

Situace mladých lékařů

Závěrečná zpráva z výzkumu



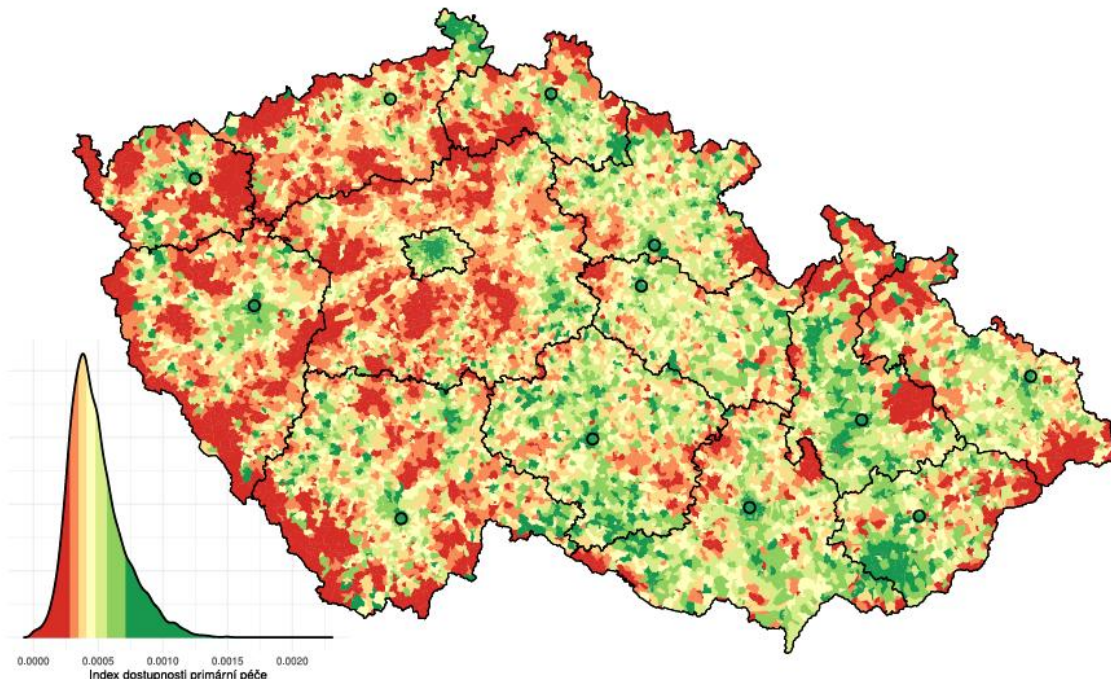
Situace a cíle výzkumu

Muž narozený v Praze má dnes naději dožití 79 let, ale muž v Ústeckém kraji jen 75 let (ČSÚ 2025). Mezi klíčové faktory nepatří pouze sociodemografie a životní styl, ale také dostupnost zdravotní péče. Předčasná úmrtnost se v Česku zásadně liší (Hulíková Tesárková 2024) a koncentruje se do oblastí s horší dostupností zdravotní péče.

Překážkou není celkový počet lékařů, s průměrem 4,2 lékaře na 1 000 obyvatel se Česko blíží průměru EU, který je 4,3 lékaře na 1000 obyvatel (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2025: 8). Hlavním problémem je rozmístění a věk lékařů (Ladislav Dušek in Hobzová 2025). Ve výsledku tak nemělo například ke konci roku 2024 registrujícího praktika až 554 tisíc pojištěnců (MZD 2025).

Cílem výzkumu je proto zmapovat, co mladým lékařům brání, aby z velkých měst a center odcházeli pracovat do menších měst a periferních ambulancí. Zmapovány jsou konkrétní překážky, motivace k odchodu nebo setrvání a jaká opatření veřejné správy by lékaři uvítali.

Dostupnost primární péče praktických lékařů pro dospělé v Česku (2024)



Zdroj: Mikula et al. 2024

Přístup NMS k výzkumu

Výzkum vznikl kombinací kvalitativních a kvantitativních metod, aby dobře zohlednil specifický pohled dnešních mladých lékařů. Kvalitativní část lépe popisuje motivace a uvažování lékařů, zatímco kvantitativní část měří, které hrají větší roli.

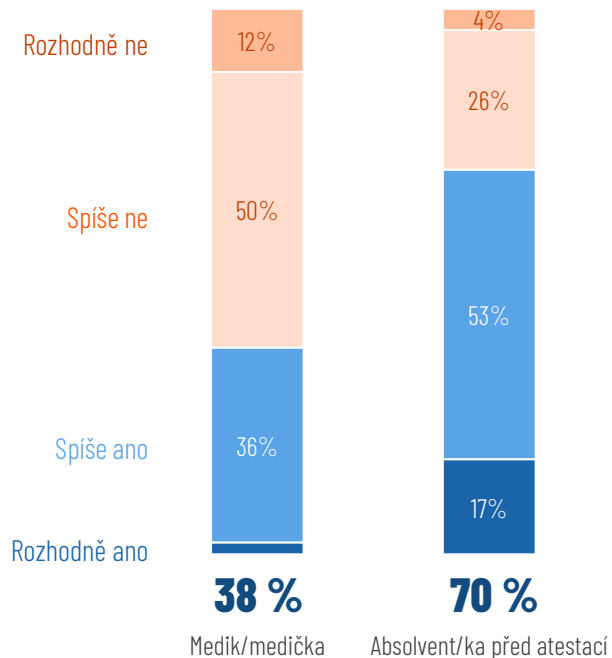


Hlavní zjištění

Přípravenost na praxi

Medici se na praxi **necítí připraveni**

Pocit připravenosti na praxi



Pozorujeme **podstatné rozdíly** mezi jednotlivými lékařskými fakultami **Univerzity Karlovy**. Zatímco studenti a absolventi 3. a 2. LF jsou v Česku na špičce subjektivně vnímané připravenosti, studenti 1. LF jsou na posledním místě.

„Absolvent medicíny, když ho někam vypustíte, aby šel léčit, tak to prostě skončí neštěstím, když nebude hlídáný.“ Lékař před atestací

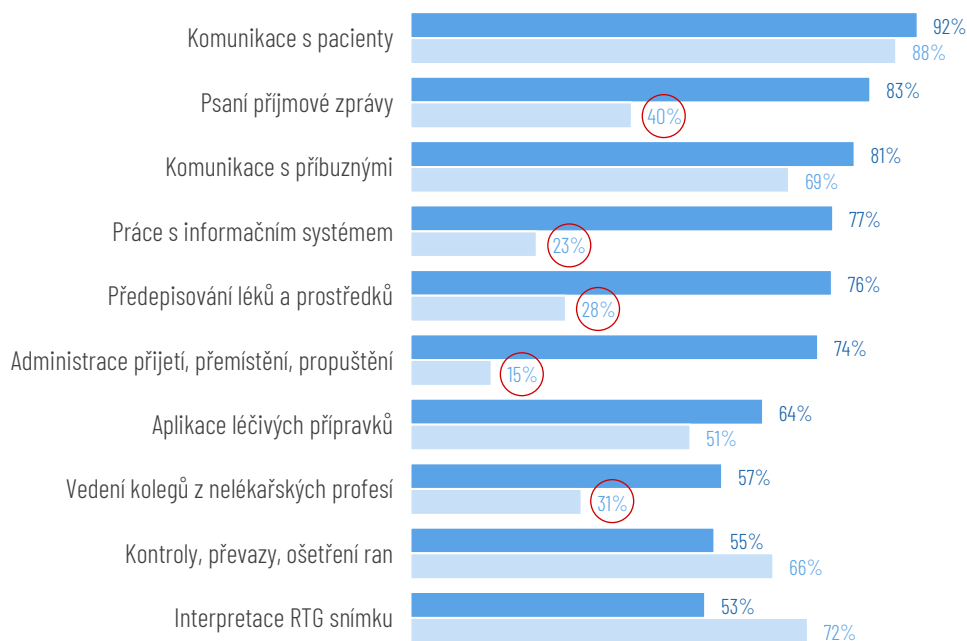
„Máte teoretickou znalost. Víte, jak poznat dehydrataci, víte zhruba, co za léčiva máte dát. Ale nevíte, jestli se to dává do žíly, nebo tabletkou, jak dlouho se to kape. Jak technicky zařídit, aby se to, co máte v hlavě, reálně s tím pacientem stalo, na to vás nikdo nepřipravuje.“ Lékařka před atestací

„Přišlo mi to jako propastný rozdíl, jako by nás tam hodili. Všechno jsem se musela učit od nuly. Bylo to drsné nebo nedostatečné.“ Lékařka po atestaci

Medici pociťují deficit hlavně u **administrativních úkonů**

Pocit připravenosti na jednotlivé oblasti klinické praxe

Rozhodně + spíše ano ■ Absolvent/ka před atestací ■ Medik/medička



Porovnání rozdílů v připravenosti u konkrétních oblastí mezi mediky a absolventy ukazuje, že při vzdělání mediků je největší deficit **zejména v oblasti administrativních úkonů**: napsat příjmovou zprávu zvládnou jen 4 z 10 mediků. S informačním systémem si poradí jen čtvrtina (23 %) a administraci či propouštění pacientů méně než šestina (15 %). Jde o dlouhodobou slabinu českého vzdělávání identifikovanou například již v roce 2022 (viz Šlegerová et al. 2023: 6).

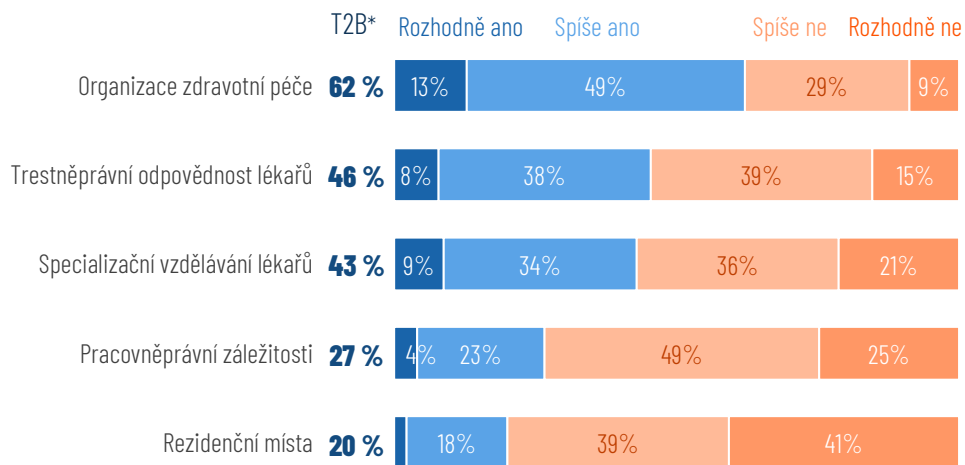
„Nikdo nechápe ten objem administrativy, kterým jsme zatíženi. Člověk dělá víceméně sekretářskou práci, spoustu času, místo aby se mohl věnovat pacientovi.“ Lékařka před atestací

Specifickou oblastí je pak aplikovaná farmakologie, kde se komfortně cítí jen 28 % mediků. Vedení kolegů z nelékařských profesí jich zvládá jen 31 %.

