



This project is co-funded by
the European Union

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

Srpen 2015

forquality.eu



Social Services Europe



European
Social
Network



UPOZORNĚNÍ

DRAFT

Tato publikace vychází s finanční podporou programu Evropské unie PROGRESS. Za obsah této publikace odpovídá výhradně konsortium. Obsah v žádném případě nevyjadřuje názory Evropské komise.

OBSAH

UPOZORNĚNÍ	2
OBSAH	3
1. REGULATORNÍ RÁMEC A STRATEGIE NA CELOSTÁTNÍ A MÍSTNÍ ÚROVNI	4
1.1. STRATEGIE A PRÁVNÍ ÚPRAVA.....	4
1.2. STRUKTURA, FINANCOVÁNÍ A ZÚČASTNĚNÉ STRANY	5
2. KVALITA PRÁCE A PEACOVNÍHMÍST	6
2.1. PROFESNÍ RAZVOJ A JISTOTA ZAMĚŠTNÁNÍ	6
2.1.1. ZAMĚŠTNANECKÝ STATUT.....	6
2.1.2. PŘÍJMY A MZDY	8
2.1.3. SOCIÁLNÍ OCHRANA.....	9
2.1.4. PRÁVA PRACOVNÍKŮ.....	9
2.2. ROZVOJ DOVEDNOSTÍ A PROFESIONALIZACE	10
2.2.1. KVALIFIKACE	10
2.2.2. VZDĚLÁVÁNÍ.....	10
2.2.3. PROFESNÍ ROZVOJ	10
2.2.4. NÁBOR A NEDOSTATEK PRACOVNÍKŮ	10
2.3. ZDRAVÍ A POHODA.....	11
2.3.1. ORGANIZACE PRÁCE	11
2.3.2. RIZIKOVOST A ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY	11
2.4. ROVNOVÁHA MEZI OSOBNÍM A PRACOVNÍM ŽIVOTEM.....	11
3. KVALITA SLUŽEB	12
3.1. DOSTUPNOST SLUŽEB	12
3.2. FINANČNÍ DOSTUPNOST	13
3.3. ROZSAH SLUŽEB	13
3.4. KVALITA REGULACE	13
3.5. KVALITA ŘÍZENÍ A ORGANIZAČNÍ ÚROVEŇ.....	14
4. ZÁVĚR	15
5. LITERATURA	16

1. REGULATORNÍ RÁMEC A STRATEGIE NA CELOSTÁTNÍ A MÍSTNÍ ÚROVNI

1.1. Strategie a právní úprava

Dlouhodobá péče v ČR (DLP) pokrývá širokou škálu zdravotních a sociálních služeb poskytovaných osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby¹. Základní filosofií systému je poskytovat péči v rámci rodiny v domácím prostředí.

Neexistuje jednotná právní úprava DLP, ani výhradní orgán odpovědný za regulační rámec DLP. Ministerstvo zdravotnictví je odpovědné za domácí zdravotní péči a péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních, Ministerstvo práce a sociálních věcí je odpovědné za sociální služby, obce/kraje jsou odpovědné za plánování sociálních služeb a dostupnost osobních služeb a služeb pro domácnost (OSSD)². Základní právní úprava poskytování a financování služeb DLP je obsažena v těchto právních předpisech³:

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

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

¹ Dlouhodobá péče zahrnuje širokou škálu osobních služeb a služeb pro domácnost (OSSD). Pro účely tohoto dokumentu zahrnuje pojem osobní služby a služby pro domácnost „činnosti, které přispívají k pohodě rodin a jednotlivců v domácnostech: péči o děti, dlouhodobou péči o starší a zdravotně postižené osoby, úklid, doučování, domácí opravy, zahradnické práce, podporu IKT atd.” Zdroj: Evropská komise, Staff Working Document on exploiting employment potential of the personal and household services, SWD (2012) 95 final.

