

Kvalita pracovních míst a služeb v sektoru osobních služeb a služeb pro domácnost v České republice

Prosinec 2015

forquality.eu

POZNÁMKA NA ÚVOD

Tato zpráva byla připravena, revidována a finalizována na základě výzkumu autorů, příspěvků a návrhů partnerů projektu, připomínek a poznámek účastníků a členů partnerských organizací na regionálních seminářích (Řím / Brighton / Vídeň 2015) a členů Poradního výboru (AGE Platform, Eurofound). Autoři velmi děkují všem za čas a příspěvky. Tato zpráva představuje sektor osobních služeb a služeb pro domácnost v dané zemi v rámci cílů projektu For quality! a na základě metodiky validované konsorciem, aniž by byla vyčerpávající. Autoři se snažili zohlednit opravy a připomínky, které jim byly v průběhu celého procesu doručeny. Obsah však nemusí nutně vyjadřovat názory partnerů projektu, kteří nenesou odpovědnost za informace ve zprávě obsažené.

Tato publikace vychází s podporou programu pro zaměstnanost a sociální solidaritu Evropské unie PROGRESS (2007–2013). Program realizuje Evropská komise a byl vytvořen jako finanční podpora realizace cílů Evropské unie pro zaměstnanost a sociální otázky definovaných v Sociální agendě se záměrem přispět k dosažení cílů strategie Evropa 2020 v těchto oblastech.

Tento sedmiletý program se zaměřuje na všechny zúčastněné strany, které mohou ovlivnit vytváření vhodných a účinných pracovních míst a tvorbu sociální legislativy a politiky ve všech 28 členských zemích, zemích ESVO–EHP a kandidátských a předkandidátských zemích. Více informací je dispozici na <http://ec.europa.eu/progress>.

Informace obsažené v této publikaci nemusí vždy vyjadřovat názory a stanoviska Evropské komise.

OBSAH

POZNÁMKA NA ÚVOD	2
OBSAH.....	3
1. REGULATORNÍ RÁMEC A STRATEGIE NA CELOSTÁTNÍ A MÍSTNÍ ÚROVNI	4
2. KVALITA PRÁCE A PEACOVNÍH MÍST	8
3. KVALITA SLUŽEB	12
4. ZÁVĚR.....	15
5. LITERATURA.....	16

1. REGULATORNÍ RÁMEC A STRATEGIE NA CELOSTÁTNÍ A MÍSTNÍ ÚROVNI

1.1. Právní a politický kontext

Osobní služby a služby pro domácnost (OSSD) pokrývají “širokou škálu činností, které připívají k pohodě rodin a jednotlivců v domácnostech: péče o děti, dlouhodobá péče o starší a zdravotně postižené osoby, úklid, doučování, domácí opravy, zahradnické práce, podporu IKT apod”¹. V kontextu České republiky je sektor OSSD rozdělen do dvou oddělených systémů:

- Nešetřovatelský systém: odpovídá sociálním službám v domácnosti, může se skládat z následujících činností: pomoc s každodenními úkony, pomoc s každodenní osobní hygienou, zajištění stravy nebo pomoc při přípravě stravy, služby v domácnosti a udržování sociálních kontaktů s okolím².
- Ošetřovatelský systém: systém dlouhodobé péče (DLP) zahrnuje širokou škálu ošetřovatelských služeb pro závislé osoby; filosofií systému je poskytovat péči v rámci rodiny v domácím prostředí.

Odborníci z pracovní skupiny z České republiky na regionálním semináři ve Vídni v září 2015 zdůrazňovali, že oba typy péče často poskytuje jedna osoba.

