

# **DŮSTOJNÁ PRÁCE A SOCIÁLNÍ DIALOG V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

V KONTEXTU, POROVNÁNÍCH A DOPORUČENÍCH

**Česká republika - Norsko**

**2023**

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY



Supported by the Norway Grants 2014-2021, in the frame of the Social Dialogue and Decent Work Programme.

**Důstojná práce a sociální dialog v sociálních službách  
v kontextu, porovnáních a doporučeních**

© 2023 Unie zaměstnavatelských svazů České republiky  
<https://www.uzs.cz>

Vydáno v prosinci 2023.

## Obsah

<b>ÚVOD</b>	<b>5</b>
<b>SOCIÁLNÍ SLUŽBY, SOCIÁLNÍ DIALOG A PRACOVNÍ PODMÍNKY ZAMĚSTNANCŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V ČESKÉ REPUBLICE</b>	<b>7</b>
Česká republika – základní údaje	7
Vybavenost regionů České republiky sociálními službami pro seniory	16
Financování sociálních služeb	19
Zaměstnanci v sociálních službách	30
Sociální dialog v sociálních službách	41
<b>SOCIÁLNÍ SLUŽBY, SOCIÁLNÍ DIALOG A PRACOVNÍ PODMÍNKY ZAMĚSTNANCŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V NORSKU</b>	<b>49</b>
Základní údaje	49
Financování sociálních služeb	52
Zaměstnanci v sociálních službách	56
Sociální dialog a partneři v sociálních službách	64
<b>IDENTIFIKACE A MOŽNÁ IMPLEMENTACE PŘÍKLADŮ DOBRÉ PRAXE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V NORSKU – DOPORUČENÍ SINTEF</b>	<b>71</b>
Organizace, personální zajištění a kompetence	71
Pracovní podmínky	75
Sociálního dialog	81
<b>ZÁVĚR</b>	<b>83</b>
<b>ZDROJE</b>	<b>87</b>



# Úvod

Tato studie představuje komparativní analýzu sociálních služeb v Norsku a České republice, zaměřující se na různé aspekty a metody poskytování těchto služeb. Hlavním cílem je identifikovat klíčové rozdíly mezi oběma systémy a nabídnout praktická doporučení, jak zlepšit český systém sociálních služeb. Studie se zaměřuje na rámec poskytování sociálních služeb, včetně analýzy organizace, personálního zajištění, úrovně dovedností a kvalifikací, pracovních podmínek, spokojenosti a potřeb zaměstnanců. Zvláštní důraz je kladen na význam sociálního dialogu jako klíčového nástroje pro dosažení důstojných pracovních podmínek.

V průběhu studie budou prozkoumány různé aspekty, včetně efektivity pracovních procesů, vzdělávacích a rekvalifikačních programů, metod hodnocení a zvyšování spokojenosti zaměstnanců, a přístupů k řešení nemocenské absence. Studie rovněž zkoumá způsoby, jak zlepšit pracovní prostředí a zvýšit bezpečnost na pracovišti, včetně otázek násilí a zneužívání v domovech pro seniory. Cílem je poskytnout komplexní pohled na současný stav a možnosti zlepšení v oblasti sociálních služeb, přičemž se klade důraz na význam systematického sběru dat a výzkumu pro informované rozhodování a formulaci efektivních politik.

Tato studie nabízí směr pro vytváření udržitelnějších a efektivnějších strategií v oblasti sociálních služeb, což by mělo přispět k lepší péči o klienty a podpoře zaměstnanců v tomto sektoru.



# Sociální služby, sociální dialog a pracovní podmínky zaměstnanců v sociálních službách v České republice

## Česká republika – základní údaje

V České republice žilo k 31. prosinci 2021 celkem 10 516 707 osob<sup>1</sup>. Český statistický úřad rozlišuje tři hlavní věkové skupiny – děti do 15 let, obyvatele v produktivním věku v intervalu 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, v roce 2021 pak o 10,8 tisíc. Celkově je v této kategorii na 2.169 milionu osob, což představuje zvýšení ve srovnání s rokem 2020. Poprvé v historii České republiky byla v roce 2017 překročena hranice dvou milionů seniorů. To jasně dokládá, že proces stárnutí populace dále pokračuje. 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.<sup>2</sup> Z toho lze indikovat zvyšující se potřebnost 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 zá-

<sup>1</sup> Český statistický úřad, Obyvatelstvo - roční časové řady. [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_hu](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu)

<sup>2</sup> Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva České republiky. <https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>

kon o sociálních službách byl přijat společně se zákonem o pomoci v hmotné nouzi po více než deseti letech od zahájení reformy až 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.

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 obsahuje dělení forem, 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 následné 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;
- je-li fyzická nebo právnická osoba usazena v jiném členském státě Evropské unie, jestliže poskytuje sociální služby ve smyslu tohoto zákona na území České republiky dočasně a ojediněle, musí však 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 – souboru 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 pro předcházení situacím, v 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 měl poskytovatel 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 měli poskytovatelé 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 musí daný pracovník poskytnout poradenství, jak v hledání potřebné služby pokračovat.

## **SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

Při uzavírání smlouvy by měl poskytovatel 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 přání 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 emoční reakce. 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 vedení informací.

## **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 nespokojenosti s vyřízením stížnosti musí poskytovatel uživatele 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 neměl nahrazovat běžně dostupné veřejné služby svou činností. Měl by naopak uživatele 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 musí mít stanovenou 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 zaškolování 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 mít transparentní pravidla pro odměňování a systém pro morální oceňování zaměstnanců. Pro úspěšné poskytování sociálních služeb je důležitý funkční tok informací. 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 podle jejich individuálních potřeb.



## **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.

## Vybavenost regionů České republiky sociálními službami pro seniory

Potřeba péče je ve všech evropských zemích v posledních letech chápána jako nové sociální riziko. Jednotná definice tohoto pojmu dodnes neexistuje, přesto je zpravidla chápána jako dlouhodobá nebo trvalá ztráta samostatnosti při provádění každodenních úkonů. Za účelem definice potřeby 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 tomu je 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 specifík jednotlivých regionů;



- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o seniory;
- z nejrůznějších sociologických změn, které ve společnosti probíhají, zejména pak rozpad vícegeneračního soužití rodin.

Celkově můžeme říci, že nabídka sociálních služeb v České republice je z kvantitativního hlediska nedostatečná. Pro umístění do domovů pro seniory jsou dlouhé čekací doby, nabídka terénních sociálních služeb je nedostatečná – toto jsou hlavní problémy, se kterými se potýkají poskytovatelé sociálních služeb v podstatě ve všech regionech v České republice. 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 poskytována v České republice, tvoří pobytové sociální služby. Přesto však je u seniorů velmi rozšířené přání zůstat co možná nejdéle ve známém bytě. Samostatné bydlení v prostředí, které senior zná, za maximální podpory příbuzných nebo profesionálů ambulantních služeb je nejrozšířenějším způsobem bydlení.

Potřeby klienta a jejich naplnění jsou mezi jednotlivými sociálními službami 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. Snížení vysoké fluktuace pracovníků by mohlo pomoci zajištění 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.

Dalším takovým opatřením, kterým by bylo možné předejít fluktuaci, se řadí posilování motivace a spokojenosti sociálních pracovníků a ošetrovatelského personálu ze strany managementu a zaměření se na udržení starších a zkušenějších spolupracovníků. Jako další důležitý faktor můžeme označit podporu zdraví za účelem prevence přepracování a syndromu vyhoření.

## **Financování sociálních služeb**

Financování sociálních služeb v České republice je konstruováno jako vícezdrojové. Je důležité také zdůraznit, že financování je více zdrojově diferencované ve službách sociální péče, tedy ve službách, které pečují o seniory a osoby se zdravotním postižením, a méně pak ve službách sociální prevence, které pečují například o lidi bez domova, o lidi v krizi, o rodiny s malými dětmi potřebující ranou péči a podobně. Obecně řečeno, u služeb sociální péče je financování zajištěno ze státní podpory (dotace anebo výběrová řízení na poskytovatele potřebných kapacit sociálních služeb v území) a z úhrad, které platí sami uživatelé (úhrady za péči, za stravu a ubytování) a také za úhrady za poskytování zdravotní péče.

V oblasti kupní síly obyvatelstva směrem ke schopnosti zajistit si potřebné sociální služby stát posiluje kupní sílu uživatelů, a to prostřednictvím sociální dávky, která se nazývá příspěvek na péči. Zatímco u terénních a ambulantních služeb jsou případné činnosti, za které je možné stanovit úhradu limitovány pouze maximální úhradou za hodinu poskytování dané základní činnosti, u pobytových sociálních služeb je úhrada stanovena jinak. Poskytovatel u pobytových sociálních služeb stanovuje uživateli úhradu za péči, a to ze zákona ve výši přiznaného příspěvku za na péči. Výše úhrady je v tom-

to případě stanovována bez ohledu na skutečné náklady poskytnuté péče. Příspěvek na péči je tak z hlediska uživatelů služby 100 % zdrojem pro pokrytí nákladů na péči. Z hlediska poskytovatelů ovšem pokrývá tato úhrada jen menší část nákladů na poskytnutou péči a je nutné tyto náklady dokrývat z jiných zdrojů.