² OECD, Czech Republic long term care, in Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 2011.

³ Sowa A., The system of long-term care in the Czech Republic, ENEPRI research report n°72/2010, and CASE Network Studies & Analyses N°415/2010.

volby.

1.2. Struktura, financování a zúčastněné strany

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

- Náklady na zdravotní péči ve zdravotnictví a v sociální oblasti jsou hrazeny z fondů zdravotního pojištění;
- Sociální služby – v gesci Ministerstva práce – jsou financovány z všeobecných daní, krajských rozpočtů a individuálních příspěvků (konkrétně z peněžitých dávek a příspěvků na péči)⁴.

Domácí péče je poskytována v rámci systému zdravotní péče (zdravotní sestry) a prostřednictvím systému sociálních služeb, tj. formou peněžitých a věcných dávek⁵:

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

- Kč 800 pro kategorii I (lehká závislost),
- Kč 4 000 pro kategorii II (středně těžká závislost),
- Kč 8 000 pro kategorii III (těžká závislost),
- Kč 12 000 pro kategorii IV (úplná závislost)⁶.

The total cost of cash benefits amounts about 650 million € per year (about 0.6 % of the GDP), paid to about 300.000 recipients.

⁴ OECD, 2011.

⁵ Typologie a odhady použity z Sowa A., 2010.

⁶ Výše příspěvků na péči pro osoby starší 18 let. Pro osoby mladší 18 let jsou stanoveny částky 3 000 Kč, 6 000 Kč, 9 000 Kč a 12 000 Kč.

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

Čeští občané mají také nárok na služby v případě špatného zdravotního stavu a jsou-li omezeni ve svých každodenních činnostech⁷:

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

DLP v České republice je financována ze dvou zdrojů:

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

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

2. KVALITA PRÁCE A PEACOVNÍHMÍST

2.1. Profesionální rozvoj a jistota zaměstnání

2.1.1. Zaměstnanecký statut

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

⁷ Sowa A. 2010.

odbornými poskytovateli.

Podle údajů Ministerstva práce zhruba 80% péče poskytované závislým osobám je poskytováno neformálně. OECD odhaduje, že to představuje přibližně 200 000 plných pracovních úvazků, tj. 2% české populace⁸. Tento převažující typ péče v České republice poskytují příbuzní, obvykle děti, ale také manželé (manželky). Výzkumy také ukazují, že většina Čechů považuje podporu v rodině za nejlepší způsob pomoci závislým osobám, zvláště těm ve špatném psychickém nebo fyzickém stavu⁹.

Většina neformálních poskytovatelů péče však také pracuje: 80% z nich má práci na plný úvazek¹⁰. Rozhodnutí o poskytování neformální péče tedy velmi závisí na flexibilitě zaměstnání poskytovatele.

Smluvní vztahy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem

Neformální pečovatelé (rodina, sousedé a přátelé) jsou registrováni pouze v případě, že jim závislá osoba vyplácí příspěvek na péči, aby jim stát hradil jejich sociální a zdravotní pojištění. Profesionální poskytovatelé jsou registrované sociální služby: právnické osoby registrované u krajských nebo místních úřadů nebo soukromé organizace, nevládní organizace a fyzické osoby¹¹.

Existence kolektivní smlouvy

Kolektivní vyjednávání v České republice probíhá na oborové nebo podnikové úrovni¹². Vyjednávání probíhá podle Zákona o kolektivním vyjednávání. V oblasti sociálních služeb má kolektivní smlouvy nebo vyjednává zhruba 200 poskytovatelů¹³.

Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

Typ zaměstnavatele

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

⁸ OECD, 2011.

⁹ Eurobarometer, in Sowa A., 2010.

¹⁰ Sowa A., 2010.

