.¹⁸⁴ Zapadna Europa, odnosno zemlje EU15 imaju daleko veću ovisnost o stranoj medicinskoj radnoj snazi nego što je to slučaj kod zemalja EU12.

Među zemljama koje su zabilježile najveći ulazak liječnika u apsolutnim brojevima izdvajaju se redom Španjolska, Velika Britanija i Njemačka, a kada gledamo ukupan udio strane zdravstvene radne snage u pojedinoj zemlji tada su to redom Velika Britanija (udio stranih među domaćim 42,6 %), Austrija (13,5 %), Mađarska (4,7 %) i Poljska (2,7 %).¹⁸⁵ S druge strane, Francuska je zabilježila najveći porast broja liječnika iz Rumunjske - od 174 liječnika u 2007. godini do 1160 u siječnju 2009. Španjolska i Velika Britanija zabilježile su porast ulaska liječnika iz Poljske i Rumunjske, ali najvećim dijelom kao dio nacionalne politike privlačenja stranih liječnika.¹⁸⁶

Općenito, Austrija, Belgija, Francuska, Njemačka i Italija primaju stranu zdravstvenu radnu snagu većinom iz europskog gospodarskog prostora. Udio liječnika iz Europske unije u ukupnom broju liječnika u Austriji 2008. godine iznosio je 6,3 %.¹⁸⁷ U 2008. godini Belgija je imala 10,5 % liječnika iz zemalja članica Europske unije. U Francuskoj, od ukupnog broja stranih liječnika, 54 % bilo je iz zemalja članica Europske unije. U Njemačkoj, od ukupnog broja stranih liječnika, 51 % su liječnici iz zemalja članica Europske unije. U Italiji je svega 4 % stranih liječnika. Slovenija je jedina država članica Europske unije koja većinu stranih liječnika prima iz zemalja nečlanica Europske unije, odnosno trećih zemalja. U 2008. godini Slovenija je imala 22,5 % stranih liječnika među kojima prvenstveno iz Hrvatske, Bosne i Hercegovine i Srbije. Države poput Njemačke, Austrije i Finske također privlače liječnike iz trećih zemalja. Najviše liječnika iz tih zemalja dolazi iz Rusije i Turske, kao i iz Hrvatske dok nije bila zemlja članica Europske unije. S druge strane, osim liječnika iz europskih zemalja, bilo da su članice Europske unije ili ne, Velika Britanija i Španjolska, primjerice, zapošljavaju liječnike iz Latinske Amerike. Velika Britanija također prima i liječnike iz zemalja

¹⁸⁴ Schulz, C., Rijks, B., op.cit., bilješka 73., str. 29.

¹⁸⁵ Wismar M., Maier C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras J., op.cit. bilješka 4., str. 31-32.

¹⁸⁶ Ibidem, str. 43.

¹⁸⁷ Ibidem, str. 37-38.

Commonwealtha, čak 27 % od ukupnog broja liječnika dolazi iz trećih zemalja, primjerice, iz Indije, Pakistana, južne Afrike, Nigerije i Australije. Isto tako, u Francuskoj je u 2009. godini čak 36 % liječnika bilo iz Alžira, Tunisa i Maroka.¹⁸⁸

Najveći odlazak unutar Europske unije zabilježile su Estonija, Mađarska, Poljska, Rumunjska, Slovačka i Slovenija s tendencijom rasta u Estoniji, Mađarskoj i Rumunjskoj. S druge strane, i zemlje EU15 zabilježile su odlazak, u najvećoj mjeri Njemačka, Austrija, Italija i Velika Britanija.¹⁸⁹ Vrlo je teško prikupiti podatke o odlascima. Zemlje članice ne prikazuju ih ažurno u svojim službenim statističkim izvještajima, stoga su podaci o ulasku radnika daleko točniji i prikazuju realniju sliku.

Među medicinskim osobljem, liječnici dobivaju daleko bolje pozicije u odnosu na drugo medicinsko osoblje. Što se tiče povratnih migracija, najčešće su one kod osoblja srednje stručne spreme. Drugim riječima, to su one koje se odnose na medicinske sestre. Međutim, zabilježen je povratak španjolskih liječnika iz Portugala u Španjolsku nakon oporavka španjolskog gospodarstva.¹⁹⁰

Nadalje, Irska, Francuska, Velika Britanija i Njemačka zemlje su koje primaju registrirane zdravstvene djelatnike s iskustvom iz zemalja EU12. S druge strane, Italija, Portugal, Španjolska, Austrija i djelomično Njemačka, zemlje su koje primaju neregistrirane zdravstvene djelatnike. Razlog zašto ove razvijene zemlje najviše primaju zdravstvenu radnu snagu je taj što su upravo Francuska i Velika Britanija zemlje koje se suočavaju s migracijom svoje domicilne zdravstvene radne snage u Sjedinjene Američke Države, Kanadu i Australiju.¹⁹¹

Priznavanje stručnih kvalifikacija jedno je od ključnih preduvjeta za mogućnost migracija. Europska komisija donijela je Direktivu 2005/36 o priznavanju stručnih kvalifikacija koja je jedan od temeljnih dokumenata sekundarnog prava za mogućnost provođenja slobode kretanja radnika na teritoriju Europske unije. Na temelju Direktive 2005/36 priznaju se diplome zdravstvene radne snage (liječnika, medicinskih sestara, stomatologa, primalja i farmaceuta) stečene unutar zemalja članica Europske unije.¹⁹² Tomu još više ide u prilog da su liječnička zvanja regulirana profesijom, stoga su njihova priznavanja regulirana na brz i jednostavniji način,

¹⁸⁸ Loc.cit.

¹⁸⁹ Ibidem, str. 35.

¹⁹⁰ Eurofound (2013). *Mobility and migration of health care workers in central and eastern Europe*, Dublin, str. 26.

¹⁹¹ Ibidem, str. 18.

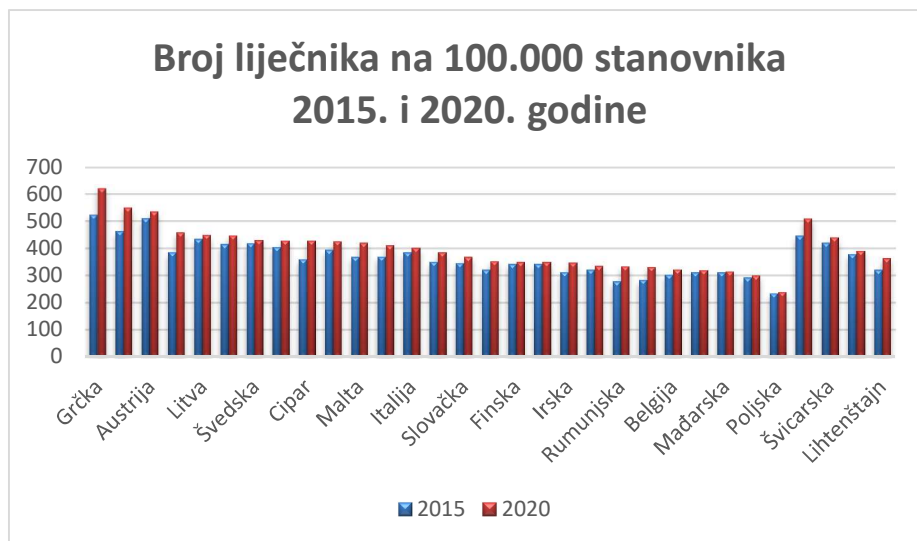
¹⁹² Ibidem, str. 40.

što dodatno pospješuje fluktuaciju liječnika.

2.5.2. Novi trendovi

Što se tiče novijih trendova, i dalje postoji određena razlika u gustoći zdravstvene radne snage unutar Europske unije, pa i europskih zemalja generalno. Sve zemlje Europske unije bilježe porast broja liječnika u razdoblju od 2015. do 2020. godine. Srednju vrijednost gustoće ima Nizozemska sa 383,4 liječnika na 100.000 stanovnika, a najveću gustoću bilježe Grčka, Portugal, Austrija, Španjolska, Litva, Njemačka, Bugarska, Cipar, Danska, Malta i Češka. Najmanju gustoću odnosno broj liječnika na 100.000 stanovnika ima Poljska (237,75), slijede je Luksemburg, Mađarska, Francuska, Belgija, Slovenija, Rumunjska, Latvija, Irska, Estonija, Finska, Hrvatska i Slovačka.¹⁹³ Velike Britanije nema više na popisu zemalja s dostupnim podacima, međutim zbog njene tradicije privlačenja liječnika, primjerice, prema dostupnim podacima za 2018. godinu, Velika Britanija imala je 284 liječnika na 100.000 stanovnika, te se svrstala ispod prosjeka Europske unije.¹⁹⁴

Slika 5.: Broj liječnika na 100.000 stanovnika u 2015. i 2020. godini



Izvor: Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en>, pristupljeno 11.11.2022.

Što se tiče podataka o migracijama liječnika, odnosno o broju stranih liječnika u pojedinoj zemlji članici Europske unije od 2011. do 2021. godine, prema dostupnim podacima OECD-a,

¹⁹³ Internetski izvor <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en>, pristupljeno 11.11.2022.

¹⁹⁴ Ibidem.

nisu obuhvaćene sve zemlje članice Europske unije, stoga je u tablici prikaz samo dostupnih zemalja, dok se ukupni broj stranih liječnika u pojedinoj državi odnosi na sve strane liječnike, iz različitih zemalja svijeta za koje postoje podaci.

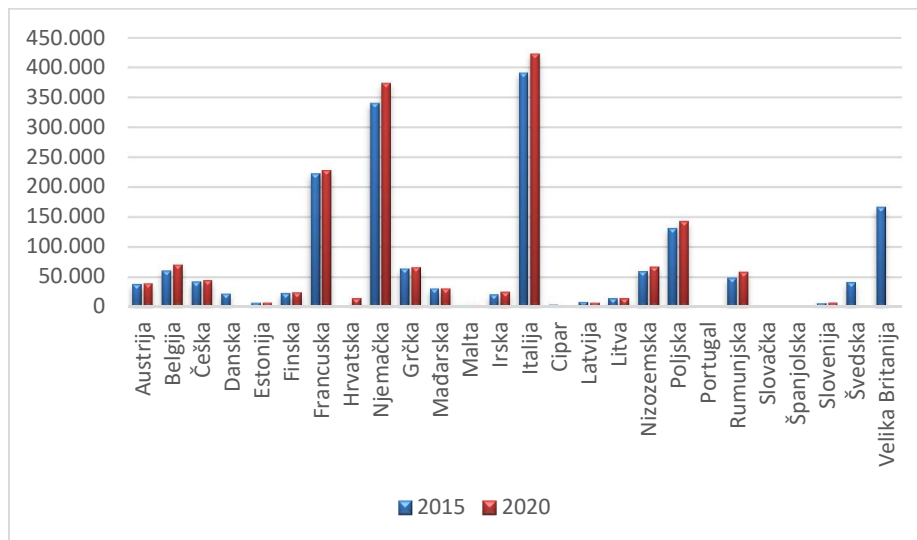
Tablica 8.: Ukupan broj liječnika u zemljama članicama Europske unije

	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.
Austrija	34.491	35.842	36.772	37.685	37.651	37.963	38.252	39.207	39.694	40.471
Belgija	56.363	57.623	59.070	60.138	61.899	63.615	66.561	68.724	70.452	72.657
Češka	41.582	42.174	41.671	41.893	42.682	43.283	43.951	43.994	44.388	44.932
Danska	21.456	21.610	21.881	22.335	22.904	23.689	24.306	24.715	-	-
Estonija	6.018	6.159	6.293	6.420	6.535	6.664	6.786	6.882	6.972	7.061
Finska	21.623	22.055	22.439	22.774	23.097	23.326	23.469	23.718	23.916	-
Francuska	217.595	219.562	220.995	222.448	223.734	225.041	225.057	227.291	227.939	-
Hrvatska					13.430	13.885	14.075	14.312	14.256	-
Njemačka	318.887	326.945	334.277	339.728	346.390	352.869	359.099	366.810	373.298	-
Grčka	63.838	63.736	63.906	63.866	65.972	65.240	65.513	66.058	66.290	-
Mađarska	33.454	32.668	32.791	30.486	31.515	32.543	33.078	34.137	30.610	-
Malta	-	-	1.566	1.636	1.743	1.855	1.969	2.029	2.158	-
Irska	18.184	18.160	19.066	20.454	21.920	22.693	23.012	23.574	25.005	25.959
Italija	380.785	383.886	387.405	390.702	394.906	396.007	402.811	408.442	422.333	429.552
Cipar	-	-	2.988	3.152	3.325	3.449	3.668	3.768	-	-
Latvija	8.077	8.317	8.275	8.287	8.076	8.022	7.848	7.686	6.422	-
Litva	-	-	14.281	14.270	14.320	14.578	14.836	13.908	13.819	13.795
Nizozemska	54.511	55.681	57.762	59.144	60.233	61.730	63.278	65.121	66.870	-
Poljska	125.073	127.183	129.031	131.059	133.283	135.468	138.036	140.589	142.718	146.107
Portugal	-	-	-	-	-	51.937	-	-	-	-
Rumunjska	42.775	42.179	39.858	48.412	50.697	55.603	55.716	56.456	57.845	-
Slovačka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Španjolska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovenija	5.228	5.416	5.712	5.830	6.012	6.311	6.409	6.514	6.645	6.838
Švedska	38.541	39.638	40.637	40.919	42.017	42.945	43.967	44.046	-	-
Velika Britanija	160.378	169.015	172.721	166.324	168.801	171.527	174.845	191.326	-	-

Izvor: Eurostat [Statistics](#) | Eurostat ([europa.eu](#)), pristupljeno 8.11.2022.

Tablica 8. prikazuje ukupan broj liječnika u državama članicama Europske unije neovisno o državi iz koje dolaze i državi u kojoj su stekli diplomu. Zanimljiv je podatak da sve zemlje bilježe kontinuirani rast broja liječnika, osim Mađarske, Litve i Latvije. Pri tome ukupno najveći broj liječnika tradicionalno, a i s obzirom na veličinu države, imaju Italija, Njemačka, Francuska i Poljska.

Slika 6.: Ukupan broj liječnika u zemljama članicama Europske unije



Izvor: Eurostat [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://www.eurostat.eu), pristupljeno 8.11.2022.

Nasuprot Tablici 8., Tablica 9. prikazuje broj stranih liječnika u ukupnom broju liječnika u pojedinoj državi članici Europske unije.

Tablica 9.: Ukupan broj stranih liječnika u zemljama članicama Europske unije

	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.
Austrija	1.501	1.638	1.862	1.938	2.058	2.189	2.282	2.497	2.595	2.762
Belgija	5.708	6.184	6.732	6.889	7.370	7.801	8.062	8.533	8.964	9.608
Češka	2.116	2.967	2.036	2.556	2.799	3.058	3.232	3.245	3.321	3.409
Danska	1.872	1.887	1.956	2.044	2.117	2.185	2.278	2.339	-	-
Estonija	121	145	166	195	216	238	262	271	283	294
Finska	3.436	3.634	3.791	3.937	4.054	4.192	4.291	4.437	4.576	-
Francuska	18.842	20.082	21.569	22.920	24.096	25.039	25.675	26.355	26.989	-
Hrvatska	-	-	-	-	134	722	743	724	752	-
Njemačka	26.034	28.901	31.859	34.850	38.247	41.934	44.931	48.125	51.395	-
Grčka	964	962	945	904	880	985	1.406	1.633	1.635	-
Mađarska	2.484	2.470	2.482	2.374	2.459	2.614	2.674	2.801	2.504	-
Malta	-	-	227	235	272	296	260	267	302	-
Irska	5.935	6.214	6.877	7.983	9.123	9.606	9.583	9.750	10.050	10.500
Italija	3.175	3.226	3.227	3.250	3.262	3.250	3.378	3.594	3.810	4.039
Cipar			2.988	3.152	3.325	3.449	3.668	3.739	-	-
Latvija	573	579	558	540	505	477	434	405	382	-
Litva	-	-	37	41	48	63	72	81	89	79
Nizozemska	1.134	1.142	1.229	1.288	1.336	1.694	2.031	2.333	2.380	-
Poljska	-	-	2.302	2.358	2.451	2.549	2.678	2.934	3.188	3.937
Portugal	-	-	-	-	-	6.229	-	-	-	-
Rumunjska	259	302	299	356	561	846	89	1.078	1.047	-
Slovačka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Španjolska	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovenija	732	781	810	822	1.114	1.092	1.085	1.072	1.067	1.081
Švedska	9.674	10.334	11.029	10.756	11.477	12.023	12.639	12.934	-	-
Velika Britanija	46.518	48.980	49.160	45.732	47.905	49.164	51.115	58.053	61.341	66.211

Izvor: OECD Health Workforce Migration : Foreign-trained doctors by country of origin - Stock (oecd.org), pristupljeno 7.10.2022. i https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_RS_WKMG_custom_3791427/default/table?lang=en pristupljeno 8.11.2022.

Tradicionalno, zemlje članice Europske unije s najvećim brojem stranih liječnika u apsolutnom broju su Francuska i Njemačka, te Velika Britanija ako uzmemo širi aspekt Europske unije. Navedene zemlje slijede Irska i Belgija.¹⁹⁵

Tablica 10.: Udio stranih liječnika u ukupnom broju liječnika u zemljama članicama Europske unije u 2015. i 2020. godini (u %)

	2015.	2020.
Austrija	5,1	6,5
Belgija	11,5	12,7
Češka	6,1	7,5
Danska	9,2	-
Estonija	3	4
Finska	17,3	19,1
Francuska	10,3	11,8
Hrvatska	-	5,2
Njemačka	10,3	13,7
Grčka	1,4	2,5
Mađarska	7,8	8,2
Malta	14,4	14
Irska	39	40,2
Italija	0,8	0,9
Cipar	-	-
Latvija	6,5	6
Litva	0,3	0,6
Nizozemska	2,2	3,5
Poljska	1,8	2,2
Portugal	-	-
Rumunjska	0,7	1,8
Slovačka	-	-
Španjolska	-	-
Slovenija	14,1	16
Švedska	26,3	-
Velika Britanija	-	-

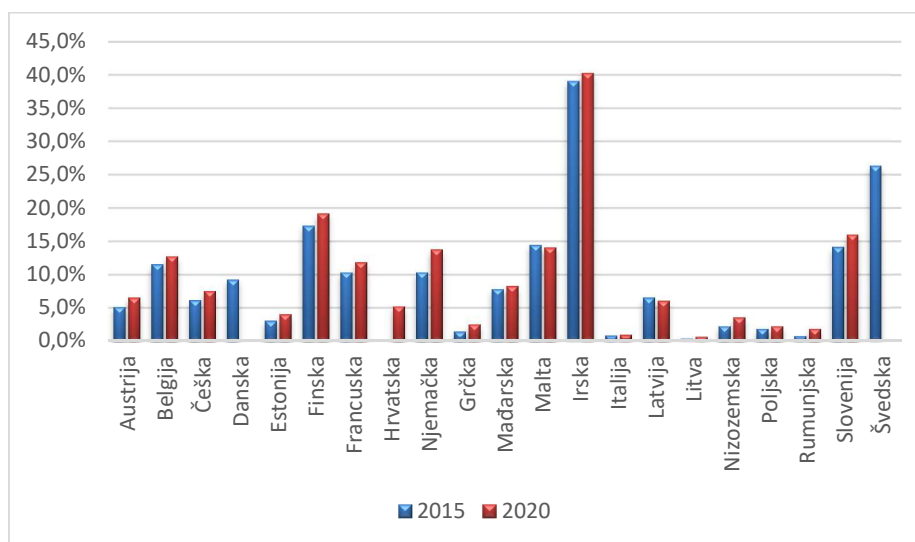
Izvor: izračun autorice

Prema podacima iz 2020. godine najveću ovisnost o stranim liječnicima ima Irska (40,2 %), slijede je Finska (19,1 %), Slovenija (16 %), Malta (14 %), Njemačka (13,7 %), Belgija (12,7 %) i Francuska (11,8 %). S druge strane, zemlje s najmanjom ovisnosti o stranim liječnicima su Litva (0,6 %), Italija (0,9 %), Rumunjska (1,8 %) i Poljska (2,2 %).

¹⁹⁵ OECD *Health Workforce Migration: Foreign-trained doctors by country of origin - Stock* (oecd.org), pristupljeno 7.10.2022.

Za Veliku Britaniju u 2020. godini nema podataka, međutim, prema podacima iz 2019. godine, udio stranih liječnika u Velikoj Britaniji bio je 30,3 %.

Slika 7.: Udio stranih liječnika u ukupnom broju liječnika u zemljama članicama Europske unije u 2015. i 2020. godini (u %)



Izvor: izračun autorice

Slika 7. prikazuje kretanje broja stranih liječnika u ukupnom broju liječnika pojedine države članice Europske unije 2015. godine u odnosu na 2020. godinu. Jedino su Malta i Latvija ostvarile pad broja stranih liječnika u ukupnom broju liječnika u 2020. godini u odnosu na 2015. godinu.

Generalno, države koje bilježe najveći priljev radne snage ujedno i ovise o medicinskoj radnoj snazi, odnosno bilježe i priljev liječnika. Izuzeci poput Italije postoje, ali su u manjini. Italija je država s najnižom cijenom obrazovanja liječnika, stoga je ovo ujedno i mogući odgovor zašto Italija nema visoku razinu ovisnosti o stranim liječnicima.¹⁹⁶

Kada govorimo o migracijama liječnika, važno je spomenuti i države koje nisu članice Europske unije. Ovdje sada ubrajamo i Veliku Britaniju koja je jako profitirala migracijama liječnika iz Europske unije, ali i iz trećih zemalja. Prema podacima OECD-a, više od polovice liječnika u Velikoj Britaniji strani su liječnici iz trećih zemalja, poput Pakistana i Indije, i iz

¹⁹⁶ Internetski izvor [The most affordable medical universities in Europe – General medicine – Medhead.eu – Study medicine in Europe](https://www.medhead.eu/en/the-most-affordable-medical-universities-in-europe-general-medicine), pristupljeno 7.11.2022.

zemalja Europske unije, poput Italije, Grčke, Irske, Španjolske, Njemačke, Rumunjske, Poljske, Mađarske i Češke.¹⁹⁷

Norveška i Švicarska ovise o liječnicima iz zemalja EU15. Ove su dvije zemlje profitirale od velikog priljeva liječnika, dok su u inozemstvo poslale svega nekoliko liječnika. Ulazak stranih liječnika daleko je veći od broja domaćih diplomanata, a kao rezultat toga ove dvije države imaju najveći udio (izuzev Irske) stranih liječnika u ukupnom broju liječnika, gotovo 40 % u Norveškoj i 35 % u Švicarskoj.¹⁹⁸ Švicarska, koja nudi daleko veće plaće od zemalja Europske unije, predstavlja magnet za liječnike, ali i za medicinske sestre iz Njemačke, Italije, Francuske i Austrije, dok Norveška privlači liječnike iz Švedske, Danske i Španjolske, ali također i iz Poljske, Litve i Mađarske.¹⁹⁹

2.5.3. Posljedice migracija liječnika na zdravstveni sustav zemalja članica Europske unije

Definicije ekonomike zdravstva polaze od termina određivanja i alokacije zdravstvenih resursa. Zdravstvene resurse čine zdravstvena ponuda, koju čine farmaceutski proizvodi, zdravstveni radnici (liječnici i medicinske sestre), kapitalna dobra, domovi zdravlja, bolnice, oprema za dijagnostiku i svi ostali inputi koji se koriste u pružanju zdravstvene zaštite. Poput gotovo svih resursa, i resursi u zdravstvu ograničeni su u određenom vremenskom trenutku, dok su želje i potrebe neograničene.²⁰⁰

Generalna je pretpostavka svih dosadašnjih istraživanja u području migracija zdravstvene radne snage da migracije utječu na zdravstveni sustav na mnogo načina. Tako se može utvrditi da utjecaj migracija na zdravstveni sustav postoji u kvantitativnom i u kvalitativnom smislu. Migracije zdravstvene radne snage utječu na učinak zdravstvenih sustava mijenjajući sastav zdravstvene radne snage na obje strane, i u zemljama iz kojih radnici odlaze i u zemljama koje primaju zdravstvenu radnu snagu. Takav gubitak ili takvo stjecanje radne snage mogu ojačati ili oslabiti učinak zdravstvenog sustava ili barem stvoriti vidljivi utjecaj migracija na zdravstveni sustav. Migracije zdravstvenih djelatnika također utječu na koncentraciju

¹⁹⁷ Mara, I. (2020). *Health Professionals Wanted: Chain Mobility across European Countries*, Research Report 445, The Vienna Institute for International Economic Studies, str. 13.

¹⁹⁸ Loc.cit.

¹⁹⁹ Loc.cit.

²⁰⁰ Barić, V., Smolić, Š., op.cit., bilješka 30., str. 211.

zdravstvenih vještina i znanja. Kada su takve vještine koncentrirane unutar neke države u malom i ograničenom broju, migracije takvih zdravstvenih djelatnika mogu bitno utjecati na poremećaje učinkovitosti zdravstvenog sustava zemlje. Migracije zdravstvenih djelatnika utječu i na raspodjelu zdravstvenih radnika unutar države. Neproporcionalni odlazak zdravstvene radne snage iz pojedine regije može pogoršati distribuciju zdravstvene usluge i zdravstvenih radnika, rezultirajući nedovoljnim brojem zdravstvenih djelatnika u pojedinim područjima države ili u određenim regijama.²⁰¹

Proširenje Europske unije 2004. i 2007. godine dovelo je do povećanja broja stanovništva Europske unije za oko 100 milijuna stanovnika, a time je došlo i do povećanja ponude zdravstvene radne snage na području Europske unije (a potom i ulaskom Hrvatske u Europsku uniju 2013. godine, iako u manjoj mjeri).

Već je spomenuto veliko istraživanje pod nazivom „*Health Professional Mobility and Health Systems*“ koje je proveo Europski opservatorij za zdravstvene sustave i politike u suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom - regionalnim uredom za Europu, vladama Belgije, Finske, Irske, Nizozemske, Norveške, Slovenije, Španjolske, Švedske te Veneto regije u Italiji, Europskom komisijom, Europskom investicijskom bankom, Svjetskom bankom, UNCAM-om (*French National Union of Health Insurance Funds*), Londonskom školom ekonomije i političkih znanosti i Londonskom školom higijene i tropske medicine. Istraživanje je predstavilo velike značajke mobilnosti radne snage unutar 17 zemalja Europe²⁰² te se smatra jednim od najbitnijih istraživanja jer donosi vrlo detaljne analize utjecaja migracija zdravstvene radne snage za zdravstvene sustave unutar Europe. Istraživanje je rađeno 2011. godine i bazira se na podacima iz 2008. godine koji su prikupljeni tijekom 2009. i 2010. godine. Iako je vremenski protek veći od deset godina, s obzirom na to da se radi o gotovo jedinom tako opsežnom istraživanju, podatke dobivene istraživanjem smatramo relevantnim za tendencije migracija i njihov utjecaj na zdravstvene sustave.

Spomenuto istraživanje baziralo se, između ostaloga, na ovisnosti zdravstvenog sustava pojedine zemlje o stranoj zdravstvenoj radnoj snazi, te o stvarnom opsegu kretanja radnika između država.

Dokazano je da su europske zemlje više ovisne o stranim liječnicima nego o bilo kojem drugom

²⁰¹ Loc.cit.

²⁰² World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries

zdravstvenom osoblju. Prema razini ovisnosti o stranoj radnoj snazi, države su podijeljene u četiri kategorije: neznatna ovisnost (manje od 5 %), srednja ovisnost (5 % - manje od 10 %), visoka ovisnost (10 % - manje od 20 %) i vrlo visoka ovisnost (više od 20 %). Ako se baziramo samo na zemlje članice Europske unije, istraživanje je pokazalo da Estonija, Slovenija i Poljska imaju neznatnu ovisnost o stranim liječnicima (raspon od 0,02 % do 0,7 %), Italija, Francuska i Mađarska također imaju malu ovisnost o stranim liječnicima (manje od 5 %). Srednju ovisnost o stranim liječnicima pokazale su Njemačka (5,2 %) i Finska (6,2 %). Belgija, Portugal, Španjolska, Austrija i Švedska imaju visoku razinu ovisnosti o stranim liječnicima (od 11,1 % do 18,4 %), Slovenija, Irska i Velika Britanija pokazale su vrlo visoku razinu ovisnosti (od 22,5 % do 36,8 %). Ovisnost o stranim liječnicima jako se razlikuje unutar zemalja članica Europske unije. Velika Britanija i Irska pokazuju vrlo visoku ovisnost s više o jednog stranog liječnika između tri. Ovisnost se smanjuje prema istočnim dijelovima Europske unije, izuzev Slovenije što pokazuje veliku asimetričnost u ovisnosti o stranim liječnicima između zapada i istoka.²⁰³

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, glavni su ciljevi zdravstva briga za zdravlje i poboljšanje zdravlja svih građana, ispunjavanje nemedicinskih očekivanja pacijenata i građana te zaštita od financijskih posljedica lošeg zdravlja. Kako bi se dosegli glavni ciljevi, zdravstveni sustav ovisi o četirima funkcijama:

1. usluga zdravstvene zaštite koja uključuje prevenciju, promociju zdravlja, dijagnostiku i liječenje
2. stvaranje resursa (infrastruktura, zgrade, tehnologija i stručnjaci)
3. financiranje (prikupljanje novčanih sredstava za kupovinu zdravstvene usluge)
4. upravljanje.²⁰⁴

Prva točka, usluga zdravstvene zaštite, kvalitativno i kvalitativno ovisi prvenstveno o broju liječnika odnosno njihovoj geografskoj rasprostranjenosti, vještinama. Drugim riječima, odlazak liječnika može narušiti kvalitetu zdravstvenog sustava i samog zdravlja stanovništva zemlje iz koje liječnici odlaze. Najvećim su dijelom to ruralna područja zemalja, s obzirom na to da se radna mjesta u urbanim područjima zemalja iz kojih liječnici odlaze nadopunjavaju liječnicima iz ruralnih krajeva.²⁰⁵ Druga točka, stvaranje resursa, ponajprije se odnosi na ljudske

²⁰³ Wismar M., Maier C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras J., op.cit., bilješka 4., str. 26.-27.

²⁰⁴ Ibidem, str. 47.-48.

²⁰⁵ Loc.cit.

resurse odnosno radnu snagu, vještine i znanje potrebno za funkcioniranje zdravstvenog sustava. Edukacija i trening potrebne radne snage ključ su za stvaranje iste, ali migracije i mobilnost postojećih liječnika mogu ili smanjiti ili povećati potrebnu masu postojećih liječnika koji su nositelji znanja i vještina potrebnih za normalno funkcioniranje zdravstvenog sustava. Iz perspektive države koja financira obrazovanje liječnika koji poslije napuštaju državu, vanjska migracija znači nepovrat na uloženo, odnosno da nema povrata na investiciju i moguće narušavanje dugoročnih planova. Za države koje uvoze obrazovane liječnike, ulazna migracija predstavlja dodatnu besplatnu radnu snagu, ali ima mogućnost proizvesti preveliku ovisnost o stranoj radnoj snazi, tj. liječnicima.²⁰⁶ Treća točka, koja se odnosi na financiranje, odnosi se na visinu plaće. Utjecaj je liječnika na financijski aspekt zdravstvenih ustanova apsolutan. Naime, liječnici su stopostotni, tj. jedini, pružatelji zdravstvenih usluga te kao takvi u potpunosti utječu na priljev sredstava korisnika za izvršenje zdravstvenih usluga. S druge strane, u manjoj mjeri utječu i na rashodovnu stranu zdravstvenih ustanova, te se migracijama smanjuju ili povećavaju rashodi istih. Konačno, četvrta točka, upravljanje, odnosi se na planiranje, reguliranje i pružanje informacija i podataka. Naime, kako liječnici kao osobe nisu u obvezi obavijestiti nikoga o svojoj namjeri za odlaskom do samog čina migracije, vrlo je teško u takvim uvjetima upravljati zdravstvenim sustavom jer su glavni nosioci sustava zapravo vrlo fluktuirajući.²⁰⁷ Stoga, sama odredba o slobodi kretanja radnika odmaže u planiranju i vođenju zdravstvenog sustava.²⁰⁸ Međutim, od četiri navedene točke, možemo zaključiti da je upravljanje nešto na što migracije liječnika imaju najmanji utjecaj. Prve tri točke predstavljaju okosnicu utjecaja migracija na zdravstvene sustave zemlja koje su pogođene migracijama liječnika.

²⁰⁶ Loc.cit.

²⁰⁷ Loc.cit.

²⁰⁸ Ugovor o funkcioniranju Europske unije (pročišćena verzija) (2016), Službeni glasnik Europske unije, C 202/1; članak 20.

Tablica 11.: Utjecaj migracija liječnika na zdravstveni sustav

	države iz kojih liječnici odlaze	države u koje liječnici dolaze
zdravstvena zaštita	- smanjuje se mogućnost zdravstvene zaštite stanovništva, posebno u ruralnim područjima	- povećava se mogućnost zdravstvene zaštite stanovništva općenito
resursi	- manja mogućnost izgradnje i obrazovanja liječnika	- veća mogućnost obrazovanja postojećih i novih liječnika
financiranje	- utjecaj na financijski aspekt i države i zdravstvenih ustanova	- utjecaj na financijski aspekt i države i zdravstvenih ustanova
upravljanje	- smanjena mogućnost adekvatnog planiranja zbog izvjesnosti odlaska liječnika	- povećava mogućnost adekvatnijeg upravljanja zdravstvenim sustavom zbog povećanja adekvatne radne snage

Izvor: Clark, P.F., Stewart J.B., Clark, D.A. (2006.): *The globalization of the labour market for health-care professionals*, International Labour Review, Vol. 145, No. 1-2, str. 42. i izrada autorice

Sloboda kretanja radnika jedna je od četiri temeljne slobode Europske unije sa zadaćom smanjenja razlika među zemljama članicama EU. Međutim, migracije liječnika unutar EU dovode do velikih razlika u odnosu na zdravstveni sustav. Zemlje članice iz kojih liječnici odlaze suočavaju se sa slabljenjem zdravstvenog sustava i pružanja usluga zdravstvene zaštite, dok zdravstveni sustav zemalja članica koje primaju liječnike jača i povećava mu se kvalitetu zdravstvene zaštite. Uzevši to u obzir, postavljaju se pitanja je li sloboda kretanja zaista u funkciji jedinstvenog tržišta Europske unije i potkrepljuje li ideju i cilj s kojim je jedinstveno tržište osnovano.

Sloboda kretanja radnika pozitivna je politika Europske unije koja svim građanima Unije daje mogućnost poboljšanja životnih uvjeta, kvalitete posla i osobnog napredovanja. Kako je već spomenuto, sloboda kretanja radnika nije prisutna u tolikoj mjeri kolika je bila namjera Europske unije. Kako većina zemalja Europske unije ima socijalni sustav zdravstvenog osiguranja, viša razina slobode kretanja radnika, kako je planirano, mogla bi utjecati na zdravstveni sustav kako je prikazano u donjoj ilustraciji.

Slika 8.: Utjecaj slobode kretanja radnika na zdravstveni sustav



Izvor: izradila autorica

Europska unija suočava se s neravnotežom u kvaliteti zdravstvenog sustava unutar država članica koja je rezultat slobode kretanja radnika. Posljedice slobode kretanja radnika migracije su zdravstvenih djelatnika i nedostatak nove zdravstvene radne snage. Europska komisija donijela je 2008. godine Zelenu knjigu o zdravstvenoj radnoj snazi u Europskoj uniji u kojoj navodi da su glavni problemi s kojima se suočava zdravstveni sustav Europske unije sljedeći: demografski problemi (starenje zdravstvene radne snage i nedostatak novih obrazovanih mladih radnika), različitost radne snage, neatraktivnost javnog zdravstva kao potencijalnog radnog mjesta mlađim generacijama, migracije zdravstvenih radnika iz Europske unije i u Europu uniju, nejednaka mobilnost unutar Europske unije, posebice mobilnost iz siromašnijih u bogatije zemlje članice Europske unije te odljev mozgova.²⁰⁹

Zdravstveni sektor Europske unije jedan je od najvećih i najbrže rastućih sektora. Zapošljava preko 17 milijuna ljudi, a u najvećem jeku gospodarske krize, od 2008. do 2010. godine, kada je broj radnih mjesta opadao, broj radnih mjesta u zdravstvenom sektoru porastao je za 770.000. Uzevši u obzir demografske promjene na području Europske unije, procjenjuje se da će do 2020. nedostajati milijun zdravstvenih radnika, a ako se uzme u obzir i pomoćno osoblje, ta se brojka penje na 2 milijuna²¹⁰. Što je razlog tomu? Naime, zdravstveni sustav iziskuje visoke kvalifikacije, uvjeti rada su teži, a smatra se da su plaće u zdravstvu manje nego u nekim drugim

²⁰⁹Commission of the European Communities (2008). *Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels, COM (2008) 725 final, str. 7.

²¹⁰Eurostat, NACE Rev. 2 Categories 86&87, 2011.

granama gospodarstva. Europska unija, da bi spriječila opadanje kvalitete zdravstvene usluge, treba poduzeti mjere poticanja obrazovanja i zapošljavanja u zdravstvenom sektoru. To najprije podrazumijeva investicije u zdravstvu kako bi se osigurale nove tehnologije koje će omogućiti poboljšanje vještina za lakši osobni napredak i u konačnici atraktivnost rada u javnom zdravstvu za mlađe generacije. Nadalje, potrebno je ulaganje u nove modele zdravstvene usluge koja će omogućiti kompletnu skrb za pacijenta, od bolničke skrbi preko primarne zdravstvene skrbi nakon završetka hospitalizacije.²¹¹

Možemo zaključiti da se Europska unija na svojoj razini teško bori s problemima unutar zdravstvenog sustava na jednak način kao i pojedine zemlje članice, u prvom redu Hrvatska. Kako bi olakšala zemljama članicama rješavanje problema u zdravstvu, Europska komisija donijela je smjernice za zajedničko planiranje i predviđanje u zdravstvu koje se odnose na sljedeće:

- prognoziranje potreba za radnom snagom i poboljšanje metodologija za planiranje zdravstvene radne snage
- predviđanje potreba za pojedinim vještinama u zdravstvenoj profesiji
- dijeljenje iskustava o učinkovitom privlačenju i zadržavanju zdravstvene radne snage.²¹²

Ideja je prve smjernice da se na temelju spola, dobi, znanja i potrebnih kompetencija stekne dojam o ponudi i potražnji te napravi plan investiranja u obrazovanje postojećih i budućih zdravstvenih djelatnika. Kod druge smjernice naglasak je na planiranju kako ne bi došlo do gomilanja nepotrebnih vještina kod zdravstvene radne snage koje se ne mogu iskoristiti u zdravstvu jer su ili nepotrebne ili je previše djelatnika s istim vještinama. Treća smjernica odnosi se na podizanje svijesti o zdravstvenom sektoru kao sektoru koji ima visoku stopu zapošljavanja.

Smjernice se odnose i na zemlje koje primaju i na zemlje koje šalju zdravstvenu radnu snagu. Koliko su države uspješne u provođenju ovih smjernica pokazuju projektna istraživanja koja su rađena pod pokroviteljstvom Europske komisije „*Health Professional Mobility and Health*

²¹¹ Novakova, M. (2015). *Migration of Health Workers in the EU*, ISBN 978-80-87927-08-3, 15th International Academic Conference Rome, str. 781-782.

²¹² European Commission (2012). Commission staff working document on an Action Plan for the EU Health Workforce Accompanying the document Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Towards a Job Rich Recovery, SWD (2012) 93 final, Strasbourg, str. 8.

Systems, evidence from 17 European countries“ iz 2011. godine²¹³ te „*Health Professional Mobility in Changing Europe*“, također iz 2011. godine²¹⁴, a bit će prikazana u nastavku.

2.5.4. Iskustva migracija liječnika u sklopu slobode kretanja radnika u Republici Hrvatskoj

Hrvatski zdravstveni sustav karakterizira porast broja liječnika u razdoblju od 2007. do 2017. godine i to za čak 19 % prema službeno objavljenim podacima Hrvatske liječničke komore koje je izdala u svom Demografskom atlasu hrvatskog liječništva.²¹⁵ Dakle, u Hrvatskoj je 2017. godine bilo 14.394 liječnika. Od tog broja, 9.648, ili 2 od 3, bili su liječnici specijalisti.²¹⁶ Prosječna starost liječnika iznosi 46 godina.²¹⁷ Svaki treći liječnik obavlja svoju djelatnost na području Grada Zagreba. Uz Grad Zagreb, u Splitsko-dalmatinskoj, Primorsko-goranskoj i Osječko-baranjskoj županiji radi 6 od 10 liječnika, što je odraz koncentracije najvećih klinika u četirima najvećim gradovima u Hrvatskoj.²¹⁸ U hrvatskom zdravstvenom sustavu već duži niz godina prisutna je feminizacija liječničke profesije, 63 % su liječnice.²¹⁹ U tercijarnoj razini zdravstvene zaštite imamo 116 liječnika na 100.000 stanovnika, u sekundarnoj 107, u primarnoj 92, a na razini zdravstvenih zavoda 31 liječnika na 100.000 stanovnika.²²⁰

U Hrvatskoj su provedena istraživanja o migraciji liječnika malobrojna i ne obuhvaćaju kompletnu liječničku populaciju, stoga postoji potreba za daljnjim i dubljim istraživanjem namjere, razloga i socioloških karakteristika emigracija liječnika iz Hrvatske.

Godine 2004. provedeno je istraživanje o uključenosti studenata u znanstvene projekte za vrijeme studija, preferencije izbora specijalizacije i namjere o migracijama.²²¹ Iako studenti nisu fokus našeg istraživanja, ovo je istraživanje vrijedno spomena s obzirom na to da se radi o namjeri odlaska nakon studija, dakle kada su studenti kao budući liječnici već obrazovani i u

²¹³ World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011): *Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*

²¹⁴ World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014): *Health Professional Mobility in a Changing Europe*

²¹⁵ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S., op.cit., bilješka 31., str 29.

²¹⁶ Loc.cit.

²¹⁷ Loc.cit.

²¹⁸ Loc.cit.

²¹⁹ Loc.cit.

²²⁰ Loc.cit.

²²¹ Pintarić, Lj. (2018). *Globalizacijski „odljev mozgova“: migracije liječnika iz Hrvatske u Sudbina otvorenih granica* u Šundalić, A. et.al. (2018) *Sudbina otvorenih granica*, Zbornik radova sa znanstvenog skupa Globalizacija i regionalni identitet, str. 285.

njih su uložena određena financijska sredstva od strane države te kao takvi predstavljaju trošak državi. Naime, 44 % od ukupnog broja ispitanih studenata očekivalo je da neće dobiti željenu specijalizaciju te je od tog broja njih 76 % uzimalo u obzir mogućnost emigracije ako se ostvari njihovo očekivanje da neće dobiti željenu specijalizaciju.²²² Ciljane su zemlje za većinu tih studenata zemlje članice Europske unije sa Slovenijom na vrhu te liste.²²³ Kao najčešće razloge za emigraciju studenti su naveli bolju zaradu i mogućnost zapošljavanja, a potom i bolju organizaciju zdravstvenog sustava, veće mogućnosti za razvitak karijere i veće poštovanje prema medicinskoj profesiji.²²⁴

Radi se o populaciji koja nije u potpunosti postala dijelom zdravstvenog sustava te se može zaključiti da su njihovi stavovi rezultat atmosfere koja vlada unutar zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, a ne rezultat njihovih stvarnih zapažanja i nezadovoljstva.

Pred sam ulazak Hrvatske u Europsku uniju 2013. godine provedeno je istraživanje stavova o emigraciji na populaciji studenata posljednje godine medicine. Trećina od 61 % studenata, koliko ih je odgovorilo na upitnik, spremni su na trajnu emigraciju, i to u očekivanju bolje kvalitete života, bolje organizacije zdravstvenog sustava, više profesionalnih izazova ili jednostavno zato da bi se zaposlili, a najmanji bi broj emigrirao zbog bolje zarade. Analiza je pokazala da je spremnost na trajnu emigraciju povezana s interesom za privremenu edukaciju u inozemstvu i očekivanjem da u Hrvatskoj neće dobiti željenu specijalizaciju.²²⁵ Svega 46 % očekuje da će dobiti željenu specijalizaciju, u usporedbi sa 56 % mladih liječnika u prethodno prikazanom istraživanju provedenom 2004. godine, iz čega se može zaključiti da se rizik za iseljavanje mladih liječnika u tom smislu povećao.²²⁶ Također, u usporedbi s ranijim istraživanjem na studentima, kada je na prvom mjestu preferiranih zemalja za imigraciju bila Slovenija, sada je to Njemačka, što je vjerojatno posljedica ulaska Hrvatske u Europsku uniju i posljedično lakšeg migriranja, kao i tradicionalno prisutnog migracijskog toka iz Hrvatske u Njemačku.²²⁷ Toj činjenici u prilog ide i istraživanje autora Tade Jurića pod nazivom „Iseljavanje Hrvata u Njemačku, gubimo li Hrvatsku?“ u kojem je utvrđeno da je obilježje suvremenih migracija da Hrvatsku danas napuštaju i zaposlene i visokoobrazovane osobe. Udio visokoobrazovanih u današnjim migracijama u Njemačku iznosi 37,8 %. Udio

²²² Loc.cit.

²²³ Loc.cit.

²²⁴ Loc.cit.

²²⁵ Pintarić, Lj., op.cit., bilješka 222., str. 285-286.

²²⁶ Loc.cit.

²²⁷ Loc.cit.

visokoobrazovanih osoba u ukupnom broju iseljenih u proteklim je godinama 12 % veći nego u domovini u dobnoj skupini od 25 do 40 godina. Dugoročno to vodi siromašenju i gubitku socijalnog kapitala na svim razinama visokog obrazovanja.²²⁸

Hrvatska liječnička komora tijelo je koje, kao krovna organizacija, brine o liječnicima u Hrvatskoj. Komora je u posljednjih godina provela nekoliko istraživanja o mogućim odlascima liječnika i razlozima migracija. Rezultati istraživanja pokazali su visoko nezadovoljstvo mladih liječnika sa situacijom u hrvatskom zdravstvu, također i mogućnostima odrađivanja specijalizacije.²²⁹ Dob ispitanika kreće se između 29 i 35 godina, a od ukupnog broja ispitanika, njih 58 % izjasnilo se da bi emigriralo kad bi im se ukazala prilika²³⁰, 12 % ne bi migriralo nikada, dok je 30 % ostalo neodlučno.²³¹ Kao glavne razloge za donošenje odluke o odlasku navode uvjete rada (njih 74 %), stanje unutar zdravstvenog sustava (njih 64 %) i visinu plaće (njih 64 %).²³² Također, 50 % ispitanika iskazalo je nezadovoljstvo stanjem u državi, te 38 % nezadovoljstvo međuljudskim odnosima i atmosferom na radnom mjestu.²³³

U posljednje vrijeme glavna su „mjerna jedinica“ za podatke o broju migracija liječnika potvrde o priznavanju kvalifikacija temeljem kojih je moguće zaposliti se unutar zemalja članica Europske unije. Navedena brojka jasan je pokazatelj ljudi koji razmišljaju o mogućem odlasku u drugu državu članicu s ciljem rada i zapošljavanja u liječničkoj profesiji, ali treba uzeti u obzir i činjenicu da liječnici mogu zatražiti potvrde, a zapravo ne napustiti Republiku Hrvatsku u potrazi za drugim radnim mjestom.

Hrvatska je liječnička komora 2016. godine izdala priopćenje za medije u kojem je iznijela rezultate ankete o zadovoljstvu mladih liječnika provedene nad mladim liječnicima do 40 godina starosti. Anketa je pokazala da čak 58 % mladih liječnika aktivno razmišlja o odlasku iz Hrvatske.²³⁴ Istraživanje se bavi problematikom kvalitete specijalističkog usavršavanja, mogućnostima stručnog i akademskog napredovanja te motivacijom ostanka u Hrvatskoj odnosno odlaskom u inozemstvo.²³⁵ Prema podacima Hrvatske liječničke komore, u razdoblju

²²⁸ Jurić, T., op.cit., bilješka 75., str. 79.

²²⁹ Babacanli, A. et. al. (2016). *Zadovoljstvo mladih liječnika u Republici Hrvatskoj: idemo li u pravom smjeru?*, Liječnički vjesnik, Vol. 138, No. 7-9, str. 179,-188.

²³⁰ Loc.cit.

²³¹ Loc.cit.

²³² Loc.cit.

²³³ Loc.cit.

²³⁴ Hrvatska liječnička komora (2016.) Priopćenje za medije, <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/priop%C4%87enja/priopcenje-anketa-mladi-lijecnici.pdf>, pristupljeno 3.2.2020.

²³⁵ Ibidem

od 1. srpnja 2013. do 31. kolovoza 2016., ukupno je bilo 1.254 podnesenih zahtjeva.²³⁶ Nadalje, prema revidiranim podacima Hrvatske liječničke komore, u razdoblju od 1. srpnja 2013. do 31. prosinca 2021. godine, ukupno je bilo 1.946 podnesenih zahtjeva za izdavanje potvrde koja im omogućuje zapošljavanje izvan Hrvatske, u jednoj od država članica Europske unije.²³⁷ Vidljiv je evidentan pad broja podnesenih zahtjeva od 2016. do 2021. godine. Usporedbe radi, prema podacima Hrvatske komore medicinskih sestara, od dana pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji (od 1. srpnja 2013. godine pa do kraja listopada 2022. godine) zaprimljeno je ukupno 1.477 zahtjeva za priznavanje inozemne stručne kvalifikacije, od čega se 629 zahtjeva odnosi na priznavanje srednjoškolske razine stečene u trećoj zemlji, dok je 698 zahtjeva podneseno radi priznavanja više razine obrazovanja (prvostupništvo sestrinstva - preddiplomski studij ili magisterij sestrinstva - diplomski studij nakon preddiplomskog studija sestrinstva). Nadalje, 77 zahtjeva podneseno je radi priznavanja srednjoškolske razine stečene u državama članicama (obuhvaća države članice Europske unije, države potpisnice Ugovora o Europskom gospodarskom prostoru i Švicarsku Konfederaciju), a 73 zahtjeva podnesena su radi priznavanja studija sestrinstva u zemljama članicama.²³⁸

Prosječna dob liječnika koji su aplicirali za izdavanje potvrde bila je 39 godina, a u gotovo jednakom su omjeru aplicirali muškarci i žene.²³⁹ Kao svrha odlaska u inozemstvo u najvećoj mjeri naveden je rad, a tek u 2 % slučajeva edukacija.²⁴⁰ Oko 36 % zahtjeva podnijeli su doktori medicine, a 64 % liječnici specijalisti, dakle nužno mlađa populacija liječnika koji po završetku studija trebaju odraditi specijalizaciju, od kojih su pak najviše zahtjeva podnijeli specijalizanti u području anesteziologije (19 %).²⁴¹ Pritom je zanimljivo kako su čak 80 % zahtjeva podnijeli zaposleni, što govori da nezaposlenost nije najvažniji čimbenik u donošenju odluke o odlasku u inozemstvo, nego to mogu biti već poznati privlačni faktori boljih radnih i profesionalnih uvjeta, mogućnost napredovanja te ostali osobni psihološki faktori.²⁴² Oko 65 % zahtjeva podnijeli su liječnici kojima je prethodno mjesto rada bila bolnica, 11 % oni iz privatne prakse, 9 % liječnici iz domova zdravlja te 15 % iz ostalih ustanova (znanstvene ustanove, farmaceutska

²³⁶ Izvješće o radu Hrvatske liječničke komore za 2016. godinu, Klasa: 900-01/17-01/07, Urbroj: 385-01/04-17-01, str. 10.

²³⁷ Izvješće o radu Hrvatske liječničke komore za 2021. godinu, Klasa: 990-01/22-01/1, Urbroj: 385-01/03-22-01, str. 8.

²³⁸ Podaci dobiveni direktnim upitom putem e-pošte dana 10.11.2023. godine od predsjednika Hrvatske komore medicinskih sestara Maria Gazića, mag.med.tech.

²³⁹ Župarić-Iljić, D., op.cit., bilješka 140., str. 9-10.

²⁴⁰ Loc.cit.

²⁴¹ Loc.cit.

²⁴² Loc.cit.

društva, zavodi za medicinu i zavodi za zdravstveno osiguranje).²⁴³ Prema broju podnesenih zahtjeva, s obzirom na područje odlaska, po županijama prednjače Grad Zagreb (37 %), Primorsko-goranska (12 %) te Osječko-baranjska županija (7 %).²⁴⁴ Taj je podatak razumljiv ako uzmemo u obzir činjenicu da u makroregionalnim centrima tih područja, dakle u Zagrebu, Rijeci i Osijeku, najveći broj medicinara i završava fakultetsko obrazovanje te nastavlja specijalizacije, neovisno o tomu imaju li tamo i prijavljeno prebivalište.²⁴⁵ Kada se usporede odredišta na koja se prijavljuju, na prvom je mjestu Velika Britanija (23 %); slijede Njemačka (21 %), Irska (9 %), Austrija (8 %), Švedska (7 %) i Slovenija (5 %).²⁴⁶

U tablici je prikazan ukupan broj liječnika iz Hrvatske koji su se tijekom 2021. godine nalazili u nekoj od navedenih država Europe (ne nužno članica Europske unije).

Tablica 12.: Ukupan broj hrvatskih liječnika u pojedinoj državi u Europi

	broj liječnika iz Hrvatske
Austrija	73
Belgija	15
Češka	1
Estonija	1
Finska	6
Francuska	19
Njemačka	501
Mađarska	2
Irska	82
Italija	29
Nizozemska	6
Norveška	47
Poljska	1
Slovenija	294
Švicarska	84
Velika Britanija	105
UKUPNO	1.266

Izvor: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=68336>, pristupljeno 10.11.2022.

Prema dostupnim podacima ukupan broj hrvatskih liječnika u dostupnim zemljama Europe iznosio je 1.266 liječnika. Ako uzmemo ukupni broj liječnika, prema podatku iz Demografskog atlasa Hrvatskog liječništva prema kojem je u 2017. broj liječnika u Hrvatskoj iznosio 14.394²⁴⁷, onda se radi o postotku od 8,79 % hrvatskih liječnika koji se nalaze na radu u

²⁴³ Loc.cit.

²⁴⁴ Loc.cit.

²⁴⁵ Loc.cit.

²⁴⁶ Loc.cit.