Neexistuje jednotná právní úprava ani žádný orgán odpovědný za regulatorní rámec obou systémů. Ministerstvo zdravotnictví je odpovědné za domácí zdravotní péči a péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních, Ministerstvo práce a sociálních věcí je odpovědné za sociální služby, obce/kraje jsou odpovědné za plánování sociálních služeb a dostupnost sociálních OSSD³. Vzhledem k tomu, že kompetence jsou rozděleny do dvou sektorů, v některých případech není jasné, který sektor nese odpovědnost⁴.

¹ Zdroj: Evropská komise, Staff Working Document on exploiting employment potential of the personal and household services, SWD (2012) 95 final.

² Horecky J.: Dignity first - priorities in reform of care services, Peer review on reform of care services, 2013.

³ OECD, Czech Republic long term care, in Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 2011.

⁴ For quality! project, Third regional seminar Vienna, 22 September 2015, <http://forquality.eu>.

Základní právní úprava poskytování a financování OSSD je obsažena v těchto právních předpisech⁵:

- V oblasti zdravotnictví (zaměřeno na služby pro osoby s postižením a dlouhodobě nemocné): Zákon o veřejném zdravotním pojištění (1991, novelizován 1997), Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (1992), Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (1992) a Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotních zařízeních (1992);
- V sociální oblasti (zaměřeno na služby pro závislé a zranitelné skupiny osob, včetně starších občanů): Zákon o sociálních službách (2006), kterým se řídí poskytování domácí péče, přístup k peněžitým dávkám a různé typy ústavní péče;
- Kromě této úpravy a na základě zákona o decentralizaci státní správy z roku 2003 jsou za některé prvky DLP odpovědné rovněž krajské a obecní úřady, např. tísňová péče, zařízení DLP a zhruba polovina nemocnic.

Za účelem změny OSSD z ústavní formy na péči poskytovanou doma podporuje systém rozvoj OSSD na místní úrovni a zároveň závislým osobám vyplácí příspěvky na péči, které jim dávají svobodu volby.

1.2. Struktura a financování

Odpovědnost za financování je rozdělena mezi Ministerstvo zdravotnictví (oblast zdravotní péče) a Ministerstvo práce a sociálních věcí (sociální služby). Konkrétně:

- Náklady na zdravotní péči ve zdravotnictví a v sociální oblasti jsou hrazeny z fondů zdravotního pojištění;
- Sociální služby - ty v gesci Ministerstva práce - jsou financovány z všeobecných daní, krajských rozpočtů a individuálních příspěvků (konkrétně z peněžitých dávek a příspěvků na péči)⁶.

Domácí péče je poskytována v rámci systému zdravotní péče (zdravotní sestry) a prostřednictvím

⁵ Sowa A.: The system of long-term care in the Czech Republic, ENERPI research report n° 72/2010, and CASE Network Studies & Analyses N° 415/2010.

⁶ OECD, 2011.

systému sociálních služeb, tj. formou peněžitých a věcných dávek⁷:

- **Peněžité dávky** jsou vypláceny závislým osobám za účelem financování celodenní péče poskytované rodinami. Až do roku 2007 byly tyto měsíční příspěvky na péči vypláceny osobám poskytujícím péči. Od reformy sociálních služeb v roce 2006 jsou peněžité dávky vypláceny závislým osobám, které jsou povinny tyto příspěvky vynaložit na pokrytí nákladů domácí asistenční péče, nebo na úhradu péče poskytované v rámci systému sociálních služeb, nebo mohou oba náklady kombinovat. Tyto dávky jsou poskytovány závislým osobám podle čtyř stupňů závislosti. Výše příspěvku vychází ze zhodnocení zdravotního stavu a sociální situace a pohybuje se v rozmezí EUR 32 u závislých osob první kategorie (lehká závislost) až EUR 471 u osob zařazených do čtvrté kategorie (úplná závislost):
 - Kč 800 pro kategorii I (lehká závislost),
 - Kč 4 000 pro kategorii II (středně těžká závislost),
 - Kč 8 000 pro kategorii III (těžká závislost),
 - Kč 12 000 pro kategorii IV (úplná závislost)⁸.