¹¹ Carer plus, www.carerplus.eu

¹² Eurofound, Czech Republic, On wage bargaining. <http://bit.ly/1MudNHJ>

¹³ Horecky J., Project PESSIS 2 “Promoting employers’ social services organizations in social dialogue”, Country-case study: Czech Republic, UZS, 2013. <http://bit.ly/1LfYy3A>

Smlouvy na dobu určitou

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

Regulování nehlášené práce

V České republice je převážná většina práce v oblasti DLP poskytována neformálně: 80% péče závislým osobám poskytuje rodina, především manželé (manželky), děti a jiní příbuzní. V roce 2010 potřebovalo pomoc při každodenních činnostech přibližně 400 000 starších občanů. Vzhledem k tomu, že každé závislé osobě poskytuje péči nejméně jedna osoba, odhaduje se, že v České republice poskytuje neformální péči nejméně 400 000 osob¹⁴. Jedná se především o ženy (63%) v produktivním věku, z nichž většina (80%) má řádné zaměstnání na plný úvazek. Data o zdrojích příjmu pečovateli nejsou k dispozici.

V roce 2004 vstoupil v platnost zákon, který definuje nelegální práci, posiluje kontrolní mechanismy a zavádí sankce pro ty, kdo se tohoto protiprávního jednání dopustí¹⁵. V roce 2013 začal rovněž fungovat nový systém kontrol nehlášené práce.

Práce přistěhovalců (číselné údaje)

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.1.2. Příjmy a mzdy

Pracovníci v sociálních službách podléhají ustanovením §109 Zákoníku práce o mzdách, platech a odměnách za práci. Způsob odměňování je stanoven v registru poskytovatelů sociálních služeb a mzdy obvykle nedosahují průměrných mezd¹⁶.

Minimální mzdy

¹⁴ Sowa A., 2010.

¹⁵ Evropské monitorovací centrum změn (EMCC), Tackling undeclared work, <http://bit.ly/1UPgwyp>

¹⁶ Horecky J., 2013.

V lednu 2015 byla čistá minimální mzda v České republice 332€ měsíčně¹⁷, tj. 2€ za hodinu.

V červnu 2015 byla průměrná hrubá mzda 25.306 Kč (933€)¹⁸.

Mzdový medián

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.1.3. Sociální ochrana

Přístup k sociální ochraně, důchody

Pečovatelé o závislou osobu v placeném zaměstnání mají podle Zákona o nemocenském pojištění (1956) nárok na zvláštní dovolenou, aby mohli pečovat o nemocného příbuzného. Tito pracovníci mají nárok na 69% průměrné mzdy po dobu 9 dnů za podmínky, že pracovník bydlí v jedné domácnosti se závislou osobou¹⁹.

Od reformy v roce 2006 dostávají pečovatelé od závislých osob příspěvek na péči. Zdravotní a sociální pojištění osobám registrovaným jako neformální pečovatelé platí stát. Období poskytování péče je zahrnuto do výpočtu starobního důchodu²⁰.

Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.1.4. Práva pracovníků

Právo na kolektivní vyjednávání

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

Nediskriminace

¹⁷ Eurostat, 2015.

¹⁸ Czech Statistical Office (CZSO), <http://bit.ly/1D2AxqR>

¹⁹ Alzheimer Europe, <http://bit.ly/1CplywF>.

²⁰ Carers plus, Being carer in Europe, Czech Republic, <http://bit.ly/1dNTSpf>

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.2. Rozvoj dovedností a profesionalizace

Domácí péče v České republice je oblast s rostoucí poptávkou po kvalitě a dovednostech. Přejít od ústavní péče k domácí a využívání nových technologií mají dopad na dovednosti, které budou v budoucnu potřebné.

2.2.1. Kvalifikace

Jiri Horecky uvádí čtyři profese s kvalifikačními požadavky: **zdravotní sestry** (nutné vysokoškolské vzdělání), **sociální pracovníci a ergoterapeuté** (vyšší střední škola a vyšší vzdělání v oboru v kombinaci s 200 hodinami odborného školení), pracovníci poskytující základní sociální služby (základní vzdělání a 150 hodin odborného školení), a **řídící /techničtí pracovníci** (kvalifikační požadavky uvedeny ve zvláštních zákonech)²¹.