„Práce se sestrami, které jsou starší než vy, ale hierarchicky jste vy výš, i když v tu chvíli toho nevíte víc, to je soft skill, který se dá naučit, ale nikdo vás nepřipraví, že to je taky potřeba.“ Lékařka před atestací

Studenti cítí **všeobecný nedostatek informací**

Dostatečnost informací získaných během studia



* T2B = součet možností rozhodně ano + spíše ano

Mezi mediky je nejlepší informovanost o obecné organizaci zdravotní péče v Česku (62 %). Nejméně naopak ví o svých budoucích kariérních možnostech a informační kanály jsou zde spíše neformální. **Informační bariéra pro mediky je tak značná.**

„Jak si začít hledat práci nebo jak fungovat, mít ordinaci, to vůbec. Ty informace člověk získává spíš od starších spolužáků nebo od mladších doktorů.“ Medička

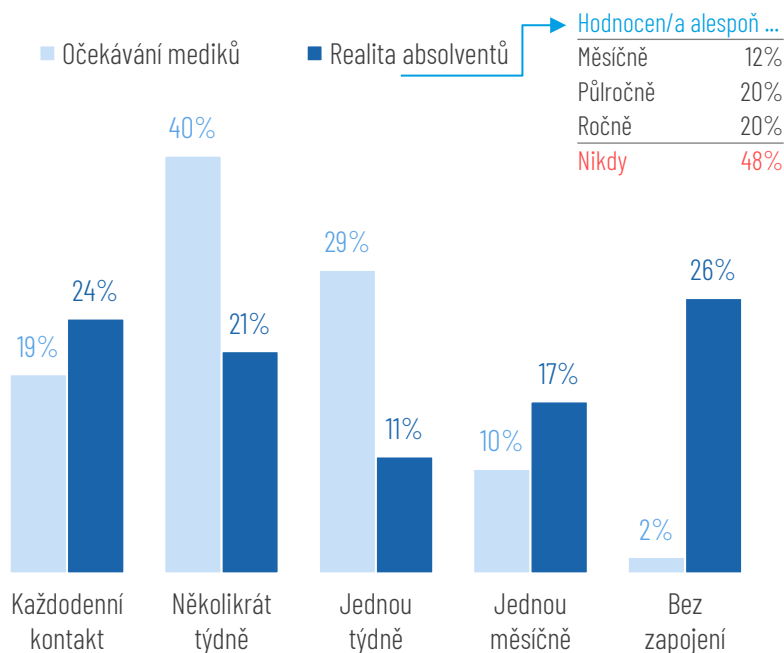
„K tomu jsme se vůbec nedostali. Všechno jsem si zjišťovala sama. Chyběl nám obecný předmět. Vlastně dokončíte školu a máte najednou posílat životopisy.“ Medička

„Já jsem to čekal, právě protože jsem z lékařské rodiny, takže jsem trochu věděl, do čeho jdu. Moje žena, ta až do čtvrtého pátého ročníku nevěděla, že se slouží noční služby. Měla větší šok.“ Lékař po atestaci

Specializační vzdělávání

Očekávání mediků se v praxi nepotkají s realitou

Frekvence zapojení školitele



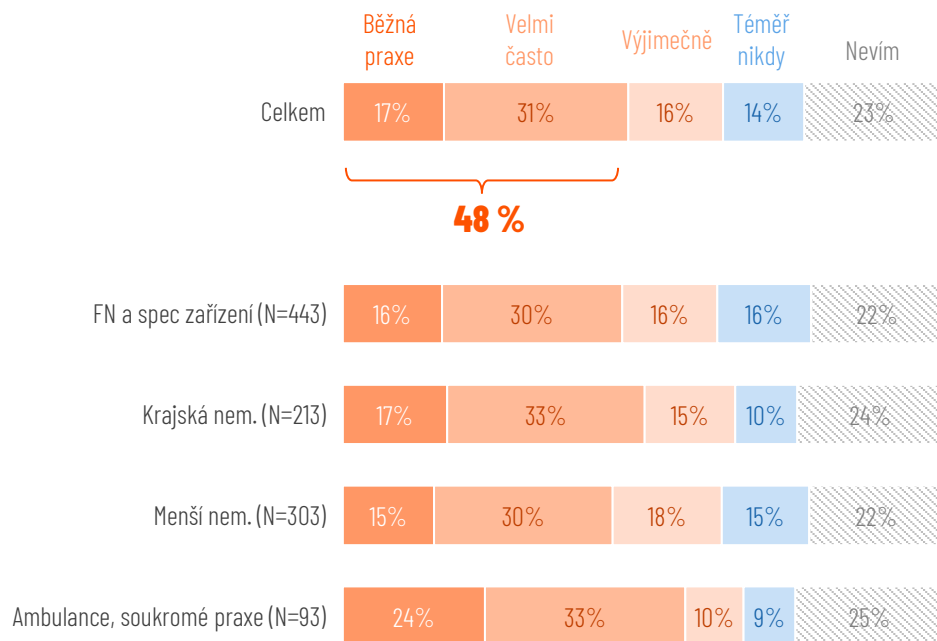
U specializačního vzdělávání je **jasný rozdíl** mezi očekáváním mediků a praxí absolventů. Frekvence zapojení školitele je podstatně nižší, než medicí očekávají. Alespoň jednou týdně by ale kontakt očekávalo 88 % z nich. V praxi tomu tak je ale jen v 56 % případů.

Jde zřejmě o dlouhodobý trend v Českém zdravotnictví potvrzený předchozími výzkumy. Například průzkum Lékaři 2022 ukázal, že pro 26 % lékařů (do deseti let od konce studia) byl školitel nedostupný a 14 % ho dokonce neznalo (Michenka, Šlegerová 2023: 19).

Podmínky se ale podstatně liší dle typu pracoviště. Zatímco ve fakultní nemocnici působí 29 % lékařů bez zapojení školitele, tak u menších nemocnic jde pouze o 19 % a u ambulancí o 18 %.

Polovina absolventů má větší zkušenost s fiktivními zápisy

Fiktivní zápisy v logbooku



Polovina lékařů (48 %) se domnívá, že fiktivní zápisy v logbooku jsou častou praxí. Čtvrtina (23 %) pak situaci nedokáže posoudit. Že taková situace nenastává téměř nikdy říká jen minimum lékařů (14 %). Jedná se tedy o systémový problém.

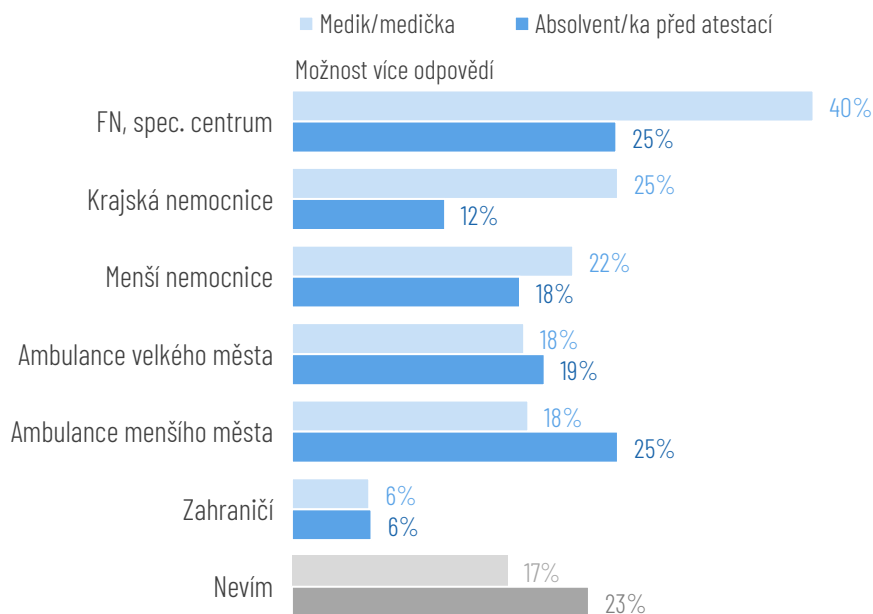
„Bohužel se podvádí strašně často. Třeba primář napíše, že poslal doktora na stáž, a ve skutečnosti ho neposlal. Systém se tváří, že má nějakou strukturu, že něco běží, ale je to úplně nahodilé. Je to o tom, na jaké lidi člověk narazí.“ Lékařka po atestaci

„Ta kolečka se strašně často podváděla, že se to podepisovalo, že tam člověk byl, a ve skutečnosti tam nebyl. Takže teď oni vlastně to podvádění zoficiálníli a kolečka před kmenem už nejsou povinná.“ Lékař před atestací

Práce po atestaci

Medici chtějí hlavně **do velkých nemocnic**

Pracovní destinace po atestaci



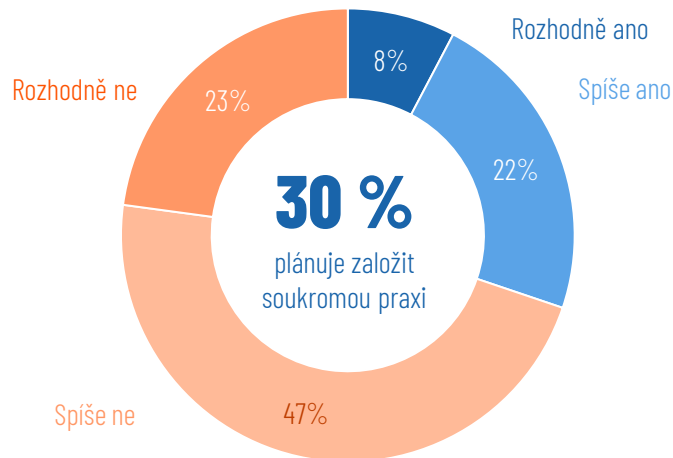
Preference mediků a absolventů před atestací ohledně budoucího zaměstnání se **značně liší**. Praxe snižuje zájem o velká centra (-15 p. b. u FN a -13 p. b. u krajských nemocnic). Naopak oproti medikům absolventi před atestací následně preferují ambulance v menším městě. Podstatná část mladých lékařů pak nemá úplně jasno, což může být způsobeno zejména informačním deficitem (viz [předchozí slide](#)).