Vedle úhrady za péči stanovuje poskytovatel také úhradu za stravování a za ubytovací služby. V případě úhrad za stravování a ubytování je uživatel v pobytových sociálních službách chráněn, a to dvojím způsobem. V první řadě je stanoven limit maximální úhrady, kterou je možné sjednat ve smlouvě o poskytování sociálních služeb v České republice. Tyto limity stanovuje Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v prováděcím právním předpise k zákonu o sociálních službách, a to ve vyhlášce č. 505/2006 Sbírky v účinném znění. Vedle tohoto prvního ochranného limitu zákon ještě stanovuje, že každému uživateli musí po zaplacení úhrady za ubytování a stravování zůstat minimálně 15 % z jeho příjmů. S ohledem na ustanovení zákona, které říká, že úhrada a její pravidla se stanoví ve smlouvě o poskytování sociálních služeb tak musí každý poskytovatel nasmlouvat výši úhrad za stravu a byt tak, aby skutečně uživateli v každém kalendářním měsíci zůstalo z jeho příjmů mi-



minimálně 15 %. Předpokládá se, že z tohoto zůstatku bude uživatel hradit náklady vzniklé uspokojováním svých dalších potřeb, jako jsou například doplatky za léky.

V České republice sílí odborná i laická diskuse nad otázkou, zda není ochrana uživatele příliš rozsáhlá a nedochází k odklánění majetku například na rodinné příslušníky s tím, že s využitím výše popsaných limitů je skutečná úhrada za stravování a bydlení u konkrétních uživatelů minimální. Zapojení majetku celé rodiny a důsledné vymáhání vyživovací povinnosti při stanovování výše měsíční úhrady za jednotlivé základní úkony dané sociální služby je jedním z možných směrů, kam se tato problematika v budoucnu posune.

Úhrada za indikovanou zdravotní péči je poskytovatelům prováděna zdravotními pojišťovnami jednotlivých uživatelů. V České republice má každý občan právo zvolit si zdravotní pojišťovnu z nabídky státních i soukromých zdravotních pojišťoven. Ty pak na základě zvláštní smlouvy, k jejíž uzavření je zdravotní pojišťovna s poskytovatelem pobytové sociální služby vedena zákonem, proplácí indikovanou zdravotní ošetrovatelskou péči. V sociálních službách je poskytována zejména odbornost č. 913 - ambulantní sestra v sociální služba. Nejčastějším úkonem, který je vykazován v rámci poskytování zdravotní péče, je po podávání léků per os.

## **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 zvládnání základních životních funkcí. Nárok na tento příspěvek má osoba, která kvůli dlouhodobě nepříznivému

zdravotnímu stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb, pokud jí tuto pomoc poskytuje:

- osoba blízká,
- asistent sociální péče, nebo
- 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).

Celkový počet příjemců příspěvku na péči v České republice je přes 370 tisíc.

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 soby 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 ošetřovatelství. Tento nástroj pojistí zaměstnance až na dobu tří měsíců, a to v případě, že po minimálně čtyřdenní hospitalizaci převezme do své péče např. rodiče závislého na cizí pomoci.



## **Dotační systém**

Dotační systém pro financování sociálních služeb v České republice je velmi úzce vázán na zajištění úkolů krajů v systému sociálních služeb. Kraje jsou vázány zákonem k zajištění dostupnosti poskytování sociálních služeb na svém území a musí být v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Dostupnost je krajem zajištěna skrz síť 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 poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu.

Pro daný dotační rok MPSV ČR vždy vyhlašuje 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 prioritně 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.

## **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 zůstal zachován, 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.

## Zaměstnanci v sociálních službách

V ČR jsou následující pozice (profese) se specifickými kvalifikačními požadavky:

### **Zdravotní sestry**

Kvalifikace: SŠ s maturitou, povinnost dlouhodobě se vzdělávat a získat určitý počet kreditů. Od roku 2007 je pro pozici sestry povinné vysokoškolské vzdělání. Sestry ze středních škol mají pozici praktická sestra.

### **Sociální pracovníci, ergoterapeuti**

Kvalifikace: Vyšší odborná škola nebo vysoká škola v oboru sociální práce, sociální či speciální pedagogiky, práva nebo sociální politiky. Povinnost dalšího vzdělávání v rozsahu 24 hodin ročně.

## **Pracovník v sociálních službách**

Kvalifikace: základní vzdělání v kombinaci s kvalifikačním kurzem v celkové délce minimálně 150 hodinami. Povinnost dalšího vzdělávání v rozsahu 24 hodin ročně.

## **Ostatní zaměstnanci**

Kvalifikační požadavky jsou dány zvláštními zákony / předpisy.

Práce v sociálních službách je tradičně ženskou profesí. Důvodem není pouze nízká odměna, ale také nepříliš vysoká společenská prestiž těchto profesí. Vykonávání této práce je dále považováno za fyzicky i psychicky velmi náročné a vyžaduje proto vysokou motivaci a odhodlání. Nevýhodou je také nepravidelná pracovní doba, jako jsou noční a víkendové směny, což je problematické zejména pro zaměstnance, kteří jsou samoživiteli.<sup>3</sup>

Každý poskytovatel sociální služby musí definovat strukturu, počet zaměstnanců a jejich kvalifikaci dříve než začne služby poskytovat v rámci procesu registrace. Jakákoliv změna personálu v přímé péči musí být oznámena příslušnému kraji, který je registračním místem.

## **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 zaměstnání 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:

---

<sup>3</sup> WAGNEROVÁ I. *Postavení a odměňování pracovníků v sociálních službách*. Praha: KZPS, 2012.

- 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 poskytující péči o seniory. Dále také provádí depistážní činnost (vyhledávání osob, které jsou ohrožené sociálním vyloučením), 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 v České republice zaměstnavatel 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 rozděleny do čtyř skupin. Obecně můžeme definovat pracovníka v sociálních službách jako osobu, která poskytuje přímou obslužnou péči o uživatele v ambulantních nebo pobytových zařízeních. Přímá obslužná péče spočívá v nácvičku jednoduchých denních činností, 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.

## **Odměňování v sektoru sociálních služeb**

Všichni zaměstnanci v sociálních službách jsou ohledně platu či mzdy vázáni § 109 Zákoníku práce.

Způsob odměňování najdeme v registru poskytovatelů sociálních služeb. Existují dva různé druhy odměňování:

- Odměňování platem (v organizacích veřejného sektoru, tedy v organizacích založených, vlastněných či provozovaných státem, kraji, městy a obcemi)
- Odměňování mzdou (v nevládních, soukromých a dalších typech organizací)

Zaměstnanci veřejného sektoru jsou odkázáni na plat, který je vypočten na základě platových stupnic<sup>4</sup> a platových tříd<sup>5</sup>. Průměrné platy v sociálních službách u jednotlivých profesí jsou uvedeny níže v tabulce:

Tabulka 1

**PRŮMĚRNÁ MĚSÍČNÍ VÝŠE PLATOVÝCH SLOŽEK V ROCE 2021**

Odvětví sociální péče celkem (KÚ, statutární města, obce s rozšířenou působností a CSS řízená MPSV)

	Průměrná platová třída	Měsíční průměr na 1 zaměstnance v Kč						
		Platové tarify	Příplatky celkem	Platy za práci přesčas vč. příplatků	Odměny	Platové náhrady	Odměny za pracovní pohotovost	Plat celkem
Zaměstnanci zařízení soc. služeb celkem	6,2	21 210	6 277	227	5 325	4 530	27	37 595
<b>A. služby sociální</b>								
pracovníci v sociálních službách	5,4	20 463	6 183	243	5 022	4 507	12	36 429
v tom								
přímá obslužná péče	5,0	20 161	6 803	251	4 925	4 500	8	36 647
základní výchovná neped. činnost	6,8	21 189	5 603	177	5 160	4 796	23	36 948
pečovatelská činnost	5,3	20 967	3 508	313	5 358	4 023	14	34 183
sociální pracovníci	10,1	28 321	5 379	105	6 235	5 431	28	45 499
zaměstnanci odborných sociálních poraden	11,7	28 413	4 721	8	3 938	5 056	45	42 180
<b>B. služby pedagogické</b>								
vychovatelé	9,2	24 035	3 660	42	6 599	8 295	0	42 631
učitelé odborného výcviku	0,0	0	0	0	0	0	0	0
speciální pedagogové	11,5	28 250	4 447	21	5 842	6 900	0	45 459
<b>C. služby zdravotnické</b>								
sanitáři	4,2	17 810	5 931	26	6 161	4 263	5	34 196
maséři	5,0	17 392	3 373	0	5 731	4 479	0	30 974
ošetřovatelé	6,0	19 781	6 075	119	4 926	4 912	0	35 812
praktické sestry	8,9	22 829	7 018	559	5 518	4 821	0	40 745
všeobecné sestry	10,0	30 181	9 278	596	5 967	6 092	12	52 126
nutriční terapeuti	9,5	28 095	5 756	39	6 615	5 014	0	45 519
ergoterapeuti	9,5	24 657	3 176	38	5 411	5 330	0	38 612
fyzioterapeuti	9,9	27 932	3 502	44	5 685	5 494	3	42 660
lékaři	12,9	40 263	9 452	150	6 368	7 437	0	63 670
<b>D. ostatní</b>								
z toho								
hospodářskosprávní a provoznětechničtí zaměstnanci	9,4	23 953	9 985	80	8 232	5 272	57	47 579
zaměstnanci převážně manuálně pracující	3,7	15 462	3 946	96	4 426	3 161	66	27 157

Pramen: MPSV

V této tabulce se nacházejí pouze zaměstnanci organizací veřejného sektoru. Průměrná mzda v ČR byla v roce 2022 (3 čtvrtletí) dle statistického úřadu 39 858 Kč. Platy většiny profesí v sociálních službách nedosahují průměrného platu.

