

SBORNÍK PŘÍKLADŮ **DOBŘE PRAXE**



V OBLASTI SOCIÁLNÍHO DIALOGU A PERSONÁLNÍHO ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Kolektiv autorů

Sborník vznikl v rámci mezinárodního projektu „Výměna zkušeností, znalostí a know-how v oblasti personálního zajištění sociálních služeb“ s reg. číslem 2019-1-CZ01-KA202-061218. Projekt byl podpořen z programu Erasmus+.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Podpora Evropské komise pro vytvoření této publikace nepředstavuje souhlas s obsahem, který odráží pouze názory autorů. Komise nemůže nést odpovědnost za jakékoli použití informací obsažených v této publikaci.

Text této publikace byl zpracován zaměstnanci APSS ČR na základě materiálů poskytnutých partnery projektu během studijních cest a vlastních zápisků.

Použité fotografie pocházejí z archivu partnerských organizací, anebo byly pořízeny samotnými účastníky studijních cest.

Materiály pro zpracování Sborníku poskytly organizace:
Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (koordinátor projektu)
Hyvinvointiala HALI ry (partner projektu)
ActiZ (partner projektu)



Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

Vydání 1., Tábor 2022

Redakční zpracování: Ing. Petra Cibulková, Mgr. Ivana Vlnová, Ing. Simona Matějková

ISBN 978-80-88361-23-7

ISBN 978-80-88361-24-4 (anglické vydání)

Obsah

Úvod	5
1. Česká republika	7
1.1 Vybavenost regionů České republiky sociálními službami pro seniory	11
1.2 Financování sociálních služeb	14
1.2.1 Příspěvek na péči	14
1.2.2 Dotační systém	16
1.2.3 Výzva finanční udržitelnosti	17
1.3 Vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách	17
1.4 Sociální dialog a partneři v sociálních službách	19
1.4.1 Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky (OSZSP ČR)	19
1.4.2 Unie zaměstnavatelských svazů České republiky (UZS ČR)	19
1.5 Sociální dialog v sociálních službách	20
1.5.1 Partneři sociálního dialogu	20
1.5.2 Způsoby sociálního dialogu	22
1.6 Mzdy a platy v sociálních službách	23
2. Nizozemsko	25
2.1 Nizozemský systém poskytování péče	25
2.1.1 Krátká historie dlouhodobé péče v Nizozemsku	25
2.1.2 Základy aktuálního systému zdravotní péče po reformách	26
2.1.3 Zákon o zdravotním pojištění	30
2.1.4 Zajišťování zdravotní péče	32
2.1.5 Zákon o dlouhodobé péči	33
2.1.6 Zákon o sociální podpoře	36
2.2 Sociální dialog	37
2.2.1 Sociální a ekonomická rada	38
2.3 Zaměstnávání a vzdělávání	38
2.4 Big data	40
2.5 Veřejná debata	40

3. Finsko	43
3.1 Finský systém sociální pomoci a zdravotnictví	43
3.1.1 Financování a výdaje	44
3.1.2 Informační technologie a ICT	44
3.1.3 Řízení a dohled	44
3.1.4 Reforma	44
3.2 Sociální služby	45
3.2.1 Sociální služby zajišťované obcemi	45
3.2.2 Sociální služby dle zákona o sociální péči	45
3.3 Sociální dialog a kolektivní vyjednávání ve Finsku	46
3.3.1 Úrovně vyjednávání	48
3.3.2 Předmět jednání	48
3.4 Pracovní podmínky a prostředí zaměstnanců v sociálních službách	48
3.4.1 Mzdy	49
3.4.2. Aktivity a projekty zaměřené na zatraktivnění sektoru sociální péče	49
3.5 Kvalifikace a vzdělávání	50
3.5.1 Struktura vzdělání v oboru sociální a zdravotní péče	50
4. Zkušenosti z návštěv institucí a zařízení a příklady dobré praxe	53
4.1 Česká republika	53
4.1.1 Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka, o.p.s.	55
4.1.2 Domov pro seniory Bechyně	56
4.1.3 G-centrum Tábor	57
4.1.4 SeneCura SeniorCentrum Klamovka	58
4.1.5 Palata – Domov pro zrakově postižené	59
4.2 Nizozemsko	60
4.2.1 Zorg- en Wooncentrum De Haven	61
4.2.2 Warande Bovenwegen	62
4.2.3 Stichting rijnhoven	63
4.2.4 Cordaan	63
4.3 Finsko	64
4.3.1 Wilhelmiina Palvelut Ltd.	65
4.3.2 Kustaankartano Senior Centre	66
4.3.3 Deaconess Foundation	67
4.3.4 Folkhälsan	67
Závěr	69
Zdroje	70

Úvod

Tento sborník vznikl v rámci mezinárodního projektu *Výměna zkušeností, znalostí a know-how v oblasti personálního zajištění sociálních služeb*, který byl realizován v období od 1. října 2019 do 31. března 2022. Za účelem realizace projektu vzniklo partnerství mezi organizacemi s obdobnými cíli a aktivitami v oblasti sociálních služeb z České republiky, Nizozemska a Finska. Za českou stranu se na projektu jako jeho koordinátor podílela Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (dále jen APSS ČR), za Nizozemsko organizace ActiZ a za Finsko Hyvinvointiala HALI ry (dále jen HALI).

Všechny partnerské organizace zaměřují své aktivity na zkvalitňování poskytování sociálních služeb a jsou velmi aktivní v kolektivním vyjednávání a vedení sociálního dialogu. APSS ČR jako nezávislé sdružení právnických a fyzických osob a registrovaných poskytovatelů sociálních služeb zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, reprezentuje zájmy a potřeby svých členů a mnoha dalších. HALI ve Finsku zajišťuje sjednávání národních kolektivních smluv pro oblast sociálních

služeb, sleduje společné zájmy svých členů a poskytuje poradenství v otázkách zaměstnanosti a obchodní politiky. ActiZ je organizace zaměstnavatelů v odvětví sociálních služeb, které zaměstnává 400 000 zaměstnanců. ActiZ společně s odbory vytvořil vzdělávací standardy a certifikuje vzdělávací instituce v Nizozemsku.

Projekt se zaměřuje na přenos zkušeností, znalostí, know-how a dobré praxe v oblasti sociálního dialogu, kolektivního vyjednávání a dalších činitelů týkajících se zaměstnanosti v sociálních službách. Projekt reaguje na zásadní témata v oblasti sociálních služeb, které jsou z pohledu vzniku nových pracovních míst nejrychleji rostoucím odvětvím v Evropě. Zároveň se ale oblast sociálních služeb potýká s nedostatkem kvalifikované pracovní síly. Proto je nutné se systematicky soustředit na úpravy systému odměňování, pracovních podmínek, supervizi, podporu a vzdělávání zaměstnanců. Sdílením poznatků, příkladů dobré praxe, informací a zkušeností v těchto oblastech chceme optimalizovat dosavadní aktivity jednotlivých partnerů projektu, rozšířit je, zacílit, zkvalitnit, ale také vytvořit dlouhodobé odborné partnerství.

K přenosu zkušeností, znalostí, know-how a dobré praxe došlo prostřednictvím tří studijních cest do partnerských zemí. Předmětem každé studijní cesty byly workshopy, semináře, návštěvy úřadů státní správy, místní samosprávy, poskytovatelů sociálních služeb a sociálních partnerů. Program studijních cest se zaměřoval na porovnání pracovních podmínek a pracovního prostředí pro zaměstnance v sociálních službách, na opatření v oblasti bezpečnosti

práce, na podmínky kvalifikace a celoživotního vzdělávání, supervizi a podporu zaměstnanců a také na jejich odměňování. Obsahem workshopů, prezentací a exkurzí bylo také seznámení se s aktivitami, vzdělávacími programy a projekty v oblasti získávání a udržení zaměstnanců v sociálních službách, snížení jejich fluktuace a zatraktivnění jednotlivých profesí v sociálních službách.

1. Česká republika

V České republice žilo k 31. prosinci 2019 celkem 10 701 777 osob.¹ Český statistický úřad rozlišuje tři hlavní věkové skupiny: děti do 15 let, obyvatele v produktivním věku 16 až 64 let a seniory nad 65 let. Právě ve skupině seniorů byl v roce 2020 zaznamenán největší nárůst počtu osob – o 26,7 tisíce. Celkově je v této kategorii na 2,158 milionu osob, což představuje zvýšení ve srovnání s rokem 2019. Poprvé v historii České republiky byla v roce 2017 překročena hranice dvou milionů seniorů. To jasně dokládá, že populace i nadále stárne. Průměrný věk obyvatele v tomto období dosáhl 42,6 let. Podle projekce vývoje obyvatelstva bude v roce 2059 žít v České republice 3,205 milionu osob starších 65 let. Jedná se o nárůst o 1,047 milionu (o 32,6 %) oproti roku 2020.² Z toho lze odvodit, že se zvyšuje potřeba a důležitost sektoru sociálních služeb. Obecně lze konstatovat, že sociální systémy v České republice musely

po společenských změnách spojených s koncem vlády komunistické strany v roce 1989 projít zásadní proměnou. Celá reforma byla postavena na třech pilířích – sociální pomoci, sociální podpoře a sociálním pojištění. První změny byly uzákoněny již v roce 1995 (nemocenské pojištění, důchodové pojištění, životní minimum, státní sociální podpora), celý proces však trval až do roku 2011, kdy byl zakončen přijetím zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Vlastní zákon o sociálních službách byl přijat společně se zákonem o pomoci v hmotné nouzi po více než deseti letech od zahájení reformy, tedy v roce 2006 s účinností od ledna 2007. Jedním z prvních zákonů, které řadíme do sociální reformy, byl zákon o nemocenském pojištění. V rámci českého systému sociální ochrany obyvatelstva jsou systémy nemocenského a zdravotního pojištění koncipovány odděleně.

¹ Český statistický úřad. odbor statistiky obyvatelstva. Vývoj obyvatelstva České republiky

(<https://www.czso.cz/documents/10180/142755448/13006921.pdf/c2f581b5-19a5-4c55-bfde-020bfe16c155?version=1.1>).

² Český statistický úřad. odbor statistiky obyvatelstva. Vývoj obyvatelstva České republiky – 2018–2100

(<https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>).

Sociální služby v České republice jsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 32–70. Sociální služby se podle nové právní úpravy dělí na tři oblasti:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Zákon rovněž definuje formy, v jakých se tyto služby mohou poskytovat. Jsou to služby:

- **Pobytové** – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- **Ambulantní** – služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena, příp. dopravována do zařízení sociálních služeb, jejichž součástí není ubytování.
- **Terénní** – služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Jednotlivé formy sociálních služeb jsou kombinovány tak, aby byla zajištěna maximální efektivnost. Základní činnosti při poskytování sociálních služeb jsou stanoveny v § 35 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, rozsah poskytovaných úkonů v rámci základní činnosti u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanoven prováděcím předpisem (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Aby mohl poskytovatel sociální služby provozovat svou činnost, je nutné splnit podmínku získání registrace a následného zařazení do Registru poskytovatelů sociálních služeb. Registrace je také jedním z předpokladů pro čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů. Dle zákona o sociálních službách existují dvě výjimky z registrace:

- poskytuje-li osobě pomoc osoba blízká nebo asistent sociální péče, který tuto činnost nevykonává jako podnikatel;

- má-li fyzická nebo právnická osoba sídlo v jiném členském státě Evropské unie a poskytuje-li sociální služby ve smyslu tohoto zákona na území České republiky dočasně a ojedinele, musí prokázat, že je:

- státním příslušníkem členského státu nebo má sídlo v jiném členském státě Evropské unie;
- držitelem oprávnění k výkonu činnosti uvedené v odstavci 1 § 84 zákona o sociálních službách podle právních předpisů jiného členského státu Evropské unie.

Cizí státní příslušníci mají oznamovací povinnost vůči příslušnému krajskému úřadu, kterému musí nahlásit zahájení činnosti. Činnost mohou zahájit až ode dne tohoto oznámení.

Poskytováním sociální služby bez registrace se subjekt dopouští spáchání přestupku, za který mu může být podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uložena pokuta až do výše 2 milionů Kč.

Jednotlivé druhy sociálních služeb jsou tedy definovány několika charakteristickými znaky, jedná se především o formu poskytování (terénní, ambulantní a pobytovou), cílovou skupinu osob, pro kterou je služba určena, a výčet základních činností, které musí svým klientům nabízet. Zároveň musí být služby poskytovány v souladu se standardy kvality – souborem patnácti okruhů otázek, jejichž dodržování je kontrolováno inspekcí kvality, která je součástí Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV ČR). Úkolem těchto standardů je vytvoření myšlenkového a srovnávacího rámce pro poskytování sociálních služeb.

Standardy kvality sociálních služeb:**▪ Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb**

Každý poskytovatel by měl definovat poslání, cíle a pracovní postupy pro svou organizaci, stejně jako cílovou skupinu, které se chce věnovat. Tyto informace by měly být volně dostupné v písemné formě. Každý poskytovatel by měl ctít názory a vůli svých uživatelů.

▪ Ochrana práv osob

Poskytovatelé by měli písemně zpracovat pravidla, aby předcházeli situacím, při nichž by při poskytování sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod uživatelů nebo by mohlo dojít ke střetu zájmů poskytovatele se zájmy uživatelů. Dále by poskytovatel měl písemně zpracovat pravidla pro přijímání darů od uživatelů či jejich rodin.

▪ Jednání se zájemcem o sociální službu

Pro efektivnější a snadnější hledání vhodné sociální služby pro uživatele by poskytovatelé měli připravit nabídku poskytovaných služeb, jejich podmínky a určit pracovníka, který se zájemci projedná jeho požadavky a možnosti dané služby. Výsledkem je buď uzavření smlouvy, nebo existence důvodů, pro které nelze zájemce přijmout. V případě odmítnutí zájemce musí daný pracovník poskytnout poradenství, jak v hledání potřebné služby pokračovat.

▪ Smlouva o poskytování sociální služby

Při uzavírání smlouvy by poskytovatel měl přihlížet k individuálním schopnostem uživatelů a postupovat tak, aby nový uživatel či jeho zástupce rozuměl obsahu a účelu smlouvy. Ve smlouvě by měl být sjednán rozsah a průběh poskytování služby s ohledem

na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přáních uživatele.

▪ Individuální plánování průběhu sociální služby

V rámci stanoveném smlouvou probíhá permanentní proces individuálního plánování, pomocí kterého dochází k ověřování plnění naplánovaných úkonů, osobních cílů uživatele, a probíhá případná korekce. Poskytovatel umožní uživateli vyjádřit svou vůli, názory, případně emoce. Individuální plán je naplňován v rámci poskytování sociální služby. Pro získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby uživatelům by měl být vytvořen systém, jak mezi sebou sdílet informace.

▪ Dokumentace o poskytování sociální služby

Poskytování sociálních služeb uživatelům musí být zaznamenáváno v příslušné dokumentaci, a to s ohledem na zákonné požadavky (např. u zdravotnické dokumentace) a potřeby procesu poskytování sociální služby. V případě, že není zákonem stanovena doba pro uchování dokumentace, musí být tato doba stanovena poskytovatelem.

▪ Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Jednou z možností, jak může uživatel sdělovat svou nespokojenost se způsobem, kterým je mu sociální služba poskytována, jsou oficiální stížnosti. Vyřizování stížností by mělo být transparentní a objektivní, pravidla pro podávání a vyřizování stížností by měla být v písemné formě a musí je znát všichni zaměstnanci. Uživatel musí mít možnost zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti. Stížnosti musí být evidovány a písemně

vyřizovány v přiměřené lhůtě. V případě, že je uživatel s vyřízením stížnosti nespokojen, musí ho poskytovatel informovat o možnosti obrátit se na nadřízený orgán nebo na instituci sledující dodržování lidských práv.

▪ **Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**

Poskytovatel by svou činností neměl nahrazovat běžně dostupné veřejné služby. Uživatele by měl naopak podporovat, aby využívali dostupné veřejné služby, jako jsou obchody, kina, divadla, knihovny, kadeřnictví apod., a udržovat tak původní kontakty a vztahy s přirozeným sociálním prostředím.

▪ **Personální a organizační zajištění sociální služby**

Poskytovatelé si musí stanovit organizační strukturu včetně počtu pracovních míst, pracovních profilů, kvalifikačních požadavků a osobnostních předpokladů pracovníků v sociálních službách, a to přiměřeně druhu poskytované sociální služby, její kapacitě, počtu a potřebám uživatelů. Poskytovatel musí zpracovat pravidla pro personální práci v organizaci, pravidla pro přijímání a zaškolení nových zaměstnanců, popřípadě pro zaškolení a působení dobrovolníků.

▪ **Profesní rozvoj zaměstnanců**

Součástí firemní kultury poskytovatele musí být systém dalšího vzdělávání. Zaměstnanci by měli mít individuálně stanovený plán dalšího vzdělávání. Důležitým aspektem rozvoje zaměstnanců je i jejich motivace. Poskytovatel by měl stanovit transparentní pravidla pro odměňování a systém pro morální oceňování zaměstnanců. Pro úspěšné poskytování sociálních služeb je důležité vzájemně sdílet infor-

mace. Poskytovatel musí mít zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci v reálném čase s cílem kontinuálně zabezpečit kvalitní a bezpečné poskytování sociální služby.

▪ **Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby**

Kde a kdy bude poskytována sociální služba, určuje poskytovatel. Musí tak konat s ohledem na druh služby, okruh uživatelů a jejich individuální potřeby.

▪ **Informovanost o poskytované sociální službě**

Každý poskytovatel musí prezentovat svou službu nejen potenciálním, ale také stávajícím uživatelům. Pro tyto účely má mít zpracovaný srozumitelný soubor informací o dané sociální službě.

▪ **Prostředí a podmínky**

Sociální služby by měly být poskytovány v přiměřených materiálních, technických a hygienických podmínkách odpovídajících druhu služby a její kapacitě. Při posuzování přiměřené úrovně se vychází z právních předpisů, jako jsou zdravotnické předpisy upravující hygienické podmínky či stavební předpisy upravující požadavky na parametry budov s ohledem na jejich deklarované využití.

▪ **Nouzové a havarijní situace**

V rámci své činnosti musí poskytovatel předvídat možné nouzové a havarijní situace, písemně je definovat a připravit reálné postupy pro jejich řešení. S těmito plány musí být prokazatelně seznámeni všichni zaměstnanci i uživatelé. Zároveň musí poskytovatel vytvářet podmínky, které zajistí, že budou tyto postupy úspěšně použity.

▪ Zvyšování kvality sociální služby

Proces poskytování sociální služby je nutné neustále evaluovat, a to prostřednictvím zjišťování spokojenosti uživatelů, hodnocení zaměstnanců a dalších zainteresovaných fyzických a právnických osob. Dalším zdrojem pro evaluaci jsou došlé stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Výsledky vyhodnocování jsou podnětem pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

1.1 Vybavenost regionů České republiky sociálními službami pro seniory

Potřebnost péče je ve všech evropských zemích v posledních letech vnímána jako nové sociální riziko. Jednotná definice tohoto pojmu dodnes neexistuje, přesto je zpravidla vnímána jako dlouhodobá nebo trvalá ztráta samostatnosti při provádění každodenních úkonů. Za účelem definice potřebnosti péče se často používají tzv. kritéria ADL (Activities of Daily Living), kam patří schopnost, potažmo neschopnost se sám obléknout a svléknout, samostatně pečovat o tělesnou hygienu, sám se uložit do postele nebo sám z postele vstát a pohybovat se alespoň v rámci bytu. Obecně pro Českou republiku platí, že je seniorům poskytována péče nejčastěji v jejich vlastních domácnostech ve formě pečovatelské služby. Rok 1990 přinesl rozvoj dalších forem služeb, především těch ambulantních; jejich nabídka ale není na území republiky rovnoměrná.

Struktura forem jednotlivých sociálních služeb je dána geografickým profilem regionu: regiony s převažujícím rovinným profilem budou disponovat vyšší vybaveností pečovatelskou

službou, než je tomu v regionech s převážně hornatým profilem. Tam se naopak můžeme setkat s více místy v domovech pro seniory. Pro hodnocení rozsahu poskytovaných služeb v jednotlivých regionech nemůžeme uplatňovat stejná hlediska na celém území. Musíme mít na paměti, že existují objektivní charakteristiky, které determinují určité rozdíly, které vyplývají např.:

- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, velikosti obce a hustoty obyvatelstva;
- z míry urbanizace;
- ze struktury obyvatelstva na daném území z pohledu věku, kvalifikace, profese a sociální struktury, dále také z náboženských specifik jednotlivých regionů;
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny při péči o seniory;
- z nejrůznějších sociologických změn, které ve společnosti probíhají, zejména pak z rozpadu vícegeneračního soužití rodin.

Celkově můžeme říci, že nabídka sociálních služeb v České republice je z kvantitativního hlediska nedostatečná. Na umístění do domovů pro seniory se dlouho čeká, nabídka terénních sociálních služeb je nedostatečná – toto jsou hlavní problémy, se kterými se potýkají poskytovatelé sociálních služeb v podstatě ve všech regionech České republiky. Nejpodstatnější roli v tomto problému hraje stávající systém financování sociálních služeb. Ten je založen na vysoké míře centrální regulace a závislosti poskytovatelů sociálních služeb na dotacích ze státního rozpočtu, na které ale není právní nárok.

Významnou část péče, která je seniorům v České republice poskytována, tvoří pobytové sociální služby. Přesto si však senioři velmi často přejí





zůstat co možná nejdéle ve svém prostředí. Samostatné bydlení v prostředí, které senior zná, za maximální podpory příbuzných nebo profesionálů ambulantních služeb, je nejrozšířenějším způsobem bydlení.

Potřeby klienta a způsoby, jak je naplnit, jsou v jednotlivých sociálních službách přesně definovány, a to nejen danou legislativou, ale také kvalifikací pracovníků. Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu obyvatele pečovatelské služby, ve většině případů je automaticky přesunut do pobytového zařízení. Obě tyto formy péče (v pobytovém zařízení, ale i v přirozeném prostředí) tvoří podstatný pracovní, hospodářský i nákladový faktor. Předpokládá se, že tento vývoj bude s ohledem na demografický vývoj a gerontologické trendy pokračovat i v následujících letech.