²⁴⁷ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S., op.cit., bilješka 31., str. 20.

navedenim, dostupnim državama. Ako se vodimo podatkom Eurostata, a to je da je u 2020. godini ukupni broj liječnika u Hrvatskoj bio 14.256²⁴⁸, onda se radi o postotku od 8, 88 %.

Hrvatski liječnici, kako je vidljivo iz dostupnih podataka, najčešće migriraju tradicionalno u Njemačku, a slijede Slovenija, Irska, Švicarska i Austrija.

²⁴⁸ Eurostat [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat), pristupljeno 8.11.2022.

3. RADNI UVJETI U ZDRAVSTVENIM SUSTAVIMA ZEMALJA ČLANICA EUROPSKE UNIJE

Današnji zdravstveni sustavi suočeni su s paradoksom. S jedne strane, neprestano se povećavaju ulaganja u zdravstvenu infrastrukturu i istraživanje i golemi napredak u rezultatima biomedicinskih istraživanja rezultirao je velikom ekspanzijom znanja, tehnologija, tehnika, vještina i resursa koji su učinili mogućim liječiti određene bolesti i zdravstvene probleme učinkovitije nego prije.²⁴⁹ S druge strane, mnoge reforme zdravstvenog sustava imale su ograničeni uspjeh u pokušaju da se razvije efektivniji, efikasniji, sigurniji i pravedniji sustav koji bi postizao osnovni cilj zdravstva, a to je poboljšanje zdravlja općenito.²⁵⁰ Jedan od glavnih faktora, ali često faktor koji se previdi, učinkovito je oblikovanje zdravstvene radne snage. Nemogućnost postizanja punog učinka od trenutnih ulaganja u zdravstvo rezultat je poteškoća u kreiranju i održavanju efektivne, efikasne i motiviranije radne snage.²⁵¹ Naime, u suvremenim zdravstvenim sustavima suočavamo se sa sve većim zahtjevima i potrebama radne snage za poboljšanje radnih uvjeta s ciljem što kvalitetnije radne sredine, razumijevanja potreba radnika od strane njihovih nadređenih, kvalitetnih sustava zaštite na radu (posebice razvijanja sustava zaštite od intrahospitalnih infekcija kojima su radnici izloženi, zaštita od zračenja, kemikalija i sl.), smanjenja prekomjernog broja prekovremenih radnih sati i u konačnici povećanja cijene rada. Kao u drugim državama, ista situacija preslikava se i na Republiku Hrvatsku u kojoj se posljednjih godina sve više diže glas o neophodnim promjenama radnih uvjeta zdravstvenih radnika, kao što su poticanje usavršavanja, transparentno vođenje zdravstvenih ustanova koje će pružati jednake mogućnosti svima, priznavanje stečenih kvalifikacija, ukidanje monopolskog odnosa prema specijalizacijama i sl. Sve ovo ujedno utječe na migracije zdravstvene radne snage, konkretno u ovom slučaju migracije liječnika. Međutim, postavlja se pitanje je li sve uistinu tako. Jesu li liječnici zaista zakinuti za mogućnost usavršavanja, radi li se pri tome o netransparentnom upravljanju sustavom u smislu da neki mogu sve, a drugi ništa, ili se radi samo o raspodjeli i ovako nedostatnog novca pa za neke jednostavno nema sredstava? Jesu li liječnici zaista potplaćeni, jesu li zaista preopterećeni prekovremenim radom? Postoji li igdje u praksi sustav mjerenja učinkovitosti liječnika koji će reći koliko je zapravo odrađenog posla od strane liječnika i koliko je neophodan u određene dane ili sate na radnom mjestu u

²⁴⁹ Dubois, C-A., McKee, M., Rechel, B. (2006.) *The Healthcare Workforce in Europe, Learnin from exprience*, European Observatory on Health Systems and Policies, str.1.

²⁵⁰ Loc.cit.

²⁵¹ Loc.cit.

vidu dežurstava? Mnogo je otvorenih pitanja, međutim, potrebno je prvo raščlaniti radne uvjete da bismo vidjeli smjer u kojem daljnja istraživanja mogu ići.

Prognoziranje potreba za zdravstvenom radnom snagom i uparivanje ponude i potražnje za istom kompleksna je aktivnost sama po sebi.²⁵² Ne postoji niti jedna država u svijetu za koju se može reći da ima najbolju praksu po pitanju istoga. Postoji sve veća svijest da je potrebno unaprijediti i bolje organizirati te pratiti konstantnu potrebu za zdravstvenom radnom snagom s ciljem poboljšanja pružanja zdravstvene pomoći.²⁵³

Općenito gledajući, međunarodni makro i mikroekonomski aspekti utječu na troškove i benefite migracija zdravstvene radne snage. Ako gledamo unutarnja makroekonomska kretanja, postoji nekoliko čimbenika koji definiraju prekogranične migracije.²⁵⁴ Neki su od tih dobro poznatih vanjskih faktora stopa gospodarskog rasta, stopa i trendovi zapošljavanja i javna izdvajanja za zdravstvo.²⁵⁵ S druge strane, gospodarska, socijalna i politička stabilnost također su prepoznati kao čimbenici koji utječu na migracije zdravstvene radne snage.²⁵⁶ Najviše od navedenoga, državna je administracija ta koja može privući ili odbiti migracije zdravstvene radne snage.²⁵⁷

Smjer kretanja migracija povijesno je i danas povezan s unutarnjim faktorima od kojih se izdvajaju želja za boljim životnim standardom, radnim uvjetima i boljom plaćom.²⁵⁸ Razlika u plaći i demografska politika glavne su odrednice migracija kroz povijest.²⁵⁹

Radni uvjeti, kao unutarnji čimbenici migracija, sve više dolaze do značaja kod zdravstvene radne snage kada su migracije u pitanju. Neadekvatni radni uvjeti definirani su u smislu:

- nedovoljne podrške od nadređenih
- nedostatka timskog rada
- nedostataka motivacije
- ograničene mogućnosti djelovanja

²⁵² Dessault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z., op.cit., bilješka 16., str. 1.

²⁵³ Loc.cit.

²⁵⁴ Kimuyu, P. (2017). *Cost and Benefits of the International Flow of Health Workers*, German National Library, str. 3.

²⁵⁵ Loc.cit.

²⁵⁶ Loc.cit.

²⁵⁷ Loc.cit.

²⁵⁸ Witt, J. (2009). *Review: Addressing the migration of health professionals: the role of working conditions and educational placements*, BMC Public Health, str. 2.

²⁵⁹ Loc.cit.

- nedostatka prepoznavanja vještina i sposobnosti kao i nemogućnost daljnjeg usavršavanja i edukacije.²⁶⁰

Nadalje, nezadovoljstvo radnim uvjetima iskazuje se i kao nedostatak opreme i potrošnih sredstava za rad, čak i nedostatak sigurnosti.²⁶¹ U novije vrijeme sve se više žale na nedostatak transparentnosti kod ustanova u razvoju vlastite karijere, zbog čega nerijetko posežu za aktivnostima koje im omogućuju odlazak u druge države.²⁶² Tamo gdje se pojedini zdravstveni djelatnici nalaze na radu izvan većih gradskih centara, u ruralnim dijelovima pojedine države, stvara se osjećaj ignoriranja i nevidljivosti.²⁶³ Od jednake je važnosti optimalno korištenje radnika, u skladu s njihovim tehničkim i međuljudskim vještinama i pod uvjetima koji potiču optimalno izvršenje posla.²⁶⁴ Postoje značajni dokazi koji potvrđuju tvrdnju da bolji radni uvjeti povećavaju motivaciju kod zdravstvenih radnika, i stvaraju preduvjet za učinkovitiju zdravstvenu radnu snagu.²⁶⁵²⁶⁶²⁶⁷ Povećano opterećenje poslom, povećani stres i nezadovoljstvo radnim uvjetima kod zdravstvenih radnika smanjuju njihovu motivaciju i zdravlje, često rezultirajući slabom učinkovitošću na poslu.²⁶⁸ Također, prekomjeran broj radnih sati i različiti oblici smjenskog rada predstavljaju jedan od ključnih rizika kod zadovoljstva i učinkovitosti zdravstvenog osoblja.²⁶⁹ Nadalje, ističe se veliki utjecaj timskog rada na rješavanje kompliciranih situacija, u smislu da nedostatak timskog rada²⁷⁰, radna izoliranost i nedostatak povratnih informacija od kolega također predstavljaju rizik koji utječe na zadovoljstvo zdravstvene radne snage.²⁷¹

Radni uvjeti mogu se sagledati iz mnogo perspektiva. Međunarodna organizacija rada (*International Labour Organization*) u svom je izvještaju iz 2017. godine utvrdila koji su aspekti radnih uvjeta u zdravstvu:

²⁶⁰ Conell, J., op.cit., bilješka 25., str. 1.-24.

²⁶¹ Loc.cit.

²⁶² Loc.cit.

²⁶³ Loc.cit.

²⁶⁴ Dubois, C-A., McKee, M., Rechel, B., op.cit., bilješka 250., str.13.

²⁶⁵ Ibidem, str. 13.

²⁶⁶ Wagner, A. et al. (2019). *Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study*, BMC Health Services Research, str. 2.-12.

²⁶⁷ Rikinkumar S.P. et al. (2018). *Factors related to physician burnout and its consequences: a review*, Behavioral Sciences, 8, 98, str. 1.-5.

²⁶⁸ Dubois, C-A., McKee, M., Rechel, B., op.cit., bilješka 250., str.13.

²⁶⁹ Verschuren, R., de Groot, B., Nossent, S.M., European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions (1995). *Working Conditions in Hospitals in the European Union*, Office for Official Publication of the European Communities, str. 10.

²⁷⁰ Loc.cit.

²⁷¹ Loc.cit.

- radno vrijeme. Smjenski rad i rad noću u kombinaciji s prekovremenim dnevnim i tjednim satima zajednički su problem zdravstvenih sustava diljem svijeta.²⁷² Manjak radne snage na taj se način kompenzira prekomjernim prekovremenim radom dostupnih djelatnika koji se odražava na zdravlje radnika, njihove obitelji i kvalitetu zdravstvene usluge.²⁷³ Stoga ovaj problem predstavlja ključni izazov za zdravstveni sustav i poboljšanje radnih uvjeta u sustavu.²⁷⁴
- osiguravanje sigurnosti i zdravlja djelatnicima. Izloženost biološkim, kemijskim, ergonomskim i psihosocijalnim opasnostima stavlja zdravstvene radnike na četvrto mjesto na razini Europske unije po učestalosti pojave zdravstvenih problema povezanih s poslom.²⁷⁵²⁷⁶²⁷⁷
- socijalna zaštita. Svaki radnik ima pravo na zaštitu na radu i socijalnu zaštitu. Pored navedenoga, a ulazi u ovu kategoriju, zaštita je vlastitih primanja. To se odnosi na naknade u slučaju nezaposlenosti, u slučaju porodiljnog dopusta, zatim kvalitetna zdravstvena skrb povezana sa statusom roditelja i sl.²⁷⁸
- utjecaj tehnologija na radnike. Inovativne tehnologije poboljšavaju i olakšavaju rad u zdravstvenim sustavima. One osiguravaju da se sustavi mogu nositi s novim izazovima i povećanom potražnjom za zdravstvenom uslugom te povećavaju kvalitetu usluge.²⁷⁹ Također, omogućuju preraspodjelu poslova i utječu na obavljanje zadataka kao i potrebne vještine za obavljanje istih. Ovdje se ne radi samo o medicinskim tehnologijama u vidu opreme, već o svim oblicima novih tehnologija, uključujući i komunikacijske tehnologije koje omogućuju lakši pristup liječnika u nepristupačnim područjima, e-učenje za stalnu i neometanu edukaciju zdravstvenih radnika i slično.²⁸⁰

Svaki zdravstveni sustav podrazumijeva tri glavne pretpostavke:

- pružanje zdravstvene usluge bazirane na dobrom osoblju uključujući primarnu i

²⁷² ILO (2017). *Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services*, Geneva, Sectoral Policies Department, Geneva, str. 29.-39.

²⁷³ Loc.cit.

²⁷⁴ Loc.cit.

²⁷⁵ Loc.cit.

²⁷⁶ Internetski izvor [Medicina rada: zdravstveni radnici \(who.int\)](http://www.who.int)

²⁷⁷ Internetski izvor [Protecting, safeguarding and investing in the health and care workforce \(who.int\)](http://www.who.int)

²⁷⁸ ILOstr. 29.-39.

²⁷⁹ Loc.cit.

²⁸⁰ Loc.cit.

sekundarnu prevenciju, liječenje, skrb i rehabilitaciju²⁸¹

- aktivnosti koje omogućuju pružanje zdravstvene skrbi, posebice vezano za financiranje, osiguranje resursa i upravljanje²⁸²
- upravljačke aktivnosti vezano za utjecaj intervencija zdravstvenog sustava na druge sustave, neovisno je li primarna svrha tih intervencija poboljšanje zdravstvenog sustava.²⁸³

U sva tri slučaja, svaki dobrostojeći zdravstveni sustav treba snažan financijski mehanizam, dobro obrazovanu i adekvatno plaćenu radnu snagu, pouzdane informacije na kojima se temelje politike i odluke i dobro održavanu opremu i logistiku kako bi se mogla pružati kvalitetna medicinska usluga.²⁸⁴ Proračun namijenjen zdravstvenom sustavu definira i određuje mogućnosti za zadovoljavanje zdravstvenih potreba populacije neke države.²⁸⁵

Kvalitetu zdravstvenog sustava u kontekstu radnih uvjeta zaključno možemo definirati kao rezultat dviju glavnih varijabli:

- Veće financijsko izdvajanje za zdravstveni sustav dovodi do kvalitetnijeg zdravstvenog sustava zbog omogućavanja većih plaća djelatnicima i bolje opremljenosti sustava suvremenom medicinskom opremom i tehnologijom, što posljedično dovodi do veće kvalitete pružene zdravstvene usluge.²⁸⁶
- Veće plaće djelatnicima u zdravstvenom sustavu omogućavaju privlačenje najobrazovanije i najkvalitetnije zdravstvene radne snage te im ujedno nudi mogućnosti daljnjeg profesionalnog napredovanja i usavršavanja, te većeg priljeva novih liječnika što posljedično dovodi do manje opterećenosti postojećeg kadra.²⁸⁷

Iz navedenoga možemo donijeti zaključak da je za poboljšanje i održavanje visoke kvalitete radnih uvjeta potrebno:

- veće financijsko izdvajanje države za opremanje zdravstvenih sustava odnosno

²⁸¹ European Agency for Safety and Health at Work (2014). *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*, European Risk Observatory Report, ISSN: 1831-9343, str. 26.

²⁸² Loc.cit.

²⁸³ Loc.cit.

²⁸⁴ Loc.cit.

²⁸⁵ Loc.cit.

²⁸⁶ Loc.cit.

²⁸⁷ Loc.cit.

zdravstvenih ustanova i poboljšanje radnih uvjeta

- veće financijsko izdvajanje države i pravna regulativa vezana za bolje financiranje plaća zdravstvenih djelatnika
- aktivna politika privlačenja zdravstvenih radnika, sukladno prethodno navedenim uvjetima, s ciljem poboljšanja radnih uvjeta zdravstvenog kadra, ali i povećanja kvalitete zdravstvene usluge.

Navedene odrednice dovele bi do veće kvalitete sustava uopće. Osim radnih uvjeta za zdravstvene radnike, posebice liječnike, također i do boljih uvjeta pružanja zdravstvene zaštite.

3.1. ODREDNICE RADNIH UVJETA U SUVREMENIM ZDRAVSTVENIM SUSTAVIMA

3.1.1. Financiranje zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije kao odrednica kvalitete radnih uvjeta u zdravstvu

Unutar zemalja članica Europske unije postoje različiti načini financiranja zdravstvenog sustava, ali se svi oni mogu kategorizirati u pet primarnih metoda:

- provođenje porezne politike od strane države
- socijalno zdravstveno osiguranje
- dobrovoljno i privatno zdravstveno osiguranje
- plaćanje „iz džepa“ (odnosi se na samostalno plaćanje korisnika zdravstvene usluge)
- donacije.²⁸⁸

U Hrvatskoj se primjenjuje sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja. Kroz sustav prikupljanja sredstava za zdravstveno osiguranje na razini države, bogatije stanovništvo financira zdravstvenu zaštitu siromašnijem stanovništvu odražavajući načelo solidarnosti kao jedno od

²⁸⁸ Ibidem, str. 27 i 28.

glavnih načela nacionalnog sustava zdravstvene zaštite.²⁸⁹ Na taj način zadovoljava se odredba dostupne zdravstvene zaštite svim građanima. Tako skupljeni novac koristi se za plaćanje zdravstvenih usluga pružateljima usluga. Stoga, može se reći da bogatije države ili razvijenije države omogućuju veće plaće radnicima te na taj način i veću stopu izdvajanja za zdravstveno osiguranje, odnosno zdravstvenu zaštitu.

S obzirom na to da je priljev novca, bilo javnog ili privatnog, jedna od ključnih odrednica kvalitete radnih uvjeta i s osnove visine plaće i kvalitete medicinske opreme, u nastavku je pregled financiranja zdravstvenog sustava u apsolutnom iznosu na razini države, pregled financiranja zdravstva kao izdvajanje za zdravstvo u državama članicama po glavi stanovnika i pregled financiranja zdravstva kao postotak izdvajanja BDP-a za zdravstvo u pojedinoj državi članici.

²⁸⁹ Čl. 5. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, NN br. 100/18., 125/19., 147/20., 119/22.

Tablica 13.: Izdvajanje države za zdravstvo u 2020. godini

država	iznos u mil. u EUR	iznos po stanovniku u EUR	% od BDP-a
Europska unija	1.462.373	3.269	10,9
Belgija	50.535	4.380	11,1
Bugarska	5.226	754	8,5
Češka	19.889	1.059	9,2
Danska	32.902	5.642	10,5
Njemačka	431.805	5.192	12,8
Estonija	2.080	1.565	7,8
Irska	26.479	5.311	7,1
Grčka	15.720	1.469	9,5
Španjolska	120.203	2.538	10,7
Francuska	281.065	4.160	12,2
Hrvatska	3.897	963	7,8
Italija	159.628	2.686	9,6
Cipar	1.750	1.961	8,1
Latvija	2.194	1.154	7,5
Litva	3.732	1.335	7,5
Luksemburg	3.704	5.875	5,8
Mađarska	9.965	1.022	7,3
Malta	1.298	2.575	9,2
Nizozemska	89.098	5.108	11,1
Austrija	43.524	4.881	11,5
Poljska	34.183	902	6,5
Portugal	21.108	2.050	10,6
Rumunjska	13.728	713	6,3
Slovenija	4.435	2.110	9,5
Slovačka	6.659	1.220	7,2
Finska	22.880	4.138	9,6
Švedska	54.687	5.282	11,4

Izvor: Eurostat, Healthcare expenditure statistics, extracted in December 2021., preuzeto sa: [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](#), pristupljeno 28.12.2022.

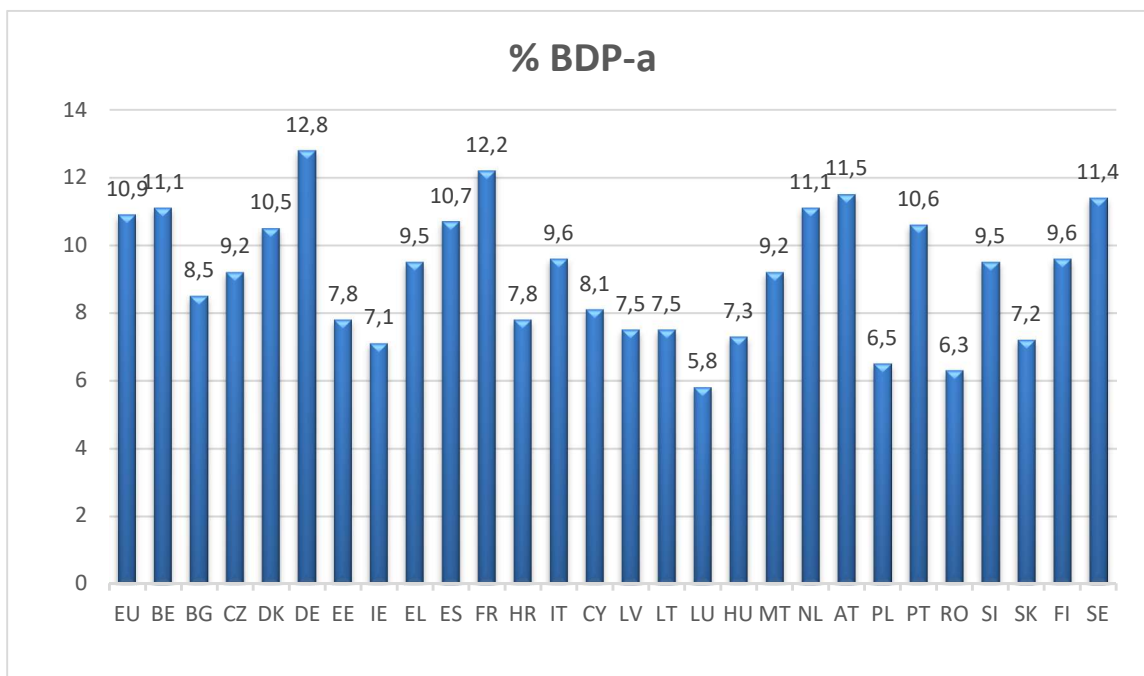
Prema navedenim podacima, Njemačka uvjerljivo najviše izdvaja za zdravstvo (431,8 mil. EUR), a prate je Francuska (281 mil. EUR), Italija (159,6 mil. EUR) i Španjolska (120,2 EUR). Najmanje izdvajaju Malta (1,2 mil. EUR), Cipar (1,7 mil. EUR) i Estonija (2 mil. EUR).²⁹⁰

Prikaz financiranja zdravstva u apsolutnom iznosu daje značajan podatak iz kojega se može vidjeti spremnost države na trošenje javnog novca za zdravstvo u kontekstu financijskog razmjera troška zdravstva, međutim ne daje usporedbu među državama s obzirom na to da se države međusobno razlikuju po veličini i broju stanovnika. Kako bi što bolje mogli usporediti

²⁹⁰ Eurostat, Healthcare expenditure statistics, extracted in December 2021., preuzeto sa: [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](#), pristupljeno 28.12.2022.

koliko koja država izdvaja za zdravstvo, mjerodavniji je podatak prikaz izdvajanja za zdravstvo u postotku od BDP-a i prema izdvajanju po glavi stanovnika.

Slika 9.: Potrošnja javne države na zdravstvo kao % BDP-a u 2020. godini

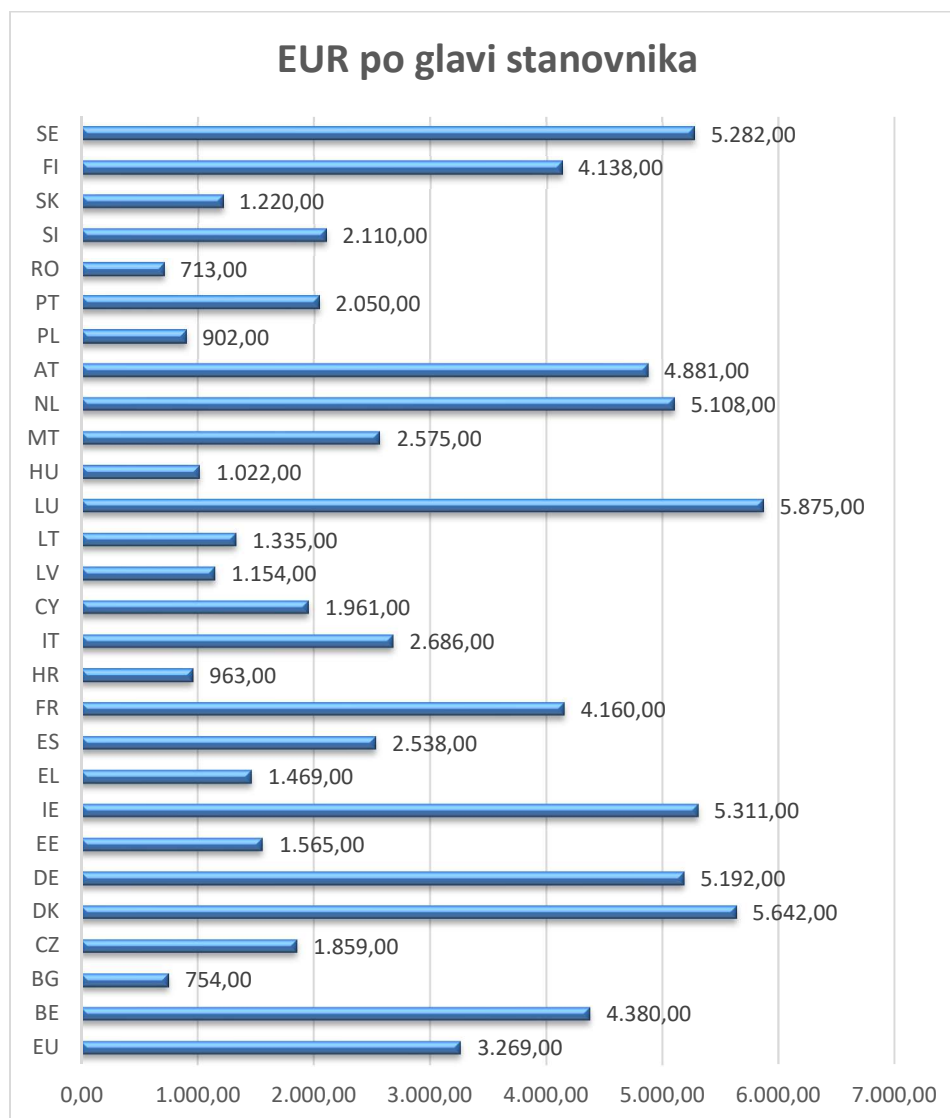


Izvor: Eurostat, Healthcare expenditure statistics, extracted in December 2021., preuzeto sa: [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&plugin=1), pristupljeno 28.12.2022

Iz prikaza je vidljivo da Njemačka izdvaja najveću stopu BDP-a, 12,8 %, dok najmanje izdvaja Luksemburg, 5,8 %. Hrvatska izdvaja 7,8 % što je ispod prosjeka Europske unije koji iznosi 10,9 %. S obzirom na to da svaka država ima različit BDP, i dalje je diskutabilno koliko pojedina država zaista ulaže u vlastiti zdravstveni sustav. Stoga je izdvajanje po glavi stanovnika možda najbolji pokazatelj koji ujedno daje sliku i o kvaliteti zdravstvenog sustava u kontekstu radnih uvjeta.²⁹¹

²⁹¹ Eurostat, Healthcare expenditure statistics, extracted in December 2021., preuzeto sa: [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&plugin=1), pristupljeno 6.12.2022

Slika 10.: Izdvajanje na zdravstvo po glavi stanovnika (potrošnja za zdravstvene usluge u 2020. godini), u EUR



Izvor: Eurostat, Healthcare expenditure statistics, extracted in December 2021., preuzeto sa: [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&plugin=1), pristupljeno 28.12.2022

Što se tiče izdvajanja za zdravstvo u apsolutnom iznosu po glavi stanovnika, prosjek Europske unije iznosi 3.102,00 eura. Prema tom kriteriju najviše za zdravstvo izdvaja Luksemburg (5.875,00 EUR), a najmanje Bugarska (754,00 EUR). Hrvatska se nalazi na dnu ljestvice s izdvajanjem od 963,00 EUR. Ovaj je podatak najzorniji prikaz ulaganja u zdravstvo jer podrazumijeva svijest o važnosti zdravstvenog sustava unutar pojedine zemlje članice kao i mogućnost ulaganja u kvalitetu zdravstvenog sustava, u kvalitetu zdravstvene radne snage i u

konačnici, u kvalitetu pružene zdravstvene usluge.²⁹²

Drugi aspekt financiranja zdravstvenog sustava odnosi se na financiranje zdravstvenih ustanova vlastitim radom. Naime, država financira zdravstveni sustav na gore opisani način i što je država bogatija očekivano je da i financiranje zdravstvenog sustava bude izdašnije, što posljedično utječe i na kvalitetu pružene usluge. Međutim, svaka ustanova svoja financijska sredstva mora i zaraditi, a zarađuje ih pružanjem zdravstvene usluge. To nas navodi na zaključak da što je više liječnika, veća je i količina pružene zdravstvene usluge. Dakle, mobilnost liječnika uvelike utječe i na financijski aspekt zdravstvenih sustava. S druge strane, od novca zarađenog pružanjem zdravstvene usluge financiraju se i plaće liječnika, stoga se može zaključiti da je ključ rješenja zadovoljstva liječnika kao i financiranja zdravstvenih sustava u istim rukama – u rukama države.

3.1.2. Visina plaće liječnika u zdravstvenim sustavima pojedinih zemalja članica Europske unije

Visina plaće koju liječnici primaju za svoj rad uvijek dolazi na vrh ljestvice prioriteta kod ocjene zadovoljstva liječnika poslom koji obavljaju. Profesionalni uvjeti rada također su u vrhu prioriteta liječnika kada je riječ o zadovoljstvu. Francuska studija iz 2005. godine pod nazivom *“Health and Satisfaction of Healthcare Workers in France and in Europe”* autora Estryn-ehar, M., Le Nezet, O. i Jasseron, C., prikazala je glavne razloge nezadovoljstva liječnika u 10 promatranih zemalja (Belgija, Danska, Finska, Francuska, Italija, Nizozemska, Norveška, Poljska, Slovenija i velika Britanija). Razlozi koji su dobiveni istraživanjem poredani su prema važnosti:

- visina plaće u odnosu na potrebu za dohotkom
- manjak psihološke podrške
- fizički radni uvjeti
- manjak mogućnosti za pružanje pacijentima skrbi koja im zaista treba

²⁹² Eurostat, Healthcare expenditure statistics, extracted in December 2021., preuzeto sa: [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&plugin=1), pristupljeno 28.12.2022.

- nedostatak izgleda za poboljšanje rada
- način na koji se koriste sposobnosti radne snage.²⁹³

Nažalost, Eurostat, kao službeni statistički portal Europske unije, nema podatke o plaćama liječnika u zemljama članicama Europske unije. Međutim različiti zdravstveni portali bave se istraživanjem navedene teme, stoga postoje službeni podaci o visini plaće liječnika u pojedinim zemljama na svjetskoj razini kao i visina plaće liječnika ovisno o vrsti specijalizacije.

U grani zdravstva liječnici se dijele na liječnike opće prakse i na specijaliste i o tome općenito ovisi visina plaće koju primaju za svoj rad, a kod specijalista još i ovisno o vrsti specijalizacije koju obavljaju.

Prema dostupnim podacima, Europa je, kao kontinent sa 44 zemlje, drugi kontinent svijeta po visini plaće liječnika, ovisno o vrsti liječnika. Plaće su prema pretpostavci prikazane u bruto iznosu. Istraživanje provedeno 2020. godine prikazalo je 11 europskih zemalja s najvišim liječničkim plaćama.²⁹⁴

Nizozemska je europska zemlja koja nudi najviše plaće liječnicima, visoko kvalitetne radne uvjete, manji broj radnih sati i velik broj državnih praznika i blagdana. Nizozemski zdravstveni sustav smatra se jednim od najboljih i najuređenijih zdravstvenih sustava u Europi. Specijalisti u Nizozemskoj godišnje zarađuju oko 253.000 američkih dolara, dok liječnici opće prakse u prosjeku godišnje zarade oko 117.000 američkih dolara.²⁹⁵

U Njemačkoj specijalisti godišnje zarade oko 77.000 američkih dolara, dok liječnici opće prakse u prosjeku zarade 69.000 dolara. Specijalizanti su u Njemačkoj u prosjeku godišnje plaćeni oko 60.000 dolara.²⁹⁶

Belgija je država u kojoj liječnici odrade najviše radnih sati tjedno, čak i do 51 sata. S druge strane, Belgija je država s vrlo visokom razinom poreza što utječe i na plaće liječnika. Specijalisti u Belgiji prosječno godišnje zarađuju 188.000 dolara, dok liječnici opće prakse zarade svega 61.000 američkih dolara godišnje.²⁹⁷

²⁹³ European Agency for Safety and Health at Work (2014). *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*, European Risk Observatory Report, ISSN: 1831-9343, str. 33.

²⁹⁴ Internetski izvor <https://www.eafinder.com/updated-salary-structure-of-medical-doctors-in-europe-2020/>, pristupljeno 24.9.2020.

²⁹⁵ Ibidem.

²⁹⁶ Ibidem.

²⁹⁷ Ibidem.

U Irskoj specijalisti zarađuju prosječno godišnje 183.000 dolara, dok liječnici opće prakse prosječno zarade 125.000 dolara. Međutim, u Irskoj liječnici specijalisti obavljaju javni i privatni posao, gdje kod privatne prakse imaju pravo zaračunati 200,00 - 300,00 dolara za 15-minutne konzultacije, stoga je prosječna plaća koju zarade zapravo puno viša od iskazanog prosjeka.²⁹⁸

Zdravstveni sustav Velike Britanije karakterizira manjak zdravstvenih radnika i preopterećenost postojećih zdravstvenih radnika. Specijalisti u Velikoj Britaniji prosječno godišnje zarade 150.000 dolara, a liječnici opće prakse oko 120.000 dolara.²⁹⁹

Specijalisti u Francuskoj zarađuju oko 149.000 dolara godišnje, dok liječnici opće prakse zarade oko 60.000 dolara godišnje.³⁰⁰

Švicarska je država visokog standarda koja ulaže velika financijska sredstva u obrazovanje i zdravstvo. U Švicarskoj specijalisti prosječno godišnje zarađuju 130.000 dolara, dok liječnici opće prakse prosječno godišnje 116.000 dolara.³⁰¹

U Danskoj postoji razlika u plaći specijalista i liječnika opće prakse u korist liječnika opće prakse. Specijalisti su godišnje prosječno plaćeni 91.000 dolara, dok su liječnici opće prakse prosječno godišnje plaćeni 109.000 dolara.³⁰²

U Švedskoj liječnici specijalisti prosječno godišnje zarađuju 76.000 dolara, dok liječnici opće prakse prosječno zarade 66.000 dolara.³⁰³

U Finskoj specijalisti godišnje zarađuju prosječno 74.000 dolara, a liječnici opće prakse 68.000 dolara godišnje.³⁰⁴

Hrvatska je ušla u ovaj popis zemalja s najvišim plaćama liječnika i kroz kategoriju najskupljih europskih zemalja. Prosječna godišnja plaća dana je samo na općenitoj razini za sve liječnike i ona iznosi 107.830 američkih dolara godišnje.³⁰⁵

Dodatni je izvor koji donosi pregled plaća liječnika Medscape, internetski portal za liječnike i

²⁹⁸ Ibidem.

²⁹⁹ Ibidem.

³⁰⁰ Ibidem.

³⁰¹ Ibidem.

³⁰² Ibidem.

³⁰³ Ibidem.

³⁰⁴ Ibidem.

³⁰⁵ Ibidem.

zdravstvene djelatnike. Izvorno je američki, ali ima inačice za područje Velike Britanije, Francuske, Njemačke, Španjolske, Brazila i Meksika. Medscape je 2019. godine proveo istraživanje pod nazivom *Physician Compensation Report 2019 – Do US Physicians Have It Best*.³⁰⁶ Istraživanje uspoređuje plaće liječnika u SAD-u, Velikoj Britaniji, Francuskoj, Njemačkoj, Španjolskoj, Brazilu i Meksiku. Studija je pokazala da liječnici u Americi imaju daleko veće plaće u odnosu na liječnike u Europi. U nastavku je pregled plaća na godišnjoj razini svih vrsta liječnika u SAD-u i europskim zemljama koje su obuhvaćene istraživanjem:

1. Sjedinjene Američke Države - 313.000 \$
2. Njemačka -163.000 \$
3. Velika Britanija -138.000 \$
4. Francuska -108.000 \$
5. Španjolska - 63.000 \$.³⁰⁷

Ovi podaci, unatoč tomu što uključuju Ameriku, vrlo su bitni za razinu Europske unije jer su sva dosadašnja istraživanja pokazala da liječnici iz, primjerice, Velike Britanije i Njemačke migriraju prema Sjedinjenim Američkim Državama i Kanadi u potrazi za boljim radnim uvjetima, što posljedično utječe na migracijske tokove unutar Europske unije. Dakako, visina plaće definirana je i visinom životnih troškova u pojedinoj zemlji te troškovima obrazovanja.³⁰⁸ Poznato je da je školovanje u Sjedinjenim Američkim Državama daleko skuplje u odnosu na europske zemlje gdje je ili besplatno, ili je cijena niža od američkih fakulteta.³⁰⁹

Nadalje, prema istom istraživanju, postoji velika razlika u plaći liječnika u odnosu na spol. Tako primjerice u SAD-u razlika u plaći između muškaraca i žena liječnika primarne zdravstvene zaštite iznosi 25 % u korist muškaraca, u Velikoj Britaniji 26 %, Njemačkoj 20 %, a u Francuskoj 21 %.³¹⁰ Razlika u plaćama među liječnicima specijalistima također ide u prilog muškarcima liječnicama. U SAD-u razlika iznosi 33 %, Velikoj Britaniji 38 %, Njemačkoj 47 %, Francuskoj 43 % i u Španjolskoj 19 %.³¹¹

³⁰⁶ Internetski izvor <https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#5> pristupljeno 24.9.2020.

³⁰⁷ Ibidem.

³⁰⁸ Ibidem.

³⁰⁹ Ibidem.

³¹⁰ Ibidem.

³¹¹ Ibidem.

Zadovoljstvo visinom plaće najviše je među liječnicima u SAD-u općenito, a što se Europe tiče, njemački su liječnici najzadovoljniji visinom svojih primanja.³¹² U Velikoj Britaniji, kao najveći problem i najveći izvor nezadovoljstva, ističe se povećanje broja pacijenata, što rezultira povećanim brojem radnih sati koji, po mišljenju liječnika, nisu dovoljno nadoknađeni razlikom u plaći, te povećanim opsegom administrativnih poslova koje liječnici moraju odrađivati, a koji se odrađuju izvan radnog vremena.³¹³ Ovo je ujedno, kako je istraživanje pokazalo, i najveći izvor nezadovoljstva u radu liječnika.³¹⁴

3.1.3. Stopa zaposlenosti unutar zdravstvenog sustava zemalja članica Europske unije kao ključni preduvjet kvalitete zdravstvenog sustava

Procjenjuje se da zdravstveni sektor na svjetskoj razini vrijedi 5,8 bilijuna dolara godišnje. Unutar zemalja članica OECD-a zaposlenost unutar zdravstvenog sustava porasla je za 48 % u razdoblju od 2000. do 2014. godine, a na globalnoj razini procjenjuje se da je potrebno stvoriti novih 40 milijuna zdravstvenih radnika do 2030. godine, primarno u bogatim i srednje bogatim zemljama.³¹⁵

Zdravstveni sustavi diljem svijeta bore se sa sve kompleksnijom i skupljom zdravstvenom uslugom i time postavljaju sve veće zahtjeve prema radnoj snazi.³¹⁶ Profesionalno obrazovanje ne ide u korak s navedenim izazovima zdravstva, najvećim dijelom zbog zastarjelih obrazovnih kurikuluma koji proizvode nedovoljno pripremljene studente.³¹⁷ Problem je sustavan: nepodudarnost kompetencija sa zahtjevima pacijenata i populacije općenito; slab timski rad; konstantno raslojavanje profesionalnog statusa po spolnoj osnovi,³¹⁸ usko sagledavanje problema, umjesto gledanja i razumijevanja šireg konteksta;³¹⁹ liječenje u epizodama, umjesto kontinuirane skrbi;³²⁰ orijentacija bolnicama na štetu primarne zdravstvene skrbi;³²¹ kvantitativne i kvalitativne razlike i nerazmjeri kod radne snage; slabo vodstvo koje bi

³¹² Ibidem.

³¹³ Ibidem.

³¹⁴ Ibidem.

³¹⁵ Carzaniga, A.G., Dhillon I.S., Magdeleine, J., Xu, L., op.cit., bilješka 168., str. 7. i 8.

³¹⁶ Frenk, J., Lincoln, C., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health system in an interdependent world*, The Lancet Commissions, Vol 376, str. 1923.

³¹⁷ Loc.cit.

³¹⁸ Loc.cit.

³¹⁹ Loc.cit.

³²⁰ Loc.cit.

³²¹ Loc.cit.

poboljšalo kvalitetu zdravstvenog sustava.³²²

Diljem Europske unije sve su veći zahtjevi prema zdravstvenom sustavu koji se sve češće i sve više bori s problemima poput manjka radne snage u većini zemalja članica, manjka stručnog znanja i vještina kod radne snage zbog pomanjkanja kvalitete obrazovanja ili mogućnosti kvalitetnijeg obrazovanja koji su ključni za ulazak u medicinsku profesiju ili za daljnji napredak u profesiji. Stoga je veza između obrazovnih institucija i zapošljavanja ključna za poboljšanje učinkovitosti zdravstvenog sustava, odnosno za potrebe tržišta rada zdravstvene radne snage.

Zdravstveni sustavi nekih zemalja članica Europske unije najčešće su okarakterizirani kao sustavi s malim plaćama, prekomjernim radom, slabom socijalnom prepoznatljivošću, velikim priljevom pacijenata, kratkoročnim ugovorima ili ugovorima s nepunim radnim vremenom.³²³ Ovakva situacija ne pogoduje stalnoj opskrbi sustava dobro obučanim i kvalificiranim radnicima ili visokoj kvaliteti zadovoljstva radom kod onih koji pružaju zdravstvenu uslugu ili dobivenom zdravstvenom uslugom kod onih koji primaju zdravstvenu skrb.³²⁴

Migracije stanovništva sve su češća tema unutar zemalja članica Europske unije i u posljednje vrijeme postaju svojevrsni problem zbog generalnog manjka radnika, posebice kod razvijenijih zemalja članica. Zdravstvena radna snaga pripada kategoriji radne snage za kojom postoji sve veća potražnja zbog konstantne stope rasta starosti stanovništva na razini EU28 (sada EU27). Niti Hrvatska nije pošteđena tih prijetnji. Država se suočava s odlascima, ali i učestalim prijetnjama o odlascima zdravstvene radne snage, što u posljednje vrijeme podiže velike tenzije na razini države između Vlade i sindikata kojima je cilj poboljšanje uvjeta i potpisivanje pogodnijih kolektivnih ugovora u zdravstvu.

Prema dostupnim podacima iz Demografskog atlasa hrvatskog liječništva iz 2017. godine, ukupan broj liječnika u Hrvatskoj iznosi 14.394. U razdoblju od 1.1.2007. do 1.1.2017. godine broj liječnika porastao je sa 12.065 na 14.394.³²⁵ U tom razdoblju broj se stanovnika smanjio za 4 %, a broj liječnika povećao za 19 %.³²⁶ Dakle, vidljivi su porast broja liječnika u desetogodišnjem razdoblju i povećanje broja liječnika na broj stanovnika.

³²² Loc.cit.

³²³ Giraldi, M. (2010). *Employment in the Care Sector in Europe*, European Association of Service providers for Persons with Disabilities, str. 1.

³²⁴ Loc.cit.

³²⁵ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S., op.cit., bilješka 31., str. 20.

³²⁶ Loc.cit.

Na razini zemalja članica Europske unije sektor zdravstva i socijalne skrbi doživio je najveći porast zapošljavanja nove radne snage u razdoblju od 2009. do 2017. godine.³²⁷ Ako gledamo samo zdravstveni sektor, 960.500 novih radnih mjesta otvoreno je unutar zemalja članica Europske unije.³²⁸ Tijekom 2017. godine, zdravstveni sektor Europske unije zapošljavao je ukupno 13.601.700 zaposlenika.³²⁹ No količina tih radnih mjesta i dalje u potpunosti ne zadovoljavaju potražnju za zdravstvenim uslugama čemu uzrok leži u, već spomenutom, starenju stanovništva koje zahtijeva drugačiju vrstu zdravstvene skrbi.³³⁰

Tablica 14.: Broj liječnika na 100.000 stanovnika u 2019., 2020. i 2021. godini

država	2019.	2020.	2021.
Belgija	316,33	321,28	-
Bugarska	423,60	427,69	-
Češka	406,67	409,52	-
Danska	425,06	-	-
Njemačka	439,39	446,79	453,22
Estonija	346,90	347,94	-
Irska	331,68	345,61	404,56
Grčka	-	-	-
Španjolska	440,36	457,67	-
Francuska	317,03	318,07	-
Hrvatska	351,89	352,24	359,95
Italija	405,07	400,08	412,51
Cipar	427,23	-	-
Latvija	326,73	333,92	-
Litva	456,96	448,28	-
Luksemburg	-	-	-
Mađarska	349,37	313,94	328,35
Malta	402,53	418,76	-
Nizozemska	371,51	383,40	-
Austrija	531,81	534,65	545,25
Poljska	-	-	-
Portugal	-	-	-
Rumunjska	318,67	333	-
Slovenija	326,19	330,29	-
Slovačka	-	-	-
Finska	-	-	-
Švedska	-	-	-

Izvor: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en>, pristupljeno 12.12.2022.

³²⁷ Izvor: Eurostat, Labour force survey, 2019

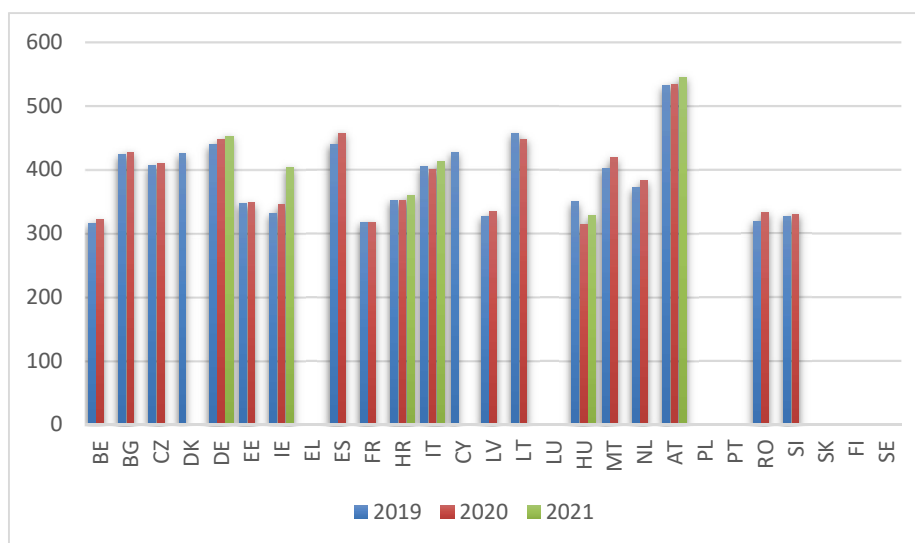
³²⁸ Ibidem.

³²⁹ Ibidem.

³³⁰ Ibidem.

U Tablici 14. Prikazano je kretanje broja liječnika na 100.000 stanovnika prema dostupnim podacima Eurostata za razdoblje od 2019. do 2021. godine, koje pokazuje potencijalnu kvalitetu zdravstvene usluge.³³¹

Slika 11.: Broj liječnika na 100.000 stanovnika na bazi dostupnih podataka



Izvor: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en>, pristupljeno 12.12.2021.

Ako promatramo broj liječnika na 100.000 stanovnika, prema dostupnim podacima za 2019. godinu (Slika 11.), najviše liječnika na broj stanovnika ima Austrija, a najmanje Francuska. Hrvatska se sa 351,89 liječnika na 100.000 stanovnika nalazi u sredini u odnosu na druge zemlje članice.³³² Već u 2020. godini situacija je malo drugačija, Mađarska ima najmanji broj liječnika na 100.000 stanovnika (313,94), dok Austrija i dalje ima najviše (534,65). Za 2021. godinu dostupni podaci nisu cjeloviti stoga nju ne uzimamo kod usporedbe, iako prikazuje rastući trend u odnosu na godinu prije.³³³

³³¹ Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en>, pristupljeno 12.12.2022.

³³² Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en>, pristupljeno 12.12.2022.

³³³ Ibidem.

3.2. RADNI UVJETI I ODREDNICE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE

Hrvatski zdravstveni sustav nije iznimka što se problema tiče. Prva asocijacija na hrvatski zdravstveni sustav veliki su dugovi i dugačke liste čekanja. U suštini to i je osnovni problem iza kojega se nalazi gomila drugih koji uzrokuju navedena dva.

Hrvatski zdravstveni sustav počiva na načelu neadekvatne raspodjele financijskih sredstava. Naime, javne zdravstvene ustanove ovise o novcu koji primaju od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: HZZO) u koji se slijevaju svi prihodi za zdravstveno osiguranje unutar države, a koji je ujedno i glavni kupac medicinskih usluga. HZZO, osim što vrši plaćanja za pružene medicinske usluge zdravstvenim ustanovama, također i definira cijene po kojima iste te usluge plaća. Drugim riječima, cijena zdravstvene usluge u Republici Hrvatskoj definirana je isključivo monopolistički i zdravstvene ustanove nemaju utjecaja na te cijene. S obzirom na to da se generiraju veliki dugovi zdravstvenih ustanova te visoke obveze s dugačkom ročnošću dospelosti, evidentno je da su cijene nedostatne. Prihodi koje zdravstvene ustanove ostvaruju često ne pokrivaju niti izdatke za lijekove, potrošni medicinski materijal i plaće zaposlenih, a posebice ne pokrivaju izdatke za tekuće i investicijsko održavanje, režije, hranu i ostalo. Ako se uzme u obzir činjenica da je većina zdravstvenih ustanova u neadekvatnim i zastarjelim prostorima, onda se lako može zaključiti da je tekuće i investicijsko održavanje neophodno kako bi se donekle održala funkcionalnost zdravstvenih ustanova. U takvim uvjetima, teško je osigurati ili izdvojiti dodatna financijska sredstva za ulaganje u edukaciju i profesionalno napredovanje zdravstvene radne snage, što bi trebalo biti na prvom mjestu važnosti.

Nedostatan broj zdravstvenih djelatnika prijepor je oko kojega se već duže vrijeme raspravlja između nadležnoga ministarstva, Hrvatske liječničke komore, sindikata, medija i hrvatske javnosti.³³⁴ Odljev liječnika i drugog medicinskog osoblja neizbježna je tema rasprava u

³³⁴ Internetski izvor [Šef Liječničke komore otkrio: 'Tri su razloga zašto liječnici odlaze iz Hrvatske' - tportal](#), pristupljeno 20.1.2023.

Internetski izvor [Slobodna Dalmacija - Mladi liječnici odlaze iz Hrvatske, jedan od njih otvoreno progovara: 'Idem u Englesku, ovdje je stanje godinama isto. Od Grbe Bujević smo očekivali više...'](#), pristupljeno 20.1.2023.

Internetski izvor [Zašto liječnici odlaze iz Hrvatske? \(slobodnaevropa.org\)](#), pristupljeno 20.1.2023.

Internetski izvor [Liječničke udruge: 'Liječnici odlaze iz Hrvatske - problem održivosti zdravstvenog sustava se povećava' – narod.hr](#), pristupljeno 20.1.2023.

Internetski izvor [Pravi razlozi odlazaka liječnika iz Hrvatske | Priča dana | DW | 12.09.2018](#), pristupljeno 20.1.2023.

Internetski izvor [LIJEČNICI ODLAZE IZ HRVATSKE Hoće li Hrvate uskoro imati tko liječiti? - Vigilare.info](#), pristupljeno 20.1.2023.

zdravstvenim krugovima, medijskim emisijama i novinskim naslovima. Glavnina stručnjaka složila bi se da je trenutni broj zdravstvenih djelatnika, primarno liječnika, već dulje vrijeme nedostatan.³³⁵ Najčešći razlozi za odlazak liječnika uvjeti su rada, uređenost sustava i visina primanja.

Izdaci za zaposlene čine preko 55 % ukupnih prihoda javnih zdravstvenih ustanova³³⁶ te su izuzetno opterećeni prekovremenim radom zdravstvenog osoblja, posebice liječnika. Velika količina prekovremenih sati pravda se nedostatkom liječnika te dodatnim opterećenjem i potrebom za dodatnim radom postojećih liječnika. Gomilanje prekovremenih sati liječnika i drugog medicinskog osoblja, ne samo da predstavlja financijsko opterećenje za bolnice, već nedvojbeno potvrđuje da je zaposlenih u sustavu nedovoljno. Međutim, može se postaviti pitanje postoji li kod svih prekovremenih sati neophodna potreba za njima ili ih je moguće regulirati smanjenjem broja dežurstava ili sati dežurstava (npr. 16 sati umjesto 24 sata, s obzirom na to da jutarnja smjena bude pokrivena redovnim radom liječnika ili ukidanje dežurstava na odjelima koji nemaju hitna stanja, poput dermatologije i sličnih odjela) sve sa ciljem minimalnog financijskog rasterećenja zdravstvenih ustanova.

Javne zdravstvene ustanove godinama su bile opterećene tužbama i pravomoćnim presudama za tužbe liječnika zbog nepravilnog obračuna dodataka na plaću u prekovremenom radu (prekovremeni sati plaćali su se manje od odrađenih redovnih sati rada, odnosno na prekovremene sate nisu se obračunavali pripadajući dodatci za uvećanje plaće, tj. cijene sata rada. Što bi značilo da kod nekih slučajeva liječnik specijalist ili subspecijalist radi u posebnim uvjetima rada samo dok odrađuje redovno puno radno vrijeme, dok za svaki prekovremeni sat koji odradi više nije ni specijalist, niti subspecijalist, a ne obavlja ni poslove s posebnim uvjetima rada). Isplaćena sredstva refundirana su ustanovama iz državnog proračuna tek nakon nekoliko godina od pojave prvih pravomoćnih presuda i nakon presude Vrhovnog suda³³⁷ koja je potvrdila ispravnost presuda nižih sudova, što ne umanjuje činjenicu da su ustanove, zbog tadašnjeg financijskog opterećenja, imale nedostatna sredstva za podmirenje obveza iz redovne djelatnosti, zbog čega su obveze i starost dugovanja rasli, što je kod nekih ustanova uzrokovalo blokade isporuke lijekova i podizanje ovrha od strane dobavljača (najčešće dobavljača lijekova).

³³⁵ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S., op.cit., bilješka 31., str 273.

³³⁶ Izračun autora na temelju: Državni ured za reviziju (2018). *Izvešće o obavljenoj financijskoj reviziji zdravstvenih ustanova*, Zagreb, 2018.