2.2.2. Vzdělávání

Neexistuje žádná národní politika vzdělávání pro oblast osobních služeb a služeb v domácnosti obecně.

Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.2.3. Profesní rozvoj

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.2.4. Nábor a nedostatek pracovníků

V dlouhodobém horizontu lze předpokládat rostoucí nedostatek pracovníků v oblasti domácí péče.

Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

²¹ Horecky J., 2013.

2.3. Zdraví a pohoda

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.3.1. Organizace práce

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.3.2. Rizikovost a zdravotní problémy

Pracovní neschopnost

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

Stres v práci

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

Pracovní náročnost

Výsledky studie “Stres, deprese a životní styl v České republice” provedené v roce 2015 ukazují, že příznaky deprese, vyhoření a stresu jsou mezi českými pracovníky poměrně běžné²². To se týká zvláště sektoru osobních služeb a služeb v domácnosti a jsou důvody domnívat se, že práce v soukromém sektoru spadá do kategorie nejisté práce.

Zatím bylo získáno pouze málo dat na téma pracovní náročnosti. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

2.4. Rovnováha mezi osobním a pracovním životem

²² Eurofound, Evropská observatoř pracovního života, Czech Republic: new study investigates causes of stress among Czech workers, 2015, <http://bit.ly/1hjFDuR>

Pracovní doba a pracovní nasazení

Průměrný počet hodin odpracovaných týdně v České republice se pohybuje mezi 40,5 hodin (Eurostat) a 41,7 hodin (Český statistický úřad ČSÚ)²³. Pracovníci na plný úvazek pracují v průměru 42,7 hodin týdně a pracovníci na částečný úvazek 20,5 hodin týdně. Osoby samostatně výdělečně činné pracují v průměru o 9 hodin více a muži o téměř 4 hodiny týdně více než ženy. Jediná skupina, která se blíží zákonem stanovenému limitu (40 hodin) jsou ženy v zaměstnaneckém poměru. 7,9% pracovníků pracuje více než 50 hodin týdně.

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

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

Zákon nestanovuje žádná omezení pracovní doby pro poskytovatele osobních služeb a služeb v domácnosti. Nepravidelná pracovní doba (noční směny a práce o víkendech) jsou zvláště problematické pro rodiče samoživitele²⁴.

Zatím bylo získáno pouze málo dat na téma pracovníků v oblasti OSSD. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

3. KVALITA SLUŽEB

3.1. Dostupnost služeb

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

Síť OSSD v současné době není dostačující. Česká média pravidelně informují o nedostatečném poskytování péče v ČR a o nutnosti nastavit přísnější pravidla kontroly kvality v celém systému DLP²⁵.

²³ Data v této části jsou převzata z: Eurofound, Working time in the European Union: Czech Republic, <http://bit.ly/1KQwbeB>

²⁴ Horecky J., 2013.

²⁵ Sowa A., 2010.

Ve 14 krajích ČR je dostupnost a dosažitelnost OSSD nízká a nedostatečná v místech s nižší hustotou obyvatel. Naopak v místech s vyšší hustotou obyvatel působí více vzájemně si konkurujících poskytovatelů²⁶.

Zatím bylo získáno pouze málo dat na téma dostupnosti služeb DLP z hlediska uživatelů. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

3.2. Finanční dostupnost

AGE Plattform stanovila základní princip všeobecné dostupnosti služeb pro závislé osoby, které potřebují péči a asistenci: tyto služby by měly být poskytovány buď zdarma nebo za cenu, kterou si jednotlivci mohou dovolit²⁷.

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

3.3. Rozsah služeb

Jak uvádí AGE Plattform, služby pro závislé osoby by měly být snadno přístupné všem, kteří je mohou potřebovat²⁸.