Celkové náklady na peněžité dávky představují cca 650 miliónů eur ročně (přibližně 0.6 % HDP), vyplácejí se přibližně 300 000 osobám. Nicméně je důležité uvést, že ve srovnání se západoevropskými členskými státy tyto dávky umožňují českým občanům zaplatit více hodin péče.

- **Věcné služby** zahrnují osobní asistenci a domácí péči osobám, které se staly osobami závislými z důvodu věku, postižení nebo chronické nemoci. Osobní asistence je poskytována klientům sociálních služeb doma bez časového omezení. Tyto služby mohou zahrnovat nákupy, přípravu jídel, mytí, placení účtů, podávání léků apod. Poskytování služby je stanoveno individuálně na základně žádosti.

Čeští občané mají také nárok na služby v případě špatného zdravotního stavu a jsou-li omezeni ve svých každodenních činnostech⁹:

⁷ The typology and the estimates are taken from Sowa A., 2010.

⁸ Příspěvky určené osobám starším 18 let. Osoby mladší 18 let mají nárok na částky 3000 Kč, 6000 Kč, 9000 Kč a 12 000 Kč.

⁹ Sowa A., 2010.

- **Služby zdravotní péče** předepisuje lékař podle potřeby a závažnosti nemoci: služby dlouhodobé ústavní péče pro osoby nemocné, které potřebují neustálý lékařský dohled a léčbu, nebo domácí zdravotní péči pod dohledem lékaře;
- Potřebu **sociálních služeb** (ústavní péče v centrech, péče v denních a týdenních centrech a/nebo služby domácí péče) vyhodnocuje sociální pracovník.

DLP v České republice je financována ze dvou zdrojů:

- Lékařská péče poskytovaná v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných je financována z fondů zdravotního pojištění. V roce 2008 byla zavedena spoluúčast uživatelů.
- DLP poskytovaná v rámci systému sociálních služeb (domácí, ústavní péče a denní stacionáře) je financována následovně: spoluúčast uživatele (35% celkových nákladů sociálních služeb), státní rozpočet (30%), místní samospráva (25%) a zdravotní pojišťovna (3%). Podle Zákona o sociálních službách z roku 2006 by výše spoluúčasti neměla přesáhnout 85% příjmu uživatele. Finanční účast obcí však není systematická¹⁰.

Služby sociální domácí péče jsou financovány ze dvou hlavních zdrojů¹¹ :

- Platby uživatelů: z vlastních příjmů (především ze starobního důchodu) nebo z příspěvku na péči.
- Státní dotace, přestože neexistují žádná písemná pravidla, kritéria nebo nároky na státní granty.

Dalším zdrojem financování sociální domácí péče mohou být příspěvky zřizovatele, dary, obchodní činnosti apod.

Řízení a organizace OSSD jsou rozděleny mezi obě ministerstva a místní samosprávu. Významný počet poskytovatelů sociálních služeb představují neziskové organizace (38%). Jejich účast je upravena Zákonem 108/2006.

Jedním z hlavních připomínek českých expertů ve Vídni byla výzva státní správě, aby přehodnotila oddělené systémy sociálního a zdravotního sektoru. Zároveň vyzývají vládu, aby formou «pokusů a omylů» zahájila pilotní projekt poskytování OSSD v České republice.

¹⁰ For quality! project, Third regional seminar Vienna, 22 September 2015, <http://forquality.eu>

¹¹ Horecky J., Peer review, 2013.

2. KVALITA PRÁCE A PEACOVNÍH MÍST

Zaměstnanecký statut

Zatímco služby zdravotní péče jsou poskytovány agenturami domácí péče, které jsou smluvně napojeny na zdravotní pojišťovny, sociální služby jsou poskytovány buď neformálními pečovateli a/nebo odbornými poskytovateli.