Na úroveň vzdělávání pracovníků a jejich celoživotní vzdělávání je v České republice kladen značný důraz. Z pohledu kvality poskytovaných sociálních služeb je tato skutečnost předností, nicméně nízká úroveň finančního ohodnocení ústí ve vysokou pracovní migraci. Zvýšení platů, které budou srovnatelné s platy pracovníků v obdobných pracovních kategoriích v nemocnicích, a zavedení pružné pracovní doby, která by dovolila skloubit pracovní a rodinné povinnosti pracovníků, by mohlo pomoci snížit vysokou fluktuaci pracovníků.

K dalším takovým opatřením, kterým by bylo možné předejít fluktuaci, se řadí posilování motivace a spokojenosti sociálních pracovníků a ošetřovatelského personálu ze strany managementu. Důležité je, aby sociální služby neopouštěli starší a zkušenější pracovníci. Dalším důležitým faktorem může být podpora zdraví, aby se

u zaměstnanců předešlo přepracování a neprojevil se u nich syndrom vyhoření.

1.2 Financování sociálních služeb

Sociální služby jsou v České republice financovány vícezdrojově, a to kombinací veřejných (dotace ze státního rozpočtu, rozpočty krajů a obcí, zdravotní pojišťovny a fondy ESF) a soukromých zdrojů (úhrady za péči a ostatní úhrady). Od roku 2013 náklady na systém sociálních služeb kontinuálně rostou a zvyšuje se tak množství financí, které pocházejí z veřejných i soukromých zdrojů. Stěžejními zdroji financování sociálních služeb jsou dotace z veřejných rozpočtů, příspěvek na péči a úhrada ošetřovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění. Výdaje na poskytování sociální služby se neustále zvyšují.

1.2.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je poskytován osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Formou tohoto příspěvku se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných formách pomoci při zvládnutí základních životních potřeb. Nárok na tento příspěvek má osoba, která kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, pokud jí tuto pomoc poskytuje:

- osoba blízká;
- asistent sociální péče;
- registrovaný poskytovatel sociální služby.

Závislost na pomoci jiné fyzické osoby se rozděluje do čtyř stupňů. V případě starších osob, které nejsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopné zvládat zajistit své základní životní potřeby, jsou stupně rozděleny následovně:

- **I. stupeň** (lehká závislost) – osoba není schopna zvládat vykonávat tři nebo čtyři základní životní potřeby;
- **II. stupeň** (středně těžká závislost) – osoba není schopna zvládat vykonávat pět nebo šest základních životních potřeb;
- **III. stupeň** (těžká závislost) – osoba není schopna zvládat vykonávat sedm nebo osm základních životních potřeb;
- **IV. stupeň** (úplná závislost) – osoba není schopna zvládat vykonávat devět nebo deset základních životních potřeb a je potřeba každodenní pomoc, dohled či péče jiné fyzické osoby.

Základní potřeby, které jsou posuzovány pro stanovení stupně závislosti, vycházejí z tzv. Katzova indexu nezávislého denního života a jedná se o:

- mobilitu;
- orientaci;
- komunikaci;
- stravování;
- oblékání a obouvání;
- tělesnou hygienu;
- výkon fyziologické potřeby;
- péči o zdraví;
- osobní aktivity;
- péči o domácnost.

Při hodnocení schopnosti vykonávat jednotlivé základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad nepříznivého zdravotního stavu na schopnost tyto potřeby uspokojovat. Závislost

při vykonávání konkrétní základní životní potřeby musí mít příčinnou souvislost mezi poruchou funkčních schopností způsobenou nepříznivým zdravotním stavem a ztrátou schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnost se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, předmětů denní potřeby, prostředků nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.

Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 880 Kč / 39 eur, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 400 Kč / 170 eur, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 12 800 Kč / 340 eur, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 19 200 Kč / 515 eur, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

V České republice je přes 370 000 příjemců příspěvku na péči.

Kromě příspěvku na péči jsou v České republice poskytovány také další příspěvky v rámci režimu pomoci lidem v hmotné nouzi nebo příspěvky pro zdravotně postižené. Příspěvky poskytované z režimu hmotné nouze se zpravidla vyplácejí na základě posouzení celkové sociální a příjmové situace žadatelů a členů jejich domácnosti. Příspěvky pro osoby se zdravotním postižením se pak vyplácejí na základě posouzení sociálních důsledků, které vyplývají ze zdravotního postižení žadatele. I v tomto případě se přihlíží k celkové příjmové situaci žadatele.

Od 1. června 2018 funguje v oblasti nemocenského pojištění nový nástroj, tzv. dlouhodobé ošetrovatelství. Tento nástroj pojistí zaměstnance až na dobu tří měsíců, a to v případě, že po minimálně týdenní hospitalizaci převezme do své péče např. rodiče závislého na cizí pomoci.

1.2.2 Dotační systém

Dotační systém pro financování sociálních služeb je v České republice velmi úzce vázán na zajištění úkolů krajů v systému sociálních služeb. Kraje jsou vázány zákonem, aby zajistili dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území a jejich jednání musí být v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Dostupnost je krajem zajištěna prostřednictvím sítě sociálních služeb, jejichž strukturu má plně ve své kompetenci, má ale brát zřetel na informace, které o potřebách obyvatel získává od obcí v kraji. K naplnění této povinnosti poskytuje MPSV ČR dotace. Dotaci je možné použít pouze na financování běžných výdajů spojených s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb. Podporu poskytování sociálních služeb získá pouze ten, kdo je součástí sítě sociálních služeb uvedených ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje.

Výše dotace pro jednotlivé kraje se stanovuje podle celkového objemu finančních prostředků alokovaných v rámci státního rozpočtu v kapitole MPSV ČR, a to pomocí procentního poměru pro konkrétní kraj (tzv. směrné číslo). Procentní poměr na dotaci je pro všechny kraje určen přílohou k zákonu o sociálních službách. V případě, že kraj požádá o dotaci nižší, než je stanovena procentním poměrem, bude dotace

stanovena ve výši požadavku podle žádosti kraje o poskytnutí dotace. Do systému udílení dotací krajům vstupuje také legislativa Evropské unie, a to ve smyslu uplatnění pravidel pro státní podporu podnikům pověřením poskytovaním služeb obecného hospodářského zájmu.

Pro daný dotační rok MPSV ČR vždy vyhláší Priority dotačního řízení, které reflektují vybrané potřeby České republiky, a tím stanovuje podporu sociálním službám, které např. zajišťují péči o specifické cílové skupiny (např. osoby s poruchou autistického spektra). Dále při vydání Priorit dotačního řízení bere v úvahu financování daného typu služeb, např. v kontextu jiných zdrojů financování, které není zajištěno kontinuálně (např. služby sociální prevence, které jsou částečně financovány ze zdrojů strukturálních fondů). Priority jsou MPSV ČR vydávány v rámci „Výzvy pro podávání žádostí o dotaci ze státního rozpočtu podávaných kraji a hlavním městem Prahou“.

Dotace ze státního rozpočtu je určena k financování běžných výdajů sociálních služeb, vyjma zdravotní péče, a to i přesto, že poskytování zdravotní péče je u některých sociálních služeb stěžejní činností. V tomto směru je poskytnutí dotace omezeno proto, že financování zdravotní péče v České republice je striktně zajištěno ze zdrojů fondů zdravotních pojišťoven.

Principy dotačního řízení jsou v souladu s dlouhodobými prioritami resortu v systému sociálních služeb. Právě proto jsou v prioritách vyhlášeny takové priority pro takové služby, které přednostně zajišťují pobyt uživatelů v jejich přirozeném prostředí, domácnosti a místní komunitě.

Cílem MPSV ČR je v rámci dotačního řízení vyloučit střet zájmů, zajistit rovný přístup financí ke všem poskytovatelům sociálních služeb, a to bez ohledu na jejich právní formu. V procesu rozhodování o poskytnutí dotace krajům má podstatnou roli také dotační komise, která je poradním orgánem ministra a která připravuje doporučení k rozhodnutí o udělení dotace. Dotační komise se skládá z relevantních zástupců systému sociálních služeb, jakými jsou: veřejná správa, poskytovatelé sociálních služeb a zástupci zaměstnanců v daném sektoru.

1.2.3 Výzva finanční udržitelnosti

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na léta 2016–2025 uvádí, že s ohledem na demografický vývoj a rostoucí poptávku uživatelů není současný systém financování sociálních služeb udržitelný.

Pokud by současný model financování a legislativní regulace sociálních služeb zůstaly zachovány, bylo by velmi obtížné podporovat osoby se sníženou soběstačností v jejich samostatném životě. Strategie správně identifikuje několik příčin takového hodnocení, cituje především nedostatek spolehlivých údajů o financování sociálních služeb, což znemožňuje jakékoli relevantní srovnání a sčítání (tamtéž). Nelze provést žádné relevantní posouzení účinnosti.

Dotace z veřejných rozpočtů představují zásadní zdroj financování především pro neziskové poskytovatele. Tyto dotace jsou vypláceny v rámci grantového systému na jeden rok a poskytovatelé si nikdy nemohou být jisti, zda jejich projekt v následujícím roce uspěje. Dlouhodobé plánování, personální politika, inovace a investice jsou v tomto schématu

nepravděpodobné a pozice klientů samozřejmě není jistá. Současná strategie, jako oficiální dokument potvrzený kabinetem (vyhláška vlády č. 245/2016), dokonce požaduje zavedení povinných dotací z rozpočtu ústřední vlády. To by vytvořilo revoluční precedens v systému veřejných financí a bylo by překvapivé, kdyby nějaká vláda skutečně provedla takovou změnu politiky. Reálnější variantou se jeví zavedení jakýchsi střednědobých smluv.

1.3 Vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách

Vzdělávání pro oblast sociálních služeb je v České republice upraveno v zákoně o sociálních službách. Tato zákonná úprava platí pro všechny typy sociálních služeb bez ohledu na jejich zaměření (cílovou skupinu klientů). V zákoně je také upraveno vzdělávání sociálních pracovníků, zde ale překračuje rámec sociálních služeb a vztahuje se i na sociální pracovníky, kteří jsou zaměstnáni na úrovni obcí a krajů nebo v jiných službách, ve kterých sociální pracovník také působí (např. v oblasti zdravotnictví). Z pohledu zákona rozdělujeme vzdělávání na dvě úrovně:

- Kvalifikační vzdělávání – takové vzdělávání, které musí zaměstnanec splňovat, aby mohl vykonávat práci v sociálních službách
- Další vzdělávání

Kvalifikační vzdělávání sociálních pracovníků

Mezi základní činnosti sociálního pracovníka patří např. sociální šetření a zabezpečení sociální agendy včetně řešení sociálněprávních problémů v zařízeních poskytujících péči o seniory. Dále také provádí depistážní činnost (vyhledávání osob, které jsou ohrožené sociálním

vyločením), poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a koordinuje poskytování sociálních služeb na úrovni komunity.

Zákon předpokládá, že sociální pracovník získá kvalifikaci studiem na:

- vyšší odborné škole v oborech zaměřujících se na sociální práci a sociální pedagogiku, sociálněprávní činnost, sociální a humanitární práci, charitativní a sociální činnost;
- vysoké škole v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřujícím se na sociální práci, sociální péči, sociální politiku, sociální nebo speciální pedagogiku, sociální patologii nebo sociální právo.

Další vzdělávání sociálních pracovníků

Získání kvalifikace pro vykonávání svého povolání je pouze začátkem celoživotního procesu vzdělávání a zdokonalování se. Ze zákona je zaměstnavatel v České republice povinen zajistit sociálním pracovníkům další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Zákonem je také stanoveno, o jaké formy dalšího vzdělávání se jedná. Konkrétně se jedná o:

- specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazujícími na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka;
- účast v akreditovaných kurzech;
- odborné stáže;
- účast na školicích akcích;
- účast na konferencích.

Vzdělávání pracovníků v sociálních službách

V porovnání se sociálními pracovníky jsou pracovníci v sociálních službách diferencovanější

skupinou. Dle zákona jsou rozděleni do čtyř skupin. Obecně můžeme definovat pracovníka v sociálních službách jako osobu, která poskytuje přímou obslužnou péči uživatelům v ambulantních nebo pobytových zařízeních. Přímá obslužná péče spočívá v nácvičku jednoduchých denních činnostech, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s věcmi denní potřeby a v podpoře soběstačnosti včetně uspokojování psychosociálních potřeb. Stejně je to také v případě, kdy uživatelé žijí ve své domácnosti. V tomto případě k výše uvedeným činnostem patří také komplexní péče o klientovu domácnost a provádění osobní asistence. Pod dohledem sociálního pracovníka může pracovník v sociálních službách vykonávat také další činnosti, jako je např. depistážní činnost, výchovné, vzdělávací, aktivizační a další činnosti, které spočívají v poskytování pomoci v rámci uplatňování práv a oprávněných zájmů uživatelů.

Pro pracovníky v sociálních službách, aby mohli vykonávat svou činnost, platí kvalifikační požadavek v podobě dosažení minimálně základního vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Obsah kurzu je upraven prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. a skládá se z obecné a zvláštní části.

Obecná část kurzu se skládá z těchto okruhů:

- úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb;
- základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace;
- úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie;
- základy ochrany zdraví;

- etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost;
- základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě;
- sociálněprávní minimum;
- metody sociální práce.

Zvláštní část kurzu se skládá z těchto okruhů:

- základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění;
- aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času;
- prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby;
- základy výuky péče o domácnost;
- odborná praxe;
- krizová intervence;
- úvod do problematiky zdravotního postižení;
- zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany.

Rozsah kurzu je stanoven na minimálně 150 výukových hodin, z toho zvláštní část musí být v rozsahu minimálně 80 výukových hodin. Stejně jako sociálním pracovníkům i pracovníkům v sociálních službách musí zaměstnavatel zabezpečit další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým dochází k obnovení, upevnění a doplnění kvalifikace pracovníků.

1.4 Sociální dialog a partneři v sociálních službách

Sociální služby jsou v sociálním dialogu zastoupeny dvěma organizacemi Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče a Unii zaměstnavatelských svazů ČR.

1.4.1 Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky (OSZSP ČR)

OSZSP ČR zahrnuje cca 45 000 členů (z toho jednu třetinu v sociálních službách, tedy 15 000 členů) a je největším Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče v ČR a třetím největším Svazem v Českomoravské konfederaci odborových svazů (ČMKOS). Členy jsou zaměstnanci ve zdravotnictví a sociální péči a dalších navazujících organizacích, jako jsou střední zdravotnické školy, lékařské fakulty apod. Řady zastupovaných profesí jsou široké – od pečovatелů, sester, asistentů až po střední management, provozní personál, řidiče aj.

OSZSP ČR má 107 živnostenských organizací, z nichž tři jsou poskytovateli nestátních neziskových organizací (NNO).

OSZSP ČR má své zástupce ve čtyřech tripartitních pracovních týmech:

- Pracovní tým pro sociální věci
- Pracovní tým pro zdravotnictví
- Pracovní tým pro veřejnou správu
- Pracovní tým pro neziskové organizace

1.4.2 Unie zaměstnavatelských svazů České republiky (UZS ČR)

UZS ČR je členem Rady pro hospodářský a sociální dialog ČR, podílí se na tvorbě legislativních norem a sektorových rozvojových

konceptí, zpracovává stanoviska a doporučení pro veřejnou správu všech úrovní, dále rozvíjí činnost členských sdružení, spolupráci mezi nimi a realizaci sociálního dialogu.

Celkem 36 současných členských asociací je rozděleno podle oblasti své specializace do osmi sekcí:

1. Sekce zdravotnictví;
2. Sekce průmyslu a moderní energetiky;
3. Sekce školství a vzdělávání;
4. Sekce pojišťoven a finančních služeb;
5. Sekce sociálních služeb;
6. Sekce kultury;
7. Sekce zemědělství a životního prostředí;
8. Sekce neziskových organizací.

Každá sekce je vedena místopředsedou. V současnosti UZS ČR zastupuje téměř 16 000 organizací s více než 600 000 zaměstnanci.

UZS ČR je největší a nejsilnější zaměstnavatelskou organizací zastupující veřejné služby z oblasti: zdravotnictví, sociálních služeb, kultury, školství atd.

V sekci sociálních služeb Svaz sdružuje pět organizací:

- Asociaci poskytovatelů sociálních služeb České republiky (1 246 členských organizací)
- Českou radu sociálních služeb (cca 100 členských organizací)
- Konfederaci poskytovatelů sociálních služeb (cca 200 členských organizací)
- Charitu Česká republika (cca 300 členských organizací)
- Diakonii ČR (cca 40 členských organizací)

1.4.2.1 Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (APSS ČR)

APSS ČR je největší profesní organizací sdružující poskytovatele sociální péče v České republice. Byla založena v roce 1991 a sdružuje více než 1 246 poskytovatelů sociálních služeb ve 2 785 sociálních službách. Sdružení je rozděleno do 14 regionálních organizací a odborných sekcí napříč republikou (přijímací střediska a noclehárny, pobytová, domácí a denní péče, adiktologické služby, denní centra pro děti a mládež aj.).

Spolek zastupuje a hájí zájmy svých členů, zprostředkovává a seznamuje poskytovatele sociální péče s vědeckými a výzkumnými poznatky, předává svým členům domácí i zahraniční zkušenosti a vzdělává a informuje je.

1.5 Sociální dialog v sociálních službách

Sociální dialog v sociálních službách bychom mohli rozdělit na bipartitní a tripartitní. Konkrétními partnery jsou OSZSP ČR, UZS ČR či APSS ČR a MPSV ČR.

1.5.1 Partneri sociálního dialogu

Každý ze tří sociálních partnerů v sociálních službách má jiné zájmy, problémy a postoje. Vyjít jim vstříc a nalézt konsensuální řešení je hlavním cílem sociálního dialogu. Témata a podněty jsou rozděleny do dvou skupin podle toho, zda je sociální dialog veden na makroúrovni, národní úrovni nebo v jednotlivých organizacích.

1.5.1.1 Sociální dialog v sociálních službách na národní úrovni

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

Zájmy a cíle ministerstva se liší v souladu s politickou reprezentací, programovým prohlášením a legislativním plánem současné vlády. Hlavní cíle a subjekty této vlády jsou v sociálních službách následující:

- Přesunout financování sociálních služeb z úrovně státu na kraje
- Nesnižovat výši státní dotace pro další roky
- Růst důchodů
- Bojovat s nezaměstnaností
- Podporovat rodiny s dětmi
- Podporovat společenský život

Zájmy a cíle odborů jsou časově stabilní a podléhají tripartitnímu, ale i bipartitnímu dialogu jak se sociálními partnery – státem, tak se zaměstnavateli:

- **Růst platů** v sociálních službách. Zaměstnanci v sociálních službách patří k druhým nejhůře placeným pracovníkům v České republice. Vykonává náročnou, potřebnou a odbornou práci. Poskytnout jí správnou, odpovídající odměnu je také součástí investic, které mají pomoci předejít nadcházejícím demografickým změnám.
- Zachovat a částečně změnit **system odměňování** v České republice tak, aby každý byl odměňován podle náročnosti práce a počtu let aktivního pracovního života (tj. např. zrušením tzv. pásmového odměňování).
- Nastartovat nový model **financování sociálních služeb** doprovázený adekvátními finančními prostředky z veřejných rozpočtů.
- **Další témata** (jako bezpečnost práce, kolektivní vyjednávání, benefity pro zaměstnavatele atd.).

Unie zaměstnavatelských svazů České republiky

Postoj k většině tématům zůstává v čase

konstantní. Avšak v některých oblastech se mohou zájmy jednotlivých skupin zaměstnavatelů lišit. Tato skutečnost je dána především tím, že existují dvě hlavní skupiny zaměstnavatelů: veřejné instituce (ve vlastnictví orgánů veřejné moci) a neziskové či soukromé organizace (firmy). Hlavní témata jsou následující:

- Nastartovat **nový model sociálních služeb**, financování doprovázené adekvátními finančními prostředky z veřejných rozpočtů.
- Prosazování takových **právních aktů**, které by usnadnily každodenní život v organizacích (snížení byrokracie, omezení zbytečných pravidel a postupů atd.).
- Změnit **systemy jakosti a kontroly jakosti**.
- Postupný **nárůst počtu pracujících v sociálních službách** (zejména v domovech pro seniory).

1.5.1.2 Sociální dialog v zařízeních poskytujících sociální služby

Sociální dialog na „mikro“ úrovni, tedy mezi odborovými organizacemi a zaměstnavatelem, je v podstatě vyjednáváním kolektivní smlouvy.

Vyjednávání o kolektivní smlouvě je upraveno zákonem o kolektivním vyjednávání. Další předpisy (o platnosti a závazku) jsou upraveny v zákoníku práce. K podpisu kolektivní smlouvy je oprávněn pouze zaměstnavatel a místní odborová organizace.

Kolektivní smlouva zpravidla obsahuje řádné označení smluvních stran, dále předmět kolektivních smluv, práva a povinnosti smluvních stran. Nejdůležitější je část práv zaměstnance vyplývající z dohody a část obsahující konkrétní práva a nároky zaměstnance, jako je pracovní doba, dovolená, překážky v práci, odstupné

v rámci zákona upravujícího mzdovou problematiku, a výhody/benefity poskytované zaměstnavatelem. Kolektivní smlouva obvykle obsahuje i další související otázky (ne v přímé souvislosti s výkonem práce), například hromadné stravování, tvorbu sociálního fondu a jeho čerpání pro zaměstnance nebo úpravu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP).

Obě strany jsou povinny zahájit jednání o nové kolektivní smlouvě nejméně 60 dnů před skončením platnosti staré kolektivní smlouvy.

Nedojde-li k dohodě, mohou si strany zvolit mediátora, který je zároveň rozhodcem. Nedohodnou-li se vyjednávači zaměstnanců a zaměstnavatele s mediátorem, je mediátor jmenován MPSV ČR. Do 15 dnů předloží mediátor oběma stranám smířčí dohodu. Nepřijmou-li obě strany tuto dohodu do 15 dnů, je řízení považováno za neúspěšné.