³³⁷ Internetski izvor [Vrhovni sud presudio u korist liječnika u predmetu oko prekovremenih sati](http://Vrhovni.sud.presudio.u.korist.liječnika.u.predmetu.oko.prekovremenih.sati) - Hrvatska liječnička komora (hlk.hr), pristupljeno 20.1.2023.

djelatnosti postati nemoguć. S druge strane, prema projekcijama za isto razdoblje, broj liječnika u bolnicama porast će za 23 %.³⁴⁴

Liječnička se plaća, općeprihvaćeno, smatra niskom, unatoč tomu što je, temeljem Uredbe o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama koeficijent liječnika (1.659) nakon završenog fakulteta (bez specijalizacije) veći od koeficijenta bilo kojeg drugog zaposlenika s visokom stručnom spremom (1.523).³⁴⁵ Postoji određena razlika u mogućnosti zarade i među samim liječnicima, što također utječe na generalno nezadovoljstvo među liječničkom populacijom. Naime, liječnici specijalisti u bolnicama često sudjeluju u određenim kliničkim ispitivanjima što im omogućuje dodatnu zaradu, kao i činjenica da su tražen kadar za dopuski rad u drugim ustanovama. Sve u svemu, postavlja se pitanje jesu li liječničke plaće uistinu niske ili su niske u odnosu na neke druge države? Ako se referiramo na izvješće iz prethodnog poglavlja o visini plaća u pojedinim državama na primjeru Hrvatske (prosječna godišnja plaća dana je samo na općenitoj razini za sve liječnike i ona iznosi 107.830 dolara godišnje, prosječno mjesečno 8.985 dolara, pretpostavlja se bruto), uočava se da je prosječna mjesečna plaća liječnika zaista visoka, stoga se može zaključiti da je ovdje za kalkulaciju uzeta u obzir zarada liječnika specijalista u matičnoj ustanovi i ustanovi u kojoj rade sukladno ugovoru o dopunskom radu, zatim plaća liječnika opće prakse u redovnom zaposlenju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ali također i liječnika opće prakse koji su koncesionari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, također i plaća liječnika u vlastitim privatnim praksama, te plaća liječnika uvećana za klinička ispitivanja koja obavljaju u svojim matičnim ustanovama. Činjenica je da liječnici mnogo rade, ali je i činjenica da im je dostupno puno raditi, što govori o njihovom osobnom rasporedu u matičnim ustanovama koje im ostavlja prostora za dopunski rad. Upravo se tom problematikom bavi i nadležno ministarstvo koje uvodi evidencije rada liječnicima ne bi li se utvrdila stvarna prisutnost na radnom mjestu.³⁴⁶

Evidentno je da liječnika manjka jer u suprotnom ne bi dolazilo do problema po pitanju potencijalnog „iskorištavanja“ redovnog rada u svrhu dopusnog rada. Iz perspektive ekonomike u zdravstvu potražnja je za zdravstvenom uslugom velika i raste, dok su resursi

³⁴⁴ Internetski izvor [Tko će nas liječiti? Iz Hrvatske otišlo više od 1000 liječnika, a papire za odlazak ima još 839 njih - Novi list](#), pristupljeno 27.1.2023.

³⁴⁵ Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama, NN 25/2013., 72/2013., 151/2013., 9/2014., 40/2014., 51/2014., 77/2014., 83/2014., 87/2014., 120/2014., 147/2014., 151/2014., 11/2015., 32/2015., 38/2015., 60/2015., 83/2015., 112/2015., 122/2015., 10/2017., 39/2017., 40/2017., 74/2017., 122/2017., 9/2018., 57/2018., 59/2019., 79/2019., 119/2019., 50/2020., 128/2020., 141/2020., 17/2021., 26/2021., 78/2021., 138/2021., 9/2022., 31/2022., 72/2022., 82/2022.

³⁴⁶ Internetski izvor [Ministarstvo zdravstva najavljuje kazne za bolničke liječnike koji ne ispunjavaju obaveze, ali redovno rade u privatnoj praksi – NACIONAL.HR](#), pristupljeno 20.1.2023.

ograničeni. S druge strane, primarna zdravstvena zaštita sigurno je trenutno ugroženija u odnosu na sekundarnu i tercijarnu, posebice u ruralnim područjima i na otocima jer interes za primarnom zdravstvenom zaštitom s godinama sve više opada, čemu u prilog ide i prevelika administracija kojom se opterećuju liječnici opće prakse.

Dodatno je otežavajuća činjenica da se na rukovodeća mjesta u javnim zdravstvenim ustanovama postavljaju ljudi s visokim utjecajem politike kod odabira, što često dovodi do nerazumijevanja potreba liječnika i neznanja za rješavanje tih potreba. Takva situacija također potiče veliko nezadovoljstvo kod liječničke populacije.

Hrvatski zdravstveni sustav skup je nedovoljno sređenih i nedefiniranih pravila cijena, plaćanja i pravila upravljanja. Evidentno je da ga je neophodno reformirati kako bi se postigla maksimalna učinkovitost sustava i postojećeg kadra. Cijene u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske nedovoljne su za funkcioniranje kompletnog sustava. Sustav je opterećen velikim obvezama iz redovnog poslovanja, obvezama za plaće, obvezama za tekuće i investicijsko održavanje zbog i dalje nedovoljnog ulaganja u opremu i infrastrukturu. Sve navedeno dovodi do stvaranja dugačkih lista čekanja (s jedne strane zbog nedovoljne raspoložive opreme, s druge strane zbog manjka liječnika). Dolazi do nemogućnosti ulaganja u zdravstveni kadar (posebice liječnike) zbog manjka financijskih sredstava, što je nužno zbog stalnog napredovanja medicine u znanstvenom i tehnološkom smislu. Sustav je opterećen nedovoljno definiranim radnopravnim statusom, što izaziva nezadovoljstvo liječnika i potiče njihovu želju za promjenom.

Zbog činjenice starenja stanovništva, zadržavanje postojeće kvalitete pružanja usluga i zdravstvene zaštite građana moguće je samo dodatnim opterećenjem postojećeg broja zaposlenih. Uzimajući u obzir sve logične i nelogične probleme, normalno funkcioniranje nacionalnog zdravstvenog sustava, na podlozi postojećih trendova, neospornih migracija mladih liječnika, umirovljenja gotovo 4.000 liječnika u sljedećim godinama, zahtjevnog i dugotrajnog liječničkog obrazovanja i usavršavanja, u sljedećim godinama moglo bi ozbiljno biti dovedeno u pitanje.³⁴⁷

³⁴⁷ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S., op.cit., bilješka 31., str 366.

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

Istraživanje je provedeno znanstvenom metodom anketiranja liječničke populacije u Republici Hrvatskoj. Prema podacima iz Demografskog atlasa hrvatskog liječništva koji je izdala Hrvatska liječnička komora, 1.1.2017. godine u Hrvatskoj je bilo 14.394 liječnika.³⁴⁸ Demografski atlas smatramo adekvatnim izvorom informacija i podataka, a podaci prikazani u Demografskom atlasu uzeti su iz izvješća Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Državnog zavoda za statistiku, FINA-e, Agencije za znanost i visoko obrazovanje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo – službe za medicinu rada. Anketni upitnik distribuiran je elektroničkom poštom putem Hrvatskog liječničkog zbora na sve podružnice u Republici Hrvatskoj i bio je otvoren od 4. srpnja 2019. do 22. rujna 2019. godine, a pristup ispunjavanju bio je omogućen putem Google mrežnih obrazaca (*Google forms*) na sljedećoj poveznici <https://docs.google.com/forms/d/1qzEgida-25EgqvRgl7IwiDZat7xvu5r01fEHvkQgzQM/edit>.

Upitnik se sastoji od 54 pitanja koja se odnose na opće podatke o liječniku, stručne podatke o završenom obrazovanju odnosno specijalizaciji ili užoj specijalizaciji, vrsti radnog mjesta, zadovoljstvu radnim uvjetima, visinom primanja, angažiranošću na znanstvenim ili stručnim projektima, podacima o dopunskom radu, zadovoljstvom plaće u dopunskom radu te preferencijama o odlasku iz države s ciljem boljih radnih i životnih uvjeta.

Glavni je cilj utvrditi razinu potencijalnih migracija liječnika, karakteristike liječnika koji imaju namjeru za migracijama i te uzroke migracija u Hrvatskoj kako bi sustav mogao reagirati u svrhu smanjenja i zaustavljanja prvenstveno odlazaka liječnika uvođenjem ili poboljšanjem onih mjera koje bi doprinijele zaustavljanju migracija liječnika.

Specifični je cilj istraživanja utvrditi koji su uzroci takvih migracija u Hrvatskoj te izrada modela za povećanje efikasnosti zdravstva u vidu poboljšanja radnih uvjeta liječnika i smanjenja potreba za migracijama hrvatskih liječnika.

³⁴⁸ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S., op.cit., bilješka 31., str. 20.

U doktorskoj disertaciji postavljene su četiri hipoteze od kojih su tri potvrđene, a jedna je odbačena:

H1: Sloboda kretanja radnika olakšava/potiče migracije mladih liječnika bez specijalizacije ili specijalista bez uže specijalizacije iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije.

H2: Liječnici su skloniji migriranju u zemlje članice Europske unije nego u treće zemlje.

H3: Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja.

H4: Postotak liječnika u Hrvatskoj koji su poduzeli korake oko preseljenja u drugu državu članicu Europske unije manji je od 10 %.

4.1. POPULACIJA I UZORAK

Prema službenim podacima Hrvatske liječnike komore u Hrvatskoj je 14.394 liječnika.³⁴⁹ Svi su se oni nalazili u ciljnoj skupini jer je istraživanje primarno provedeno na kompletnoj liječničkoj populaciji na području Republike Hrvatske.

Kako bi se osigurala reprezentativnost uzorka, uzeta je geografska rasprostranjenost cijele Republike Hrvatske i kategorizirana u sljedeće kategorije:

1. Slavonija i Baranja
2. Zagreb i okolica
3. Središnja Hrvatska
4. Istra i Primorje
5. Lika i Gorski kotar
6. Dalmacija.

Istraživanje je provedeno na 381 ispitaniku (liječnici), od kojih je 137 (36 %) muškaraca i 244 (64 %) žena. Središnja je vrijednost (medijan) dobi ispitanika 39 godina (interkvartilnog raspona od 32 do 50 godina) u rasponu od 26 do 83 godine. U braku je 249 (68,8 %) ispitanika,

³⁴⁹ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S., op.cit., bilješka 31, str. 20.

a njih 262 (68,8 %) ima djecu. Iz Istre i Primorja je 146 (38,3 %) ispitanika, iz Slavonije i Baranje njih 101 (26,5 %) dok su ostali dijelovi Hrvatske zastupljeni s 35,2 % ispitanika. Prema statusu specijalizacije 127 (33,3 %) ispitanika su specijalisti, a njih 96 (25,2 %) imaju i subspecijalizaciju. Doktora medicine bez specijalizacije je 21 (5,5 %).

4.2. STATISTIČKE METODE

Kategorički podaci predstavljeni su apolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike među kategoričkim varijablama testirane su Hi-kvadrat testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom.

Za utvrđivanje razlika između opaženih i očekivanih frekvencija koristio se χ^2 test koji se upotrebljava u većini slučajeva kad se radi o kvalitativnim podacima ili ako tim podacima distribucija značajno odstupa od normalne. χ^2 test računa se samo s frekvencijama pa u račun nije dopušteno unositi nikakve mjerne jedinice. χ^2 test vrlo je praktičan test koji može osobito poslužiti onda kad želimo utvrditi odstupaju li dobivene (opažene) frekvencije od frekvencija koje bismo očekivali pod određenom hipotezom. Kod ovog testa katkada tražimo postoji li povezanost između dviju varijabli i on pokazuje vjerojatnost povezanosti. Možemo pretpostaviti da neka teorijska raspodjela dobro opisuje opaženu raspodjelu frekvencija. Da bismo tu pretpostavku (hipotezu) provjerili, primjenjujemo ovaj test.

Za potrebe testa postaviti ćemo dvije pretpostavke:

H0: Opažene frekvencije ispitanika ne razlikuju se od očekivanih.

H1: Opažene frekvencije ispitanika razlikuju se od očekivanih.

Pri tome je razina značajnosti testa postavljena na α (Alpha) = 0,05. Dakle, ako razina značajnosti testa bude manja od 5 % (razina značajnosti od 5 % jednaka je pouzdanosti od 95 %), odbacit će se pretpostavka H0 i prihvatit će se alternativna pretpostavka H1, odnosno opažene frekvencije se razlikuju prema odvijanju edukacije. Ako značajnost bude veća od 5 %, odbacit će se H1 i prihvatiti H0, odnosno opažene frekvencije se ne razlikuju od očekivanih frekvencija.

Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Numerički podaci predstavljani su medijanom i interkvartilnim rasponom.

Razlike u numeričkim varijablama između dviju nezavisne skupina testirale su se pomoću Mann-Whitneyjeva U-testa, a između triju i više skupina Kruskal-Wallisovim testom. Mann-Whitney U-test spada u skupinu neparametrijskih statističkih testova. Ovaj test koristimo kako bismo ustanovili značajnost razlike između rangova dviju promatranih skupina. Kruskal-Wallis neparametrijski je test koji se koristi kada imamo 3 ili više nezavisnih uzoraka, ako nisu ispunjeni uvjeti za analizu varijance. Test se temelji na rangiranju, stoga podaci u uzorku moraju biti numerički (koji budu rangirani), kategorijski ili već rangirani.

Spearmanov koeficijent korelacije (neparametrijski ekvivalent Pearsonovu koeficijentu korelacije, produkt rang korelacije) koristio se za mjerenje povezanosti između varijabli (osiguranici i liječnici). Bazira se na mjerenju dosljednosti povezanosti između poredanih varijabli, a oblik povezanosti (npr. linearni oblik koji je preduvjet za korištenje Pearsonova koeficijenta) nije bitan. Slučajevi su u kojima se koristi Spearmanov koeficijent (Rho) npr. kada među varijablama ne postoji linearna povezanost, a nije moguće primijeniti odgovarajuću transformaciju kojom bi se povezanost prevela u linearnu. Spearmanov koeficijent korelacije kao rezultat daje približnu vrijednost koeficijenta korelacije koji se tretira kao njegova dovoljno dobra aproksimacija. Izračunavanje koeficijenta radi se korištenjem vrijednosti pridijeljenih rangova. Za vrijednosti koeficijenta korelacije veće od 0,5 i manje od -0,5 kažemo da su dobre. Što je vrijednost bliža broju 1 ili -1 povezanost je izvrsna.

Logističkom regresijom ocijenjen je utjecaj više čimbenika na vjerojatnost da će ispitanici otići iz ustanove u kojoj rade, ili da će otići u zemlje unutar ili izvan Europske unije.

Sve su P vrijednosti dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu koristio se *MedCalc Statistical Software version 19.0.5* (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2019) i SPSS (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

5. OPIS I REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Provedenim istraživanjem dobiveni su rezultati na cjelokupnoj liječničkoj populaciji u Republici Hrvatskoj. Podaci će biti prikazani kroz sljedeće kategorije: opći podaci o ispitanicima, zadovoljstvo uvjetima rada, stručnim usavršavanjem i naknadom za dopunski i prekovremeni rad, zadovoljstvom redovitim primanjima, sudjelovanjem u kliničkim ispitivanjima, stručnim usavršavanjem i profesionalnim potrebama, iskustvom s pacijentima i primanjima, mišljenjem ispitanika o odlasku iz ustanove u kojoj rade ili o odlasku iz Republike Hrvatske, mišljenje ispitanika o preseljenju u zemlje članice Europske unije, mišljenje ispitanika o preseljenju u treće zemlje, priroda i dužina preseljenja, mišljenje o povratku i iskustvima nakon povratka, ocjena kvalitete zdravstvenog sustava i kroz utjecaj prediktora na odluku o odlasku bilo gdje iz ustanove u kojoj rade.

5.1. OPĆI PODACI O ISPITANICIMA

Istraživanje je provedeno na 381 ispitaniku (liječnici), od kojih je 137 (36 %) muškaraca i 244 (64 %) žena. Središnja vrijednost (medijan) dobi ispitanika je 39 godina (interkvartilnog raspona od 32 do 50 godina) u rasponu od 26 do 83 godine. U braku je 249 (68,8 %) ispitanika, a njih 262 (68,8 %) ima djecu. Iz Istre i Primorja je 146 (38,3 %) ispitanika, iz Slavonije i Baranje njih 101 (26,5 %) dok su ostali dijelovi Hrvatske zastupljeni s 35,2 % ispitanika. Prema statusu specijalizacije, specijalizanata je 139 (36 %), 127 (33,3 %) ispitanika su specijalisti, a njih 96 (25,2 %) imaju i subspecijalizaciju. Doktora medicine bez specijalizacije je 21 (5,5%) (Tablica 15).

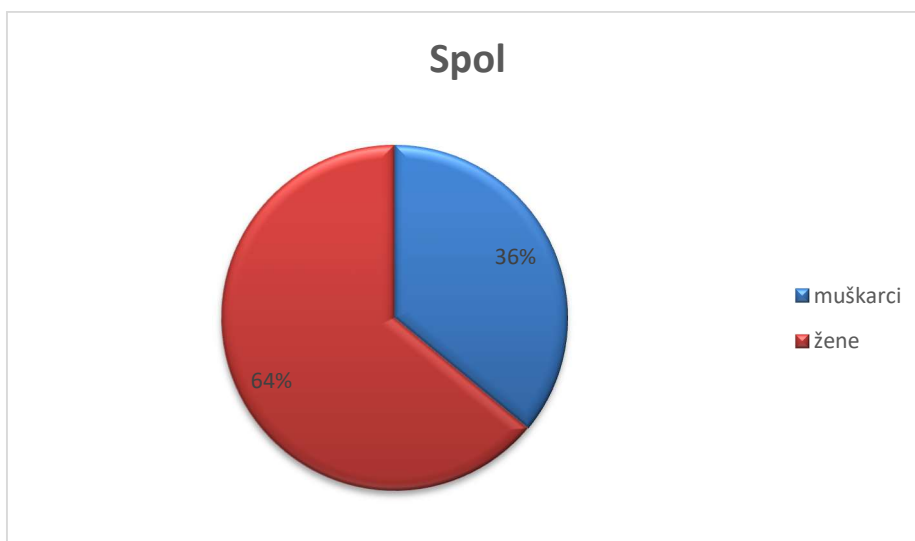
Tablica 15.: Ispitanici prema osnovnim obilježjima

	broj (%) ispitanika
spol	
muškarci	137 (36)
žene	244 (64)
bračni status	
oženjen/udana	249 (65,4)
neoženjen/neudana	95 (24,9)
izvanbračna zajednica	35 (9,2)
<i>neodgovoreno</i>	2 (0,5)
imaju li djecu	
da	262 (68,8)
ne	119 (31,2)
lokacija stanovanja i rada	
Slavonija i Baranja	101 (26,5)
Zagreb i okolica	59 (15,5)
Središnja Hrvatska	9 (2,4)
Istra i Primorje	146 (38,3)
Lika i Gorski kotar	3 (0,8)
Dalmacija	63 (16,5)
status specijalizacije	
doktor medicine	21 (5,5)
specijalizant	137 (36)
specijalist	127 (33,3)
specijalist s užom specijalnosti	96 (25,2)
ukupno	381 (100)

Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju dobivenih rezultata iz Tablice 15., na Slici 12. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu.

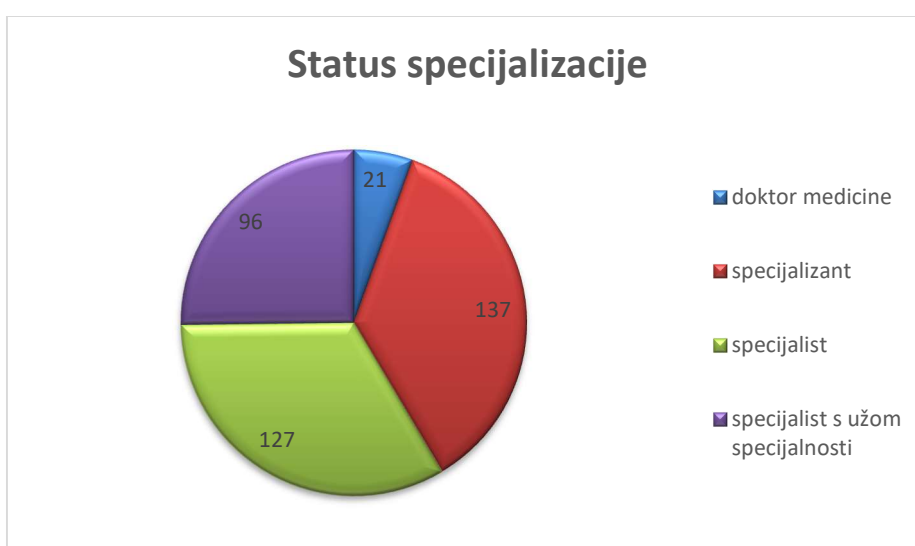
Slika 12.: Raspodjela ispitanika prema spolu



Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju dobivenih rezultata iz Tablice 11., na Slici 13. prikazana je raspodjela ispitanika prema statusu specijalizacije.

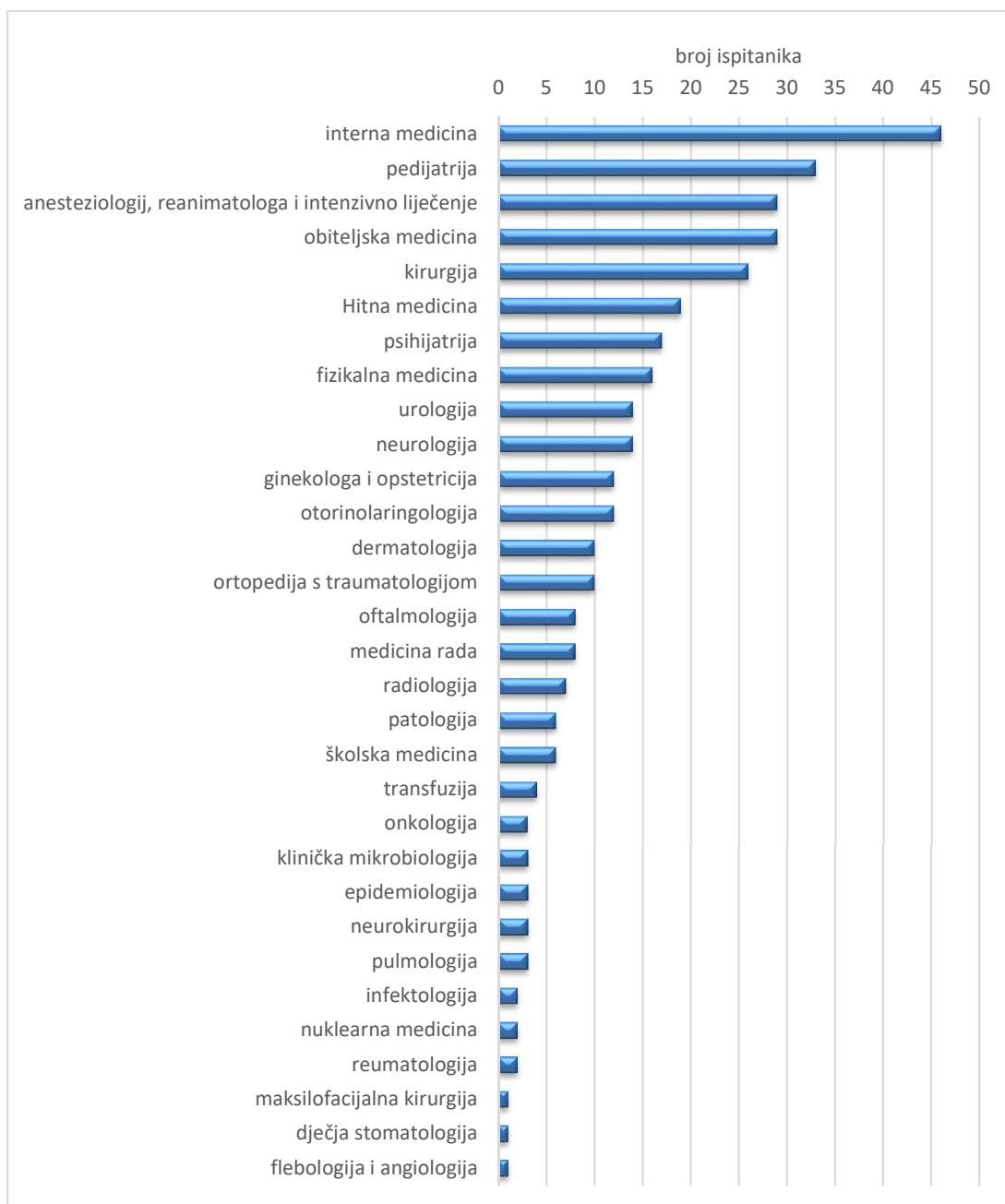
Slika 13.: Raspodjela ispitanika prema statusu specijalizacije



Izvor: rezultati istraživanja

Prema vrsti specijalizacije 275 (72,2 %) ispitanika ima nekiruršku specijalizaciju, a njih 106 (27,8 %) kiruršku. Najviše ispitanika, njih 46 (12,1 %), ima specijalizaciju iz interne medicine, 33 (8,7 %) ispitanika iz pedijatrije, po 29 (7,6 %) ispitanika iz anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja ili iz obiteljske medicine. Specijalizaciju iz kirurgije ima njih 26 (6,8 %), iz hitne medicine 19 (5 %) ispitanika, dok su ostale specijalizacije zastupljene s manje od 5 % ispitanika (Slika 14).

Slika 14.: Raspodjela ispitanika u odnosu na vrstu specijalizacije (n = 360)



Izvor: rezultati istraživanja

Od ukupnog broja ispitanika, najviše ih radi, njih 168 (44,1 %), u kliničkim bolničkim centrima što je i očekivano jer takvi centri zapošljavaju najveći broj zdravstvenih djelatnika. Najmanje ih radi u kliničkim bolnicama, njih 21 (5,5 %) (Tablica 16.).

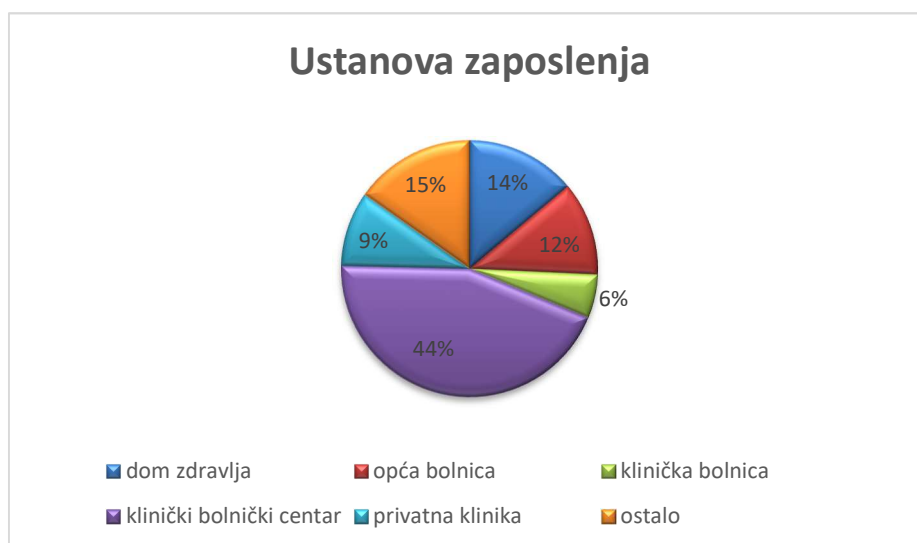
Tablica 16.: Vrsta ustanove u kojoj su ispitanici zaposleni

vrsta ustanove u kojoj su zaposleni	broj (%) ispitanika
dom zdravlja	53 (13,9)
opća bolnica	45 (11,8)
klinička bolnica	21 (5,5)
klinički bolnički centar	168 (44,1)
privatna klinika	36 (9,4)
ostalo (specijalizirane bolnice, hitna, ZZJZ, medicina rada, HZZO, fakultet i drugo)	58 (15,2)
ukupno	381 (100)

Izvor: rezultati istraživanja

U nastavku je grafički prikaz (Slika 15.) rezultata dobivenih istraživanjem, prikazanih u Tablici 16.

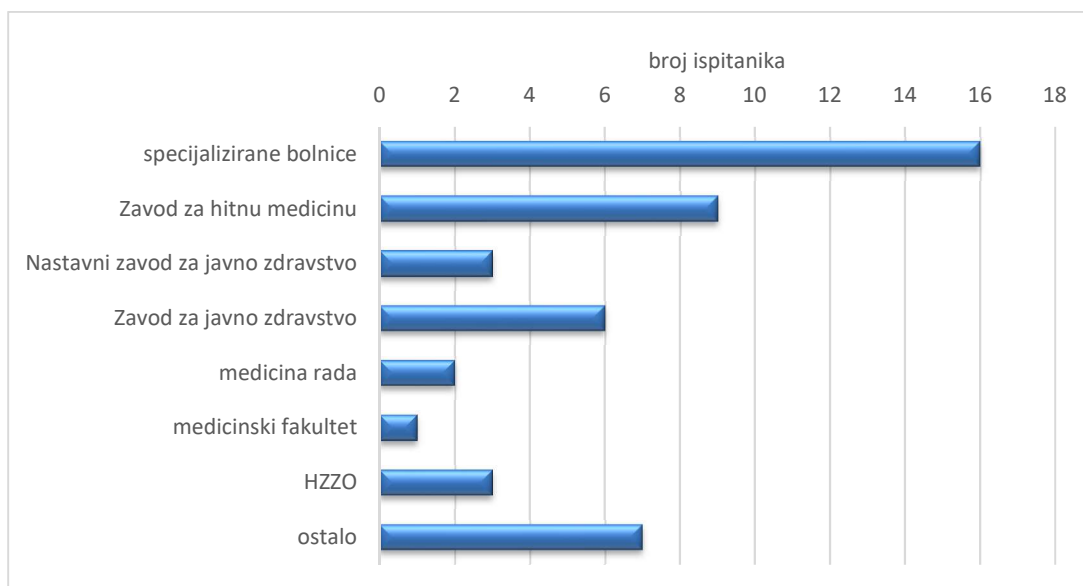
Slika 15.: Raspodjela ispitanika prema ustanovi zaposlenja



Izvor: rezultati istraživanja

Slika 16. prikazuje popis ustanova koje su ispitanici u istraživanju naveli kao ustanove zaposlenja pod kategorijom ostale ustanove.

Slika 16.: Ostale ustanove u kojima su ispitanici zaposleni



Izvor: rezultati istraživanja

U specijaliziranim bolnicama (psihijatrijske bolnice) radi 16 (4,2 %) ispitanika, u Zavodu za hitnu medicinu njih 9 (2,4 %), iz Zavoda za javno zdravstvo ih je 6 (1,6 %), dok je iz ostalih ustanova manji broj ispitanika (Slika 16.).

5.2. ZADOVOLJSTVO RADOM U DOPUNSKOM RADU I SUDJELOVANJEM U KLINIČKIM ISPITIVANJIMA

Znanstvenu titulu imaju 93 (24,4 %) ispitanika, od kojih je 78 (83,9 %) doktora znanosti, a znanstveno zvanje ih ima 47 (12,3 %), od kojih je 25 (54,3 %) docenata. Redovitih je profesora u trajnom zvanju 7 (1,5 %).

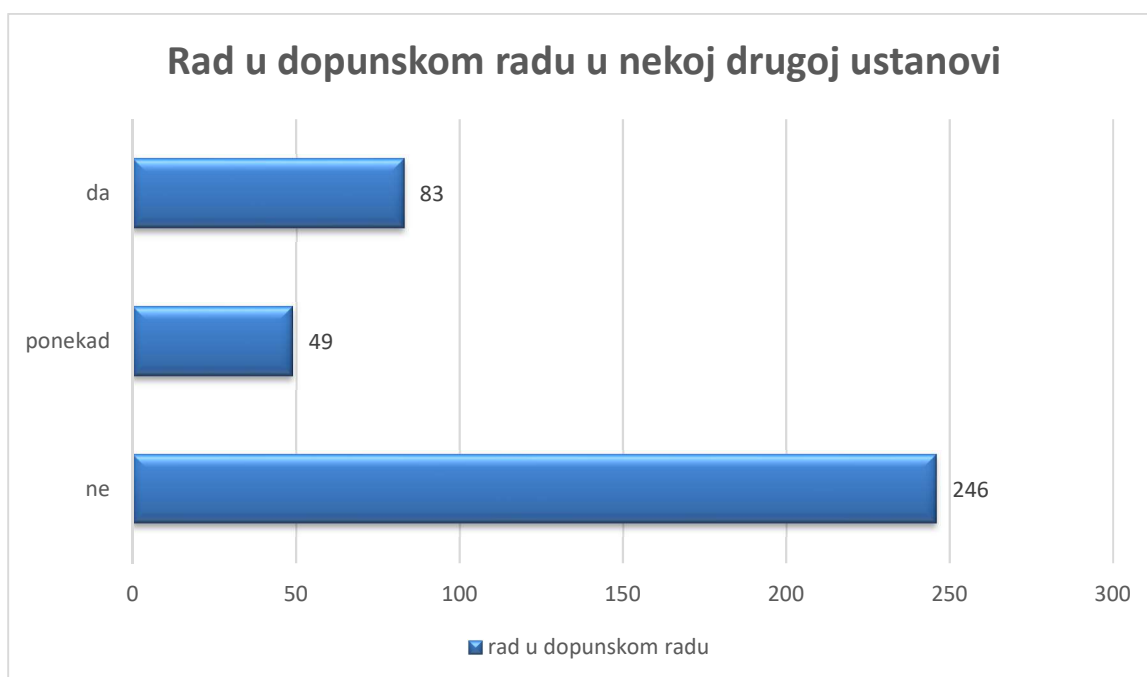
Primarijat imaju 32 (8,4 %) ispitanika. Na nekom drugom fakultetu, u kumulativnom radnom odnosu radi 51 (13,4 %) ispitanik, a u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi njih 83 (22 %). Da samo ponekad rade u nekoj drugoj ustanovi u dopunskom radu, navodi ih 49 (13 %). Voditeljsku funkciju na svom radnom mjestu obnaša 111 (29,1 %) ispitanika (Tablica 17.).

Tablica 17.: Raspodjela ispitanika prema znanstvenim i stručnim titulama, te učestalosti dopunskog rada ili rada u kumulaciji

	broj (%) ispitanika
znanstvena titula	
magistar znanosti	15 (16,1)
doktor znanosti	78 (83,9)
ukupno	93 (100)
znanstveno zvanje	
doc.dr.sc.	25 (53)
izv.prof.dr.sc.	10 (21)
prof.dr.sc.	5 (11)
prof.dr.sc. u trajnom zvanju	7 (15)
ukupno	47 (100)
primarijat	
ne	349 (91,6)
da	32 (8,4)
rad u kumulaciji pri nekom fakultetu	
ne	330 (86,6)
da	51 (13,4)
rad u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi	
ne	246 (65)
ponekad	49 (13)
da	83 (22)
ukupno	378 (100)
voditeljska funkcija na radnom mjestu	
ne	270 (70,9)
da	111 (29,1)
ukupno	381(100)

Izvor: rezultati istraživanja

Slika 17.: Rad u dopunskom radu u drugoj ustanovi



Izvor: rezultati istraživanja

Prema klasifikaciji želje za napredovanjem u hijerarhijskoj strukturi 75 (19,7 %) ispitanika uopće nema ambicija za napredovanje u hijerarhijskoj strukturi njihove ustanove, dok ih 102 (26,8 %) navodi da niti ima, niti nema ambicija (ocjena 3 na skali od 1 do 5). Medijan je ocjene ambicija napredovanja 3 (interkvartilnog raspona od 2 do 4) u rasponu ocjena od 1 do 5 (Slika 18.).

Slika 18.: Raspodjela ispitanika prema ambicijama napredovanja u hijerarhijskoj strukturi njihove ustanove



Izvor: rezultati istraživanja

Nezadovoljstvo zaradom u dopunskom radu (ocjene 1 i 2) iskazalo je 112 (29,4 %) ispitanika, a radom u kliničkim istraživanjima njih 264 (69 %). Poslodavac ne omogućuje sudjelovanje u

kliničkim ispitivanjima za 197 (51,7 %) ispitanika. Kako ne zarađuju dovoljno na kliničkim ispitivanjima, navodi 206 (54,1 %) ispitanika (Tablica 18.).

Tablica 18.: Zadovoljstvo dopunskim radom i sudjelovanjem u kliničkim istraživanjima

	broj (%) ispitanika					ukupno
	nedovoljno	2	3	4	odlično	
Zarađujete li u dopunskom radu prema očekivanjima?	77 (20,2)	35 (9,2)	65 (17,1)	30 (7,9)	10 (2,6)	217 (57)
Sudjelujete li u kliničkim ispitivanjima?	220 (57,7)	43 (11,3)	44 (11,5)	34 (8,9)	31 (8,1)	372 (97,6)
Omogućuje li Vam poslodavac sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima?	143 (37,5)	54 (14,2)	67 (17,6)	24 (6,3)	66 (17,3)	354 (92,9)
Smatrate li da zarađujete dovoljno na kliničkim ispitivanjima?	181 (47,5)	25 (6,6)	54 (14,2)	8 (2,1)	7 (1,8)	275 (72,2)

Izvor: rezultati istraživanja

Nema značajnih razlika u zadovoljstvu zaradom u dopunskom radu u odnosu na spol, vrstu specijalizacije, ili prema tomu je li ispitanik na voditeljskoj funkciji ili ne. Prema statusu specijalizacije specijalisti i specijalisti s užom specijalnosti značajno su zadovoljniji zaradom u dopunskom radu od ispitanika bez specijalizacije (Kruskal-Wallis test, $P = 0,03$). Ispitanici zaposleni u privatnim klinikama značajno su zadovoljniji, a zaposleni u kliničkim bolnicama značajno nezadovoljniji zaradom iz dopunskog rada (Kruskal-Wallis test, $P = 0,003$) (Tablica 19.).

Tablica 19.: Zadovoljstvo zaradom u dopunskom radu u odnosu na obilježja ispitanika

Zarađujete li u dopunskom radu prema očekivanjima?		
	medijan (interkvartilni raspon)	P*
spol		
muškarci	2 (1 – 3)	0,53
žene	2 (1 – 3)	
status specijalizacije		
doktor medicine	2 (1 - 2)	0,03[†]
specijalizant	2 (1 - 3)	
specijalist	3 (1 - 3)	
specijalist s užom specijalnosti	3 (1 - 4)	
vrsta specijalizacije		
kirurška	2 (1 – 3)	0,93
nekirurška	2 (1 – 3)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni		
dom zdravlja	2 (1 - 3)	0,003[†]
opća bolnica	2 (1 - 3)	
klinička bolnica	1,5 (1 - 3)	
klinički bolnički centar	2 (1 - 3)	
privatna klinika	3 (3 - 4)	
ostalo	2 (1 - 3)	
voditeljska funkcija na radnom mjestu		
ne	2 (1 – 3)	0,15
da	3 (1 – 3)	

*Mann-Whitney U-test; [†]Kruskal-Wallis test

Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju rezultata dobivenih u Tablici 19., u nastavku je grafički prikaz zadovoljstva ispitanika zaradom u dopunskom radu (Slika 19.).

Slika 19.: Zadovoljstvo ispitanika zaradom u dopunskom radu



Izvor: rezultati istraživanja

Od ukupnog broja ispitanika, 29 % ispitanika nije zadovoljno zaradom u dopunskom radu, dok je svega 11 % zadovoljno istom.

Zadovoljstvo sudjelovanjem u kliničkim ispitivanjima ne razlikuje se značajno s obzirom na spol i status specijalizacije.

Zaposlenici kliničkih bolnica i privatnih klinika (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), ispitanici s nekirurškom specijalizacijom (Mann-Whitney U-test, $P = 0,001$) te oni koji rade na voditeljskom radnom mjestu (Mann-Whitney U-test, $P = 0,02$) zadovoljniji su sudjelovanjem u kliničkim ispitivanjima od ispitanika koji rade u drugim ustanovama, koji su kirurške specijalizacije ili nisu na voditeljskoj funkciji (Tablica 20.).

Tablica 20.: Zadovoljstvo sudjelovanjem u kliničkim ispitivanjima u odnosu na obilježja ispitanika

Sudjelujete li u kliničkim ispitivanjima?		
	medijan (interkvartilni raspon)	<i>P</i> *
spol		
muškarci	1 (1 – 3)	0,72
žene	1 (1 – 3)	
status specijalizacije		
doktor medicine	1 (1 - 3)	0,33
specijalizant	1 (1 - 3)	
specijalist	1 (1 - 3)	
specijalist s užom specijalnosti	1 (1 - 3)	
vrsta specijalizacije		
kirurška	1 (1 – 2)	0,001
nekirurška	2 (1 – 3)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni		
dom zdravlja	1 (1 - 3)	<0,001
opća bolnica	1 (1 - 2)	
klinička bolnica	2 (1 - 4)	
klinički bolnički centar	1 (1 - 3)	
privatna klinika	2 (1 - 4)	
ostalo	1 (1 - 1)	
voditeljska funkcija na radnom mjestu		
ne	1 (1 – 3)	0,02
da	2 (1 – 3)	

*Mann-Whitney U-test; †Kruskal-Wallis test

Izvor: rezultati istraživanja

Poslodavac značajno više omogućuje sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima ispitanicima koji su specijalisti s užom specijalizacijom (Kruskal-Wallis test, $P = 0,007$), onima koji rade u kliničkim bolničkim centrima ili u privatnim klinikama (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$) te onima koji su na voditeljskoj funkciji (Mann-Whitney - test, $P < 0,001$).

Značajne razlike nisu zabilježene prema spolu i vrsti specijalizacije (Tablica 21.).

Tablica 21.: Zadovoljstvo u spremnosti poslodavca da omogući sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima u odnosu na obilježja ispitanika

Omogućuje li vam poslodavac sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima?		
	medijan (interkvartilni raspon)	P*
spol		
muškarci	2 (1 – 4)	0,17
žene	2 (1 – 4)	
status specijalizacije		
doktor medicine	1 (1 - 3)	0,007
specijalizant	2 (1 - 3)	
specijalist	2 (1 - 3)	
specijalist s užom specijalnosti	3 (1 - 5)	
vrsta specijalizacije		
kirurška	2 (1 – 3)	0,23
nekirurška	2 (1 – 4)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni		
dom zdravlja	2 (1 - 3)	<0,001
opća bolnica	1 (1 - 3)	
klinička bolnica	2 (1 - 4)	
klinički bolnički centar	3 (1 - 4)	
privatna klinika	3 (1 - 5)	
ostalo	1 (1 - 3)	
voditeljska funkcija na radnom mjestu		
ne	2 (1 – 3)	<0,001
da	3 (1 – 5)	

*Mann-Whitney U-test; †Kruskal-Wallis test

Izvor: rezultati istraživanja

Ispitanici su nezadovoljni zaradom koju ostvaruju na kliničkim ispitivanjima, i to se zadovoljstvo ne razlikuje prema spolu, statusu i vrsti specijalizacije, te prema ustanovi u kojoj rade.

Značajno su zadovoljniji zaradom na kliničkim ispitivanjima ispitanici koji rade na voditeljskim funkcijama u odnosu na ostale ispitanike (Mann-Whitney U-test, P = 0,001) (Tablica 22.).

Tablica 22.: Zadovoljstvo zaradom u kliničkim ispitivanjima u odnosu na obilježja ispitanika

Smatrate li da zarađujete dovoljno na kliničkim ispitivanjima?		
	medijan (interkvartilni raspon)	P*
spol		
muškarci	1 (1 – 2)	0,87
žene	1 (1 – 3)	
status specijalizacije		
doktor medicine	1 (1 - 3)	0,27
specijalizant	1 (1 - 2)	
specijalist	1 (1 - 3)	
specijalist s užom specijalnosti	1 (1 - 3)	
vrsta specijalizacije		
kirurška	1 (1 – 2)	0,16
nekirurška	1 (1 – 3)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni		
dom zdravlja	1 (1 - 3)	0,30
opća bolnica	1 (1 - 2)	
klinička bolnica	1 (1 - 2)	
klinički bolnički centar	1 (1 - 3)	
privatna klinika	1 (1 - 3)	
ostalo	1 (1 - 1)	
voditeljska funkcija na radnom mjestu		
ne	1 (1 – 2)	0,001
da	2 (1 – 3)	

*Mann-Whitney U-test; †Kruskal-Wallis test

Izvor: rezultati istraživanja

Sumarno, može se zaključiti da u kliničkim ispitivanjima više sudjeluju specijalisti s užom specijalnosti i nekirurške struke. Takvima ujedno poslodavac i više omogućuje rad na kliničkim ispitivanjima. To je logično jer klinička ispitivanja liječnika nad pacijentima zahtijevaju dodatna znanja i vještine te sami provoditelji kliničkih ispitivanja traže takve liječnike. S druge strane, to utječe na razinu primanja liječnika specijalista u odnosu na specijalizante što dodatno produbljuje razliku među liječnicima na toj razini.

5.3. ZADOVOLJSTVO STRUČNIM USAVRŠAVANJEM, PROFESIONALNIM POTREBAMA, ISKUSTVOM S PACIJENTIMA I PRIMANJIMA

U znanstvenim projektima iz područja medicine sudjeluje 145 (38,1 %) ispitanika.

S tvrdnjom da im poslodavac omogućuje adekvatno stručno usavršavanje, slaže se ili se u potpunosti slaže 109 (28,9 %) ispitanika. 199 (55,6 %) se ispitanika slaže ili u potpunosti slaže s tvrdnjom da sami financiraju stručno usavršavanje u slučaju da im poslodavac to ne omogućuje.

Kod tvrdnje da njihov nadređeni ima sluha za njihove profesionalne potrebe, neodlučno je 100 (27 %) ispitanika, 103 (28 %) se u potpunosti ne slaže, a samo se 41 (11 %) ispitanik s tvrdnjom slaže u potpunosti.

Profesionalnim uvjetima rada nezadovoljno je ili je u potpunosti nezadovoljno 188 (49 %) ispitanika, a opremom s kojom rade njih 154 (40 %).

Tvrdnjom o dostatnoj količini lijekova kojima raspolažu slaže se 110 (30 %) ispitanika, a njih 106 (28 %) neodlučno je po pitanju dostatnosti potrošnog medicinskog materijala za rad s pacijentima.

Iskustva s pacijentima su za 242 (64,2 %) ispitanika pozitivna ili potpuno pozitivna. Sa svojim primanjima nezadovoljno je ili potpuno nezadovoljno 198 (52 %) ispitanika (Tablica 23.).

Tablica 23.: Samoprocjena stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentom i primanjima

	broj (%) ispitanika					ukupno
	u potpunosti se ne slažem	2	3	4	u potpunosti se slažem	
stručno usavršavanje						
Omoгуčuje li Vam poslodavac adekvatno usavršavanje?	121 (32)	60 (16)	84 (22)	57 (15)	52 (13,9)	374 (100)
Ako Vam poslodavac ne omoгуčuje, financirate li sami stručno usavršavanje?	52 (15)	26 (7)	79 (22)	90 (25)	109 (30,6)	356 (100)
profesionalne potrebe						
Ima li Vaš nadređeni (ravnateljstvo) sluha za Vaše profesionalne potrebe?	103 (28)	72 (19)	100 (27)	56 (15)	41 (11)	372 (100)
Radite li u zadovoljavajućim profesionalnim uvjetima?	88 (23)	100 (26)	92 (24)	61 (16)	38 (10)	379 (100)
Radite li s adekvatnom opremom?	67 (18)	85 (22)	112 (29)	67 (18)	49 (12,9)	380 (100)
Smatrate li opremu kojom radite zadovoljavajućom?	65 (17)	89 (23)	110 (29)	66 (17)	50 (13,2)	380 (100)
Smatrate li da je dostupna količina lijekova koju imate dostatna za rad s pacijentima?	36 (10)	48 (13)	90 (24)	110 (30)	85 (23)	369 (100)
Smatrate li da je količina potrošnog medicinskog materijala za rad s pacijentima dostatna?	42 (11)	56 (15)	106 (28)	95 (25)	74 (19,8)	373 (100)
Iskustva s pacijentom						
	potpuno negativna	2	3	4	potpuno pozitivna	ukupno
Kakva su Vaša iskustva s pacijentima?	1 (0,3)	17 (4,5)	117 (31)	181 (48)	61 (16,2)	377 (100)
primanja						
	u potpunosti se ne slažem	2	3	4	u potpunosti se slažem	ukupno
Smatrate li svoja primanja zadovoljavajućima?	110 (29)	88 (23)	99 (26)	56 (15)	26 (6,9)	379 (100)

Izvor: rezultati istraživanja

Najvišu su ocjenu ispitanici dali zadovoljstvu iskustvom s pacijentima, a najmanju zadovoljstvu plaćom.

Muškarci su značajno su zadovoljniji stručnim usavršavanjem (Mann-Whitney U-test, $P = 0,03$), kao i ispitanici na voditeljskim funkcijama (Mann-Whitney U-test, $P = 0,02$).

Također, muškarcima su značajno zadovoljniji i uvjetima rada i profesionalnim potrebama (Mann-Whitney U-test, $P = 0,02$).

Uzevši u obzir status specijalizacije, uvjetima rada i profesionalnim potrebama najzadovoljniji su doktori medicine (Kruskal-Wallis test, $P = 0,004$), ispitanici iz privatnih klinika (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), te ispitanici na voditeljskoj funkciji (Mann Whitney U test, $P < 0,001$).

Iskustvom s pacijentima zadovoljniji su specijalisti s užom specijalnosti i ispitanici koji rade u privatnim klinikama (Kruskal-Wallis test, $P = 0,009$).

Plaćom su zadovoljniji specijalisti sa subspecijalizacijom (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), zaposlenici privatnih klinika (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), te ispitanici s voditeljskom funkcijom (Mann-Whitney-U test, $P < 0,001$) (Tablica 24.).

Tablica 24.: Ocjena stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentima i zadovoljstva primanjima u odnosu na osnovna obilježja ispitanika

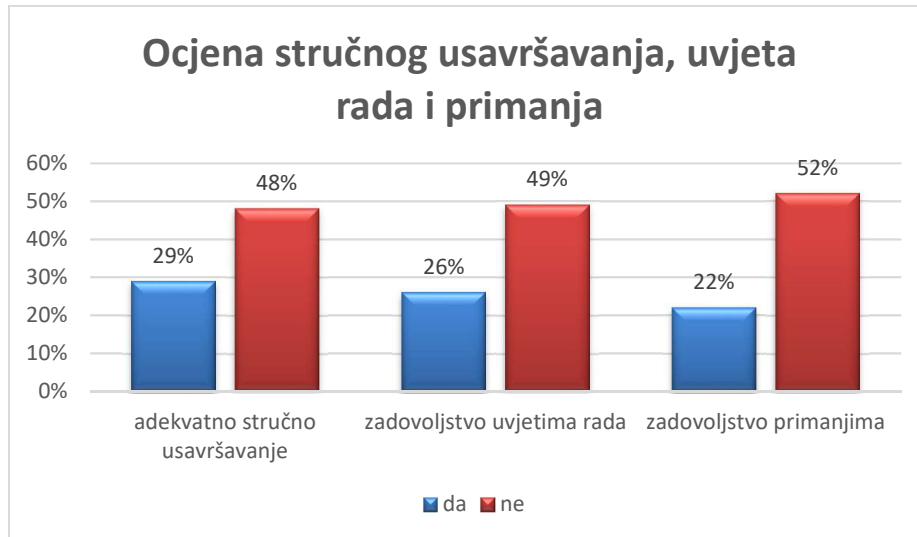
	medijan (interkvartilni raspon)			
	zadovoljstvo stručnim usavršavanjem	zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama	zadovoljstvo iskustvom s pacijentima	zadovoljstvo plaćom
ukupna ocjena	2,5 (1,5 – 3,1)	2,8 (2,2 – 3,7)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3)
spol				
muškarci	3 (2,5 – 4)	3 (2,2 – 4)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3,5)
žene	2,5 (1,5 – 3)	2,8 (2,2 – 3,5)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3)
P^*	0,03	0,02	0,38	0,43
status specijalizacije				
doktor medicine	2 (1 – 3)	3,33 (2,3 – 4)	3 (3 – 5)	3 (2 – 4)
specijalizant	2,5 (1,5 – 3)	2,67 (2,2 – 3)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3)
specijalist	3 (2 – 3,5)	3 (2,3 – 4)	4 (3 – 4)	3 (2 – 3)
specijalist s užom specijalnosti	3 (1,5 – 3,5)	2,83 (2 – 4)	4,5 (3 – 5)	3,5 (2 – 4)
$P^†$	0,08	0,004	0,009	<0,001
vrsta specijalizacije				
kirurška	2,5 (1,9 – 3,5)	3 (2,3 – 4)	4 (3 – 4)	3 (1 – 3,25)
nekirurška	2,5 (1,5 – 3)	2,8 (2,2 – 3,7)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3)
P^*	0,67	0,18	0,95	0,48
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni				
dom zdravlja	2,5 (2 – 3,5)	3 (2,7 – 4)	4 (3 – 4)	2 (2 – 3)
opća bolnica	2 (1,5 – 3)	2,83 (2,1 – 4)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3)
klinička bolnica	2,5 (1,25 – 3,25)	2,5 (1,8 – 3)	4 (3 – 4)	2 (1 – 4)
KBC	2,5 (1,5 – 3,5)	2,67 (2 – 3)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3)
privatna klinika	3 (2,5 – 3)	4 (3,5 – 5)	5 (4 – 5)	4 (2,3 – 4)
ostalo	2,5 (1,5 – 3,75)	2,75 (2,2 – 4)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3)
$P^†$	0,31	<0,001	0,009	<0,001
voditeljska funkcija na radnom mjestu				
ne	2,5 (1,5 – 3)	2,7 (2,2 – 3,3)	4 (3 – 4)	2 (1 – 3)
da	3 (2 – 3,5)	3,5 (2,5 – 4,3)	4 (3 – 5)	3 (2 – 4)
P^*	0,02	<0,001	0,06	<0,001

*Mann-Whitney U-test; †Kruskal-Wallisov test

Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju dobivenih rezultata istraživanja, Slika 20. izdvojeno pokazuje zadovoljstvo ispitanika stručnim usavršavanjem, uvjetima rada i primanja.

Slika 20.: Zadovoljstvo stručnim usavršavanjem, uvjetima rada i primanja



Izvor: rezultati istraživanja

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentom i zadovoljstva primanjima te povezanost s dobi ispitanika.

Ako je ispitanik zadovoljniji stručnim usavršavanjem ($\rho = 0,264$), uvjetima rada ($\rho = 0,384$) i iskustvom s pacijentima ($\rho = 0,260$), zadovoljniji je i svojom plaćom.