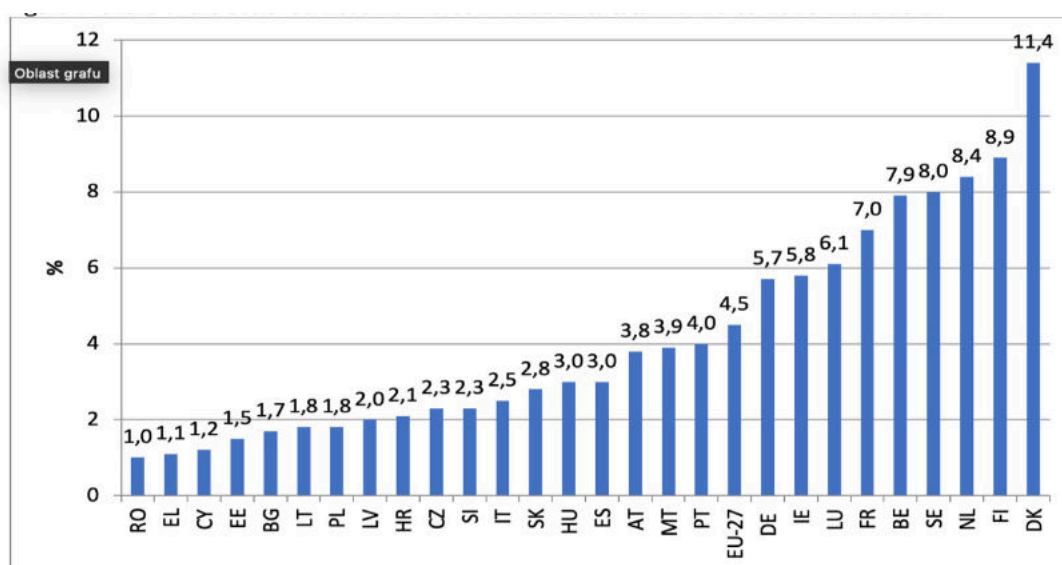
<sup>4</sup> V závislosti na typu a náročnosti vykonávané práce.

<sup>5</sup> V závislosti na počtu odpracovaných let.



## Mzdy a platy v sociálních službách – evropské srovnání

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 severských 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).



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 supermarketky 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.

Na základě toho se zaměstnavatelé s odbory shodli na následujících cílech:

- 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 cíle 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**

- Byt 3+1, 75 m<sup>2</sup>: 588 euro
- Byt 2+1, 60 m<sup>2</sup>: 470 euro



# 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.

## Partneři sociálního dialogu

Každý ze 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.

### **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY (MPSV ČR)**

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:

- Zavedení víceletého financování sociálních služeb s výhledem na 3 roky a to tak, aby nové financování zohledňovalo regionální potřeby,
- podpora rozvoje domácí sociální a zdravotní péče, terénních služeb a vznik služeb pro rodiny a domácnost,
- provedení systémových změn k integraci a provázání sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče,
- podpora rodinných pečujících,
- dostupnost potřebných pomůcek a podpůrných technologií, psychosociální podporu hrazenou státem, informovanost a vzdělávání včetně přímé finanční podpory,

- rozvoj sítě odlehčovacích služeb a služeb pro osoby se speciálními potřebami,
- podpora transformace pobytových zařízení na zařízení menšího, komunitního typu.
- novelizace zákona o sociálních službách, která přinese eliminaci administrativní a byrokratické zátěže v rámci poskytování sociálních služeb a s důrazem na kvalitu služeb,
- valorizace finančních zdrojů pro sociální služby a příspěvku na péči,
- nastavení spravedlivého odměňování pracovníků v sociálních službách a v sociální oblasti,
- podpora transparentnosti a online komunikace mezi klienty sociálních služeb, příjemci sociálních dávek, poskytovateli sociálních služeb a pracovníky resortních úřadů.

## **ODBOROVÝ SVAZ ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY (OSZSP ČR)**

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky (OSZSP ČR) sdružuje přibližně 45.000 členů ve 107 organizacích (třetina z nich je v sociálních službách, tedy 15.000 členů) a je největším odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče v ČR a zároveň třetím největším svazem v ČMKOS. Členská základna se skládá z pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách a v dalších příbuzných organizacích, jako jsou např. střední zdravotní školy, lékařské fakulty atd. Profil zastoupených profesí je široký - od pečovatелů, zdravotních sester a asistentů po střední management, provozní zaměstnance, řidiče atd.

OSZ má své zástupce ve čtyřech tripartitních pracovních týmech:

- Pracovní tým pro sociální služby

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

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. Tato skupina patří i přes masivní navýšení platů v minulých letech 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 systém 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 ČR (UZS)**

Unie zaměstnavatelských svazů ČR má zástupce v Radě pro sociální a hospodářskou dohodu, účastní se legislativního procesu, vydává stanoviska, doporučení pro veřejnou správu a podporuje sociálních dialog v segmentech členských svazů.

Sdružuje a zastupuje 68 zaměstnavatelských asociací a významných zaměstnavatelů což představuje 16 400 organizací s více jak 950 000 zaměstnanci.



Mezi všemi zaměstnavatelskými svazy má dominantní postavení v oblasti veřejných služeb, jako jsou zdravotnictví, sociální služby, školství, kultura, a neziskového sektoru s přesahem do pojišťovnictví, finančních služeb, průmyslu, stavebnictví a veřejné správy.

Celkem 68 členských asociací je rozděleno dle svých zaměření do jednotlivých odborných sekcí: pojišťovnictví a finanční služby, sekce zdravotnictví, sekce sociálních služeb, sekce školství, sekce neziskových organizací, sekce kultury, sekce průmyslu a moderní energetiky, sekce zemědělství a životního prostředí a hospodářská sekce. Každá sekce je řízena příslušným viceprezidentem.

Unie zaměstnavatelských svazů je největší zaměstnavatelskou organizací v ČR v oblasti veřejných služeb.

V sekci sociálních služeb je celkem 5 organizací/asociací:

- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (1278 členských organizací)
- Česká Rada sociálních služeb (cca. 100 členských organizací)
- Konfederace poskytovatelů sociálních služeb (cca 200 členských organizací)
- Charita ČR (cca. 300 organizací)
- Diakonie ČR (cca. 40 organizací)
- Asociace poskytovatelů adiktologických služeb ČR

### **ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR (APSS ČR)**

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je největším profesním sdružením, které sdružuje poskytovatelů sociálních služeb v ČR. Asociace byla založena v r. 1991 a sdružuje více než 1270 organizací a celkem 2.800 registrovaných sociálních služeb. Asociace je rozdělena do 14 krajských organiza-

cích a dále v rámci odborných sekcí (sekce terénních služeb, sekce ambulantních služeb, sekce azylových domů, sekce nízkoprahových zařízení, sekce adiktologických služeb).

- APSS ČR zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucí právní regulace sociálních služeb,



- zprostředkovává rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům,
- reprezentuje společné zájmy a potřeby svých členů u veřejnosti v tuzemsku i zahraničí,
- vyvíjí studijní, dokumentační, informační, vzdělávací a expertní činnost.

## **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 smírnou dohodu. Nepřijmou-li obě strany tuto dohodu do 15 dnů, je řízení považováno za neúspěšné.

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

## **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 (stejněho) zaměstnavatele může existovat více odborových organizací.

## **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 zaujímají stanoviska ke všem důležitým právním úkonům, rozhodnutím, změnám včetně Strategického akčního plánu DEI atd. Tento orgán se schází dle potřeb zástupců Tripartity zpravidla 4–5x ročně.



# Sociální služby, sociální dialog a pracovní podmínky zaměstnanců v sociálních službách v Norsku

## Základní údaje

Norsko má v roce 2023 celkem 5 514 000 milionů obyvatel. Projekce ukazují, že počet obyvatel bude v příštích letech s největší pravděpodobností stabilizovaný. Nemocných bude více než nově narozených, ale díky imigraci se počet obyvatel nesníží.<sup>6</sup> Z demografického hlediska však čelí Norsko stejným výzvám jako ostatní západní země - populace stárne a největší nárůst zaznamenává věková skupina seniorů (65+). Norsko proto pocituje stejnou potřebu pečovatelských služeb pro seniory a objevují se zde stejné problémy jako u nás; zejména jak tyto služby organizovat a personálně zajistit. Sociální služby proto získávají stále větší pozornost a význam.

Norsko má velmi rozvinutý model sociálního státu a péče o seniory je převážně veřejným zájmem a veřejnou zodpovědností. Sociální služby jsou organizovány na úrovni obcí. Následná péče a péče o seniory má však právní základ v zákonu o zdravotní péči, nikoli v zákonu o sociální péči. Hlavními typy služeb jsou pobytové služby (např. domovy pro seniory), ambulantní služby (např. denní centra) a terénní služby, typicky domácí zdravotní péče, tj. služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí seniora. Kromě toho se mohou do péče zapojit příbuzní a neformální pečovatelé, ale to probíhá v malé míře. Údaje norského statistického úřadu ukazují, že 6-7 % populace poskytuje péči rodičům, kteří žijí sami. Tyto údaje jsou od roku 2008 beze změn.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Fakta om befolkningen - hvor mange bor det i Norge? (ssb.no)

<sup>7</sup> 07700: Ulønnet omsorgsarbeid for syke, eldre og funksjonshemmede, etter omsorgsarbeid, kjønn, alder, statistikkvariabel og år. Statistikkbanken (ssb.no)

V Norsku je aktuálním trendem přechod od poskytování služeb v institucích k poskytování služeb v domácnostech.