Podle ČMKOS bylo v roce 2002 uzavřeno 4 314 podnikových kolektivních smluv 4 314 organizacemi. Tyto podnikové kolektivní smlouvy se týkají 1 075 987 zaměstnanců (což je cca 27 %).

V sociálních službách působí kolem 2 500 poskytovatelů, z nichž cca 200 z nich má kolektivní smlouvu nebo vyjednává.

1.5.2 Způsoby sociálního dialogu

V konkrétních organizacích probíhá sociální dialog v komunikaci mezi zaměstnanci (zastoupenými odborovou organizací) a zaměstnavatelem zastoupeným statutárním zástupcem. Předmětem těchto jednání a komunikace je především kolektivní smlouva, ale i další důležité organizační změny, pracovní

podmínky, propouštění atd. Odborové organizace mohou vstoupit do některého z již existujícího svazu, nebo být samostatné. U jednoho (stejného) zaměstnavatele může existovat více odborových organizací.

1.5.2.1 Sociální dialog v sociálních službách na národní úrovni

Na národní úrovni má sociální dialog jinou podobu než na místní úrovni, tedy v jednotlivých organizacích. Každý sociální partner využívá své komunikační kanály a způsoby, některé jsou běžné, jiné ne.

Při sociálním dialogu v sociálním sektoru působí tripartitní orgán (tzv. pracovní tým pro sociální otázky). Tento orgán tvoří delegace státu (ministr, náměstci), zaměstnavatelských organizací a odborů. Projednávají a zaujmají stanoviska ke všem důležitým právním úkonům, rozhodnutím, změnám včetně Strategického akčního plánu DEI atd. Tento orgán se schází dle potřeb zástupců Tripartity zpravidla 4–5krát ročně.

Odborový svaz zdravotníků a sociální péče České republiky

OSZSP ČR je silnou organizací s kvalifikovaným personálem, silnou pozicí a dobrými odborníky. Bezesporu je to profesní organizace, která ví, jak komunikovat se svými členy, státem, ale i médií či širší veřejností.

Hlavní platformou pro dosažení cílů je tripartitní plénum a jednotlivé pracovní týmy. OSZSP ČR komunikuje v českých médiích (novinách, televizi, rozhlase a dalších prostředcích) především prostřednictvím svého předsedy. OSZSP ČR se setkává také s poslanci, politiky a dalšími odborníky. Za zmínku stojí i komunikace se členy. OSZSP ČR je regionálně

strukturovaná a kraje se pravidelně scházejí samy se sebou, ale také s předsednictvem OSZSP ČR. Členové jsou informováni prostřednictvím webu a také prostřednictvím svého tištěného časopisu.

V neposlední řadě funguje také bipartitní dialog se zaměstnavateli. Kromě pravidelných schůzek v období tripartity a pléna navštěvují oba sociální partneři svá valná shromáždění a samostatně se scházejí, projednávají své zájmy a volí správnou vyjednávací taktiku především vůči státu.

Unie zaměstnavatelských svazů

České republiky

UZS ČR má oproti OSZSP ČR jinou strukturu, a tedy i jiný způsob fungování. UZS ČR není organizován regionálně. Přestože UZS ČR zastupuje téměř 16 000 organizací, nezastupuje je přímo. Sdružuje asociace a právě tyto asociace komunikují s jednotlivými organizacemi (jako v případě Asociace poskytovatelů sociálních

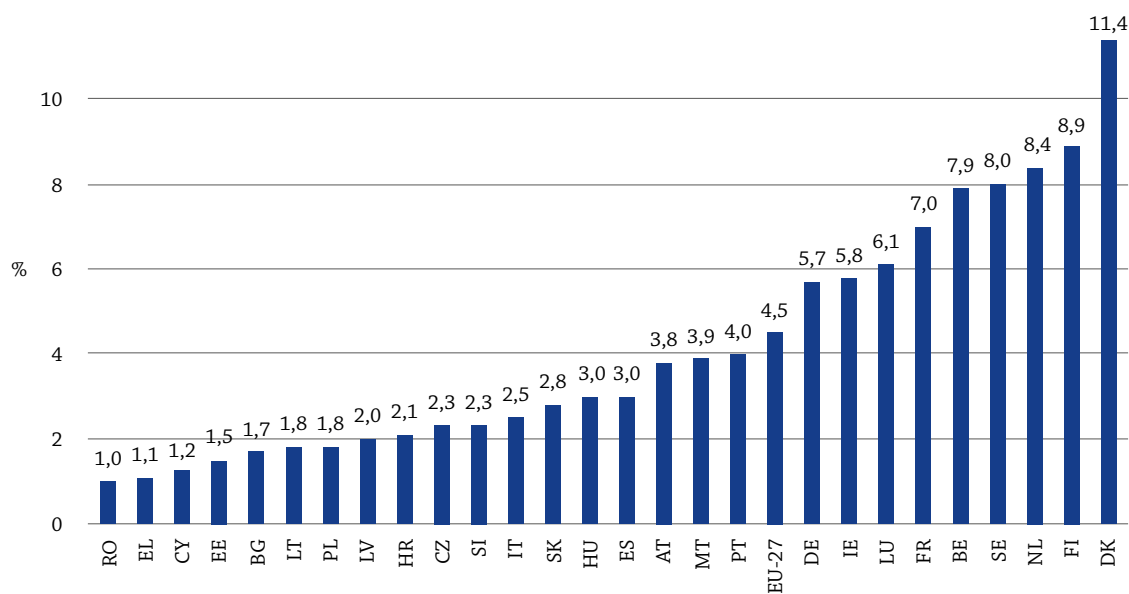
služeb ČR, která má 14 krajských organizací, jež komunikují přímo se svými členy).

Hlavní komunikační proud je jako s OSZSP ČR v tripartitních týmech a plénu. Také UZS ČR jedná a setkává se s členy vlády, náměstkyně ministrů, poslanci a dalšími zainteresovanými stranami či názorovými vůdci. UZS ČR je dynamická organizace, která v poslední době zaznamenala znatelný růst a rozvoj.

1.6 Mzdy a platy v sociálních službách

Podíl zaměstnanosti v sektoru sociálních služeb se mezi členskými státy velmi liší, od pouhého 1% v Rumunsku po 11,4% v Dánsku. Nadprůměrný podíl zaměstnanosti v sociálních službách mají vedle severovýchodních zemí (Dánska, Finska, Švédsko) Nizozemsko, Belgie, Francie, Lucembursko, Irsko a Německo. Na druhém konci spektra jsou většinou nové členské státy a jižní země (viz graf 1).

Figure 1: Share of the social services workforce in relation to total workforce 2020 in the EU-27



Graf 1: Podíl pracovní síly v sociálních službách na celkové pracovní síle v roce 2020 v EU-27

Source: Eurostat Labour Force Survey, employment 15 years and over in the social services sector (NACE 87 and 88) as share of total employment (all NACE codes)

Zaměstnanci sociálních služeb (zejména pečovatelé) byli dlouhodobě nedostatečně finančně ohodnoceni. V roce 2017 v České republice klesla míra nezaměstnanosti na 2,9% (měření ILO) a dostala se tak na nejnižší úroveň v EU. Bylo těžké získat kvalifikované i nekvalifikované pracovníky. Poptávka po práci byla ovlivněna zvýšením platů na trhu práce v soukromém sektoru. V té době byla průměrná mzda pečovatele 750 euro brutto měsíčně.

V květnu 2017 začaly supermarkety inzerovat plat 1 000 eur na pozici skladníka či pokladní a ze sektoru sociálních služeb začali odcházet pracovníci. To způsobilo snižování kapacit v sociálních službách.

V tomto bodě UZS ČR společně s odbory stanovila následující cíle:

- Zvýšit mzdy ve veřejném sektoru (což má následný efekt v soukromém sektoru).
- Uvolnit dodatečné finanční prostředky na sociální služby pokrývající vyšší náklady (pro veřejné i soukromé poskytovatele).

Pro dosažení cílů byl vyvíjen systematický tlak na vládu, a to ze všech možných stran, konkrétně se jednalo o: společný dopis ministru práce a sociálních věcí, společnou činnost zaměstnavatelů a odborů, otevření tématu na zasedání tripartity, organizaci tiskových konferencí, oslovování jednotlivých poslanců, krajů i obcí. Výsledkem bylo, že základní plat pečovatele v roce 2017 vzrostl o 33%, technického personálu, ředitelů a administrativních pracovníků o 19,4% a u zdravotních sester působících v sociálních službách o 10% (nižší růst než u ostatních pozic z důvodu růstu o 10% v přechodném roce). To zastavilo odchod pečovatelů ze sociálních služeb.

Pečovatelé 2017–2021

- 750 euro BRUTTO měsíčně

Pečovatelé 2021

- 1 250 euro BRUTTO měsíčně
- + 66% za 5 let
- Pečovatelé v domácí a každodenní péči: 11%
- Pečovatelé v soukromém sektoru: 8–10%

Životní náklady – VŠECHNY náklady na

- 3+1, 75 m²: 588 euro
- 2+1, 60 m²: 470 euro

2. Nizozemsko

2.1 Nizozemský systém poskytování péče

Filozofie na pozadí nizozemského systému zdravotní péče je založena více méně na univerzálních principech, kterými jsou: přístup k péči pro všechny, solidarita skrze zdravotní pojištění (které je pro všechny povinné a dostupné) a kvalitní služby zdravotní péče. Nizozemský systém byl nevyhnutelně formován celou řadou historických trendů, vývojů a sociálních podmínek.

2.1.1 Krátká historie dlouhodobé péče v Nizozemsku

Před rokem 1960

Před rokem 1960 představovala dlouhodobá péče především péči o chronicky nemocné pacienty, osoby s mentálním a fyzickým postižením a o seniory. Dlouhodobá péče byla financována kombinací vysoké spoluúčasti, veřejných a filantropických příspěvků a zákonem o pojištění pro seniory a osoby s postižením. Tento složitý a značně přetížený systém byl nejen zastaralý, ale především neodpovídal standardům kvality a nezajišťoval potřebnou důstojnost.

Budování sociálního státu

V době budování sociálního státu vznikl obecný konsensus o potřebě reformy systému zdravotní péče a dlouhodobé péče, který představoval:

1. komplexní systém nemocenského pojištění, pojištění pro případ postižení a pojištění pro

nepojistitelné osoby nebo osoby s vysokým zdravotním rizikem;

2. nizozemský zákon o dlouhodobé péči (Awbz), který přinesl řešení extrémně vysoké zátěže v důsledku chronických onemocnění a postižení, které mohou postihnout kohokoliv;
3. na základě sociálního principu musí celá populace sdílet společná rizika.

Rok 2000–2014

V letech 2000–2014 dochází ke zhroucení systému dlouhodobé péče, a to především z těchto důvodů:

1. rizika pojistitelné péče byla přenesena na Awbz;
2. systém dlouhodobé péče byl velmi štědrý;
3. stárnoucí populace.

Aby došlo ke stabilizaci systému dlouhodobé péče, bylo nutné se vrátit k základům. Reforma zdravotní péče probíhala v letech 2004–2015. Prvním krokem, jak stabilizovat kolabující systém, byl nový zákon o dlouhodobé péči (Wlz, nahrazuje Awbz), který se týká pouze osob trpících chronickým onemocněním, mentálním a/nebo fyzickým postižením. Zároveň je zaveden zákon o sociální podpoře (Wmo) zabývající se péčí v domácnosti a podpůrnou péčí. Dalším krokem je přenos rizik pojistitelné péče na základní a doplňkové zdravotní pojištění, které je upraveno zákonem o zdravotním pojištění (Zvw).

2.1.2 Základy aktuálního systému zdravotní péče po reformách

Nizozemský systém zdravotní péče se řídí čtyřmi základními zákony: zákonem o zdravotním pojištění (Zorgverzekeringswet), zákonem o dlouhodobé péči (Wet langdurige zorg), zákonem o sociální podpoře (Wet maatschappelijke ondersteuning) a zákonem o mladistvých (Jeugdwet). Navíc existuje celá řada obecných zákonů (včetně zákona o konkurenceschopnosti / Mededingingswet) a několik specifických zákonů ohledně zdravotní péče (např. zákon o kvalitě pečovatelských institucí). Výše uvedené zákony o zdravotní péči představují základ nizozemského systému zdravotní péče (viz Tabulka 1).

Zákon o zdravotním pojištění (který upravuje péči v nemocnicích) a zákon o dlouhodobé péči (který se soustředí na jiné typy péče) upravují většinu nizozemského rozpočtu zdravotní péče. Zákon o dlouhodobé péči je národním zákonem, který upravuje zdravotní péči v celém Nizozemsku. Při provádění zákona o zdravotním pojištění hrají soukromé zdravotní pojišťovny klíčovou roli v systému, který je založený na „regulované konkurenci“ a na řadě specifických veřejných požadavcích. Zákon o sociální podpoře a zákon o mladistvých upravují další formy péče a podpory. Přibližně 400 municipalit v Nizozemsku

nese primární zodpovědnost za vymáhání těchto dvou zákonů.

2.1.2.1 Principy nizozemského systému zdravotní péče

Současný nizozemský systém zdravotní péče nejlépe popisuje řada nedávných změn. V roce 2006 vstoupil v platnost nový zákon o zdravotním pojištění, dle kterého mají obyvatelé Nizozemska nárok na balíček komplexního základního zdravotního pojištění. Tento zákon vykonávají soukromé, kompetitivní zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče. Je třeba poznamenat, že téměř všechny zdravotní pojišťovny v Nizozemsku jsou neziskovými družstvy, která využívají veškeré výnosy k tvorbě povinných rezerv nebo je vracejí ve formě nižšího pojistného. V Nizozemsku existuje celkem 24 pojišťovatelů, kteří nesou zodpovědnost za své provozy.

Zákon o zdravotním pojištění transformoval nizozemský systém zdravotní péče ze systému řízeného nabídkou na systém řízený poptávkou. Soukromé zdravotní pojišťovny zlepšují systém zdravotní péče několika způsoby: kratší dobou čekání a jednodušší byrokracií ve spojitosti s větším důrazem na efektivitu a kvalitu v zájmu pacientů a pojištěnců. Proces výběrového uzavírání smluv umožňuje zdravotním pojišťovnám

Zákon o zdravotním pojištění	Zákon o dlouhodobé péči	Zákon o sociální podpoře	Zákon o mladistvých
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zdravotní péče ▪ Soukromé pojištění 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dlouhodobá péče (24 hodin denně) ▪ Veřejné pojištění 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podpora dalšího nezávislého života v domácím prostředí a zapojení do společnosti ▪ Poskytuje obec 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Řešení vývojových, rodičovských a psychologických problémů a poruch ▪ Ochrana dítěte ▪ Poskytuje obec
Soukromé	Veřejné	Obec	

Tabulka 1: Čtyři zákony nizozemského systému zdravotní péče

kontrolovat efektivitu a kvalitu péče poskytované jednotlivými poskytovateli. I veřejnost má určitou kontrolu nad tímto procesem, jelikož má možnost každoročně měnit poskytovatele zdravotní péče a může ovlivnit politiku zdravotních pojišťoven a zdravotních institucí. Přestože systém zdravotní péče je v podstatě soukromý, vláda hraje kontrolní roli s cílem bránit veřejné zájmy.

2.1.2.2 Dlouhodobá péče, zdravotní služby pro mladistvé a zdravotní podpora

Zákon o dlouhodobé péči, zákon o sociální podpoře a zákon o mladistvých byly zavedeny nedávno a v aktuálním znění vstoupily v platnost v roce 2015. Z pověření centrální vlády uplatňují zákon o dlouhodobé péči zvláštní administrátoři dlouhodobé péče. Na jeho implementaci se podílí několik dalších organizací, například Centraal Indicatiestelling Zorg (Agentura pro hodnocení péče) a Centraal AdministratieKantoor (Centrální administrativní kancelář). Místní orgány jsou zodpovědné za implementaci zákona o sociální podpoře a zákona o mladistvých – poskytují podporu, pomoc a služby nebo je v tomto procesu podporují poskytovatelé zdravotní péče.

Tyto zákony motivuje příležitost zlepšit kvalitu poskytované péče, podpořit integrovaný přístup a zajistit dosažitelnou a cenově dostupnou zdravotní péči i v době stárnutí populace, v níž mnoho obyvatel trpí chronickými onemocněními. Tento systém se soustředí spíše na příležitosti než na nedostatky lidí. V počátcích jsou lidé motivováni k tomu, aby hledali podporu ve své vlastní sociální komunitě a z vlastních zdrojů, ale podpora je vždy dostupná těm, kdo si ji nedokážou zajistit sami. Ti, kdo vyžadují nepřetr-

žitý dohled nebo 24hodinovou domácí péči, mají nárok na služby dle zákona o dlouhodobé péči. Systém zdravotní péče byl přepracován tak, aby umožnil přijetí těchto tří nových zákonů.

V prvním kroku tohoto procesu byl zrušen obecný zákon o výjimečných zdravotních výdajích. Tento zákon pokrýval širokou škálu pečovatelských a podpůrných služeb a v důsledku toho hrozilo, že systém dlouhodobé péče bude nekontrolovatelný. Část osob, které využívaly služby vyplývající z tohoto zákona, nyní spadá pod zákon o zdravotním pojištění, zákon o sociální podpoře nebo pod zákon o mladistvých. Od roku 2015 je veškerá dlouhodobá péče poskytována dle zákona o dlouhodobé péči, který je určen striktně pro ty nejzranitelnější skupiny lidí.

Místní orgány jsou dále zodpovědné za administrativu a implementaci zákona o sociální podpoře a zákona o mladistvých. Mnoho lidí, kteří dříve spadali pod obecný zákon o výjimečných zdravotních výdajích, se může obrátit na místní vládu s žádostí o lehčí formy péče a podpory. Logika této změny je ta, že místní orgány jsou blíže lidem, a tudíž jsou schopny poskytovat efektivní a kvalitní péči.

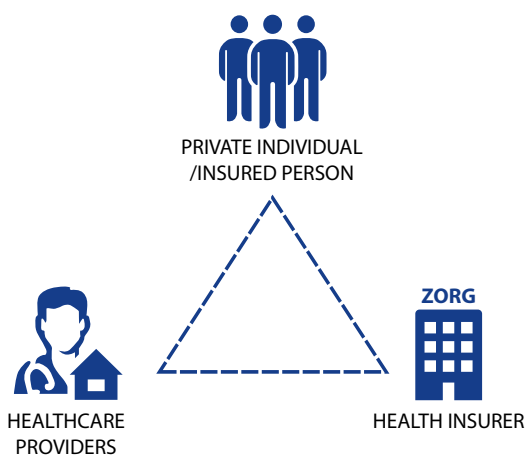
2.1.2.3 Čtyři zákony v praxi

Soukromé osoby jsou ovlivněny čtyřmi zákony upravujícími zdravotní péči způsobem popsaným níže. Pokud někdo například potřebuje navštívit svého praktického lékaře nebo je hospitalizován, náklady se hradí z povinného základního balíčku zdravotního pojištění dle zákona o zdravotním pojištění. Ti, kteří potřebují neustálý dohled nebo 24hodinovou domácí péči, využívají ustanovení zákona o dlouhodobé péči.





Zákon o sociální podpoře a zákon o mladistvých upravují další formy podpory, asistence a péče. Například ti, kdo potřebují asistenci v domácnosti nebo jsou v důsledku onemocnění upoutáni na vozík, mohou místní úřad požádat o tuto péči. Úřad jim může zajistit podporu dle zákona o sociální podpoře. Pokud rodiny potřebují například podporu v rodičovství nebo jejich autistické dítě potřebuje každodenní podporu, místní úřady mohou tuto péči zajistit dle zákona o mladistvých. To jsou jen příklady zdravotních a podpůrných služeb poskytovaných dle čtyř zákonů souvisejících se zdravotní péčí.



2.1.3 Zákon o zdravotním pojištění

Léčebná péče je v Nizozemsku poskytována dle jediného zákona o zdravotním pojištění, který nahradil řadu oddělených veřejných a soukromých druhů zdravotního pojištění v roce 2006. Přibližně 60 % celkového rozpočtu na zdravotní péči je vyhrazeno na služby poskytované dle zákona o zdravotním pojištění.

Veřejný i soukromý

Nizozemský systém zdravotního pojištění kombinuje prvky veřejného a soukromého pojištění. Centrální vláda je přímo zapojena v implemen-

taci zákona o zdravotním pojištění a nastavuje řadu veřejných požadavků, které zaručují sociální povahu zdravotního pojištění:

- soukromé osoby mají povinnost zakoupit si základní zdravotní pojištění a mohou si vybrat svou pojišťovnu;
- zdravotní pojišťovny mají povinnost pojistit tyto soukromé osoby bez ohledu na jejich zdravotní stav;
- pojistné je pro všechny pojištěnce stejné bez ohledu na jejich zdravotní stav, věk nebo původ;
- zdravotní pojišťovny mají povinnost poskytnout péči: musí zajistit, aby byla zdravotní péče v základním balíčku dostupná pro všechny jejich pojištěnce;
- obsah základního balíčku zdravotního pojištění je upraven zákonem.

Centrální vláda není přímo zapojena do samotné implementace zákona o zdravotním pojištění, konkrétní postupy určují poskytovatelé zdravotní péče, zdravotní pojišťovny a pojištěné strany. Tato struktura dává poskytovatelům zdravotní péče dostatek svobody, zatímco konkurence a tržní síly vytváří pobídky pro efektivní fungování a vysokou úroveň kvality.

2.1.3.1 Základní balíček zdravotního pojištění

Co je zahrnuto v nizozemském základním balíčku zdravotního pojištění? Centrální vláda určuje obsah a velikost zákonného balíčku zdravotního pojištění, který je dostupný všem obyvatelům Nizozemska. V této záležitosti poskytuje vládě poradenství nezávislý úřad zodpovědný za základní balíček zdravotního pojištění, Zorginstituut Nederland (Národní institut zdravotní péče). Vláda pak určí, které typy péče budou v balíčku zahrnuty a kdy má být tato péče poskytována.