Pozitivna je i značajna veza uvjeta rada sa stručnim usavršavanjem ($\rho = 0,496$) i s iskustvom s pacijentima ($\rho = 0,254$), odnosno ispitanici zadovoljniji uvjetima rada i profesionalnim potrebama zadovoljniji su i sa stručnim usavršavanjem i s iskustvom s pacijentima.

Najjača je povezanost stručnog usavršavanja i uvjeta rada i profesionalnih potreba ($\rho = 0,496$) (Tablica 25.).

Tablica 25.: Međusobna povezanost stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentom i zadovoljstva primanjima i povezanost s dobi ispitanika

	Spearmanov koeficijent korelacije (ρ) (P vrijednost)		
	zadovoljstvo stručnim usavršavanjem	zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama	zadovoljstvo iskustvom s pacijentima
zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama	0,496 (<0,001)	-	
zadovoljstvo iskustvom s pacijentima	0,081 (0,12)	0,254 (<0,001)	-
zadovoljstvo plaćom	0,264 (<0,001)	0,384 (<0,001)	0,260 (<0,001)
dob ispitanika	0,063 (0,24)	0,198 (<0,001)	0,185 (0,001)

Izvor: rezultati istraživanja

Sve navedene korelacije prikazuju da, ako raste zadovoljstvo jednom varijablom, raste i drugom. Korelacija jedino nije utvrđena između zadovoljstva iskustvom s pacijentima i zadovoljstva stručnim usavršavanjem.

Mjesečna primanja od 10.001 kn do 15.000 kn ima 154 (40,4 %) ispitanika, a od 5.000 kn do 10.000 kn njih 133 (34,9 %). Prekovremeno radi 280 (73,5 %) ispitanika, a medijan mjesečnog prekovremenog broja radnih sati iznosi 32 sata (interkvartilnog raspona od 20 do 50 prekovremenih sati) u rasponu od 4 do 260 prekovremenih sati.

Da u potpunosti nisu adekvatno plaćeni za prekovremeni rad, navodi 170 (44,6 %) ispitanika, dok ih se 25 (6,6 %) slaže ili u potpunosti slaže s tvrdnjom da su adekvatno plaćeni (Tablica 26.).

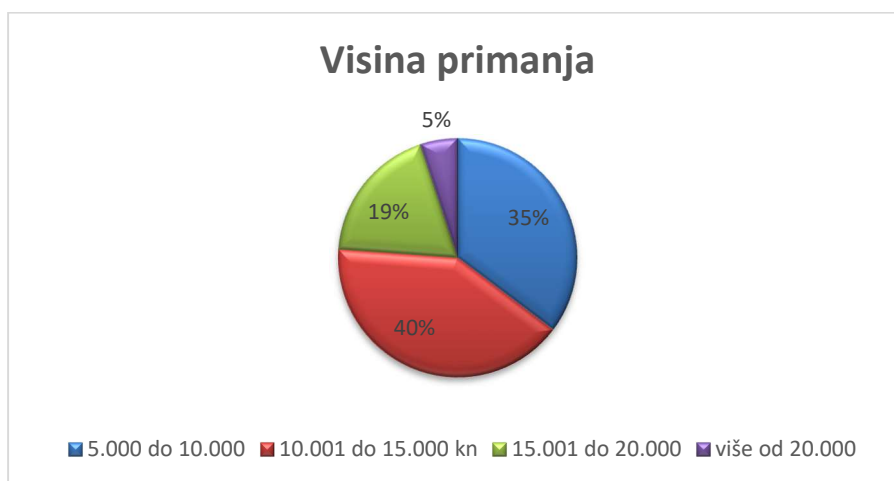
Tablica 26.: Raspodjela ispitanika prema visini primanja, prekovremenom radu te samoprocjeni adekvatne plaće za prekovremeni rad

	broj (%) ispitanika
Koja je visina vaših primanja?	
5.000 kn do 10.000 kn	133 (34,9)
10.001 kn do 15.000 kn	154 (40,4)
15.001 do 20.000 kn	71 (18,6)
više od 20.000 kn	19 (5)
Radite li prekovremeno?	
ne	97 (25,5)
da	280 (73,5)
ukupno	377 (99)
Smatrate li da ste adekvatno plaćeni za prekovremeni rad?	
U potpunosti se ne slažem	170 (44,6)
ne slažem se	68 (17,8)
niti se slažem niti se ne slažem	58 (15,2)
slažem se	9 (2,4)
u potpunosti se slažem	16 (4,2)
ukupno	321 (84,3)

Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju podataka iz Tablice 26., Slika 21. prikazuje kako su se ispitanici izjasnili vezano za visinu svojih mjesečnih primanja.

Slika 21.: Kategorija ispitanika prema visini mjesečnih primanja



Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju podataka iz Tablice 26., Slika 22. prikazuje koliko ispitanika radi u prekovremenom radu.

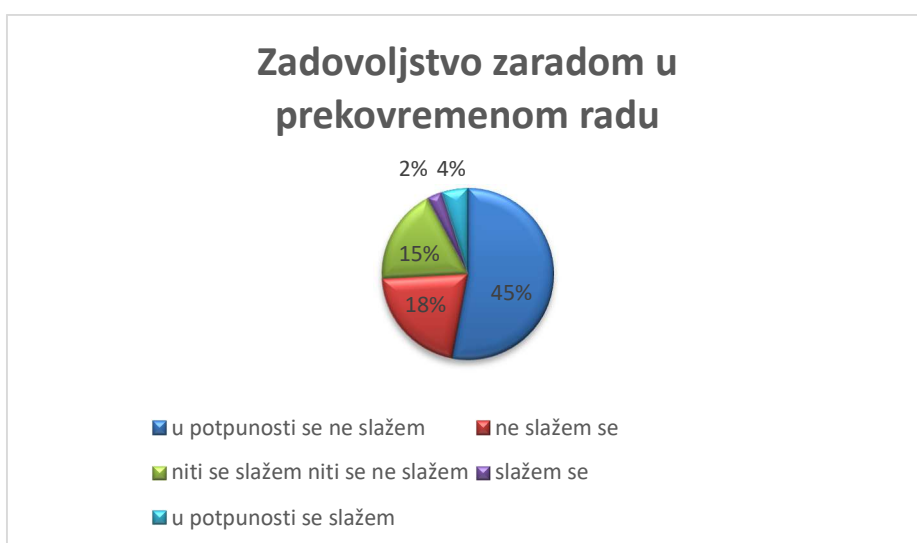
Slika 22.: Rad ispitanika u prekovremenom radu



Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju podataka iz Tablice 26., Slika 23. prikazuje koliko su ispitanici zadovoljni svojim primanjima u prekovremenom radu.

Slika 23.: (Ne)zadovoljstvo ispitanika primanjima u prekovremenom radu



Izvor: rezultati istraživanja

5.4. MIŠLJENJE ISPITANIKA O ODLASKU IZ USTANOVE U KOJOJ RADE ILI O ODLASKU IZ REPUBLIKE HRVATSKE

O promjeni ustanove u kojoj rade u potpunosti razmišlja 109 (29,1 %) ispitanika, o preseljenju u drugi grad u Hrvatskoj u potrazi za boljim radnim uvjetima njih 48 (12,7 %), o preseljenju u

drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima u potpunosti razmišlja 101 (26,8 %) ispitanik, a njih 66 (17,5 %) razmišlja o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima (Tablica 27.).

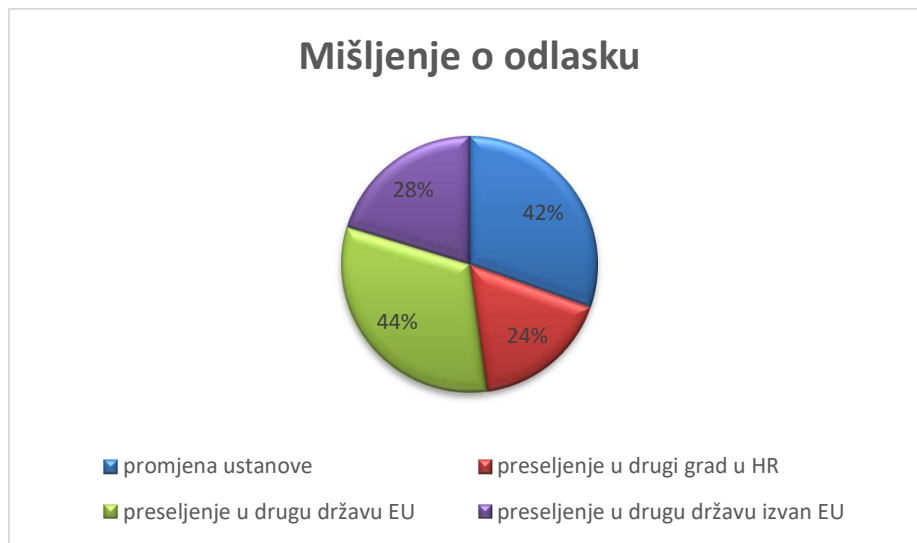
Tablica 27.: Procjena mišljenja o odlasku iz ustanove u drugi grad u Hrvatskoj, ili drugu državu unutar ili izvan Europske unije

	broj (%) ispitanika					ukupno
	u potpunosti se ne slažem	2	3	4	u potpunosti se slažem	
Razmišljate li o promjeni ustanove u kojoj radite?	86 (23)	45 (12)	84 (22)	50 (13)	109 (29,1)	374 (100)
Razmišljate li o preseljenju u drugi grad u Hrvatskoj u potrazi za boljim radnim uvjetima?	191 (51)	43 (11)	53 (14)	42 (11)	48 (12,7)	377 (100)
Razmišljate li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?	121 (32)	36 (10)	56 (15)	63 (17)	101 (26,8)	377 (100)
Razmišljate li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?	182 (48)	48 (13)	46 (12)	36 (10)	66 (17,5)	378 (100)

Izvor: rezultati istraživanja

Prema dobivenim rezultatima istraživanja prikazanim u Tablici 27., Slika 24. prikazuje kakvo je mišljenje ispitanika vezano za promjenu mjesta rada i destinaciju preseljenja.

Slika 24.: Mišljenje ispitanika o odlasku (slaže se i u potpunosti se slaže)



Izvor: rezultati istraživanja

O promjeni ustanove u kojoj rade značajnije više razmišljaju ispitanici koji nisu u braku (Kruskal-Wallis test, $P = 0,02$), ispitanici iz Središnje Hrvatske i Zagreba te Dalmacije (Kruskal-Wallis test, $P = 0,001$), značajno više specijalizanti (Kruskal-Wallis test, $P = 0,009$), i ispitanici iz općih bolnica (Kruskal-Wallis test, $P = 0,002$).

O preseljenju u drugi grad u Hrvatskoj značajno više razmišljaju oni koji nisu u braku ili žive u izvanbračnoj zajednici (Kruskal-Wallis test, $P = 0,02$), stanovnici Slavonije i Dalmacije (Kruskal-Wallis test, $P = 0,002$) te ispitanici iz općih bolnica (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$).

O preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima značajno više razmišljaju oni koji nisu u braku ili žive u izvanbračnoj zajednici (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), stanovnici Središnje Hrvatske, Zagreba i Dalmacije (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), značajno više specijalizanti (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), te zaposlenici općih i kliničkih bolnica (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$) (Tablica 28.).

Tablica 28.: Procjena mišljenja o odlasku iz ustanove u drugi grad u Hrvatskoj, ili drugu državu unutar ili izvan Europske unije u odnosu na opća obilježja ispitanika

	medijan (interkvartilni raspon)			
	Razmišljate li o promjeni ustanove u kojoj radite?	Razmišljate li o preseljenju u drugi grad u Hrvatskoj u potrazi za boljim radnim uvjetima?	Razmišljate li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?	Razmišljate li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?
ukupna ocjena	3 (2 – 5)	1 (1 – 3)	3 (1 – 5)	2 (1 – 4)
dob ispitanika				
-30 godina	3 (2 – 5)	4 (2 – 5)	3 (2 – 4)	2 (1 – 3)
31 – 40 godina	2 (1 – 4)	3 (1 – 4)	1 (1 – 3)	1 (1 – 2)
41 – 50 godina	4 (2 – 5)	4 (2 – 5)	3 (1 – 4)	1 (1 – 3)
51 i više godina	2 (1 – 4)	2 (1 – 4)	2 (1 – 4)	1 (1 – 2)
<i>P</i> [†]	<0,001	<0,001	<0,001	0,002
bračni status				
oženjen/udana	3 (1 - 4)	1 (1 - 3)	3 (1 - 4)	1 (1 - 3)
neoženjen/neudana	4 (2 - 5)	2 (1 - 4)	4 (2 - 5)	3 (1 - 5)
izvanbračna zajednica	3 (2 - 5)	2 (1 - 4)	4 (2 - 5)	1 (1 - 4)
<i>P</i> [†]	0,02	0,02	<0,001	0,001
lokacija stanovanja i rada				
Slavonija i Baranja	3 (1 - 4)	2 (1 - 3)	3 (1 - 4)	1 (1 - 3)
Središnja Hrvatska i Zagreb	4 (2 - 5)	1,5 (1 - 4)	4 (3 - 5)	3 (1 - 4)
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	3 (1 - 4)	1 (1 - 3)	2 (1 - 4)	1 (1 - 3)
Dalmacija	4 (3 - 5)	2 (1 - 4)	4 (2 - 5)	3 (1 - 5)
<i>P</i> [†]	0,001	0,02	<0,001	<0,001
status specijalizacije				
doktor medicine	3 (1 - 5)	1 (1 - 3)	1 (1 - 4)	1 (1 - 2)
specijalizant	4 (2 - 5)	2 (1 - 4)	4 (2 - 5)	3 (1 - 4)
specijalist	3 (2 - 5)	1 (1 - 4)	3 (1 - 4)	1 (1 - 3)
specijalist s užom specijalnosti	3 (1 - 4)	1 (1 - 3)	2 (1 - 4)	1 (1 - 3)
<i>P</i> [†]	0,009	0,07	<0,001	<0,001

vrsta specijalizacije				
kirurška	3 (1,5 – 5)	2 (1 – 3)	3 (1 – 5)	2 (1 – 3)
nekirurška	3 (2 – 5)	1 (1 – 4)	3 (1 – 5)	2 (1 – 4)
<i>P</i> *	0,47	0,92	0,85	0,75
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni				
dom zdravlja	3 (2 - 4)	1 (1 - 3)	2 (1 - 4)	1 (1 - 3)
opća bolnica	4 (3 - 5)	3 (1 - 5)	4 (3 - 5)	3 (1 - 5)
klinička bolnica	3 (2,5 - 5)	1 (1 - 3)	4 (2,5 - 5)	2 (1 - 4)
KBC	3 (2 - 5)	2 (1 - 4)	3 (1 - 5)	2 (1 - 4)
privatna klinika	2 (1 - 4)	1 (1 - 1)	1 (1 - 3)	1 (1 - 2)
ostalo	3 (2 - 5)	1 (1 - 3)	3 (1 - 4)	2 (1 - 4)
<i>P</i> †	0,002	<0,001	<0,001	0,01

*Mann-Whitney U-test; †Kruskal-Wallisov test

Izvor: rezultati istraživanja

Što su zadovoljstvo stručnim usavršavanjem, uvjetima rada, iskustvom s pacijentima i zadovoljstvo plaćom veći, ispitanici manje razmišljaju o promjeni ustanove u kojoj rade, odlasku u drugi grad u Hrvatskoj ili drugu državu unutar ili izvan Europske unije. Također, što su ispitanici stariji, to manje razmišljaju o odlasku.

Najjača je povezanost zadovoljstva uvjetima rada i profesionalnim potrebama s razmišljanjem o promjeni ustanove u kojoj rade ($\rho = -0,521$) (Tablica 29.).

Tablica 29.: Povezanost stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentima i zadovoljstva primanjima i dobi ispitanika s procjenom odlaska iz ustanove u drugi grad u Hrvatskoj, u drugu državu unutar ili izvan Europske unije

	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)			
	Razmišljate li o promjeni ustanove u kojoj radite?	Razmišljate li o preseljenju u drugi grad u Hrvatskoj u potrazi za boljim radnim uvjetima?	Razmišljate li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?	Razmišljate li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?
zadovoljstvo stručnim usavršavanjem	-0,342 (<0,001)	-0,192 (<0,001)	-0,287 (<0,001)	-0,232 (<0,001)
zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama	-0,521 (<0,001)	-0,279 (<0,001)	-0,399 (<0,001)	-0,262 (<0,001)
zadovoljstvo iskustvom s pacijentima	-0,179 (0,001)	-0,156 (0,002)	-0,198 (<0,001)	-0,108 (0,04)
zadovoljstvo plaćom	-0,394 (<0,001)	-0,127 (0,01)	-0,496 (<0,001)	-0,335 (<0,001)
dob ispitanika	-0,252 (<0,001)	-0,215 (<0,001)	-0,324 (<0,001)	-0,231 (<0,001)

Izvor: rezultati istraživanja

Za potrebe istraživanja ispitanici su sami definirali što za njih znače bolji radni uvjeti.

Bolji radni uvjeti za 117 (30,7 %) ispitanika podrazumijevaju višu plaću, za 89 (23,4 %) ispitanika radni uvjeti odnose se na uvjete u medicinskom smislu, za 72 (18,9 %) u socijalnom smislu, dok 37 (9,7 %) ispitanika navodi da sve navedeno određuje radne uvjete (Tablica 30.).

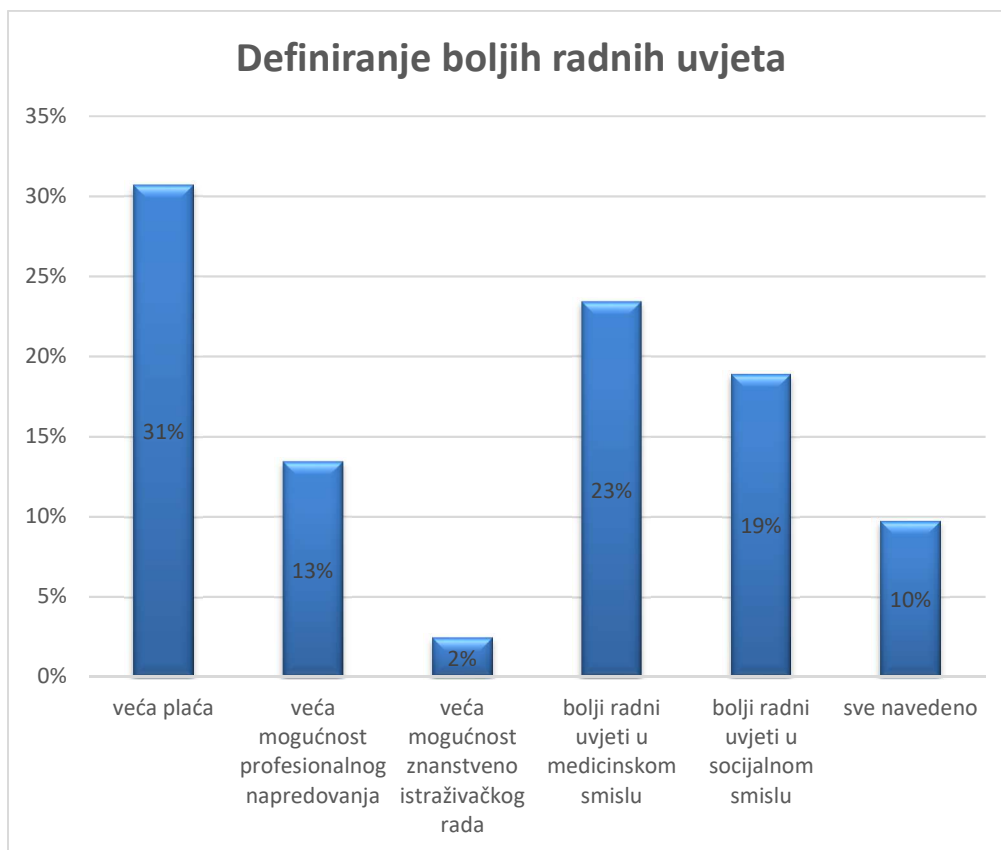
Tablica 30.: Raspodjela ispitanika prema tome što su po njima bolji radni uvjeti

	broj (%) ispitanika
Što su za vas bolji radni uvjeti?	
veća plaća	117 (30,7)
veća mogućnost profesionalnog usavršavanja	51 (13,4)
veća mogućnost znanstveno-istraživačkog rada	9 (2,4)
bolji radni uvjeti u medicinskom smislu	89 (23,4)
bolji radni uvjeti u socijalnom smislu	72 (18,9)
sve navedeno	37 (9,7)
ukupno	375 (98,4)

Izvor: rezultati istraživanja

Prema podacima iz Tablice 30., na Slici 25. prikazano je mišljenje ispitanika vezano za njihov stav oko boljih radnih uvjeta.

Slika 25.: Definicija boljih radnih uvjeta



Izvor: rezultati istraživanja

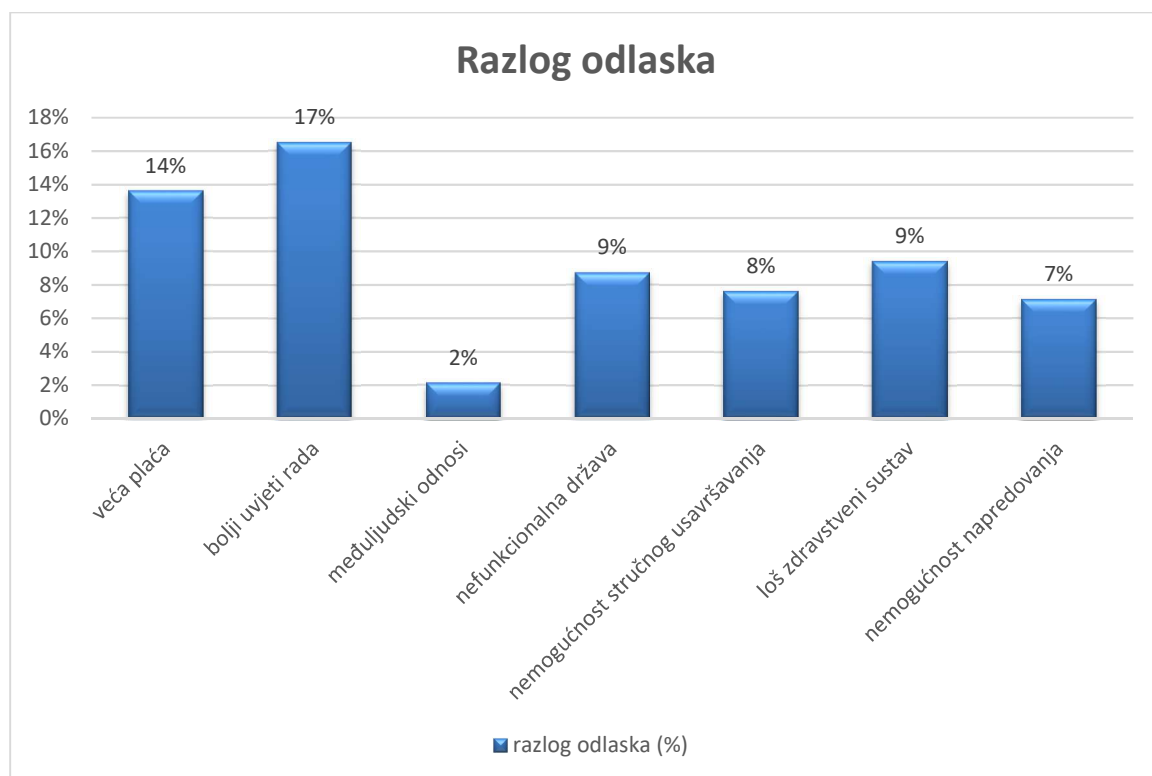
Korake oko mogućeg preseljenja poduzeo je 101 (26,5 %) ispitanik, a kao konkretan razlog odlaska 63 (16,5 %) ispitanika navodi bolje uvjete rada, 52 (13,6 %) veću plaću, dok je 33 (8,7 %) ispitanika nezadovoljno funkcioniranjem cjelokupne Republike Hrvatske (miješanje politike u sve sfere društva pa tako i u zdravstveni sustav), a njih 36 (9,4 %) posebno ističe loš zdravstveni sustav u Hrvatskoj (Tablica 31.).

Tablica 31.: Ispitanici prema konkretnom razlogu zbog kojeg bi otišli

konkretnan razlog odlaska	broj (%) ispitanika
veća plaća	52 (13,6)
bolji uvjeti rada	63 (16,5)
mobing na radnom mjestu, loši međuljudski odnosi	12 (3,1)
nezadovoljstvo funkcioniranjem cjelokupne RH (miješanje politike u sve sfere društva pa tako i u zdravstveni sustav)	33 (8,7)
nemogućnost stručnog usavršavanja (da ne moraju sami financirati stručno usavršavanje)	29 (7,6)
loš zdravstveni sustav u RH	36 (9,4)
nemogućnost napredovanja / nepotizam	27 (7,1)

Izvor: rezultati istraživanja

Slika 26.: Konkretni razlozi zbog kojeg bi ispitanici otišli



Izvor: rezultati istraživanja

Zbog boljih uvjeta preselio bi u državu čiji jezik ne poznaje 191 (52,9 %) ispitanik, od kojih je značajno više ispitanika koji nisu u braku (χ^2 test, $P = 0,02$), a prema statusu specijalizacije značajno više specijalizanata (χ^2 test, $P = 0,004$), te ispitanika zaposlenih u općim bolnicama i

kliničkim bolničkim centrima (χ^2 test, P = 0,02). Nema značajnih razlika u odnosu na spol, lokaciju stanovanja i rada te vrstu specijalizacije (Tablica 32.).

Od ispitanika koji razmišljaju o odlasku i poduzeli su korake oko preseljenja, nešto je više ispitanika s internih odjela, anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja te kirurgije (Tablica 32).

Tablica 32.: Raspodjela ispitanika prema specijalizaciji i poduzetim koracima oko preseljenja

	broj (%) ispitanika		
	nije poduzeo korake oko preseljenja	poduzeo korake oko preseljenja	ukupno
interna medicina	27 (12,4)	16 (17,2)	43 (13,8)
pedijatrija	25 (11,5)	5 (5,4)	30 (9,6)
anesteziologija, reanimatologija i intenzivno liječenje	18 (8,3)	11 (11,8)	29 (9,3)
obiteljska medicina	22 (10,1)	3 (3,2)	25 (8)
kirurgija	14 (6,4)	11 (11,8)	25 (8)
hitna medicina	14 (6,4)	4 (4,3)	18 (5,8)
psihijatrija	10 (4,6)	4 (4,3)	14 (4,5)
fizikalna medicina	10 (4,6)	4 (4,3)	14 (4,5)
urologija	12 (5,5)	2 (2,2)	14 (4,5)
neurologija	6 (2,8)	6 (6,5)	12 (3,9)
ginekologa i opstetricija	4 (1,8)	4 (4,3)	8 (2,6)
otorinolaringologija	7 (3,2)	2 (2,2)	9 (2,9)
dermatologija	6 (2,8)	3 (3,2)	9 (2,9)
ortopedija s traumatologijom	7 (3,2)	2 (2,2)	9 (2,9)
oftalmologija	4 (1,8)	2 (2,2)	6 (1,9)
medicina rada	6 (2,8)	2 (2,2)	8 (2,6)
radiologija	4 (1,8)	3 (3,2)	7 (2,3)
patologija	3 (1,4)	1 (1,1)	4 (1,3)
školska medicina	3 (1,4)	2 (2,2)	5 (1,6)
transfuzija	2 (0,9)	1 (1,1)	3 (1)
onkologija	2 (0,9)	1 (1,1)	3 (1)
klinička mikrobiologija	1 (0,5)	2 (2,2)	3 (1)
epidemiologija	2 (0,9)	1 (1,1)	3 (1)
infektologija	2 (0,9)	0	2 (0,6)
nuklearna medicina	2 (0,9)	0	2 (0,6)
maksilofacijalna kirurgija	1 (0,5)	0	1 (0,3)
flebologija i angiologija	1 (0,5)	0	1 (0,3)

Izvor: rezultati istraživanja

Nema značajne razlike u poduzetim koracima za preseljenje u odnosu na to radi li ispitanik na voditeljskom radnom mjestu ili ne, te radi li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi (Tablica 33.).

Tablica 33.: Raspodjela ispitanika po tome imaju li voditeljsku funkciju i rade li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi u odnosu na to jesu li poduzeli korake za preseljenje ili ne

	broj (%) ispitanika			P*
	nije poduzeo korake oko preseljenja	poduzeo korake oko preseljenja	ukupno	
Imate li na radnom mjestu voditeljsku funkciju?				
da	166 (70,6)	75 (74,3)	241 (71,7)	0,50
ne	69 (29,4)	26 (25,7)	95 (28,3)	
ukupno	235 (100)	101 (100)	336 (100)	
Radite li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi?				
da	159 (67,4)	58 (57,4)	217 (64,4)	0,22
ne	27 (11,4)	15 (14,9)	42 (12,5)	
ponekad	50 (21,2)	28 (27,7)	78 (23,1)	
ukupno	236 (100)	101 (100)	337 (100)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

Ispitanici koji su poduzeli korake oko preseljenja, značajnije su više nezadovoljniji time koliko im poslodavac omogućuje adekvatno usavršavanje (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$), nadređeni im imaju značajnije manje sluha za njihove profesionalne potrebe (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$), ne rade u zadovoljavajućim profesionalnim uvjetima (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$), ne rade s adekvatnom opremom (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$), opremu koju imaju smatraju nezadovoljavajućom (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$). Također, svoja primanja smatraju nezadovoljavajućim (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$), te smatraju da za svoj prekovremeni rad nisu zadovoljavajuće plaćeni (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$) (Tablica 34.).

Tablica 34.: Zadovoljstvo ustanovom u kojoj rade u odnosu na to jesu li poduzeli korake za preseljenje ili ne

	medijan (interkvartilni raspon)		p*
	nije poduzeo korake oko preseljenja	poduzeo korake oko preseljenja	
Imate li ambicije za napredovanje u hijerarhijskoj strukturi u Vašoj ustanovi?	3 (2 - 4)	3 (2 - 5)	0,72
Zarađujete li u dopunskom radu prema očekivanjima?	3 (1 - 3)	2 (1 - 3)	0,14
Sudjelujete li u kliničkim ispitivanjima?	1 (1 - 3)	1 (1 - 3)	0,15
Omogućuje li Vam poslodavac sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima?	2 (1 - 4)	2 (1 - 3)	0,36
Smatrate li da zarađujete dovoljno na kliničkim ispitivanjima?	1 (1 - 3)	1 (1 - 2)	0,15
Omogućuje li Vam poslodavac adekvatno usavršavanje?	3 (1 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Ima li Vaš nadređeni (ravnateljstvo) sluha za Vaše profesionalne potrebe?	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Radite li u zadovoljavajućim profesionalnim uvjetima?	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Radite li s adekvatnom opremom?	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Smatrate li opremu s kojom radite zadovoljavajućom?	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Smatrate li svoja primanja zadovoljavajućima?	3 (2 - 4)	2 (1 - 2)	<0,001
Smatrate li da ste adekvatno plaćeni za prekovremeni rad?	2 (1 - 3)	1 (1 - 1)	<0,001

*Mann-Whitney U-test

Izvor: rezultati istraživanja

Visina mjesečnih primanja ne utječe značajno na to jesu li ispitanici poduzeli korake oko preseljenja ili ne.

Oni koji rade prekovremeno, značajnije su manje poduzeli korake oko preseljenja u odnosu na one koji prekovremeno ne rade (χ^2 test, P = 0,03) (Tablica 35.).

Tablica 35.: Raspodjela ispitanika po visini mjesečnih neto primanja i prema tome rade li prekovremeno u odnosu na to jesu li poduzeli korake za preseljenje ili ne

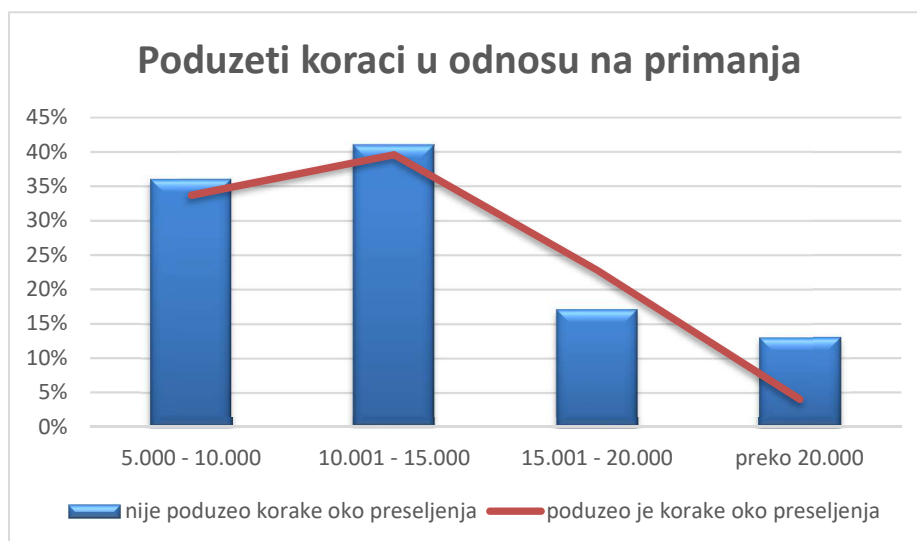
	broj (%) ispitanika			P*
	nije poduzeo korake oko preseljenja	poduzeo korake oko preseljenja	ukupno	
Kolika je visina Vaših mjesečnih neto primanja?				
5.000 – 10.000 kn	85 (36,3)	34 (33,7)	119 (35,5)	0,63
10.001 – 15.000 kn	96 (41)	40 (39,6)	136 (40,6)	
15.001 – 20.000 kn	40 (17,1)	23 (22,8)	63 (18,8)	
preko 20.000 kn	13 (5,6)	4 (4)	17 (5,1)	
ukupno	234 (100)	101 (100)	335 (100)	
Radite li prekovremeno?				
da	64 (27,2)	16 (15,8)	80 (23,8)	0,03
ne	171 (72,8)	85 (84,2)	256 (76,2)	
ukupno	235 (100)	101 (100)	336 (100)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju podataka iz Tablice 35., na Slici 27. prikazano je kretanje liječnika s obzirom na poduzete korake oko preseljenja i prema kriteriju visine mjesečnih primanja.

Slika 27.: Kretanje liječnika s obzirom na poduzete korake oko preseljenja u odnosu na visinu mjesečnih primanja

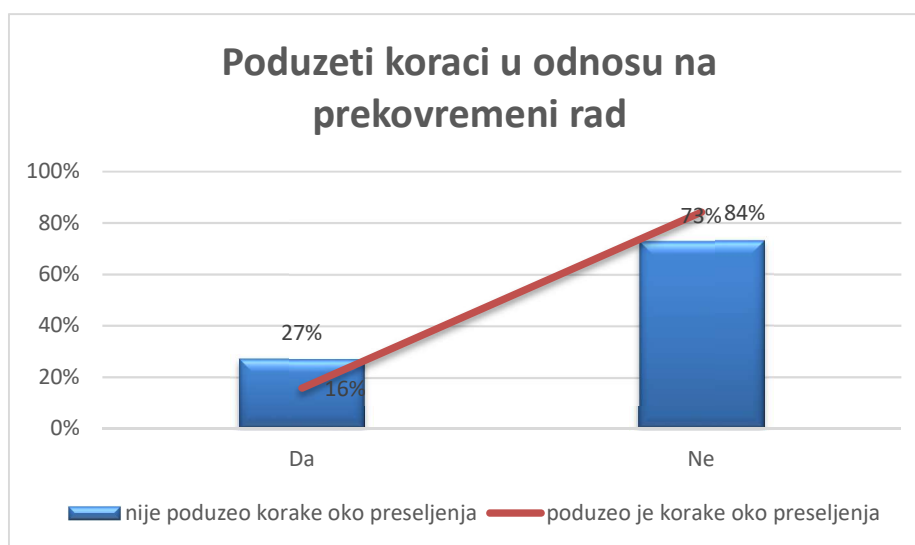


Izvor: rezultati istraživanja

Najveći postotak liječnika koji su poduzeli korake oko preseljenja (39,6 %) prima plaću između 10.000 i 15.000 kuna, dok su najmanje koraka oko preseljenja (4 %) poduzeli liječnici koji primaju plaću preko 20.000 kuna (Tablica 35.)

Na temelju podataka iz Tablice 35., na Slici 28. prikazano je kretanje liječnika s obzirom na poduzete korake oko preseljenja prema kriteriju prekovremenog rada.

Slika 28.: Kretanje liječnika s obzirom na poduzete korake oko preseljenja u odnosu na prekovremeni rad



Izvor: rezultati istraživanja

Najviše koraka oko preseljenja (84,2 %) poduzeli su liječnici koji ne rade u prekovremenom radu (Tablica 35.).

5.5. MIŠLJENJE O PRESELJENJU U ZEMLJE ČLANICE EUROPSKE UNIJE

O preseljenju u neku od država unutar Europske unije značajnije više razmišljaju ispitanici koji imaju voditeljsku funkciju (χ^2 test, $P < 0,001$) u odnosu na one koji nemaju, dok dopunski rad ne utječe na razmišljanje u preseljenju u neku od zemalja Europske unije (Tablica 36.).

Tablica 36.: Raspodjela ispitanika po tome imaju li voditeljsku funkciju i rade li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu unutar EU

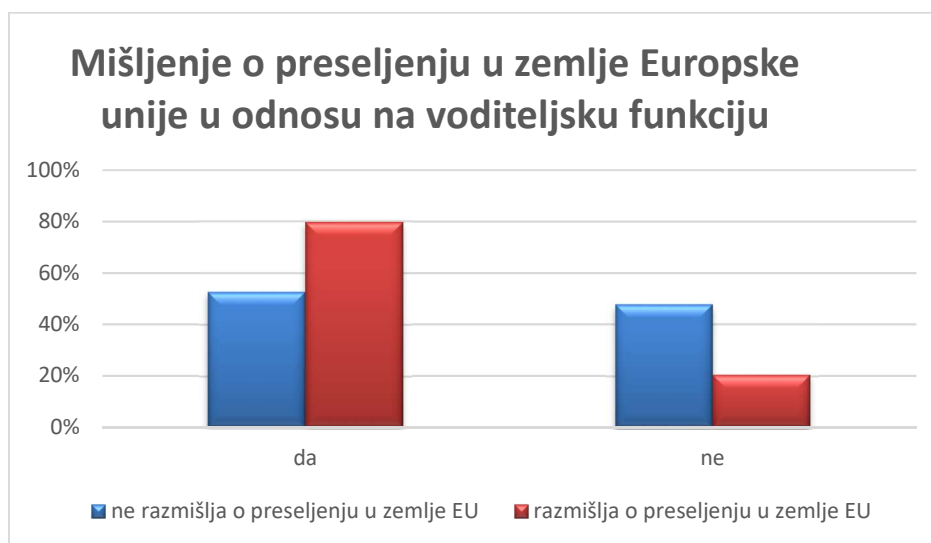
	broj (%) ispitanika			P*
	ne razmišlja o preseljenju u zemlje Europske unije	razmišlja o preseljenju u zemlje Europske unije	ukupno	
Imate li na radnom mjestu voditeljsku funkciju?				
da	63 (52,5)	203 (79,6)	266 (70,9)	< 0,001
ne	57 (47,5)	52 (20,4)	109 (29,1)	
ukupno	120 (100)	255 (100)	375 (100)	
Radite li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi?				
da	79 (65,3)	165 (64,7)	244 (64,9)	0,65
ne	18 (14,9)	31 (12,2)	49 (13)	
ponekad	24 (19,8)	59 (23,1)	83 (22,1)	
ukupno	121 (100)	255 (100)	376 (100)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju podataka iz Tablice 36., Slika 29. prikazuje kakvo je mišljenje ispitanika o preseljenju u zemlje članice Europske unije u odnosu na to imaju li voditeljsku ulogu na radnom mjestu.

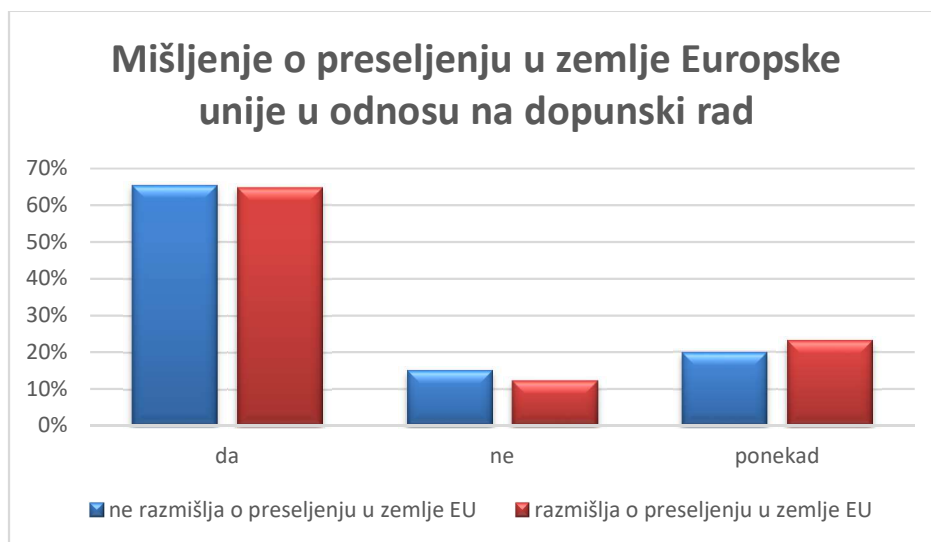
Slika 29.: Mišljenje o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na obavljanje voditeljske funkcije na radnom mjestu



Izvor: rezultati istraživanja

Na temelju podataka iz Tablice 36., Slika 30. prikazuje kakvo je mišljenje ispitanika o preseljenju u zemlje članice Europske unije u odnosu na činjenicu obavljaju li dopunski rad u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi.

Slika 30.: Odnos mišljenja o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na rad u dopunskom radu u drugoj zdravstvenoj ustanovi



Izvor: rezultati istraživanja

Ispitanici koji razmišljaju o preseljenju u neku od zemalja Europske unije, imaju značajno više ambicija za napredovanje u hijerarhijskoj strukturi njihove ustanove (Mann-Whitney U-test, $P = 0,04$), u dopunskom radu zarađuju manje od očekivanja (Mann-Whitney U-test, $P = 0,02$), poslodavac im manje omogućava sudjelovanje u kliničkim istraživanjima (Mann-Whitney U-test, $P = 0,002$) i ne omogućuje adekvatno usavršavanje (Mann Whitney U test, $P < 0,001$).

Također, takvi su ispitanici nezadovoljniji profesionalnim uvjetima, opremom kojom rade i primanjima, te smatraju da nisu adekvatno plaćeni za prekovremeni rad (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$) (Tablica 37.).

Tablica 37.: Zadovoljstvo ustanovom u kojoj rade u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije

	medijan (interkvartilni raspon)		P*
	ne razmišlja o preseljenju u zemlje Europske unije	razmišlja o preseljenju u zemlje Europske unije	
Imate li ambicije za napredovanje u hijerarhijskoj strukturi u Vašoj ustanovi?	2 (1,3 - 4)	3 (3 - 4)	0,04
Zarađujete li u dopunskom radu prema očekivanjima?	3 (1 - 3)	2 (1 - 3)	0,02
Sudjelujete li u kliničkim ispitivanjima?	1 (1 - 3)	1 (1 - 3)	0,31
Omogućuje li Vam poslodavac sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima?	2,5 (1 - 4,3)	2 (1 - 3)	0,002
Smatrate li da zarađujete dovoljno na kliničkim ispitivanjima?	1 (1 - 3)	1 (1 - 2)	0,77
Omogućuje li Vam poslodavac adekvatno usavršavanje?	3 (1 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Ima li Vaš nadređeni (ravnateljstvo) sluha za Vaše profesionalne potrebe?	3 (1 - 4)	2 (1 - 3)	0,12
Radite li u zadovoljavajućim profesionalnim uvjetima?	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Radite li s adekvatnom opremom?	3 (2 - 4)	2,5 (2 - 3)	<0,001
Smatrate li opremu s kojom radite zadovoljavajućom?	3 (2 - 4)	2,5 (2 - 3)	<0,001
Smatrate li svoja primanja zadovoljavajućima?	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Smatrate li da ste adekvatno plaćeni za prekovremeni rad?	2 (1 - 3)	1 (1 - 2)	<0,001

*Mann-Whitney U-test

Izvor: rezultati istraživanja

Visina mjesečnih neto primanja ne utječe na to razmišljaju li ispitanici o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije, dok o tome značajnije razmišljaju oni ispitanici koji ne rade prekovremeno (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 38.).

Tablica 38.: Raspodjela ispitanika po visini mjesečnih neto primanja i prema tome rade li prekovremeno u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije

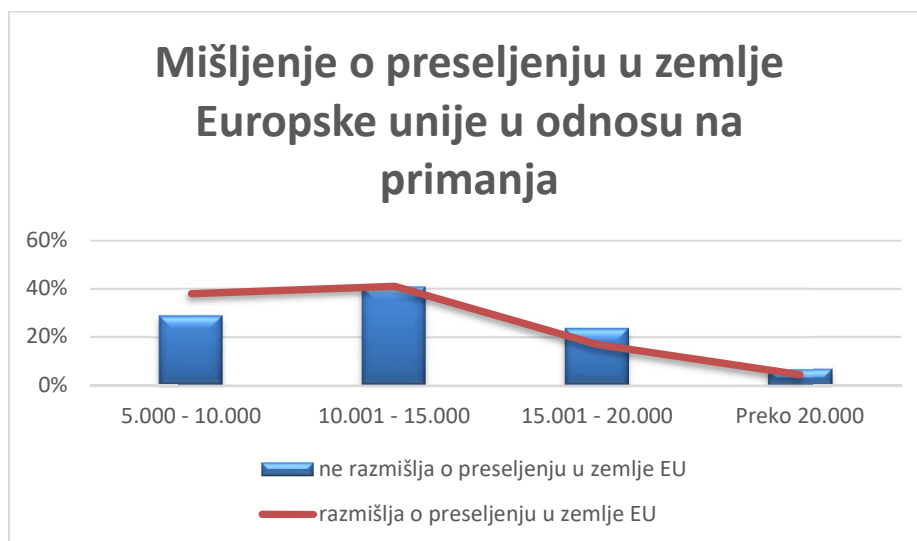
	broj (%) ispitanika			p*
	ne razmišlja o preseljenju u zemlje Europske unije	razmišlja o preseljenju u zemlje Europske unije	ukupno	
Kolika je visina Vaših mjesečnih neto primanja?				
5.000 – 10.000 kn	34 (28,8)	97 (37,9)	131 (35)	0,18
10.001 – 15.000 kn	48 (40,7)	105 (41)	153 (40,9)	
15.001 – 20.000 kn	28 (23,7)	43 (16,8)	71 (19)	
preko 20.000 kn	8 (6,8)	11 (4,3)	19 (5,1)	
ukupno	118 (100)	256 (100)	374 (100)	
Radite li prekovremeno?				
da	50 (41,7)	45 (17,7)	95 (25,4)	<0,001
ne	70 (58,3)	209 (82,3)	279 (74,6)	
ukupno	120 (100)	254 (100)	374 (100)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

Podaci dobiveni u Tablici 38., vezani za mišljenje o preseljenju u druge zemlje članice Europske Unije u odnosu na visinu mjesečnih primanja koju ostvaruju, prikazani su u Slici 31.

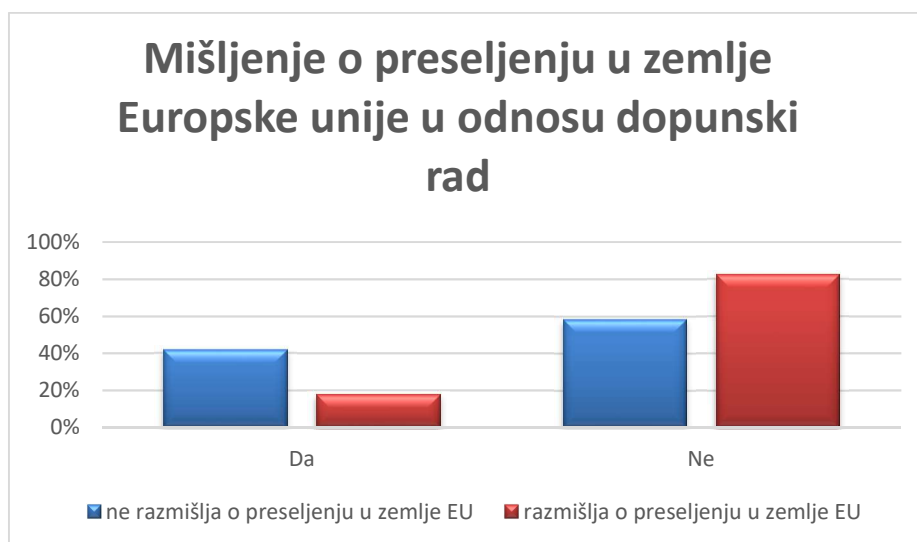
Slika 31.: Odnos mišljenja o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na visinu mjesečnih primanja



Izvor: rezultati istraživanja

Podaci dobiveni u Tablici 38., vezano za mišljenje o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na rad u dopunskom radu, prikazani su u Slici 32.

Slika 32.: Odnos mišljenja o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na prekovremeni rad



Izvor: rezultati istraživanja

Od 101 ispitanika koji su poduzeli korake oko preseljenja, 95 (94,1 %) ih razmišlja o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima.

Tablica 39.: Broj ispitanika koji razmišljaju o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije prema tome jesu li poduzeli korake oko preseljenja

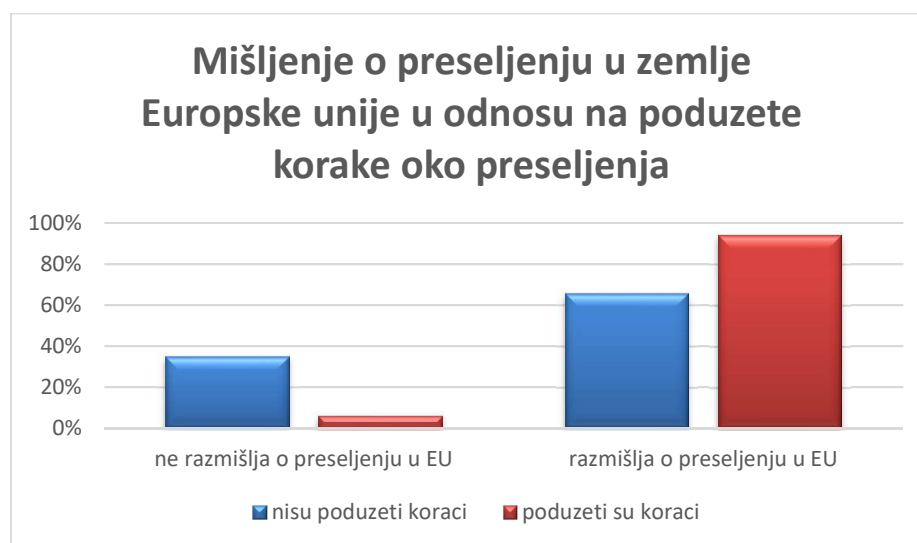
	broj (%) ispitanika prema tome jesu li poduzeli korake oko preseljenja			P*
	ne	da	ukupno	
Razmišljate li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?				
ne	81 (34,5)	6 (5,9)	87 (25,9)	<0,001
da	154 (65,5)	95 (94,1)	249 (74,1)	
ukupno	235 (100)	101 (100)	336 (100)	

*Hi-kvadrat test

Izvor: rezultati istraživanja

Slika 33. prikazuje odnos mišljenja o preseljenju u zemlje članice Europske unije u odnosu na poduzete korake.

Slika 33.: Odnos mišljenja o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije i poduzetih koraka za preseljenje



Izvor: rezultati istraživanja

5.6. MIŠLJENJE O PRESELJENJU U TREĆE ZEMLJE

O preseljenju u zemlje izvan Europske unije značajnije više razmišljaju ispitanici koji imaju voditeljsku funkciju (χ^2 test, $P = 0,001$), dok rad u dopunskom radu ne utječe na razmišljanje o odlasku u zemlje izvan Europske unije (Tablica 40.).

Tablica 40.: Raspodjela ispitanika po tome imaju li voditeljsku funkciju i rade li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije

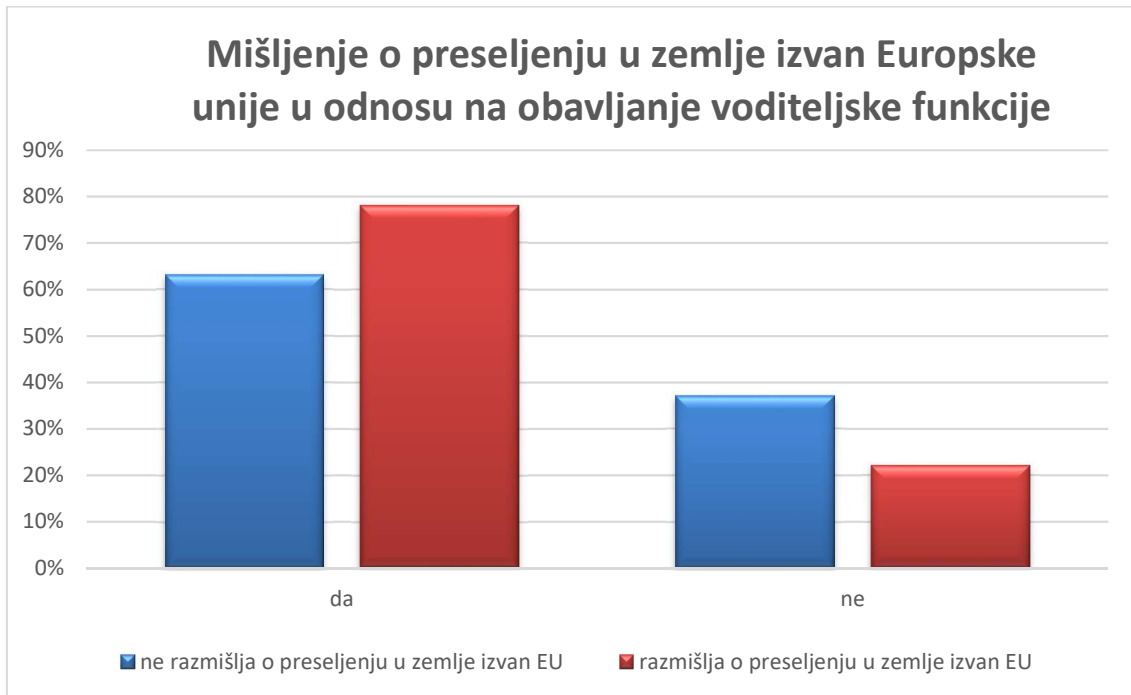
	broj (%) ispitanika			P*
	ne razmišlja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije	razmišlja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije	ukupno	
Imate li na radnom mjestu voditeljsku funkciju?				
da	114 (63)	152 (78,4)	266 (70,9)	0,001
ne	67 (37)	42 (21,6)	109 (29,1)	
ukupno	181 (100)	194 (100)	375 (100)	
Radite li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi?				
da	116 (63,7)	128 (66)	244 (64,9)	0,78
ne	23 (12,6)	26 (13,4)	49 (13)	
ponekad	43 (23,6)	40 (20,6)	83 (22,1)	
ukupno	182 (100)	194 (100)	376 (100)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

Dobiveni rezultati iz Tablice 40., vezani za mišljenje o preseljenju u zemlje izvan Europske unije u odnosu na obavljanje voditeljske funkcije na radnom mjestu, prikazani su na Slici 34.