V tabulce 2 je uveden počet osob, kterým jsou poskytovány služby domácí zdravotní péče, včetně zdravotních a pečovatelských služeb a praktické pomoci v domácnosti, rozdělený podle věkových skupin a v letech 2018-2022. Celkový počet osob využívajících tyto služby se od roku 2018 do roku 2022 zvýšil. Při pohledu na jednotlivé věkové skupiny si všimneme, že je patrný nárůst osob mladších 67 let, které dostávají služby domácí péče. Dále je patrný mírný nárůst u osob ve věku 67-79 let. U dvou nejstarších skupin nedochází téměř k žádným změnám. Vezmeme-li však v úvahu, že se zvyšuje podíl starších osob v populaci, představují tyto údaje s největší pravděpodobností skutečný pokles využívání služeb domácí zdravotní péče. Tabulka 3 a 4 ukazuje vývoj pro jednotlivé skupiny zvlášť.

Tabulka 2

Počet osob, kterým jsou poskytovány služby domácí zdravotní péče a praktická pomoc v domácnosti, podle věku					
	2018	2019	2020	2021	2022
Celkem	191 882	196 549	197 738	203 169	204 261
Do 67 let	84 349	88 289	89 933	93 316	94 112
67-79 let	38 057	39 230	39 744	41 478	42 082
80-89 let	47 592	47 377	46 198	46 289	46 424
90 let a více	21 884	21 653	21 863	22 086	21 643

Zdroj: Norský statistický úřad

Tabulky 3 a 4 ukazují vývoj využívání domácí zdravotní péče konkrétně u osob starších 80 let a u "mladé skupiny", tedy osob ve věku 0 až 66 let. Zde vidíme, že skutečně došlo k poklesu využívání domácí zdravotní péče u nejstarší populace, zatímco u mladší populace došlo k nárůstu využívání. To by mohlo naznačovat, že nejstarší populace je stále zdravější a soběstačnější. Mohlo by to také naznačovat, že mladší - v souladu s nedávnou politikou - nejsou v ústavech, ale zůstávají ve svých domovech a využívají služeb domácí zdravotní péče.

Tabulka 3

Vývoj počtu příjemců domácí zdravotní péče starších 80 let (% z celkového počtu příjemců domácí zdravotní péče)					
2017	2018	2019	2020	2021	2022
32	31,2	30	28,9	28,6	27,7

Zdroj: Norský statistický úřad<sup>8</sup>

Tabulka 4

Vývoj počtu příjemců domácí zdravotní péče 0-66 let (% z celkového počtu příjemců domácí zdravotní péče)					
2017	2018	2019	2020	2021	2022
46,8	47,4	47,8	48,3	48,7	48,9

Zdroj: Norský statistický úřad

Přestože pokles není velký, vidíme zřejmý trend, že ve věkové skupině 80+ ubývá těch, kteří zůstávají v pobytových službách. Data v tabulce 5 zahrnují jak krátkodobé, tak dlouhodobé pobyty.

Tabulka 5

Podíl občanů starších 80 let, kteří pobývali v pobytových službách (%)					
2017	2018	2019	2020	2021	2022
12,9	12,4	12,1	11,4	11	10,6

Zdroj: Norský statistický úřad

Jednou z hlavních aktuálních výzev v Norsku je nedostatek kvalifikovaného personálu. V únoru 2023<sup>9</sup> byla vládě předložena bílá kniha, která se zabývá tím, jak se vypořádat s výzvami v oblasti kvalifikace, rozvoje a vzdělávání v odvětví sociální a zdravotní péče. V této knize jsou nastíněny možné způsoby dalšího postupu, mezi něž patří zlepšení kvalifikace, více pracovních míst na plný úvazek, vzdělávání a zvyšování kompetencí personálu a také využívání moderních technologií a digitálních řešení.

<sup>8</sup> 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region, statistikkvariabel og år. Statistikkbanken (ssb.no)

<sup>9</sup> NOU 2023: 4, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

## Financování sociálních služeb

Na národní úrovni představovaly výdaje na zdravotní péči, které zahrnují také sociální služby, v roce 2017 celkem 10,4 % norského HDP, čímž se Norsko zařadilo na páté místo v evropském regionu WHO, pokud jde o podíl HDP vynakládaný na zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že norský HDP na obyvatele je jeden z nejvyšších na světě, jsou i výdaje na zdravotnictví na obyvatele v zemi mnohem vyšší než ve většině zemí.<sup>10</sup> V současné době patří Norsko k evropským zemím, které vynakládají na zdravotní a sociální služby nejvyšší částky.

### Příjemci péče

Zákon o zdravotních a sociální péči (norsky: Helse – og omsorgstjenesteloven)<sup>11</sup> je klíčový zákon, který ukládá obcím povinnost nabízet obyvatelům zdravotní a sociální služby. Účelem zákona je poskytovat bezpečné a kvalitní služby obyvatelům dané obce. Kromě toho, že zákon ukládá obcím zajišťovat služby, stanovuje mimo jiné požadavky na spolehlivost a kvalitu služeb, vzdělávání zdravotnického personálu a povinnost spolupracovat s regionálním zdravotním trustem (tj. odborná zdravotní péče). Zákon o právech pacientů a uživatelů služeb<sup>12</sup> navíc uvádí, že pacienti a uživatelé mají právo na okamžitou pomoc ze strany obce a mají právo na potřebné služby. Obec musí dále tomu, kdo hledá pomoc, poskytnout veškeré potřebné informace. To je považováno za jeho právo. Běžným postupem pro poskytnutí služeb je podání žádosti o služby na obecním úřadě. Pracovníci obcí poté posoudí potřeby žadatele a na základě těchto potřeb mu služby poskytnou. Formálně jsou pak služby zakotveny v úředním rozhodnutí. K dispozici jsou různé služby; cílem je poskytovat na začátku služby v menším objemu a v případě potřeby pak objem péče zvyšovat. Nejnižší úrovní je praktická pomoc v domácnosti. Na další úrovni jsou pak služby domácí zdravotní péče, násle-

<sup>10</sup> HiT-22-1-2020-eng.pdf (who.int)

<sup>11</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata

<sup>12</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Kapittel 2. Rett til helse- og omsorgstjenester og transport - Lovdata

dují krátkodobé pobyty v zařízeních, a nakonec dlouhodobá umístění v domovech. Tabulka 6 ukazuje vývoj a rozložení příjemců péče od roku 2017 a to u osob, které využívají praktickou pomoc v domácnosti a služby domácí zdravotní péče. Praktická pomoc zahrnuje například nákup potravin, přípravu jídla, praní prádla a odklizení sněhu. Služby domácí zdravotní péče se týkají klinických úkonů, jako je péče o rány, podávání léků. Zahrnuje také pomoc při mytí, oblékání a stravování. Vidíme méně výrazný trend, že věková skupina 67-79 let čerpá těchto služeb více. Lidé starší 80 let využívají méně praktické pomoci a méně služeb domácí zdravotní péče.

Tabulka 6

Příjemci zdravotní péče (počet)		2017	2018	2019	2020	2021	2022
67-79 let	Praktická pomoc v domácnosti a zdravotnické služby	12582	12633	12899	13042	13482	13639
80-89 let	Praktická pomoc v domácnosti a zdravotnické služby	18992	18524	18352	17569	17100	16756
90 let a více	Praktická pomoc v domácnosti a zdravotnické služby	11643	11719	11547	11546	11459	10993

Zdroj: Norský statistický úřad

Tabulka 7

Průměrný počet hodin týdně		2017	2018	2019	2020	2021	2022
67-79 let	Praktická pomoc v domácnosti a zdravotnické služby	5,7	5,9	5,9	6,1	6,2	6,1
80-89 let	Praktická pomoc v domácnosti a zdravotnické služby	4,3	4,4	4,4	4,5	4,5	4,4
90 let a více	Praktická pomoc v domácnosti a zdravotnické služby	5,5	5,7	5,7	5,8	5,8	5,7

Zdroj: Norský statistický úřad

V tabulce 7 jsou uvedeny hodiny pomoci poskytnuté příjemcům péče. Zahrnuje jak praktickou pomoc v domácnosti, tak služby domácí zdravotní péče. Změny nejsou nijak dramatické, ale dochází k nárůstu průměrného počtu hodin podpory, a to u všech věkových skupin. Největší změna nastala u nejmladší věkové skupiny (67-79 let), kde se jim v roce 2022 dostane o 0,4 hodiny pomoci více než v roce 2017.

Pokud se podíváme na vývoj počtu osob, kterým byl poskytnut ústavní pobyt, tabulka 8 ukazuje vývoj u krátkodobých pobytů a tabulka 9 u dlouhodobých pobytů. Nejviditelnější změnou je počet mladších starších osob, u kterých dochází k nárůstu počtu pobytů v zřízeních pro krátký pobyt, a to z 2078 v roce 2017 na 2342 v roce 2022. U dalších dvou skupin jsou změny méně výrazné.