Základní balíček zdravotní péče má komplexní strukturu a zahrnuje množství nezbytné zdravotní péče, léků a léčebných pomůcek, které odpovídají moderním potřebám a lékařské praxi. Balíček zahrnuje také určité množství fyzioterapie a zubní péče.

Základní balíček zdravotního pojištění obsahuje následující druhy péče:

- lékařskou péči praktického lékaře, lékařských specialistů (konzultujících lékařů) a porodníků;
- okresní ošetřovatelství;
- hospitalizaci;
- služby psychického zdraví včetně nemocniční péče (v souvislosti s psychickým zdravím) maximálně na tři roky;
- léky;
- zubní péči do věku 18 let;
- služby poskytované různými terapeuty, včetně fyzioterapie, léčebné terapie, logopedie a profesní terapie;
- výživovou/dietetickou péči;
- zdravotní pomůcky;
- použití sanitky / zdravotní převoz v sedě;
- fyzioterapii pro osoby s chronickými onemocněními.

V rámci otevřeného a vládou definovaného balíčku mají zdravotní pojišťovny volnost dle stanovených parametrů rozhodnout, kdo poskytuje péči a kde bude péče poskytována. To probíhá pomocí pečlivého jednání a uzavírání vybraných smluv na základě velkého objemu (anonymizovaných) dat, ke kterým mají pojišťovny přístup a která popisují kvalitu, efektivitu a zkušenosti klientů. Zdravotní pojišťovny mají povinnost poskytnout péči: musí zajistit, aby byly služby zahrnuté v základním balíčku dostupné pro všechny jejich pojištěnce. Kromě povinného zá-

kladního balíčku zdravotního pojištění nabízejí zdravotní pojišťovny doplňkové pojištění pro další péči, kterého využívá přibližně 90 % nizozemské populace. To zahrnuje například zvláštní zubní pojistku, alternativní medicínu / homeopatii, brýle a kontaktní čočky a štedřejší pokrytí fyzioterapie, mateřské péče a léků. Soukromé osoby si mohou samy určit, zda si přejí uzavřít doplňkové pojištění, a pokud ano, jestli si přejí využít služby stejné pojišťovny, která jim poskytuje základní balíček zdravotního pojištění. Doplňkové pojištění je svou povahou zcela soukromé, a není tedy upraveno vládními pravidly.

2.1.3.2 Zajištění kvality zdravotního pojištění

Hlavními stranami jednajícími dle zákona o zdravotním pojištění jsou soukromé osoby, zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče. Všechny tři skupiny hrají klíčovou roli ve vztahu ke kvalitě poskytované zdravotní péče a zdravotního pojištění. Nejprve tu máme samotné spotřebitele: mají možnost změnit poskytovatele zdravotní péče a každý rok si vybrat lepší (nebo levnější) zdravotní pojišťovnu. V tomto smyslu mají změnou poskytovatele nabízejícího kvalitnější služby možnost volit nejlepší péči. Tato dynamika zajišťuje, že devět zdravotních pojišťoven fungujících na nizozemském trhu musí soupeřit o klienty. Lidé mohou navíc ovlivňovat jednání zdravotních pojišťoven skrze různé reprezentační orgány. Pokud jsou nespokojeni s implementací zákona o zdravotním pojištění nebo s poskytovanými službami, mohou se spojit s některou z řady nezávislých organizací. Dále tu máme zdravotní pojišťovny: kontrolují kvalitu a efektivitu péče, kterou nakupují. Pokud je kvalita péče nepřiměřená, mohou se na základě velkého množství informací, ke kterým mají přístup, rozhodnout smlouvu

neuzavřít. Jelikož je rozpočet na zdravotní péči fixní, zdravotní pojišťovny mají motivaci k efektivní politice nákupu služeb.

Zdravotní pojišťovny dále zajišťují, aby byly výkazy zasílané poskytovateli zdravotní péče přesné, kontrolují, zda byla vykázána péče opravdu poskytnuta a že je daný proces efektivní. Zdravotní pojišťovny mají také povinnost poskytnout péči, což mimo jiné zahrnuje případnou pomoc s hledáním poskytovatele zdravotní péče. A nakonec tu máme poskytovatele zdravotní péče, kteří určují, jak je péče poskytována. Zdravotní pojišťovny mají stanoveny směrnice kvality, podle kterých je určeno, co může být rozhodnuto na sále nebo v ordinaci.

2.1.4 Zajišťování zdravotní péče

Všichni obyvatelé Nizozemska mají nárok na základní balíček zdravotního pojištění, ale jaké musí podniknout kroky, aby péči dostali? S výjimkou naléhavých případů probíhá proces dle zákona o zdravotním pojištění následujícím způsobem: Praktický lékař doporučí pacienta k lékařskému specialistovi a jedná jako „zprostředkovatel“ těchto žadanek. Pokud se ukáže, že je žádanka nezbytná, doporučující doktor spolu s pacientem rozhodne o nutnosti péče a léčby. V dalším kroku si pojištěnec vybere službu z dostupné nabídky zdravotních služeb, kdy mu zdravotní pojišťovna pouze v nezbytných případech poskytne radu a podporu. Pacientem vybraný poskytovatel zdravotní péče probere s pacientem možnosti léčby a poskytne mu požadovanou zdravotní péči.

2.1.4.1 Financování zdravotní péče dle zákona o zdravotním pojištění

Dle zákona o zdravotním pojištění přispívají všechny pojištěné osoby společně na celkové náklady veškeré péče. Existují dva hlavní finanční toky:

1. Všichni pojištění starší 18 let platí „nominální“ zálohy své zdravotní pojišťovně. Tyto zálohy se pohybují okolo 1 509 eur ročně (2022). Veškeré osoby starší 18 let mají navíc povinnost platit doplatek v minimální výši 385 eur (částka pro rok 2022), důvodem je snaha zvýšit povědomí veřejnosti o nákladech na zdravotní péči. Různé formy zdravotní péče (včetně péče praktických lékařů a mateřské péče) jsou z tohoto nařízení vyjmuty. Pro děti a mladistvé do 18 let platí náklady na zdravotní pojištění vláda z veřejných zdrojů.

2. Příspěvek závislý na příjmu, který platí zaměstnavatel. Na makro úrovni tento příspěvek zahrnuje částku srovnatelnou s ročními zálohami. Příspěvek závislý na příjmu spadá do Fondu zdravotního pojištění společně s vládním příspěvkem za děti a mladistvé do 18 let. U některých druhů péče v základním pojistném balíčku mají osoby povinnost platit spoluúčast nad rámec doplatku. V rámci spoluúčasti jsou hrazeny položky, jako je doprava nemocného, naslouchací pomůcky, specifické léky a ortopedické boty. Jednotlivci se mohou dobrovolně rozhodnout zvýšit doplatek maximálně na 885 eur, čímž dojde ke snížení jejich nominální zálohy.

Dále dle zákona o zdravotním pojištění mají osoby s nízkým příjmem nárok na příspěvek na zdravotní pojištění, který poskytuje Daňový a celní úřad (tedy nizozemské daňové úřady). Tento příspěvek může pokrýt zásadní část po-

jistného společně s doplatkem. Osoby s nejnižším příjmem platí v průměru méně, než platily dle systému před jeho reformou. To znamená, že zdravotní pojišťovny jsou placeny z nominálních záloh a ze zdrojů Fondu zdravotního pojištění, což probíhá skrze úpravu rizika.

Zdravotní pojišťovny dostávají takzvaný „příspěvek na úpravu rizika“ z Fondu zdravotního pojištění. V závislosti na zdraví svých klientů/pojištěnců dostává zdravotní pojišťovna nižší nebo vyšší příspěvek z Fondu zdravotního pojištění. Důvody jsou spojeny s definovanými veřejnými požadavky zmíněnými již dříve. Bez úpravy rizika by nebylo možné vytvořit spravedlivé podmínky, jelikož pozice jednotlivých pojišťoven by byla výhodnější nebo méně výhodná v závislosti na úrovni zahrnutého rizika. Úprava rizika je navržena tak, aby zabraňovala zdravotním pojišťovnám vybírat si pacienty podle úrovně rizika. Pokud si obyvatelé Nizozemska koupí základní balíček zdravotního pojištění, mohou si vybírat mezi různými druhy pojistek: existuje pojistka se smluvní nebo nesmluvní zdravotní péčí. Na základě pojistky se smluvní péčí poskytují pojišťovny kompletní pokrytí pouze pro poskytovatele zdravotní péče, s nimiž podepsaly smlouvu, v ostatních případech platí pojištěnci část sami.

Na základě pojistky s nesmluvní péčí si mohou pojištěnci vybrat vlastního poskytovatele zdravotní péče a pojišťovna pokrývá veškeré výdaje za péči. Přibližně tři čtvrtiny obyvatel Nizozemska mají uzavřenou určitou formu pojistky se smluvní péčí. Existují také případy, kdy zdravotní pojišťovna nepokrývá vzniklé náklady: to se týká léčebných výdajů nepokrytých v rámci základního balíčku zdravotního pojištění (např. zakoupení aspirinu nebo specifické formy kos-

metických zákroků) a na které nebylo zakoupeno doplňkové pojištění (např. čištění zubních kanálků zubařem).

2.1.5 Zákon o dlouhodobé péči

Obyvatelé Nizozemska, kteří potřebují neustálý dohled nebo 24hodinovou domácí péči, využívají ustanovení zákona o dlouhodobé péči. Tento zákon upravující zdravotní péči vstoupil v platnost 1. ledna 2015 a nahradil obecný zákon o výjimečných zdravotních výdajích.

2.1.5.1 Solidarita

Zákon o dlouhodobé péči se vztahuje na menší počet osob než předcházející obecný zákon o výjimečných zdravotních výdajích (Awbz): zahrnuje nejzranitelnější skupiny obyvatel, jako jsou senioři v pokročilých stádiích demence, lidé s vážným fyzickým nebo mentálním postižením a lidé s dlouhodobými psychiatrickými poruchami. Centrum Indicatiestelling Zorg (Agentura pro hodnocení péče) hodnotí zvláštní potřeby těchto osob na základě standardizovaného národního formátu. Klienti, jejichž potřeby zvláštní péče byly zhodnoceny, mohou využívat péči doma, v domě s pečovatelskou službou nebo v podobném zařízení. Z pověření centrální vlády uplatňují zákon o dlouhodobé péči zvláštní administrátoři dlouhodobé péče. Tito administrátoři přenesli samotnou implementaci na administrativní kanceláře zdravotní péče, které se nacházejí v každém regionu a jsou úzce spjaty se zdravotními pojišťovnami. Řídí způsob, jakým jsou služby zdravotní péče poskytovány.

Zákon o dlouhodobé péči určuje zdravotní pojištění na principu solidarity: kdokoli, kdo platí v Nizozemsku daň z příjmu, platí zálohy dle tohoto zákona.

2.1.5.2 Kvalita

Klienti a jejich zástupci, centrální vláda, Agentura pro hodnocení péče, Nizozemský úřad zdravotní péče, administrativní kanceláře zdravotní péče a poskytovatelé zdravotní péče jsou dle zákona o dlouhodobé péči hlavními subjekty, které společně určují kvalitu zákona a příslušných služeb zdravotní péče a iniciují zvyšování kvality poskytované péče. Pokud klienti nejsou spokojeni s poskytovanou péčí, mají možnost vybrat si jiného smluvního poskytovatele zdravotní péče. Jednotlivci, kterým je zdravotní péče poskytována na základě takzvaného „osobního rozpočtu na zdravotní péči“ si mohou také vybrat poskytovatele zdravotní péče a požadovanou kvalitu nakupovaných služeb péče. Dále mají možnost podat stížnost u poskytovatelů zdravotní péče, administrativních kanceláří zdravotní péče a u Inspektorátu zdravotní péče. Administrativní kanceláře zdravotní péče mohou nastavit kvalitativní požadavky při nákupu péče dle zákona o dlouhodobé péči. Dále mohou kontrolovat, zda výkazy podané zdravotními pojišťovnami odpovídají poskytnuté péči a uzavřeným produkčním smlouvám.

2.1.5.3 Péče na základě zákona o dlouhodobé péči

Závažná a intenzivní péče, na kterou mají obyvatelé Nizozemska nárok dle zákona o dlouhodobé péči, je popsána řadou široce definovaných funkcí. To zajišťuje značnou svobodu organizace péče stanovené společně s poskytovatelem zdravotní péče. Nejčastějšími funkcemi je:

- **pobyt v pečovatelském zařízení:** dlouhodobý pobyt nebo umístění do domu s pečovatelskou službou nebo určeného chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením;
- **osobní péče:** asistence při mytí, oblékání, použití toalety, jídle a pití;

- **péče podporující samostatnost:** pomoc se sestavením denního plánu, zvýšení kontroly nad vlastním životem, učení se základním domácím povinnostem;
- **ošetřování:** lékařská pomoc, například ošetřování ran nebo podávání injekcí;
- **léčba dle zákona o dlouhodobé péči:** léčba, nelékařská péče nebo léčba chování, které pomáhají k uzdravení nebo zlepšení konkrétního problému;
- **doprava z a do denního programu a denní léčby:** pro osoby, jimž jejich zdravotní stav zabraňuje cestovat samostatně v rámci denního programu nebo denní léčby. Centrální vláda spolu s Národním institutem zdravotní péče rozhodují o tom, jaké typy péče budou zahrnuty do balíčku zdravotní péče dle zákona o dlouhodobé péči.

2.1.5.4 Dostupnost zdravotní péče

Osoby, které vyžadují největší a nejintenzivnější péči, mohou kontaktovat Agenturu pro hodnocení péče, která určí, jaký typ péče jednotlivec potřebuje, tomu se říká „diagnóza“. V dalším kroku Agentura pro hodnocení péče informuje nezávislou administrativní kancelář zdravotní péče, kterých je v celém Nizozemsku celkem 31. Administrativní kancelář zdravotní péče spravuje dlouhodobou péči na základě hodnocení specifických potřeb, které provádí Agentura pro hodnocení péče, dále projednává situaci s klientem (např. osobou vyžadující lékařskou péči), který může vznést svůj požadavek na konkrétního poskytovatele zdravotní péče. Rozhodl se klient pro pobyt v domě s pečovatelskou službou nebo v asistovaném/chráněném bydlení, nebo upřednostňuje bydlení ve vlastním domě, pokud tato možnost existuje? Dále je třeba zvážit, jakým způsobem bude péče poskytována. To může probíhat na základě smluvního vztahu,

například tam, kde je poskytována péče, kterou administrativní kancelář zdravotní péče nakoupila od konkrétních poskytovatelů zdravotní péče. Péči lze také organizovat prostřednictvím osobního rozpočtu na zdravotní péči, kdy si lidé sami nakupují a organizují péči.

Klienti a poskytovatelé zdravotní péče následně stanoví plán zdravotní péče (u smluvní péče) nebo rozpočtový plán (u osobní péče), zatímco administrativní kancelář zdravotní péče informuje poskytovatele zdravotní péče o tom, jakou péči klient požaduje. Poskytovatel zdravotní péče následně poskytuje péči dle stanoveného plánu zdravotní péče nebo rozpočtového plánu.

2.1.5.5 **Financování zdravotní péče na základě zákona o dlouhodobé péči**

Zákon o dlouhodobé péči stanovuje zákonné sociální pojištění pro všechny, kdo platí zálohy prostřednictvím daně z příjmu. Výše záloh na zákonné sociální pojištění je stanovena fixním procentem (9,65 %) daně z příjmu, přičemž nesmí přesáhnout stanovenou maximální částku 35 129 EUR. Navíc dospělé osoby, které si přejí využívat služby zdravotní péče dle zákona o dlouhodobé péči, platí osobní příspěvek, jehož výše se také odvíjí od výše příjmu. V tomto případě je rozdíl, zda klient žije ve vlastním domě, nebo v pečovatelském zařízení, zda je mladší, či starší 65 let a zda je svobodný, vdaný/ženatý, nebo žije s partnerem.

Veškeré příspěvky se shromažďují ve Fondu dlouhodobé péče, který spravuje Národní institut zdravotní péče. Pokud jsou prostředky ve fondu nedostatečné, jsou doplňovány z veřejných zdrojů centrální vládou. Pro financování se využívají různé formy, a to v závislosti na tom,

zda se klient rozhodl pro smluvní péči, nebo osobní rozpočet na zdravotní péči:

- U **nákladů na smluvní péči** je část prostředků převedena Centrální administrativní kanceláři (CAK). Ta dále vyplácí poskytovatele zdravotní péče z pověření administrativních kanceláří zdravotní péče.
- U **plateb prostřednictvím osobního rozpočtu** zdravotní péče je část prostředků převedena Bance sociálního pojištění (Sociale Verzekeringsbank/SVB), která spravuje osobní rozpočty pro osoby, které je využívají. Ti, kdo mají zodpovědnost za organizaci zdravotní péče na základě osobního rozpočtu zdravotní péče, mají nárok na čerpání z Banky sociálního pojištění. Faktury poskytovatelů zdravotní péče (až do maximální částky) se pak posílají Bance sociálního pojištění, která je uhradí.

2.1.5.6 **Dohled nad fungováním systému péče**

V Nizozemsku nese zodpovědnost za dohled nad správným fungováním systému zdravotní péče centrální vláda.

Centrální vláda stanovuje kvalitativní požadavky, které musejí dle zákona o dlouhodobé péči poskytovatelé splnit. Za dohled jsou navíc zodpovědné i další vládní orgány. Jedním z těchto vládních orgánů je Úřad pro ochranu spotřebitele a trhu, který dohlíží na konkurenci v sektoru zdravotní péče. Tento úřad zajišťuje, aby podmínky v sektoru zdravotní péče byly výhodné pro osoby závislé na péči dle zákona o dlouhodobé péči. Dalším vládním orgánem, který je odpovědný za dohled nad systémem zdravotní péče, je Nizozemský úřad zdravotní péče, který zajišťuje, aby byla zdravotní péče poskytována efektivně a v souladu se stanovenými pravidly. A konečně posledním vládním orgánem zajišťujícím dohled

je Nizozemský inspektorát zdravotní péče, který dohlíží na kvalitu a bezpečnost zdravotní péče poskytované dle zákona o dlouhodobé péči.

2.1.6 Zákon o sociální podpoře

Dle zákona o sociální podpoře z roku 2015 je zodpovědnost za poskytování podpory osobám s postižením přenesena na místní orgány, to se vztahuje na osoby s fyzickým, mentálním nebo psychologickým postižením, včetně osob s poruchami učení a seniorů. Podpora je navržena tak, aby zajistila, že tyto osoby mohou fungovat jako produktivní členové společnosti, a umožnila jim život ve vlastním domově. Dle zákona o sociální podpoře navíc místní orgány poskytují chráněné bydlení a podporu osobám, které nemají jinou možnost, nebo těm, které nemohou žít ve vlastním bydlení.

Samosprávný přístup:

personalizovaná péče a inkluze

Zákon o sociální podpoře je založen na personalizovaných řešeních a na individuálním přístupu. Místní úřady prodiskutují žádost o péči společně s klientem. Následně je na místním úřadu, aby poskytl vhodný typ podpory a určil, jak bude tato podpora zorganizována. Na základě individuálních potřeb mají místní úřady povinnost poskytovat obecnou podporu těm, kdo ji potřebují. Cílem tohoto ustanovení je zajistit, aby mohli být všichni lidé bez ohledu na své postižení aktivními členy společnosti: to je základ inkluzivní společnosti.

2.1.6.1 Podpora dle zákona o sociální podpoře

Dle zákona o sociální podpoře podporují místní úřady osoby, které mají problémy se zapojit do společnosti, nemohou se o sebe postarat nebo potřebují chráněné bydlení či jinou formu podpory, například se jedná o:

- asistenci a denní program/aktivity;
- podporu v domácnosti;
- podporu formou neformální péče;
- dobrovolnictví;
- místo v chráněném bydlení pro osoby s dlouhodobými psychologickými poruchami;
- podporu pro muže, ženy a děti, kteří jsou oběťmi domácího násilí;
- sociální podporu například pro osoby bez domova;
- finanční podporu pro ty, kdo mají značné další výdaje v důsledku chronických onemocnění nebo zdravotních potíží.

Při poskytování podpory dle zákona o sociální podpoře rozlišují místní úřady mezi obecnými a personalizovanými službami. Obecné služby se vztahují ke společnosti jako celku: to může zahrnovat například „kávová rána“ v místním komunitním centru, autobusy, které dopraví seniory do obchodů, službu „jídla na kolech“, nebo zlevněnou či bezplatnou dopravu pro všechny osoby starší 75 let. Personalizované služby jsou pak určeny pro jednotlivce a mohou zahrnovat například asistenci a podporu v domácnosti (úklid a organizaci), podporu při vedení osobních záznamů nebo dohodu zahrnující kombinaci několika druhů podpory.

2.1.6.2 Zajištění podpory

Osoby, které potřebují podporu, aby mohly dále žít v domácím prostředí a aktivně se zapojovat do společnosti, mohou kontaktovat místní úřad, nebo je může na něj, popřípadě na místní komunitní skupinu odkázat praktický lékař či jiný poskytovatel služeb. Mnoho místních úřadů vytvořilo místní komunitní skupiny jako kontaktní místo v obci a poskytovatele lehčích forem podpory. Nejprve je nutné se zaregistrovat. Po registraci se sjedná schůzka s osobou požadující péči a místní úřad zváží, co dokáží klienti sami za pomoci svých blízkých a co s využitím obecných služeb. Žadatel musí zodpovědět otázky související s faktory, které mohou rozhodnutí místního úřadu ovlivnit, například se jedná o: dluh, sociální vyloučení nebo zmatenost. Na základě těchto informací místní úřad vydá doporučení, které zaznamená do výsledné zprávy. Závěrem může být například to, že je klient schopen zajistit si podporu sám za pomoci svých blízkých, nebo že si poradí za pomoci obecných služeb či že je zapotřebí poskytnout mu personalizovanou péči. Pokud je podána žádost o personalizovanou službu, místní úřad rozhodne, zda jí vyhoví, nebo zda žádost o podporu zamítne. Personalizovanou péči lze poskytnout dvěma různými způsoby:

- na základě smlouvy, kdy podporu poskytuje a zajistí sám místní orgán;
- na základě klientova přání, kdy může dostat osobní rozpočet zdravotní péče, pomocí něž si nakoupí podporu sám.