Podle údajů Ministerstva práce zhruba 80% péče poskytované závislým osobám je poskytováno neformálně. OECD odhaduje, že to představuje přibližně 200 000 plných pracovních úvazků, tj. 2% české populace¹². Tento převažující typ péče v České republice poskytují příbuzní, obvykle děti, ale také manželé (manželky). Výzkumy také ukazují, že většina Čechů považuje podporu v rodině za nejlepší způsob pomoci závislým osobám, zvláště těm ve špatném psychickém nebo fyzickém stavu¹³.

Většina neformálních poskytovatelů péče však také pracuje: 80% z nich má práci na plný úvazek¹⁴. Rozhodnutí o poskytování neformální péče tedy velmi závisí na flexibilitě zaměstnání poskytovatele.

Soukromé poskytovatele OSSD lze rozdělit do dvou skupin: neziskové a nevládní organizace a ziskový sektor¹⁵.

Z hlediska smluvních vztahů podle Zákoníku práce České republiky jsou zaměstnavatelé povinni zajistit rovné zacházení všem pracovníkům, tj. poskytnout stejné pracovní podmínky, odměnu za práci, odborné vzdělávání a příležitosti kariérního růstu nebo pracovního postupu v zaměstnání. Dále Antidiskriminační zákon vymezuje obecnou povinnost zaměstnavatelů zajistit všem pracovníkům rovné zacházení a právo na zaměstnání, přístup k zaměstnání, k odbornému vzdělávání a ke členství v odborových svazech¹⁶. Vzhledem k tomu, že platná legislativa zaručuje rovné podmínky pro všechny pracovníky, tedy včetně pracovníků v domácnosti, a vytváří dostatečný prostor pro sladění osobního, rodinného a pracovního života, KZPS¹⁷ se domnívá, že pozornost by měla být věnována správné realizaci a prosazování současného právního rámce, nikoli vytváření nové právní úpravy.

¹² OECD, 2011.

¹³ Eurobarometer, in Sowa A., 2010.

¹⁴ Sowa A., 2010.

¹⁵ Horecky J., 2010.

¹⁶ Koldinska K., The Policy on Gender Equality in the Czech Republic European Parliament, 2015.

¹⁷ KZPS (Confederation of Employers' and Entrepreneurs' Unions of the Czech Republic), Decent work for Domestic Workers, International Labour Conference, 99th Session, report, 2010.

V oblasti OSSD jsou neformální pečovatelé (rodina, sousedé a přátelé) registrováni pouze v případě, že jim závislá osoba vyplácí příspěvek na péči, aby za neformální pečovatele stál hradil sociální a zdravotní pojištění. Profesionální poskytovatelé jsou registrované sociální služby: právnické osoby registrované u krajských nebo místních úřadů nebo soukromé organizace, nevládní organizace a fyzické osoby¹⁸.

Kolektivní vyjednávání v České republice probíhá na oborové nebo podnikové úrovni¹⁹. Vyjednávání probíhá podle Zákona o kolektivním vyjednávání. V oblasti sociálních služeb má kolektivní smlouvy nebo vyjednává zhruba 200 poskytovatelů²⁰.

V České republice je převážná většina péče v oblasti OSSD poskytována neformálně: 80% péče závislým osobám poskytuje rodina, především manželé (manželky), děti a jiní příbuzní. V roce 2010 potřebovalo pomoc při každodenních činnostech přibližně 400 000 starších občanů. Vzhledem k tomu, že každé závislé osobě poskytuje péči nejméně jedna osoba, odhaduje se, že v České republice poskytuje neformální péči nejméně 400 000 osob²¹. Jedná se především o ženy (63%) v produktivním věku, z nichž většina (80%) má řádné zaměstnání na plný úvazek. Data o zdrojích příjmu pečovatelů nejsou k dispozici.