Tabulka 8

Příjemci zdravotní péče (počet)							
		2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>67-79 let</b>	<b>Instituce, krátkodobé</b>	2078	2082	2277	1968	2088	2342
<b>80-89 let</b>	<b>Instituce, krátkodobé</b>	2971	2835	2991	2581	2776	2875
<b>90 let a více</b>	<b>Instituce, krátkodobé</b>	1434	1333	1469	1338	1424	1453

Zdroj: Norský statistický úřad

V případě dlouhodobých pobytů, které jsou uvedeny v tabulce 9, vidíme, že došlo k nárůstu dlouhodobých pobytů u nejmladší věkové skupiny, zatímco u ostatních dvou skupin došlo k poklesu pobytů.

Tabulka 9

Příjemci zdravotní péče (počet)							
		2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>67-79 let</b>	<b>Instituce, dlouhodobé</b>	6492	6497	6706	6750	7045	7208
<b>80-89 let</b>	<b>Instituce, dlouhodobé</b>	13523	13246	13029	12722	12230	12057
<b>90 let a více</b>	<b>Instituce, dlouhodobé</b>	10830	10623	10529	10310	10061	9644

Zdroj: Norský statistický úřad

## Režim dotací

Norský sektor primární zdravotní péče, včetně sociálních služeb, je financován z obecních daní, blokových grantů od ústřední vlády a účelových dotací na konkrétní účely. Vláda přiděluje finanční prostředky obcím na základě vzorce, který zohledňuje faktory, jako je počet obyvatel, věkové rozložení a socioekonomické faktory. Tyto prostředky jsou určeny na pokrytí základních potřeb obyvatelstva v oblasti zdravotní péče a zajištění rovného přístupu k sociálním službám a zdravotní péči v celé zemi. Dalším zdrojem financování primární péče je Národní systém pojištění a také poplatky uživatelů. Cílem struktury financování je jednak omezit náklady a jednak poskytnout poskytovatelům dostatečnou flexibilitu, aby mohli pacientům/klientům zajistit co nejlepší kombinaci služeb.<sup>13</sup> Občané mohou některé služby připlatit, ale tyto příplatky jsou omezené. Existuje také možnost zakoupit si soukromé služby jako doplněk a/nebo náhradu za veřejné služby. Rozsah těchto služeb je však také poměrně malý.

Když se podíváme na výdaje obcí na zdravotní péči, zjistíme, že v roce 2022 (nejnovější údaje) vydaly 33 809 norských korun (cca 2850 eur) na jednoho obyvatele.<sup>14</sup> Tabulka 10 ukazuje vývoj od roku 2017. Všimneme si, že od roku 2017 do roku 2022 dochází k výraznému nárůstu výdajů.

Tabulka 10

Výdaje na komunální zdravotní služby na obyvatele (NOK)					
2017	2018	2019	2020	2021	2022
24800	26539	28026	28598	32496	33809

Zdroj: Norský statistický úřad

<sup>13</sup> HiT-22-1-2020-eng.pdf (who.int)

<sup>14</sup> 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region, statistikkvariabel og år. Statistikkbanken (ssb.no)

Tabulka 11 ukazuje výdaje obcí na pečovatelskou službu a jejich vývoj od roku 2017. Není neočekávané, že podíl výdajů na pečovatelskou službu se od roku 2017 do roku 2022 zvyšuje, a to z 30 % na 33 %.

Tabulka 11

Čisté provozní výdaje na pečovatelskou službu jako procento z celkových čistých provozních výdajů obce (%)					
2017	2018	2019	2020	2021	2022
30	30,8	31,3	30,8	32,4	33,1

Zdroj: Norský statistický úřad

Lze shrnout, že výdaje na zdravotní péči (sociální služby) rostou, ale v současné době není problémem ani tak finanční udržitelnost, jako spíše zajištění kompetentního a kvalifikovaného personálu. To vyžaduje nové způsoby organizace práce a poskytování služeb.

## Zaměstnanci v sociálních službách

V norském komunálním zdravotnictví a sociálním sektoru jsou různé druhy pracovních pozic. Mezi hlavní patří:

**Lékaři a zdravotní sestry:** Jsou to zdravotníci, kteří poskytují pacientům lékařskou péči a podporu. Lékaři diagnostikují nemoci, předepisují léky a provádějí lékařské zákroky. Osoby, kterým je poskytována domácí zdravotní péče, jsou sledovány svým praktickým lékařem, zatímco osoby žijící v domovech pro seniory, jsou v pravidelných dnech v týdnu ošetřovány lékařem, který se danému domovu pro seniory věnuje.

Zdravotní sestry pracují v domácí péči a v pečovatelských domech a pomáhají při péči o klienty, podávají léky a poskytují ošetrovatelskou péči. Norsko má ve srovnání s jinými západními zeměmi obecně dobré pokrytí ošetrovatelskou péčí v komunálním sektoru. V souvislosti s poptávkou však narůstá nedostatek zdravotních sester.



**Sociální pracovníci:** Hrají klíčovou roli v komunální zdravotní a sociální oblasti. Poskytují poradenství, podporu a pomoc jednotlivcům i rodinám, které čelí různým problémům, jako je chudoba, bezdomovectví, domácí násilí, problémy s duševním zdravím a další. Pomáhají lidem získat přístup k sociálním službám, rozvíjet strategie zvládnání situace a také se zorientovat ve složitém systému.

**Další zdravotničtí pracovníci:** Tato skupina zahrnuje fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy atd. Poskytují specializovanou péči a terapii a pracují společně se zdravotními sestrami a lékaři.

**Psychologové:** Obce jsou povinny zaměstnávat "obecního psychologa", který zajišťuje, že osoby, které potřebují podporu v oblasti duševního zdraví, jsou sledovány a mají možnost této podpory na místní úrovni v obci.

Všechny výše uvedené skupiny mají kvalifikaci minimálně na úrovni bakalářského studia. Lékaři a psychologové mají magisterský titul. Kromě toho zdravotnictví a sociální služby zaměstnávají mnoho nižších zdravotnických pracovníků, tedy pracovníků s maturitou. V tomto odvětví však pracuje také mnoho nekvalifikovaných pracovníků.

V roce 2022 mělo 77 % zaměstnaných ve zdravotnictví a sociální péči zdravotnické vzdělání. Tabulka 12 ukazuje počet osob se zdravotnickým vzděláním a podíl osob pracujících ve zdravotnictví a sociální oblasti, rozdělený na muže a ženy.

Tabulka 12

Zdravotnický personál (15-74 let) podle pohlaví, 4. kvartál				
	2022		2021-2022	2021
	Celkem	Podíl	%	Celkem
<b>Lidé se zdravotnickým vzděláním</b>	<b>594449</b>	<b>100.0</b>	<b>2,1</b>	<b>582492</b>
Muži	97188	16,3	2,8	94531
Ženy	497261	83,7	1,9	487961
<b>Zaměstnaní se zdravotnickým vzděláním napříč sektory</b>	<b>473129</b>	<b>100.0</b>	<b>1,8</b>	<b>464588</b>
Muži	82953	17,5	3,1	80480
Ženy	390176	82,5	1,6	384108
<b>Zaměstnanci se zdravotnickým vzděláním v zařízeních sociálních a zdravotních služeb</b>	<b>364506</b>	<b>77.0</b>	<b>1,2</b>	<b>360157</b>

Od roku 2015 jsou údaje o zaměstnanosti založeny na nových zdrojích dat (a-ordningen). Další podrobnosti naleznete v části "O statistikách". Čísla od roku 2015 a následujících let nejsou srovnatelná s čísly z předchozích let. Pro více informací se podívejte na článek spojený s údaji z roku 2015: <http://www.ssb.no/en/arbeid-og-lonn/statistikker/regsys/aar/2016-05-27>

Zdroj: MZ ČR, Norský statistický úřad<sup>15</sup>

## Vzdělávání pracovníků v sociálních službách

Celkem, jak již bylo uvedeno, má 77 % zaměstnanců komunálních sociálních služeb v Norsku formální zdravotnické vzdělání<sup>16</sup>. Jednotlivé profese jsou popsány v předchozí části.

Zatímco v České republice existují dvě úrovně kompetencí zaměstnanců ve zdravotnictví, kvalifikovaná a nekvalifikovaná, Norsko má čtyři úrovně. První úroveň se označuje jako nekvalifikovaný asistent. Většina asistentů má dosažené vyšší sekundární vzdělání na střední škole. Vyšší sekundární vzdělání a odborná příprava zahrnuje 11 až 13 let a obvykle poskytuje péči věkové skupině 16-19 let. Zahrnuje všeobecné vzdělávání a odborné vzdělávání a přípravu. Všeobecné studijní programy trvají obvykle tři roky a vedou k získání vysokoškolské kvalifikace, zatímco programy odborného vzdělávání a přípravy jsou organizovány jako dvouleté odborné vzdělávání ve škole

<sup>15</sup> Zdravotnický personál (ssb.no)

<sup>16</sup> Norský statistický úřad, <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/syssesetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>

a dvouletá praxe na pracovišti. Nekvalifikovaní asistenti v sociálních službách obvykle absolvovali buď tříletý všeobecný studijní program nebo dvouleté odborné vzdělání ve škole. Po absolvování dvouletého odborného vzdělání v oboru "Rozvoj zdraví a mládeže" a následné dvouleté praxe v pečovatelském domě nebo jiném pečovatelském zařízení se stanete kvalifikovaným odborným zdravotnickým pracovníkem. Po dobu učení se vykonávají pravidelné zdravotnické praxe pod vedením kvalifikovaného odborného pracovníka nebo zdravotní sestry. Na konci dvouleté praxe frekventant skládá zkoušku, aby se stal kvalifikovaným odborným zdravotnickým pracovníkem. Aby se však zvýšil počet kvalifikovaných odborných zdravotnických pracovníků, je zde možnost kombinace vzdělávacích programů; je tedy možné získat kvalifikaci pro vykonání zkoušky na kvalifikovaného odborného pracovníka i bez dvouletého studia na střední škole. Tento systém je obvykle organizován obecními samosprávami a je zaměřen na dospělé nebo osoby, které ukončily školní docházku a chtějí se stát kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem.