Klient může být vyzván k platbě osobního příspěvku za personalizovanou péči.

2.2 Sociální dialog

V Nizozemsku je snaha dosáhnout shody ohledně cílů a prostředků sociální a ekonomické politiky prostřednictvím dialogu různých stran. Tato jednání probíhají na několika různých úrovních. V rámci firem jedná pracovní rada s vedením. Na úrovni odvětví jedná odbory s organizacemi zaměstnavatelů o kolektivních podmínkách týkajících se zaměstnávání. Na této úrovni vznikají kolektivní pracovní smlouvy, které upravují platy, benefity a pracovní podmínky pro 470 000 zaměstnanců působících v pečovatelských zařízeních, domech s pečovatelskou službou a v domácí péči v Nizozemsku. Tyto smlouvy mají status zákona, to znamená, že zaměstnavatelé v sektoru péče o seniory se jimi musí řídit, tím jsou zajištěny spravedlivé podmínky pro všechny. Aktuální témata, kterými se zabývají kolektivní pracovní smlouvy, jsou následující:

1. **Zaměstnanec na prvním místě** – cílem je snížení pracovní zátěže, větší prostor pro vyjádření zaměstnanců a jejich vliv na pracovní dobu, rozpisy, vzdělání atd. V důsledku demografického vývoje (stárnutí populace) a snižování rozpočtu se pracovní zátěž zvýšila. V sektoru péče pracuje stejný počet zaměstnanců jako v roce 2012, ale počet klientů vyžadujících péči se zvýšil o 23 %. Momentálně klienti nemají nárok na péči, dokud nedosáhnou vyššího věku nebo se jejich nemoc nedostane do vážnějšího stádia.
2. **Kompensace a benefity** – cílem je v tomto případě snížit rozdíly v příjmech mezi sektorem péče a zbytkem trhu, zavést příspěvek na práci z domu a příspěvek na dopravu. Vzhledem k tomu, že péče je v Nizozemsku financována z veřejných zdrojů, tak roční rozpočet na kompenzaci a benefity určuje mini-

sterstvo zdravotnictví. Studie platů a dalších benefitů ukázala rozdíl okolo 9% mezi platy v sektoru péče a platy v ostatních sektorech na trhu. Vláda se rozhodla zvýšit rozpočet, aby tento rozdíl zmírnila.

3. **Technické problémy** – se získáváním práce, zajištěním souladu s kolektivními pracovními smlouvami, harmonizace mnoha dohod apod.

Jednání na národní úrovni probíhají jak v rámci Sociální a ekonomické rady (SER) tak v rámci Nadace práce (Stichting van de Arbeid). Všechna tato jednání tvoří součást nizozemské „konzultativní ekonomiky“.

2.2.1 Sociální a ekonomická rada

Sociální a ekonomická rada (SER) sestává ze zástupců organizací zaměstnavatelů, zaměstnanců a několika členů královské rodiny jmenovaných vládou. Společně radí nizozemské vládě a parlamentu v sociálních a ekonomických otázkách a vykonávají řadu administrativních úkonů. SER má navíc povinnost motivovat jednotlivá odvětví, aby brala v potaz veřejné zájmy. Ve spojitosti s tímto úkolem dohlíží SER na dodržování pravidel fúzí a na seberegulaci ve spotřebních záležitostech.

SER je nezávislý hlavní poradní orgán nizozemské vlády a parlamentu v sociálních a ekonomických otázkách. Na žádost nebo z vlastní iniciativy poskytuje SER poradenství vládě a parlamentu ohledně formulace sociální a ekonomické politiky. Díky tomu, že se SER skládá z odborníků z řad akademiků i praxe, může čerpat z rozsáhlých znalostí v tomto oboru. SER tedy poskytuje poradenství v otázkách, které ovlivňují mnoho nizozemských občanů, jako je například práce, příjmy, sociální zabezpečení, daně, profesní vzdělání, územní plánování a životní prostředí.

Nizozemská konzultativní ekonomika má tři úrovně:

1. **Úroveň firem** – zde fungují pracovní rady, které poskytují konzultace v důležitých ekonomických a organizačních záležitostech. Dále schvaluje otázky spojené se zaměstnáváním, jako je například pracovní doba, zdraví a bezpečnost apod.
2. **Úroveň odvětví/firem** – na této úrovni aktuálně existuje 500 kolektivních pracovních smluv, které pokrývají zhruba 80% zaměstnanců na úrovni odvětví a 20% zaměstnanců na úrovni firem.
3. **Národní úroveň** – na této úrovni fungují Nadace práce a Sociální a ekonomická rada.

Aktivita, které SER vykonává:

- **Funkce platformy, určování agendy:** Organizace debat, zahrnutí sociálních partnerů a širších skupin do otázek příslušné politiky, sdílení postřehů.
- **Poradní role:** Poradenství vládě a parlamentu při určování sociální a ekonomické politiky.
- **Seberegulace:** koordinace a implementace společných záležitostí, např. práva spotřebitele, kodex chování při fúzi; mezinárodní společenská zodpovědnost firem (CSR).
- **Výkon konkrétních zákonů:** převážně tam, kde se přímo dotýkají sociálních partnerů (např. pracovní rady).

2.3 Zaměstnávání a vzdělávání

Základní funkcí ActiZ je být organizací zaměstnavatelů a sloužit zájmům členů v oblasti poskytování péče. Role zaměstnavatele zahrnují

také politiku ve vztahu ke vzdělání, schopnostem a kvalifikaci pracovníků v oblasti péče. Mezi hlavní trendy řadíme profesionalizaci a vyšší flexibilitu pracovní síly v oblasti dlouhodobé péče. Organizace ActiZ v oblasti zvyšování flexibility zavedla Nationale Zorgklas. Společně s vývojáři vzdělávacího softwaru v oblasti péče vytvořila organizace ActiZ dva krátké školicí programy (v délce čtyř dnů), které se přímo soustředí na schopnosti nezbytné k podpoře pracovníků zdravotní péče během krize. Tyto školicí programy probíhaly plně online a vyučovalo je přes 30 škol v celé zemi. Všichni dobrovolníci se mohli na toto školení zapsat bez dalších nákladů prostřednictvím webové stránky www.nationale-zorgklas.nl. Dobrovolníci byli rozděleni do skupin a v průběhu několika týdnů proškoleni. Pracovní trh se ocitl v krizi, která byla spojena s onemocněním covid-19. Na začátku krize bylo nutné zaměřit se na několik oblastí/témat:

- Přípravu na zásadní rozšiřování zdravotní péče: např. společenská centra nebo sportovní ubytovací zařízení.

- Nové uvažování o pracovním trhu: co dělat, když nastane zásadní nedostatek profesionálního personálu v oblasti péče?
- Strategii: Profesionální personál v oblasti péče bude pracovat v komplexnějším nastavení, aby vznikl prostor pro nový personál v méně komplexním prostředí.
- Založení národní iniciativy „Další pečující ruce“: s primárním cílem spojit potenciální nové pracovníky v oblasti péče s regionálními organizacemi.

Během krize bylo nutné vypořádat se s několika výzvami v oblasti vzdělávání pracovníků v oblasti péče:

- Vzdělání v oblasti péče je v Nizozemsku regionální/místní zodpovědností.
- Absolvovat běžné vzdělávací programy v oblasti péče většinou trvá dva až tři roky.
- Akademie poskytující vzdělání byly zahlcené kvůli modifikaci/adaptaci běžných vzdělávacích programů do digitální/online podoby.

A transformation in long term care education

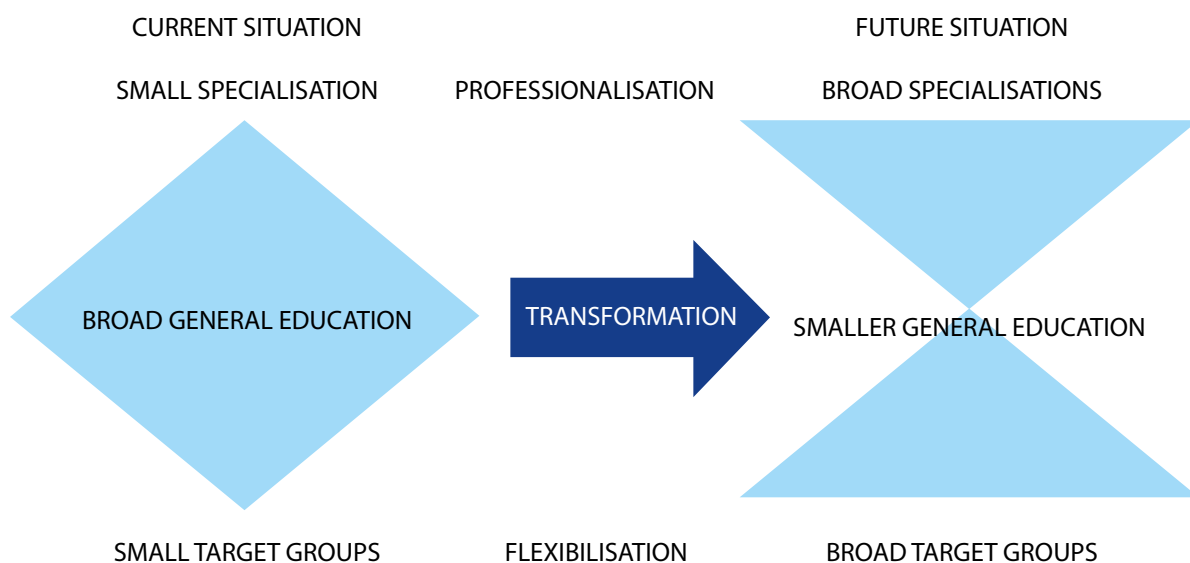


Schéma 1: Transformace ve vzdělávání v oblasti dlouhodobé péče

- Informace ohledně covidu-19 byly pro akademie poskytující vzdělání v oboru péče zcela nové.
- I když byly vyvinuty (místní) krizové programy, chybělo národní pokrytí.
- Online výuka byla považována za příliš povrchní, neosobní a nedostupnou.

Řešením výzev spojených s krizí způsobenou covidem-19 byla národní výuka péče, kdy byla vytvořena národní digitální platforma pro vzdělávání pracovníků v oblasti péče. Aby byla zajištěna kvalita poskytovaného online vzdělávání, je účastníkům zprostředkována také online individuální výuka s profesionálními lektory. V této oblasti byla také navázána spolupráce s místními školami a dalšími vzdělávacími institucemi. Důležitým krokem bylo také vybudování politické a finanční podpory nizozemského ministerstva zdravotnictví, sociálních věcí a sportu a vytvoření iniciativy ve formě neziskové organizace, kde budou zastoupeny odbory, zaměstnavatelé a školy nabízející vzdělávání v oblasti péče.

2.4 Big data

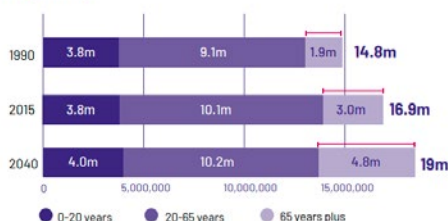
Organizace ActiZ chce co nejlépe sloužit zájmům svých členů a snaží se jednat jako důvěryhodný a spolehlivý partner. Funguje na základě faktů a vědeckých poznatků, ne na základě názorů a domněnek. ActiZ je tudíž subjektem (Kijk op Data), kde úředníci obchodních zpravodajských jednotek vytvářejí smysluplné informace na základě (hromadných) údajů. Například měření spokojenosti zaměstnanců nebo (v průběhu covidové krize) poskytování údajů o infekcích a dalších zdravotních dat vládě.

2.5 Veřejná debata

V naší stárnoucí společnosti se budeme potýkat se zásadním nedostatkem pracovní síly. Následující obrázek jasně ukazuje, jaký je vývoj počtu osob ve věku 65+. Počet těchto osob ve společnosti stále roste. Předpokládá se, že v roce 2040 bude počet osob ve věku 65+ tvořit 4,8 milionu obyvatel. To představuje nárůst o téměř 2 miliony oproti roku 2015. To má samozřejmě vliv také na trh práce, kdy se snižuje počet ekonomicky aktivních osob a dochází tak ke snížení poměru mezi ekonomicky aktivními a osobami ve věku 65+.

Developments in the Nursing Home and Home Care Job Market in the Netherlands

Ageing



Consequences for the job market

Ratio of unemployed to employed shifts

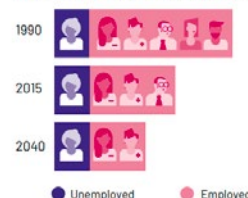


Schéma 2: Vývoj na trhu práce – poměr ekonomicky aktivních osob a osob ve věku 65+ v Nizozemí

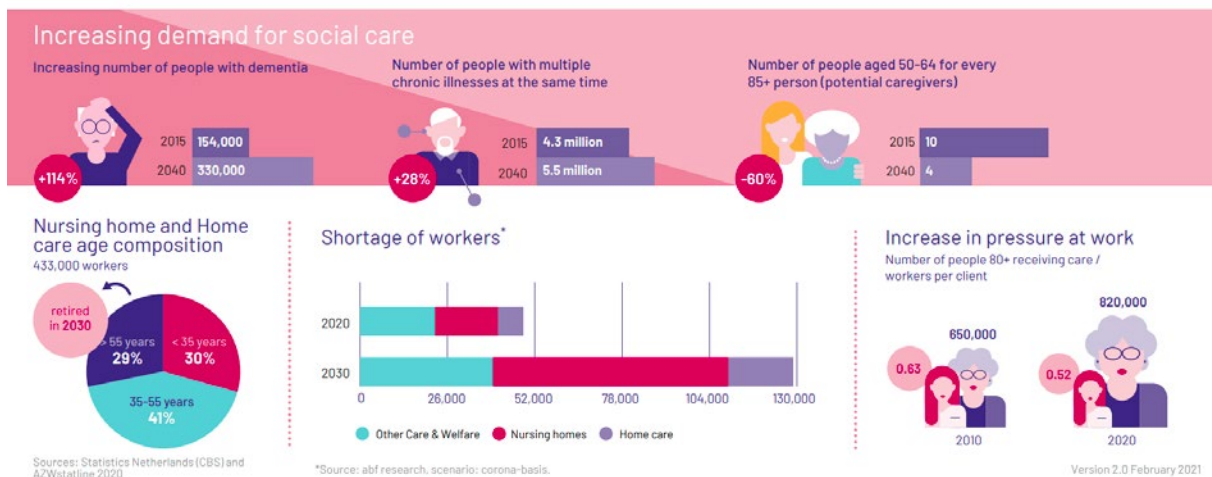


Schéma 3: Rostoucí poptávka po sociální péči

S tím samozřejmě souvisí rychle rostoucí poptávka po sociální péči. V oblasti péče předpokládáme do roku 2040 nárůst počtu osob trpících demencí, který bude činit 114 % oproti roku 2015. Poroste také počet osob, které trpí chronickými onemocněními. Snižuje se také počet potenciálních zaměstnanců v oblasti péče připadajících na jednu osobu starší 85 let. Tento poměr v roce 2040 bude o 60 % nižší než v roce 2015. Důsledkem je rostoucí tlak nejen na zaměstnance v oblasti péče, ale na celý sektor, který musí čelit výzvám, jež s sebou stárnutí populace přináší.

Paradoxní je, že určité věci potřebujeme stále více a více, abychom udrželi věci v chodu, ale přitom jich máme méně a méně. Budoucnost stárnutí je stejně jako změna klimatu sociálním tématem, které je velmi důležité jak pro mladé, tak pro staré. Společnost musí učinit zásadní rozhodnutí ohledně toho, jak bude péči organizovat.

Není možné nečinit žádné kroky. Péči o seniory je třeba nadále inovovat, musíme být průkopníky a sama společnost musí na toto téma více dbát. Organizace ActiZ hraje roli při otevření a podněcování debaty o budoucnosti dlouhodobé péče a také při podněcování a podpoře inovací.

Nizozemská nadace pro design si klade dvě otázky. První z nich je, které nové produkty a služby podporující aktivní život starších osob ve společnosti, kde funguje vzájemná pomoc mezi generacemi (včetně mladých lidí), se staly standardem a jak můžeme podpořit vzájemnou pomoc? Druhou otázkou pak je: Co kdyby existovaly v obci / městě / samosprávné jednotce typy bydlení, kde by mohli lidé každého věku žít svůj život bez problémů, pohybovat se a přijímat péči a podporu, a jak by toto bydlení vypadalo a co by k němu bylo zapotřebí?





3. Finsko

Finsko je republika s 5,55 milionu obyvatel. Je členským státem Evropské unie (EU) a svou rozlohou je největším státem EU. Podíl osob ve věku 75 let a více činí 9,1 % obyvatel.

Finsko je rozděleno do samosprávných municipalit (na pevnině Finska je jich 295). Národním jazykem je finština, kterou mluví 88 % obyvatel, švédština a sámština.

HDP na osobu dle parity kupní síly je 32 700 eur, pohybuje se tedy lehce nad průměrem EU. Ve Finsku je 15,7 % osob ohrožených chudobou nebo sociální vyloučením. Nezaměstnanost činila k roku 2021 7,7 % a v roce 2022 se očekává její pokles na 7,0 %.

3.1 Finský systém sociální pomoci a zdravotnictví

Finská ústava stanovuje, že veřejné orgány jsou zodpovědné za poskytování služeb zdravotní a sociální péče všem a mají za úkol podporovat zdraví a pohodu občanů. Každý občan má přístup ke kvalitním zdravotním a sociálním službám bez ohledu na svou finanční situaci.

Místní orgány (aktuálně obce, od roku 2023 pak 22 samosprávných obvodů pro poskytování služeb) jsou zodpovědné za organizaci sociál-

ních a zdravotních služeb. Municipality mohou vytvářet společné komunální orgány pro poskytování těchto služeb. Mohou ale také zadat poskytování sociálních a zdravotních služeb jiným municipalitám nebo soukromým poskytovatelům služeb. Poskytované služby jsou z větší části veřejné, doplněné soukromými poskytovateli a nevládními organizacemi.

Sociální pomoc zahrnuje sociální služby a s nimi spojené podpůrné služby, stejně tak jako další opatření, které osoby zaměstnané v této oblasti podnikají, aby podpořily a udržely funkční kapacitu, sociální blahobyt a bezpečnost a inkluzi jednotlivců, rodin a komunit.

Zdravotní služby jsou rozděleny na primární, sekundární a terciální péči. Primární péče je poskytována 142 komunálními zdravotními středisky, sekundární péči poskytuje 20 centrálních nemocnic a některé místní nemocnice, terciální péče je poskytována pěti univerzitními nemocnicemi, které jsou ve vlastnictví municipalit. Služby poskytované veřejnými nemocnicemi jsou doplňovány službami, které poskytují soukromé nemocnice. Těch je ve Finsku méně než 10. Zaměstnavatelé mají povinnost zajišťovat preventivní zdravotní péči zaměstnancům a většina zaměstnavatelů dobrovolně zajišťuje další zdravotní péči.

Sektor sociální a zdravotní péče zaměstnává přibližně 400 000 osob. Čtvrtina z nich je zaměstnána v soukromých zdravotních a sociálních službách a nevládních organizacích. V porovnání s průměrem EU má Finsko nižší počet lékařů na osobu, ale vyšší počet zdravotních sester. Zdravotní sestry hrají důležitou roli ve zdravotní a primární péči, pokrývají více než polovinu všech návštěv. Přibližně 60 % lékařů má lékařskou specializaci. Zodpovědnost za zřízení a udržování vztahů s klienty nesou v sociálních službách ve většině případů certifikovaní sociální pracovníci (sociální pracovníci, pracovníci sociálních služeb, pracovníci v oblasti péče o seniory a rehabilitační pracovníci). V oblasti poskytování sociálních služeb je však zapojena celá řada dalších profesí. Ve většině částí Finska je značný nedostatek lékařů a sociálních pracovníků.

3.1.1 Financování a výdaje

Sociální služby a zdravotní péče jsou financovány z komunálních daní a příspěvků centrální vlády. Obce mohou uživatelům služeb také účtovat poplatky. Finský úřad pro sociální pojištění (Kela) pokrývá část výdajů soukromých lékařů, včetně zubařů, a některých dalších nákladů na zdravotní péči.

V roce 2017 činily finské výdaje na zdravotní péči 20,6 miliardy eur, což odpovídá 9,2 % HDP, tedy o něco málo méně než v ostatních severovýchodních zemích.

3.1.2 Informační technologie a ICT

V digitálních a elektronických službách zaujímá Finsko jednu z předních pozic. Zdravotní údaje pacientů a informace o receptech jsou shromažďovány národní databankou Kanta. Prostřednictvím tohoto systému mají zdravotní pracovníci

přístup k údajům pacientů, archivují lékařské záznamy a vydávají recepty. Pacienti si navíc mohou procházet vlastní lékařské záznamy a recepty. Do systému Kanta byly nedávno převedeny také údaje o sociálních službách.

3.1.3 Řízení a dohled

Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí řídí a rozvíjí sociální péči i zdravotní služby a fungování celého sektoru. Společně s vládou a parlamentem je ministerstvo zodpovědné za formulaci národní politiky v oblasti sociální a zdravotní péče. Ministerstvo také připravuje legislativu a klíčové reformy v oblasti sociální a zdravotní péče. Regionální orgány státní administrativy jsou zodpovědné za dohled nad sociálními a zdravotními službami v jednotlivých regionech. Národní dozorní orgán pro sociální služby a zdravotní péči (Valvira) je zodpovědný za dohled nad sociálními a zdravotními službami v celé zemi.

3.1.4 Reforma

Potřeba reformy ve zdravotních a sociálních službách je ve Finsku předmětem diskuse již přes deset let. Obecně přijímaným cílem je snížit nerovnosti v oblasti blahobytu a zdraví populace a zlepšit rovnost přístupu ke kvalitním službám.