„Ve fakultce to je spíš: važte si toho, že jsme vás sem vzali, teď si to místo musíte zasloužit a nebudeme vám s tím nijak extra pomáhat. Ale jsou tam zase ta největší jména, od kterých se dá učit, a nejsložitější pacienti.“ Medikčka

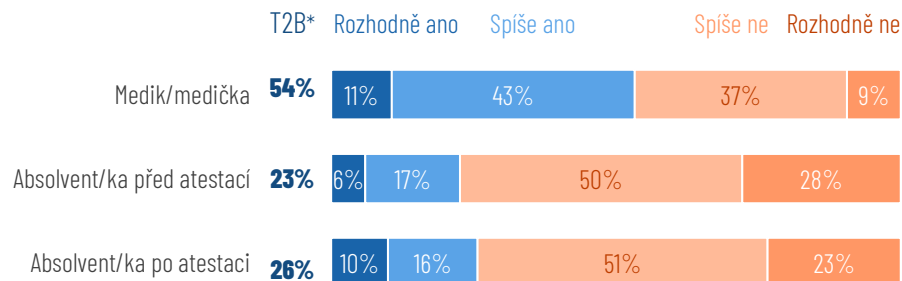
„Ve fakultní nemocnici jste odborník na palec u nohy a sto let neděláte nic jiného, protože na všechno je nějaký docent, profesor, minimálně PhD. Tam by mi dávalo smysl směřovat až s atestací, už v kariéře nějak ukotvená.“ Lékařka před atestací

Polovina mediků sní o soukromé praxi, ale brzy vystřízliví

Plánujete si založit soukromou praxi?



Podle aktuálního stavu studia



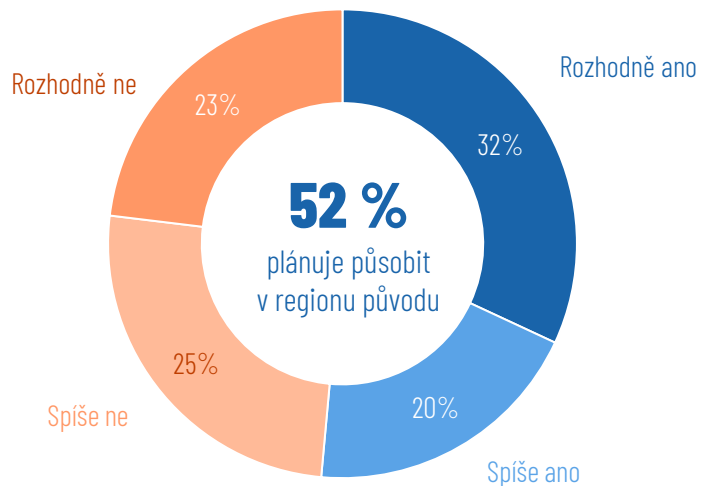
V Česku dlouhodobě klesá počet soukromých lékařů. Mezi důvody může patřit kombinace rostoucího ekonomického tlaku v kombinaci s podnikatelským rizikem, které zejména během plánování rodičovství snižují atraktivitu soukromé praxe.

Výsledky této studie také ukazují **zásadní rozdíl při plánování soukromé praxe mezi mediky a absolventy**, kdy u absolventů dochází k poklesu na více než polovinu. Specializační vzdělávání jde totiž často ruku v ruce se zakládáním rodiny.

Regionální migrace lékařů

Polovina mladých lékařů plánuje působit **tam, kde vyrůstali**

Plánujete působit v regionu původu?



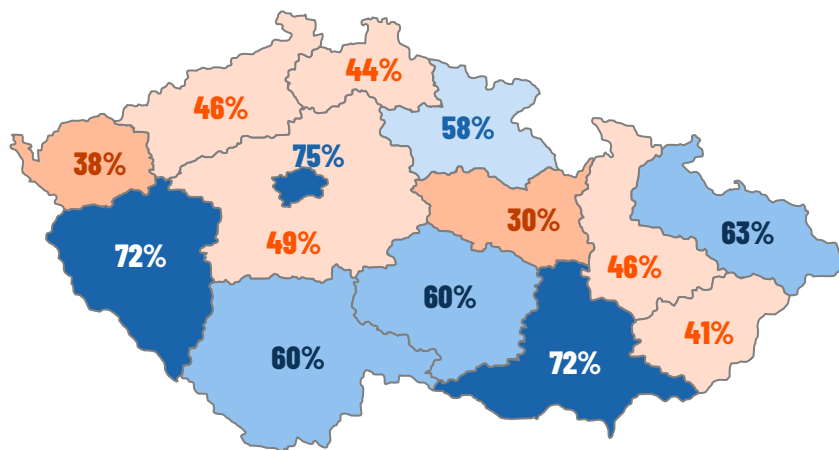
Více než polovina mladých lékařů a lékařek plánuje působit v regionu svého původu, jednoznačně rozhodnutých je ale jen 32 %. Na druhou stranu 48 % by tam působit neplánovalo, 23 % si je tím dokonce rozhodně jisto.

Klíčovým faktorem bude zřejmě region původu studentů lékařských fakult. Ten v kombinaci s nastavením specializačního vzdělávání v ČR, které lékaře směřuje do velkých center zásadně ovlivňuje konečnou geografickou distribuci.

„Do Olomouce jsem dojížděla, to celkem šlo. V rehabilitaci nebo v geriatрии to bylo o dost horší a dojíždění bylo o hodně víc a ten region mi přišel jako dost velká překážka atestace. Přestože geriatría je strašně důležitá a právě v regionech by měla být.“ Lékařka po atestaci

Tři čtvrtiny „svých“ lékařů si udrží Praha, Brno a Plzeň

Pracuje / plánuje pracovat ve svém kraji



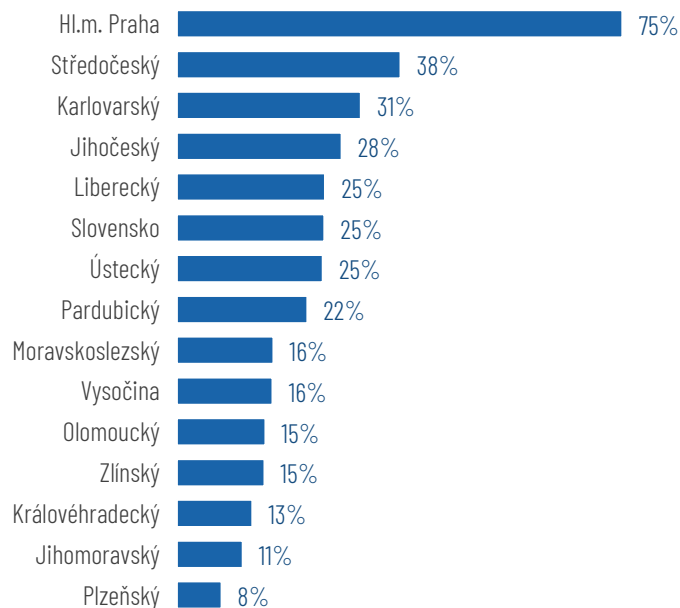
(procento mladých lékařů z daného kraje)

Kraje s vlastní lékařskou fakultou si udrží nejvíc svých mladých lékařů a lékařek – Praha, Plzeňský a Jihomoravský kraj se pohybují kolem tří čtvrtin. Na opačném pólu klesá u periferních regionů retence až téměř k jedné třetině.

Rozdíl mezi nejsilnějším a nejslabším krajem je tak zhruba dvou a půl násobný. V kombinaci s velikostí místa bydliště tak hrozí vznik lékařských pouští, tedy geografických oblastí s omezenou dostupností lékařské péče.

Do Prahy to táhne nejvíce ty ze Středočeského kraje

Plánované migrace do Prahy

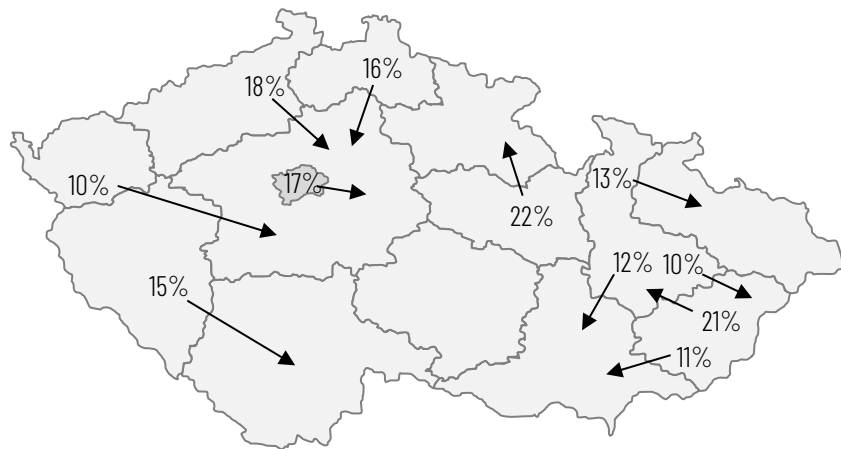


Čísla ukazují, kolik rodáků a rodaček z daného kraje míří po škole právě do Prahy. **Nejvíc svých lidí takto ztrácí blízký Středočeský kraj (38 %).** Dále už to nemusí být jen o vzdálenosti. **Rodáci z Karlovarského (31 %) a Ústeckého kraje (25 %) míří do Prahy výrazně více než rodáci ze sousedního Plzeňského kraje (8 %),** který má fakultní nemocnici. Právě tři kraje s nejnižším odchodem svých rodáků do Prahy, tedy Plzeňský, Jihomoravský (11 %) a Královéhradecký (13 %), mají všechny vlastní lékařskou fakultu.