Slika 34.: Odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije i obavljanje odnosno na obavljanje voditeljske funkcije na radnom mjestu



Izvor: rezultati istraživanja

Dobiveni rezultati iz Tablice 40., vezani za mišljenje o preseljenju u zemlje izvan Europske unije u odnosu na rad u dopunskom radu, prikazani su na Slici 34.

Slika 35.: Odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije i obavljanje poslova u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi



Izvor: rezultati istraživanja

Ispitanici koji razmišljaju o preseljenju u neku od zemalja izvan Europske unije imaju značajno više ambicija za napredovanje u hijerarhijskoj strukturi njihove ustanove (Mann-Whitney U-test, $P = 0,03$), u dopunskom radu zarađuju manje od očekivanja (Mann-Whitney U-test, $P = 0,03$), poslodavac im manje omogućava sudjelovanje u kliničkim istraživanjima (Mann-Whitney U-test, $P = 0,02$), i ne omogućuje adekvatno usavršavanje (Mann-Whitney U-test, $P = 0,001$). Također, takvi su ispitanici nezadovoljniji profesionalnim uvjetima, opremom i primanjima (Mann-Whitney U-test, $P < 0,001$) te smatraju da nisu adekvatno plaćeni za prekovremeni rad (Mann-Whitney U-test, $P = 0,03$) (Tablica 41.).

Tablica 41.: Zadovoljstvo ustanovom u kojoj rade u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije

	medijan (interkvartilni raspon)		P*
	ne razmišlja o preseljenju u zemlje izvan Eurospke unije	razmišlja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije	
Imate li ambicije za napredovanje u hijerarhijskoj strukturi u Vašoj ustanovi?	2 (1,3 - 4)	3 (3 - 4)	0,03
Zarađujete li u dopunskom radu prema očekivanjima?	3 (1 - 3)	2 (1 - 3)	0,03
Sudjelujete li u kliničkim ispitivanjima?	1 (1 - 3)	1 (1 - 3)	0,42
Omogućuje li Vam poslodavac sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima?	2,5 (1 - 4,3)	2 (1 - 3)	0,02
Smatrate li da zarađujete dovoljno na kliničkim ispitivanjima?	1 (1 - 3)	1 (1 - 2)	0,75
Omogućuje li Vam poslodavac adekvatno usavršavanje?	3 (1 - 4)	2 (1 - 3)	0,001
Ima li Vaš nadređeni (ravateljstvo) sluha za Vaše profesionalne potrebe?	3 (1 - 4)	2 (1 - 3)	0,12
Radite li u zadovoljavajućim profesionalnim uvjetima?	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Radite li s adekvatnom opremom?	3 (2 - 4)	2 (2 - 3)	<0,001
Smatrate li opremu s kojom radite zadovoljavajućom?	3 (2 - 4)	2 (2 - 3)	0,001
Smatrate li svoja primanja zadovoljavajućima?	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	<0,001
Smatrate li da ste adekvatno plaćeni za prekovremeni rad?	2 (1 - 3)	1 (1 - 2)	0,03

*Mann-Whitney U-test

Izvor: rezultati istraživanja

Samo ispitanici koji imaju mjesečna neto primanja od 15.001 kn do 20.000 kn ne razmišljaju o odlasku u drugu državu izvan Europske unije, u odnosu na ispitanike s nižim primanjima, ili onima s primanjima višim od 20.000 kn (χ^2 test, $P = 0,03$). Značajnije više o odlasku u drugu

državu izvan Europske unije razmišljaju ispitanici koji ne rade prekovremeno (χ^2 test, $P = 0,004$) (Tablica 42.).

Tablica 42.: Raspodjela ispitanika po visini mjesečnih neto primanja i prema tome rade li prekovremeno u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije

	broj (%) ispitanika			P*
	ne razmišlja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije	razmišlja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije	ukupno	
Kolika je visina Vaših mjesečnih neto primanja?				
5.000 – 10.000 kn	56 (31,3)	75 (38,5)	131 (35)	0,03
10.001 – 15.000 kn	73 (40,8)	80 (41)	153 (40,9)	
15.001 – 20.000 kn	44 (24,6)	27 (13,8)	71 (19)	
preko 20.000 kn	6 (3,4)	13 (6,7)	19 (5,1)	
ukupno	179 (100)	195 (100)	374 (100)	
Radite li prekovremeno?				
da	58 (32)	37 (19,2)	95 (25,4)	0,004
ne	123 (68)	156 (80,8)	279 (74,6)	
ukupno	181 (100)	193 (100)	374 (100)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

Prema dobivenim rezultatima iz Tablice 42., na Slici 36. prikazan je odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije u odnosu na visinu mjesečnih primanja.

Slika 36.: Odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije u odnosu na visinu mjesečnih primanja



Izvor: rezultati istraživanja

Prema dobivenim rezultatima iz Tablice 42., na Slici 37. prikazan je odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije u odnosu na prekovremeni rad.

Slika 37.: Odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije u odnosu na prekovremeni rad



Izvor: rezultati istraživanja

5.7. PRIRODA I DUŽINA PRESELJENJA

Kroz istraživanje došlo se i do podataka, odnosno mišljenja ispitanika o prirodi i dužini, tj. trajanju preseljenja u slučaju da su donijeli odluku o preseljenju.

Tablica 43.: Ispitanici prema tome bi li zbog boljih uvjeta preselili u državu čiji jezik ne poznaju u odnosu na obilježja ispitanika

Biste li, zbog boljih uvjeta, preselili u državu čiji jezik ne poznajete?	broj (%) ispitanika			P*
	ne (n = 170)	da (n = 191)	ukupno	
spol				
muškarci	63 (37,1)	66 (34,6)	129 (35,7)	0,62
žene	107 (62,9)	125 (65,4)	232 (64,3)	
bračni status				
oženjen/udana	123 (72,8)	113 (59,2)	236 (65,6)	0,02
neoženjen/neudana	34 (20,1)	56 (29,3)	90 (25)	
izvanbračna zajednica	12 (7,1)	22 (11,5)	34 (9,4)	
lokacija stanovanja i rada				
Slavonija i Baranja	52 (30,6)	42 (22)	94 (26)	0,08
Središnja Hrvatska i Zagreb	26 (15,3)	38 (19,9)	64 (17,7)	
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	69 (40,6)	71 (37,2)	140 (38,8)	
Dalmacija	23 (13,5)	40 (20,9)	63 (17,5)	
status specijalizacije				
doktor medicine	14 (8,2)	7 (3,7)	21 (5,8)	0,004
specijalizant	47 (27,6)	84 (44)	131 (36,3)	
specijalist	58 (34,1)	61 (31,9)	119 (33)	
specijalist s užom specijalnosti	51 (30)	39 (20,4)	90 (24,9)	
vrsta specijalizacije				
kirurška	38 (22,4)	59 (30,9)	97 (26,9)	0,07
nekirurška	132 (77,6)	132 (69,1)	264 (73,1)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni				
dom zdravlja	34 (20,9)	18 (9,6)	52 (14,8)	0,02
opća bolnica	15 (9,2)	28 (14,9)	43 (12,3)	
klinička bolnica	8 (4,9)	10 (5,3)	18 (5,1)	
klinički bolnički centar	67 (41,1)	95 (50,5)	162 (46,2)	
privatna klinika	20 (12,3)	14 (7,4)	34 (9,7)	
ostalo	19 (11,7)	23 (12,2)	42 (12)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

Za trajan odlazak značajno bi se više odlučili specijalizanti i specijalisti (χ^2 test, $P = 0,02$), dok u drugim obilježjima nema značajnih razlika (Tablica 44.).

Tablica 44.: Ispitanici prema tome bi li njihov odlazak bio privremen ili trajan u odnosu na obilježja ispitanika

Bi li Vaš odlazak bio privremen ili trajan?	broj (%) ispitanika			P^*
	privremen (n = 173)	trajan (n = 140)	ukupno	
spol				
muškarci	62 (35,8)	53 (37,9)	115 (36,7)	0,71
žene	111 (64,2)	87 (62,1)	198 (63,3)	
bračni status				
oženjen/udana	112 (65,1)	83 (59,3)	195 (62,5)	0,48
neoženjen/neudana	45 (26,2)	40 (28,6)	85 (27,2)	
izvanbračna zajednica	15 (8,7)	17 (12,1)	32 (10,3)	
lokacija stanovanja i rada				
Slavonija i Baranja	45 (26)	35 (25)	80 (25,6)	0,51
Središnja Hrvatska i Zagreb	29 (16,8)	29 (20,7)	58 (18,5)	
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	70 (40,5)	47 (33,6)	117 (37,4)	
Dalmacija	29 (16,8)	29 (20,7)	58 (18,5)	
status specijalizacije				
doktor medicine	14 (8,1)	1 (0,7)	15 (4,8)	0,02
specijalizant	66 (38,2)	58 (41,4)	124 (39,6)	
specijalist	51 (29,5)	47 (33,6)	98 (31,3)	
specijalist s užom specijalnosti	42 (24,3)	34 (24,3)	76 (24,3)	
vrsta specijalizacije				
kirurška	43 (24,9)	43 (30,7)	86 (27,5)	0,25
nekirurška	130 (75,1)	97 (69,3)	227 (72,5)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni				
dom zdravlja	28 (16,6)	14 (10,3)	42 (13,8)	0,07
opća bolnica	15 (8,9)	25 (18,4)	40 (13,1)	
klinička bolnica	13 (7,7)	5 (3,7)	18 (5,9)	
klinički bolnički centar	78 (46,2)	69 (50,7)	147 (48,2)	
privatna klinika	15 (8,9)	9 (6,6)	24 (7,9)	
ostalo	20 (11,8)	14 (10,3)	34 (11,1)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

Na dulji period, od 10 do 15 godina privremenog rada, značajnije bi se odlučili ispitanici iz Središnje Hrvatske i Zagreba te iz Dalmacije (χ^2 test, $P = 0,001$), dok po ostalim obilježjima nema značajnih razlika u periodu privremenog rada (Tablica 45.).

Tablica 45.: Ispitanici prema tome bi li zbog boljih uvjeta preselili u državu čiji jezik ne poznaju u odnosu na obilježja ispitanika

Ako je privremen, koji bi to bio period?	broj (%) ispitanika			Ukupno	P*
	2 – 5 godina (n = 87)	5 – 10 godina (n = 62)	10 – 15 godina (n = 21)		
spol					
muškarci	34 (39,1)	18 (29)	9 (42,9)	34 (39,1)	0,35
žene	53 (60,9)	44 (71)	12 (57,1)	53 (60,9)	
bračni status					
oženjen/udana	62 (71,3)	34 (55,7)	14 (66,7)	62 (71,3)	0,24
neoženjen/neudana	17 (19,5)	22 (36,1)	6 (28,6)	17 (19,5)	
izvanbračna zajednica	8 (9,2)	5 (8,2)	1 (4,8)	8 (9,2)	
lokacija stanovanja i rada					
Slavonija i Baranja	22 (25,3)	21 (33,9)	1 (4,8)	44 (25,9)	0,001
Središnja Hrvatska i Zagreb	7 (8)	15 (24,2)	7 (33,3)	29 (17,1)	
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	45 (51,7)	15 (24,2)	8 (38,1)	68 (40)	
Dalmacija	13 (14,9)	11 (17,7)	5 (23,8)	29 (17,1)	
status specijalizacije					
doktor medicine	7 (8)	5 (8,1)	2 (9,5)	14 (8,2)	0,31
specijalizant	30 (34,5)	25 (40,3)	11 (52,4)	66 (38,8)	
specijalist	23 (26,4)	19 (30,6)	7 (33,3)	49 (28,8)	
specijalist s užom specijalnosti	27 (31)	13 (21)	1 (4,8)	41 (24,1)	
vrsta specijalizacije					
kirurška	23 (26,4)	16 (25,8)	4 (19)	43 (25,3)	0,78
nekirurška	64 (73,6)	46 (74,2)	17 (81)	127 (74,7)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni					
dom zdravlja	16 (18,6)	8 (13,6)	3 (14,3)	27 (16,3)	0,11 [†]
opća bolnica	4 (4,7)	8 (13,6)	2 (9,5)	14 (8,4)	
klinička bolnica	7 (8,1)	5 (8,5)	1 (4,8)	13 (7,8)	
klinički bolnički centar	41 (47,7)	28 (47,5)	9 (42,9)	78 (47)	
privatna klinika	12 (14)	1 (1,7)	1 (4,8)	14 (8,4)	
ostalo	6 (7)	9 (15,3)	5 (23,8)	20 (12)	

* χ^2 test; [†]Fisherov egzaktni test

Izvor: rezultati istraživanja

5.8. MIŠLJENJE O POVRATKU I ISKUSTVA NAKON POVRATKA

Nakon povratka, značajno više ispitanika iz Istre, Primorja, Like i Gorskog kotara (Kruskal Wallis test, $P < 0,001$), i ispitanika iz privatnih klinika (Kruskal Wallis test, $P = 0,04$), mišljenja je da bi se vratili u istu ustanovu u kojoj sada rade, dok po drugim obilježjima nema značajnih razlika (Tablica 46).

Tablica 46.: Ispitanici prema tome bi li bi se nakon povratka vratili u istu ustanovu u kojoj su radili

Smatrate li da biste se nakon povratka vratili u istu ustanovu u kojoj sada radite?	medijan (interkvartilni raspon)	P*
spol		
muškarci	1,5 (1 – 3)	0,14
žene	1 (1 – 3)	
bračni status		
oženjen/udana	1 (1 – 3)	0,64
neoženjen/neudana	1,5 (1 – 3)	
izvanbračna zajednica	1 (1 – 3))	
lokacija stanovanja i rada		
Slavonija i Baranja	2 (1 – 3)	<0,001[†]
Središnja Hrvatska i Zagreb	1 (1 – 1)	
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	2,5 (1 – 3)	
Dalmacija	1 (1 – 2)	
status specijalizacije		
doktor medicine	1 (1 – 2,75)	0,95 [‡]
specijalizant	1 (1 – 3)	
specijalist	1 (1 – 3)	
specijalist s užom specijalnosti	1 (1 – 3)	
vrsta specijalizacije		
kirurška	2 (1 – 3)	0,10
nekirurška	1 (1 – 3)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni		
dom zdravlja	1 (1 – 3)	0,04[†]
opća bolnica	1 (1 – 3)	
klinička bolnica	1 (1 – 2,25)	
klinički bolnički centar	2 (1 – 3)	
privatna klinika	3 (1 – 4)	
ostalo	1 (1 – 3)	
okupno	1 (1 – 3)	

*Mann-Whitney U-test; †Kruskal-Wallisov test

Izvor: rezultati istraživanja

Do sada je u inozemstvu radilo 56 (15,2 %) ispitanika, značajno više muškaraca (χ^2 test, P = 0,006). Značajnije su to više specijalisti i specijalisti s užom specijalnosti (χ^2 test,

P = 0,001), kao i ispitanici koji su zaposleni u kliničkim bolničkim centrima i privatnim klinikama (χ^2 test, P = 0,005) (Tablica 47).

Tablica 47.: Ispitanici koji su do sada već radili u inozemstvu u odnosu na obilježja ispitanika

Jeste li već radili u inozemstvu?	broj (%) ispitanika			P*
	ne (n = 312)	da (n = 56)	Ukupno	
spol				
muškarci	102 (32,7)	29 (51,8)	131 (35,6)	0,006
žene	210 (67,3)	27 (48,2)	237 (64,4)	
bračni status				
oženjen/udana	198 (63,9)	40 (71,4)	238 (65)	0,51
neoženjen/neudana	83 (26,8)	11 (19,6)	94 (25,7)	
izvanbračna zajednica	29 (9,4)	5 (8,9)	34 (9,3)	
lokacija stanovanja i rada				
Slavonija i Baranja	86 (27,6)	11 (19,6)	97 (26,4)	0,16
Središnja Hrvatska i Zagreb	59 (18,9)	7 (12,5)	66 (17,9)	
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	113 (36,2)	29 (51,8)	142 (38,6)	
Dalmacija	54 (17,3)	9 (16,1)	63 (17,1)	
status specijalizacije				
doktor medicine	18 (5,8)	2 (3,6)	20 (5,4)	0,001
specijalizant	124 (39,7)	9 (16,1)	133 (36,1)	
specijalist	101 (32,4)	21 (37,5)	122 (33,2)	
specijalist s užom specijalnosti	69 (22,1)	24 (42,9)	93 (25,3)	
vrsta specijalizacije				
kirurška	88 (28,2)	14 (25)	102 (27,7)	0,62
nekirurška	224 (71,8)	42 (75)	266 (72,3)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni				
dom zdravlja	46 (15,2)	4 (7,3)	50 (14)	0,005
opća bolnica	40 (13,2)	3 (5,5)	43 (12)	
klinička bolnica	18 (5,9)	1 (1,8)	19 (5,3)	
klinički bolnički centar	134 (44,2)	34 (61,8)	168 (46,9)	
privatna klinika	24 (7,9)	10 (18,2)	34 (9,5)	
ostalo	41 (13,5)	3 (5,5)	44 (12,3)	

* χ^2 test

Izvor: rezultati istraživanja

U inozemstvu je kao specijalizant radio 31 (8,1 %) ispitanik, kao specijalist njih 18 (4,7 %), a kao polaznik poslijediplomskog/doktorskog studija njih 17 (4,5 %). Značajna je razlika u kojoj su ulazi išli raditi u inozemstvo prema bračnom statusu (Fisherov egzaktni test, P < 0,001) i statusu specijalizacije (Fisherov egzaktni test, P < 0,001) (Tablica 48.).

Tablica 48.: Uloga u kojoj su radili u inozemstvu u odnosu na obilježja ispitanika

U kojoj ste uložili radili u inozemstvu?	broj (%) ispitanika				P*
	specijalizant	specijalist	polaznik poslijediplomskog/ doktorskog studija	ukupno	
spol					
muškarci	15 (48,4)	11 (61,1)	9 (52,9)	35 (53)	0,69
žene	16 (51,6)	7 (38,9)	8 (47,1)	31 (47)	
bračni status					
oženjen/ udana	26 (83,9)	15 (83,3)	4 (23,5)	45 (68,2)	<0,001
neoženjen/ neudana	4 (12,9)	2 (11,1)	9 (52,9)	15 (22,7)	
izvanbračna zajednica	1 (3,2)	1 (5,6)	4 (23,5)	6 (9,1)	
lokacija stanovanja i rada					
Slavonija i Baranja	7 (22,6)	4 (22,2)	2 (11,8)	13 (19,7)	0,73
Središnja Hrvatska i Zagreb	4 (12,9)	2 (11,1)	3 (17,6)	9 (13,6)	
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	14 (45,2)	11 (61,1)	8 (47,1)	33 (50)	
Dalmacija	6 (19,4)	1 (5,6)	4 (23,5)	11 (16,7)	
status specijalizacije					
doktor medicine	0	0	2 (11,8)	2 (3)	0,007
specijalizant	5 (16,1)	1 (5,6)	7 (41,2)	13 (19,7)	
specijalist	9 (29)	11 (61,1)	4 (23,5)	24 (36,4)	
specijalist s užom specijalnosti	17 (54,8)	6 (33,3)	4 (23,5)	27 (40,9)	
vrsta specijalizacije					
kirurška	9 (29)	5 (27,8)	2 (11,8)	16 (24,2)	0,40
nekirurška	22 (71)	13 (72,2)	15 (88,2)	50 (75,8)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni					
dom zdravlja	2 (6,5)	2 (11,8)	3 (17,6)	7 (10,8)	0,41
opća bolnica	2 (6,5)	1 (5,9)	1 (5,9)	4 (6,2)	
klinička bolnica	0	1 (5,9)	1 (5,9)	2 (3,1)	
klinički bolnički centar	20 (64,5)	10 (58,8)	9 (52,9)	39 (60)	
privatna klinika	7 (22,6)	2 (11,8)	1 (5,9)	10 (15,4)	
ostalo	0	1 (5,9)	2 (11,8)	3 (4,6)	

*Fisherov egzaktni test

Izvor: rezultati istraživanja

Od ukupno 56 ispitanika koji su radili u inozemstvu, 50 (13,6 %) ispitanika u inozemstvu je bilo manje od 1 godine, ili u razdoblju od 1 do 5 godina (Tablica 49.).

Tablica 49.: Ispitanici prema tome koliko su dugo radili u inozemstvu

Koliko dugo ste radili u inozemstvu?	broj (%) ispitanika
manje od 1 godine	26 (7,3)
1 – 5 godina	24 (6,3)
5 – 10 godina	3 (0,8)
10 – 15 godina	3 (0,8)
ukupno	56 (15,2)

Izvor: rezultati istraživanja

15 ispitanika (3,9 %), kao razlog povratka, navodi završetak ugovora o usavršavanju zbog kojeg su bili u inozemstvu, što je najčešći razlog povratka. Po 5 (1,3 %) ispitanika navodi da su dobili specijalizaciju koju žele u Hrvatskoj ili domoljublje, zbog osobnih razloga (obitelj ili roditelji) vratilo se 9 (2,4 %) ispitanika, a njih 3 (0,8 %) navodi da i dalje povremeno rade u inozemstvu (po 2-3 mjeseca godišnje) (Tablica 50.).

Tablica 50.: Razlozi povratka ispitanika koji su radili u inozemstvu

Razlog povratka	broj (%) ispitanika
osobni razlozi (obitelj, roditelji)	9 (2,4)
završeno usavršavanje zbog kojeg su bili u inozemstvu	15 (3,9)
dobili specijalizaciju koju žele u RH	5 (1,3)
domoljublje	5 (1,3)
i dalje povremeno rade u inozemstvu (po 3 mjeseca godišnje)	3 (0,8)
nemogućnost rada u svojoj specijalizaciji	1 (0,3)
ratna događanja	1 (0,3)

Izvor: rezultati istraživanja

Po povratku, u istoj kategoriji ustanove kao i prije odlaska rade 34 (8,9 %) ispitanika, bez značajnih razlika u odnosu na obilježja (Tablica 51.).

Tablica 51.: Ispitanici prema tome rade li u istoj kategoriji ustanove kao i prije odlaska u odnosu na obilježja

Radite li u istoj kategoriji ustanove kao i prije odlaska?	broj (%) ispitanika			P*
	ne (n = 30)	da (n = 34)	ukupno	
spol				
muškarci	17 (56,7)	16 (47,1)	33 (51,6)	0,44
žene	13 (43,3)	18 (52,9)	31 (48,4)	
bračni status				
oženjen/udana	20 (66,7)	27 (79,4)	47 (73,4)	0,33
neoženjen/neudana	8 (26,7)	4 (11,8)	12 (18,8)	
izvanbračna zajednica	2 (6,7)	3 (8,8)	5 (7,8)	
lokacija stanovanja i rada				
Slavonija i Baranja	4 (13,3)	9 (26,5)	13 (20,3)	0,42
Središnja Hrvatska i Zagreb	5 (16,7)	4 (11,8)	9 (14,1)	
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	14 (46,7)	17 (50)	31 (48,4)	
Dalmacija	7 (23,3)	4 (11,8)	11 (17,2)	
status specijalizacije				
doktor medicine	1 (3,3)	2 (5,9)	3 (4,7)	0,79
specijalizant	7 (23,3)	5 (14,7)	12 (18,8)	
specijalist	11 (36,7)	12 (35,3)	23 (35,9)	
specijalist s užom specijalnosti	11 (36,7)	15 (44,1)	26 (40,6)	
vrsta specijalizacije				
kirurška	7 (23,3)	10 (29,4)	17 (26,6)	0,58
nekirurška	23 (76,7)	24 (70,6)	47 (73,4)	
Vrsta ustanove u kojoj su zaposleni				
dom zdravlja	3 (10)	4 (11,8)	7 (10,9)	0,65
opća bolnica	3 (10)	2 (5,9)	5 (7,8)	
klinička bolnica	1 (3,3)	1 (2,9)	2 (3,1)	
klinički bolnički centar	14 (46,7)	22 (64,7)	36 (56,3)	
privatna klinika	6 (20)	4 (11,8)	10 (15,6)	
ostalo	3 (10)	1 (2,9)	4 (6,3)	

*Fisherov egzaktni test

Izvor: rezultati istraživanja

Kod istog poslodavca, nakon povratka, rade 33 (8,7 %) ispitanika, bez značajnih razlika u odnosu na obilježja (Tablica 52.).

Tablica 52.: Ispitanici prema tome rade li kod istog poslodavca kao i prije odlaska u odnosu na obilježja

Radite li kod istog poslodavca kao i prije?	broj (%) ispitanika			P*
	ne (n = 37)	da (n = 33)	Ukupno	
spol				
muškarci	22 (59,5)	17 (51,5)	39 (55,7)	0,50
žene	15 (40,5)	16 (48,5)	31 (44,3)	
bračni status				
oženjen/udana	25 (67,6)	27 (81,8)	52 (74,3)	0,15
neoženjen/neudana	10 (27)	3 (9,1)	13 (18,6)	
izvanbračna zajednica	2 (5,4)	3 (9,1)	5 (7,1)	
lokacija stanovanja i rada				
Slavonija i Baranja	4 (10,8)	11 (33,3)	15 (21,4)	0,08
Središnja Hrvatska i Zagreb	5 (13,5)	3 (9,1)	8 (11,4)	
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	19 (51,4)	16 (48,5)	35 (50)	
Dalmacija	9 (24,3)	3 (9,1)	12 (17,1)	
status specijalizacije				
doktor medicine	2 (5,4)	2 (6,1)	4 (5,7)	0,69
specijalizant	7 (18,9)	5 (15,2)	12 (17,1)	
specijalist	14 (37,8)	9 (27,3)	23 (32,9)	
specijalist s užom specijalnosti	14 (37,8)	17 (51,5)	31 (44,3)	
vrsta specijalizacije				
kirurška	8 (21,6)	11 (33,3)	19 (27,1)	0,27
nekirurška	29 (78,4)	22 (66,7)	51 (72,9)	
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni				
dom zdravlja	3 (8,1)	3 (9,1)	6 (8,6)	0,08
opća bolnica	5 (13,5)	1 (3)	6 (8,6)	
klinička bolnica	2 (5,4)	0 (0)	2 (2,9)	
klinički bolnički centar	16 (43,2)	25 (75,8)	41 (58,6)	
privatna klinika	7 (18,9)	3 (9,1)	10 (14,3)	
ostalo	4 (10,8)	1 (3)	5 (7,1)	

*Fisherov egzaktni test

Izvor: rezultati istraživanja

5.9. OCJENA KVALITETE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Kvalitetu zdravstvene usluge u Hrvatskoj 170 (44,6 %) ispitanika ocijenilo je ocjenom dobar, lošiju ocjenu dalo je 99 (26 %) ispitanika, a vrlo dobar ili odličan dala su 102 (26,8 %) ispitanika. Da su zdravstvene usluge u Hrvatskoj prejeftine smatraju 203 (53,3 %) ispitanika, niti se slaže niti se ne slaže njih 69 (18,1 %) ispitanika, a u potpunosti se ne slaže 21 (5,5 %) ispitanik. Općom ocjenom dobar, zdravstveni sustav u Hrvatskoj ocijenilo je 148 (38,8 %), nižu ocjenu od toga dala su 182 (47,7 %) ispitanika, a 48 (12,6 %) ispitanika dalo je ocjenu vrlo dobar ili odličan (Tablica 53.).

Tablica 53.: Ocjena kvalitete zdravstvene usluge, cijene zdravstvenih usluga te zdravstva u cjelini u Hrvatskoj

	broj (%) ispitanika
Ocijenite kvalitetu zdravstvene usluge u Hrvatskoj.	
nedovoljan	21 (5,5)
dovoljan	78 (20,5)
dobar	170 (44,6)
Vrlo dobar	91 (23,9)
odličan	11 (2,9)
ukupno	371 (97,4)
Smatrate li da su zdravstvene usluge u Hrvatskoj prejeftine?	
u potpunosti se ne slažem	21 (5,5)
ne slažem se	18 (4,7)
niti se slažem niti se ne slažem	69 (18,1)
slažem se	64 (16,8)
u potpunosti se slažem	203 (53,3)
ukupno	375 (98,4)
Kako općenito ocjenjujete zdravstveni sustav u Hrvatskoj?	
nedovoljan	66 (17,3)
dovoljan	116 (30,4)
dobar	148 (38,8)
vrlo dobar	40 (10,5)
odličan	8 (2,1)
ukupno	378 (99,2)

Izvor: rezultati istraživanja

Ispitanici se najviše slažu s tvrdnjom da su zdravstvene usluge u Hrvatskoj prejeftine, medijan ocjene je 5 (interkvartilnog raspona od 3 do 5). Kvalitetom zdravstvene usluge u Hrvatskoj značajno su zadovoljniji ispitanici u Slavoniji i Baranji (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), dok po drugim obilježjima nema značajnih razlika. Da su zdravstvene usluge u Hrvatskoj prejeftine,

značajno više smatraju ispitanici kirurške specijalizacije (Mann-Whitney U-test, $P = 0,04$), i zaposlenici privatnih klinika (Kruskal-Wallis test, $P = 0,03$). Veću ocjenu zdravstvenog sustava u Hrvatskoj dali su ispitanici u braku (Kruskal-Wallis test, $P = 0,04$) i stanovnici Slavonije i Baranje (Kruskal-Wallis test, $P < 0,001$), dok po drugim obilježjima nema značajnih razlika (Tablica 54.).

Tablica 54.: Ocjena kvalitete zdravstvene usluge, cijene zdravstvenih usluga te zdravstva u cjelini u Hrvatskoj prema osnovnim obilježjima ispitanika

	medijan (interkvartilni raspon)		
	Ocijenite kvalitetu zdravstvene usluge u Hrvatskoj.	Smatrate li da su zdravstvene usluge u Hrvatskoj prejeftine?	Kako ocjenjujete općenito zdravstveni sustav u Hrvatskoj?
ukupna ocjena	3 (2 – 4)	5 (3 – 5)	3 (2 – 3)
spol			
muškarci	3 (2 – 4)	5 (3,5 – 5)	3 (2 – 3)
žene	3 (2 – 4)	5 (3 – 5)	2,5 (2 – 3)
<i>P*</i>	0,62	0,27	0,28
bračni status			
oženjen/udana	3 (2 - 4)	5 (3 - 5)	3 (2 - 3)
neoženjen/neudana	3 (2 - 3)	5 (4 - 5)	2 (2 - 3)
izvanbračna zajednica	3 (2 - 4)	4 (3 - 5)	2 (1 - 3)
<i>P*</i>	0,43	0,81	0,04
lokacija stanovanja i rada			
Slavonija i Baranja	3,5 (3 - 4)	5 (3 - 5)	3 (2 - 4)
Središnja Hrvatska i Zagreb	3 (2 - 3)	5 (3 - 5)	2 (2 - 3)
Istra, Primorje, Lika i Gorski kotar	3 (2 - 3)	4 (3 - 5)	2 (2 - 3)
Dalmacija	3 (2 - 3)	5 (4 - 5)	2 (1 - 3)
<i>P*</i>	<0,001	0,07	<0,001
status specijalizacije			
doktor medicine	3 (2,3 - 4)	4 (3 - 5)	3 (2 - 4)
specijalizant	3 (2 - 3)	5 (4 - 5)	2 (2 - 3)
specijalist	3 (2 - 4)	5 (3 - 5)	3 (2 - 3)
specijalist s užom specijalnosti	3 (3 - 4)	5 (3 - 5)	3 (2 - 3)
<i>P[†]</i>	0,13	0,24	0,11
vrsta specijalizacije			
kirurška	3 (3 - 4)	5 (4 - 5)	3 (2 - 3)
nekirurška	3 (2 - 4)	4 (3 - 5)	2 (2 - 3)
<i>P*</i>	0,16	0,04	0,05
vrsta ustanove u kojoj su zaposleni			
dom zdravlja	3 (2,8 - 4)	5 (3 - 5)	2 (1,3 - 3)
opća bolnica	3 (3 - 4)	5 (4 - 5)	2 (1,5 - 3)
klinička bolnica	3 (2,3 - 4)	5 (3 - 5)	2 (2 - 3)
KBC	3 (2 - 4)	5 (4 - 5)	3 (2 - 3)
privatna klinika	3 (2 - 3)	4 (3 - 5)	3 (2 - 3)
ostalo	3 (2 - 3)	4 (3 - 5)	3 (1 - 3)
<i>P[†]</i>	0,44	0,03	0,16

*Mann-Whitney U-test; [†]Kruskal-Wallisov test

Izvor: rezultati istraživanja

Ispitanici koji su većom ocjenom ocijenili kvalitetu zdravstvene usluge u Hrvatskoj, zadovoljniji su stručnim usavršavanjem, uvjetima rada, iskustvom s pacijentima i plaćom. Također, manje razmišljaju o promjeni ustanove u kojoj rade ili o preseljenju u drugu državu unutar ili izvan Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima. Oni ispitanici koji se slažu da su zdravstvene usluge prejeftine, manje su zadovoljni svojom plaćom. Ispitanici koji su višom ocjenom ocijenili zdravstveni sustav u Hrvatskoj, osobe su starije životne dobi, osobe koje su zadovoljnije stručnim usavršavanjem, uvjetima rada, iskustvu s pacijentima i plaćom, i ne misle na odlazak iz ustanove ili odlaska u zemlje unutar ili izvan Europske unije (Tablica 55.).

Tablica 55.: Povezanost ocjene kvalitete zdravstvene usluge, cijene zdravstvenih usluga te zdravstva u cjelini u Hrvatskoj sa stručnim usavršavanjem, profesionalnim potrebama, iskustva s pacijentima i zadovoljstva primanjima, dobi ispitanika, te s procjenom odlaska

	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)		
	Ocijenite kvalitetu zdravstvene usluge u Hrvatskoj.	Smatrate li da su zdravstvene usluge u Hrvatskoj prejeftine?	Kako ocjenjujete općenito zdravstveni sustav u Hrvatskoj?
zadovoljstvo stručnim usavršavanjem	0,202 (<0,001)	-0,103 (0,05)	0,150 (0,004)
zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama	0,273 (<0,001)	-0,071 (0,17)	0,375 (<0,001)
zadovoljstvo iskustvom s pacijentima	0,152 (0,003)	-0,016 (0,75)	0,282 (<0,001)
zadovoljstvo plaćom	0,234 (<0,001)	-0,112 (0,03)	0,320 (<0,001)
Razmišljate li o promjeni ustanove u kojoj radite?	-0,203 (<0,001)	0,050 (0,34)	-0,289 (<0,001)
Razmišljate li o preseljenju u drugi grad u Hrvatskoj u potrazi za boljim radnim uvjetima?	-0,073 (0,16)	0,050 (0,33)	-0,219 (<0,001)
Razmišljate li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?	-0,269 (<0,001)	0,073 (0,16)	-0,404 (<0,001)
Razmišljate li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?	-0,213 (<0,001)	0,034 (0,52)	-0,311 (<0,001)
dob ispitanika	0,049 (0,37)	-0,098 (0,07)	0,150 (0,005)

Izvor: rezultati istraživanja

5.10. UTJECAJ PREDIKTORA NA ODLUKU O ODLASKU BILO GDJE IZ USTANOVE U KOJOJ RADE

Logističkom regresijom ocijenjen je utjecaj više čimbenika na vjerojatnost da će ispitanici odlučiti otići iz ustanove u kojoj rade. Model sadrži dvanaest nezavisnih varijabli koje su se pokazale značajne ili se kao značajne spominju u literaturi (spol, dob, bračni status, imaju li djece, mjesto stanovanja i rada, status specijalizacije, vrsta specijalizacije, vrsta ustanove u kojoj su zaposleni, imaju li na radnom mjestu voditeljsku funkciju, zadovoljstvo plaćom, stručnim usavršavanjem, uvjetima rada i profesionalnim potrebama, iskustvo s pacijentima). Za izvođenje modela primijenjena je multivarijantna logistička regresija, korištenjem *Stepwise* metode (zadržavani su nezavisni prediktori sa značajnošću manjom od 0,05, dok su drugi prediktori isključivani iz modela ako je značajnost manja od 0,2 sve dok se nije dobio model s prediktorima koji su značajni na razini manjoj od 0,05).

Model je podržan četirima prediktorima: dob ispitanika, status specijalizacije – specijalist, zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama i zadovoljstvo plaćom (Hosmer–Lemeshow test, $P = 0,36$). Model je u cijelosti statistički značajan ($\chi^2 = 99,6$, $P < 0,001$), i u cjelini objašnjava između 26,1 % (po Cox & Snell) i 38,2 % (po Nagelkerke) varijance te točno klasificira 80 % slučajeva. Najjači je prediktor za odlazak status specijalizacije - specijalist (omjer vjerojatnosti 2,36).

Omjer vjerojatnosti za dob iznosi 0,94 (< 1), za zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama je 0,46 (< 1) te za zadovoljstvo plaćom 0,56 (< 1), što pokazuje da će za svaku starosnu godinu više, 0,94 puta rjeđe liječnik planirati otići iz ustanove; za veće zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama 0,46 puta liječnik će rjeđe otići iz ustanove; a 0,56 puta rjeđe će planirati otići ako je veće zadovoljstvo plaćom, uz sve ostale jednake prediktore u modelu (Tablica 56.).

Tablica 56.: Predviđanje vjerojatnosti odlaska liječnika iz ustanove u kojoj rade

parametar	β	standardna pogreška	Wald	P	omjer vjerojatnosti (Exp β)	95 % CI za Exp β
dob ispitanika	-0,06	0,01	17,2	<0,001	0,94	0,92 – 0,97
specijalizacija – specijalist	0,86	0,35	6	0,01	2,36	1,19 – 4,67
zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama	-0,78	0,17	21,4	<0,001	0,46	0,33 – 0,64
zadovoljstvo plaćom	-0,57	0,14	17,8	<0,001	0,56	0,43 – 0,74
konstanta	7,18	0,85	71,8	<0,001		

Izvor: rezultati istraživanja

Kad govorimo o odlasku liječnika u zemlje Europe, model je podržan trima prediktorima: dob ispitanika, zadovoljstvo plaćom, zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama (Hosmer–Lemeshow test, $P = 0,77$). Model je u cijelosti statistički značajan ($\chi^2 = 91,7$, $P < 0,001$), u cjelini objašnjava između 24,4 % (po Cox & Snell) i 34,3 % (po Negelkerke) varijance i točno klasificira 76 % slučajeva. Svi su prediktori u modelu protektivni.

Omjer vjerojatnosti za dob iznosi 0,94 (< 1), za zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama je 0,60 (< 1) te za zadovoljstvo plaćom 0,62 (< 1), što pokazuje da za svaku starosnu godinu više, 0,94 puta rjeđe će liječnik planirati otići iz ustanove; za veće zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama liječnik će 0,60 puta rjeđe otići iz ustanove; 0,62 puta rjeđe će planirati otići ako je veće zadovoljstvo plaćom, uz sve ostale jednake prediktore u modelu (Tablica 57.)

Tablica 57.: Predviđanje vjerojatnosti odlaska liječnika iz ustanove u Europsku uniju

parametar	β	standardna pogreška	Wald	P	omjer vjerojatnosti (Exp β)	95 % CI za Exp β
dob ispitanika	-0,07	0,01	27,2	<0,001	0,94	0,91 – 0,96
zadovoljstvo plaćom	-0,48	0,13	14,8	0,001	0,62	0,48 – 0,79
zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama	-0,51	0,15	11,5	<0,001	0,60	0,44 – 0,80
konstanta	6,4	0,75	73,3	<0,001		

Izvor: rezultati istraživanja

Kad se radi o odlasku liječnika u zemlje izvan Europe, model je podržan dvama prediktorima: dob ispitanika i zadovoljstvo plaćom (Hosmer–Lemeshow test, $P = 0,57$). Model je u cijelosti statistički značajan ($\chi^2 = 47,4$, $P < 0,001$), u cjelini objašnjava između 13,5 % (po Cox & Snell)

i 18 % (po Nagelkerke) varijance i točno klasificira 66 % slučajeva. Svi su prediktori u modelu protektivni.

Omjer vjerojatnosti za dob iznosi 0,95 (< 1), a zadovoljstva plaćom 0,68 (< 1), što pokazuje da će za svaku starosnu godinu više, 0,95 puta rjeđe liječnik planirati otići iz ustanove; 0,68 puta rjeđe će planirati otići ako je veće zadovoljstvo plaćom, uz sve ostale jednake prediktore u modelu (Tablica 58.).

Tablica 58.: Predviđanje vjerojatnosti odlaska liječnika iz ustanove u kojoj rade u zemlje izvan Europske unije

parametar	B	standardna pogreška	Wald	P	omjer vjerojatnosti (Exp β)	95 % CI za Exp β
dob ispitanika	-0,05	0,01	19,9	<0,001	0,95	0,93 – 0,97
zadovoljstvo plaćom	-0,39	0,10	15,03	<0,001	0,68	0,55 – 0,83
konstanta	3,15	0,51	37,7	<0,001		

Izvor: rezultati istraživanja

6. USPOREDBA TRENDA MOBILNOSTI LIJEČNIKA U REPUBLICI HRVATSKOJ SA ZEMLJAMA ČLANICAMA EUROPSKE UNIJE

Najveća „razmjena“ zdravstvene radne snage u Europskoj uniji dogodila se 2004. i 2007. godine kada je 100 milijuna novih građana Europske unije povećalo tzv. bazen raspoložive radne snage unutar Europske unije. Jasno da je to dovelo do mobilnosti zdravstvene radne snage unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima, boljom plaćom i boljim profesionalnim mogućnostima. Proširenje je dovelo do povećanja ekonomske raznolikosti Europske unije. Različite visine plaća u različitim državama, razlike u zdravstvenoj infrastrukturi i različita dostupnost moderne medicinske tehnologije dodatno su potaknuli migracije zdravstvene radne snage iz „novih“ prema „starim“ zemljama članicama.³⁵⁰

Migracije liječnika definiraju kvalitetu zdravstvenog sustava na obje strane, i u državama iz kojih odlaze i u državama u koje dolaze. Migracije zdravstvene radne snage pojava su kojom se literatura bavi dugi niz godina, međutim, migracije liječnika samo su dio te teme i, s druge strane, otvaraju mogućnost analize i dubljeg razmatranja problema koji sve više ključa u Hrvatskoj. Hrvatska se 2013. godine našla u istoj situaciji kao i zemlje članice koje su se priključile Europskoj uniji 2004. i 2007. godine.

6.1. TREND MOBILNOSTI LIJEČNIKA U ZEMLJAMA ČLANICAMA EUROPSKE UNIJE

Znanje je o migracijama liječnika u Europi limitirano. Postoje praznine u shvaćanju kretanja liječnika, posebice u kontekstu proširenja Europske unije. Također, ne postoji pregled razloga koji potiču liječnike na migracije. Ne postoji niti sistematska mapa utjecaja na razmišljanje o odlasku, te u konačnici i na sami odlazak. Također, informacije o reakcijama, odnosno odgovorima zemalja na migriranje liječnika, vrlo su ograničene.³⁵¹

Prema do sada provedenim istraživanjima o migracijama liječnika u Republici Hrvatskoj, a koja se tiču samo određenih dobnih skupina liječnika, može se zaključiti da je znanje o migracijama

³⁵⁰Wismar M., Maier C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras J., op.cit., bilješka 4., str. 4.

³⁵¹ Loc.cit.

liječnika u Hrvatskoj zapravo ograničeno.³⁵² Stječe se dojam da se tema migracija liječnika koristi svaki put kada liječničke udruge traže prava i prozivaju državu koja je vlasnik najvećih zdravstvenih ustanova.³⁵³ Novijeg službenog objavljenog podatka o broju liječnika koji su trajno napustili Hrvatsku zbog boljih radnih uvjeta u nekoj drugoj zemlji članici nema. Provedena istraživanja obuhvaćaju samo određenu dobnu skupinu liječnika i daju rezultate koje ne možemo primijeniti na kompletnu liječničku populaciju s jedne strane, dok s druge strane samih istraživanja gotovo i nema, tako da je podatke teško usporediti. Nema niti konkretnog odgovora države na temu migracija liječnika. Problemi u zdravstvu rješavaju se stihijski, a cjelokupni sustav potrebno je revidirati i unaprijediti. Stoga se postavlja pitanje što se u Hrvatskoj zapravo točno zna o migracijama liječnika. Na razini Europske unije provedena su određena istraživanja koja će se koristiti za usporedbu. Ta se istraživanja provode unazad nekoliko godina i dala su određene odgovore. Mogu li se ti odgovori primijeniti i na Republiku Hrvatsku? Svakako mogu. Međutim, to otvara daljnje pitanje, a to je usporedba zdravstvenih sustava u zemljama članicama Europske unije u smislu zdravstvenog osiguranja, dostupnosti zdravstvene skrbi pacijentima, cijene koju pacijenti plaćaju, dostupnosti privatnih klinika i sl. Sve su to čimbenici koji mogu utjecati na kvalitetu zdravstvenog sustava koja se reflektira kako na liječnike, tako i na pacijente. Tu se primjerice misli sljedeće: ako je zdravstvena skrb osigurana svim građanima i većini građana u jednoj državi, to znači da veći broj pacijenata na jednog liječnika otežava im posao, ali generalno u državi osigurava višu razinu zdravstvene zaštite građana i obrnuto. Dakle, problematika je dvosmjerna.

Dva velika najvažnija istraživanja o migracijama zdravstvene radne snage provedena su na razini Europske unije: „*Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*”³⁵⁴ i „*Health Professional mobility in Changing Europe*”.³⁵⁵ Radi se o dvama istraživanjima koje je provela Svjetska zdravstvena organizacija u suradnji s Europskim opservatorijom za zdravstvene sustave i politike, unutar kojega su angažirani mnogi autori na predmetnom istraživanju. Istraživanja su provedena 2011. i 2014. godine na pojedinim zemljama članicama Europske unije. Mnogi su se autori izmijenili kroz ova istraživanja i svi su

³⁵² Babacanli, A. et. al., op.cit., bilješka 230, str. 179.-187.

³⁵³ Hrvatska liječnička komora (2016.) Priopćenje za medije, <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/priop%C4%87enja/priopcenje-anketa-mladi-lijecnici.pdf>, pristupljeno 3.2.2020.

³⁵⁴ World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*

³⁵⁵ World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*

se dotakli gorućih tema unutar istraživanja. Tako su Wismar M. et al postavili ključna pitanja koja bi trebala dati odgovore zašto dolazi do migracija liječnika:

- Koji su razmjeri i karakteristike mobilnosti zdravstvene radne snage u Europskoj uniji?
- Koji su učinci proširenja Europske unije na mobilnost zdravstvene radne snage?
- Koji su motivi za migracije? Zašto neki zdravstveni djelatnici napuštaju svoju zemlju dok drugi ostaju ili se vraćaju?
- Koji su pozitivni ili negativni utjecaji migracija na zdravstvene sustave?
- Koja je relevantnost utjecaja migracija na druge izazove vezane za zdravstvenu radnu snagu, drugim riječima, smiju li zakonodavne vlasti staviti prioritet na zdravstvene migracije?
- Koji su politički ili regulatorni koraci (politika zapošljavanja, međunarodni okviri, planiranje radne snage i općenito mjere namijenjene radnoj snazi) potrebne da se problem migracija proglasi prioritetom? Postoje li dokazi o utjecaju određenih mjera na problem migracija?³⁵⁶

Ista pitanja mogu se primijeniti i na problem migracija hrvatske zdravstvene radne snage, odnosno u ovom slučaju liječnika. Hrvatska također nema odgovore na gore postavljena pitanja. Svakako je točno da se ovom problemu u Hrvatskoj raspravlja isto kao što se raspravlja i o utjecaju odlaska liječnika na zdravstveni sustav, međutim, konkretnih podataka nema.

Autori se u istraživanju dotiču motivacijskih faktora za migracijama, odnosno privlačnih i potisnih faktora. Zajednička je svima želja za boljim primanjima. Drugi najčešće izražen razlog bolji su radni uvjeti, poput radnog okruženja, uvjeta zaposlenja, radnih odnosa i pristupa dobroj infrastrukturi, tj. opremi. U konačnici, istraživanje jasno zaključuje da su plaće, radni uvjeti i mogućnost usavršavanja glavni motivi za migracijama i prisutni su kod gotovo svih skupina i ispitanika.³⁵⁷

Što se tiče smjera kretanja u geografskom smislu, Austrija, Belgija, Francuska, Njemačka i Italija primaju stranu zdravstvenu radnu snagu, odnosno liječnike iz zemalja europskog gospodarskog prostora. U navedenim je državama, od ukupnog broja stranih liječnika čak 50 % liječnika iz zemalja članica Europske unije. Slovenija je jedina država članica Europske unije koja većinom prima liječnike iz zemalja ne-članica Europske unije, primarno iz Srbije i Bosne i Hercegovine. Velika Britanija i Španjolska primarno primaju liječnike iz trećih zemalja,

³⁵⁶ Wismar M., Maier C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras J., op.cit., bilješka 4., str. 4-5.

³⁵⁷ Ibidem, str. 46-47.

odnosno Velika Britanija iz zemalja *Commonwealtha*, a Španjolska iz zemalja Latinske Amerike.³⁵⁸

Ovo istraživanje naglašava manjak informacija o migracijama i potrebu za praćenjem. Naime, postoji velika praznina u znanju o migracijama. Svi dostupni podaci o migracijama i kvalitativno i kvantitativno su nedostatni za donošenje kvalitetnih politika i mjera. Postoje podaci o namjeri odlaska, međutim oni ne predstavljaju relevantan podatak o stvarnim migracijama, već samo želju ili mišljenje pojedinca.

Utjecaj proširenja Europske unije u smislu migracija ostao je manji nego se očekivalo. Tako, primjerice, u Estoniji na godišnjoj razini 3 % cjelokupne zdravstvene snage ima namjeru napustiti zemlju. U Mađarskoj su se namjere za migracijama kretale na godišnjoj razini od 2,5 %, a u Sloveniji na razini manjoj od 1% godišnje. U Poljskoj je, suprotno trendovima u drugim državama, došlo do obrnutog slučaja, odnosno do povratka liječnika koji su napustili zemlju.³⁵⁹ Međutim, s obzirom na okolnosti uzrokovane pandemijom COVID-19, u novije vrijeme, prema istraživanju Ekonomskog sveučilišta u Krakowu, 30 % poljskih liječnika želi ograničiti ili promijeniti svoj posao, 9 % ih planira emigrirati iz zemlje, a 6 % planira se prestati baviti svojom profesijom. Također, smatraju da je navedena situacija uzrokovana malim ulaganjem financijskih sredstava u poljski zdravstveni sustav.³⁶⁰

Istraživanje provedeno pojedinačno u 17 zemalja članica Europske unije dovelo je do pregleda situacije po pitanju migracija liječnika u svakoj od njih.

Austrija

Austrija ima najdužu povijest prekograničnih migracija, najviše s Njemačkom, a karakterizira je da je zemlja koja daje i prima zdravstvenu radnu snagu. Određene, ali ne previše značajne, promjene dogodile su se ulaskom novih zemalja u članstvo Europske unije, prvenstveno ulaskom Češke i Slovačke. U 2004. godini udio stranih liječnika u ukupnom broju liječnika iznosio je 17,9 %, tj. 269 liječnika, u 2007. godini iznosio je 17,7 %, odnosno 276 liječnika, dok je tijekom 2008. godine zabilježen pad i taj je postotak iznosio 13,5 %, tj. 230 liječnika. Navedeni strani liječnici većinom potječu iz Njemačke i Italije, dok se broj liječnika iz novih

³⁵⁸ Ibidem, str. 63.

³⁵⁹ Glinos, I. A., Wismar, M., Maier, C.B., Palm, W., Figueras, J. (2011). *Health professional mobility and health systems in Europe: conclusions from the case-studies* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 74.

³⁶⁰ Internetski izvor <https://www.politico.eu/article/polish-hospitals-shutting-down-as-doctors-head-to-the-exits-coronavirus-budget-shortages/>, pristupljeno 26.1.2023.

zemalja članica, posebice iz Rumunjske i Bugarske, počeo pomalo povećavati u promatranom razdoblju. Austrijski liječnici najčešće migriraju u Njemačku. Tako je, prema dostupnim podacima u promatranom razdoblju, tijekom 2003. godine u Njemačkoj radilo 958 austrijskih liječnika, dok je 2007. godine radilo 1613 austrijskih liječnika.³⁶¹ Prema istraživanju Sharera i Freitag provedenom na mladim liječnicima, uzroci migracija najčešće su nezadovoljstvo radnim vremenom i plaćom.³⁶²

Belgija

Najveći dio podataka o migracijama dobiven je temeljem ishoda potvrda o sukladnosti potrebnih za rad u inozemstvu (kojima se priznaju kvalifikacije). Prema tim podacima, Belgiju je u promatranom razdoblju napustilo 11 % liječnika opće prakse i 14 % liječnika specijalista. Najčešća je destinacija belgijskih liječnika Francuska, dok je druga najčešća destinacija Velika Britanija. Što se tiče utjecaja migracija liječnika na belgijski zdravstveni sustav, on nije zabilježen.³⁶³

Finska

Finska bilježi pad broja liječničkih migracija. Prema podacima finskog zavoda za statistiku, 2006. godine Finsku je napustilo 840 liječnika. Već tijekom 2007. godine, prema dostupnim podacima, emigriralo je 50 liječnika. Ovi podaci uključuju cjelokupnu liječničku populaciju u Finskoj, zajedno sa stranim liječnicima koji su ušli u državu. Najatraktivnije su destinacije za finske liječnike Švedska i Sjedinjene Američke Države. Prema podacima o povratku, zabilježeno je da se do 2011. godine vratilo 40 % liječnika koji su prethodno napustili državu.³⁶⁴

Francuska

Podaci za Francusku vrlo su minimalni i postoji veliki problem zbog nedostatka točnijih podataka. Dostupan je samo podatak iz 2005. godine prema kojemu je 6 % (452) francuskih

³⁶¹ Offermans, G., Malle, E.M., Jusic, M. (2011). *Mobility, language and neighbours: Austria as source and destination country* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 93-97.