Reforma zdravotních a sociálních služeb, která vstoupí v platnost od roku 2023, přenesla zodpovědnost za organizaci zdravotních a sociálních služeb na samosprávné regiony (obvody), které představují větší územní celky, než jsou municipality.

3.2 Sociální služby

Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí je zodpovědné za finskou sociální politiku a připravuje legislativu v oblasti sociální péče.

Sociální pomoc zahrnuje sociální služby a s nimi spojené podpůrné služby, stejně tak jako další opatření, které osoby zaměstnané v této oblasti podnikají, aby podpořily a udržely funkční kapacitu, sociální blahobyt a bezpečnost a inkluzi jednotlivců, rodin a komunit.

3.2.1 Sociální služby zajišťované obcemi

V naléhavých případech mají lidé nárok na sociální služby v obci, ve které se zrovna nacházejí, dle svých individuálních potřeb a způsobem, který neohrožuje jejich právo na existenční minimum a péči.

Ve všech ostatních případech mají lidé nárok na sociální služby v místě bydliště. Obce musí zajistit následující služby:

- podporu osob ve zvládnání každodenního života;
- podporu v oblasti bydlení;
- finanční podporu;
- prevenci sociálního vyloučení a podporu inkluze;
- reagují na potřeby v důsledku mezilidských vztahů a domácího násilí nebo jiné formy násilí a zneužívání;
- reakce na potřeby podpory v případě akutní krize;
- zabezpečení vyrovnaného rozvoje a blahobytu dětí;
- reakce na potřeby podpory vzniklé v důsledku užívání alkoholu či drog, mentálních problémů nebo jiných nemocí, postižení nebo stáří;

- reakce na potřeby podpory v souvislosti se sníženými fyzickými, psychologickými, sociálními nebo kognitivními funkcemi;
- podporu rodiny a přátel těch, kdo pomoc potřebují.

Zda je daná služba potřeba, je posuzováno individuálně u každé služby. Všichni mají nárok na posouzení potřeby služeb, pokud není zjevné, že je toto posouzení zbytečné. Posouzení potřeby služeb musí být zahájeno okamžitě a dokončeno bez zbytečného odkladu. Neodkladné služby musí být zajištěny ihned. Klienti sociálních služeb mají také nárok na vlastního pracovníka.

Soukromá sociální péče

Sociální služby poskytované soukromými společnostmi a organizacemi doplňují komunální služby. Obec nebo společný komunální orgán může také nakupovat služby od soukromých poskytovatelů služeb. Přibližně jednu třetinu sociálních služeb poskytují soukromé společnosti nebo organizace jiného sektoru.

3.2.2 Sociální služby dle zákona o sociální péči

Obecné sociální služby dle zákona o sociální péči zahrnují:

- Sociální práci a sociální poradenství
- Sociální rehabilitaci
- Práci s rodinou
- Domácí služby a péči
- Neformální péči
- Služby v oblasti bydlení
- Služby v institucích
- Služby na podporu mobility
- Služby na podporu mentálního zdraví a při užívání návykových látek
- Vedení dítěte a rodinné poradenství
- Dohled při kontaktu mezi rodiči a dětmi

Komunální sociální služby poskytované na základě zvláštní legislativy mimo jiné zahrnují sociální služby pro osoby s postižením, služby zvláštní péče pro osoby s poruchami intelektu, dodatkovou a preventivní sociální péči, ochranu dítěte, rehabilitační pracovní aktivity, mediaci kontaktu v oblasti opatrovnictví dítěte a práva k přístupu, rodinné práce a podporu neformální péče.

V důsledku velkého objemu služeb a příslušné legislativy jsou služby často spojovány do následujících skupin dle modelu životního cyklu: služby pro rodiny s dětmi, služby pro dospělé a služby pro starší osoby, a to i přesto, že všechny vycházejí ze stejné legislativy, konkrétněji:

1. Služby pro rodiny s dětmi, které mimo jiné zahrnují: domácí služby, práci s rodinou, vedení dítěte a rodinné poradenství.
2. Sociální služby pro starší osoby, které mimo jiné zahrnují: domácí služby, podporu neformální péče, služby na podporu mobility a institucionální péči.
3. Potřeby osob s postižením jsou pokryty primárně obecnými zdravotními a sociálními službami, a pokud jejich pomoc není dostatečná, je rozhodnuto o právu na zvláštní služby.

3.2.2.1 Reforma zdravotní a sociální péče

Organizace finských veřejných zdravotních a sociálních služeb a záchranných služeb bude procházet reformou. Zodpovědnost za organizaci těchto služeb bude v roce 2023 přenesena z municipalit na obvody pro poskytování služeb. Hlavním cílem této reformy je zlepšit dostupnost a kvalitu základních veřejných služeb v celém Finsku. Reformou bude vytvořeno na území Finska 21 samosprávných obvodů pro poskyto-

vání služeb. Město Helsinky bude navíc zodpovědné za poskytování zdravotních, sociálních a záchranných služeb na vlastním území.

Soukromý sektor je s touto reformou nespokojený, protože snižuje roli a důležitost soukromého sektoru, přestože ten obvykle poskytuje kvalitní sociální služby efektivnějším způsobem než sektor veřejný.

3.3 Sociální dialog a kolektivní vyjednávání ve Finsku

Kolektivní vyjednávání se týká většiny finských zaměstnanců a do nedávna bylo povětšinou centralizované s výslednou národní dohodou, která upravovala rámec pro zvyšování mezd na nižších úrovních. V posledních letech se kolektivní vyjednávání definitivně přesunulo na úroveň jednotlivých odvětví, kdy navíc vzniklo více prostoru pro vyjednávání na úrovni společností.

Po více než 40 let probíhalo kolektivní vyjednávání ve Finsku na třech úrovních: národní, na úrovni odvětví a na úrovni společností. Ujednání na národní úrovni (obecná úprava příjmů) zahrnovala celou ekonomiku a obvykle poskytovala doporučení stranám vyjednávajícím na úrovni odvětví, která byla poté uvedena do praxe s možností určitých vylepšení na úrovni společností. Vlášda při těchto národních jednáních často hrála klíčovou roli – například provedla změny v oblasti daní nebo sociálního zabezpečení. Přesto tento systém nebyl vždy úspěšný a neexistovala žádná zákonná povinnost tímto způsobem vyjednat. V letech 1968 až 2006 bylo národní vyjednávání základem pro určování mezd.

Od roku 2007, kdy asociace zaměstnavatelů soukromého sektoru (EK) odmítla jednat o nových ujednáních na národní úrovni, se tento systém rozpadl. Zaměstnavatelé v té době trvali na tom, aby vyjednávání probíhala na úrovni odvětví a brala v potaz jejich konkrétní situace. EK, hlavní asociace zaměstnavatelů, vydala v květnu 2008 nové směrnice stanovující, že v budoucnu už se k vyjednávání o mzdách na národní úrovni nevrátí. Ve skutečnosti však i po vydání tohoto rozhodnutí v některých obdobích hrála vyjednávání na národní úrovni klíčovou roli.

Mezi výsledky těchto jednání patřila dvouletá rámcová dohoda, která byla podepsána v říjnu 2011 v reakci na ekonomickou krizi, tříletá dohoda o zaměstnanosti a růstu z roku 2013, která byla také podepsána v období ekonomických problémů ve Finsku, a roční dohoda o konkurenceschopnosti podepsaná v únoru 2016 v reakci na vládní záměr snížit veřejné výdaje a zvýšit daně. Všechny tyto dohody postupovaly podle tradičního vzorce zahrnujícího vládní opatření, obecně se navrátily k odborovým koncesím o mzdě a k vyjednávání mezi konfederacemi národních odborů a hlavní asociací zaměstnavatelů. Od vypršení dohody o konkurenceschopnosti v roce 2017 se další vyjednávání navrátila na úroveň odvětví a na národní úrovni nepokračovala.

Ať už je celková úroveň zvyšování mezd stanovena na národní úrovni, nebo dle jednotlivých odvětví, jsou to dohody na úrovni odvětví, které stanovují sazby a základní podmínky. Tyto sazby a podmínky se vztahují na zaměstnavatele, kteří jsou členy asociací zaměstnavatelů, jež danou dohodu podepsaly, a existuje také mechanismus, který platnost dohody rozšiřuje na všechny zaměstnavatele v daném odvětví. Od roku 2001

tento proces zahrnuje nezávislou komisi, která formálně rozhoduje o tom, zda daná dohoda bude obecně závazná pro všechny zaměstnavatele (a zaměstnance) v odvětví. Toto rozhodnutí se odvíjí převážně od toho, zda daná dohoda zahrnuje více než polovinu zaměstnanců daného odvětví (to se počítá dle počtu zaměstnanců členů asociací, které danou dohodu podepsaly) nebo zda je jiným způsobem široce zakotvena. Spory ohledně rozhodnutí této komise lze předložit pracovnímu soudu.

Kolektivní dohody v sociálních službách stanovují minimální odměny za práci, mzdy, pracovní dobu, dovolenou atd. všech pracovníků v této oblasti. Na ty, kdo pracují pro municipality, se vztahuje tato dohoda veřejného sektoru, na pracovníky soukromých společností nebo organizací třetího sektoru se vztahují dohody, které HALI vyjednalo pro tento sektor s odbory.

Počet zaměstnanců, na které se vztahuje kolektivní vyjednávání, se v soukromém sektoru a státních společnostech zvýšil ze 75,5 % (pouze dle počtu zaměstnavatelů, kteří spadají pod asociace zaměstnavatelů, které dohodu podepsaly), na 84,3 % (pokud zahrneme také zaměstnavatele, na které se vztahují obecně závazné dohody).

Jelikož se kolektivní vyjednávání vztahuje na všechny zaměstnance centrální vlády a municipalit, zvyšuje se celkový počet zaměstnanců, na které se kolektivní vyjednávání vztahuje, na téměř 90 %.

Pod úrovní odvětví je vyjednávání na úrovni společností, které v posledních letech nabylo na významu a obecně probíhá spíše v rámci dohod na úrovni odvětví než ve formě samostatných dohod. Tato ujednání mohou vylepšovat pod-

mínky dohod na úrovni odvětví, ale také zahrnovat jiné změny. Zaměstnavatelé tlačili na větší flexibilitu na úrovni společností a v některých případech jim bylo vyhověno. Například celá řada dohod v letech 2018 a 2019, včetně klíčových dohod zahrnujících 100 000 osob v technologických odvětvích, umožnila, aby o části zvýšení bylo jednáno na místní úrovni.

3.3.1 Úrovně vyjednávání

Když probíhají jednání na národní úrovni, jedná se o dohody mezi konfederacemi národních odborů a národními asociacemi zaměstnavatelů, především EK. Jednání na úrovni odvětví probíhají mezi odbory a sdruženími podniků v daném odvětví. Obvykle jsou vyjednávány zástupci jednotlivých konfederací zvlášť.

Výsledkem jednání byly obvykle podmínky, které platily dva a půl až tři roky. To však není pevně dáno a od roku 2009 se dohody podepisují na kratší období. Například dohoda o konkurenceschopnosti podepsaná v roce 2016 platila pouze rok. Dohody podepsané v letech 2017–2018 platily povětšinou dva nebo tři roky a je možné, že tato forma se v budoucnu vrátí.

Během posledních dvou let se jednání posunula o krok blíže ke kolektivním dohodám na úrovni společností. Finský dřevozpracující průmysl zcela odmítl jednat o kolektivních dohodách na úrovni odvětví. A největší exportér technologického průmyslu se částečně vydal stejným směrem. Odbory s tímto vývojem spokojeny nejsou a mají obavu o to, aby si udržely svou roli. Další organizace zaměstnavatelů, například HALI, stále vyjednávají o kolektivních dohodách na úrovni odvětví s cílem získat významnější roli na úrovni místních společností.

3.3.2 Předmět jednání

Dohody na úrovni odvětví a společností upravují mzdy a pracovní podmínky a v některých případech se týkají také širších témat.

Ve Finsku neexistuje systém, který by stanovoval minimální mzdu na národní úrovni. Na většinu zaměstnanců se však vztahují sazby stanovené v kolektivních dohodách upravujících příslušné odvětví, protože jejich zaměstnavatel je členem asociace zaměstnavatelů, která dohodu podepsala, nebo protože je daná dohoda kvůli procesu rozšíření platnosti závazná pro všechny zaměstnavatele v daném odvětví. Pro ty, na které se žádná dohoda nevztahuje, stanoví zákon o zaměstnaneckých smlouvách, že zaměstnancům musí být za práci vyplácena „normální a rozumná mzda“.

3.4 Pracovní podmínky a prostředí zaměstnanců v sociálních službách

Vhodné pracovní podmínky musejí zahrnovat bezpečné, zdravé nezávadné a příjemné prostředí. To podporuje dobré a motivační vedení, atmosféru na pracovišti a profesionalitu zaměstnanců. Má také vliv na zvládnutí práce. Dobré podmínky na pracovišti zvyšují produktivitu a pracovní nasazení a snižují počet nemocenských, podporují zápal do práce, motivaci a dále vlastní iniciativu zaměstnanců. Jsou tedy přímo spojené s pracovní produktivitou, konkurenceschopností a pověstí dané organizace zaměstnavatele.

Na tvorbě správných pracovních podmínek se podílejí zaměstnavatelé i zaměstnanci. Zaměst-

navatelé musejí zajistit bezpečnost pracovního prostředí, správné vedení zaměstnanců a spravedlivé zacházení se zaměstnanci.

Zaměstnanci hrají klíčovou roli v zachování svých pracovních a profesionálních schopností. Každý má možnost přispívat k dobré atmosféře na pracovišti. Pracovní spokojenost lze podpořit rozvojem pracovních podmínek a schopností.

V současné době se ve Finsku mluví o nadměrné pracovní zátěži v oblasti sociální péče a s ní související nespokojenosti. Tyto argumenty vznášejí převážně odbory zdravotních sester a ošetřovatelů. Dle nezávislých průzkumů není situace tak špatná, ale všechny strany se shodují, že v sociálních službách narůstá tlak na zvyšování počtu zaměstnanců v důsledku vývoje demografických faktorů. Populace Finska stárne, což znamená větší potřebu sociálních služeb a menší počet osob v produktivním věku.

3.4.1 Mzdy

Minimální mzda k 1. září 2021 mimo region hlavního města (v regionu hlavního města je minimální mzda o 1,4 % vyšší):

- asistent 1807–2008 eur/měsíc
- pečovatel 2060–2273 eur/měsíc
- zdravotní sestra 2322–2583 eur/měsíc

Průměrný měsíční plat s kompenzací za práci v noci a o víkendy (podzim 2020):

- asistent 2153 eur/měsíc
- pečovatel 2623 eur/měsíc
- zdravotní sestra 2862 eur/měsíc

Běžný počet odpracovaných hodin týdně:

38 hodin 20 minut

Minimální dovolená ročně:

- 4 týdny v prvním roce
- 5 týdnů po prvním roce
- 6,5 týdne po 15 letech pracovních zkušeností

V průměru jsou odměny ve veřejném sociálním sektoru vyšší. Je to především v důsledku náročné finanční situace v soukromém sociálním sektoru. Většinu služeb nakupují municipalita a cena, kterou platí dodavatelům v soukromém sektoru, je typicky o 30 % nižší než jejich vlastní náklady na stejné služby.

3.4.2 Aktivity a projekty zaměřené na zatraktivnění sektoru sociální péče

V současnosti probíhá živá veřejná i politická debata ohledně možných řešení vzrůstající poptávky po pracovnících v oblasti péče.

Hlavní návrhy organizací zaměstnavatelů jsou:

- Otevřít více studijních míst na všech úrovních vzdělání ve zdravotním a sociálním sektoru.
- Snížit přísné požadavky na úroveň kvalifikace pro práci v sociálních službách (všichni pracovníci nemusejí mít tříleté vzdělání na pozici ošetřovatele).
- Zjednodušit najímání zahraničních pracovníků ze zemí mimo EU a uznávat vzdělání ze zahraničí více než dosud.
- Přirozeně dobrá kvalita práce a dostatečná úroveň finančního ohodnocení jsou také důležité, ale je nezbytné přijmout omezené finanční zdroje, jelikož většina financování pochází z veřejného sektoru.

Hlavní návrhy organizací zaměstnanců jsou:

- Značně zvýšit platy v oblasti péče a zlepšit pracovní podmínky.

3.5 Kvalifikace a vzdělávání

Péče v oblasti sociálních služeb je poskytována především pracovníky s tříletou odbornou přípravou (pečovateli). Někteří zaměstnanci získali titul studiem vyššího vzdělání (např. zdravotní sestry), které trvá 3,5 roku. Méně zaměstnanců pracuje na pozici asistentů, kteří nemají odborné vzdělání nebo mají jednoleté vzdělání pečovatelských asistentů.

Zdravotní sestra

- 3,5 roku, bakalářský titul ze sociální a zdravotní péče.
- Studenti se učí poskytovat kvalitní péči a zajišťovat bezpečí pacientů, provádět různé ošetrovatelské úkony a zapojovat se do týmů různých profesionálů v simulovaném prostředí i v praktických situacích, zatímco studují sociální a zdravotní péči.

Pečovatel

- 2,5–3 roky, odborné vzdělání v sociální a zdravotní péči.
- Pečovatel pracuje jako člen týmu složeného z více profesí v oblasti péče a ošetrovatelství, vzdělání, rehabilitace nebo služeb klientům.
- Pečovatel je interagující a responsivní profesionál orientovaný na služby.
- Společné základní studium je dokončeno během prvních dvou let studia.
- Poslední rok studia zahrnuje odbornou způsobilost ve vybrané oblasti.
- Program zahrnuje také praxi.

Praxe trvá několik měsíců. Studenti do větší hloubky pochopí, co skutečně obnáší práce v oboru a pracoviště těží z práce studentů. Tato praxe není kvalifikována jako pracovní vztah, proto během tohoto období nemají studenti nárok na mzdu.

3.5.1 Struktura vzdělání v oboru sociální a zdravotní péče

S postupující změnou demografické struktury bude počet starších osob v budoucnu představovat značnou výzvu pro sociální a zdravotní sektor. Se změnami v technologiích čelí novým výzvám také struktura a pracovní procesy ve zdravotních službách. Sociální a zdravotní obory lze studovat na mnoha úrovních vzdělání.

Nabídka vzdělání v sociálním sektoru je široká. Sociální a zdravotní péči lze studovat na univerzitách, technických školách, středních a odborných školách. Studenti sociální práce mohou dokončit studium například jako pečovatelé o děti, komunitní zdravotní sestry nebo sociologové. Sociální práce lze studovat také na odborné škole nebo univerzitě aplikovaných věd. Mezi univerzitní obory řadíme například studium na sociálního pracovníka.

Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomoc lidem a komunitám. Stejný pojem lze použít pro výzkum v sociálních vědách a univerzitní vzdělání ve společenských vědách. Od sociálních pracovníků se vyžaduje kvalifikace stanovená zákonem, které lze dosáhnout dokončením magisterského vzdělání v oboru sociální práce.

Absolventi vyššího vzdělání v oboru sociální péče pracují na specializovaných pozicích v domech s pečovatelskou službou, dětských domo-

vech, školkách, školách, ve zdravotních službách, zařízeních pro mentálně postižené, v rodinném poradenství, s drogově závislými, provádějí rehabilitační práce a projektové a organizační práce. Práce vysokoškolských absolventů sociálních oborů je náročná, odborná a zodpovědná ve vztahu ke klientům, upravují ji mnohé zákony a nařízení, směrnice a doporučení.

Sociální status dané práce společně s příslušnými povinnostmi a pracovními cíli každé organizace určuje specifické požadavky na dané pozici. Práce vyžadující široké spektrum schopností mají zásadní vliv na život a životní podmínky jednotlivců

3.5.1.1 Sociální a zdravotní péče na odborných školách

Na odborných školách lze studovat bakalářský program v oboru sociální a zdravotní péče, který je zakončen kvalifikací místní zdravotní sestra. Vzdělání je možné v různých specializacích, například práce s postiženými, pedikúra, péče o seniory a rehabilitace seniorů nebo ošetrovatelství a péče. Bakalářský titul v oboru sociální a zdravotní péče se uděluje profesionálům komunitní péče pracujícím na zodpovědných pozicích. Práce zdravotních sester vyžaduje spolehlivé schopnosti, odhodlání poskytovat služby a smysl pro zodpovědnost.

3.5.1.2 Sociální a zdravotní péče na univerzitách

Sociální práci lze ve Finsku studovat na šesti univerzitách. Cílem práce sociálních pracovníků je zvýšit zapojení lidí a komunit, poskytovat služby, předcházet problémům, nalézat řešení, hodnotit a sledovat situace, rozhodovat a zastupovat opomíjená témata. Sociální pracovníci pracují na specializovaných pozicích v kancelá-

řích, domech s pečovatelskou službou, dětských domovech, školkách, školách, ve zdravotních službách, zařízeních pro mentálně postižené, v rodinném poradenství, s drogově závislými. Provádějí také rehabilitační práce a projektové a organizační práce.

3.5.1.3 Sociální a zdravotní péče na technických školách

Absolventy v oboru sociální a zdravotní péče jsou: zdravotní sestry, porodní asistentky, rehabilitační pracovníci, profesní terapeuti, fyzioterapeuti a sociologové. Absolventi diplomového programu ošetrovatelství v anglickém jazyce mají nárok na bakalářský titul v oboru zdravotní péče. Na všechny tyto tituly lze navázat magisterským titulem. Základní vzdělání na technických školách odpovídá středoškolskému nebo odbornému vzdělání a odpovídajícím zahraničním titulům. Uchazeči o studium na technických školách v rámci vzdělávání dospělých musí mít navíc dva roky praxe po završení 18 let věku.



4. Zkušenosti z návštěv institucí a zařízení a příklady dobré praxe

4.1 Česká republika

První studijní cesta v rámci projektu byla zorganizována do České republiky. Cesta proběhla v únoru 2019 a účastnili se jí zástupci finské asociace Hyvinvointiala HALI ry (Finsko) a nizozemské asociace ActiZ. Zástupce obou asociací hostila APSS ČR, která sdružuje 1 241 organizací, poskytujících přes 2 700 registrovaných služeb (stav k 25. lednu 2022).