„V mém regionu je pro mě jako pro neatestovanou doktorku využití jenom v Plzni. Nemám vůbec žádnou motivaci se tam přesouvat a nemůžu o tom ani uvažovat, protože ty možnosti v mém oboru tam nejsou.“ Lékařka před atestací

Mladé lékaře to táhne **hlavně do Prahy**

Nejčastější směry migrace do jiného kraje



zobrazeny „migrace“ o síle alespoň 10%
(procento mladých lékařů z daného regionu)

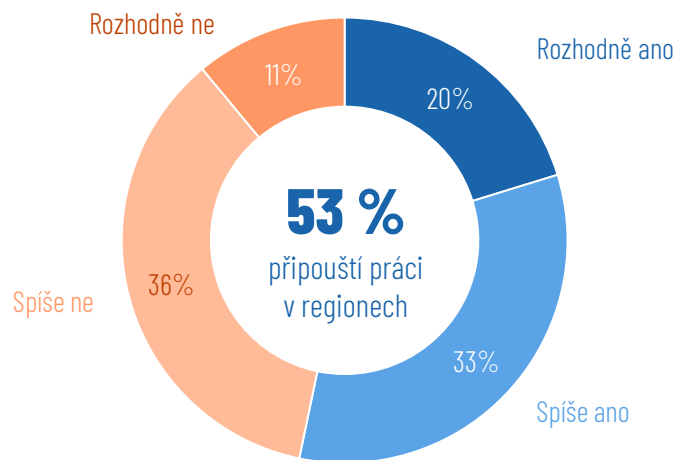
Nejvíce lidí ve prospěch Prahy ztrácí Středočeský kraj (38 %). Dále už to nemusí být jen o vzdálenosti. Rodáci z Karlovarského (31 %) a Ústeckého kraje (25 %) míří do Prahy výrazně více než rodáci ze sousedního Plzeňského kraje (8 %),

Silnější je směr z kraje bez vlastní fakulty do sousedního kraje, který ji má. Nejvýrazněji je to vidět u Pardubického kraje, ze kterého do Královéhradeckého odchází 22 % mladých lékařů a lékařek.

Práce v regionech

Polovina mladých lékařů počítá s **prací v regionech**

Plánujete pracovat v regionech?



Nadpoloviční většina mladých lékařů a lékařek připouští, že by mohla v budoucnu pracovat v regionech, jednoznačně pro je ale jen pětina. Na druhou stranu 47 % by v regionu pracovat nechtělo, 11 % si je tím dokonce rozhodně jisto.

Pro dostupnost českého zdravotnictví je důležité, že mezi lékaři existuje velká skupina, která práci v regionech nejen neodmítá, ale výhledově plánuje. Otázkou zůstává, co mladí lékaři a medicí vnímají jako regionální a co již jako periferní pracoviště.

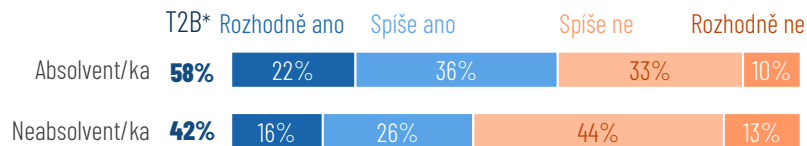
„Kdyby mi na škole nabídli třeba v Liberci, že mají nějaký strukturální program, tak bych vůbec nevnímám, že Liberec je horší než Praha.“ Lékař před atestací

„Slovo periferie neberu jako hanlivé. Pro mě jsou fakultky centrum a všechno ostatní periferie, i nemocnice kolem Prahy, jako Příbram, Kladno.“ Lékařka po atestaci

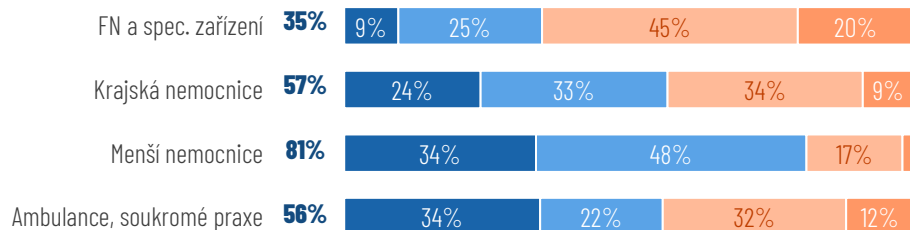
Kdo se **specializuje ve FN**, spíše do **regionů nepůjde**

Plánujete pracovat v regionech?

Podle absolvování stáže v regionech



Podle místa specializačního vzdělávání



* T2B = součet možností rozhodně ano + spíše ano

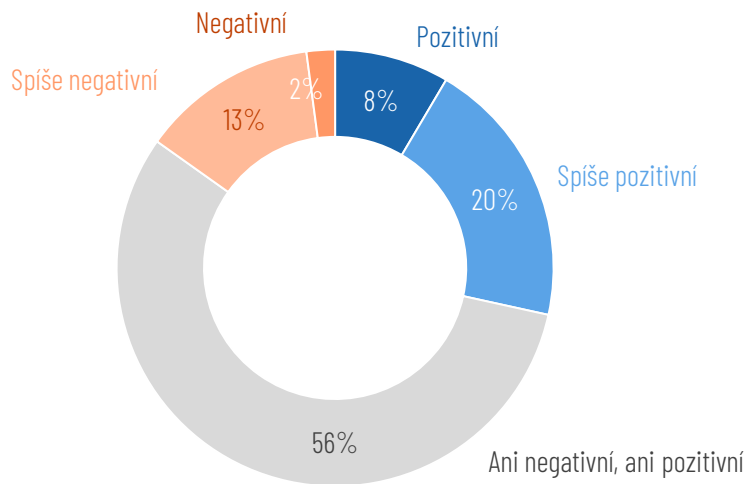
Zkušenost s regionem posiluje ochotu se do něj vrátet. Až 58 % absolventů stáže v regionální nemocnici následně plánuje v regionech pracovat. Mezi lékaři a mediky bez zkušenosti je to jen 42 %.

Ještě výrazněji ale působí místo specializačního vzdělávání. Lékaři a lékařky, kteří atestaci alespoň částečně dělají v menší nemocnici, plánují zůstat v regionu v 81 % případů, v krajské nemocnici v 57 %. Naopak specializace ve fakultní nemocnici s regionem prakticky nekoresponduje a ochotu k práci v regionu vyjadřuje jen 34 %, přičemž plná pětina (20 %) je rozhodně proti, nejvíc ze všech sledovaných skupin. **Místo specializační přípravy tak působí jako silnější prediktor budoucích plánů než absolvovaná stáž.**

„Lékaři ve fakultní nemocnici se berou, že jsou v uvozovkách něco víc. Když přijde někdo z regionu a oni jsou z fakultní nemocnice, tak to si klekneme.“
Lékařka po atestaci

Mladí lékaři **nemají** na práci v regionech **vyhraněné představy**

Obraz práce v regionech



15 %

si pod představou práce ve středním městě či periferní ambulanci představí něco **negativního**

28 %

si pod představou práce ve středním městě či periferní ambulanci představí něco **pozitivního**

Naprostá většina mladých lékařů a lékařek (56 %) si o práci v regionu nevytvořila žádnou konkrétní představu, ani pozitivní, ani negativní. Mezi těmi, kteří mají jasněji ale převažuje pozitivní obraz (28 %) nad negativním. **Chybějící informace jsou tak zjevně větší bariérou než vyhraněný odpor.** Většina mediků a lékařů pak může mít zkreslené představy.

„Na vesnici jsou taková víc vděční, panu doktorovi nosili třeba med. Kdežto ve městě mi někdy přijde, že to berou až moc automaticky a spíš na vás podají žalobu.“ Medička

Největší obavy v regionech budí **omezení profesního růstu**

Bariéry vůči práci v regionech



2% respondentů **žádnou bariéru** nepocítují, **11%** ji nedovede zformulovat.

Obavy z regionu se točí především kolem profesní perspektivy. Omezení profesního růstu je nejčastěji zmiňovaným faktorem, ve 36 % případů. Stejnou logiku sleduje i obava ze zúžení odborného zaměření, která vyjadřuje i menší spektrum diagnóz a pacientů (18 %).

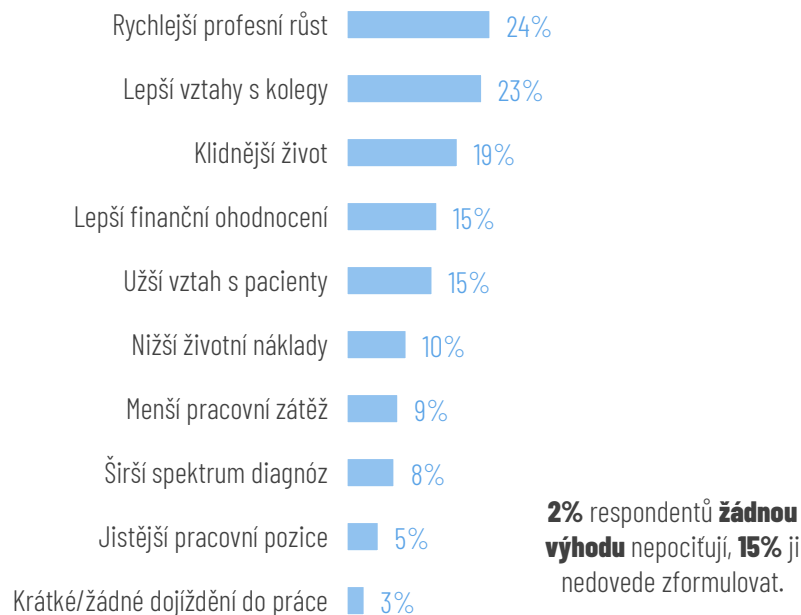
Naproti tomu méně respondenti zdůrazňují životní náklady přesunu jako bydlení, ztráta sociálních vazeb nebo uplatnění partnera. Finanční ohodnocení skončilo až na osmém místě z devíti bariér (10 %).

V regionech nejsou všechny odbornosti, a tím pádem musí dojíždět na atestační kolečka. Může to být strašný problém. Člověk si na to bere volno, nebo si to musí platit. Lékař před atestací

„Pokud mají větší ctižádost a chtějí publikovat, akademicky se posunout, tak to na periferii moc dobře nejde. Zkrátka nemáte za sebou vůbec nic a musel byste publikovat na vlastní triko.“ Lékař, po atestaci

Čtvrtina naopak věří, že **v regionech poroste rychleji**

Výhody práce v regionech



Profesní růst je z hlediska výhod a bariér nejrozporuplnější téma. Pro velkou část lékařů je region bariérou pro rozvoj kariéry (36 % viz [předchozí slide](#)). Pro část (24 %) je ale práce v regionu kariérní výhodou a nabízí rychlejší profesní růst.