³⁶² Sharer, S., Freitag, A. (2015). *Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice*, Wiener klinische Wochenschrift, The Central European Journal of Medicine, str. 3.-4.

³⁶³ Safuta, A.; Baeten, R. (2011). *Of permeable borders: Belgium as both source and host country*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 131-142.

³⁶⁴ Kuusio, H., Koivusalo, M., Elovainio, M., Heponiemi, T., Aalto, A., Keskimäki, I. (2011). *Changing context and priorities in recruitment and employment: Finland balances inflows and outflows of health professionals* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 167.

liječnika bilo na obuci izvan države i obavljalo svoj posao u nekoj od zemalja Europske unije.³⁶⁵ Većina literature bavi se imigracijama stranih liječnika u Francusku te naglašava samo utjecaj imigracija liječnika na Francusku jer liječnici koji dolaze u Francusku rješavaju problem manjka liječnika u marginalnim dijelovima Francuske.³⁶⁶

Njemačka

Prema podacima iz 2008. godine 3.065 liječnika koji su primarno radili u Njemačkoj odselilo je iz države, što čini svega 1 % od ukupnog broja liječnika. Od te brojke, njih 67 % bili su njemački državljani. U usporedbi s prethodnim godinama, ovo čini povećanje odlazaka liječnika od 26 %.³⁶⁷ U 2012. godini 2.241 liječnik napustio je državu, a od navedenog broja njih 66,8 % imalo je njemačko državljanstvo. 2014. godine 2.364 liječnika napustila su državu, od čega 6,05 % njemačkih državljana.³⁶⁸ Najpopularnije su destinacije njemačkih liječnika Švicarska, Austrija i Sjedinjene Američke Države.³⁶⁹

Italija

Italija nema adekvatno vođenje ulaska i izlaska liječnika iz države. Postoje podaci iz 2009. godine prema kojima je u periodu od 2008. do 2009. godine 14.548 stranih liječnika bilo registrirano u državi, što je ekvivalent 4 % ukupne zdravstvene radne snage. Od navedenog broja, 1.276 bilo je iz Njemačke, 869 iz Švicarske, 851 iz Grčke, 725 iz Irana, 686 iz Francuske, 626 iz Venezuele, 618 iz Sjedinjenih Američkih Država, 584 iz Argentine, 555 iz Rumunjske i 431 iz Albanije. Što se tiče liječnika koji su se obrazovali izvan Italije, dostupan je samo podatak da je u periodu od 2001. do 2011. u Italiji bilo 1.310 takvih liječnika iz zemalja Europske unije i zemalja nečlanica.³⁷⁰

³⁶⁵ Delamaire, M.-L., Schweyer, F.-X. (2011). *Nationally moderate, locally significant: France and health professional mobility from far and near*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 187.

³⁶⁶ Quanin, C. et.al. (2012). *Comparison of British and French expatriate doctors' characteristics and motivation*, BMJ Open, str. 2.

³⁶⁷ Ognyanova, D.; Busse, R. (2011). *A destination and a source: Germany manages workforce disparities with foreign medical doctors*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 219.

³⁶⁸ Pantenburg, B. (2018). *Physician emigration from Germany: insights from a survey in Saxony, Germany*, BMC Health Service Research, str. 2

³⁶⁹ Loc.cit.

³⁷⁰ Bertinato, L., Glinos, I.A., Boscolo, E., Ciato, L. (2011). *Oversupplying doctors but seeking carers: Italy's demographic challenges and health professional mobility*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 247.

Međutim, javno dostupni podaci govore da je 10.104 talijanskih liječnika napustilo državu od 2005. do 2015. godine. Najpopularnije su destinacije talijanskih liječnika Velika Britanija (33 %) i Švicarska (26 %).³⁷¹

Španjolska

Kao i svugdje, i podaci za Španjolsku dosta su stari. Prema dostupnim podacima 8.530 španjolskih liječnika bilo je registrirano u drugim državama, što je ekvivalent od 5,9 % ukupnog broja liječnika u Španjolskoj. Od navedenog broja, 3.960 španjolskih liječnika nastanilo se u zemljama članicama Europske unije, dok su drugi migrirali prema Sjedinjenim Američkim Državama. Sredinom 2000.-ih, Španjolska je zauzimala 13. mjesto prema postotku liječnika stranaca koji su boravili i radili u Španjolskoj. Drugim riječima, prema dostupnim podacima iz 2007. godine, 12,5 % od ukupnog broja liječnika bili su strani liječnici. Španjolski liječnici najčešće migriraju prema Portugalu, Francuskoj i Velikoj Britaniji.³⁷²

Španjolski liječnici najčešće migriraju prema Francuskoj i Velikoj Britaniji zbog većih plaća. Naime, Španjolska se nalazi na tek 6. mjestu po visinu plaća među bogatijim europskim državama. Prema novijim, javno dostupnim podacima, gotovo 20.000 španjolskih liječnika napušta državu, a ako se uključi dio liječnika koji odlaze u mirovinu, Španjolskoj prijete manjak od 9.000 liječnika do 2035. godine.³⁷³

Velika Britanija

Velika Britanija povijesno je zemlja koja privlači stranu zdravstvenu radnu snagu. Zemlje koje prednjače kao izvor zdravstvene radne snage za Veliku Britaniju su Indija, Pakistan, Nigerija, Južnoafrička Republika, također i Australija i Novi Zeland. Tijekom 2008. godine, Velika Britanija imala je registrirano 36,8 % liječnika obrazovanih u inozemstvu, od čega je trećina bila iz zemalja članica Europskog gospodarskog prostora, dok je dvije trećine bilo iz trećih

³⁷¹ Internetski izvor [Deset tisuća liječnika koji bježe iz Italije u deset godina - Zdravlje - ANSA.it](#), pristupljeno 26.1.2023.

³⁷² Gonzalez Lopez-Valcarcel, B., Barber Perez, P., Davila Quintana, C.D. (2011). *Opportunities in an expanding health service: Spain between Latin America and Europe*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 265.

³⁷³ Internetski izvor [Why Spain is running out of doctors \(thelocal.es\)](#), pristupljeno 26.1.2023.

zemalja. Pozadina ovakvih ulaznih migracija u Veliku Britaniju leži u kolonijalnom statusu države te engleskom jeziku kao najrasprostranjenijem svjetskom jeziku.³⁷⁴

Unatoč tomu što se broj liječnika od 2016. do 2020. godine povećao za 14 %, tijekom 2021. godine zabilježeno je 35 % liječnika koji su iskazali namjeru za smanjenjem broja radnih sati ili namjeru za napuštanjem profesije. Također, tijekom 2021. godine 9.825 liječnika napustilo je državu, a polovica od navedenog broja još planira napustiti državu.³⁷⁵³⁷⁶

Estonija

Estonija je definirana kao zemlja koja daje zdravstvenu radnu snagu. Ulaskom u članstvo Europske unije, emigracije iz Estoniji ostale su umjerene. Najpopularnije zemlje odredišta za stanovnike Estonije su Finska, Velika Britanija, Švedska, Njemačka i Norveška. Estonija ima zanemariv broj stranih liječnika, radi o postotku od svega 0,1-0,2 % u ukupnom broju liječnika. Broj liječnika koji su napustili državu također mogu prikazati samo kao broj izdanih potvrda o verifikaciji kvalifikacija, kojih je, između 2004. i 2009. godine, bilo 709.³⁷⁷

Mađarska

Migracije zdravstvene radne snage jako su pogodile i pogađaju Mađarsku od ulaska u članstvo Europske unije. Od 2004. do 2009. godine oko 7.000 zdravstvenih radnika podnijelo je zahtjeve za verifikacijom stručnih kvalifikacija. Niti u Mađarskoj ne postoje službeni podaci o broju liječnika koji su napustili zemlju, ali se država svakako svrstava u zemlje koje izvoze radnu snagu, ponajprije za stare zemlje članice Europske unije (Velika Britanija, Njemačka i Austrija) ali i neeuropske zemlje među kojima prednjače Sjedinjene Američke Države. Što se tiče ulaska liječnika nerezidenata u Mađarsku, tijekom 2008. godine bilo je svega 3,6 % takvih liječnika.³⁷⁸ Prema novijim podacima, mađarski liječnici i dalje najradije migriraju u Njemačku, a takva je

³⁷⁴ Young, R. (2011). *A major destination country: the United Kingdom and its changing recruitment policies*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 298.-304.

³⁷⁵ Powel, J., et.al. (2022). *Understanding doctors' decision to migrate from the UK*, Shift Insight Limited, str. 7.

³⁷⁶ General Medical Council (2022). *The state of medical education and practice in the UK, The workforce report 2022*, str. 21.

³⁷⁷ Saar, P.; Habicht, J. (2011). *Migration and attrition: Estonia's health sector and cross-border mobility to its northern neighbour*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 339.-343.

³⁷⁸ Eke, E., Girasek, E., Szocska, M. (2011). *From melting pot to laboratory of change in central Europe: Hungary and health workforce migration*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 365.-374.

situacija postojana od 2011. godine kada im je Njemačka otvorila svoje tržište.³⁷⁹ Tijekom 2018. godine 743 liječnika iz Mađarske zatražila su priznavanje stručnih kvalifikacija, od čega su 452 mađarska državljana, što je 13 % manje u odnosu na prethodne godine.³⁸⁰

Litva

Ulaskom u članstvo Europske unije, Litva se suočila s problemom odlaska liječnika, no ne u mjeri u kojoj se očekivalo. Unatoč tomu što nema službenih podataka o odlascima liječnika, činjenica je da liječnici odlaze zbog boljih radnih uvjeta, bolje plaće, boljih životnih uvjeta i većeg prestiža. Smatra se da razlog manjeg odlaska liječnika od očekivanog leži u tomu što su se radni uvjeti u državi kontinuirano poboljšavali. Prema podacima o zatraženim potvrdama o verifikaciji diploma u 2009. godini, zatražilo ih je svega 0,9 % od ukupnog broja liječnika. Što se tiče ulaska stranih liječnika u Litvu, situacija nije ništa drugačija. Brojka kaže da su tek 22 liječnika akreditirana za ulazak u državu u periodu od 2005. do 2008. godine.³⁸¹

Poljska

Glavne su destinacije poljskih liječnika Velika Britanija, Irska, Njemačka i skandinavske države – Švedska i Danska. Novac je najveći motivator za migracije, a rijetke su imigracije stranih liječnika u Poljsku (svega 0,7 % liječnika u ukupnoj liječničkoj populaciji imalo je drugo državljanstvo). Nakon ulaska Poljske u članstvo Europske unije, liječnici su podnijeli oko 7.000 zahtjeva za priznavanje stručnih kvalifikacija. Ova je situacija slična onoj u Mađarskoj. Protekom godina, ta se brojka smanjivala, posebice nakon 2007. godine. Kod Poljske postoje i podaci o vrsti liječnika koji su imali namjeru za migriranjem. Radi se masovno o liječnicima specijalistima, od kojih se posebice ističu anesteziolozi, specijalisti u jedinicama intenzivnog liječenja, kirurzi glave i vrata i plastični kirurzi te specijalisti hitne medicine. Najmanji interes za migracije imali su specijalisti interne medicine.³⁸²

³⁷⁹ Boros, L., et.al. (2022). *The migration of health care professionals from Hungary – global flows and local responses*, The Central European Journal of regional development and tourism, Vol. 14, Issue 1, str. 175.

³⁸⁰ Internetski izvor [Updates \(who.int\)](https://www.who.int), pristupljeno 26.1.2023.

³⁸¹ Padaiga, Ž., Pukas, M., Starkiene, L. (2011). *Awareness, planning and retention: Lithuania's approach to managing health professional mobility*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 395.-398.

³⁸² Kautsch, M., Czabanowska, K.(2011). *When the grass gets greener at home: Poland's changing incentives for health professional mobility*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 419.-430.

Kako je već spomenuto, 30 % poljskih liječnika želi ograničiti ili promijeniti svoj posao, 9 % ih planira emigrirati iz zemlje, a 6 % se planira prestati baviti svojom profesijom, što državu dovodi u situaciju da joj trenutno manjka od 20.000 do 50.000 liječnika.³⁸³ Kako bi riješila problem, poljska je vlada javno pozvala strane liječnike na radvu Poljsku ponudivši pojednostavljene administrativne procedure i pristojna primanja.³⁸⁴

Rumunjska

Rumunjska je također zemlja izvoznica radne snage. Emigracije iz Rumunjske toliko su jake da se bez striktnih politika vlasti problem migracija ne može riješiti niti zaustaviti. 2007. godine, nakon ulaska države u članstvo Europske unije, 1.421 liječnik napustio je Rumunjsku, što čini 3 % ukupne liječničke populacije. Međutim, odlasci u 2008. i 2009. godini ipak su ostali ispod očekivanja. Prema broju izdanih potvrda o priznavanju stručnih kvalifikacija, 10 % od ukupnog broja liječnika imalo je namjeru napustiti državu. U sljedeće dvije godine brojka se lagano smanjila, tako su 2008. godine 1.252 liječnika zatražila potvrde o priznavanju stručnih kvalifikacija. Države u koje najviše migriraju rumunjski liječnici su Francuska, Njemačka, Italija i Velika Britanija.³⁸⁵

Procjenjuje se da je u periodu od pristupanja Rumunjske u članstvo Europske unije državu napustilo 9.000 liječnika. Tijekom 2018. godine 1.600 liječnika predalo je zahtjev za priznavanje stručnih kvalifikacija, dok je tijekom 2019. godine to učinilo njih 1.500. S druge strane, u tom se periodu tek 150 liječnika vratilo u državu. Vrlo je mali broj stranih liječnika koji dolaze u Rumunjsku, na 60.000 liječnika svega njih 850, od kojih najviše iz Moldavije.³⁸⁶

Slovačka

Zbog političkih odnosa u bivšoj Čehoslovačkoj i politike zatvorenih granica, odnosno ograničenog napuštanja države, Slovačka je jedna od rijetkih država koja je imala dovoljan broj zdravstvene radne snage kroz godine. Slovačka je od 2004. do 2007. godine izdala 1.377 potvrda o priznavanju stručnih kvalifikacija svojim liječnicima. Najpopularnije su destinacije

³⁸³ Internetski izvor <https://www.politico.eu/article/polish-hospitals-shutting-down-as-doctors-head-to-the-exits-coronavirus-budget-shortages/>, pristupljeno 26.1.2023.

³⁸⁴ Internetski izvor <https://notesfrompoland.com/2021/01/22/government-entices-foreign-doctors-to-poland-with-simplified-procedure-and-decent-earnings/>, pristupljeno 26.1.2023.

³⁸⁵ Galan, A., Olsavszky, V., Vladescu, C. (2011). *Emergent challenge of health professional emigration: Romania's accession to the EU*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries, str. 449.-455.

³⁸⁶ Internetski izvor [More than 10,000 doctors from Romania relocated \(transylvanianow.com\)](https://www.transylvanianow.com/), pristupljeno 26.1.2023.

za rad Austrija, Češka, Velika Britanija i Njemačka. Veći interes za migracijama među liječnicima pokazuju liječnici mlađi od 30 godina. Prema podacima o ulascima stranih liječnika u Slovačku, tijekom 2007. godine u Slovačkoj je bilo ispod 1 % stranih liječnika u ukupnom broju liječnika.³⁸⁷

Slovačkoj nedostaje oko 3.500 liječnika. Kako bi doskočila tom problemu, država je osigurala jednogodišnji staž za liječnike iz trećih zemalja koji imaju poteškoća u priznavanju stručnih kvalifikacija.³⁸⁸ Inače, glavni problem u poljskom zdravstvenom sustavu niske su plaće koje liječnike dovode do migracija i do štrajkova s prijetnjom otkaza - plaće liječnika u Poljskoj iznose u prosjeku 3.500 eura mjesečno zajedno s prekovremenim radom i bonusima.³⁸⁹

Slovenija

Slovenija je godinama bila destinacija za liječnike iz zemalja bivše Jugoslavije – Bosne i Hercegovine, Srbije i Hrvatske, među kojima prednjači Hrvatska. U Sloveniji je stoga velik broj stranih liječnika. Tako je tijekom 2007. godine u Sloveniji boravilo i radilo 21,8 % stranih liječnika u odnosu na ukupnu liječničku populaciju. Podaci o odlasku liječnika iz Slovenije ne postoje.³⁹⁰

Zemlja koju istraživanje „*Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*”, među 17 zemalja, nije obuhvatilo je Irska. Irska je velika zemlja uvoznica zdravstvene radne snage, stoga ju je bitno spomenuti.

Irska

Godine 2018. provedeno je istraživanje na mladim liječnicima u Irskoj koje je pokazalo da je 52 % mladih liječnika spremno i planira emigrirati iz države.³⁹¹ Radi se o liječnicima ispod 30

³⁸⁷ Benušova, K., Kovačova, M., Nagy, M., Wismar, M. (2011). *Regaining self-sufficiency: Slovakia and the challenges of health professionals leaving the country*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*, str. 479.-485.

³⁸⁸ Internetski izvor [Internships for doctors from third countries to address shortage of health professionals in Slovakia | European Website on Integration \(europa.eu\)](https://europa.eu/european-observatory/health-professionals-mobility-and-health-systems/evidence-from-17-european-countries), pristupljeno 26.01.2023.

³⁸⁹ Internetski izvor <https://wageindicator.org/labour-laws/collective-bargaining/2022/slovakia-more-than-2-000-doctors-are-threatening-to-resign-because-of-low-pay-october-31-2022>, pristupljeno 26.1.2023.

³⁹⁰ Albrecht, T. (2011). *Addressing shortages: Slovenia's reliance on foreign health professionals, current developments and policy responses*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*, str. 511.-517.

³⁹¹ Humphries, N., et.al. (2021). *COVID-19 and doctor emigration: the case of Ireland*, Human Resources for Health, str. 2.

godina starosti, iz zemalja ne-članica Europske unije koji su iskazali nezadovoljstvo slabim ili neadekvatnim stručnim nadzorom i visokim troškovima daljnje edukacije.³⁹²

Visoka razina odlazaka domaćih liječnika generira privlačenje visoke razine stranih liječnika. Tako je 2018. godine u Irskoj bilo 42 % liječnika obrazovanih u drugim državama, dakle stranih liječnika, dok ih je, primjerice, 2010. godine bilo 33 %, a 2000. godine 13 %.³⁹³

Drugo veliko spomenuto istraživanje „*Health Professional Mobility in a Changing Europe*“, objavljeno 2014. godine, bavilo se generalno problemom nedostatka radne snage u zdravstvenim sustavima te je dalo rezultate istraživanja u pojedinim državama članica Europske unije vezano za konkretne razloge migriranja liječnika. Istraživanje je provedeno u Litvi, Velikoj Britaniji, Njemačkoj i Irskoj. Rezultati istraživanja prikazani su po državama:

Litva

Ispitanici liječnici, na pitanje o potisnim faktorima za rad u inozemstvu, izjasnili su se da financijski aspekt nije najvažniji dio njihove odluke, iako je usko povezan sa svakim razlogom. Najvažniji potisni faktori kod liječnika u Litvi su sljedeći:

- bolji životni uvjeti. Ispitanici su istaknuli da je u njihovoj državi posao koji obavljaju podcijenjen te da plaće nisu u skladu s težinom i kompleksnošću posla koji obavljaju.
- radni uvjeti i radno okruženje. Pod radnim uvjetima smatraju nedostatnu mogućnost kvalitetnog obavljanja vlastitog posla, u smislu manjka financijskih sredstava za propisivanje adekvatne terapije za pacijente, zatim zastarjele opreme ili nedostatka opreme za provođenje dijagnostičkih postupaka, što dovodi do težeg postavljanja dijagnoze, a posljedično time i veće mogućnosti liječničke pogreške za koju sami liječnici nisu osigurani. Zatim, ističu neadekvatne prostorne uvjete za rad kao i loše odnose unutar kolektiva, odnosno nedostatak timskog rada.
- stanje sagorijevanja (*burn-out*). Sagorijevanje je sve češći problem kod liječnika, pa tako i kod ispitanika iz Litve, koji naglašavaju da, kako bi zaradili više novca, obavljaju višestruke poslove, što podrazumijeva više pacijenata, te se dovode u stanja sagorijevanja. Ovakva situacija dovodi do visoke razine stresa, s jedne strane, i slabije kvalitete pružene zdravstvene usluge, s druge strane.

³⁹² Conell, J. (2020). *Doctor retention or Migration: From Ireland to the World? Comment on „Doctor Retention: A Cross-sectional Study of How Ireland Has Been Losing the Battle“*, International Journal of Health Policy and Management, str. 1.

³⁹³ Humphries, N., et.al., op.cit., bilješka 392., str. 2.

- sve teži i lošiji odnosi sa pacijentima. Prava pacijenta s godinama se povećavaju i oni ih traže prilikom dobivanja zdravstvene usluge. Financijski razlozi često dovode do stanja u kojima su liječnici u nemogućnosti udovoljiti tim pravima, što im otežava rad s pacijentima.
- manjak mogućnosti usavršavanja i edukacije. Naime, zbog loše financijske situacije zdravstvenog sustava u Litvi, mogućnost stručnog usavršavanja svedena je na minimum.
- neučinkovito upravljanje bolnicama. Liječnici također zamjeraju neadekvatno vođenje bolnica i drugih zdravstvenih ustanova te naglašavaju nemogućnost provođenja bilo kakvog dijaloga s rukovodstvima bolnica i zdravstvenih ustanova.
- korupcija. Posljednje u nizu što navode kao potisni faktor za napuštanje države korumpiranost je sustava.

Među ključnim faktorima zbog kojih pojedinci nisu napustili državu, navode se obiteljski razlozi, godine, vođenje privatnog posla, domoljublje i socijalni status, odnosno strah da će biti „stranci“ u državi u koju dođu.³⁹⁴

Velika Britanija

Velika Britanija uzeta je u istraživački uzorak jer se radi o državi koja je najpopularnija destinacija među liječnicima kao država u kojoj žele raditi. Slučaj Velike Britanije obrnut je od Litve. Istraživanje je provedeno nad liječnicima koji su migrirali u Veliku Britaniju. Cilj je istraživanja bio istražiti faktore migriranja u Veliku Britaniju, razloge ostanka u Velikoj Britaniji, faktore povratka u vlastitu državu ili migracija u neku drugu državu.

Navedeni razlozi, potisni faktori, za promjenu države rada gotovo su svi do sada poznati potisni faktori koji su obrađeni kroz mnoge studije i literature. Potisni faktori u predmetnom istraživanju raspoređeni su u tri razine: makro, mezo i mikro razina.

- Makrorazina faktora:
 - visina primanja. Za liječnike iz država EU15 visina primanja nije presudni faktor za migracije, dok se kod liječnika iz EU12 država visina primanja pojavljuje kao jedan od ključnih faktora za migriranje.

³⁹⁴ Padaiga, Ž., Pukas, M., Starkiene, L. (2014). *Health professional migration in Lithuania: why they leave and what makes them stay*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, New dynamics, mobile individuals and diverse responses, str. 161.-165.

- mogućnost profesionalnog napredovanja. Kao jedan od glavnih razloga nevedeni su bolji radni uvjeti i bolje nagrađena radna mjesta te mogućnost obavljanja jednog posla, umjesto traženja dodatnog posla s ciljem bolje zarade.
- Mezorazina faktora:
 - mogućnosti profesionalnog i osobnog razvoja. Mogućnosti osobnog razvoja kroz poslijediplomske studije, koje je prema odgovorima ispitanika, najdostupnije u Velikoj Britaniji. Zatim, mogućnost znanstvenog istraživanja zbog visoke dostupnosti kvalificiranih mentora te mogućnost suradnje s kolegama koji su među najuspješnijim stručnjacima iz pojedinih područja.
- Mikrorazina faktora:
 - poznavanje engleskog jezika. Najčešći privlačni faktor kod odabira Velike Britanije kao radne destinacije poznavanje je jezika. Iz perspektive olakotne okolnosti, poznavanju i rasprostranjenosti engleskog jezika, pridonosi i položaj i blizina Velike Britanije (koja je ipak unutar Europe) u odnosu na primjerice udaljenost SAD-a ili Australije.³⁹⁵

Što se tiče namjere za ostankom u Velikoj Britaniji i povratkom u matičnu zemlju, ispitanici su imali razne odgovore koje je teško sistematizirati u jedinstven zaključak. Mnogi su navodili da su trenutno privremeno na radu i boravku, potom se vraćaju u matičnu državu nakon čega će se trajno ponovno vratiti u Veliku Britaniju, dok su neki naveli ostanak u Velikoj Britaniji do mirovine.³⁹⁶

Novija istraživanja pokazuju da liječnici iz Velike Britanije odlaze zbog niza razloga, od kojih se izdvajaju socijalni, profesionalni i osobni. Kod socijalnih razloga, glavni su razlozi Brexit, visoki troškovi života i problemi sa ishođenjem vize. Kod profesionalnih, nezadovoljstvo ostvarenim, „*burnout*“, ograničene mogućnosti u daljnjem napretku karijere i sl. Kod osobnih razloga, to je udaljenost od obitelji.³⁹⁷ Iz ovoga se vidi da liječnici koji napuštaju Veliku Britaniju zapravo ni nisu domicilni liječnici. To je još jedan od dokaza koliko je velika zastupljenost stranih liječnika u Velikoj Britaniji.

³⁹⁵ Young, R. (2014). *Motivations and experience of health professionals who migrate to the United Kingdom from other EU Member countries* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, New dynamics, mobile individuals and diverse responses, str. 182.-188.

³⁹⁶ Loc.cit..

³⁹⁷ Powel, J., et.al., op.cit., bilješka 376., str. 23.

Njemačka

Istraživanje u Njemačkoj uzelo je u obzir njemačke liječnike koji odlaze iz države, njemačke liječnike koji dolaze ili se vraćaju u državu i strane liječnike koji dolaze u Njemačku.

Kod domaćih liječnika, koji napuštaju državu u potrazi za novim radnim mjestom, istaknuti su sljedeći potisni faktori:

- zatrpanost poslom. Kao jedan od potisnih faktora za napuštanje države, njemački liječnici vide u zatrpanost poslom zbog manjka liječnika te neravnotežu između posla i privatnog života. U okvir istog potisnog faktora ubrajaju se i loši radni uvjeti, kao i previše administrativnog posla u odnosu na liječnički dio posla.
- loše hijerarhijsko upravljanje. Hijerarhija se u ovom slučaju odnosi na liječnike voditelje ustrojstvenih jedinica unutar zdravstvenih sustava. Kao potisni faktor smatra se nedostatak kolegijalnosti od starijih kolega, ponižavanje i spori profesionalni napredak.
- nedostatak specijalističkog usavršavanja
- nekompatibilnost kliničke prakse i znanstvenog istraživanja. Liječnici smatraju da u drugim zemljama imaju veće mogućnosti za znanstvena istraživanja i samim time za osobni profesionalni razvoj.
- veća mogućnost zarade. I u Njemačkoj, kao i u drugim državama, primanja ne zauzimaju primat kada je riječ o namjeri za napuštanjem vlastite zemlje u potrazi za boljim radnim uvjetima. Štoviše, naglašavaju da odluka o napuštanju države ovisi o boljim radnim uvjetima, manjem broju pacijenata i manjoj birokraciji na poslu.³⁹⁸

Sljedeća su kategorija njemački liječnici koji se vraćaju u Njemačku te kao privlačne faktore za povratak navode:

- nedostatak vlastitog doma. Visina plaće u slučaju povratka zbog osjećaja nedostajanja, kao i u slučaju odlaska, ne igra značajnu ulogu.
- poboljšani radni uvjeti u Njemačkoj. Njemačka je u periodu od 1982. do 2002. imala višak liječnika koji su zbog nemogućnosti pronalaska posla iselili iz države. Nakon

³⁹⁸ Ognyanova, D., Young, R., Maier, C.B., Busse, R. (2014). *Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners? A qualitative study*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, New dynamics, mobile individuals and diverse responses, str. 213.-220.

2002. godine situacija se promijenila i nastupila je velika potražnja za liječnicima te su mnogi, koji su napustili Njemačku, ovakvu situaciju iskoristili za povratak.³⁹⁹

Posljednja promatrana kategorija liječnika strani su liječnici koji dolaze u Njemačku. Navedeni su sljedeći privlačni faktori za njihov dolazak:

- visina primanja i radni uvjeti. Kako se većinom radi o liječnicima koji dolaze iz bitno siromašnijih zemalja, glavni privlačni faktor čini visina plaće, ali i bolje radno okruženje.
- bolja opremljenost zdravstvenih ustanova. Njemačka je, u odnosu na promatrane zemlje koje šalju svoje radnike, bitno bogatija i zdravstveni sustav bitno je izdašniji, stoga i opremljenost zdravstvenih ustanova, odnosno mogućnost rada na sofisticiranijoj opremi, predstavlja privlačni faktor za liječnike kojima je stalo do osobnog profesionalnog razvoja.
- specijalističko usavršavanje. Povezano je sa gore navedenom boljom opremljenošću zdravstvenih ustanova.
- ekonomska i politička situacija. Kako određeni ispitanici dolaze iz zemalja poput Sirije i Ukrajine, ekonomska i politička situacija u tim državama predstavlja potisni faktor pojedincima da napuste državu.⁴⁰⁰

Irski

Istraživanje je provedeno na 35 liječnika iz trećih zemalja. Dakle, ovdje je karakteristično da u uzorak nisu uzeti liječnici državljanima zemalja članica Europske unije, što istraživanje donekle čini ograničenim. Unatoč tomu, rezultati prikazuju aspekte motivacije za dolazak u Irsku, motivacije za ostanak u Irskoj i motivacije za napuštanje Irske.⁴⁰¹

Kao glavni faktor za dolazak u Irsku, liječnici su naveli poslijediplomsko obrazovanje i profesionalni napredak i razvoj. Manji broj ispitanika istaknuo je visinu primanja kao privlačni faktor za dolazak u Irsku. Drugi razlog za dolazak u Irsku blizina je Velike Britanije i sličnost zdravstvenih sustava dviju zemalja.⁴⁰²

³⁹⁹ Loc.cit.

⁴⁰⁰ Loc.cit.

⁴⁰¹ Humphries, N., Bidwell, P., Tyrrell, E., Brugha, R., Thomas, S., Normand, C. (2014). *I am kind of in stalemate. The experience of non-EU migrant doctors in Ireland*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, New dynamics, mobile individuals and diverse responses, str. 241.-244.

⁴⁰² Loc.cit.

Što se tiče ostanka u Irskoj, većina ispitanika nije odlučila o tom pitanju. Mnogi planiraju ostati od 5 do 10 godina, dok ne steknu zadovoljavajuće profesionalne kompetencije, dok oni koji su ostali, navode da su zbog obiteljskih razloga ostali u Irskoj nakon određenog vremena..⁴⁰³

Na nastavak migracija, odnosno promjenu zemlje rada, ispitanici bi se opredijelili ovisno o brzini i mogućnosti profesionalnog napredovanja. Najželjenija destinacija tada bi za većinu ispitanika bila Velika Britanija.⁴⁰⁴

Irska, kao zemlja koja je uvelike ovisna o stranim liječnicima, zbog velike emigracije vlastitih liječnika, nema problem s obrazovanjem liječnika, ali stručnjaci smatraju da je strategija države zamjena liječnika, a ne unaprjeđenje sustava boljim radnim uvjetima.⁴⁰⁵

6.2. TREND MOBILNOSTI LIJEČNIKA U REPUBLICI HRVATSKOJ

U Hrvatskoj je 2016. godine Povjerenstvo za mlade liječnike Hrvatske liječničke komore provelo istraživanje među mladim liječnicima o edukacijama tijekom specijalizacije i uvjetima rada. U istraživanju se bave i temom spremnosti mladih liječnika na odlazak iz Hrvatske. Ovo je istraživanje obuhvatilo liječnike do 39 godina, srednja vrijednost za dob anketiranih bila je 32 godine (raspon 29 – 35).⁴⁰⁶

Prema navedenom istraživanju, na pitanje bi li napustili Republiku Hrvatsku i započeli karijeru u inozemstvu ako im se pruži prilika

- 58 % odgovorilo je potvrdno
- 12 % izjasnilo se da ne bi,
- a 30 % da ne zna.⁴⁰⁷

Kao motive za odlaskom iz Republike Hrvatske navode:

- bolje uvjete rada (74 % ispitanika)

⁴⁰³ Loc.cit.

⁴⁰⁴ Loc.cit..

⁴⁰⁵ Humphries, N., et.al., op.cit., bilješka 392., str. 2.

⁴⁰⁶ Babacanli, A. et. al. (2016). *Zadovoljstvo mladih liječnika u Republici Hrvatskoj: idemo li u pravom smjeru?*, Liječnički vjesnik, Vol. 138, No. 7-9, str. 179-188.

⁴⁰⁷ Loc.cit.

- uređenost zdravstvenog sustava (67 % ispitanika)
- više mogućnosti stručnog usavršavanja i napredovanja (62 % ispitanika),
- bolja plaća (67 % ispitanika)
- nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na radnom mjestu (38 % ispitanika)
- nezadovoljstvo sadašnjim stanjem u Republici Hrvatskoj (50 % ispitanika).⁴⁰⁸

S druge strane, za motive za ostankom u Republici Hrvatskoj navode:

- ugovornu obvezu za specijalizaciju (45 % ispitanika)
- zadovoljstvo radnim uvjetima (4 % ispitanika)
- zadovoljstvo stručnim usavršavanjem i napredovanjem (3 % ispitanika)
- zadovoljstvo plaćom (4 % ispitanika)
- dobre međuljudske odnose na radnom mjestu (16 % ispitanika)
- bojazan od nepoznate sredine (20 % ispitanika)
- obiteljske razloge (72 % ispitanika).⁴⁰⁹

Zanimljivo je da je navedeno istraživanje dobilo i konkretan odgovor na određene predložene mjere, odnosno, opisno je prikazano što se pod određenom mjerom smatra. Navest će se neke najbitnije od njih. Tako, primjerice, pod *uređenjem zdravstvenog sustava* ispitanici podrazumijevaju:

- kraće čekanje na staž i specijalizaciju
- više specijalizacija
- analiza rada pojedinca
- sankcije za nerad
- pravnu zaštitu liječnika
- organiziranost ustanova
- rasterećenje od administracije
- poštivanje Zakona o radu
- plaćanje prekovremenih sat
- raspodjelu rada i odgovornosti,
- beneficirani radni staž
- osiguranje od profesionalne odgovornosti
- manje hijerarhije u sustavu

⁴⁰⁸ Loc.cit..

⁴⁰⁹ Loc.cit.

- informatizaciju
- decentralizaciju
- stimulaciju za rad u ruralnim područjima i sl.⁴¹⁰

Nadalje, pod mjerom *plaće* ispitanici podrazumijevaju:

- adekvatniju naknadu za rad
- stimulacije
- plaću prema učinku
- financijsku sigurnost
- izjednačenost plaća u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- veće naknade za odvojeni život
- veće koeficijente.⁴¹¹

Pod mjerom *uvjeti rada* istaknuli su sljedeće:

- oprema
- uvođenje normativa vremena po pacijentu
- manja opterećenost poslom
- infrastruktura i radno vrijeme.⁴¹²

Pod mjerom *edukacija i usavršavanje* podrazumijevaju:

- plaćene edukacije
- fondove za edukaciju
- edukacije u Hrvatskoj i inozemstvu
- jednaku dostupnost edukacije svima
- niže cijene poslijediplomskih studija
- stručna usavršavanja i subvencionirane troškove izrade doktorata.⁴¹³

Drugo relevantno, no manje istraživanje, na temu odlazaka liječnika, bavi se brojem liječnika koji su napustili Republiku Hrvatsku. Provela ga je ponovno Hrvatska liječnička komora 2016. godine. Rezultati istraživanja prikazani su u obliku priopćenja za medije⁴¹⁴. Prema priopćenju,

⁴¹⁰ Loc.cit.

⁴¹¹ Loc.cit.

⁴¹² Loc.cit.

⁴¹³ Loc.cit.

⁴¹⁴ Internetski izvor, Hrvatsku je napustilo 525 liječnika, krajnje je vrijeme za ozbiljnu reakciju hrvatske Vlade! - Hrvatska liječnička komora (hlk.hr), pristupljeno 02.06.2021.

Hrvatsku je, od dana stupanja u Europsku uniju, napustilo 525 liječnika. Gotovo polovina tih liječnika, njih 249, rođeno je poslije 1980. godine. Od 1. srpnja 2013. godine do 31. prosinca 2021. godine, 1.232 liječnika ishodilo je EU potvrde koje su im potrebne za rad u inozemstvu.⁴¹⁵ Podaci su dobiveni uparivanjem podataka Komore o broju izdanih potvrda za odlazak u Europsku uniju s podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje o doktorima medicine koji trenutno nisu u radnom odnosu na teritoriju Republike Hrvatske te s odgovarajućim podacima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje i Agencije za podršku informacijskim sustavima i tehnologijama (APIS). Analiza podataka pokazala je da je u navedenom periodu Hrvatsku napustilo više liječnika specijalista (304), no i onih bez specijalizacije (221) – liječnika opće medicine. Među specijalistima koji su napustili Hrvatsku, najveći je broj anesteziologa (53), slijede internisti (34), psihijatri (33), radiolozi (26), ginekolozi (22) i opći kirurzi (18). Od liječnika koji su napustili hrvatski zdravstveni sustav, 43 su doktori znanosti, a 16 magistri znanosti.⁴¹⁶

Uzevši u obzir revidirani broj od 1.946⁴¹⁷ zahtjeva za priznavanje stručnih kvalifikacije (2013. – 2021.) i podatak o ukupnom broju liječnika u RH koji kaže kako, prema Atlasu hrvatskog liječnika, u Hrvatskoj ima 14.394 liječnika (2017.⁴¹⁸), odnosno, prema Nacionalnom registru pružatelja zdravstvene zaštite, 15.057 liječnika (2018.⁴¹⁹), dolazimo do rezultata da je **12,92 %** ukupne liječničke populacije u Hrvatskoj poduzelo korake oko preseljenja.

U nastavku ćemo usporediti raspon dobivenih podataka prethodnih dvaju istraživanja u odnosu na provedeno istraživanje za potrebe ove disertacije.

6.2.1. Namjera odlaska iz Republike Hrvatske

Istraživanje za potrebe ove disertacije provedeno je na 381 liječniku, u rasponu od 26 do 83 godine, srednja je vrijednosti dobi ispitanika 39 godina. Istraživanjem se tražio odgovor na pitanje bi li pojedinac napustio Hrvatsku u potrazi za drugim radnim mjestom unutar zemalja

⁴¹⁵ Prema revidiranim podacima Hrvatske liječničke komore, u razdoblju od 1. srpnja 2013. do 31. prosinca 2021. godine, ukupno je bilo 1.946 podnesenih zahtjeva za izdavanje potvrde o proznavanju stručnih kvalifikacija

⁴¹⁶ Internetski izvor, [Hrvatsku je napustilo 525 liječnika, krajnje je vrijeme za ozbiljnu reakciju hrvatske Vlade! - Hrvatska liječnička komora \(hlk.hr\)](#), pristupljeno 2.6.2021.

⁴¹⁷ Izvješće o radu Hrvatske liječničke komore za 2021. godinu, Klasa: 990-01/22-01/1, Urbroj: 385-01/03-22-01, str. 8.

⁴¹⁸ Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S., op.cit., bilješka 31., str 29.

⁴¹⁹ Internetski izvor [Najnoviji podaci o broju zdravstvenih radnika uvedenih u Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite | Hrvatski zavod za javno zdravstvo \(hzjz.hr\)](#), pristupljeno 13.8.2021.

članica Europske unije ili u trećim zemljama. Na pitanje o tome razmišlja li o odlasku iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije, ispitanici su se izjasnili na sljedeći način (Tablica 27.):

- 42 % se ne slaže sa tvrdnjom
- 15 % je neodlučno
- 44 % se slaže sa tvrdnjom.

Također, treba napomenuti da o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima, značajno više razmišljaju oni koji nisu u braku ili žive u izvanbračnoj zajednici, stanovnici Središnje Hrvatske, Zagreba i Dalmacije, te specijalizanti i zaposlenici općih i kliničkih bolnica.

Analizom godina ispitanika, u zemlje članice Europske unije značajno više žele migrirati liječnici do 30 godina starosti, a manje oni od 41 do 50 godina starosti (Tablica 28.).

Prema dobivenim rezultatima, u kategoriji onih koji žele migrirati u neku od zemalja članica Europske unije, najveća je povezanost između želje za migracijama i zadovoljstva uvjetima rada, profesionalnih potreba i zadovoljstva plaćom.

Na tvrdnju o tome razmišljaju o odlasku iz Republike Hrvatske u treće zemlje, ispitanici su se izjasnili na sljedeći način:

- 61 % se ne slaže sa tvrdnjom
- 12 % je neodlučno
- 27,5 % se slaže sa tvrdnjom.

Među onima koji razmišljaju o odlasku u treće zemlje značajno je više onih koji nisu u braku, stanovnika Središnje Hrvatske, Zagreba i Dalmacije, značajno više specijalizanata te zaposlenika općih i kliničkih bolnica.

Analizom godina ispitanika, u zemlje članice Europske unije značajno više žele migrirati liječnici do 30 godina starosti.

Rezultati istraživanja Hrvatske liječničke komore, autora Babancanli, A. et.al., i rezultati vlastitog provedenog istraživanja o preferencijama odlaska zapravo su slični. Kod Babancanli A., et.al. 58 % ispitanika izjasnilo se da bi napustilo Republiku Hrvatsku, dok se u predmetnom istraživanju 44 % ispitanika izjasnilo da bi odselilo u neku drugu državu članicu Europske unije

u potrazi za boljim radnim uvjetima. O preseljenju u treće zemlje većina ispitanika se izjasnila da ne razmišlja.

Dobivenim rezultatom vlastitog istraživanja o postotku liječnika koji bi napustio Republiku Hrvatsku te se preselio u neku od zemalja članica Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima, zapravo se potvrđuju hipoteza H2 (Liječnici su skloniji migriranju u zemlje članice Europske unije u odnosu na treće zemlje) i hipoteza H3 (Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja). Hipoteza H3 potvrđuje se i rezultatom istraživanja, kada pogledamo povezanost između želje za migracijom u zemlje članice Europske unije i zadovoljstva uvjetima rada i profesionalnog napredovanja, kao i zadovoljstva plaćom.

Rezultat istraživanja o kategorijama liječnika koje su spremne na migracije u zemlje članice Europske unije, pokazao je kako su liječnici specijalizanti skloniji takvim migracijama, što potvrđuje hipotezu H1 (Sloboda kretanja radnika olakšava/potiče migracije mlađih liječnika bez specijalizacije ili specijalista bez uže specijalizacije iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije). Potvrdu ove hipoteze dokazuje i rezultat vlastitog istraživanja prikazan u Tablicama 29. i 57. prema kojem se namjera liječnika za migracijama u zemlje članice Europske unije ili u zemlje izvan Europske unije smanjuje kako se godine starosti liječnika povećavaju.

6.2.2. Radni uvjeti

Radni uvjeti i plaća, kako pokazuju istraživanja, točno su takvim redoslijedom glavni uvjeti za migracije liječnika u svim promatranim državama, pa tako i u Hrvatskoj. U prethodnom istraživanju 74 % ispitanika izjasnilo se da bi otišlo iz Hrvatske zbog boljih radnih uvjeta, a 67 % zbog bolje plaće. Kao odrednice boljih uvjeta rada navode bolju opremu, uvođenje normativa vremena po pacijentu, manju opterećenost poslom, te infrastrukturu i radno vrijeme.⁴²⁰ Slični, ili gotovo isti rezultati, dobiveni su i predmetnim istraživanjem. Ispitanici su samostalno dali odgovore na pitanja o konkretnom razlogu zbog kojeg bi otišli iz Hrvatske:

⁴²⁰ Kada govorimo o radnom vremenu, vrijedno je spomenuti odredbe prekovremenog rada sukladno Zakonu o radu, članak 229., stavak 26., koji naglašava da radnik ne smije ostvariti više od 180 prekovremenih sati unutar jedne godine. Kao jedan od većih problema u zdravstvu upravo se ističe prekomjerni prekovremeni rad i plaće u prekovremenom radu. Ispitanici u ovom istraživanju iskazali su svoje mišljenje vezano za zaradu u prekovremenom radu. S druge strane, visina plaće koja se može ostvariti u prekovremenom radu definirana je člankom 49. Kolektivnog ugovora za djelatnosti zdravstva i zdravstvenog osiguranja, NN 29/18.

- 16,5 % bolji uvjeti rada
- 13,6 % veća plaća
- 9,4 % loš zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj
- 8,7 % nezadovoljstvo funkcioniranjem cjelokupne RH (miješanje politike u sve sfere društva pa tako i zdravstveni sustav)
- 7,6 % nemogućnost stručnog usavršavanja (da ne moraju sami financirati stručno usavršavanje)
- 71 % nemogućnost napredovanja / nepotizam
- 3,1 % mobing na radnom mjestu, loši međuljudski odnosi.

Također, istraživanjem se htjelo doći do odgovora na pitanje što podrazumijevaju pod boljim radnim uvjetima. U odgovorima većina se ipak opredijelila za veću plaću:

- 30,7 % veća plaća
- 23,4 % bolji radni uvjeti u medicinskom smislu
- 18,9 % bolji radni uvjeti u socijalnom smislu
- 13,4% veća mogućnost profesionalnog napredovanja
- 2,4 % veća mogućnost znanstveno-istraživačkog rada
- 9,7 % sve navedeno.

Dakle, ovakvim rezultatima istraživanja ponovno se potvrđuje hipoteza H3 (Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja.).

6.2.3. Plaća

Kategoriju plaće treba posebno obrazložiti jer se u prethodnim istraživanjima, posebice na razini Europske unije, ne navodi kvantitativni element plaće, odnosno stvarna visina plaće. Sukladno Zakonu o radu, članak 90. stavak 1. definira plaću kao primitak radnika koji poslodavac isplaćuje radniku za obavljeni rad u određenom mjesecu.⁴²¹ Prethodno je, u uvodnom dijelu, plaća definirana kao element boljih radnih uvjeta, što je i dokazano, međutim, iznosi koji su dostupni vrlo su opći, bez potrebnih obrazloženja što ulazi u njih te često dostupni samo na portalima. Primjer jednog takvog članka pod nazivom „Istina o plaćama liječnika:

⁴²¹ Zakon o radu, članak 90., stavak 1., NN 93/14, 151/22

kirurg bez dežurstva plaćen 12.115 kuna, a mladi liječnik 5.890 kuna“. Prema informacijama iz navedenog izvora, a prema izračunu Hrvatskog liječničkog sindikata, osnovna neto plaća za 40 sati rada tjedno mladog liječnika koji je tek počeo raditi iznosi 5.890 kuna, a nakon pet godina staža i polaganja specijalističkog ispita 7.635 kuna. Specijalist s užom specijalnošću s deset godina staža, ima prosječno 8.700 kuna, a liječnik iste stručne spreme sa 30 godina radnog staža ima oko 9.300 kuna.⁴²²

Međutim, u praksi je to malo drugačije, odnosno povoljnije za liječnike. Svaki liječnik neovisno o statusu specijalizacije ima pravo na redovan koeficijent, na liječnički dodatak, na dodatak za posebne uvjete rada te na dodatak za minuli rad (koji ovisi o broju godina staža). Ovi dodaci ne smatraju se osnovnom plaćom, ali s obzirom na to da svaki liječnik neizostavno na njih ima pravo, realno se mogu smatrati redovnom plaćom, što bitno povećava iznos osnovne plaće. Pored navedenoga, svaki liječnik dobije plaćen svaki sat prekovremenog sata, sve navedene dodatke kako u redovnom tako i u prekovremenom radu, te posebne dodatke za rad subotom, nedjeljom, blagdanom, u drugoj smjeni ili noću. Posebno se također plaća znanstveni stupanj ako ga liječnik ima. S obzirom na to da plaća liječnika varira ovisno o broju prekovremenih sati odnosno smjenskom radu i radu vikendom, činjenica je da prikaz osnovne plaće nije najrealniji prikaz stvarnih primanja liječnika. Drugim riječima, u većini slučajeva liječnici imaju veće plaće od gore navedenih.⁴²³

Predmetnim istraživanjem nastojalo se dobiti odgovor koji su dodatni elementi koji povećavaju primanja liječnika, stoga je kategorizirana zarada od dopunskog rada i zarada od kliničkih ispitivanja, kao i visina osnovne plaće.

Ukupno 29 % ispitanika izjasnilo se da nije zadovoljno zaradom u dopunskom radu, uzimajući u obzir da svega 22 % ispitanika radi u dopunskom radu, 13 % radi ponekad, a 65 % ne radi.

Zaradom od kliničkih ispitivanja nezadovoljno je 69 % ispitanika. Ovdje treba napomenuti da poslodavac onemogućuje sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima za čak 51 % ispitanika. Ovo je slojevit problem, prvo jer zarada od kliničkih ispitivanja ne pripada u potpunosti ispitaniku, već se dijeli na ustanovu i ispitanika. Potom se dio koji pripada ispitaniku isplaćuje kao plaća, što znači da podliježe svim davanjima kojima podliježe i plaća od nesamostalnog rada. Sve skupa navedeno dovodi do nezadovoljstva liječnika jer je iznos koji dobiju daleko manji od

⁴²² Internetski izvor, *Istina o plaćama liječnika: Kirurg bez dežurstava plaćen 12.115 kn, a mladi liječnik 5890 kn - Večernji.hr* (vecernji.hr), pristupljeno 12.8.2021. godine

⁴²³ Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, NN 29/2018

onog koji je inicijalno uplaćen za provedeno ispitivanje. S druge strane, u kliničkim ispitivanjima rade iskusni liječnici zaposleni u zdravstvenim ustanovama, dok se specijalizanti ne uključuju u istraživanja.

Visina plaće definirana je rasponom:

- 5.000 – 10.000 kn 34,9 %
- 10.001 – 15.000 kn 40,4 %
- 15.001 – 20.000 kn 18,6 %
- više od 20.000 kn 5%

Ako uzmemo u obzir da najveći postotak ispitanika čine specijalizanti (36 %), a potom slijede specijalisti (33,3 %), zatim specijalisti s užom specijalnošću (25,2 %), onda je jasno da je najviše ispitanika s rasponom plaće 10.001 – 15.000 kuna.

Referirajući se na ranije izneseno istraživanje Medscapea⁴²⁴, u kojem su navedene plaće u odrabranim zemljama (Njemačka, Francuska, Velika Britanija), jasno je da su plaće liječnika u Hrvatskoj niske u odnosu na neke druge europske zemlje, uvažavajući činjenicu da se radi o reguliranoj profesiji. Hrvatska se po visini primanja može usporediti s Poljskom⁴²⁵ i Slovačkom⁴²⁶ koje se također bore s problemom odlaska liječnika zbog boljih radnih uvjeta i većih plaća.

6.2.4. Poduzeti koraci oko preseljenja

U kompletnoj literaturi o migracijama liječnika, kao jedini relevantan podatak o broju liječnika koji su eventualno migrirali, spominju se ishođene potvrde o priznavanju kvalifikacija koje su potrebne za zapošljavanje u drugoj državi. Predmetnim istraživanjem nije definirano što se podrazumijeva poduzetim koracima oko preseljenja jer oni mogu biti višeznačni – ishođena potvrda, komunikacija sa stranim poslodavcem, informativna komunikacija s kolegama koji

⁴²⁴ Internetski izvor <https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#5>, pristupljeno 24.9.2020.

⁴²⁵ Internetski izvor <https://www.politico.eu/article/polish-hospitals-shutting-down-as-doctors-head-to-the-exits-coronavirus-budget-shortages/>, pristupljeno 26.1.2023.

⁴²⁶ Internetski izvor <https://wageindicator.org/labour-laws/collective-bargaining/2022/slovakia-more-than-2-000-doctors-are-threatening-to-resign-because-of-low-pay-october-31-2022>, pristupljeno 26.1.2023.

rade u drugim državama i slično. Cilj je bio dobiti okvirni podatak o namjeri liječnika za odlaskom, odnosno glavni je cilj istraživanja utvrditi koliki je točan broj potencijalnih migracija liječnika, kojih karakteristika i koji su uzroci takvih migracija u Hrvatskoj, kako bi sustav mogao reagirati u svrhu smanjenja i zaustavljanja potencijalnih migracija uvođenjem ili poboljšanjem onih mjera koje bi doprinjele zaustavljanju migracija liječnika.

Ispitanici koji su poduzeli korake oko preseljenja značajnije su više nezadovoljniji time koliko im poslodavac omogućuje adekvatno usavršavanje, nadređeni im imaju značajnije manje sluha za njihove profesionalne potrebe, ne rade u zadovoljavajućim profesionalnim uvjetima, ne rade s adekvatnom opremom, opremu koju imaju smatraju nezadovoljavajućom. Također, smatraju nezadovoljavajućima svoja primanja i da nisu adekvatno plaćeni za prekovremeni rad. Unatoč tomu, visina primanja ne utječe značajno na to jesu li ispitanici poduzeli korake oko preseljenja ili ne. Također, oni koji rade prekovremeno, značajnije su manje poduzeli korake oko preseljenja u odnosu na one koji prekovremeno ne rade.

Ispitanici koji razmišljaju o preseljenju u neku od zemalja Europske Unije imaju značajno više ambicija za napredovanje u hijerarhijskoj strukturi njihove ustanove, u dopunskom radu zarađuju manje od očekivanja, poslodavac im manje omogućava sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima i ne omogućuje im adekvatno usavršavanje.

Visina mjesečnih neto primanja ne utječe na to razmišljaju li ispitanici o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije, no o tome značajnije razmišljaju oni ispitanici koji ne rade prekovremeno.

Broj ispitanika koji razmišljaju o preseljenju u drugu državu članicu Europske unije prema tome jesu li poduzeli korake o preseljenja iznosi 25 % ispitanika. Predmetnim istraživanjem nije definirano što podrazumijevaju poduzeti koraci oko preseljenja te je ostavljen širi prostor za ispitanike. Usporedivši podatke Hrvatske liječničke komore o broju ishodenih potvrda potrebnih radi priznavanja profesionalnih kvalifikacija, i ukupan broj liječnika u Hrvatskoj, došlo se do podatka da je 12,92% liječnika poduzelo korake oko preseljenja. Iz toga se može zaključiti da hipoteza H4 (Postotak liječnika u Hrvatskoj koji su poduzeli korake oko preseljenja u drugu državu članicu Europske unije je manji od 10 %) nije potvrđena.