Podle odhadů je 90% činností (neošetrovatelské služby) poskytováno v šedé ekonomice. Vzhledem k tomu, že se jedná o šedou ekonomiku, nejsou k dispozici relevantní/ofiální data. Rovněž se předpokládá, že mnoho z těchto pracovníků pobírá zároveň sociální podporu od státu - své příjmy nedeklarují, mohou se tedy přihlásit i u Úřadu práce. Tito pracovníci nemají v zásadě žádná práva, protože veškeré dohody jsou uzavírány ústně a mzda se vyplácí pouze v hotovosti²².

V roce 2004 vstoupil v platnost zákon, který definuje nelegální práci, posiluje kontrolní mechanismy a zavádí sankce pro ty, kdo se tohoto protiprávního jednání dopustí²³. V roce 2013 začal rovněž fungovat nový systém kontrol nehlášené práce. Česká republika zvažuje zavedení systému voucherů podle francouzského a belgického systému.

¹⁸ Carer plus, www.carerplus.eu

¹⁹ Eurfound, Czech Republic, On wage bargaining. <http://bit.ly/1MudNHJ>

²⁰ Horecky J., Project PESSIS 2 "Promoting employers' social services organizations in social dialogue", Country-case study: Czech Republic, UZS, 2013. <http://bit.ly/1LfYy3A>

²¹ Sowa A., 2010.

²² For quality! project, Third regional seminar Vienna, 22 September 2015.

²³ European monitoring centre on change (EMCC), Tackling undeclared work, <http://bit.ly/1UPgwpw>

Příjmy a sociální ochrana

Pracovníci v sociálních službách podléhají ustanovením § 109 Zákoníku práce o mzdách, platech a odměnách za práci. Způsob odměňování je stanoven v registru poskytovatelů sociálních služeb a mzdy obvykle nedosahují průměrných mezd²⁴.

V lednu 2015 byla čistá minimální mzda v České republice 332€ měsíčně²⁵, tj. 2€ za hodinu.

V červnu 2015 byla průměrná hrubá mzda 25 306 Kč (933€)²⁶.

Je potřeba zajistit lepší podmínky odměňování, především v systému sociální péče²⁷.

Rodinní příslušníci pečující o závislou osobu mají podle Zákona o nemocenském pojištění (1956) nárok na zvláštní dovolenou, aby mohli pečovat o nemocného příbuzného. Tito pracovníci mají nárok na 69% průměrné mzdy po dobu 9 dnů za podmínky, že pracovník bydlí v jedné domácnosti se závislou osobou²⁸.

Od reformy v roce 2006 dostávají pečovatelé od závislých osob příspěvek na péči. Zdravotní a sociální pojištění osob registrovaných jako neformální pečovatelé hradí stát. Období poskytování péče je zahrnuto do výpočtu starobního důchodu²⁹.

Rozvoj dovedností a profesionalizace

Sektor OSSD v České republice je oblast s rostoucí poptávkou po kvalitě a dovednostech. Přechod od ústavní péče k domácí a využívání nových technologií mají dopad na dovednosti, které budou v budoucnu potřebné. V celém sektoru je potřeba vysoce kvalitní pracovní síly³⁰.

Z hlediska kvalifikací Jiri Horecky uvádí čtyři profese s kvalifikačními požadavky³¹: zdravotní sestry

²⁴ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

²⁵ Eurostat, 2015.

²⁶ Czech Statistical Office (CZSO), <http://bit.ly/1D2AxqR>

²⁷ For quality! Project, Third regional seminar Vienna, 22 September 2015, <http://forquality.eu>

²⁸ Alzheimer Europe, <http://bit.ly/1CplywF>.

²⁹ Carers plus, Being carer in Europe, Czech Republic, <http://bit.ly/1dNTSpf>

³⁰ For quality!project, Third regional seminar Vienna, 22 September 2015, <http://forquality.eu>

³¹ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

(nutné vysokoškolské vzdělání), sociální pracovníci a ergoterapeuté (vyšší střední škola a vyšší vzdělání v oboru v kombinaci s 200 hodinami odborného školení), pracovníci poskytující základní sociální služby (základní vzdělání a 150 hodin odborného školení) a řídicí /techničtí pracovníci (kvalifikační požadavky uvedeny ve zvláštních zákonech).