První den studijní cesty byli účastníci seznámeni se *sociálním systémem v ČR a systémem vzdělávání pracovníků sociálních služeb*. V rámci představení sociálního systému ČR byl účastníkům představen také příspěvek na péči. Účastníci ze získaných informací vyvodili, že příspěvek na péči může být jedním z nástrojů, který může zabránit tlaku, který je vyvíjen na profesionální péči, nebo ho alespoň zmírnit.

Dále byli účastníkům představeny aktivity APSS ČR, kdy s některými z nich se mohli blíže seznámit na workshopech. První z těchto workshopů byl věnovaný kurzu *Certifikovaného manažera v sociálních službách*. Jedná se o jedinečné akreditované vzdělávání pro vedoucí pracovníky

v sociálních službách, kteří získají vzdělání v pěti základních oblastech: právní minimum, ekonomika, manažerské dovednosti, strategický management, řízení lidských zdrojů. Účastníci oceňovali především komplexnost celého kurzu včetně práce s lidskými zdroji a jejich vedením pomocí moderních metod pro budování a motivování úspěšného týmu zaměstnanců. V dalším workshopu měli účastníci studijní cesty možnost vyzkoušet si *Virtuální realitu – demenci*, což je aplikace, která umožňuje vidět svět očima člověka s demencí. Účastníci tohoto workshopu velmi pozitivně hodnotili zejména zprostředkování vlastní zkušenosti, která umožňuje lépe porozumět tomu, co zažívá člověk s demencí. Podle názoru účastníku by bylo vhodné tuto zkušenost



Představení Virtuální reality - Demence

zprostředkovat nejen pracovníkům sociálních služeb, ale také rodinným příslušníkům nebo studentům.

V rámci druhého dne programu bylo pro účastníky také domluveno setkání s místostarostkou města Tábora, která promluvila na téma Co město Tábor dělá pro sociální služby. Účastníkům studijní cesty tak byla zprostředkována možnost seznámit se s tím, jak probíhají investice do sociálních služeb a jak se tyto investice plánují, a to i v souvislosti s personálním zajištěním sociálních služeb. Součástí odborného programu během třetího dne studijní cesty bylo setkání se zástupci Úřadu vlády ČR a MPSV ČR. Zástupci obou institucí promluvili na téma Sociální dialog v České republice a Role státu v oblasti sociálních služeb a sociálního dialogu. Účastníci se shodli na tom, že dobře nastavená imigrační politika státu může pomoci překlenout nedostatek pracovníků v sociálních službách, obzvláště s ohledem na prognózy vývoje stárnutí společnosti.



Setkání se zástupci Úřadu vlády ČR

Odpoledne třetího dne programu bylo věnováno tématu Sociální dialog v České republice z pohledu odborů a představení Unie zaměstnavatelských svazů jako sociálního partnera. Účastníci se dozvěděli například to, že partneři mají při sociálním dialogu poradní úlohu také při plánování a zřizování zařízení sociální péče. V ob-

lasti personálního zajištění sociálních služeb je hlavním problémem financování. Mzdy zaměstnanců sociálních služeb tvoří až 73 % celkových nákladů rozpočtu ročně. Účastníci zmiňovali, že prvně by bylo potřeba nastavit stejné platové podmínky pro soukromé i veřejné poskytovatele sociálních služeb. Bez existence rovných podmínek není z jejich pohledu možné problémy s financováním adekvátně vyřešit. Vyjednávání podmínek pro zaměstnance se v zemích liší. Při vyjednávání je také potřeba přihlídnout k rozdílům mezi výší úvazků, které jsou pro dané země běžné. V České republice a ve Finsku je běžné pracovat na plný pracovní úvazek, zatímco v Nizozemsku jsou běžné částečné úvazky.

V rámci třídenní studijní cesty účastníci navštívili také několik poskytovatelů sociálních služeb v Jihočeském kraji a v hlavním městě Praze.



Návštěva a exkurze domova pro seniory a denního stacionáře, G-centrum Tábor



Návštěva a exkurze domova pro seniory, Domov pro seniory Bechyně

4.1.1 Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka, o.p.s.



Základní škola a Mateřská škola a poskytovatel sociálních služeb, Kaňka o.p.s.

Centrum Kaňka poskytuje od roku 2002 sociální služby Osobní asistence, Raná péče a Denní stacionáře a dále předškolní a školní vzdělávání dětem, mládeži a dospělým lidem s postižením. Všechny tyto činnosti jsou propojené a navazují na sebe. Pilířem péče je sedm terapií, které jsou klienty využívány pravidelně ať již během každodenního pobytu, nebo ambulantně. Centrum využívá principy multidisciplinární péče, zaměřuje se na práci s celou rodinou.

Příklady dobré praxe:

- **Rekonstrukce denního stacionáře** – Přestěhování služby do nových a nově zrekonstruovaných a vybavených prostor v rámci areálu vyřeší v blízké budoucnosti nedostatek kapacit pro skupinu současných žáků speciální školy Kaňka se středně těžkým až těžkým kombinovaným postižením, kteří po ukončení školní docházky zůstanou klienty denního stacionáře (DS). Nákupem moderního vybavení dojde i ke změně pracovního prostředí pracovníků sociální služby DS a zlepšení komfortu uživatelů.

- **Péče o zaměstnance** je už mnoho let jednou z priorit zařízení. Centrum Kaňka podporuje další vzdělávání a osobní rozvoj zaměstnanců, klade důraz na moderní pomůcky a vybavení pro jejich práci. Mezi další benefity patří příspěvek na dojíždění, stravu, pracovní oděvy, pravidelné teambuildingy a systém pravidelných zpětnovazebních pohovorů. Také intenzivní program pravidelných skupinových supervizí i možnost individuálních konzultací se supervizorem se stal už několik let samozřejmým nástrojem péče o zaměstnance.
- **Inovativní přístup k fundraisingu** – Obecně prospěšná společnost funguje na principu vícezdrojového financování. Kontinuální zajištění vysoké úrovně poskytovaných služeb kvalifikovaným personálem je závislé na aktivním hledání a čerpání všech vhodných a dostupných zdrojů: dotací státní správy a samosprávy, financování projektů z nadačních a Evropských grantů, získávání vlastních zdrojů z přímých plateb uživatelů, pořádání veřejných sbírek za účelem financování vlastních projektů, dlouhodobá práce s firemními i individuálními dárci, pořádání veřejných akcí s výtěžkem podporujícím provoz zařízení, práce s dobrovolníky a další. Fundraising je úzce provázán s PR organizace, osvědčilo se zde rozhodnutí o vytvoření jedné pracovní pozice pro obě aktivity. I díky nim bylo například možné financovat dva výše uvedené příklady dobré praxe, tedy rekonstrukci denního stacionáře a péči o zaměstnance.

4.1.2 Domov pro seniory Bechyně



Domov pro seniory Bechyně

Domov pro seniory Bechyně je příspěvková organizace Jihočeského kraje. Zařízení poskytuje sociální pobytovou službu seniorům starším 60 let, kteří vlivem pokročilého věku a zhoršujícího se zdravotního stavu již nejsou soběstační a k zajištění jejich individuálních potřeb již nepostačuje pomoc rodiny či terénních nebo ambulantních sociálních služeb. Služba je poskytována v novém, komfortně vybaveném domově s jednolůžkovými a dvoulůžkovými pokoji s maximální kapacitou 122 klientů. Veškeré služby jsou poskytovány individuálně, dle skutečných potřeb jednotlivých klientů tak, aby se nevytvářela závislost na službě. Personál domova u klientů podporuje zachování jejich stávajících schopností, zapojení do běžného života i jeho aktivní prožívání. Respektuje jejich právo rozhodovat o sobě a o svém životě. S ohledem na životní příběh klientů se snaží utvářet zázemí, ve kterém se budou klienti cítit jako doma – bezpečně a spokojeně. Hlavním mottem domova je: „S láskou, úctou a respektem budeme při vás stát...“

Příklady dobré praxe:

- **E-Qalin®** – evropský systém managementu kvality zaměřující se speciálně na domovy pro seniory. Tento systém se orientuje na všechny

cílové skupiny, kterými jsou uživatelé, rodinní příslušníci, zaměstnanci, vedení i okolí. Tento sebehodnotící systém pomohl zařízení v mnoha ohledech zkvalitnit poskytovanou službu, respektive procesy a nastavená pravidla služby. Díky systému E-Qalin® byla nastavena lepší spolupráce mezi jednotlivými úseky poskytované služby, přispěl také k lepší komunikaci mezi zaměstnanci, ale také mezi zaměstnanci a managementem.

- **Biografická koncepce péče** – umožňuje pečovateli, aby klientům poskytovali individuální péči. Zaměstnanci získají informace ze života klienta. Tyto informace mění postoj personálu k danému klientovi a tyto znalosti ze života klienta usnadňují zaměstnancům péči o své klienty, protože daný zaměstnanec lépe rozumí chování klienta a pomáhá mu s udržení rituálů, které klient dodržoval celý svůj život.
- **Namasté Care** – koncept, který je naprosto nepostradatelný při paliativní péči o klienty v terminálním stádiu života a také o klienty se syndromem těžké demence. Jeho největší předností je intenzivní sociální kontakt pečovatele s malou skupinkou maximálně pěti klientů každý den po celé dopoledne. To přináší pečujícím možnost bezprostředně reagovat na potřeby klienta s využitím znalostí klientovy biografie. Současně tento koncept naplňuje pečujícího vědomím potřebnosti jeho práce a je též prevencí syndromu vyhoření.
- **Podíl pečovateli mezi zaměstnanci** – typické složení personálu pečujícího o 60 klientů je 19 pečovateli, 1 sociální pracovnice a 2 zdravotní sestry. Podíl pečovateli mezi zaměstnanci je v České republice mnohem vyšší, než je tomu ve Finsku.
- **Využívání odborných znalostí a dovedností pracovníků nejen přímé péče** – přináší zkvalitnění péče a s tím jde ruku v ruce mož-

nost zlepšit zdravotní stav klientů a v mnoha případech udržet či zvýšit soběstačnost klientů. Zaměstnanci přímé péče jsou podporováni v dalším vzdělávání ve svém oboru. Vzdělávání probíhá u všech zaměstnanců zařízení. Na úseku kuchyně probíhá též vzdělávání pracovníků z důvodu zkvalitnění poskytované stravy, rozšíření nabídky diet, hlídání nutričních hodnot jídel podávaných klientům. Neopomínáme ani na úseky prádelny a úklidu. Veškeré vzdělávání zaměstnanců vede k vyššímu komfortu poskytované péče, a tím i větší spokojenosti klientů.

- **Skupinové i individuální supervize pro všechny zaměstnance zařízení** – pro samotné zaměstnance mají význam především podpurný a vzdělávací, a to zejména v oblasti emoční a vztahové stránky práce s klienty. Pravidelné supervize předcházejí syndromu vyhoření a rovněž přispívají ke zkvalitňování poskytované služby klientům. Dle potřeby mohou zaměstnanci využít individuální supervizi.
- **Psychická podpora imobilních či hůře mobilních klientů** – snahou domova je prostřednictvím psychologa umožnit těmto klientům bez obav vyjádřit svůj názor na poskytované sociální služby. Stejně tak to platí u mobilních klientů, kteří pro tyto účely mohou anonymně využít schránku důvěry.

4.1.3 G-centrum Tábor



G-centrum Tábor

G-centrum Tábor bylo vystaveno v letech 1997–1998 městem Tábor. G-centrum provozuje celkem sedm sociálních služeb. V rámci programu se účastníci blíže seznámili s fungováním dvou z nich, a to s domovem pro seniory a denním stacionářem. Kapacita domova pro seniory je 143 lůžek v rámci jednolůžkových či dvoulůžkových pokojů. Služba je založena na těchto principech: individuální přístup, profesionalita poskytovaných služeb, respektování osobnosti a lidských práv a svobodné rozhodování. Služba denního stacionáře je poskytována seniorům starším 50 let v době od 6.30 do 18.30 hodin.

Příklady dobré praxe:

- **Pravidelné vzdělávání zaměstnanců** – přispívá ke zvyšování kompetencí všech zaměstnanců. G-centrum Tábor proto pro své zaměstnance pořádá pravidelná školení přímo v zařízení. Zaměstnanci jsou také pravidelně vysíláni na specializovaná školení, pracovní stáže a konference. Díky tomu si zaměstnanci vymění zkušenosti, znalosti, know-how a získají praxi v jiných zařízeních.
- **Odborné stáže a vzdělávání** – v zařízení probíhají odborné stáže a praxe studentů zdravotnických a vyšších odborných škol a rekvalifikační kurzy pro pracovníky v přímé péči. Tyto aktivity se zaměřují například na rozšíření znalostí v oblasti úhrad ošetrovatelské péče, odměňování a mzdy v sociálních službách, vykazování ošetrovatelské péče, posilování pozitivních přístupů zaměstnanců v sociálních službách, ale také na témata přímo související s péčí o klienty zařízení, jako je například manipulace s klientem, péče o klienty s kožním defektem, individuální plánování poskytované služby apod.
- **Dobrovolnická činnost** – spolupráce s Farní charitou Tábor na dobrovolnické činnosti.

Dobrovolnická činnost je přínosem nejen pro samotné zařízení a jeho klienty, ale také pro dobrovolníky.

4.1.4 SeneCura SeniorCentrum Klamovka



SeneCura SeniorCentrum Klamovka

SeneCura SeniorCentrum Klamovka je nové a moderní zařízení, které bylo otevřeno v roce 2015. Zařízení poskytuje pobytové sociální služby s kapacitou 116 míst. Velký důraz je kladen na péči o seniory, kteří trpí Alzheimerovou chorobou či jinou formou stařecké demence. Svou polohou v centru Prahy se nabízí také spolupráce s komunitními centry, mateřskými a základními školami v blízkém okolí.

Příklady dobré praxe:

- **Značka kvality v sociálních službách** – je externí certifikace zařízení sociálních služeb



Ocenění Značky kvality v sociálních službách

z pohledu klienta služby, přesto však je oceněním každodenní práce zaměstnanců. Certifikace je motivací, ale i inspirací pro zaměstnance, aby usilovali o zvyšování kvality poskytované péče a služeb svým klientům.

- **Přívětivé pracovní prostředí a dostatek prostředků k práci** – nejen v komplikovaném období pandemie je běžnou praxí zájem všech vedoucích pracovníků především o naše klienty, o provoz domova a o naše zaměstnance. Zaměstnanci v přímé péči nebudou pečovat o klienty s láskou a plným nasazením, pokud toto neuvidí u vedoucích pracovníků. Kultura domova se odráží od kultury vedoucích pracovníků.
- **Péče o naše zaměstnance** – každý den mají zdarma k dispozici pití (džus, vodu s citrónem a mátou), čerstvé ovoce, obědy za 30 Kč, výběr ze dvou druhů obědů. Probíhá také pravidelná supervize, třikrát v týdnu lze přímo v domově využít služby psychologa. Přímo v zařízení se koná minimálně osm vzdělávacích akcí za měsíc, dostupné jsou i benefity ve formě čínských masáží přímo v domově, poukázky na kulturu a volný čas, pravidelné teambuildingy mimo domov.
- **Časopis Klamovka** – poskytuje prostor pro články a rozhovory s našimi zaměstnanci, s našimi klienty, nechybí fotodokumentace, prezentování společných akcí v domově i mimo domov.
- **Den rodiny** – jedná se o akci přímo v domově konanou pro naše zaměstnance a jejich rodinné příslušníky, nechybí grilování, bohatý raut, hudba, soutěže pro děti.
- **Anonymní ankety spokojenosti zaměstnanců** – zprostředkované nezávislou agenturou. Jedná se o důležitý ukazatel spokojenosti zaměstnanců v jednotlivých pracovních oblastech a důležitý nástroj pro management.

- **Ochutnávky mezinárodních kuchyní** – každý měsíc se v přízemí domova koná pro klienty a zaměstnance akce pod taktovkou šéfkuchaře – raut nejlepších a nejtýpčtějších pokrmů a nápojů vždy na téma určitého státu.



Ochutnávky mezinárodních kuchyní

4.1.5 Palata – Domov pro zrakově postižené



Palata – Domov pro zrakově postižené

Domov byl postaven v roce 1893 a v letech 2003–2005 prošel rekonstrukcí a rozsáhlou dostavbou. Palata poskytuje komplexní pobytové služby osobám se zrakovým postižením s kapacitou 125 lůžek. Celý komplex je bezbariérový a pro maximální pocit bezpečí klientů využívá prvky prostorové orientace.

Příklady dobré praxe:

- **Firemní dobrovolnictví** – představuje podporu veřejně prospěšných organizací firmou a jejími zaměstnanci. Firma do dané organizace investuje čas svých zaměstnanců a finanční zdroje. Dobrovolníci z firem nejčastěji pomáhají s pomocnými pracemi, jako je např. pleení, hrabání, čištění pozemku, drobné opravy, stěhování menšího nábytku apod. Platforma firemního dobrovolnictví se neustále rozrůstá a domov také začíná navazovat spolupráci v oblasti expertního dobrovolnictví, především s IT experty.



Firemní dobrovolnictví

- **Individuální dobrovolnictví** – při získávání nových dobrovolníků se domov zaměřuje hlavně na studenty středních škol, protože díky zkušenosti s dobrovolnictvím se mohou rozhodnout pro práci v sociálních službách. Dobrovolnický den vždy začíná povídáním o poskytované službě a prohlídkou zařízení, ukázkou kompenzačních pomůcek tak, aby dobrovolníci věděli, jak je při práci použít a alespoň částečně se seznámili s postižením, se kterým se klienti domova potýkají. Mezi nejčastější činnosti pak patří přímý kontakt s klienty – dobrovolníci si s nimi povídají, předčítají, doprovázejí je na vycházku apod.

- **Výběr zaměstnanců a péče o ně** – domov věnuje velkou pozornost a mnoho času výběru zaměstnanců. Výběrová řízení probíhají minimálně dvoukolově, probíhají zkušební dobrovolnické směny a až potom následuje konečné oboustranné rozhodnutí. Důležité je následně projevit zájem o zaměstnance, oceňovat i slovně jejich práci atd. I díky tomu se v posledních letech snížila fluktuace zaměstnanců. Zaměstnanci využívají benefity, které domov nabízí, jako je příspěvek na rekreaci, příspěvek na rekreaci dítěte, příspěvek na masáže, příspěvek na penzijní připojištění, příspěvek na MULTI sport kartu a další. Domov podporuje své zaměstnance také ve vzdělávání, k dispozici mají pravidelné supervize a interní školení.
- **Pracovní podmínky** – domov předchází syndromu vyhoření a minimalizuje fluktuaci. Dlouhodobě sleduje objemy poskytované péče a reaguje na jejich změny úpravami struktury pracovních pozic a počtu zaměstnanců. Výsledkem je malý počet přesčasových hodin a vyvážená pracovní zátěž.
- **Služební byty pro zaměstnance** – mohou být jedním z rozhodujících faktorů při získávání nových, ale i udržení stávajících zaměstnanců.
- **Studentské praxe pro studenty ze spolupracujících škol** – domov dlouhodobě spolupracuje se školami zaměřenými na sociální a zdravotní péči. Pravidelně s nimi komunikuje, zaměstnanci dochází na setkávání, které školy pořádají. Školám domov nabízí a umožňuje exkurze, jsou zvány na dny otevřených dveří. Studentům, kteří se na praxi osvědčí, je nabídnuta další možnost spolupráce formou brigády v domově. Studenti mají vždy přiděleného jednoho zaměstnance, který je zaučuje a praxi provází. Společně praxi hodnotí a nabízí možnost dobrovolnické činnosti. Ročně v domově praktikuje cca 160 studentů.

4.2 Nizozemsko

V říjnu 2021 proběhla druhá studijní cesta pro zástupce finské asociace Hyvinvointiala HALI ry a české asociace APSS ČR do Nizozemska. První den naší cesty jsme zahájili u nizozemské asociace ActiZ, která sdružuje zhruba 385 organizací s více než 400 000 zaměstnanci, kteří pečují o více než 2 miliony osob v dlouhodobé péči.



Představení sociálního a zdravotního systému péče

Zástupci nizozemské asociace ActiZ nám představili nejen aktivity v rámci své organizace, ale také sociální a zdravotní systém péče v Nizozemsku. Péče v Nizozemsku je postavena na soukromých, ziskových a neziskových poskytovatelích, kdy stát ani obce nejsou provozovateli služeb dlouhodobé péče. Dlouhodobá péče je poskytována na principu pojištění a její poskytování je upraveno čtyřmi zákony. ActiZ je jedním z významných lídrů v oblasti inovací v daném regionu, s tím souvisí také rozvoj digitalizace a práce s „big daty“, která využívají k získání informací například o potenciálních klientech a poptávce po péči, k získání přehledu o trhu práce a benchmarkingu.

Poptávka po péči a nových zaměstnancích neustále roste, v Nizozemsku však stejně jako všu-

de ve světě chybí kvalifikovaná pracovní síla. Nizozemsko má vysoce propracovaný a odstupňovaný systém kvalifikačních požadavků na zaměstnance v dlouhodobé péči, což může nábor nových zaměstnanců značně ztížit. V České republice musí naproti tomu zaměstnanec splnit 150 hodin odborného vzdělávání, což je výhoda, protože lze rychle získat nové zaměstnance a začlenit je.



Návštěva a exkurze domova pro seniory, Zorg- en Wooncentrum De Haven

Dále jsme se věnovali tématu sociálního dialogu a obecnému vyjednávání o mzdách a pracovních podmínkách. V souvislosti s tímto tématem jsme v rámci prvního dne naší cesty také navštívili SER, což je platforma pro kolektivní vyjednávání mezi zaměstnavateli a odbory a zároveň



Návštěva a exkurze domova pro seniory, Stichting rijnhoven

je poradním orgánem vlády a parlamentu při řešení otázek týkajících se ekonomické a sociální oblasti (je nezávislý). Kolektivní vyjednávání v Nizozemsku probíhá na několika úrovních. Na rozdíl od naší tripartity má SER vlastní centrálu a zaměstnance.