6.2.5. Zaključni pokazatelji čimbenika koji utječu na namjeru za migracijama

Istraživanje je sumarno pokazalo da su, kad se radi o odlasku liječnika u zemlje Europe, tri prediktora najvažnija i najznačajnija: dob ispitanika, zadovoljstvo plaćom, zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama

Omjer vjerojatnosti za dob iznosi 0,94 (< 1), za zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama je 0,60 (< 1) te zadovoljstvo plaćom 0,62 (< 1), što pokazuje da će za svaku starosnu godinu više, 0,94 puta rjeđe liječnik planirati otići iz ustanove; za veće zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama 0,60 puta liječnik će rjeđe otići iz ustanove; a 0,62 puta rjeđe će planirati otići ako je veće zadovoljstvo plaćom, uz sve ostale jednake prediktore.

Kad se radi o odlasku liječnika u zemlje izvan Europe, dva su prediktora najvažnija i najznačajnija: dob ispitanika i zadovoljstvo plaćom.

Omjer vjerojatnosti za dob iznosi 0,95 (< 1), a zadovoljstva plaćom 0,68 (< 1), što pokazuje da će za svaku starosnu godinu više, 0,95 puta rjeđe liječnik planirati otići iz ustanove; a 0,68 puta rjeđe će planirati otići ako je veće zadovoljstvo plaćom, uz sve ostale jednake prediktore u modelu.

Ovakav zaključak istraživanja doprinosi potvrđivanju hipoteze H1 (Sloboda kretanja radnika olakšava/potiče migracije mlađih liječnika bez specijalizacije ili specijalista bez uže specijalizacije iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije.) s obzirom na to da je veća mogućnost migracije i u zemlje Europske unije i izvan zemalja Europske unije kod mlađih liječnika, tj. namjera se smanjuje rastom godina starosti. Također, zaključak doprinosi i potvrđivanju hipoteze H3 (Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja.) jer je, u slučaju namjere za migriranjem, jedan od triju ključnih čimbenika nezadovoljstvo radnim uvjetima i profesionalnim potrebama.

6.3. PRIJEDLOG MJERA - MODEL ZA SMANJENJE MIGRACIJA IZ REPUBLIKE HRVATSKE

Uzimajući u obzir sve aspekte koji utječu na migracije liječnika, odnosno želju za odlaskom iz Hrvatske u potrazi za boljim radnim uvjetima, može se zaključiti da se situacija u Hrvatskoj ne razlikuje bitno u odnosu na ostale promatrane zemlje članice Europske unije. Nezadovoljstvo radnim uvjetima u smislu nemogućnosti profesionalnog usavršavanja, napredovanja, nezadovoljstva opremom, nezadovoljstva primanjima čak i nezadovoljstva iskustvom s pacijentima, sveopće je prihvaćeni problem i razlog kontinuiranog odlaska ili prijetnje za odlaskom.

Tome još treba pridodati i zadovoljstvo zdravstvenim sustavom. Predmetnim istraživanjem najveći broj ispitanika (47,7 %) ocijenilo je zdravstveni sustav u Hrvatskoj nedovoljnom ili tek dovoljnom ocjenom, ocjenom dobar ocijenilo ga je 38,8 % ispitanika, a ocjenom vrlo dobar ili odličan njih 12,6 %. Najveći broj ispitanika slaže se da su zdravstvene usluge u Hrvatskoj prejeftine (53,3 %). Kvalitetu zdravstvene usluge 44,6 % ocijenilo je dobrom, 26,8 % kao vrlo dobrom ili odličnom, dok ju je 26 % ispitanika ocijenilo kao dovoljnu ili čak nedovoljnu.

Svi ti čimbenici utječu na zadovoljstvo liječnika, a u konačnici cijena zdravstvene usluge direktno utječe na mogućnost financiranja zdravstva i unapređenje kvalitete pružanja usluge u vidu opremljenosti zdravstvenih ustanova, povećanja plaća i slično.

Neke države Europske unije donijele su određene mjere čija bi primjena od strane države trebala pridonijeti smanjenju odlazaka liječnika. One u svim državama nisu formalne, donijele su ih resorna ministarstva u obliku strategija ili smjernica, no nisu obvezujućeg karaktera. U državama članicama postoje mnoga tijela i organizirani sustavi koji prate stanje kretanja zdravstvene radne snage te osiguravaju pravovremene informacije potrebne za donošenje odluka. Ovdje se primarno radi o državama koje daju radnu snagu, odnosno državama u kojima su naglašeniji potisni faktori.

Austrija

Austrija nema posebnu politiku vezanu za migracije zdravstvene radne snage, već prema zdravstvenim migracijama postupa kao i prema svim ostalim radnim migracijama. Unatoč tomu, Austrija je zemlja koja uvozi stranu zdravstvenu radnu snagu što rješava kroz programe međunarodne razmjene, odnosno transnacionalne sporazume. Ulazak strane radne snage u

državu reguliran je posebnim zakonom (*Foreign Labour Act*), a broj potrebnih liječnika reguliran je upisnom kvotom na fakultete koja se smatra dostatnom mjerom za rješavanje problema broja liječnika na državnoj razini.⁴²⁷

Belgija

U Belgiji također ne postoje javne politike na državnoj ili regionalnoj razini koje striktno definiraju mjere vezane za migracije zdravstvene radne snage. No Belgija je uvela savjetodavno tijelo koje savjetuje Vladu o upisnim kvotama na fakultete te poseban registar putem kojega se ažurno prati stanje zdravstvene radne snage.⁴²⁸

Finska

Finska nema nacionalni program niti mjere za praćenje i planiranje potrebne zdravstvene radne snage. Postoji nacionalni plan za zdravstvo koji definira glavne objekte i aktivnosti vezane za zdravstvenu radnu snagu. Odgovornost za planiranje zdravstvene infrastrukture stavljena je na lokalnu samoupravu i bolnice. Nadležno ministarstvo skuplja informacije o migracijama na jednakoj razini kao što se prate informacije o migracijama općenito.⁴²⁹

Francuska

Francuska primjenjuje specifičnu imigracijsku politiku po pitanju zdravstvenih radnika. S obzirom na to da je Francuska država koja prima stranu radnu snagu, politika se bazira na striktnoj kontroli kvalifikacija liječnika koji ulaze u zemlju. Uvjeti koji moraju biti zadovoljeni su sljedeći:

1. imati francusko državljanstvo ili državljanstvo neke od zemalja Europske unije ili Andore; potpadati pod bilateralni sporazum između Francuske i zemalja Europskog gospodarskog prostora ili imati državljanstvo Maroka, Tunisa ili neke od država koje su povezane s Francuskom putem *convention d'etablissement* (bilateralni sporazum između Maroka, Tunisa i Monaka te državni sporazum s afričkim državama: Srednjoafrička Republika, Čad, Kongo, Gabon, Mali i Togo)
2. imati potvrdu o priznavanju stručnih kvalifikacija propisanu nacionalnim zakonodavstvom

⁴²⁷ Offermans, G., Malle, E.M., Jusic, M., op.cit., bilješka 362., str. 109.-110.

⁴²⁸ Safuta, A.; Baeten, R., op.cit., bilješka 364., str. 149.

⁴²⁹ Kuusio, H., Koivusalo, M., Elovinio, M., Heponiemi, T., Aalto, A., Keskimaki, I., op.cit., bilješka 365., str. 174.

3. biti upisan u Nacionalno vijeće liječničkog zbora.⁴³⁰

Njemačka

Mobilnost liječnika u Njemačkoj svrstava se pod redovno nacionalno zakonodavstvo vezano za mobilnost radne snage. Svaki radnik iz trećih zemalja koji ulazi u Njemačku treba odobrenje nacionalnog zavoda za zapošljavanje pri čemu se vrši procjena tržišta rada, odnosno hoće li primanje stranih radnika ugroziti domaću radnu snagu. Ne postoje na nacionalnoj razini posebni propisi koji reguliraju migracije liječnika. Migranti koji su klasificirani kao „visokokvalificirani radnici“ ne trebaju odobrenje nacionalnog zavoda za zapošljavanje niti procjenu tržišta rada. Radnici iz zemalja članica Europske unije ograničeni su samo prijelaznim periodom u kojem nova država članica ima ograničenje za slobodu kretanja svojih državljana. Nakon proteka prijelaznog razdoblja, ako je ono bilo definirano, ne postoje prepreke za slobodu kretanja svih radnika.⁴³¹

Italija

Italija nema gotovo nikakvu posebnu politiku niti mjere za liječnike migrante. Sve se svodi na izdavanje potvrda o priznavanju kvalifikacija i prihvaćanju potvrda od strane liječnika koji ulaze u zemlju.⁴³²

Španjolska

Španjolska, kao i Italija, nema nikakve politike, jedino je važeća Direktiva 2005/36 o priznavanju stručnih kvalifikacija.⁴³³

Velika Britanija

Politike Velike Britanije vezane za mobilnost liječnika tiču se reguliranja ulaska stranih liječnika u državu s obzirom na to da je Velika Britanija najveća, najčešća i najželjenija odrednica liječnika koji se opredjeljuju za odlazak iz vlastite države. Velika je Britanija kroz godine imala različite stavove o migracijama. Može se reći da je s godinama politika prihvaćanja strane radne snage postajala sve konzervativnija. Tako je u periodu od 1998. do 2006. godine Britanija bila otvorena za ulazak zdravstvene radne snage iz svih krajeva svijeta pod okriljem bilateralnih sporazuma. U periodu od 2006. do 2008. godine država je primijenila

⁴³⁰ Delamaire, M.-L., Schweyer, F.-X., op.cit., bilješka 366., str. 199.

⁴³¹ Ognyanova, D.; Busse, R., op.cit., bilješka 368., str. 232.-233.

⁴³² Bertinato, L., Glinos, I.A., Boscolo, E., Ciato, L., op.cit., bilješka 371., str. 255.-256.

⁴³³ Gonzalez Lopez-Valcarcel, B., Barber Perez, P., Davila Quintana, C.D., op.cit., bilješka 373., str. 279.

politiku restrikcija na ulaz zdravstvene radne snage u državu za radnike izvan zemalja Europskog gospodarskog prostora. Pod restrikcijama se smatralo ishodaenje radnih dozvola. Od 2008. godine primjenjivala se politika dodatnog učvršćivanja restrikcija na način da se definirala lista sa specifikacijama radne snage, odnosno potrebnih liječnika.⁴³⁴ Danas Velika Britanija više nije članica Europske unije i suočava se s odlaskom dijela liječnika, upravo zbog Brexita.

Estonija

Estonija nema specifične politike za mobilnost zdravstvene radne snage. Na nacionalnoj razini izdali su Nacionalni plan za zdravstvo od 2009. do 2020. godine kojim se dotiču teme ljudskih resursa u zdravstvu. Međutim, tema mobilnosti zdravstvene radne snage nije dotaknuta, niti ovim, niti bilo kojim drugim aktom. Smatra se da su nacionalne politike vezane za mobilnost zdravstvenih djelatnika visoko neistražene i nedefinirane.⁴³⁵

Mađarska

Mađarsko Ministarstvo zdravstva donijelo je dva važna dokumenta kojim se reguliraju migracije liječnika. Prvi je Zelena knjiga iz 2004. godine koja raspravlja o migracijama kao problemu uopće bez definiranja smjerova za upravljanje tim problemom. Drugi je Bijela knjiga iz 2006. godine koja je puno detaljnije pristupila problemu i raspravljala o smjerovima za rješavanje problema. Oba dokumenta u konačnici su rezultirala preporukama, ali bez ikakvog akcijskog plana. Niti jedan dokument nije objavljen službeno niti se išta od preporuka provelo.⁴³⁶

Litva

Pitanje migracija liječnika u Litvi svrstava se u općenitu migracijsku politiku. Međutim, određene mjere su poduzete od strane države nakon usvajanja reforme zdravstva što je rezultiralo poboljšanjem radnih uvjeta u zdravstvenim ustanovama i kvalitetnije podjele poslova među zdravstvenim radnicima. Iako ne postoji striktna politika oko migracija liječnika, zdravstvene ustanove u Litvi vršile su određeni pritisak na nadležno ministarstvo, ne samo da se poboljšaju uvjeti rada u ustanovama i opremljenost ustanova, već i da se podignu plaće. To je 2005. godine rezultiralo potpisivanjem sporazuma o povećanju plaća za 20 % između

⁴³⁴ Young, R., op.cit., bilješka 375., str. 317.

⁴³⁵ Saar, P.; Habicht, J., op.cit. bilješka 378., str. 356.

⁴³⁶ Eke, E., Girasek, E., Szocska, M., op.cit., bilješka 379., str. 389.

Ministarstva zdravstva i udruge liječnika. Nadalje, što se tiče ruralnih područja, kako bi povećali zaposlenost liječnika u tim sredinama, liječnicima je nuđen posebni financijski bonus, besplatan smještaj i prijevoz. Financijska sredstva za sve navedene aktivnosti država je kroz reformu zdravstva iskoristila iz europskih strukturnih fondova.⁴³⁷

Poljska

Ni Poljska nema posebnu politiku za svoje liječnike, iako je provela određene aktivnosti kako bi poboljšala radne uvjete i standard liječnika i zdravstvenog osoblja.. Prvo je 2001. godine povećana plaća za 56 eura mjesečno. Međutim, nije osigurala sredstva zdravstvenim ustanovama za to povećanje, što ih je dovelo u dugove. Zatim je uvela mogućnost kreditiranja liječnika prilikom pokretanja vlastite prakse, što je u određenoj mjeri smanjilo potencijalne emigracije iz zemlje. Također, država je liječnicima ponudila mogućnost povremenog zapošljavanja, odnosno da budu samozaposleni, a da pružaju usluge u zdravstvenim ustanovama za što bi bilo korektno plaćeni. Time su dali mogućnost liječnicima da sami definiraju svoje radno vrijeme što je spriječilo nagomilavanje prekovremenih sati i stanja pregorijevanja liječnika (*burnout*).⁴³⁸

Rumunjska

Rumunjska se suočila s velikim odljevom liječnika. Unatoč tomu, nacionalne smjernice oko migracija liječnika ne postoje. Ministarstvo zdravstva donijelo je Nacionalnu strategiju za zdravstvo u kojoj naglašava potrebu za uvođenjem mehanizama.⁴³⁹ Posljednjih godina, Rumunjska je poradila na bitnom podizanju plaća kako bi zadržala svoje liječnike. U proteklih 7 godina liječničke plaće u Rumunjskoj rastle su 150 %, no unatoč toj mjeri, odljev liječnika tek je neznatno smanjen.⁴⁴⁰

Slovačka

Slovačka je mjere za upravljanje migracijama zdravstvene radne snage donijela u dokumentu pod nazivom *Details of the Government Manifesto for the Health Sector* iz 2006. godine kojim Vlada nastoji poboljšati financijski i moralni aspekt te socijalni položaj zdravstvenih radnika. Neke su od ključnih preporuka implementirati sustav moralne evaluacije pojedinaca kroz radne

⁴³⁷ Padaiga, Ž., Pukas, M., Starkiene, L., op.cit., bilješka 382., str. 411.

⁴³⁸ Kautsch, M., Czabanowska, K., op.cit., bilješka 383., str. 441.-442.

⁴³⁹ Galan, A., Olsavszky, V., Vladescu, C., op.cit., bilješka 386., str. 470.

⁴⁴⁰ Internetski izvor <https://transylvanianow.com/more-than-10000-doctors-from-romania-relocated-to-france-germany-and-hungary/>, pristupljeno 26.1.2023.

skupine, omogućiti minimalne standarde edukacije, omogućiti profesionalno usavršavanje, omogućiti uvođenje inovacija u kontinuirane edukacijske programe. Također, ključnim smatraju i povećanje postotka novca koji se izdvaja za zdravstvo.⁴⁴¹

Slovenija

Slovenija je praktički jedina nova država članica koja se bavila problemom privlačenja liječnika zbog kontinuiranog manjka, iako također nije razvila nikakve nacionalne politike za privlačenje zdravstvene radne snage. Jedina politika koja se provodi politika je planiranja kadrova putem nacionalnog Ministarstva zdravstva. Slovenija je godinama koristila bilateralne sporazume, većinom sa zemljama bivše Jugoslavije, kako bi smanjila manjak liječnika.⁴⁴²

Irska

Kao odgovor na visoku stopu odljeva liječnika, Irska je 2014. godine inicirala određenu strategiju zadržavanja liječnika koja nije previše definirana, niti je urodila plodom, najvećim dijelom zbog općih problema unutar zdravstvenog sustava. U skladu s tim, niti odljev liječnika nije smanjen.⁴⁴³

Hrvatska

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske donijelo je dva bitna dokumenta koja je bave pitanjem kadrova u hrvatskom zdravstvenom sustavu - Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012. - 2020. godine i Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020.⁴⁴⁴

U Hrvatskoj je također prepoznat problem migracija liječnika i trend odlazaka liječnika koji je ulaskom u Europsku uniju u porastu. Migracije hrvatskih liječnika kreću se u smjeru zapadnih europskih zemalja, a unutarnje migracije iz ruralnih u urbane sredine. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020. godine definirala je probleme unutar sustava zdravstva vezane za radnu snagu te donijela mjere za jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu:

- izrada Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu
- jačanje zaštite osobne odgovornosti zdravstvenih djelatnika

⁴⁴¹ Benušova, K., Kovačova, M., Nagy, M., Wismar, M., op.cit., bilješka 388., str. 496.-497.

⁴⁴² Albreht, T., op.cit., bilješka 391, str. 526.-527.

⁴⁴³ Humphries, N., et.al., op.cit., bilješka 392., str. 2.

⁴⁴⁴ Vlada Republike Hrvatske. *Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020.*, preuzeto sa [Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu.pdf \(gov.hr\)](#), pristupljeno 10.8.2021.

- izrada i provedba nacionalnog programa zaštite zdravlja i sigurnosti zaposlenih u zdravstvu
- omogućavanje ostvarivanja viših razina obrazovanja za sve zdravstvene djelatnike
- definiranje kompetencija i omogućavanje preuzimanja zadataka u skladu s višom razinom postignutog obrazovanja zdravstvenih djelatnika (*task-shifting*)
- povećanje horizontalne i vertikalne mobilnosti zdravstvenih djelatnika unutar hrvatskog zdravstvenog sustava
- odobravanje specijalizacija prema jasno dokumentiranim potrebama u mreži javne zdravstvene službe
- omogućavanje rada zdravstvenim djelatnicima i nakon dobi za umirovljenje, onima koji to žele i na mjestima gdje postoji potreba.⁴⁴⁵

U Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015 .- 2020. definirani su ciljevi vezani za rješavanje problema kadrova u zdravstvu. Ciljevi su oblikovanje, organizacija i aktivno vođenje sustava upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu i osiguranje dovoljnog broja kadrova u svakoj profesiji te njihovu adekvatnu strukturu koja će omogućiti kvalitetnu, održivu i pravednu provedbu zdravstvene zaštite građanima Republike Hrvatske.⁴⁴⁶

Kako bi se ostvarili navedeni ciljevi, Strategijom su definirane mjere:

- *Uspostavljanje središnjeg tijela nadležnog za upravljanje ljudskim resursima u sustavu zdravstva* – ima za cilj ustroj tijela nadležnog za praćenje, procjenu i planiranje ljudskih resursa u sustavu zdravstva. Ovako formirano tijelo imalo bi zadaće, ovlasti i odgovornosti za praćenje i planiranje ljudskih resursa u sustavu zdravstva, informiranje te usmjeravanje dostupnih profesionalaca, planiranje potreba specijalizacija i održavanje optimalne mreže kojom se zadovoljavaju potrebe zdravstvene zaštite svih kategorija. Središnje tijelo izrađivalo bi plan specijalističkog usavršavanja i organiziralo njegovo provođenje te organiziralo pripravnički staž zdravstvenih radnika. Prema Strategiji, središnje tijelo treba biti ustrojeno do kraja 2015. godine.
- *Uspostavljanje nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite* – sadržavao bi osnovne podatke o ustanovi, njenom osnivaču strukturi, kontaktu, odgovornim osobama, odobrenim i ugovorenim djelatnostima; definirati količine kreveta u

⁴⁴⁵ Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.*, Zagreb, str. 389.-390.

⁴⁴⁶ Vlada Republike Hrvatske. *Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020.*, preuzeto sa [Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu.pdf \(gov.hr\)](#), pristupljeno 10.8.2021.

bolnicama i definirati radnike ustanova. Također, vodila bi se evidencija o zdravstvenim radnicima i zdravstvenim suradnicima te o ostalim radnicima po pružateljima zdravstvene zaštite. Prema Strategiji, takav registrar trebao je biti ustrojen do kraja 2015. godine.

- *Jačanje upravljačkih kapaciteta u sustavu zdravstva* – podrazumijeva aktivnosti izobrazbe, diferenciranja upravljanja i jačanja upravljačkih ovlasti. Cilj je uvesti sustav upravljanja s kvalificiranim i kvalitetnim menadžerima koji su stekli znanje na poslijediplomskoj ili specijalističkoj edukaciji, te uvesti mjerilo reizbora na temelju rezultata rada i učinkovitosti. U cilju ostvarenja ove mjere, u planu je uspostaviti upravljačke funkcije poslovnog i medicinskog upravljanja, a u tu svrhu odvijat će se i edukacije o upravljanju, u suradnji s Ministarstvom zdravstva, u svrhu stjecanja specifičnih znanja i vještina iz područja upravljanja ljudskim resursima, prava i ekonomike upravljanja, komunikacije i timskog rada kao i upravljanja rizicima. Nadalje, u cilju ostvarenja ove mjere osigurat će se mogućnosti nagrađivanja, odnosno stimulacije prema radnim učincima, ishodima i postignućima.
- *Povezivanje i mobilnost ljudskih resursa u sustavu zdravstva* – mjera je orijentirana na mobilnost stručnjaka između zdravstvenih ustanova i svih drugih pružatelja zdravstvene zaštite iste ili različitih kategorija u svrhu ostvarivanja načela funkcionalne integracije.
- *Osiguravanje zdravih radnih uvjeta* – svrha je ove mjere implementirati sve standarde kvalitete koji se odnose na održavanje opreme i prostora te okolišnu infrastrukturu u svrhu zaštite radnika.
- *Osiguravanje adekvatnog broja pružatelja zdravstvene zaštite u skladu s utvrđenim potrebama* – svrha je poticati edukaciju onih profila zdravstvenih radnika koji u određenoj deficitarnoj regiji nedostaju, kako bi se osigurala dostupnost zdravstvene zaštite. Ova je mjera realizirana i kroz omogućavanje profesijama koje nedostaju u sustavu rad nakon 65 godina starosti.
- *Reguliranje profesionalnih uloga i odnosa* – kapaciteti studija medicine ne zadovoljavaju u potpunosti potrebe završetka broja liječnika koji odlaze u mirovinu, potrebe povezane s mogućim odljevom liječnika u druge zemlje članice Europske unije kao i potrebe koje će postati izrazite u narednim godinama kao posljedica nepovoljne starosne strukture doktora medicine. Posljednjih nekoliko godina u Hrvatskoj je prisutan trend razvoja studija na kojima se obrazuju zdravstveni radnici i suradnici koji završetkom studija stječu kompetencije i vještine kojima se djelomično može nadomjestiti manjak liječnika specijalista (primjerice anesteziologa u određenim

poslovima može zamijeniti diplomirani antesteziološki tehničar). Preduvjet za realizaciju ove mjere izrada je kataloga *task-shiftinga* i *skill mixa*; definiranje mreže centara izvrsnosti, edukacijskih centara i kabineta.

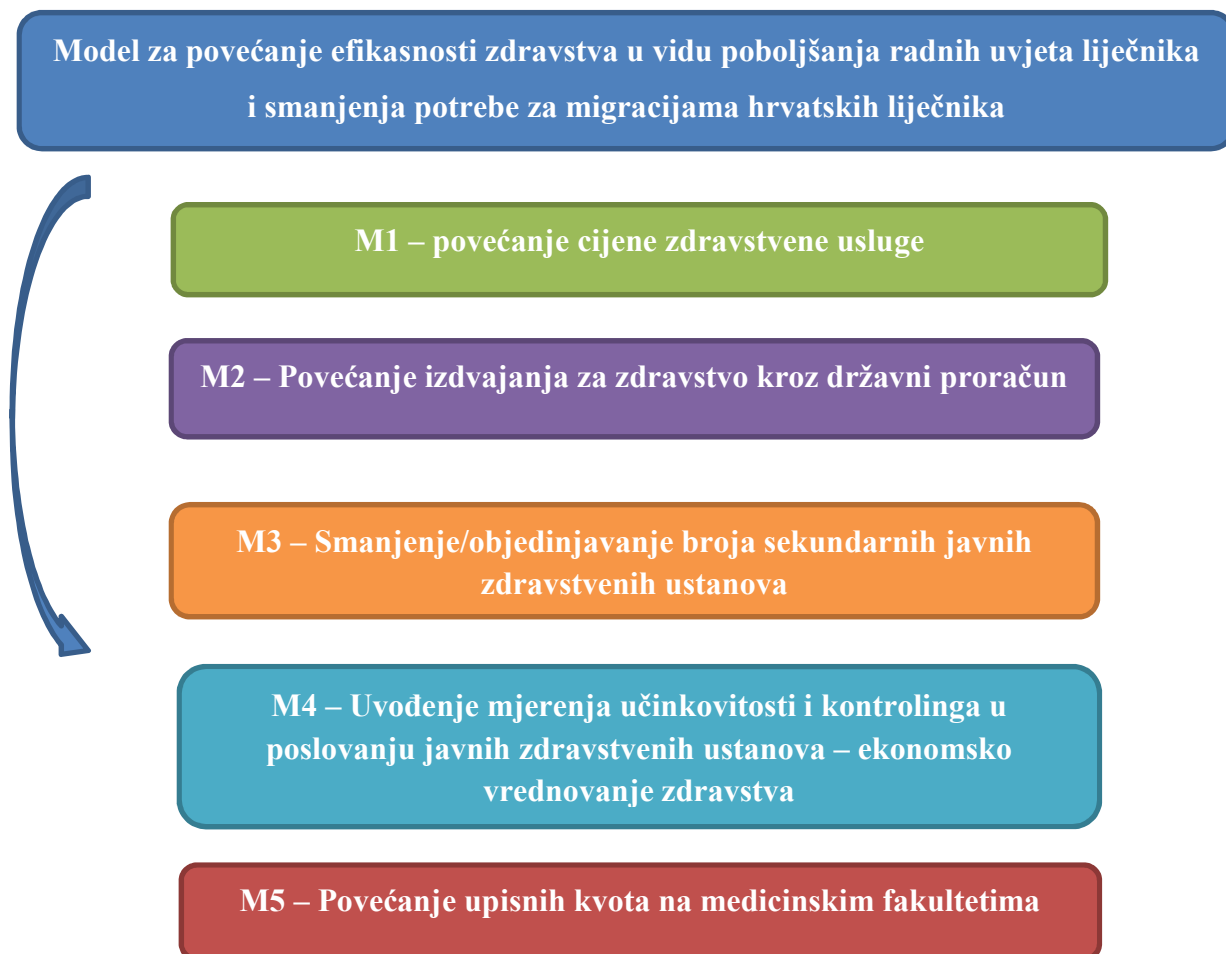
- *Iskorištavanje mogućnosti sufinanciranja provedbe Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020. iz strukturnih fondova Europske unije* – ova mjera u okviru programa stipendiranja doktora medicine uključuje troškove specijalizacije i poticanje prihvaćanja zaposlenja na manje atraktivnim, odnosno nerazvijenim područjima uz uvjet rada na tim područjima 5 godina.⁴⁴⁷

Predložene mjere nisu u cjelini zaživjele. I one koje su zaživjele, poput mjere *Uspostavljanja nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite*, nisu polučile efekt što se tiče broja zdravstvenog kadra, već predstavljaju alat za praćenje broja i vrste zdravstvenih djelatnika.

Zdravstveni sustav zahtjeva temeljite promjene, a sve se svode na najvažniju odrednicu – novac. Više ulaganja, odnosno izdvajanje za zdravstvo, riješilo bi mnoge probleme poput mogućnosti ulaganja u opremu i u kadar, što bi u konačnici rezultiralo boljom kvalitetom pružanja zdravstvene usluge, većom razinom zaštite zdravstvenih djelatnika kao i daleko većim zadovoljstvom zdravstvenog kadra. Sve navedeno u konačnici rezultiralo bi smanjenjem potencijalnih odlazaka liječnika. Na taj način u ravnotežu bi se donekle dovele ponuda i potražnja za zdravstvenim uslugama, a niti sustav ne bi funkcionirao kao ekonomski paradoks.

⁴⁴⁷ Vlada Republike Hrvatske. *Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020.*, preuzeto sa [Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu.pdf \(gov.hr\)](#), pristupljeno 10.8.2021., str. 19.-29.

Slika 38.: Model za povećanje efikasnosti zdravstva u vidu poboljšanja radnih uvjeta liječnika i smanjenja potreba za migracijama hrvatskih liječnika



Izvor: izradila autorica

MODEL za povećanje efikasnosti zdravstva u vidu poboljšanja radnih uvjeta liječnika i smanjenja potreba za migracijama hrvatskih liječnika prikazan je kroz 5 mjera koje su u nastavku detaljno obrazložene.

Tablica 59.: *Objasnenje modela za povecanje efikasnosti zdravstva u vidu poboljsanja radnih uvjeta liječnika i smanjenja potreba za migracijama hrvatskih liječnika*

M1	Povećanje cijene zdravstvene usluge
	<p>Objasnenje: hrvatski zdravstveni sustav bilježi gubitke iz godine u godinu. Također, ukupni dug zdravstvenog sustava eksponencijalno raste. Uređenje cijene zdravstvene usluge na način da pokriva sveukupne troškove koje pojedina zdravstvena usluga obuhvaća, uključujući troškove održavanja, tj. amortizaciju zdravstvene opreme, jedini je način za postavljanje zdravstva na ekonomski zdrave temelje. Naime, uređenjem cijene usluge u zdravstvu, zdravstvene ustanove dovelo bi se do relativno pozitivnog poslovanja što bi u konačnici imalo utjecaja i na mogućnost ulaganja u edukaciju djelatnika i dovelo do poboljšanja radnih uvjeta.</p>
M2	Povećanje izdavanja za zdravstvo kroz državni proračun
	<p>Objasnenje: prihode HZZO-a čine prihodi od doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje i to otprilike 80 % ukupnih prihoda, a ostvaruju se od stope doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje u iznosu 16,5 % na bruto plaću, te doprinosa iz mirovina, i to 3 % za mirovine iznad 791 eura; prihodi od proračuna koji se ostvaruju sukladno članku 72. i 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, a čine ih prihodi od doprinosa za nezaposlene osobe, prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine, prihodi od doprinosa za osobe kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda, dodatni doprinos za osiguranike korisnike mirovina po propisima o mirovinskom osiguranju i prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja, te prihodi za dopunsko zdravstveno osiguranje za koje se polica osiguranja pokriva na teret Državnog proračuna.</p> <p>Sumarno, prihodi za zdravstvo sastoje se od prihoda od doprinosa, prihoda od proračuna, prihoda po posebnim propisima i ostalih prihoda.</p> <p>S obzirom na to da zdravstveni sustav u Hrvatskoj karakterizira socijalna komponenta te da državi nije u interesu povećavati cijenu zdravstva na teret građana, jedini način da se poveća prihod zdravstva povećanje je izdvajanja iz državnog proračuna.</p> <p>Država u financiranju zdravstva sudjeluje u prosjeku sa 11,6 % (izračunato prema podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za godine 2017., 2018.,</p>

	2019. i 2020. godinu ⁴⁴⁸). Povećanjem postotka financiranja zdravstva, država bi osigurala bolje uvjete pružanja zdravstvene usluge i automatski bolje uvjete rada za zdravstvenu radnu snagu, odnosno liječnike unutar hrvatskog zdravstvenog sustava, boljim omogućavanjem profesionalnog usavršavanja i većim plaćama.
M3	Smanjenje/objedinjavanje broja sekundarnih javnih zdravstvenih ustanova
	<p>Objasnenje: dugovi u zdravstvu nerijetko se stihijski saniraju državnim novcem, ne postoji kvalitetna kontrola troškova, niti kontroling poslovanja zdravstvenih ustanova. Ističe se neefikasnost malih bolnica u manjim gradovima, s jedne strane i preopterećenost velikih bolnica, s druge strane. Cilj je ove mjere racionalizirati troškove radi smanjenja obavljanja jednakih postupaka u ustanovama male udaljenosti uz činjenicu nedovoljne iskorištenosti medicinske opreme. Ideja je sredstva preusmjeriti za poboljšanje uvjeta liječenja i rada liječnika u zdravstvenim ustanovama i profesionalno usavršavanje, a kadrove ravnomjerno rasporediti s ciljem uravnoteženja primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite.</p>
M4	Uvođenje mjerenja učinkovitosti i kontrolinga u poslovanju javnih zdravstvenih ustanova – ekonomsko vrednovanje zdravstva
	<p>Objasnenje: sustav normiranja dovodi do standardizacije i definiranja postupaka u zdravstvu. Uvođenje normi, u smislu definiranja vremena izvođenja postupaka uz određena odstupanja, definiranja troškova postupaka, definiranja kadrova potrebnih za postupke, dovodi do standardizacije zdravstvenih postupaka i sustava zdravstva općenito, te se stvaraju preduvjeti za kvalitetnu kontrolu rada i mjerenje učinkovitosti ljudskih i tehničkih resursa. Posljedično tomu, sustav kontrolinga poslovanja doveo bi pravovremene kontrole i reakcije u poslovanju zdravstvene ustanove. Naime, financijski kontroling u javnim zdravstvenim ustanovama počiva na sustavu kontrole potrošnje. Uvođenje sustava koji bi kontrolirali resurse koji se koriste zajedno s učinkom pojedinih resursa u ishodu liječenja te usporedba sa cijenama, zasigurno bi imali učinka na poslovanje zdravstvenih ustanova. Na taj način zdravstvene bi ustanove učinkovitije poslovale i dodatne financijske resurse ponovno usmjeravale u poboljšanje uvjeta liječenja i uvjeta rada.</p>

⁴⁴⁸ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2019). *Izješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2018. godinu, Zagreb*, i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020). *Izješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2020. godinu, Zagreb*

M5	Povećanje upisnih kvota na medicinskim fakultetima
	<p>Obrazloženje: iz godine u godinu bilježi se veliki interes za upis na medicinske fakultete, što je kontradiktorno tvrdnji da zbog loših radnih uvjeta mladi gube volju za studij medicine. Povećanje upisnih kvota rezultiralo bi većim brojem mladih liječnika koji bi dugoročno pokrili manjkove liječnika u hrvatskim zdravstvenim ustanovama, rasteretili postojeći broj liječnika te nadoknadili broj liječnika koji sljedećih godina odlazi u mirovinu, što bi doprinijelo održanju funkcionalnosti zdravstvenog sustava.</p>

Izvor: izradila autorica

Obrazloženjem modela nastoji se dati rješenje za glavne probleme koji u konačnici dovode do nezadovoljstva liječnika unutar hrvatskog zdravstvenog sustava i nužde za donošenjem promjena ili reforme, kako god se zvale, koje bi trebale dovesti do povećanja zadovoljstva liječnika, smanjenja njihove želje za odlaskom i povećanja kvalitete zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj.

7. ZAKLJUČAK

Migracije radnika povijesna su pojava koja je potaknuta boljim životnim standardom, boljom plaćom i boljim radnim uvjetima. Sloboda kretanja radnika Europske unije produbila je migracije unutar zemalja članica Europske Unije i donijela niz promjena koje je moderno društvo prihvatilo. Na taj način, razvojem društva i modernizacijom tehnologija dolazi do razvoja svih sfera društva pa tako i zdravstva. Četiri slobode Europske unije potiču ljude na otvorenost za promjene i za pronalazak boljih mogućnosti za razvoj i unaprjeđenje vlastitih kompetencija. Otvaranje tržišta rada dovodi do sve većih fluktuacija radne snage i popunjavanje deficitarnih radnih mjesta.

Zdravstveni sustavi zemalja članica Europske unije, koliko god različiti, u suštini se suočavaju s istim problemom – nedostatkom liječnika. Ista je situacija i u Hrvatskoj. Nedostatak liječnika iskazuje se kroz prekomjerni prekovremeni rad i nedostatak liječnika u pojedinim, pretežno ruralnim dijelovima zemalja. Zdravstveni sustavi suočavaju se sa sve zahtjevnijom i skupljom zdravstvenom uslugom i, shodno tomu, postavljaju sve veće zahtjeve prema zdravstvenim djelatnicima. Smatra se da profesionalno obrazovanje nije dostatno i ne ide u korak sa sve većim izazovima i potrebama zdravstva. Uz to, problem u zdravstvu definiran je kao sustavni, odnosno, osim nedostatka kompetencija, sustavi se suočavaju sa slabim timskim radom, rasipanjem i raslojavanjem profesije prema spolnoj osnovi. Problemi se ne sagledavaju i ne rješavaju iz šireg konteksta, liječenje se odvija u epizodama umjesto kontinuiranom zdravstvenom skrbi, vidljivo je opterećenje većih bolnica u odnosu na primarnu zdravstvenu zaštitu, neadekvatno vodstvo i sl.

Karakteristika je zdravstvenih sustava, barem u teoriji, neefikasnost, bilo u financijskom smislu, bilo u smislu ljudskih potencijala. Ne postoji država unutar Europske unije koja se na neki način nije suočila s problemom unutar svoga zdravstva, bilo da se radi o odlasku liječnika, o potrebi za privlačenjem dodatne radne snage ili o novcu koji treba omogućiti funkcioniranje zdravstvenog sustava. Sve su to razlozi koji posredno dovode do migracija liječnika u potrazi za boljim radnim uvjetima. Glavni pokretač odlaska, odnosno migracija liječnika, želja je za boljim profesionalnim usavršavanjem, za većom plaćom i za boljim radnim uvjetima.

I u Hrvatskoj je situacija ista. Provedenim istraživanjem nad liječnicima u Hrvatskoj, ispitanici su definirali bolje radne uvjete koji su, po njihovom mišljenju: veća plaća, bolji radni uvjeti u medicinskom smislu, bolji radni uvjeti u socijalnom smislu i veća mogućnost profesionalnog

usavršavanja. Upravo su ispitanici koji su poduzeli korake oko preseljenja nezadovoljniji time koliko im poslodavac omogućuje adekvatno usavršavanje, smatraju kako nadređeni imaju značajnije manje sluha za njihove profesionalne potrebe, ne rade u zadovoljavajućim profesionalnim uvjetima, ne rade s adekvatnom opremom, opremu s kojom rade smatraju nezadovoljavajućom za zdravstvenu skrb, svoja primanja smatraju nezadovoljavajućim te da za svoj prekovremeni rad nisu adekvatno plaćeni. Od postavljenih hipoteza istraživanja, potvrđene su H1, H2 i H3, dok je H4 hipoteza odbačena, odnosno nije potvrđena. Dobiveni su ključni rezultati istraživanja u odnosu na postavljenje hipoteze sljedeći:

H1: Sloboda kretanja radnika olakšava/potiče migracije mlađih liječnika bez specijalizacije ili specijalista bez uže specijalizacije iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije.

H2: Liječnici su skloniji migriranju u zemlje članice Europske unije nego u treće zemlje.

H3: Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja.

H4: Postotak liječnika u Hrvatskoj koji su poduzeli korake oko preseljenja u drugu državu članicu Europske unije manji je od 10 %.

Rezultat istraživanja kategorije liječnika koja je spremna na migracije u zemlje članice Europske unije pokazao je kako su liječnici specijalizanti skloniji takvim migracijama, čime potvrđena je hipoteza H1 (Sloboda kretanja radnika olakšava/potiče migracije mlađih liječnika bez specijalizacije ili specijalista bez uže specijalizacije iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije). Potvrdu ove hipoteze dokazuje i rezultat našeg istraživanja prikazan u Tablicama 28. i 57. prema kojem se namjera liječnika za migracijama u zemlje članice Europske unije ili u zemlje izvan Europske unije smanjuje kako se godine starosti liječnika povećavaju.

Istraživanjem se 44 % ispitanika izjasnilo da bi se odselilo u neku drugu državu članicu Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima. O preseljenju u treće zemlje većina ispitanika ne razmišlja. Dobivenim rezultatom potvrđuje se hipoteza H2 (Liječnici su skloniji migriranju u zemlje članice Europske unije u odnosu na treće zemlje) i hipoteza H3 (Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja). Hipoteza H3 potvrđuje se i rezultatom istraživanja koji pokazuje povezanost želje za migracijom u zemlje

članice Europske unije, zadovoljstva uvjetima rada i profesionalnog napredovanja i zadovoljstva plaćom u Tablici 29.

Istraživanjem se htjelo doći do odgovora na pitanje što podrazumijevaju pod boljim radnim uvjetima u kontekstu migracija. Većina pod bolje radne uvjete podrazumijeva veću plaću, a uz nju pojavljuju se i drugi odgovori:

- 30,7 % veća plaća
- 23,4 % bolji radni uvjeti u medicinskom smislu
- 18,9 % bolji radni uvjeti u socijalnom smislu
- 13,4 % veća mogućnost profesionalnog napredovanja
- 2,4 % veća mogućnost znanstveno-istraživačkog rada
- 9,7 % sve navedeno.

Ovim rezultatima istraživanja ponovno se potvrđuje hipoteza H3 (Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja).

Istraživanje je sumarno pokazalo da su kod odlaska liječnika u zemlje Europe, tri prediktora najvažnija i najznačajnija: dob ispitanika, zadovoljstvo plaćom, zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama

Omjer vjerojatnosti za dob iznosi 0,94 (< 1), za zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama je 0,60 (< 1) te zadovoljstvo plaćom 0,62 (< 1), što pokazuje da će za svaku starosnu godinu više, 0,94 puta rjeđe liječnik planirati otići iz ustanove; za veće zadovoljstvo uvjetima rada i profesionalnim potrebama 0,60 puta liječnik će rjeđe otići iz ustanove; a 0,62 puta rjeđe će planirati otići ako je veće zadovoljstvo plaćom, uz sve ostale jednake prediktore.

Kad se radi o odlasku liječnika u zemlje izvan Europe, dva su prediktora najvažnija i najznačajnija: dob ispitanika i zadovoljstvo plaćom.

Omjer vjerojatnosti za dob iznosi 0,95 (< 1), a zadovoljstva plaćom 0,68 (< 1), što pokazuje da će za svaku starosnu godinu više, 0,95 puta rjeđe liječnik planirati otići iz ustanove; a 0,68 puta rjeđe će planirati otići ako je veće zadovoljstvo plaćom, uz sve ostale jednake prediktore u modelu.

Ovakav zaključak istraživanja doprinosi potvrđivanju hipoteze H1 (Sloboda kretanja radnika olakšava/potiče migracije mlađih liječnika bez specijalizacije ili specijalista bez uže

specijalizacije iz Republike Hrvatske u zemlje članice Europske unije.) S obzirom na to da je veća mogućnost migracije i u zemlje Europske unije i izvan zemalja Europske unije kod mlađih liječnika, tj. namjera se smanjuje rastom godina starosti. Dodatno, zaključak doprinosi i potvrđivanju hipoteze H3 (Migracije liječnika prema zemljama članicama Europske unije uvjetovane su (ne)zadovoljstvom radnim i profesionalnim uvjetima te mogućnostima profesionalnog napredovanja) jer je, slučaju namjere za migriranjem, jedan od triju ključnih čimbenika nezadovoljstvo radnim uvjetima i profesionalnim potrebama.

25 % ispitanika razmišlja o preseljenju u drugu državu članicu Europske unije i poduzelo je korake za preseljenje. Predmetnim istraživanjem nije definirano što podrazumijevaju poduzeti koraci oko preseljenja te je ostavljen širi prostor za ispitanike. Koristeći se i podatkom Hrvatske liječničke komore o broju ishoda potvrda potrebnih zbog priznavanja profesionalnih kvalifikacija i ukupnim brojem liječnika u Hrvatskoj, došlo se do podatka prema kojem je 12,92 % liječnika poduzelo korake oko preseljenja. Stoga možemo konstatirati da hipoteza H4 (Postotak liječnika u Hrvatskoj koji su poduzeli korake oko preseljenja u drugu državu članicu Europske unije manji je od 10 %) nije potvrđena.

Zaključno, s obzirom na to da je cilj istraživanja bio dobiti vjerojatnost odlazaka i broj potencijalnih odlazaka liječnika iz Hrvatske, s naglaskom na migriranje u zemlje članice Europske unije, istraživanje je pokazalo da je 25 % ispitanika poduzelo korake oko preseljenja u neku od zemalja članica Europske unije. Omjer vjerojatnosti za migracije liječnika u zemlje članice Europske unije manji je kako rastu godina ispitanika, s većim zadovoljstvom profesionalnim uvjetima i s većim zadovoljstvom osobnim primanjima. Što se tiče migracija u treće zemlje, omjer vjerojatnosti migracija manji je s obzirom na veću dob liječnika i zadovoljstvo plaćom. Ograničenje istraživanja istaknuto je u smislu poduzetih koraka oko preseljenja. Naime, nije definirano što obuhvaćaju poduzeti koraci, stoga ovaj aspekt ostavlja prostora za poboljšanje i produbljivanje istraživanja problema.

Novac pokreće procese i pozitivne promjene u svim sustavima. Veći priljev novca osigurava i bolje radne uvjete u smislu adekvatnije opreme i mogućnost većih plaća, također i mogućnosti boljeg profesionalnog usavršavanja.

Teret su zdravstvenog sustava u Hrvatskoj neefikasnost na strani ponude i potražnje. Dodatna plaćanja koja u Hrvatskoj iznose samo 1 % ukupne zdravstvene potrošnje među najmanjima su u Europi. Sljedeći je problem izuzeće brojnih skupina stanovništva od dodatnih plaćanja (nezaposleni, studenti do dobi od 26 godina, ratni veterani i sl.). Visoko pokrće lijekova na

recept (95 %) od strane HZZO-a, pokriće troškova za visoke stope bolovanja, samo su neki od značajnijih problema u kontroli zdravstvene potrošnje. Na strani ponude ističu se neefikasnosti bolnica u malim gradskim centrima i preopterećenost bolnica u nekoliko velikih gradova.

Prema predviđanjima iz izvješća za 2015. o starenju stanovništva (Europska komisija i Odbor za ekonomsku politiku, 2015), izdaci za zdravstvo porast će za 1,7 % BDP-a do 2060. (u usporedbi s prosjekom Europske unije od 0,9 %) što je potaknuto starenjem stanovništva.⁴⁴⁹

Provedene reforme zdravstvenog sustava nisu ozbiljnije stale na kraj ekspanziji duga u zdravstvu, općoj neefikasnosti, kao niti rješavanju problema zdravstvene radne snage u vidu boljih radnih uvjeta. Za stabilizaciju zdravstvenog sustava uopće, bit će potrebne daljnje reforme usmjerene prvenstveno na financijske mehanizme zdravstvenih ustanova i racionalizaciju potrošnje lijekova. Jedino dosljedno provođenje reformi u srednjem roku može dovesti do potpune stabilizacije i veće efikasnosti zdravstvenog sustava općenito.⁴⁵⁰

Stoga je na razini države potrebno definirati mjere koje su provedive i koje će brzo dovesti do stabilizacije zdravstvenog sustava, a potom i poboljšanja, odnosno veće efikasnosti u svakom pogledu. Iz navedenog razloga predložen je model koji bi na neki način stabilizirao kontinuirani financijski disbalans zdravstvenog sustava te, posljedično, doveo do poboljšanja radnih uvjeta za sve zdravstvene radnike, posebice za liječnike.

Provedeno istraživanje predstavlja samo dio problema s kojim se zdravstveni sustav suočava. Istraživanje otvara mogućnost za daljnja istraživanja s ciljem stvaranja cjelokupne slike problematike zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. Stoga su u nastavku preporuke za daljnja istraživanja.

⁴⁴⁹OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Hrvatska: Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies; Brussels, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hrvatska-pregled-stanja-zdravlja-i-zdravstvene-zastite-2017_9789264285088-hr

⁴⁵⁰Barić, V., Smolić, Š., op.cit., bilješka 127., str. 12.

7.1. PREPORUKE ZA DALJNJA ISTRAŽIVANJA

Problem manjka ili odlaska liječnika samo je jedan od problema s kojim se suočava zdravstveni sustav. Utjecaj manjka liječnika na zdravstveni sustav nije previše istraživani u vidu utjecaja na kvalitetu zdravstvene usluge, izlječenje, smrtnost, dužinu liječenja i slično. Jedan od istraživanih aspekata utjecaja manjka liječnika na zdravstveni sindrom je „sagorijevanja“ aktivnih liječnika zbog prekomjernog rada i odrađenih prekovremenih sati.

S aspekta utjecaja manjka ili trenutnog broja liječnika na kvalitetu zdravstvene usluge u Republici Hrvatskoj potrebno je provesti daljnja istraživanja u sljedećem smjeru:

- Koja je dostatna razina liječnika potrebna za liječenje određenih bolesti/dijagnoza prema procjenama kretanja i starenja stanovništva?
- Usporediti zdravstvene sustave u zemljama članicama Europske unije s ciljem dobivanja rezultata dobre prakse, primjenjive na sve sustave kako bi se povećala efikasnost i efektivnost zdravstvenih sustava.
- Procijeniti utječe li broj liječnika, odnosno dostupnost zdravstvene usluge, na dužinu liječenja, izlječenje ili smrtnost?

Kako se istraživanjem došlo do podatka da je glavni uzrok nezadovoljstva liječnika i razmišljanja o napuštanju države, nezadovoljstvo profesionalnim uvjetima u vidu profesionalnog usavršavanja i visine plaće, potrebno je utvrditi financijski aspekt zdravstvenog sustava. Naime, poboljšanjem financijskog stanja zdravstvenih ustanova došlo bi bolje raspoređenosti sredstava i mogućnosti financiranja profesionalnog usavršavanja liječnika i povećanja plaće liječnika. S tim u vezi, ne postoje istraživanja o utjecaju metoda liječenja i cijene liječenja na ishode liječenja, stoga je potrebno provesti istraživanja u sljedećim smjerovima:

- Svjesni činjenice da razvoj tehnologija dovodi i do razvoja lijekova, potrebno je istražiti utjecaj starijih lijekova u odnosu na novije i razvijenije lijekove na ishod liječenja paralelno s financijskim utjecajem istoga na zdravstvenu ustanovu.
- Uvođenje financijskog kontrolinga u zdravstvo predstavlja zaista veliki korak s mnoštvom prepreka. U prvom redu, teško je normirati pojedine zdravstvene usluge. Zato jedna od najvažnijih potencijalnih sfera daljnjih istraživanja leži upravo u tome.

Potrebno je pronaći najbolji model kontrolinga u zdravstvu s ciljem stabilizacije zdravstvene potrošnje.

Zdravstveni su sustavi vrlo kompleksni sustavi unutar kojih posljedice jednog dijela poslovanja utječu na druge aspekte poslovanja. Ključ je za uspješan zdravstveni sustav usklađenost procesa rada, kontroling usluga i upravljanje ljudskim resursima.

Takav je zaključak i ova doktorska disertacija potkrijepila provedenim istraživanjem i opisanim rezultatima istraživanja.