Zatím nebyla získána potřebná data. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

3.4. Kvalita regulace

Kontrola kvality OSSD probíhá zvláště v rámci systému zdravotní péče a zvláště v systému sociálních služeb²⁹.

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

Systém sledování a kontroly sociálních služeb "Národní standardy kvality sociálních služeb" je obsažen v

²⁶ Horecky J., 2013.

²⁷ AGE Plattform, WeDo quality principles, 2010-2012.

²⁸ AGE Plattform, 2010-2012.

²⁹ Sowa A., 2010.

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

3.5. Kvalita řízení a organizační úroveň

Hlavními orgány, které akreditují, monitorují a kontrolují OSSD, jsou obce a krajské úřady.

Služby OSSD jsou poskytovány na základě oprávnění vydaného krajskými úřady. Poskytovatel OSSD je povinen podrobit se procesu schvalování, který hodnotí, zda je poskytovatel schopen splnit všechny podmínky stanovené v Zákoně o sociálních službách, včetně standardů kvality a dodržování lidských práv³⁰. Kontrola probíhá formou inspekce. Nejsou-li splněny podmínky, oprávnění může být odebráno.

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

Od vstupu v platnost Zákona o sociálních službách (2007), bylo zavedeno 15 standardů kvality, které stanovují základní rámec pro poskytování OSSD³¹: 8 procesních standardů o kvalitě a životě uživatelů, 2 personální standardy o podmínkách pro zaměstnance (rozvoj, vzdělávání) a 5 provozních standardů (informování, dostupnost, měření kvality...). Zavedením těchto standardů se role uživatele změnila z předmětu péče na subjekt péče a ovlivnila kvalitu poskytované péče.

Zatím nebyla získána potřebná data k tomuto tématu. Prosíme účastníky o poskytnutí více informací.

³⁰ Horecky J., 2013.

³¹ Horecky J., 2013.

4. ZÁVĚR

80% péče o osoby závislé v ČR poskytují neformální pečovatelé, tj. rodina, především manžel (manželka), děti a jiní příbuzní.

Snahou státního systému DLP je přejít z ústavní péče na domácí péči, především díky vyplacení příspěvku na péči neformálním pečovatelům, kteří zajišťují domácí péči svým starším příbuzným. Pro dosažení tohoto cíle je však nutné přijmout opatření pracovního trhu pro neformální pečovatele, kteří zároveň pracují na plný pracovní úvazek, například podpořit flexibilitu zaměstnání³².

Zavedení standardů kvality Zákonem o sociálních službách v roce 2007 mělo pozitivní dopad zdůrazněním práv a důstojnosti uživatelů³³.

Hlavní výzvou do budoucna pro ČR bude vypořádat se se stárnoucí populací, zvyšujícími se náklady a udržitelností systému zdravotní péče³⁴. Bude-li pokračovat současný trend, studie předpokládají, že financování DLP ze strany státu se zvýší z 0,8% v roce 2014 na 1,6% HDP v roce 2060³⁵.

I když byla učiněna opatření směrem k větší integraci systému DLP, poskytování a financování DLP je i nadále rozděleno na dvě oblasti (zdravotní péče a sociální služby) a mezi různé úrovně správy (státní, krajská a místní).

Nedávné studie naznačují, že poskytování péče v ČR není dostačující a je potřeba zavést přísnější pravidla pro kontrolu kvality v celém systému DLP³⁶.

³² Sowa A., 2010.

³³ Horecky J., 2013.

³⁴ EUBusiness, Czech Republic: country overview, 2014. <http://bit.ly/1Wzx8fg>

³⁵ Lipsky M., Hervertova V., Long-term care – the problem of sustainable financing, Peer review on financing of long-term care, Ljubljana 18-19 November 2014.

³⁶ Sowa A., 2010.

5. Literatura

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