Neexistuje žádná národní politika vzdělávání pro oblast OSSD obecně. Z dlouhodobého hlediska lze očekávat rostoucí nedostatečnost.

Zdraví a pohoda

Výsledky studie “Stres, deprese a životní styl v České republice” provedené v roce 2015 ukazují, že příznaky deprese, vyhoření a stresu jsou mezi českými pracovníky poměrně běžné³². To se týká zvláště sektoru OSSD a jsou důvody domnívat se, že práce v soukromém sektoru péče spadá do kategorie nejisté práce.

Průměrný počet hodin odpracovaných týdně v České republice se pohybuje mezi 40,5 hodin (Eurostat) a 41,7 hodin (Český statistický úřad, ČSÚ)³³. Pracovníci na plný úvazek pracují v průměru 42,7 hodin týdně a pracovníci na částečný úvazek 20,5 hodin týdně. Osoby samostatně výdělečně činné pracují v průměru o 9 hodin více a muži o téměř 4 hodiny týdně více než ženy. Jediná skupina, která se blíží zákonem stanovenému limitu (40 hodin) jsou ženy v zaměstnaneckém poměru. 7,9% pracovníků pracuje více než 50 hodin týdně.

Navíc je rozšířena praxe několika zaměstnání a je považována za další zdroj příjmu. V roce 1993 mělo 5,2% zaměstnanců více než jedno zaměstnání; v roce 2001 to bylo 2,5% a v roce 2006 2,1%. Dvě třetiny této skupiny jsou muži.

Vzhledem k tomu, že většina neformálních poskytovatelů osobních služeb a služeb v domácnosti pracuje na plný pracovní úvazek, čelí problému dostupnosti při poskytování domácí péče svým starším příbuzným.

Zákon nestanovuje žádná omezení pracovní doby pro poskytovatele osobních služeb a služeb v

³² Eurofound, European Observatory of working life, Czech Republic: new study investigates causes of stress among Czech workers, 2015, <http://bit.ly/1hjFDuR>

³³ Data in this section are taken from: Eurofound, Working time in the European Union: Czech Republic, <http://bit.ly/1KQwbeB>

domácnosti. Nepravidelná pracovní doba (noční směny a práce o víkendech) jsou zvláště problematické pro rodiče samoživitele³⁴.

Pracovní skupina českých expertů ve Vídni se domnívá, že lepší odměňování a pracovní podmínky (především v oblasti péče) a nutnost získat vysoce kvalifikované pracovníky jsou nezbytnými podmínkami pro zlepšení OSSD v České republice.

3. KVALITA SLUŽEB

Dostupnost a rozsah služeb

V současné době je v České republice snaha přejít z ústavní péče na péči poskytovanou doma. Odpovědné státní úřady proto podporují rozvoj snadno dostupných sociálních služeb na místní úrovni (především terénní služby) a poskytují podporu rodinám (příspěvky na péči), které zajišťují péči svým starším příbuzným.

Sít OSSD v současné době není dostačující. Česká média pravidelně informují o nedostatečném poskytování péče v ČR a o nutnosti nastavit přísnější pravidla kontroly kvality v celém systému OSSD³⁵.

Ze 14 krajů ČR je dostupnost a dosažitelnost OSSD nízká a nedostatečná v místech s nižší hustotou obyvatel. Naopak v místech s vyšší hustotou obyvatel působí více vzájemně si konkurujících poskytovatelů³⁶.