V rámci druhého a třetího dne naší cesty jsme navštívili několik poskytovatelů sociální péče v Nizozemsku.

4.2.1 Zorg- en Wooncentrum De Haven



Zorg- en Wooncentrum De Haven

Zařízení poskytuje péči osobám s demencí či fyzickými problémy a udržuje velmi úzký kontakt s komunitou obce. Dříve byl domov určen pouze pro seniory, to se postupem času změnilo a část komplexu nyní funguje jako dům s pečovatelskou službou. Součástí komplexu několika budov je tzv. zážitková zahrada, která je přístupná všem klientům bez ohledu na jejich psychický či fyzický stav. To je možné díky systému moderních technologií – klienti nosí „chytré hodinky“ (senzor), které jim umožňují volný pohyb areálem. Tento přístup je v souladu s filozofií vedení domova, která je založena na svobodě pohybu. Tato filozofie je uplatňována i při každodenních činnostech a zařízení si zakládá na tom, aby se klienti cítili jako doma.

Příklady dobré praxe:

▪ **Automatizovaný systém pro zachování autonomie klientů** – každý klient má v „chytrých hodinkách“ (senzoru) definované zóny pohybu, které mu umožňují volný pohyb po areálu. Hodinky jsou naprogramovány tak, aby se klientovi v těchto zónách automaticky otevíraly dveře. Díky těmto hodinkám se také minimalizují konflikty mezi zmatenými a dezorientovanými klienty s demencí, pokud by došlo k narušení jejich osobního prostoru, protože zabráňují nechtěným vzájemným návštěvám pokojů. Celý zabezpečovací systém však vyžaduje splnění náročných technických požadavků jak na software, tak i personální obsluhu. Ve svém důsledku tento automatizovaný systém umožňuje:

- pečovatелům a dalším zaměstnancům snazší péči o klienty, kteří se mohou bezpečně pohybovat po celém areálu vč. zahrady;
- přizpůsobení pro efektivnější využívání zdrojů;
- dostatečný dohled nad klienty a přijatelné pracovní vytížení;
- snížení nežádoucích incidentů.

4.2.2 Warande Bovenwegen



Warande Bovenwegen

Zařízení Warande Bovenwegen zajišťuje péči osobám s fyzickými problémy a problémy s pa-

mětí. Nabízí jak dlouhodobý pobyt, tak i přechodný, ale i geriatrickou rehabilitaci a intenzivní péči o lidi s demencí. Každý klient má svůj pokoj. Také v tomto zařízení využívají při péči o klienty moderní technologie, které zvyšují bezpečnost klientů a zároveň snižují zátěž kladenou na personál.

Příklady dobré praxe:

▪ **Pohybové senzory a chytrá kamera** – slouží pro sledování stavu klientů během noci. Původní systém byl založen pouze na použití pohybových senzorů, které detekovaly např. zvýšený pohyb během spánku, který však byl pracovníkem často vyhodnocen jako pád klienta, přičemž klient pouze vstal z postele a odešel na toaletu. Tento způsob však vedení vyhodnotilo jako příliš zatěžující pro personál a obtěžující pro klienty. Proto byl doplněn o „chytrou“ sledovací kameru, díky které má personál přehled o tom, co se ve skutečnosti na pokoji klienta děje, a nedochází ke špatnému vyhodnocení situace. Tento systém však zároveň nenarušuje soukromí klienta, protože sledování neprobíhá nepřetržitě, ale pouze na základě softwarového vyhodnocení aktuální situace. Tento přístup přináší:

- možnost snížit počet zaměstnanců během nočních směn, a tím snížit náklady organizace;
- péče je klientovi poskytována pouze, když je skutečně potřeba, to vede ke snížení pracovního tlaku na zaměstnance;
- více času na vyřízení administrativy spojené s péčí o klienty pro zaměstnance na nočních směnách;
- zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců;
- snížení úzkostí a problémů s chováním u klientů.

Dalším způsobem, jak snížit náklady, je podle vedení zařízení používání digitálních inkontinenčních pomůcek, které by měly speciální senzory.

4.2.3 Stichting rijnhoven



Stichting rijnhoven

Stichting rijnhoven je domov pro 174 seniorů, kteří jsou ubytováni buď v samostatných pokojích (pokud vyžadují intenzivní péči), nebo tzv. zónách, kde žije menší počet klientů. Péče je zaměřena na psycho-geriatrickou oblast s cílem zachovat co nejvyšší míru nezávislosti klientů. Zařízení je členěno do několika obytných zón, kdy každá disponuje centrální denní místností, sociálním zázemím a vlastním pokojem.

Příklady dobré praxe:

- **Personální politika je vedena formou self-organization (tzv. samozaměstnávání)** – personál je rozdělen do týmů o 15 členech, každý tým zodpovídá za přidělený počet klientů, může přicházet s inovativními nápady, jak zlepšit poskytovanou péči, kvalitu života klientů i své pracovní podmínky. Každý tým si také vytváří svůj vlastní pracovní rozvrh, vedení není do tohoto procesu zapojeno do doby, než je třeba řešit konflikt nebo neshody. Takovýto systém práce umožnil snížit počet pracovníků středního managementu, zvýšil

flexibilitu a zároveň dovoluje sladit pracovní a rodinný život. V průběhu let se však ukázalo, že takovýto způsob řízení je vhodný pouze pro ty, kdo kladou důraz na samostatnost a nezávislost. Systém samozaměstnávání s sebou přináší to, že:

- zaměstnanci mohou realizovat své vlastní nápady, jak zlepšit poskytovanou péči, kvalitu života v zařízení a své pracovní podmínky;
- zaměstnanci mají větší odpovědnost za svou práci;
- pracovníci mají mnoho zkrácených úvazků, které umožňují větší flexibilitu pracovní doby zaměstnanců, a ti tak mohou lépe sladit osobní a pracovní život.

4.2.4 Cordaan



Cordaan

Coordan je první akutní geriatrická komunitní nemocnice v Amsterdamu – Acute Geriatric Community Hospital. Péče je zaměřena na léčbu akutních onemocnění, komplexní geriatrické vyšetření, včasnou rehabilitaci či způsob, jak zefektivnit následnou péči. Předpokládaná délka hospitalizace je 14 dní. Nemocnice byla založena mimo jiné proto, že klienti často potřebují rychlou a komplexní péči, která jim nemůže být zajištěna v domácím prostředí (např. z důvodu mozkových příhod). Pro tyto pacienty je důležitá

také následná rehabilitace, aby se mohli co nejdříve vrátit do svého domácího prostředí.

Příklady dobré praxe:

- **Zatraktivnění geriatrické péče** – tento projekt může představovat jednu z možných cest, jak zatraktivnit geriatrickou péči zdravotním sestram.
- **Úspora nákladů** – i přesto, že náklady na hospitalizaci nejsou o tolik rozdílné, u dodatečných nákladů je tomu jinak. Dodatečné náklady na péči po opuštění komunitní nemocnice jsou výrazně nižší než v případě, kdy klient opouští nemocnici.

4.3 Finsko

Závěrečná studijní cesta do Finska byla zrealizována v březnu 2022. Cesty se účastnili zástupci české asociace APSS ČR, nizozemské asociace ActiZ a hostitelské organizace Hyvinvointiala HALI ry (HALI). Organizace HALI se ve Finsku podílí na zlepšení prostředí pro poskytování služeb v oblasti sociálního a zdravotního sektoru a péče o děti. V této oblasti sdružuje 1 500 členů, kteří zaměstnávají více než 85 000 odborníků. HALI se dále podílí na sjednávání národních kolektivních smluv v těchto odvětvích.

První den studijní cesty nám hostitelská organizace představila nejen aktivity, kterým se věnuje, ale také sociální a zdravotní systém ve Finsku, jež jsou úzce propojeny. Finský systém péče je velmi integrovaný a nepolarizovaný. Ve Finsku sjednává péči pouze jedna strana, zatímco v Nizozemsku ji sjednávají tři strany. Péči pro své občany musí ve Finsku zajistit municipality. Je čistě v jejich gesci, zda využijí služeb veřejných, nebo soukromých poskytovatelů sociální péče. V tuto chvíli zajišťuje péči 295 muni-

cipalit, což napříč regiony způsobuje nerovnost mezi systémy zdravotní a sociální péče. Řešením by v tomto případě měla být reforma zdravotní péče, ke které dojde v roce 2023 a která počítá se snížením počtu municipalit na 26. Snížení jejich počtu by mělo podnítit rovnost mezi systémy zdravotní a sociální péče napříč regiony.



Představení plánované reformy zdravotní a sociální péče pro rok 2023

Navzdory tomu, že v každé partnerské zemi probíhá sjednávání péče odlišně, všechny země mají stejné problémy – musejí se potýkat se stárnoucí populací a s problémy na trhu práce, které to s sebou přináší. V souvislosti s trhem práce jsme se věnovali tématu Kvalifikační požadavky na pracovníky a pravidla péče v sociálních službách a s tím souvisejícímu tématu Kolektivní vyjednávání pro soukromé poskytovatele sociálních služeb a výši mezd a dalších benefitů. Soukromí poskytovatelé sociální péče jsou na tom ve Finsku hůře než poskytovatelé veřejní. Pro-



Návštěva a exkurze domova pro seniory a denního centra, Kustaankartano Senior Centre



Návštěva a exkurze domova pro seniory a denního centra, Kustaankartano Senior Centre

blém je v tom, že municipality, které služby nakupují, platí soukromým poskytovatelům sociálních služeb zhruba o 30 % nižší náklady za stejné služby, které ony samy poskytují. Finanční situace v soukromém sektoru je tedy značně složitá a neuspokojivá. Odpolední program prvního dne studijní cesty byl věnován funkcím odborů JHL, finskému vzdělávacímu systému pracovníků v sociálních službách a sociálnímu dialogu na úrovni Evropské unie.

Během druhého a třetího dne odborného programu naší cesty jsme navštívili několik poskytovatelů sociální péče.

4.3.1 Wilhelmiina Palvelut Ltd.



Wilhelmiina Palvelut Ltd.

Společnost Wilhelmiina Palvelut Ltd. poskytuje seniorům pečovatelské a rehabilitační služby. Jejich vlastníkem je nadace Miina Sillanpää.

Struktura neziskové organizace umožňuje využívat zisky organizace na podporu a rozvoj rezidenčních a dalších služeb pro seniory. Centrum rezidenčních služeb Wilhelmiina zahájilo svou činnost v Pikku-Huopalahti v Helsinkách v roce 1995. Centrum Wilhelmiina aktuálně nabízí ubytování, péči a další služby přibližně 160 seniorům. Pro své klienty má k dispozici vlastní restauraci a kavárnu, které jsou přístupné i zákazníkům mimo centrum. Rehabilitační jednotka, která je součástí centra, nabízí nejen rehabilitace, ale také dočasné bydlení – např. pro veterány, pacienty po operacích, bydlení pro seniory v domácnosti během dovolených atd.

Příklady dobré praxe:

- **Využití moderních technologií k odhalení funkčních a kognitivních poruch** – ve spolupráci se společností Benete Ltd. centrum Wilhelmiina vyvíjí a uvádí do praxe nové technologie, které jsou založeny na agilní technologii senzorů a chytrých algoritmech. Díky tomu vytváří vzorec každodenních aktivit a zvyků jednotlivců. Skrze pozorování a analýzu každodenních úkonů odhaluje funkční a kognitivní poruchy, pomáhá pracovníkům centra Wilhelmiina identifikovat změny ve zdraví a pohodě, aby se mohli soustředit na akutní potřeby obyvatel. Systém BeneCare navíc napomáhá bezpečnosti jejich obyvatel. Systém například zaměstnance upozorní, když se sníží frekvence používání koupelny – to může indikovat, že klient může potřebovat další pomoc. U rezidentů s vysokým rizikem pádu systém BeneCare umožňuje informovat pečovatele na základě pohybu rezidentů. Podle kolektivních údajů o pohybu je pak informuje, když se některý z obyvatel chystá vstát z postele. Pečovatel tak může být včas na místě, aby nabídl pomocnou ruku a například v noci zabránil pádu.

- **Stezka paměti a trénink v oblasti umění a podnikání** – představuje snahu zařízení podpořit své klienty a umožnit jim žít „život, který chtějí žít“. Školení je součástí vzdělávacího plánu zaměstnanců. V tomto školení, které navrhl jejich vlastní odborník na poruchy paměti, poskytují všem zaměstnancům centra Wilhelmiina základní informace o poruchách paměti a o tom, jak nejlépe přistupovat ke klientům trpícím poruchami paměti a podpořit je v každodenním životě a samostatnosti. Zaměstnancům je dále nabízen trénink v oblasti umění a podnikání, aby se podpořili jejich organizační schopnosti a naučili se jednat a interagovat s klienty centra i jejich příbuznými a kolegy v týmech pozorným způsobem zaměřeným na nacházení řešení. Kouč tohoto kurzu je certifikovaný v oblasti podnikání (BCI) a průkopník v koučinku umění a podnikání a koučinku založeného na divadle.

4.3.2 Kustaankartano Senior Centre



Kustaankartano Senior Centre

Kustaankartano Senior Centre je centrum, které se nachází v krásném prostředí parku a poskytuje hned několik sociálních služeb pro seniory. Kromě ubytovacích služeb disponuje centrum také servisním střediskem a jednotkami denní péče. Denní aktivity zařízení se zaměřují

na poskytování simulačních a rehabilitačních aktivit pro duševně nemocné seniory a seniory se zdravotním postižením nebo na poskytování takových aktivit, které jsou určeny především seniorům trpícím problémy s pamětí. Cílem jednotek denní péče je koncipovat aktivity tak, aby senioři mohli co nejdéle žít ve svém přirozeném prostředí. Centrum Kustaankartano disponuje také rezidenčními domy pro seniory, kteří již potřebují péči ošetrovatelského personálu 24 hodin denně. Rezidenční domy mají k dispozici také společné prostory, kde najdeme útulné kuchyně, prostorné obývací pokoje, místnosti s krbem a sauny.

Příklady dobré praxe:

- **Využití volnočasového zázemí pro zaměstnance** – centrum Kustaankartano disponuje volnočasovým zázemím, které mohou využívat v rámci benefitů také zaměstnanci zařízení. Zaměstnanci tak mají k dispozici například saunu nebo posilovnu.
- **Další vzdělávání zaměstnanců v paliativní péči** – která přináší nový pohled na péči o umírající a nový přístup k tématům umírání a smrti. Tuto filozofii a z ní vycházející postupy péče a podpory je nutné pracovníky naučit.
- **Podpůrný systém EPIC** – je softwarový systém, který využívají pracovníci v sociálních službách při poskytování zdravotní péče. Jedná se o centrální databázi se zdravotními informacemi o finských obyvatelích. Při nástupu nového klienta tak o něm mají pracovníci k dispozici data z různých zdravotnických organizací, stejně tak zdravotnické zařízení má přehledné informace o poskytnuté zdravotní péči v zařízení sociální služby. Tento systém umožňuje poskytování kvalitní péče klientovi, ale také usnadňuje a zefektivňuje práci zdravotnického personálu v zařízení.

4.3.3 Deaconess Foundation



Deaconess Foundation

Deaconess Foundation je nezisková organizace s téměř 155letou historií. Tuto organizaci tvoří 2 700 zaměstnanců a přes 1 000 dobrovolníků, jejichž cílem je poskytnout důstojný život všem občanům. Deaconess Foundation poskytuje všestranné sociální a zdravotní služby nejen seniorům a osobám trpícím demencí, ale spolupracuje s dalšími organizacemi z odvětví sociální péče a poskytuje příležitosti podílet se na rozvoji komunity a posílení občanské participace.

Příklady dobré praxe:

- **Odpovědnost jako součást strategie** – organizace má vytvořený program odpovědnosti, který obsahuje konkrétní a měřitelné kroky, jak se stát ještě více odpovědnou organizací vůči společnosti a životnímu prostředí. Tento program obsahuje tři pilíře: rovnost,



Program odpovědnosti

komunitu a udržitelnost životního prostředí a efektivitu využívání zdrojů. Program je součástí strategie organizace a podílejí se na něm všichni zaměstnanci, což zajišťuje jejich participaci a zájem na rozvoji nejen organizace, ale celé komunity.

4.3.4 Folkhälsan



Folkhälsan

Folkhälsan je nezisková organizace, která poskytuje ošetrovatelskou péči, domácí péči, péči o děti, poradenství pro mládež a podporu pro zdravotně postižené. V organizaci pracuje více než 1 300 zaměstnanců a přes 20 000 dobrovolníků. Hlavním cílem organizace je dobrá kvalita života a soběstačnost jejich klientů. Všechny služby, které Folkhälsan poskytuje, se zaměřují na zajištění vysoké kvality života po celou dobu životního cyklu. Folkhälsan tedy poskytuje širokou nabídku formálních i neformálních služeb, kam patří například sauny, wellness aktivity a bazény. Součástí organizace je také vlastní výzkumné oddělení, které je součástí mezinárodní výzkumné sítě genetického výzkumu.

Příklady dobré praxe:

- **Celoživotní vzdělávání a jeho evidence** – zaměstnanci zařízení jsou pravidelně vzdělávání nejen v tématech z oblasti pečovatelské

a ošetrovatelství, ale také z oblasti společenských věd, jazyka a vedení týmů. Vzdělávání zaměstnanců je důležitou součástí strategie organizace a celoživotní učení a reflexi pracovních postupů zaměstnanci vnímají jako kontinuální proces, který je jedním z klíčových aktiv organizace. Veškeré vzdělávání zaměstnanců je evidováno v souhrnné databázi, která následně usnadňuje plánování dalšího vzdělávání a dokládání povinného vzdělávání při kontrole.

▪ **Zaměstnanci součástí komunity** – cílem organizace není pohlížet na pracovníky pouze jako na placené zaměstnance, ale jako na plnohodnotné členy komunity. Pokud se zaměstnanci cítí být součástí komunity Folkhälsan, dochází nejen ke zvyšování kvality poskytované péče, ale vede to také k udržení odborníků v zařízení, což je v době nedostatku pracovníků důležitým přínosem. Příkladem je například možnost přivést si s sebou do práce svého domácího mazlíčka.

▪ **Zprostředkování supervizovaných odborných praxí** – v zařízení si studenti sociálních a zdravotních oborů mohou domluvit odbornou praxi. Studentovi je přidělen supervizor, který ho provází denní pracovní rutinou a základy a poskytuje mu odborné rady. Výhodou studentských odborných praxí je možnost studenta v budoucnu zaměstnat na hlavní pracovní poměr. Výhodou pro obě strany pak je, že tento nový zaměstnanec již pracovní postupy daného zařízení zná, a proto není adaptace v novém zaměstnání tak náročná.

Závěr

O becně můžeme konstatovat, že úroveň sociálních služeb je ve všech partnerských zemích na velmi vysoké úrovni, přesto se přístupy v daných zemích liší. Porovnáme-li kvalitu poskytované péče a finanční prostředky, které jsou na péči alokovány, Česká republika si vede velmi dobře. Co se týče Nizozemska, přestože se potýká s nedostatkem pracovní síly, má největší podíl dobrovolníků v sociálních službách v celé EU. Dobrovolnictví je ostatně v Nizozemsku přirozenou součástí života všech vrstev obyvatel. Finsko zase musí čelit výraznému nárůstu počtu privátních poskytovatelů péče, kteří se „přetahují“ o zaměstnance, zde je tedy nutné soustředit se na všechny

aspekty pracovního prostředí. HALI má zároveň velmi unikátní a úzký vztah s odbory, kolektivní vyjednávání je ve Finsku na velmi vysoké úrovni.

Spolupráce mezi partnerskými asociacemi APSS ČR, ActiZ a HALI na tomto projektu byla úspěšná a bude pokračovat i nadále. Každá organizace zpřístupní elektronickou verzi sborníku své členské základně, díky tomu zajistí sdílení dobré praxe mezi poskytovateli sociálních služeb. Organizace pro šíření tohoto sborníku dále využijí své běžné komunikační kanály, jakými jsou vzdělávací akce, semináře, konference, kongresy a jiné.

Zdroje

Český statistický úřad, odbor statistiky obyvatelstva – Populační vývoj České republiky (<https://www.czso.cz/documents/10180/142755448/13006921.pdf/c2f581b5-19a5-4c55-bfde-020bfe16c155?version=1.1>)

Český statistický úřad, odbor statistiky obyvatelstva – Populační vývoj České republiky – 2018–2100 (<https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>)

Sborník příkladů dobré praxe v oblasti péče o seniory, zvláště o seniory s demencí (https://www.apsscr.cz/files/files/SBORNIK_Erasmus_DOBRA%20PRAXE_CZ_Final.pdf)

Základní informace pro současné a budoucí investory do sociálních služeb (https://www.apsscr.cz/files/files/A4i_INVESTORI%20STUDIE_FINAL.pdf)

Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory ([https://www.apsscr.cz/files/files/Analýza%20segmentu%20socialnich%20sluzeb_EY_FINAL\(1\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Analýza%20segmentu%20socialnich%20sluzeb_EY_FINAL(1).pdf))

Financování a nákladovost sociálních služeb: Pobytové a terénní služby sociální péče (https://www.apsscr.cz/files/files/Financování%20a%20nákladovost%20soc_sl__2013.pdf)

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR – Příspěvek na péči (<https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>)

Social services and deinstitutionalisation in the Czech Republic

Ministry of Social Affairs and Health STM

The Finnish Institute for Health and Welfare (THL)

Hyvinvointiala HALI ry / The Finnish Association of Private Care Providers

Worker-participation.eu/National-Industrial-Relations

Aikuiskoulutus.fi

Globaleducationparkfinland.fi/social-health-care

Wilhelmiina Palvelut Oy

Saga Care Finland Oy

Deaconess Foundation (<https://www.hdl.fi/en/>)

De Rijnhoven (<https://www.rijnhoven.nl/>)

Cordaan (<https://www.cordaan.nl/>)

Materiály a prezentace poskytnuté v rámci návštěv jednotlivých institucí