8. LITERATURA

1. Adhikari, R. (2020). *Migrant Health Professionals and the Global Labour Market: The Dreams and Traps of Nepali Nurses*, Routledge, New York
2. Albrecht, T. (2011). *Addressing shortages: Slovenia's reliance on foreign health professionals, current developments and policy responses*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
3. Babacanli, A. et. al. (2016). *Zadovoljstvo mladih liječnika u Republici Hrvatskoj: idemo li u pravom smjeru?*, Liječnički vjesnik, Vol. 138, No. 7-9
4. Bach, S. (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*, International Labour Office, Geneva
5. Barić, V., Smolić, Š. (2008). *Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske* u Zbornik ekonomskog fakulteta u Zagrebu, Vol. 6, No. 1, Zagreb
6. Barić, V., Smolić, Š. (2012). *Strategija ljudskih resursa u hrvatskom zdravstvu – izazovi ulaska u Europsku uniju* u Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti (2012). *Razvojna strategija malog nacionalnog gospodarstva u globaliziranom svijetu*, Zagreb, str. 209.
7. Benušova, K., Kovačova, M., Nagy, M., Wismar, M. (2011). *Regaining self-sufficiency: Slovakia and the challenges of health professionals leaving the country*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
8. Bertinato, L., Glinos, I.A., Boscolo, E., Ciato, L. (2011). *Oversupplying doctors but seeking careers: Italy's demographic challenges and health professional mobility*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
9. Bludau, H. (2021). *Global healthcare worker migration*, Oxford Research Encyclopedia of Anthropology.
10. Bodiroga-Vukobrat, N., Horak, H., Martinović, A. (2011). *Temeljne gospodarske slobode EU*, Inženjerski biro, Zagreb

11. Boros, L., et.al. (2022). *The migration of health care professionals from Hungary – global flows and local responses*, The Central European Journal of regional development and tourism, Vol. 14, Issue 1
12. Buchan, J. (2006). *Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution?* u European Observatory on Health Systems and Policies Series (2006). *Human resources for health in Europe*, Berkshire
13. Buchan, J. (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options* u Eurohealth (2007). *Health worker migration in Europe: assessing the policy options*, Volume 13, Number 1
14. Buchan, J., Perfilieva, G. (2006). *Health worker migration in the European Region: Country case studies and policy implications*, World Health Organization.
15. C-75/63 *Mrs M.K.H. Hoeakstra protiv Bestuur der Bedrijfsvereniging*, EU:C:1974:140
16. C-41/74 *Van Duyn protiv Home Office*, EU:C:1974:133
17. C-36/74 *Warlave i Koch protiv Association Union Cyclioste Internationale i drugi*, EU:C:1974:140
18. C-13/76 *Gaetano Dona protiv Mario Mantero*, EU:C:1976:115
19. C-175/78 *The Queen protiv Vera Saunders*, EU:C:1979:88
20. C-196/87 *Udo Steymann protiv Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:1988:475
21. C-344/87 *I. Bettray protiv Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:1989:226
22. C-292/89 *The Queen protiv Immigration Appeal Tribunal, ex parte Gustaff Desiderius Antonissen*, EU:C:1991:80
23. C-357/89 *V.J.M. Raulin protiv Minister van Onderwijs en Wetenschappen Raulin*, EU:C:1991:87
24. C-3/90 *M.J.E. Bernini protiv Minister van Onderwijs en Wetenschappen*, EU:C:1992/89
25. C-444/93 *Magner i Scheffel protiv Innungskrankenkasse Vorderpfalz*, EU:C:1995:438
26. C-317/93 *Inge Nolte protiv Landesversicherungsanstalt Hannover*, EU:C:1995:438
27. C-415/93 *Union royale Belge des societets de football association ASBL i dr. protiv Jean-Marc Bosman i drugi*, EU:C:1995/463
28. C-257/99 *The Queen protiv Secretary od State for the Home Department, ex parte Julius Barkoci i Marcel Malik*, EU:C:2001:491
29. C-268/99 *Jany i drugi protiv Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:2001:616
30. C-188/00 *Bulent Kurz, ne Yuce protiv Land Baden-Wurtemberg*, EU:C:2002:694
31. C-413/01 *Ninni Orasche protiv Bundesminister fur Wissenschaft*, EU:C:2003:600
32. C-138/02 *Collins protic Secretary of State*, EU:C:2004:172

33. C-1009/04 *Karl Robert Kranemann protiv Land Nordrhein-Westfalen*, EU:C:2005:187
34. C-94/07 *Andrea Raccanelli protiv Max-Planck-Gesellschaft zur Forderung der Wissenschaften eV*, EU:C:2008:425
35. C-14/09 *Hava Genc protiv Land Berlin*, EU:C:2010:57
36. C-325/08 *Olympique Lyonnais SASP protiv Olivier Bernard i Newcastle UFC*, EU:C:2010:143
37. C-232/09 *Dita Danosa protiv LKB Lizings SIA*, EU:C:2010:674
38. C-507/12 *Jessy Saint Prix protiv Department for Work and Pensions*, EU:C:2014:2007
39. C-216/15 *Betriebsrat der Ruhrländklinik gGmbH protiv Ruhrländklinik gGmbH*, EU:C:2016:883
40. C-75/63 *Hoekstra v. Bestuur*, EU:C:1964:19
41. C-53/81 *Levin v. Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:1982:105
42. C-139/85 *R.H. Kempf v. Staatssecretaris van Justitie*, EU:C:1986:223
43. C-66/85 *Lawrie-Blum v. Land Baden-Württemberg*, EU:C:1986:284
44. C-456/02 (2004) *Michael Trojani*, EU:C:2004:488
45. Cabanda, E. (2017). *Identifying the Role of the Sending State in the Emigration of Health Professionals: A Review of the Empirical Literature*, *Migration Development* 6 (2)
46. Carzaniga, A.G., Dhillon I.S., Magdeleine, J., Xu, L. (2019). *International health worker mobility and trade in services*, WTO Staff Working Paper, No. ERSD-2019-19, World Trade Organization (WTO), Geneva
47. Clark, P.F., Stewart J.B., Clark, D.A. (2006.): *The globalization of the labour market for health-care professionals*, *International Labour Review*, Vol. 145, No. 1-2
48. *Code of Practice for the International Recruitment of Health and Social Care Personnel in England*, sadržaj dostupan na [Code of practice for the international recruitment of health and social care personnel in England - GOV.UK \(www.gov.uk\)](http://www.gov.uk)
49. *Code of Practice for Employers of Healthcare Support Workers in Scotland*, sadržaj dostupan na [Code of Practice for Employers of Healthcare Support Workers in Scotland - gov.scot \(www.gov.scot\)](http://www.gov.scot)
50. Commission of the European Communities (2008). *Green Paper On the European Workforce for Health*, COM (2008) 725 final, Brussels
51. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*, Adopted at the Pre-WHA Meeting of Commonwealth Health Ministers 2003, Geneva on Sunday 18 May 2003

52. Conell, J. (2007). *The International Migration of Health Workers*, Routledge, United Kingdom
53. Conell, J. (2020). *Doctor retention or Migration: From Ireland to the World? Comment on „Doctor Retention: A Cross-sectional Study of How Ireland Has Been Losing the Battle“*, International Journal of Health Policy and Management
54. Czaika, M. (2018). *High-Skilled Migration, Drivers and Policies*, Oxford, United Kingdom
55. Čeh Časni, A. (2007). *Analiza slobode kretanja radnika na području proširene EU uporabom odabranih statističkih metoda*, Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, godina 5.
56. Čipin, I., Smolić, Š., Vlah Jerić, S. (2017). *Demografski atlas hrvatskog liječništva*, Hrvatska liječnička komora, Zagreb
57. Delamaire, M.-L., Schweyer, F.-X. (2011). *Nationally moderate, locally significant: France and health professional mobility from far and near*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
58. Dessault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z. (2010). *Assessing future health workforce needs*, World Health Organization 2010 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
59. Dhillon I.S., Clark M.E., Kapp, R.H. (2010). *Innovations in Cooperation, A guidebook on bilateral agreements to address health worker migration*, Realizing rights / Global Health & Development at the Aspen Institute
60. *Direktiva 2004/38/EC Europskog Parlamenta i Vijeća od 29.4.2004. god. o pravu građana Unije i članova njihovih obitelji o slobodi kretanja i boravka na teritoriju države članice*, kojom se vrši izmjena i dopuna Uredbe (EEZ-a) broj 1612/68 i ukidaju Direktive 64/221/EEZ, 68/360/EEZ, 72/194/EEZ, 73/148/EEZ, 75/34/EEZ, 75/35/EEZ, 90/364/EEZ, 90/365/EEZ i 93/96/EEZ , Službeni list 158
61. *Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija* (2005), Službeni list Europske unije, L 255/22
62. *Direktiva 2014/54/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 16. travnja 2014. o mjerama za lakše ostvarivanje prava zajamčenih radnicima u kontekstu slobode kretanja radnika*, članak 2., Službeni list Europske unije, L 128/8, 30.4.2014.

63. *Direktiva Vijeća 2009/50/EZ od 25. svibnja 2009. o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja radi visokokvalificiranog zapošljavanja*, Službeni list Europske unije, L 155/17.
64. *Direktiva Vijeća 2004/114/EZ od 13. prosinca 2004. o uvjetima prihvata državljana trećih zemalja u svrhu studija, razmjene učenika, osposobljavanja bez naknade ili volonterstva*, Službeni list Europske unije, L 375/12
65. *Direktiva Vijeća 2005/71/EZ od 12. listopada 2005. o posebnom postupku za ulazak državljana trećih zemalja u svrhu znanstvenog istraživanja*, Službeni list Europske unije, L 289/15
66. *Direktiva 2014/36/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 26. veljače 2014. o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja u svrhu zapošljavanja u statusu sezonskih radnika*, Službeni list Europske unije, L 94/375
67. *Direktiva 2014/66/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 15. svibnja 2014. o uvjetima za ulazak i boravak državljana trećih zemalja u okviru premještaja unutar države*, Službeni list Europske unije, L 157/1
68. Driouchi, A. (2014). *Labour and Health Economics in the Mediterranean Region: Migration and Mobility of Medical Doctors*, Al Akhawayn University, Morocco
69. Državni ured za reviziju (2018). *Izvešće o obavljenoj financijskoj reviziji zdravstvenih ustanova*, Zagreb, 2018.
70. Dubois, C-A., McKee, M., Rechel, B. (2006). *The Healthcare Workforce in Europe, Learnin from exprience*, European Observatory on Health Systems and Policies
71. Dumont J-C., Lafortune, G. (2017) *International Migration of Doctors and Nurses to OECD Countries: Recent Trends and Policy Implications* u Buchan, J., Dhillon, I.S., Campbell, J. (2017.) *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*, World Health Organization
72. Eke, E., Girasek, E., Szocska, M. (2011). *From melting pot to laboratory of change in central Europe: Hungary and health workforce migration*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
73. Eurofound (2013). *Mobility and migration of health care workers in central and eastern Europe*, Dublin

74. European Agency for Safety and Health at Work (2014). *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*, European Risk Observatory Report, ISSN: 1831-9343, str. 26.
75. European Commission (2012). Commission staff working document on an Action Plan for the EU Health Workforce Accompanying the document Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Towards a Job Rich Recovery, SWD (2012) 93 final, Strasbourg
76. European Parliament (2011). EMN Synthesis Report *Satisfying labour demand through migration*, Directorate General for Internal Policies Policy Department: Citizens Rights and Constitutional Affairs, Civil Liberties, Justice and Home Affairs, European Migration Network, str.
77. European Union and International Relations Department (2004) *Gone West: Ukrainians at work in the UK*, Trade Union Congress (TUC), London, prema OSCE, IOM, ILO (2006). *Handbook on Establishing Effective Migration Policies in Countries of Origin and Destination*, Vienna, Geneva, str. 104
78. Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en>
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/MIGR_EMI5NXT_custom_1365703/default/table?lang=en , pristupljeno 13.1.2023.
79. Eurostat, [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/) , pristupljeno 8.11.2022.
80. Eurostat, Healthcare expenditure statistics, extracted in December 2021., preuzeto sa: [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en), pristupljeno 28.12.2022.
81. Eurostat, Healthcare expenditure statistics, extracted in December 2021., preuzeto sa: [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en), pristupljeno 28.12.2022.
82. Eurostat,
<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en>,
pristupljeno 12.12.2022.
83. Eurostat,
<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00176/default/table?lang=en>,
pristupljeno 23.9.2021

84. Eurostat,
<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00177/default/table?lang=en>,
pristupljeno 23.9.2021.
85. Eurostat,
<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00157&plugin=1>, pristupljeno 02.11.2020.
86. Eurostat, Labour force survey, 2019
87. Eurostat, NACE Rev. 2 Categories 86&87, 2011.
88. Eurostat, [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](#) i [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](#), pristupljeno 04.10.2021.
89. Frenk, J., Lincoln, C., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health system in an interdependent world*, The Lancet Commissions, Vol 376
90. Galan, A., Olsavszky, V., Vladescu, C. (2011). *Emergent challenge of health professional emigration: Romania's accession to the EU*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
91. Geis, W. (2017). *Labour market potentials of freedom of movement for workers*, IW Policy Paper, No. 18/2017, Institut der deutschen Wirtschaft, Koln
92. General Medical Council (2022). *The state of medical education and practice in the UK, The workforce report 2022*
93. Giraldi, M. (2010). *Employment in the Care Sector in Europe*, European Association of Service providers for Persons with Disabilities
94. Glibo, M. (2013). *Državljanstvo Europske unije*, u „Pravnik, 46, 1(93), UDK: 342.71:347.761 (4) EU, UDK: 061.1(4) EU, str. 81.
95. Glinos, I. A. (2015). *Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement*, Health Policy 119 (2015) 1529-1536, Elsevier.
96. Glinos, I. A., Wismar, M., Maier, C.B., Palm, W., Figueras, J. (2011). *Health professional mobility and health systems in Europe: conclusions from the case-studies* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
97. Goldner Lang, I. (2007). *Sloboda kretanja ljudi u EU*, Školska knjiga, Zagreb

98. Gonzalez Lopez-Valcarcel, B., Barber Perez, P., Davila Quintana, C.D. (2011). *Opportunities in an expanding health service: Spain between Latin America and Europe*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
99. Handbook on Establishing Effective Migration Policies in Countries of Origin and Destination, OSCE, IOM, ILO, Vienna, Geneva, 2006.
100. Hasanagić, E. (2014): „Utjecaj praske suda Evropske unije na ostvarenje slobode kretanja radnika“, Pravni vjesnik god. 30, br. 2.
101. Hrvatska liječnička komora (2016.) Priopćenje za medije, <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/priop%C4%87enja/priopcenje-anketa-mladi-lijecnici.pdf>, pristupljeno 3.2.2020.
102. Hrvatska liječnička komora (2022). *Stav HLK o položaju specijalizanata vezano za ugovore o provođenju specijalističkog i subspecijalističkog usavršavanja*, preuzeto sa [KM_C754e-20160129171146 \(hlk.hr\)](https://www.hlk.hr/KM_C754e-20160129171146)
103. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2019). *Izješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2018. godinu, Zagreb*, i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020). *Izješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2020. godinu, Zagreb*
104. Humphries, N., Bidwell, P., Tyrrell, E., Brugha, R., Thomas, S., Normand, C. (2014). *I am kind of in stalemate. The experience of non-EU migrant doctors in Ireland*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, New dynamics, mobile individuals and diverse responses
105. Humphries, N., et.al. (2021). *COVID-19 and doctor emigration: the case of Ireland*, Human Resources for Health
106. ILO (2017). *Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services*“, Geneva, Sectoral Policies Department, Geneva
107. International Labour Migration (2010). *A rights-based approach*, Geneva
108. International Sanitary Regulations – World Health Organizations No. 2 (with appendices and annexes). Adopted by the Fourth World Health Assembly at Geneva, on 25 May 1951

109. Internetski izvor Deset tisuća liječnika koji bježe iz Italije u deset godina - Zdravlje - ANSA.it, pristupljeno 26.1.2023.
110. Internetski izvor Globus - Inicijator najvećega liječničkog prosvjeda u Hrvatskoj: 'Maknite politički podobne s vodećih funkcija u zdravstvu' (jutarnji.hr), pristupljeno 20.1.2023.
111. Internetski izvor How much does medical school cost ? - Europe-Studies.com, pristupljeno 7.11.2022.
112. Internetski izvor <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00044/default/table?lang=en>, pristupljeno 11.11.2022.
113. Internetski izvor <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=68336#>, pristupljeno 8.11.2022.
114. Internetski izvor <https://www.eafinder.com/updated-salary-structure-of-medical-doctors-in-europe-2020/>, pristupljeno 24.9.2020.
115. Internetski izvor <https://www.iusinfo.hr/aktualno/u-sredistu/31547>
116. Internetski izvor <https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#5>, pristupljeno 24.9.2020.
117. Internetski izvor Internships for doctors from third countries to address shortage of health professionals in Slovakia | European Website on Integration (europa.eu), pristupljeno 26.1.2023.
118. Internetski izvor Immigration to EU countries: 4.4 million in 2017 - Products Eurostat News - Eurostat (europa.eu), preuzeto sa <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190321-1>, pristupljeno 23.4.2019.
119. Internetski izvor IUS-INFO - Definiranje pojma „radnik“ u europskom pravu (iusinfo.hr), pristupljeno 13.1.2023.
120. Internetski izvor LIJEČNICI ODLAZE IZ HRVATSKE Hoće li Hrvate uskoro imati tko liječiti? - Vigilare.info, pristupljeno 20.1.2023.
121. Internetski izvor Liječničke udruge: 'Liječnici odlaze iz Hrvatske - problem održivosti zdravstvenog sustava se povećava' – narod.hr, pristupljeno 20.1.2023.
122. Internetski izvor Medical School fees for international students (studyin-uk.ca), pristupljeno 7.11.2022.
123. Internetski izvor Medicina rada: zdravstveni radnici (who.int)

124. Internetski izvor [Migration and migrant population statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](#), pristupljeno 27.10.2022.
125. Internetski izvor [Ministarstvo zdravstva najavljuje kazne za bolničke liječnike koji ne ispunjavaju obaveze, ali redovno rade u privatnoj praksi – NACIONAL.HR](#), pristupljeno 20.1.2023.
126. Internetski izvor [Najnoviji podaci o broju zdravstvenih radnika uvedenih u Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite | Hrvatski zavod za javno zdravstvo \(hzjz.hr\)](#), pristupljeno 13.8.2021.
127. Internetski izvor [New public health-care service contracts with pay rise for doctors - Eurofound EU PolicyWatch \(europa.eu\)](#), pristupljeno 12.10.2022.
128. Internetski izvor <https://notesfrompoland.com/2021/01/22/government-entices-foreign-doctors-to-poland-with-simplified-procedure-and-decent-earnings/>, pristupljeno 26.1.2023.
129. Internetski izvor [Pay boost for Bulgarian health workers | ETUC](#), pristupljeno 12.10.2022.
130. Internetski izvor <https://www.politico.eu/article/polish-hospitals-shutting-down-as-doctors-head-to-the-exits-coronavirus-budget-shortages/>, pristupljeno 26.1.2023.
131. Internetski izvor [Pravi razlozi odlazaka liječnika iz Hrvatske | Priča dana | DW | 12.9.2018](#), pristupljeno 20.1.2023.
132. Internetski izvor [Protecting, safeguarding and investing in the health and care workforce \(who.int\)](#)
133. Internetski izvor [Regulirane profesije – Vaša Europa](#), pristupljeno 10.11.2022
134. Internetski izvor [Romania Raises Medics' Salaries to Stem Exodus | Balkan Insight](#), pristupljeno 12.10.2022.
135. Internetski izvor [More than 10,000 doctors from Romania relocated \(transylvanianow.com\)](#), pristupljeno 26.1.2023.
136. Internetski izvor [Slobodna Dalmacija - Mladi liječnici odlaze iz Hrvatske, jedan od njih otvoreno progovara: 'Idem u Englesku, ovdje je stanje godinama isto. Od Grbe Bujević smo očekivali više...'](#), pristupljeno 20.1.2023.
137. Internetski izvor [Slobodno kretanje radnika | Informativni članci o Europskoj uniji | Europski parlament \(europa.eu\)](#), pristupljeno 12.10.2022.
138. Internetski izvor [Šef Liječničke komore otkrio: 'Tri su razloga zašto liječnici odlaze iz Hrvatske' - tportal](#), pristupljeno 20.1.2023.

139. Internetski izvor [The EU exodus: When doctors and nurses follow the money – POLITICO](#), pristupljeno 10.12.2022.
140. Internetski izvor [The most affordable medical universities in Europe – General medicine – Medhead.eu – Study medicine in Europe](#), pristupljeno 7.11.2022.
141. Internetski izvor [Tko će nas liječiti? Iz Hrvatske otišlo više od 1000 liječnika, a papire za odlazak ima još 839 njih - Novi list](#), pristupljeno 27.1.2023.
142. Internetski izvor [Updates \(who.int\)](#), pristupljeno 26.1.2023.
143. Internetski izvor [Vrhovni sud presudio u korist liječnika u predmetu oko prekovremenih sati - Hrvatska liječnička komora \(hlk.hr\)](#), pristupljeno 20.1.2023.
144. Internetski izvor [Why Spain is running out of doctors \(thelocal.es\)](#), pristupljeno 26.1.2023.
145. Internetski izvor [Zašto liječnici odlaze iz Hrvatske? \(slobodnaevropa.org\)](#), pristupljeno 20.1.2023.
146. Internetski izvor [Hrvatsku je napustilo 525 liječnika, krajnje je vrijeme za ozbiljnu reakciju hrvatske Vlade! - Hrvatska liječnička komora \(hlk.hr\)](#), pristupljeno 2.6.2021.
147. Internetski izvor [Istina o plaćama liječnika: Kirurg bez dežurstava plaćen 12.115 kn, a mladi liječnik 5890 kn - Večernji.hr \(vecernji.hr\)](#), pristupljeno 12.8.2021. godine
148. Internetski izvor [Automatic recognition \(europa.eu\)](#), pristupljeno 10.11.2022.
149. Internetski izvor [Brain drain of health workforce challenges EU health systems – EURACTIV.com](#), pristupljeno 10.12.2022.
150. Internetski izvor [Cross Border Health Care ~ A European Union Phenomenon \(medicaltourism.com\)](#), pristupljeno 10.12.2022.
151. Internetski izvor <https://wageindicator.org/labour-laws/collective-bargaining/2022/slovakia-more-than-2-000-doctors-are-threatening-to-resign-because-of-low-pay-october-31-2022>, pristupljeno 26.1.2023.
152. Internetski izvor https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_RS_WKMG_custom_379142_7/default/table?lang=en, pristupljeno 8.11.2022.
153. Izvješće o radu Hrvatske liječničke komore za 2016. godinu, Klasa: 900-01/17-01/07, Urbroj: 385-01/04-17-01, str. 10.
154. Izvješće o radu Hrvatske liječničke komore za 2021. godinu, Klasa: 990-01/22-01/1, Urbroj: 385-01/03-22-01

155. Jurić, T. (2018). *Iseljivanje Hrvata u Njemačku, gubimo li Hrvatsku?*, Školska knjiga Zagreb
156. Kapural, M. (2005). *Sloboda kretanja radnika u proširenoj Europskoj uniji i njezin utjecaj na Hrvatsku* u Institut za javne financije, Zaklada Friedrich Ebert (2005). *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji, ususred izazovima pregovora*, Zagreb, str. 92.
157. Kautsch, M., Czabanowska, K. (2011). *When the grass gets greener at home: Poland's changing incentives for health professional mobility*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
158. Keeley, B. (2009.) *International Migration, The Human Face of Globalisation*, Organization for economic co-operation and development
159. Kimuyu, P. (2017). *Cost and Benefits of the International Flow of Health Workers*, German National Library
160. Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, NN 29/2018
161. Krieger, H. (2004). *Migration trends in an enlarged Europe*, European Foundation for the improvement of living and working conditions.
162. Kuusio, H., Koivusalo, M., Elovinio, M., Heponiemi, T., Aalto, A., Keskimaki, I. (2011). *Changing context and priorities in recruitment and employment: Finland balances inflows and outflows of health professionals* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
163. Maier, C. B., Glinos, I. A., Wismar, M., Bremner, J., Dussault, G., Figueras, J. (2011). *Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: the results* u World Health Organization on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011): „Health Professional Mobility and Health Systems“, evidence from 17 European countries
164. Maliszewska-Nienartowicz, J. (2014). *Direct and Indirect Discrimination in European Union Law – How to Draw a Dividing Line?*, International Journal of Social Science, III (I)
165. Mara, I. (2019). *Doctors on the move: the mobility patterns in the EU*, u The Vienna Institute for International Economic Studies, Monthly report, 2019.

166. Mara, I. (2020). *Health Professionals Wanted: Chain Mobility across European Countries*, Research Report 445, The Vienna Institute for International Economic Studies
167. Mejía, A. Pizurki, H., Royston, E. (1979). *Physicians and nurse migration: analysis and policy implications* Report of a WHO study, World Health Organization, Geneva
168. Nicholas, S. (2004.) *The Challenges of the Free Movement of Health Professionals* u Mckee, M., MacLehose, L., Nolte, E. (2004.) *Health Policy and European Union Enlargement*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
169. Novakova, M. (2015). *Migration of Health Workers in the EU*, ISBN 978-80-87927-08-3, 15th International Academic Conference Rome, str. 781-782.
170. Odluka o donošenju plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2020.-2022., NN 142/2020.
171. OECD [Health Workforce Migration: Foreign-trained doctors by country of origin - Stock \(oecd.org\)](#), pristupljeno 7.10.2022.
172. OECD [Health Workforce Migration : Foreign-trained doctors by country of origin - Stock \(oecd.org\)](#), pristupljeno 7.10.2022.
173. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Hrvatska: Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies; Brussels https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hrvatska-pregled-stanja-zdravlja-i-zdravstvene-zastite-2017_9789264285088-hr
174. Offermans, G., Malle, E.M., Jusic, M. (2011). *Mobility, language and neighbours: Austria as source and destination country* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
175. Ognyanova, D., Young, R., Maier, C.B., Busse, R. (2014). *Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners? A qualitative study*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, New dynamics, mobile individuals and diverse responses, str. 213.-220.
176. Ognyanova, D.; Busse, R. (2011). *A destination and a source: Germany manages workforce disparities with foreign medical doctors*, u World Health

- Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
177. OSCE, IOM, ILO (2006). *Handbook on Establishing Effective Migration Policies in Countries of Origin and Destination*, Vienna, Geneva
178. *Pacific Code of Practice for Recruitment of Health Workers*, World Health Organization, dostupan pregled sadržaja na: [Pacific Code of Practice for Recruitment of Health Workers and Compendium | HRH Global Resource Center \(hrhresourcecenter.org\)](https://www.hrhresourcecenter.org/)
179. Padaiga, Ž., Pukas, M., Starkiene, L. (2014). *Health professional migration in Lithuania: why they leave and what makes them stay*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, New dynamics, mobile individuals and diverse responses
180. Padaiga, Ž., Pukas, M., Starkiene, L. (2011). *Awareness, planning and retention: Lithuania's approach to managing health professional mobility*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
181. Pantenburg, B. (2018). *Physician emigration from Germany: insights from a survey in Saxony, Germany*, BMC Health Service Research
182. Craig, P., de Burca, G. (2011). *EU law, text, cases and materials*, fifth edition, Oxford
183. Peročević, K. (2017). *Pojam radnika u pravu Europske unije* u Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 67, (2)
184. Pešić, M., Pešić, S., Baban Bulat, M. (2018) *Free movement of workers; the case of health care workers migrating within EU*, Interdisciplinary Management Research IV, Opatija: University of Osijek, Pforzheim University
185. Pintarić, Lj. (2018). *Globalizacijski „odljev mozgova“: migracije liječnika iz Hrvatske u Sudbina otvorenih granica* u Šundalić, A. et.al. (2018) *Sudbina otvorenih granica*, Zbornik radova sa znanstvenog skupa Globalizacija i regionalni identitet
186. Powel, J., et.al. (2022). *Understanding doctors' decision to migrate from the UK*, Shift Insight Limited
187. *Povelja temeljnih prava EU* (2000) čl. 21. Službeni list C 364/1

188. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, NN 65/2022.
189. Quanin, C. et.al. (2012). *Comparison of British and French expatriate doctors' characteristics and motivation*, BMJ Open
190. Rikinkumar S.P. et al. (2018). *Factors related to physician burnout and its consequences: a review*, Behavioral Sciences, 8, 98
191. Saar, P.; Habicht, J. (2011). *Migration and attrition: Estonia's health sector and cross-border mobility to its northern neighbour*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
192. Safuta, A.; Baeten, R. (2011). *Of permeable borders: Belgium as both source and host country*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
193. Sharer, S., Freitag, A. (2015). *Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice*, Wiener klinische Wochenschrift, The Central European Journal of Medicine
194. Schulz, C., Rijks, B. (2014). *Mobility of Health Professionals to, from and within the European Union*, International Organization for Migration, Geneva
195. Shah, R.S. (2010). *The international migration of health workers, ethics, rights and justice*, Palgrave MacMillan, United Kingdom
196. Špadina, H. (2012). *Radne migracije državljana trećih država EU: pravni okvir, problemi i perspektive*, doktorski rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Doktorska škola Društveno-humanističkih znanosti, Osijek
197. Tišma, S., Samardžija, V., Jurlin, K. (2012). *Hrvatska i Europska unija, prednosti i izazovi članstva*, Institut za međunarodne odnose – IMO, Zagreb
198. *Ugovor o Europskoj uniji (pročišćena verzija)*, Službeni glasnik Europske unije, C 202/1; članak 3. stavak 2.
199. *Ugovor o funkcioniranju Europske unije (pročišćena verzija)* (2016), Službeni glasnik Europske unije, C 202/1; članak 20.
200. *Ugovor o funkcioniranju Europske unije (pročišćena verzija)*, Službeni glasnik Europske unije, C 202/1; članci 20., 26., 45., 46. i 47.
201. *Ugovor o funkcioniranju Europske unije (pročišćena verzija)*, Službeni glasnik Europske unije, C 202/1, čl.45., st.3.

202. United Nations (1990). *Internatioanal Convention in the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families*, article 2., adopted by General Assembly resolution 45/158
203. Uredba (EU) br. 492/11 Europskog parlamenta i Vijeća od 5.4.2011. o slobodi kretanja radnika unutar EU, Službeni list L 141
204. Uredba (EZ) br. 862/2007 Europskog parlamenta i Vijeća od 11. srpnja 2007. o statistici Zajednice o migracijama i međunarodnoj zaštiti i o stavljanju izvan snage Uredbe Vijeća (EEZ) br. 311/76 o izradi statistike o stranim radnicima, Službeni list Europske unije, L 199/23.
205. Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama, NN 25/2013., 72/2013., 151/2013., 9/2014., 40/2014., 51/2014., 77/2014., 83/2014., 87/2014., 120/2014., 147/2014., 151/2014., 11/2015., 32/2015., 38/2015., 60/2015., 83/2015., 112/2015., 122/2015., 10/2017., 39/2017., 40/2017., 74/2017., 122/2017., 9/2018., 57/2018., 59/2019., 79/2019., 119/2019., 50/2020., 128/2020., 141/2020., 17/2021., 26/2021., 78/2021., 138/2021., 9/2022., 31/2022., 72/2022., 82/2022
206. Verschuren, R., de Groot, B., Nossent, S.M., European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions (1995). *Working Conditions in Hospitals in the European Union*, Office for Official Publication of the European Communities
207. Vidovic, H., Mara, I. (2015). *Free Movement of Workers, Transitional Arrangement and Potential Mobility from Croatia*, Research Report 402, The Vienna Institute for International Economic Studies, Vienna, 2015
208. Vlada Republike Hrvatske (2007). *Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju između Republike Hrvatske s jedne strane i Europskih zajednica i njihovih država članica s druge strane*, Zagreb
209. Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020.*, Zagreb
210. Vlada Republike Hrvatske. *Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020.*, preuzeto sa [Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu.pdf \(gov.hr\)](#), pristupljeno 10.8.2021.
211. Vukorepa, I. (2018). *Migracije i pravo na rad u Europskoj uniji*, Zbornik radova PFZ, 68, (1) 85-120 (2018)

212. Wagner, A. et al. (2019). *Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study*, BMC Health Services Research
213. Wiskow, C. (2006). *Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE counties – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*, International Labour Office, Geneva.
214. Wismar M., Maier C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras J. (2011). *Health professional mobility and health systems in Europe: an introduction* u World Health Organization 2011, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies: „Health Professional Mobility and Health Systems“, evidence from 17 European countries
215. Witt, J. (2009). *Review: Addressing the migration of health professionals: the role of working conditions and educational placements*, BMC Public Health
216. World Health Organization (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, Sixty-third World Health Assembly – WHA63.16.
217. World Health Organization (2014), on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*
218. World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*
219. World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems, evidence from 17 European countries*
220. Young, R. (2011). *A major destination country: the United Kingdom and its changing recruitment policies*, u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems*, evidence from 17 European countries
221. Young, R. (2014). *Motivations and experience of health professionals who migrate to the United Kingdom from other EU Member countries* u World Health Organization, on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies (2014). *Health Professional Mobility in a Changing Europe*, New dynamics, mobile individuals and diverse responses
222. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18., 125/19., 147/20., 119/22.

223. Zakon o liječništvu, NN 121/03, 117/08
224. Zakon o radu, NN 93/14, 151/22
225. Župarić-Iljić, D. (2016). *Iseljavanje iz Republike Hrvatske nakon ulaska u Europsku Uniju*, Friedrich Ebert Stiftung, Zagreb

POPIS TABLICA

Tablica 1.: Udio državljana drugih zemalja članica i trećih zemalja u odnosu na populaciju pojedine zemlje članice 1. siječnja 2021. (u %).....	28
Tablica 2.: Broj dugotrajnih imigracija na području zemalja članica Europske unije u razdoblju od 10 godina.....	31
Tablica 3.: Broj dugotrajnih emigracija na području zemalja članica Europske unije u razdoblju od 10 godina.....	33
Tablica 4.: Imigracije stanovništva unutar Europske unije u 2020. (u tis.) i udio imigranata iz zemlja članica Europske unije.....	35
Tablica 5.: Emigracije stanovništva unutar Europske unije u 2019.(u tis.) i udio emigranata iz zemalja članica Europske unije.....	37
Tablica 6.: Zemlje članice Europske unije sa negativnim saldom ukupnih emigracija u odnosu na imigracije u 2020. godini.....	38
Tablica 7.: Međunarodno regrutiranje zdravstvene radne snage: prilike i izazovi	47
Tablica 8.: Ukupan broj liječnika u zemljama članicama Europske unije	64
Tablica 9.: Ukupan broj stranih liječnika u zemljama članicama Europske unije	66
Tablica 10.: Udio stranih liječnika u ukupnom broju liječnika u zemljama članicama Europske unije u 2015. i 2020. godini (u %).....	67
Tablica 11.: Utjecaj migracija liječnika na zdravstveni sustav	73
Tablica 12.: Ukupan broj hrvatskih liječnika u pojedinoj državi u Europi	80
Tablica 13.: Izdvajanje države za zdravstvo u 2020. godini	89
Tablica 14.: Broj liječnika na 100.000 stanovnika u 2019., 2020. i 2021. godini	98
Tablica 15.: Ispitanici prema osnovnim obilježjima	110
Tablica 16.: Vrsta ustanove u kojoj su ispitanici zaposleni	113
Tablica 17.: Raspodjela ispitanika prema znanstvenim i stručnim titulama, te učestalosti dopunskog rada ili rada u kumulaciji	115
Tablica 18.: Zadovoljstvo dopunskim radom i sudjelovanjem u kliničkim istraživanjima ..	117
Tablica 19.: Zadovoljstvo zaradom u dopunskom radu u odnosu na obilježja ispitanika	118
Tablica 20.: Zadovoljstvo sudjelovanjem u kliničkim ispitivanjima u odnosu na obilježja ispitanika	120
Tablica 21.: Zadovoljstvo u spremnosti poslodavca da omogući sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima u odnosu na obilježja ispitanika	121
Tablica 22.: Zadovoljstvo zaradom u kliničkim ispitivanjima u odnosu na obilježja ispitanika	122
Tablica 23.: Samoprocjena stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentom i primanjima.....	124
Tablica 24.: Ocjena stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentima i zadovoljstva primanjima u odnosu na osnovna obilježja ispitanika	125
Tablica 25.: Međusobna povezanost stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentom i zadovoljstva primanjima i povezanost s dobi ispitanika	127
Tablica 26.: Raspodjela ispitanika prema visini primanja, prekovremenom radu te samoprocjeni adekvatne plaće za prekovremeni rad.....	128

Tablica 27.: Procjena mišljenja o odlasku iz ustanove u drugi grad u Hrvatskoj, ili drugu državu unutar ili izvan Europske unije.....	130
Tablica 28.: Procjena mišljenja o odlasku iz ustanove u drugi grad u Hrvatskoj, ili drugu državu unutar ili izvan Europske unije u odnosu na opća obilježja ispitanika	132
Tablica 29.: Povezanost stručnog usavršavanja, profesionalnih potreba, iskustva s pacijentima i zadovoljstva primanjima i dobi ispitanika s procjenom odlaska iz ustanove u drugi grad u Hrvatskoj, u drugu državu unutar ili izvan Europske unije.....	134
Tablica 30.: Raspodjela ispitanika prema tome što su po njima bolji radni uvjeti	134
Tablica 31.: Ispitanici prema konkretnom razlogu zbog kojeg bi otišli.....	136
Tablica 32.: Raspodjela ispitanika prema specijalizaciji i poduzetim koracima oko preseljenja	138
Tablica 33.: Raspodjela ispitanika po tome imaju li voditeljsku funkciju i rade li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi u odnosu na to jesu li poduzeli korake za preseljenje ili ne	139
Tablica 34.: Zadovoljstvo ustanovom u kojoj rade u odnosu na to jesu li poduzeli korake za preseljenje ili ne	140
Tablica 35.: Raspodjela ispitanika po visini mjesečnih neto primanja i prema tome rade li prekovremeno u odnosu na to jesu li poduzeli korake za preseljenje ili ne.....	141
Tablica 36.: Raspodjela ispitanika po tome imaju li voditeljsku funkciju i rade li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu unutar EU	143
Tablica 37.: Zadovoljstvo ustanovom u kojoj rade u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije	145
Tablica 38.: Raspodjela ispitanika po visini mjesečnih neto primanja i prema tome rade li prekovremeno u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije.....	146
Tablica 39.: Broj ispitanika koji razmišljaju o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije prema tome jesu li poduzeli korake oko preseljenja	148
Tablica 40.: Raspodjela ispitanika po tome imaju li voditeljsku funkciju i rade li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije.....	149
Tablica 41.: Zadovoljstvo ustanovom u kojoj rade u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu izvan Europe unije	151
Tablica 42.: Raspodjela ispitanika po visini mjesečnih neto primanja i prema tome rade li prekovremeno u odnosu na to razmišljaju li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije	152
Tablica 43.: Ispitanici prema tome bi li zbog boljih uvjeta preselili u državu čiji jezik ne poznaju u odnosu na obilježja ispitanika.....	154
Tablica 44.: Ispitanici prema tome bi li njihov odlazak bio privremen ili trajan u odnosu na obilježja ispitanika.....	155
Tablica 45.: Ispitanici prema tome bi li zbog boljih uvjeta preselili u državu čiji jezik ne poznaju u odnosu na obilježja ispitanika.....	157
Tablica 46.: Ispitanici prema tome bi li bi se nakon povratka vratili u istu ustanovu u kojoj su radili	159

Tablica 47.: Ispitanici koji su do sada već radili u inozemstvu u odnosu na obilježja ispitanika	160
Tablica 48.: Uloga u kojoj su radili u inozemstvu u odnosu na obilježja ispitanika.....	161
Tablica 49.: Ispitanici prema tome koliko su dugo radili u inozemstvu	162
Tablica 50.: Razlozi povratka ispitanika koji su radili u inozemstvu	162
Tablica 51.: Ispitanici prema tome rade li u istoj kategoriji ustanove kao i prije odlaska u odnosu na obilježja.....	163
Tablica 52.: Ispitanici prema tome rade li kod istog poslodavca kao i prije odlaska u odnosu na obilježja	164
Tablica 53.: Ocjena kvalitete zdravstvene usluge, cijene zdravstvenih usluga te zdravstva u cjelini u Hrvatskoj	165
Tablica 54.: Ocjena kvalitete zdravstvene usluge, cijene zdravstvenih usluga te zdravstva u cjelini u Hrvatskoj prema osnovnim obilježjima ispitanika.....	167
Tablica 55.: Povezanost ocjene kvalitete zdravstvene usluge, cijene zdravstvenih usluga te zdravstva u cjelini u Hrvatskoj sa stručnim usavršavanjem, profesionalnim potrebama, iskustva s pacijentima i zadovoljstva primanjima, dobi ispitanika, te s procjenom odlaska	168
Tablica 56.: Predviđanje vjerojatnosti odlaska liječnika iz ustanove u kojoj rade	170
Tablica 57.: Predviđanje vjerojatnosti odlaska liječnika iz ustanove u Europsku uniju	170
Tablica 58.: Predviđanje vjerojatnosti odlaska liječnika iz ustanove u kojoj rade u zemlje izvan Europske unije	171
Tablica 59.: Obrazloženje modela za povećanje efikasnosti zdravstva u vidu poboljšanja radnih uvjeta liječnika i smanjenja potreba za migracijama hrvatskih liječnika.....	209

POPIS SLIKA

Slika 1.: Udio državljana drugih zemalja članica u odnosu na populaciju pojedine zemlje članice 1. siječnja 2021. (u %)	29
Slika 2.: Udio državljana trećih zemalja u odnosu na populaciju pojedine zemlje članice 1. siječnja 2021. (u %).....	30
Slika 3.: Države članice Europske unije s najvećim brojem imigranata u 2020. godini.....	32
Slika 4.: Države članice Europske unije s najvećim brojem emigranata u 2020. godini	34
Slika 5.: Broj liječnika na 100.000 stanovnika u 2015. i 2020. godini	62
Slika 6.: Ukupan broj liječnika u zemljama članicama Europske unije.....	65
Slika 7.: Udio stranih liječnika u ukupnom broju liječnika u zemljama članicama Europske unije u 2015. i 2020. godini (u %).....	68
Slika 8.: Utjecaj slobode kretanja radnika na zdravstveni sustav	74
Slika 9.: Potrošnja javne države na zdravstvo kao % BDP-a u 2020. godini.....	90
Slika 10.: Izdvajanje na zdravstvo po glavi stanovnika (potrošnja za zdravstvene usluge u 2020. godini), u EUR	91
Slika 11.: Broj liječnika na 100.000 stanovnika na bazi dostupnih podataka.....	99
Slika 12.: Raspodjela ispitanika prema spolu.....	111
Slika 13.: Raspodjela ispitanika prema statusu specijalizacije	111
Slika 14.: Raspodjela ispitanika u odnosu na vrstu specijalizacije (n = 360)	112
Slika 15.: Raspodjela ispitanika prema ustanovi zaposlenja.....	113
Slika 16.: Ostale ustanove u kojima su ispitanici zaposleni.....	114
Slika 17.: Rad u dopunskom radu u drugoj ustanovi	116
Slika 18.: Raspodjela ispitanika prema ambicijama napredovanja u hijerarhijskoj strukturi njihove ustanove.....	116
Slika 19.: Zadovoljstvo ispitanika zaradom u dopunskom radu	119
Slika 20.: Zadovoljstvo stručnim usavršavanjem, uvjetima rada i primanja	126
Slika 21.: Kategorija ispitanika prema visini mjesečnih primanja.....	128
Slika 22.: Rad ispitanika u prekovremenom radu	129
Slika 23.: (Ne)zadovoljstvo ispitanika primanjima u prekovremenom radu	129
Slika 24.: Mišljenje ispitanika o odlasku (slaže se i u potpunosti se slaže).....	131
Slika 25.: Definicija boljih radnih uvjeta	135
Slika 26.: Konkretni razlozi zbog kojeg bi ispitanici otišli	136
Slika 27.: Kretanje liječnika s obzirom na poduzete korake oko preseljenja u odnosu na visinu mjesečnih primanja	141
Slika 28.: Kretanje liječnika s obzirom na poduzete korake oko preseljenja u odnosu na prekovremeni rad.....	142
Slika 29.: Mišljenje o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na obavljanje voditeljske funkcije na radnom mjestu.....	143
Slika 30.: Odnos mišljenja o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na rad u dopunskom radu u drugoj zdravstvenoj ustanovi.....	144
Slika 31.: Odnos mišljenja o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na visinu mjesečnih primanja.....	147

Slika 32.: Odnos mišljenja o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije u odnosu na prekovremeni rad.....	147
Slika 33.: Odnos mišljenja o preseljenju u druge zemlje članice Europske unije i poduzetih koraka za preseljenje	148
Slika 34.: Odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije i obavljanje odnosno na obavljanje voditeljske funkcije na radnom mjestu	150
Slika 35.: Odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije i obavljanje poslova u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi	150
Slika 36.: Odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije u odnosu na visinu mjesečnih primanja	153
Slika 37.: Odnos mišljenja o preseljenju u zemlje izvan Europske unije u odnosu na prekovremeni rad.....	153
Slika 38.: Model za povećanje efikasnosti zdravstva u vidu poboljšanja radnih uvjeta liječnika i smanjenja potreba za migracijama hrvatskih liječnika	208

PRILOZI

Anketni upitnik

Upitnik za liječnike/ce

Poštovani,

ovaj upitnik predstavlja instrument u primarnom istraživanju (metoda ankete) o migracijama liječnika u sklopu slobode kretanja radnika kao temeljne slobode Europske unije i utjecaju na zdravstvene ustanove u RH s ekonomskog/financijskog aspekta.

Navedeno istraživanje, pomoću znanstvene metode anketiranja provodi doktorandica Poslijediplomskog interdisciplinarnog doktorskog studija "Europski studiji" Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Odgovori dani u anketi su u potpunosti anonimni i koristit će se isključivo u znanstvene svrhe.

Zahvaljujem vam na sudjelovanju i vremenu koje će te uložiti u ispunjavanje ovog upitnika.

S poštovanjem,

Sanja Pešić, univ.spec.oec.

1.

Spol liječnika/ce

Odaberite sve točne odgovore.

- Muško
 Žensko

2.

Dob liječnika/ce

.....

3.

Bračni status

Odaberite sve točne odgovore.

- Oženjen/udana
 Neoženjen/neudana
 Izvanbračna zajednica

4.

Imate li djece?

Odaberite sve točne odgovore.

- Da
 Ne

5.

Lokacija stanovanja i rada

Odaberite sve točne odgovore.

- Slavonija i Baranja
- Zagreb i okolica
- Središnja Hrvatska
- Istra i Primorje
- Lika i Gorski kotar
- Dalmacija

6.

Status specijalizacije

Odaberite sve točne odgovore.

- Doktor medicine
- Specijalizant
- Specijalist
- Specijalist s užom specijalošću

7.

Vrsta specijalizacije*Odaberite sve točne odgovore.*

- Interna medicina
- Kirurgija
- Anesteziologija, reanimatologija i intenzivno liječenje
- Ginekologija i opstetricija
- Infektologija
- Dermatologija
- Psihijatrija
- Otorinolaringologija
- Maksilofacijalna kirurgija
- Patologija
- Oftalmologija
- Fizikalna medicina
- Urologija
- Nuklearna medicina
- Neurologija
- Pedijatrija
- Radiologija
- Onkologija
- Obiteljska medicina
- OHBP
- Ostalo: _____

8.

U kojoj vrsti ustanove ste zaposleni?*Odaberite sve točne odgovore.*

- Dom zdravlja
- Opća bolnica
- Klinička bolnica
- Klinički bolnički centar
- Privatna klinika
- Ostalo: _____

9.

Imate li znanstvenu titulu?*Odaberite sve točne odgovore.*

- Ne
- mr.sc.
- dr.sc.

10. **Imate li znanstveno-nastavnu titulu?**
Odaberite sve točne odgovore.
- Ne
 doc.dr.sc.
 izv.prof.dr.sc.
 prof.dr.sc.
 prof.dr.sc. u trajnom zvanju
11. **Imate li naslov primarijusa?**
Odaberite sve točne odgovore.
- da
 ne
12. **Jeste li u kumulativnom radnom odnosu pri nekom fakultetu?**
Odaberite sve točne odgovore.
- da
 ne
13. **Imate li na radnom mjestu voditeljsku funkciju?**
Odaberite sve točne odgovore.
- da
 ne
14. **Imate li ambicije za napredovanje u hijerarhijskoj strukturi u Vašoj ustanovi?**
Označite samo jedan oval.
- 1 2 3 4 5
- uopće me ne zanima jako me zanima
15. **Radite li u dopunskom radu u nekoj drugoj ustanovi?**
Odaberite sve točne odgovore.
- da
 ne
 ponekad

16. **Da li u dopusno radu zarađujete prema očekivanjima?**
Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
Nedovoljno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Odlično

17. **Sudjelujete li u kliničkim ispitivanjima?**
Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
Ne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uvijek

18. **Da li Vam poslodavac omogućuje sudjelovanje u kliničkim ispitivanjima?**
Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

19. **Smatrate li da zarađujete dovoljno na kliničkim ispitivanjima?**
Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

20. **Sudjelujete li na nekom znanstvenim projektima iz područja medicine?**
Odaberite sve točne odgovore.

- da
 ne

21. **Da li vam poslodavac omogućuje adekvatno usavršavanje?**
Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

22. **Ukoliko Vam poslodavac ne omogućuje, da li sami financirate stručno usavršavanje?**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

23. **Ima li Vaš nadređeni (ravateljstvo) sluha za Vaše profesionalne potrebe?**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

24. **Radite li u zadovoljavajućim profesionalnim uvjetima?**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

25. **Radite li sa adekvatnom opremom?**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

26. **Smatrate li opremu s kojom radite zadovoljavajućom?**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

27. **Smatrate li da je dostupna količina lijekova koju imate dostatna a rad s pacijentima?**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

28. **Smatrate li da je količina potrošnog medicinskog materijala za rad s pacijentima dostatna?**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

29. **Kakva su Vaša iskustva s pacijentima**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
Potpuno negativna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Potpuno pozitivna

30. **Smatrate li svoja primanja zadovoljavajućima?**

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

31. **Kolika je visina Vaših mjesečnih neto primanja?**

Odaberite sve točne odgovore.

- 5.000 - 10.000 kn
 10.000 - 15.000 kn
 15.000 - 20.000 kn
 preko 20.000 kn

32. **Radite li prekovremeno?**

Odaberite sve točne odgovore.

- da
 ne

33. **Ukoliko radite prekovremeno, koliko je to prosječno mjesečno sati?**
-
34. **Smatrate li da ste adekvatno plaćeni za prekovremeni rad?**
Označite samo jedan oval.
- 1 2 3 4 5
- U potpunosti se ne slažem U potpunosti se slažem
35. **Razmišljate li o promjeni ustanove u kojoj radite?**
Označite samo jedan oval.
- 1 2 3 4 5
- U potpunosti se ne slažem U potpunosti se slažem
36. **Razmišljate li o preseljenju u drugi grad u Hrvatskoj u potrazi za boljim radnim uvjetima?**
Označite samo jedan oval.
- 1 2 3 4 5
- U potpunosti se ne slažem U potpunosti se slažem
37. **Razmišljate li o preseljenju u drugu državu unutar Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?**
Označite samo jedan oval.
- 1 2 3 4 5
- U potpunosti se ne slažem U potpunosti se slažem
38. **Razmišljate li o preseljenju u drugu državu izvan Europske unije u potrazi za boljim radnim uvjetima?**
Označite samo jedan oval.
- 1 2 3 4 5
- U potpunosti se ne slažem U potpunosti se slažem

39. **Što su za Vas bolji radni uvjeti?**
Označite samo jedan oval.
- Veća plaća
- Veća mogućnost profesionalnog usavršavanja
- Veća mogućnost znanstveno-istraživačkog rada
- Bolji radni uvjeti u medicinskom smislu
- Bolji radni uvjeti u socijalnom smislu
- Ostalo: _____
40. **Ukoliko razmatrate opciju preseljenja da li ste poduzeli korake oko istoga?**
Odaberite sve točne odgovore.
- da
- ne
41. **Koji bi bio konkretan razlog odlaska?**
- _____
- _____
- _____
- _____
42. **Biste li zbog boljih uvjeta preselili u državu čiji jezik ne poznajete?**
Odaberite sve točne odgovore.
- da
- ne
43. **Da li bi Vaš odlazak bio privremen ili trajan?**
Odaberite sve točne odgovore.
- privremen
- trajan
44. **Ukoliko je privremen koji bi to period bio?**
Odaberite sve točne odgovore.
- 2 - 5 godina
- 5 - 10 godina
- 10 - 15 godina

45. **Smatrate li da biste se nakon toga vratili u istu ustanovu u kojoj sada radite?**
Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
U potpunosti se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

46. **Da li ste već radili u inozemstvu?**
Odaberite sve točne odgovore.

- da
 ne

47. **U kojoj ste ulozi radili u inozemstvu?**
Označite samo jedan oval.

- Specijalizant
 Specijalist
 Polaznik poslijediplomskog/doktorskog studija

48. **Koliko dugo ste radili u inozemstvu?**
Odaberite sve točne odgovore.

- Manje od 1 godine
 1 - 5 godina
 5 - 10 godina
 10 - 15 godina
 preko 15 godina

49. **Zbog kojeg razloga ste se vratili?**
-

50. **Radite li u istoj kategoriji ustanove kao i prije odlaska?**
Odaberite sve točne odgovore.

- da
 ne

51. **Radite li kod istog poslodavca kao i prije?**
Označite samo jedan oval.

da
 ne

52. **Ocijenite kvalitetu zdravstvene usluge u Hrvatskoj**
Označite samo jedan oval.

1 2 3 4 5
Nedovoljan Odličan

53. **Smatrate li da su zdravstvene usluge u Hrvatskoj prejeftine?**
Označite samo jedan oval.

1 2 3 4 5
U potpunosti se ne slažem U potpunosti se slažem

54. **Kako ocjenjujete općenito zdravstveni sustav u Hrvatskoj?**
Označite samo jedan oval.

1 2 3 4 5
Nedovoljan Odličan

Omogućuje
 Google Forms

BIOGRAFIJA AUTORICE

Sanja Pešić rođena je 1984. godine u Osijeku. Nakon završene osnovne i srednje škole upisuje Ekonomski fakultet u Osijek gdje diplomira 2007. godine, smjer Financijski menadžment. Nakon diplome upisuje Poslijediplomski specijalistički studij „Poslovanje s Europskom unijom“ na Ekonomskom fakultetu u Rijeci gdje 2010. godine uspješno brani završni rad i stječe titulu univ.spec.oec.

Od 2007. do 2016. godine radi u bankarskom sektoru, te potom u Kliničkom bolničkom centru Osijek na radnom mjestu pomoćnika ravnatelja za financije. Od 2022. godine asistentica je na katedri za Interdisciplinarna područja na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo.

U svom znanstvenom radu opredijelila se za problematiku Europske unije, zdravstvenih sustava, migracije zdravstvenih djelatnika, financiranje zdravstva, odnosno općenito ekonomiku zdravstva. Na navedene teme objavila je sljedeće znanstvene radove:

1. Pešić, M., Pešić, S., Baban Bulat, M., (2018) *Free movement of workers; the case of health care workers migrating within EU*, Interdisciplinary Management Research IV, Opatija: University of Osijek, Pforzheim University, str. 969-982, zbornik radova, znanstveni rad na engleskom jeziku. ISSN 1847-0408
2. Pešić, S., Pešić, M., (2018) *Accession to the European Union and the impact on the movement of workers – the case of Croatia*, International conference „Public sphere between theory and artistic intervention“, Doctoral School of Josip Juraj Strossmayer of Osijek (Organizer), InterScArt – Center for interdisciplinary Research in Arts and Humanities – The Academy of Arts Osijek (Co-Organizer) str. 9-20., zbornik radova, znanstveni rad na engleskom jeziku. ISBN 978-953-8154-04-1.
3. Pešić, M., Pešić, S., (2019) *Croatian adjustment to the freedom of movement for workers and its effect in the period after accession to the European Union*, Manuscript ID: 8347, Pregledni znanstveni članak, Ekonomski vjesnik, Ekonomski fakultet u Osijeku, god. XXXII, br. 1/2019, str. 2009-2018 pregledni rad na engleskom jeziku. UDK: 342.737 (4-67/EU)
4. Pešić, S., Vinković, M., (2019) *Health Management: Case study of Clinical hospitals in Croatia*, Interdisciplinary Management Research XV, Opatija: University of Osijek, Pforzheim University, str. 327-342, zbornik radova, znanstveni rad na engleskom jeziku. ISSN 1847-0408

5. Pešić, S., Pešić, M., Zeko-Pivač, I.: (2021) *An inquiry into the socio-economic impact of COVID-19 to the free movement in the EU: healthcare sector in the spotlight*, Interdisciplinary Management Research XVII, Opatija: Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics in Osijek, Croatia, Postgraduate Doctoral Study Program in Management, Pforzheim University Business School, Germany, Croatian Academy of Science and Arts, str. 1366-1381, zbornik radova, znanstveni rad na engleskom jeziku. ISSN 1847-0408
6. Pešić, S., Pešić, M., Zeko-Pivač, I.: (2022) *Possibilities of lean management in the healthcare sector of the EU – Croatia in the spotlight*, Interdisciplinary Management Research XVIII, Opatija: Faculty of Economics in Osijek, Postgraduate Study Management, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Croatia, Hochschule Pforzheim University, Germany, Croatian Academy of Science and Arts, str. 782-797, zbornik radova, znanstveni rad na engleskom jeziku. ISSN 1847-0408

Udana je i majka je dvoje djece.