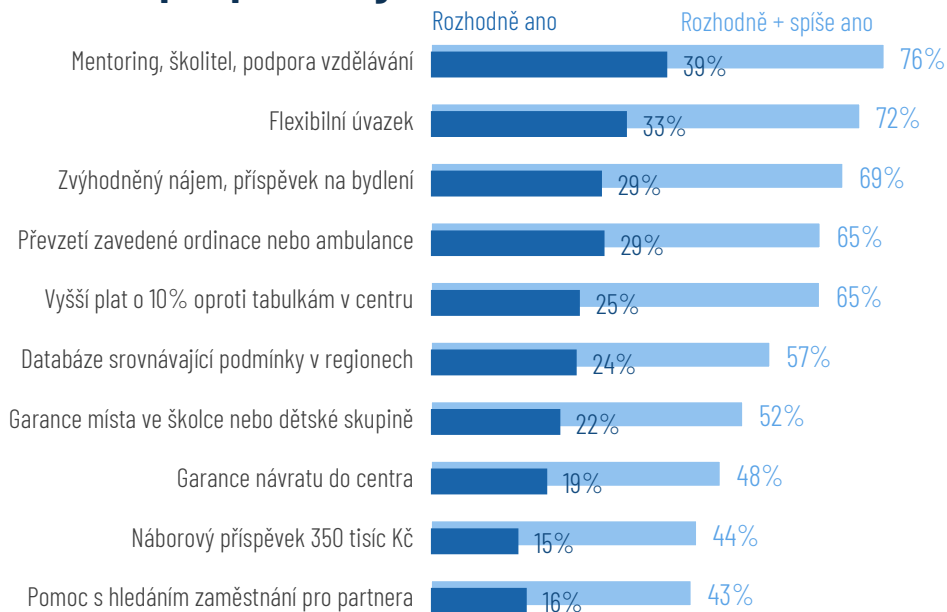
„Kariérní růst je tam takový, že se člověk může dříve dostat k vedoucím pozicím, pokud je tam menší kolektiv.“ Lékařka po atestaci

Celkem 23 % respondentů pak zmiňuje lepší vztahy s kolegy. **Sociální rozměr regionu je tedy vnímán pozitivně.** Lepší finanční ohodnocení jako možnou výhodu zmiňuje pouze 15 % mladých lékařů a mediků.

„Můj hlavní předpoklad bylo, že to hrozně záleží na lidech, na primáři, který je schopný udělat ostrůvek pozitivní deviace i na místě, kde to jinde nefunguje. A toho jsem našla, takže jsem si podle něj vybrala obor.“ Lékařka před atestací

Podpora **vzdělávání** může být **silným tahounem do regionů**

Podpora práce v regionech



4% respondentů uvádějí, že by je **nepřimělo žádné** z uvedených opatření.

Obava z profesní stagnace je hlavní bariérou práce v regionech (viz [slide bariér](#)). I proto je pro 76 % lékařů a mediků nejlákavějším opatřením podpora profesního růstu jako mentoring, školitel a podpora vzdělávání. Ta je těsně následovaná flexibilním úvazkem (72 %).

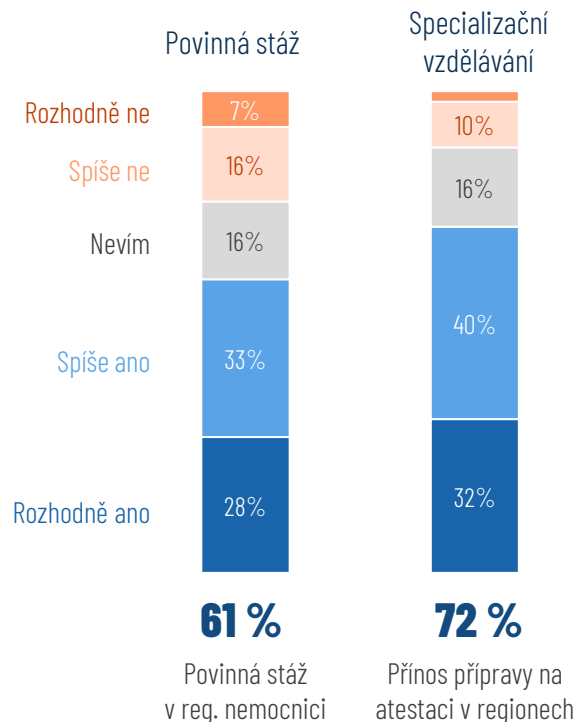
Motivací tedy nejsou čistě finanční opatření, ke kterým obce a kraje sahají. Náborový příspěvek 350 tisíc Kč by přesvědčil jen 44 % respondentů a z finančních benefitů by v době krize bydlení ve velkých městech raději 69 % sáhlo po příspěvku na bydlení nebo zvýhodněném nájmu.

„Pro mě osobně je asi nejdůležitější ta verze s podporou než finanční benefit.“
Medik

„Nějaký symbolický nájem, to by asi šlo. [...] Nebo nevím, jak by se to dalo udělat s hypotékou, což by bylo možná i nejlepší, protože člověk se pak cítí víc vázaný k regionu.“ Lékařka po atestaci

Mladí lékaři **vzdělávání v regionech podporují**

Vzdělávání přímo v regionech



Možná i díky pozitivní osobní zkušenosti (viz [předchozí slide](#)) by povinnou stáž v regionální nemocnici podpořilo 61 % mladých lékařů. Proti by byla čtvrtina (23 %), rozhodně proti ale jen 7 %. Možnost připravit se na atestaci přímo v regionu vnímá jako přínos dokonce 72 %, a to s vyšším podílem jednoznačného souhlasu, kdy rozhodně ano odpovědělo 32 %.

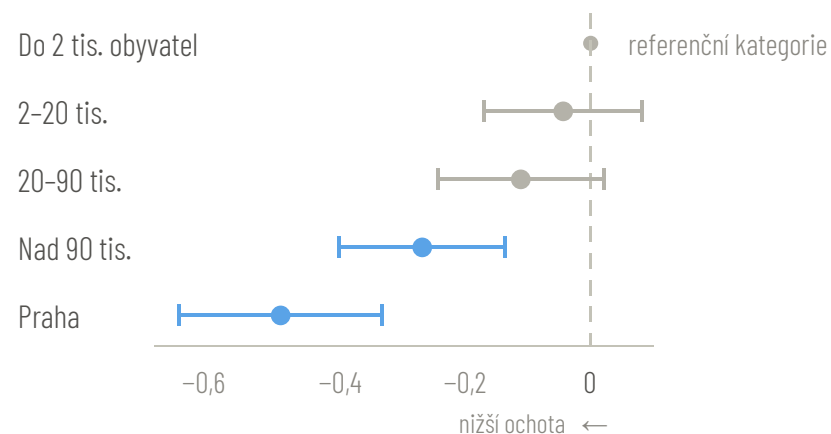
„V menších centrech se člověk dřív dostane k výkonům, k operacím, víc ho k tomu pustí. Zároveň ale ty operace jsou menší a všechno náročnější se posílá do fakulty.“ Medička

„V regionu jsme všestrannější. V centru vede specializace a někteří lékaři pak neuměli základní věci z obecné medicíny, protože už se hodně specializovali.“ Lékařka po atestaci

Faktory ovlivňující práci lékaře v regionech

Nejsilnějším prediktorem práce v regionech není opatření, ale **místo, odkud lékař pochází.**

Co ovlivňuje ochotu pracovat v regionu?



Kariérní směřování	Effekt (b)	95% CI	Významnost
Neplánuje soukromou praxi	ref.	-	-
Plánuje soukromou praxi	+0,10	0,05-0,16	p < 0,001

→ vyšší ochota

Lineární regrese, N = 1332, R² = 0,33.

Qo8: V jak velké obci jste vyrůstal/a? Závislá proměnná: plán pracovat v regionu (Q33/Q34).

Zobrazen je bodový odhad a 95% interval spolehlivosti.

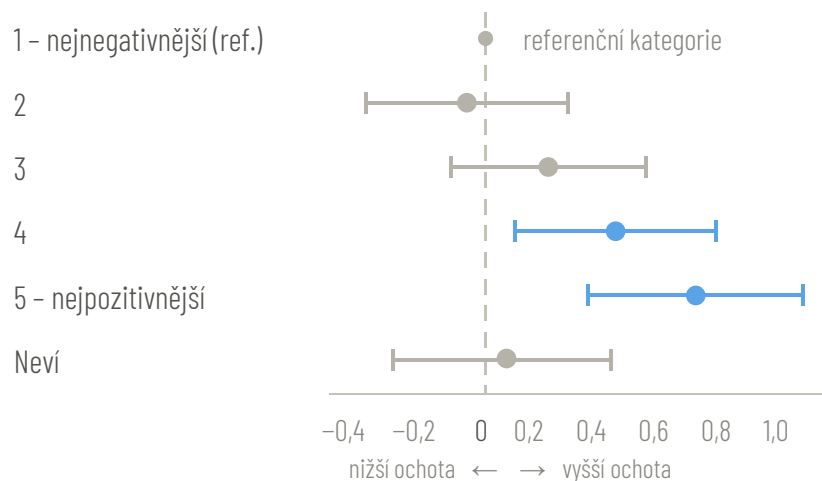
Ochota pracovat v regionu je z velké části dána původem, ne opatřeními. Nejsilnějším faktorem v celém modelu je velikost obce, ve které respondent vyrůstal. Dělicí čára neprobíhá mezi venkovem a městem, ale mezi velkými centry a vším ostatním: obce do devadesáti tisíc obyvatel se v lineárním modelu od těch nejmenších neodlišují, **zásadní rozdíl se otevírá až u velkých měst a zvlášť u Prahy.** Plán založit soukromou praxi pak ochotu pracovat v regionu zvyšuje, protože soukromé praxe se běžně otevírají mimo velká centra.

Kvalitativní část ukazuje, že u původu nejde o obecnou náklonnost k menšímu městu, ale o konkrétní vazby a zázemí, které v místě původu už existují. respondenti, kteří se hodlají vrátit, uvádějí jako důvod rodiče a rodinné zázemí, ne pracovní podmínky. Stejný vzorec najdeme i v Evropě, konkrétně v norském decentralizovaném modelu je pravděpodobnost pozdější práce v regionu vyšší u lékařů s venkovským původem a výběr studentů z regionálního prostředí patří k nejlépe podloženým opatřením vůbec (Straume, Shaw 2010). Pro ČLK z toho plyne, že neúčinnější je cílit na lékaře již před přijímacím řízením, ne po promoci.

Model zohledňuje (kontroluje) sadu základních sociodemografických charakteristik, aby zjištěné efekty klíčových faktorů – obrazu regionu, informovanosti, dopadu stáže, plánů soukromé praxe i jednotlivých pobídek – nebyly zkreslené odlišným složením vzorku. Konkrétně jde o fázi studia/kariéry (medik / lékař(ka) před atestací / po atestaci), věk, pohlaví, fakultu (9 lékařských fakult), počet dětí a to, zda je někdo z rodičů rovněž lékařem/lékařkou. Popsané efekty tak platí i po očištění o vliv těchto proměnných.