Co se rozsahu služeb týče, služby pro závislé osoby by měly být snadno přístupné všem, kteří je mohou potřebovat³⁷. Obecně platí, že přístupnost OSSD v České republice není dostačující³⁸. Zvláště jsou dotčeny některé specifické cílové skupiny, např. lidé trpící mentálními poruchami nebo lidé s vícečetným postižením.

³⁴ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

³⁵ Sowa A., 2010

³⁶ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

³⁷ AGE Platform, 2010–2012.

³⁸ For quality! Project, Third regional seminar Vienna, 22 September 2015, <http://forquality.eu>

Kvalita regulace a řízení

Kontrola kvality OSSD probíhá zvláště v rámci systému zdravotní péče a zvláště v systému sociálních služeb³⁹.

Poskytování zdravotních služeb je sledováno a kontrolováno danou zdravotní pojišťovnou. Ministerstvo zdravotnictví vydává akreditace nemocnicím a léčebnám dlouhodobě nemocných, kde uvádí, že tato zařízení splňují kvalitativní standardy.

Systém sledování a kontroly sociálních služeb “Národní standardy kvality sociálních služeb” je obsažen v Zákoně o sociálních službách s podporou Ministerstva práce a sociálních věcí. Systém však není velmi regulován. Poskytování vysoce kvalitních sociálních služeb může kontrolovat ministerstvo, krajské úřady, obce a Úřady práce, jak uvádí Zákon o sociálních službách z roku 2006. Přestože ministerstvo sestavilo seznam standardů kvality sociálních služeb, jedná se spíše o všeobecná doporučení pro poskytovatele sociální péče.

Hlavními orgány, které akreditují, monitorují a kontrolují OSSD, jsou obce a krajské úřady. Služby OSSD mohou být poskytovány na základě oprávnění vydaného krajskými úřady. Poskytovatel OSSD je povinen podrobit se procesu schvalování, který hodnotí, zda je poskytovatel schopen splnit všechny podmínky stanovené v Zákoně o sociálních službách, včetně standardů kvality a dodržování lidských práv⁴⁰. Kontrola probíhá formou inspekce. Nejsou-li plněny podmínky, oprávnění může být odebráno.

Na centrální úrovni vydává Ministerstvo práce a sociálních věcí Zprávu o standardech kvality, kde se zaměřuje na kontrolu kvality pracovníků v sociálních službách a vzdělávání průvodců nejlepší praxí.

Kvalita OSSD je sledována podle toho, jakou složku obsahuje:

- Kvalita systému zdravotní péče je kontrolována na základě inspekci zdravotní pojišťovny.
- Kvalita sociálních služeb: Dodržování 15 standardů kvality kontroluje Ministerstvo. Od vstupu v platnost Zákona o sociálních službách (2007) bylo zavedeno 15 standardů kvality, které stanovují základní rámec pro poskytování OSSD⁴¹: 8 procesních standardů o kvalitě a životě uživatelů, 2 personální standardy o podmínkách pro zaměstnance (rozvoj, vzdělávání) a 5 provozních standardů (informování, dostupnost, měření kvality...). Zavedením těchto standardů

³⁹ Sowa A., 2010.

⁴⁰ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

⁴¹ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

se role uživatele změnila z předmětu péče na subjekt péče a ovlivnila kvalitu poskytované péče.

Členové české expertní pracovní skupiny ve Vídni zdůrazňovali důležitost zlepšení sledování kvality zdravotní a sociální péče, nutnost lepšího sběru dat v sektoru a zlepšení akreditace sociálních služeb, které v současné době řídí místní samosprávy.

4. ZÁVĚR

Zdá se, že jedním z hlavních problémů v České republice je chybějící integrovaná národní strategie OSSD a v důsledku toho absence jednotné definice OSSD⁴². Přestože byly přijaty některé kroky směrem k integrovanějšímu systému OSSD, poskytování a financování OSSD je i nadále rozděleno mezi dva sektory (zdravotní péče a sociální služby) a mezi různé úrovně státní správy (centrální, regionální a místní). Přínosem by bylo vytvořit jednu konkrétnější definici OSSD i konkrétnější definice cílových skupin OSSD⁴³.