Po tříletém všeobecném studijním programu na střední škole má frekventant předpoklady pro další vysokoškolské bakalářské vzdělání, aby se mohl stát zdravotní sestrou, fyzioterapeutem, ergoterapeutem nebo sociálním pracovníkem. Jedná se o třetí kvalifikační stupeň v norském sociálním sektoru; kvalifikovaný odborník. Z této úrovně je možné absolvovat další specializované kurzy a stát se zdravotní sestrou – specialistkou. Tato specializace často probíhá kombinací absolvování kurzů na univerzitě a zároveň práce zdravotní sestry. Mnoho zaměstnavatelů také hradí náklady spojené s absolvováním specializovaných kurzů, ale protože je norský univerzitní systém státní, jsou poplatky nízké. Psychologové, lékaři a psychiatři mají magisterské vzdělání z univerzit.

Pokud jde o celoživotní vzdělávání, v roce 2022 se v Norsku 19 % zaměstnaných osob účastnilo formálního vzdělávání, 7 % formálního doplňkového vzdělávání a 48 % neformálního vzdělávání.

Tabulka 13

Účast na formálním vzdělávání, formálním doplňkovém vzdělávání a neformálním vzdělávání <sup>1 2</sup>			
	Účastníci (%)		
	2012	2021	2022
<b>Formální vzdělání</b> <sup>3</sup>			
Zaměstnaní	17	17	19
Nezaměstnaní	39	39	37
<b>Formální doplňkové vzdělání</b> <sup>4</sup>			
Zaměstnaní	7	6	7
Nezaměstnaní	7	7	6
<b>Neformální vzdělání</b>			
Zaměstnaní	50	42	48
Nezaměstnaní	15	16	15

<sup>1</sup> Osoby 15–66

<sup>2</sup> Od roku 2021 je zde nové nástroje, Průzkum pracovní síly (LFS) a Monitor podmínek vzdělávání“ (LCM), které vedly k narušení časové řady

<sup>3</sup> Včetně osob 15–59

<sup>4</sup> Včetně osob 22–59

Zdroj: Statisticky Norsko\_ <https://www.ssb.no/en/utdanning/voksenopplaering/statistikk/livslang-laering>

Celoživotního vzdělávání a dalšího vzdělávání se lze účastnit několika způsoby. Existují vysokoškolská studia, kde se sestry mohou specializovat například na geriatrii, paliativní péči nebo pokročilé klinické ošetřovatelství. Tyto programy poskytují hluboké znalosti a odbornost v konkrétních oblastech zdravotní péče a frekventanti se tak stávají "sestrou specialístkou". Kromě toho jsou pro všechny pracovníky s minimálně tříletým středoškolským vzděláním k dispozici kurzy dalšího vzdělávání (kratší kurzy) v nejrůznějších oblastech, jako je například zdravotnická informatika, management, stárnutí a zdraví a paliativní péče. Obecně však platí, že u všech typů dalšího vzdělávání se zaměstnanci musí poradit se svým zaměstnavatelem a projednat s ním zajištění dalšího vzdělávání. Někteří zaměstnavatelé poskytují finanční podporu, placené volno nebo udělují dovolenou při účasti na dalším vzdělávání. Mezi jednotlivými obcemi a zaměstnavateli však existují rozdíly v tom, jakým způsobem je toto řešeno.



Nejběžnější formou celoživotního vzdělávání zaměstnanců je však účast na vzdělávacích aktivitách, které jsou organizovány přímo v zaměstnání. Příkladem kurzů jsou například dodavatelé zdravotnických přístrojů, kteří přijíždějí na pracoviště, aby například předvedli nové vybavení, přednáší o nejmodernější léčbě osob s demencí či ukazují nová zvedací zařízení, která se používají při ošetřování pacientů. Takových kurzů je celá řada. Rozšířené jsou také kurzy zavádění nových digitálních technologií, které se mají stát součástí pracovního výkonu.



## Odměňování v odvětví sociálních služeb

Jelikož Norsko není členem EU, je obtížné najít statistiky srovnávající úroveň mezd zaměstnanců v sociálním sektoru v Norsku a EU. Norsko nemá oficiální všeobecnou zákonnou minimální mzdu pro všechny zaměstnance. Místo toho jsou mzdy upraveny kolektivními smlouvami mezi státem a poskytovateli. Nicméně v odvětvích, kde je doloženo, že zahraniční pracovníci by mohli dostávat horší mzdu a pracovní podmínky, než je v daném odvětví obvyklé, je uzákoněna minimální mzda (tzv. „Generalizační zákon“).<sup>17</sup> Vzhledem k tomu, že Norsko zažilo v posledních 15 letech velkou vlnu přistěhovalců, byl zákon přijat s cílem omezit pracovní právní diskriminaci a sociální dumping. Podle norského statistického úřadu<sup>18</sup> je měsíční plat odborníků v sociálních službách následující:

Tabulka 14

Profese	Měsíční mzda (EUR)	Doba vzdělávání
Specializovaná sestra	4 514,47	3+2
Sestra	4 440,77	3
Sociální pracovník	4 249,17	3
Fyzioterapeut	3 912,77	3
Ergoterapeut	3 901,50	3
Kvalifikovaný zdravotnický pracovník	3 821,74	2
Nekvalifikovaný zdravotnický pracovník	2 742,58	0

Zdroj: Norský statistický úřad

Všichni pracovníci v sociální oblasti mají pevně stanovenou roční mzdu. Pracovníci na částečný úvazek jsou pak odměňováni podle procenta z ročního příjmu. V rámci sociálně zdravotní péče pracuje na částečný úvazek přibližně

<sup>17</sup> <https://frifagbevegelse.no/foreign-workers/norway-does-not-have-a-common-minimum-wage-for-all-workers-here-we-explain-why-6.539.832584.eb1e6e70f1>

<sup>18</sup> <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-og-arbeidskraftkostnader/statistikk/lonn>), datum: 28. června 2023

60 % zaměstnanců. To umožňuje na požádání odpracovat hodiny navíc, aby bylo možné např. nahradit nepřítomné kolegy (z důvodu nemoci, mateřské dovolené, aktivity na rozvoj kompetencí mimo pracovní dobu a podobně). Za tyto hodiny navíc je člověk placen od hodiny podle hodinových mzdových sazeb definovaných kolektivními smlouvami na národní úrovni. Příplatky za hodiny navíc však nejsou důchodově uznatelné. V Norsku neexistuje žádný bonusový systém pro pracovníky v tomto odvětví.

## Sociální dialog a partneři v sociálních službách

Sociální dialog v sociálních službách v Norsku probíhá jak na národní úrovni (tripartita), tak na úrovni pracoviště (bipartita). Na tripartitě se podílejí tři hlavní aktéři: Vláda zastoupená Ministerstvem práce a sociálního začleňování, organizace zaměstnavatelů, jako je Konfederace norských podniků (NHO) a Norská asociace místních a regionálních orgánů (KS), a také odbory, mezi něž patří mimo jiné Norská konfederace odborových svazů (LO) a Konfederace odborových svazů odborářů (UNIO). Tyto tři strany se účastní pravidelných konzultací a vyjednávání s cílem řešit otázky trhu práce a formulovat politiky.

Kolektivní vyjednávání na národní úrovni hraje v norském sociálním dialogu poskytovatelů služeb zásadní roli. Zaměstnavatelské organizace a odbory vyjednávají kolektivní smlouvy, tzv. „tarifní dohody“, které stanovují podmínky zaměstnávání. Tyto dohody se týkají takových aspektů, jako jsou mzdy, pracovní doba, dovolená a zaměstnanecké výhody. Norsko má také koordinovaný systém stanovování mezd známý jako "norský model". Ten klade důraz na vyjednávání o mzdách na centrální úrovni mezi sociálními partnery v odvětvích vystavených konkurenci a tato jednání stanoví rámec pro zvyšování mezd, které se pak realizuje prostřednictvím kolektivního vyjednávání na úrovni pracovišť. Cílem tohoto systému je podpořit růst mezd,



udržet konkurenceschopnost a zabránit nadměrné mzdové inflaci. Míra odborové organizovanosti ve veřejném sektoru, včetně sociálních služeb, je v Norsku 80 %, a patří tak k nejvyšším v Evropě.