Ochota pracovat v regionu **roste s pozitivním obrazem regionální práce.**

Ochota pracovat v regionu podle obrazu regionální práce



Ochota pracovat v regionu roste teprve s jednoznačně pozitivním obrazem regionální práce. Mírně negativní až smíšené vnímání se od nejnegativnějšího pólu nijak neliší, významný rozdíl se objevuje až u jasně pozitivního vnímání.

Efekt je tedy prahový, nikoli lineární efekt. Až **vyhraněně pozitivní obraz reálně posouvá plán pracovat v regionu**, cokoliv mírnějšího na něj vliv nemá. Kdo nemá o regionální práci žádnou konkrétní představu, chová se stejně jako lidé s negativním vnímáním. Efekt platí nezávisle na původu, informovanosti i zkušenosti se stáží v regionální nemocnici, protože model tyto proměnné kontroluje.

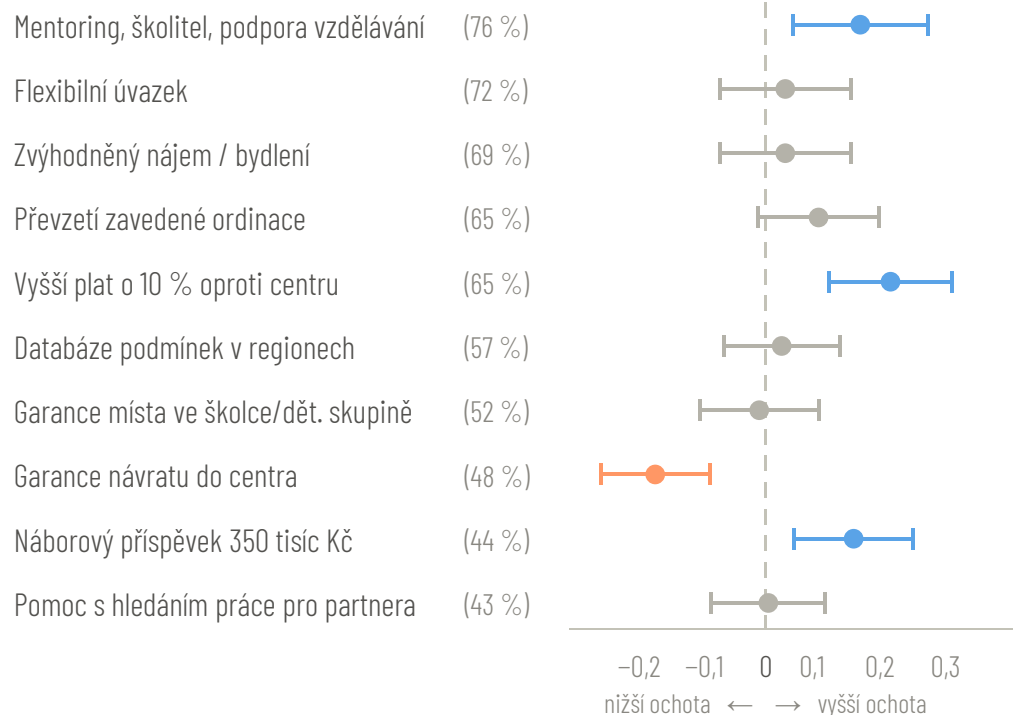
Nezávisle na tomto vnímání pak **působí i faktická informovanost o pracovních podmínkách v regionech**. Čím lépe je lékař informován, tím vyšší je jeho plán pracovat v regionu, a to i po zohlednění toho, jaký obraz o regionální práci má. Obraz a informovanost tedy nejsou totéž. Pozitivní vnímání samo o sobě nemusí stačit, pokud mu nesekunduje i věcná znalost podmínek.

Lineární regrese, $N = 1332$, $R^2 = 0,33$. nQ35: Co si představíte, když se řekne práce lékaře v malém/středním městě? Kategorie 1 = nejnegativnější až 5 = nejpozitivnější.
Závislá proměnná: plán pracovat v regionu (Q33/Q34).

Zobrazen je bodový odhad a 95% interval spolehlivosti.

Mentoring je jediné opatření, které je zároveň žádané a efektivní

Které pobídky skutečně rozlišují ochotu jít do regionu



Zobrazen je bodový odhad a 95% interval spolehlivosti.

Lineární regrese, $N = 1332$, $R^2 = 0,33$. Q41: Do jaké míry by vás následující opatření přesvědčila k práci v regionu? Škála 1–5 (vůbec by mě nepřesvědčilo – rozhodně by mě přesvědčilo). Procenta v závorce = samostatná otázka na oblibu opatření ([slide](#)), rozdílný úhel měření.

Jediné opatření, které je zároveň nejžádanější a zároveň skutečně souvisí s vyšší ochotou jít do regionu, je mentoring a podpora vzdělávání (76 %). Mezi deseti testovanými opatřeními jde o výjimečnou kombinaci popularity a reálné diskriminační síly.

Flexibilní úvazek (72 %) a zvýhodněný nájem/bydlení (69 %) jsou naopak nejžádanější opatření, ale jejich efekt v modelu není statisticky významný. Jde spíše o obecné přijetí opatření, na skutečný záměr odejít do regionu vliv nemá.

Přesně opačně to platí pro vyšší plat o 10 % (65 %) a náborový příspěvek 350 tisíc Kč (44 %). Plat má ze všech deseti opatření nejsilnější pozitivní vztah k plánu pracovat v regionu, přestože v žebříčku oblby je až pátý, a náborový příspěvek je z kladně působících opatření nejméně oblíbený. Jediné opatření s obráceným vztahem je garance návratu do centra, které lékaře naopak odrazuje.

Střední vzdělávání jako klíčová bariéra dostupnosti zdravotnictví v regionech

komentář Daniela Prokopa (PAQ Research, bývalý člen NERV)

Na lékařské fakulty se dostávají **prakticky jen gymnazisté.**

A to i díky lepší přípravě na zkoušky

Typ školy	Podíl na přihlášených	Podíl na přijatých	Úspěšnost přijetí
Gymnázia	84,6%	96,8%	16%
Lycea (zdravotní, technická aj.)	6,5%	2,5%	47%
Praktická sestra	3,4%	0,2%	4%
Všechny ostatní SŠ	5,6%	0,5%	3%

Pozn: Jde o počty studentů, nikoli přihlášek. Studenti se hlásí většinou na více lékařských fakult. 41 % se dostane aspoň na jednu z nich. Úspěšnost na jednotlivých fakultách je ale často nižší. Sloupce „Podíl na přihlášených“ a „na přijatých“ ukazují zastoupení typu školy v obou skupinách (v každém sloupci dohromady 100 %) – „Úspěšnost přijetí“ je nezávislý ukazatel: podíl uchazečů z dané školy, kteří byli přijati.

85 % středoškoláků, kteří se ucházejí o studium medicíny či zubařství, tvoří gymnazisté (3370 z 3985 přihlášených v roce 2025). **Gymnazisté jsou ale zároveň výrazně úspěšnější v přijímacích zkouškách, takže tvoří 97 % přijatých na lékařské fakulty.**

Další minoritní část jsou studenti druhého proudu všeobecných středních škol – tedy lyceí (2,5 % přijatých). Zbytek škol je z hlediska vstupu na lékařské fakulty zcela zanedbatelný. Jeho absolventi mají navíc **tak špatnou úspěšnost u přijímacích zkoušek, že i kdyby se znásobily jejich aspirace** – na lékařské fakulty by se hlásilo mnohem více absolventů oborů praktická sestra či dalších SOŠ – **tak by to na struktuře přijatých nic zásadního nezměnilo.**

Analýzy PAQ Research přitom ukazují, že nejde pouze o to, že na gymnázia chodí studenti s lepšími předpoklady a proto se dostanou i lékařské fakulty. Když porovnáme střední odborné školy a gymnázia, na které se bylo stejně těžké dostat (podobná struktura CERMAT testů), gymnazisté mají výrazně lepší úspěšnost v přechodu na kvalitní VŠ jako lékařské fakulty. **Jde tedy i o to, že gymnázia srovnatelné žáky mnohem lépe připraví v matematice, biologii, chemii a dalších všeobecných předmětech.**

V některých okresech **chodí na gymnázia jen 10 %** **středoškoláků**

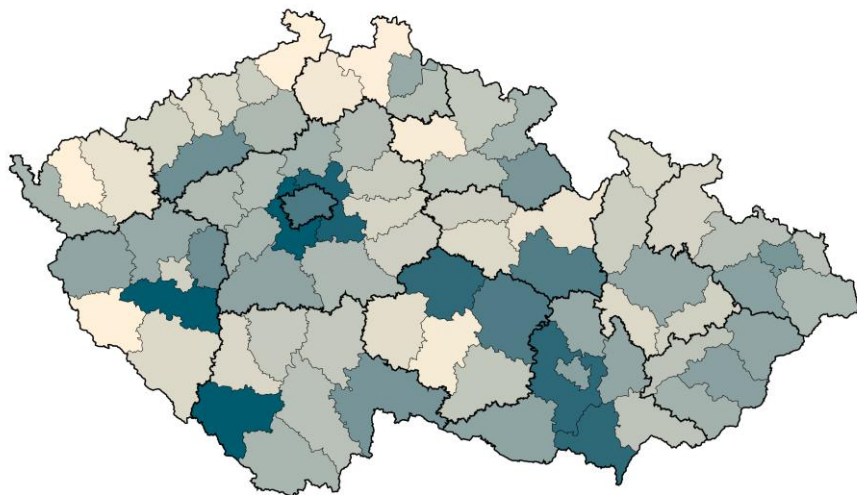
Podíl přijatých na gymnázia a lycea ze všech přijatých na SŠ (včetně víceletých gymnázií) (2024) po okresech

paq

Podíl přijatých na gymnázia a lycea ze všech přijatých na SŠ (včetně víceletých gymnázií) (2024)