Nedávné studie naznačují, že poskytování péče v ČR není dostačující a je potřeba zavést přísnější pravidla pro kontrolu kvality v celém systému dlouhodobé péče⁴⁴. 80% péče o osoby závislé v ČR poskytují neformální pečovatelé, tj. rodina, především manžel (manželka), děti a jiní příbuzní.

Snahou státního systému v současné době je přejít z ústavní péče na domácí péči, především prostřednictvím vyplácení příspěvku na péči. Pro dosažení tohoto cíle je však nutné přijmout opatření pracovního trhu pro ty neformální pečovatele, kteří zároveň pracují na plný pracovní úvazek, například podpořit flexibilitu zaměstnání⁴⁵.

Zavedení standardů kvality Zákonem o sociálních službách v roce 2007 mělo pozitivní dopad zdůrazněním práv a důstojnosti uživatelů⁴⁶.

Současný systém v České republice je v horizontu 10 až 20 let neudržitelný. Studie předpokládají, že pokud bude přetrvávat současná politika, financování ze strany státu se zvýší z 0,8% v roce 2014 na 1,6% HDP v roce 2060⁴⁷. Hlavní výzvou do budoucnosti pro ČR bude vypořádat se se stárnoucí populací a rostoucími náklady a s udržitelností systému zdravotní péče⁴⁸.

⁴² Horecky J., Peer review, 2013.

⁴³ For quality! Project, Third regional seminar, Vienna, 22 September 2015, <http://forquality.eu>

⁴⁴ Sowa A., 2010.

⁴⁵ Sowa A., 2010.

⁴⁶ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

⁴⁷ Lipsky M., Hervertova V., Long-term care - the problem of sustainable financing, Peer review on financing of long-term care, Ljubljana 18–19 September 2014.

⁴⁸ Eubusiness, Czech Republic: country overview, 2014. <http://bit.ly/1Wzx8fg>

5. LITERATURA

- AGE Platform Europe, European Quality Framework for long-term care services, Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance, European project WeDO, 2010–2012.
- Alzheimer Europe, <http://bit.ly/1CplywF>
- Angermann A. & Eichhorst W., Who Cares for You at Home? Personal and Household Services in Europe, IZA Policy paper 71, 2013.
- Carers plus, Being carer in Europe, Czech Republic, <http://bit.ly/1dNTSpf>
- EFSI, White book on personal and household services in ten EU Member States, European Federation for Services to Individuals (EFSI), 2013.
- EUbusiness, Czech Republic: country overview, 2014. <http://bit.ly/1Wzx8fg>
- Eurofound, More and better jobs in home-care services, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2013.
- Eurofound, European Observatory of working life, Czech Republic: new study investigates causes of stress among Czech workers, 2015, <http://bit.ly/1hjFDuR>
- Eurofound, Working time in the European Union: Czech Republic, <http://bit.ly/1KQwbeB>
- Eurofound, Czech Republic, On wage bargaining. <http://bit.ly/1MudNHJ>
- European monitoring centre on change (EMCC), Tackling undeclared work, <http://bit.ly/1UPgwyp>
- Horecky J., Project PESSIS 2 “Promoting employers’ social services organizations in social dialogue”, country-case study: Czech Republic, UZS, 2013. <http://bit.ly/1LfYy3A>
- Lipsky M., Hervertova V., Long-term care - the problem of sustainable financing, Peer review on financing of long-term care, Ljubljana 18–19 November 2014.
- OECD, Czech Republic long term care, in Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 2011.
- Sowa A., The system of long-term care in the Czech Republic, ENEPRI research report n° 72/2010, and CASE Network Studies & Analyses N° 415/2010.
- The European Observatory on Health Systems and Policies, Home care across Europe, Current structure and future challenges, 2012.