Norský model vyjednávání mezi sociálními partnery klade důraz na partnerský přístup. Zaměstnavatelské organizace, odbory a vláda se aktivně zapojují do diskusí a konzultací o různých otázkách trhu práce a ekonomiky. Snaží se najít společnou řeč a spolupracovat na řešení problémů, zlepšování pracovních podmínek a podpoře sociální stability. Norsko má také komplexní rámec pracovních zákonů a předpisů, které podporují sociální dialog. Tyto zákony poskytují právní základ pro kolektivní vyjednávání, zajišťují práva pracovníků a zavádějí mechanismy pro řešení sporů. Zákon o pracovním prostředí dále klade velký důraz na potřebu spolupráce zaměstnanců a zaměstnavatelů s cílem zajistit bezpečné a zdravé podporující pracovní prostředí.



Na pracovišti probíhá toto vyjednávání mezi orgány zaměstnanců a vedením. Podle základních dohod mezi partnery na národní úrovni jsou povinni spolupracovat také na strategickém rozvoji pracoviště, tj. nejen na vyjednávání o mzdách a pracovních podmínkách. Pracovní prostředí a pohoda na pracovišti jsou rovněž jedním z hlavních bodů agendy partnerů na úrovni pracovišť. Národní tripartita prosadila také „Zákon o inkluzi“<sup>19</sup>, v němž se partneři a vláda dohodli, že budou klást důraz na úsilí o prevenci nemocenské a odchodu z práce a zaměří se na dlouhodobé a/nebo často se opakující absence z důvodu nemoci. Aby bylo preventivní úsilí v oblasti pracovního prostředí účinné, musí být založeno na znalostech a zaměřeno na skutečné potřeby jednotlivých pracovišť. Cílem Zákona o inkluzi je posílit bipartitní spolupráci v rámci místního úsilí v oblasti pracovního prostředí a pomoci podnikům získat přístup ke kvalitní, na znalostech založené podpoře při jejich práci. Dlouhodobá pracovní neschopnost tvoří v Norsku největší část celkové pracovní neschopnosti a zvyšuje riziko trvalého vyřazení z pracovního života.

Na vládní úrovni je za politiku trhu práce, pracovního prostředí, důchodů a sociální politiky odpovědné Ministerstvo práce a sociálního začleňování (**the Ministry of Labour and Social Inclusion**). Dnešní vláda, která je koalicí Strany práce (Labour Party) a Strany středu (Centre Party) má na programu udržení státem financovaného systému sociálního zabezpečení, stejně jako řešení problémů s náborem dostatečného počtu zdravotnického personálu. Jako příklad lze uvést, že v roce 2023 se počet uchazečů o vzdělání zdravotních sester snížil o více než 20 % oproti roku 2022. Klesá také počet studentů odborného zdravotnického vzdělávání. Komise pro zdravotnický personál<sup>20</sup>, zřízená vládou, dospěla k závěru, že Norsko potřebuje více kvalifikovaných pracovníků, více pracovníků na plný úvazek a lepší spolupráci mezi městský-

<sup>19</sup> [https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192024/id2623741/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192024/id2623741/)

<sup>20</sup> <https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/the-healthcare-personnel-commission-delivers-its-report/id2961748/>

mi zdravotnickými službami a nemocnicemi. V neposlední řadě je na programu vlády vývoj a zavádění digitálních řešení, aby více starších lidí mohlo nadále zůstat doma, a efektivnější péče v domovech pro seniory.

Pouze 10 % pečovatelských domů a domovů sociálních služeb v Norsku je v soukromém vlastnictví. Většina sektoru sociálních služeb je financována z veřejných zdrojů regionálními obecními úřady. Jejich partnerem pro sociální dialog je **Norské sdružení místních a regionálních orgánů, Kommunenes Sentralforbund (KS)**. KS je organizací všech místních samospráv v Norsku, a je tedy největší norskou organizací veřejných zaměstnavatelů.

Pro zaměstnance v sociálních službách existují čtyři hlavní odborové organizace, které se účastní vyjednávání s KS:

1) **Norská organizace sester, Norsk Sykepleierforbund**, je největší profesní organizací zastupující zdravotní sestry v Norsku. Jejich cílem je prosazovat profesní zájmy a kvalitní život zdravotních sester a zasazovat se o kvalitní ošetrovatelskou péči a zlepšení zdravotní politiky v zemi.

2) **Norský svaz obecních a všeobecných zaměstnanců, Fagforbundet**, je největší norský odborový svaz, který zastupuje širokou škálu pracovníků v různých odvětvích. Má značný počet členů ve zdravotnictví, včetně zdravotnických asistentů, sociálních pracovníků a administrativních pracovníků. Fagforbundet hájí práva a zájmy svých členů, vyjednává kolektivní smlouvy a řeší problémy na pracovišti.

3) **Delta** je odborový svaz, který zastupuje různé skupiny pracovníků, včetně pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách. Ačkoli se nejedná o specifický sektor zdravotnictví, členové Deltu zahrnují zaměstnance pracující v nemocnicích, pečovatelských domech a dalších zdravotnických zařízeních. Odborový svaz se zaměřuje na ochranu práv členů, vyjednávání kolektivních smluv a poskytování odborné podpory a poradenství.



**4) Konfederace odborových svazů pro profesionály, Fellesorganisasjonen (FO)**, zastupuje širokou škálu odborářů pracujících ve zdravotnictví a sociálních službách, včetně sociálních pracovníků, terapeutů a poradců. FO se zasazuje o práva, mzdy a pracovní podmínky svých členů a účastní se procesů kolektivního vyjednávání.

Tyto odbory hrají důležitou roli při zastupování pracovníků v sociální a zdravotní péči, při vyjednávání kolektivních smluv, ochraně jejich práv a prosazování lepších pracovních a mzdových podmínek. Spolupracují se zaměstnavateli, státními orgány a dalšími zúčastněnými stranami, aby zajistily, že pracovníci v sociálních službách budou mít spravedlivé a příznivé pracovní podmínky a budou moci poskytovat kvalitní péči veřejnosti.

Úroveň mezd odborníků v sociální oblasti byla uvedena v předchozí kapitole této zprávy. Vedle mzdových a pracovních podmínek je pro účastníky jednání na prvním místě v agendě pracovní prostředí. Z níže uvedené tabulky vyplývá, že norští zaměstnanci jsou celkově se svou prací velmi spokojeni, ačkoli pracovní nároky, konflikt rolí a očekávání jsou záležitostí, která je, stejně jako ostatní zaměstnance, velmi znepokojuje.

Tabulka 15

Pracovní prostředí mezi zaměstnanci 18–66 let (%)			
	2000	2009	2019
<b>Vztah k práci</b>			
Spokojený	89	90	88
Riziko ztráty práce	11	10	10
Málo příležitostí využít vzdělání a praxi	11	8	6
<b>Psychosociální prostředí</b>			
Zkušenost špatného vztahu mezi zaměstnanci a zaměstnavatelem, často nebo někdy	31	32	32
Zažil násilí na pracovišti v posledních 12 měsících	...	4	5
Zažil sexuální obtěžování, poznámky apod.	3	3	4
<b>Fyzické pracovní prostředí</b>			
Vystaven většinu času špatným teplotním podmínkám na pracovišti	34	24	21
Vystaven většinu času látkám, dráždicím kůži	7	9	8
Vystaven většinu času hluku	8	6	5
<b>Ergonomické prostředí</b>			
Zdvíhání více než 20 kg častěji než 5x denně	15	12	10
Práce s většinou monotónními pohyby,	36	36	36
Pracuje s myší nebo klávesnicí	...	70	73
<b>Zdravotní problémy spojené s prací</b>			
Bolesti krční páteře, zad nebo ramen z práce	13	11	9
Migrény a bolesti hlavy z práce	6	3	4
Fyzické vyčerpání po návratu z práce (každý týden)	...	...	32
<b>Pracovní požadavky, konflikty rolí a očekávání</b>			
Příliš mnoho práce	...	49	47
Pracovní úkoly jsou v konfliktu s rodinným životem	...	14	15
Čtení pracovních emailů mimo pracovní dobu (denně)	...	...	23

Zdroj: Norský statistický úřad, <https://www.ssb.no/en/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/arbeidsmiljo-levkarsundersokelsen>

# **Identifikace a možná implementace příkladů dobré praxe v sociálních službách v Norsku – doporučení SINTEF**

Norské a české sociální služby vykazují jak některé podobnosti, tak také významné rozdíly. Tyto rozdíly se týkají modelů financování, organizačních struktur, personálního obsazení a odborných znalostí, jakož i metod a rozsahu dialogu mezi aktéry. Vzhledem ke značným rozdílům mezi těmito systémy nelze všechny postupy používané v Norsku snadno aplikovat v České republice; opatření, která se osvědčila v Norsku, tedy nemusí být v současné době vhodná zde. Proto jsme při formulování našich doporučení zohlednili tyto kontextové rozdíly a snažili jsme se navrhnout postupy a opatření, které lze experimentálně využít buď v krátkodobém horizontu nebo v rámci dlouhodobější perspektivy. Většina našich doporučení směřuje k pracovním podmínkám a praktikám na pracovišti, méně se jich týká sociálního dialogu mezi jednotlivými aktéry – ten je totiž v krátkodobém horizontu obtížnější změnit.

## **Organizace, personální zajištění a kompetence**

### **Nové způsoby organizace práce a efektivnějšího využívání kompetencí zaměstnanců**

Stejně jako v mnoha jiných zemích se také Norsko potýká s rostoucím nedostatkem kvalifikovaných pracovníků v sociálním sektoru. Kromě toho je zde vysoká absence z důvodu nemoci a velké množství částečných úvazků.