<16 % 24 32 >40 %

Průměr ČR: 25,8 %



Zdroj dat: CERMAT

Mapové podklady od ČÚZK licencovány pod CC BY 4.0

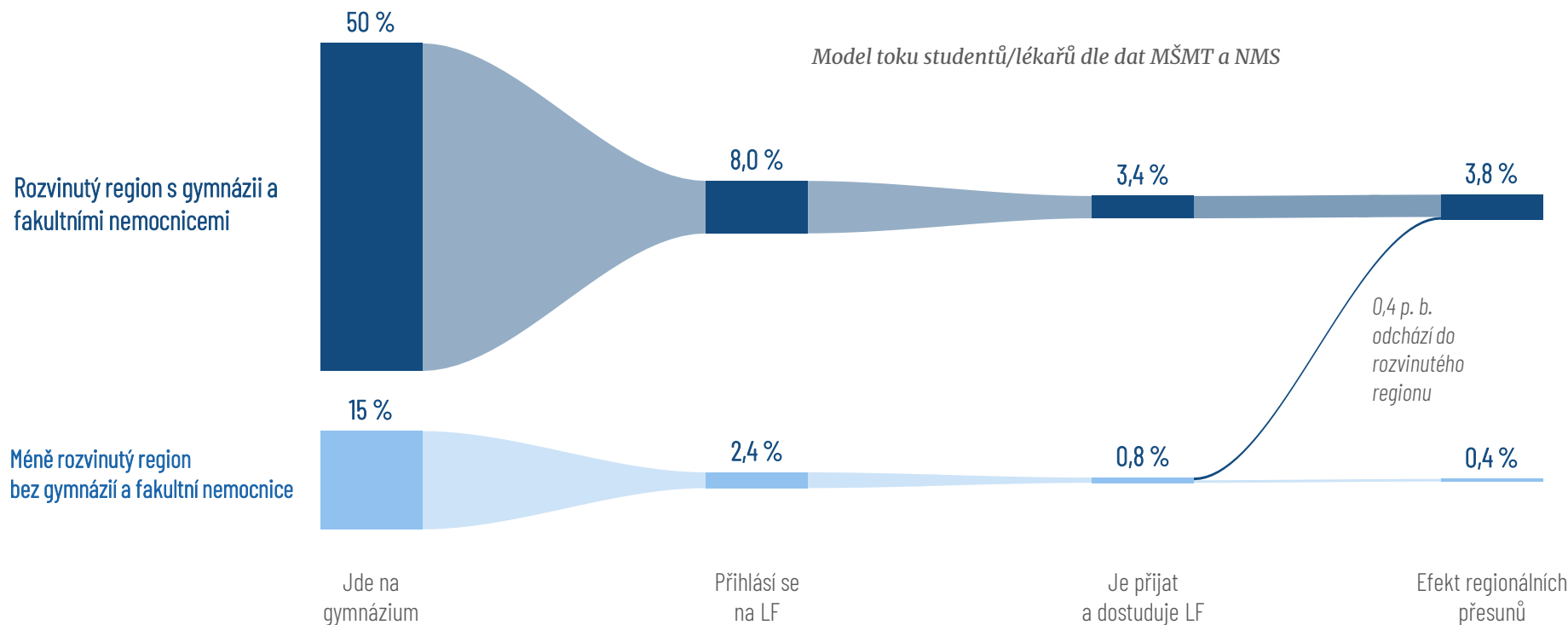
Vytvořeno v DataPAQ od PAQ Research, licence CC BY-NC 4.0

Hlavní „úzké hrdlo“ a důvod nedostupnosti lékařů v řadě regionů je tedy již struktura střední školství. V některých okresech totiž chodí na gymnázia přes 40 % středoškoláků (Praha-Západ, Plzeň-Jih, Prachovice, atd.). V jiných jen okolo 15 % (Sokolov, Domažlice, Děčín, Liberec, Jičín, Jihlava, Česká Lípa)

Jen v omezené míře přitom vstup na gymnázia souvisí s předpoklady žáků testovanými během základní školy (index sestavený z testů CERMAT a ČŠI v 5. a 9. třídě). Tyto výsledky vysvětlují jen [11 % rozptylu okresů ve vstupu na gymnázia](#)). Například v okresech Jihlava a Liberec jsou lepší či srovnatelné výsledky na ZŠ než v okresech Plzeň Jih a Prachovice a násobně nižší vstup na gymnázia. To zda děti studují či nestudují gymnázia je tak do velké míry výsledkem náhodného rozhodování krajů, kolik a kde je zřizovat.

V okresech s podobnou mírou připravenosti žáků [ZŠ závisí kapacity gymnázií a vstup na ně silně se socioekonomickou rozvinutostí regionu](#) (podoba trhu práce, vzdělání, příjmy atd.).

Nedostatek lékařů v regionech je výsledkem sady bariér, největší efekt má **malý počet studentů gymnázia**



Jak motivovat lékaře k práci v regionech?

Hlavní **doporučení**

1. Lepší SŠ vzdělávání v regionech
2. Specializační vzdělávání v regionech
3. Praxe v regionech během studia
4. Mentoring a informace jsou klíčové
5. Peníze nestačí

Původ je hlavním prediktorem návratu do regionu. Je mnohem jednodušší přitáhnout zpět rodáka, než nalákat lékaře z jiného regionu. Mezi jednotlivými okresy jsou ale zásadní rozdíly v počtu žáků na gymnáziích.

Je proto nutné vyrovnat počet absolventů gymnázií napříč Českou republikou. Na rozdíl od zakládání zdravotních lyceí může jít pro politickou reprezentaci o celkový rozvoj regionu. Jde o výhodnější investici. Nemá ale okamžitý dopad a politická reprezentace raději nabízí náborové příspěvky.

Hlavní **doporučení**

1. Lepší SŠ vzdělávání v regionech
2. Specializační vzdělávání v regionech
3. Praxe v regionech během studia
4. Mentoring a informace jsou klíčové
5. Peníze nestačí

Norsko otestovalo přímou intervenci na podporu dostupnější zdravotní péče ve svém nejsevernějším regionu. **Do periferních regionů přeneslo první část specializačního vzdělávání** s využitím skupinového vzdělávání, aby překonalo společenskou a profesní izolaci. Díky tomu **65 % lékařů zůstalo v regionu i po pěti letech** (Straume, Shaw 2010).

I v tomto případě původ doktorů mohl hrát efekt dále posilovat (Gaski, Abelsen 2017). V Českém případě by bylo nutné překonat centralizaci ve velkých centrech a kolem fakultních nemocnic. Jak připomínají Hlávka a kol. (2025: 13) většina rezidenčních míst a dostupných škoolitelů se v roce 2024 soustředili do krajských center.

Hlavní **doporučení**

1. Lepší SŠ vzdělávání v regionech
2. Specializační vzdělávání v regionech
3. Praxe v regionech během studia
4. Mentoring a informace jsou klíčové
5. Peníze nestačí

V první řadě tedy bude **nutné překonat strukturální bariéru vzdělávacího systému a specializačního vzdělávání** pro realizaci podobných opatření, které jsou založené na pozitivní klinické a vzdělávací zkušenosti z regionálního prostředí a cílené přípravě na praxi v regionu. Podrobnější plán nabízí například „The Framework for Remote Rural Workforce Stability“ (Abelsen et al. 2020).

Jde o strategický nástroj pro lokální zdravotnické organizace, který vzešel z mezinárodní spolupráce pěti zemí (Švédsko, Norsko, Kanada, Island, Skotsko) v letech 2011–2019. Jde o komplexní nástroj, ale zjednodušeně se zaměřuje na a) **rekrutaci správných lékařů**, většinou z daného regionu; b) **tvorbu vhodného pracovního prostředí**; c) **doplnění o dočasné pracovníky**, kteří se ale mohou do regionu vracet opakovaně.

Hlavní **doporučení**

1. Lepší SŠ vzdělávání v regionech
2. Specializační vzdělávání v regionech
3. Praxe v regionech během studia
4. **Mentoring a informace jsou klíčové**
5. Peníze nestačí

Mezi očekáváními studentů a realitou absolventů je zásadní propad. Specializační vzdělávání je často na papíře fikcí – dostupnost školitele i logbooky. **Nejde tedy jen o to dostat mladé lékaře do regionů, ale zajistit jim v regionech i dobrý mentoring.**

Vzhledem k tomu, že mezi nejvíce preferovaná opatření patří mentoring a role školitele má hrát zásadní roli, **je zásadní překážkou fakt, že dostupnost školitele je v Česku velmi omezená**, což potvrzují i předchozí studie (Šlegerová et al. 2023: 19–22).

ČLK by také měla dále **zvyšovat informovanost studentů** a nečekat na to, až se stanou členy ČLK a absolventy. Poptávka je po znalosti rezidenčních míst, situaci na pracovišti, množství výkonů atp.

Hlavní doporučení

1. Lepší SŠ vzdělávání v regionech
2. Specializační vzdělávání v regionech
3. Praxe v regionech během studia
4. Mentoring a informace jsou klíčové
5. Peníze nestačí

Klíčovým prvkem je věk. Respondenti do 25 let jsou otevření jakékoliv podpoře a obecně pozitivněji hodnotí prakticky jakékoliv opatření. Nejdůležitější jsou mediky a mladé lékaře mentoring (80 %), zvýhodněný nájem (76 %), převzetí ordinace (71 %) i vyšší plat (70 %). Rozhodnutí o prioritách u nich zjevně ještě není tak pevně zakotvené jako u starších kolegů a kolegyně.

S postupem kariéry a proměnou rodinné situace se preference mění. **Rodiče nejsilněji reagují na opatření usnadňující logistiku péče o dítě.** Láká je proto flexibilní úvazek (78 % pro rodiny s jedním dítětem a preference stoupá na 82 % s více dětmi). Pro rodiče jsou důležité i garance místa ve školce (68 %). Preference těchto opatření odpovídá zjištěním předchozích výzkumů (Decker, Vlachová (2024: 11), které k flexibilnímu úvazku specificky doplnili i preferenci pro zkrácený úvazek.

Lidé bez partnera zase více oceňují zvýhodněný nájem (74 %), zatímco lidé ve vztahu více reagují na srovnávací databázi podmínek (60 %) a pomoc s uplatněním partnera (53 %).

0 výzkumu

Literatura

- Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., ... & Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human resources for health*, 18(1), 63.
- Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC health services research*, 9(1), 86.
- ČSÚ. (2025). *Naděje dožití podle krajů v období let 2024–2025*; dostupné na: https://csu.gov.cz/docs/107799/6ed63aa3-de0f-e697-6809-4c1b1337bb30/tab1_2025.xlsx?version=1.0
- Decker, Barbora, Vlachová, Veronika. (2024). Průzkum Rodičovství v medicíně: vyvažování rolí a překonávání překážek; dostupné na: <https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/pruzkum-rodicovstvi-v-medicine-vy vazovani-rol-i-a-prekonavani-prekazek>
- Gaski, M., & Abelsen, B. (2017). Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas. *International journal of circumpolar health*, 76(1), 1314415.
- Hulíková Tesárková Klára, Korčák Matěj, Sauerová Kristýna, Netrdová Pavlína, Hocková Eliška, Novotná Barbora, Slaninová Michaela, Dzúrová Dagmar, Laštovička Josef, Klsák Adam. (2024). *Předčasná úmrtnost*. Mapový portál SYRI. Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, Praha. Dostupný z: <https://syri.natur.cuni.cz/pages/premature-mortality>.
- Kateřina Javorská, David Halata, Josef Štolfa & Markéta Pfeiferová (2022) What are the main motivating factors for young general practitioner trainees to work in rural areas in the Czech Republic?, *European Journal of General Practice*, 28:1, 200–202, DOI: 10.1080/13814788.2022.2094913
- Michenka, P., Šlegerová, L. (2023) *Lékaři 2022 aneb specializační vzdělávání očima lékařů*. 3. LF UK
- Mikula, Š., Škývarová, T., Špalková, D. (2024). Dostupnost primární zdravotní péče. ECON MUNI Policy Report č. 2024–03. Brno: Masarykova univerzita. https://doi.org/10.60791/PR_MUNI_ECON_2024-03
- MZD. (2025). *Ministerstvo zdravotnictví představilo aktuální data z primární péče a kroky na podporu její dostupnosti*; dostupné na: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-aktualni-data-z-primarni-pece-a-kroky-na-podporu-jej-i-dostupnosti/>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Country Health Profile 2025: Czechia. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels
- Russell, D., Mathew, S., Fitts, M. et al. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Hum Resour Health* 19, 103 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>
- Straume, K., & Shaw, D. M. (2010). Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 390–394.
- Šlegerová, L., Michenka, P. a Kočí M. (2023). *Medici 2022 – kompetence a preference*. Mladí lékaři. Dostupné z: <https://mladilekari.cz/wp-content/uploads/2023/05/medici-2022-kompetence-a-preference.pdf>
- Šmahel Hobzová, Ilona. (2025). Dostupnost praktiků pro dospělé se otáčí lepším směrem, pediatrie zůstává v červených číslech. *Zdravotnický deník*; dostupné na: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2025/04/praktici-pro-dospele-obraceji-kormidlo-pediatrie-je-vsak-stale-v-cervenych-cislech/>
- Vohlídalová, M., R., Marková Volejníčková. (2025) *Pracovní podmínky začínajících lékařů a lékařek v procesu specializačního vzdělávání. Zpráva z dotazníkového šetření doplněná o zjištění z kvalitativního výzkumu mezi mladými lékaři a lékařkami*. SOÚ AV ČR, v.v.i.: Praha.
- Wilson, N. W., Couper, I. D., De Vries, E., Reid, S., Fish, T., & Marais, B. J. (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and remote health*, 9(2), 1–21.

Metodologie

KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Metoda: Hlubkové rozhovory (online)

Velikost vzorku: N=13 (v tom medici=4, lékaři před atestací=5, lékaři po atestaci=4; Celkem 11 z CZ a 2 ze SK)

Sběr dat: 26.3 – 1.4. 2026

Délka dotazníku: 50-75 minut

KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Metoda: On-line sběr dat (CAWI) v dotazovací aplikaci NMS

Velikost vzorku: N=1378 (v tom 319 studentů/tek, 849 absolventů/tek před atestací, 210 absolventů/tek po atestaci)

Sběr dat: 2. 6. – 29. 7. 2026

Délka dotazníku: 11 minut

CÍLOVÁ SKUPINA

Osloveny **dvě cílové skupiny:**

- 1) **Studenti a studentky** posledních dvou ročníků medicíny
- 2) **Absolventi a absolventky** medicíny do tří let od konce VŠ

TÉMATÁ VÝZKUMU

Specializační **vzdělávání**

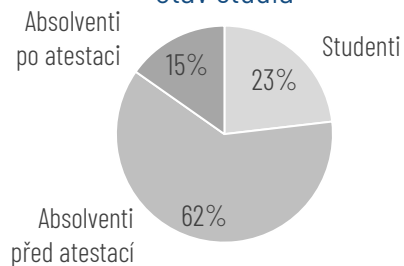
Připravenost **na praxi**

Pracovní **destinace**, regionální **migrace**

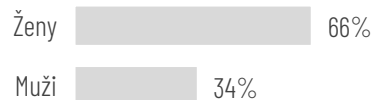
Práce v regionech - vnímání, motivace, bariéry

Složení vzorku respondentů ^{1/2}

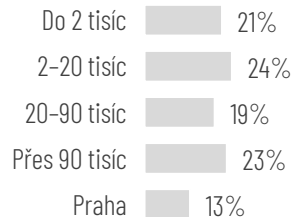
Stav studia



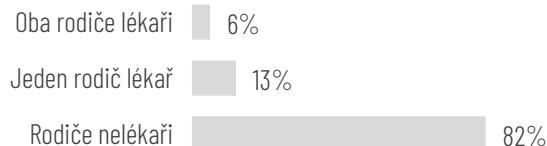
Pohlaví



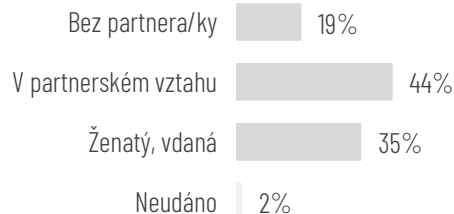
Velikost obce



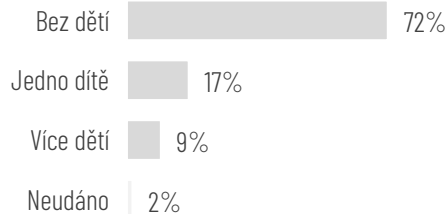
Rodinné zázemí



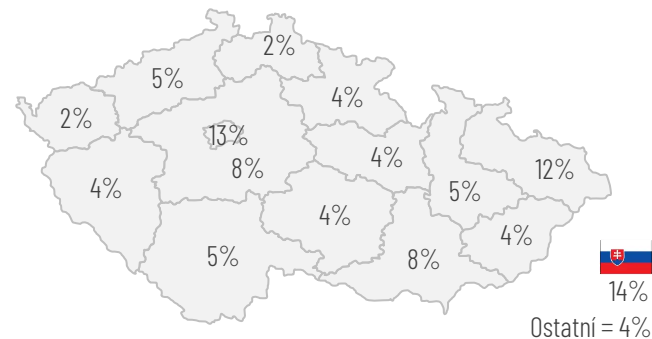
Stav



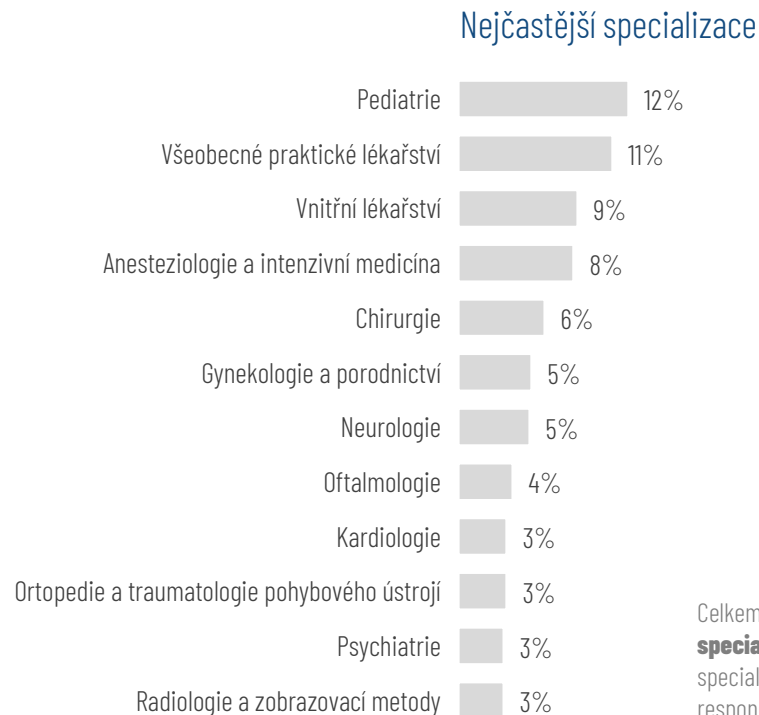
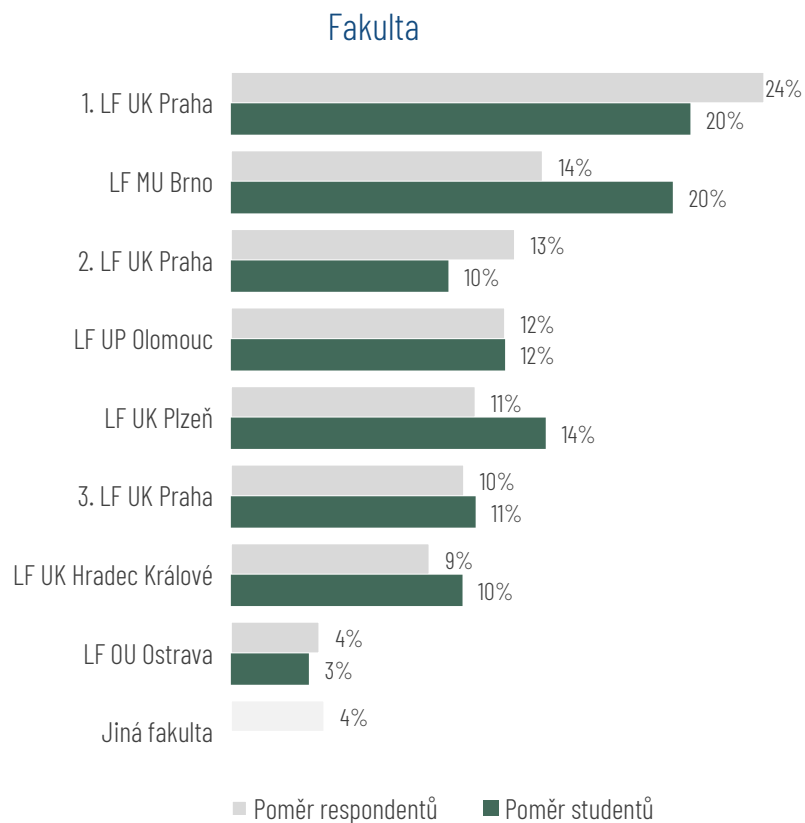
Děti



Pochází z kraje



Složení vzorku respondentů 2/2



Celkem respondenti z **36 specializací**, zobrazeny specializace s alespoň 3% respondentů.



Mgr. et Mgr. Jakub Bakule, Ph.D

Ředitel NMS

m (+420) 728 202 184

e jakub.bakule@nms.eu



Mgr. Alice Jeřábková

Analytička

m (+420) 608 882 744

e alice.jerabkova@nms.eu

NMS Market Research

U Nikolajky 13, 150 00 Praha 5

t (+420) 222 351 611

w www.nms.cz