Norské sdružení místních a regionálních orgánů (KS) je organizací všech místních samospráv v Norsku a je největší organizací veřejných zaměstnavatelů, a to včetně oblasti sociálních služeb. KS vypracovalo tzv. "Tørn-projekt", který má tuto věc řešit. Pojem „Tørn“ lze chápat jako "obrat", tedy že je třeba provést obrat ve způsobu řešení personálních problémů v sociálním sektoru. Musíme přemýšlet novým způsobem, pokud jde o využívání kompetencí a rozdělování zodpovědnosti. Projekt Tørn rozvíjí a testuje nové způsoby organizace práce v sociálních službách na úrovni obcí. Cílem projektu je zejména delegovat pracovní úkoly vykonávané vyškolenými zdravotními sestrami odborně kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkům. Důvodem je jednak kritický nedostatek zdravotních sester v sociální oblasti na komunální úrovni, jednak využití kompetencí a znalostí odborně vzdělaných zdravotnických pracovníků. Cílem je tedy přispět k udržitelnějšímu sektoru zvýšením podílu zaměstnanců pracujících na plný úvazek a počtu zaměstnanců s formálními kompetencemi. Kompetence zaměstnanců by měly být využívány efektivně, tj. měli bychom zaměstnávat pracovníky se správnými kompetencemi na správném místě a ve správný čas.

**DOPORUČENÍ: Inspirujte se projektem Tørn a prozkoumejte inovativní metody organizace práce a kompetence zaměstnanců. Zvažte rekvalifikaci a zvyšování kvalifikace zaměstnanců s cílem zvýšit jejich dovednosti. Přidělování více naplňujících úkolů může také výrazně zlepšit pracovní podmínky.**

## Úroveň dovedností a kvalifikace zaměstnanců

Zatímco v České republice existují dvě úrovně kompetencí zaměstnanců v sociálních službách, kvalifikovaná a nekvalifikovaná, Norsko má čtyři úrovně. První úroveň je označována jako nekvalifikovaný asistent. Většina asistentů má dosažené vyšší sekundární vzdělání na střední škole. Vyšší sekundární vzdělání a odborná příprava představují celkovou délku vzdě-



lávání 11 až 13 let a obvykleji dosahuje věková skupinu 16-19 let. Zahrnuje všeobecné vzdělávání a odborné vzdělávání a přípravu. Všeobecné studijní programy trvají obvykle tři roky a vedou k získání vysokoškolské kvalifikace, zatímco programy odborného vzdělávání a přípravy jsou organizovány jako dvouleté odborné vzdělávání ve škole a dvouletá praxe na pracovišti. Nekvalifikovaní asistenti v sociálních službách obvykle absolvovali buď tříletý všeobecný studijní program nebo dvouleté odborné vzdělání ve škole.

Po absolvování dvouletého odborného školního vzdělání v oboru "Rozvoj zdraví a mládeže" a následné dvouleté praxe v pečovatelském domě nebo jiném pečovatelském zařízení se stanete kvalifikovaným odborným zdravotnickým pracovníkem. Po dobu studia se vykonávají pravidelné zdravotnické práce pod vedením kvalifikovaného odborného pracovníka nebo zdravotní sestry. Na konci dvouleté praxe člověk složí zkoušku, aby se stal kvalifikovaným odborným zdravotnickým pracovníkem. Aby se však zvýšil počet kvalifikovaných odborných zdravotnických pracovníků, vytvořili sociální partneři v oblasti sociálních služeb některé varianty kombinace školních a učňovských smluv. Je možné získat kvalifikaci pro vykonání zkoušky na kvalifikovaného odborného pracovníka i bez dvouletého studia na



střední škole. Tento systém je obvykle organizován obecními samosprávami a je zaměřen na dospělé nebo osoby, které ukončily školní docházku a chtějí se stát kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem.

Po tříletém všeobecném studijním programu na střední škole má předpoklady pro další vysokoškolské bakalářské vzdělání, aby se mohl stát zdravotní sestrou, fyzioterapeutem, ergoterapeutem nebo sociálním pracovníkem. Jedná se o třetí kvalifikační stupeň v norském sociálním sektoru; kvalifikovaný odborník. Z této úrovně je možné absolvovat další specializované kurzy a stát se zdravotní sestrou specialistkou. Tato specializace často probíhá kombinací absolvování kurzů na univerzitě a zároveň práce zdravotní sestry. Mnoho zaměstnavatelů také hradí náklady spojené s absolvováním specializovaných kurzů, ale protože je norský univerzitní systém státní, jsou poplatky nízké.

**DOPORUČENÍ: Česká republika by měla zvážit vytvoření většího počtu druhů / typů kvalifikovaných pracovníků v rámci systému odborného vzdělávání. Systém vyššího sekundárního vzdělávání a sektory sociálních služeb by měly spolupracovat tak, aby společně vytvořily učební osnovy a pracovní modely, jak umožnit navštěvovat kurzy a zároveň být zaměstnán. Zvýšení úrovně kompetencí nekvalifikovaného personálu zlepšit kvalitu poskytování sociálních služeb a zvýší flexibilitu a robustnost sektoru, pokud jde o řešení nedostatku zdravotních sester nebo specializovaných ošetřovatelů. Kromě toho je nutné zajistit, aby kompetence a vzdělání jednotlivých pracovníků byly v celém sektoru jednotné. Vzdělávání by proto mělo být standardizováno pro různé úrovně kompetencí. Kromě toho by na pracovišti měli úkoly provádět zaměstnanci s odpovídající úrovní dovedností. To znamená, že pracovníci s vysokou úrovní kvalifikace by měli provádět nejpokročilejší úkoly a méně kvalifikovaní pracovníci by měli vykonávat základní činnosti. Jednoduše řečeno, popisy pracovních míst by měly odrážet úroveň dosaženého vzdělání.**

# Pracovní podmínky

## Práce na částečný úvazek

Řada zaměstnanců v sociálních službách pracuje na částečný úvazek, a to jak v Norsku, tak v České republice. Důvodů, proč osoby pracují na částečný úvazek, může být několik a může se jednat o dobrovolnou nebo nedobrovolnou práci. V Norsku jsme provedli průzkum mezi zdravotními sestrami, z nichž mnohé jsou zaměstnány v sektoru sociálních služeb. Tento průzkum slouží jako výchozí bod pro zjištění, kolik osob pracuje na částečný úvazek oproti plnému úvazku a zda je to dobrovolné či nikoliv, a které věkové skupiny pracují převážně na částečný úvazek atd. Průzkum lze opakovat a sledovat tak vývoj počtu pracovníků na plný a částečný úvazek, což opět poskytne návod, co můžeme udělat pro zvýšení podílu pracovníků na plný úvazek.

**DOPORUČENÍ: Otevřít diskusi v rámci zaměstnavatelských organizací a odborů o důvodech, proč zaměstnanci pracují na plný nebo částečný úvazek a o důvodech, které za tím stojí. Důležité je prozkoumat také názory a preference zaměstnanců a zaměstnavatelů ohledně pracovní doby. To lze provést hloubkovým průzkumem mezi oběma skupinami. Takové průzkumy by poskytly poznatky o názorech a preferencích zaměstnanců na práci na plný úvazek, práci na částečný úvazek a pracovní dobu a o preferencích a důvodech zaměstnanců pro takovou organizaci práce, jakou mají. Pravidelné opakování průzkumů poskytne data pro sledování vývoje postojů zaměstnanců v čase.**

## Spokojenost a potřeby zaměstnanců v sociálním sektoru

Chybí nám systematické poznatky o spokojenosti zaměstnanců v sociálním sektoru s jejich zaměstnáním a pracovními podmínkami a také o tom, co je



podle nich potřeba, aby na svém pracovním místě zůstali. Dále potřebujeme znalosti o tom, jak přilákat více zaměstnanců a jak zvýšit podíl zaměstnanců na plný úvazek. Takové znalosti mohou být sice lokálně dostupné na pracovišti, ale abychom mohli vypracovat účinnou politiku zvyšování spokojenosti (a tím i snížit úbytek zaměstnanců), potřebujeme systematicky rozšiřovat naši znalostní základnu.

**DOPORUČENÍ: Zlepšit znalosti o spokojenosti a potřebách provedením průzkumu mezi zaměstnanci v sociálních službách. V ideálním případě by se takový průzkum měl provádět pravidelně. Využijte výsledky k práci s opatřeními, která zaměstnance přilákají a také udrží v zaměstnání.**

## **Testování „dlouhých“ směn**

V současné době několik norských domovů pro seniory testuje třináctihodinové směny namísto běžných 7,5hodinových. Třináctihodinové směny se testují zejména o víkendech, kdy je počet zaměstnanců nižší než v ostatních pracovních dnech. Důvodem pro zavedení 13hodinových směn je, že se tím snižuje počet pracovních víkendů pro zaměstnance, a tím se zvyšuje pravděpodobnost, že si lidé zvýší úvazek na plný. Nedávný výzkum také naznačuje,

že 13hodinové směny (některé dělají 12- nebo 14hodinové) snižují míru nemocnosti, což se částečně vysvětluje tím, že při práci v plánu dlouhých směn máte více dnů volna, což zvyšuje možnosti odpočinku a nabrání sil.

**DOPORUČENÍ: Provést v České republice testování zavádění kratších / delších pracovních směn a dále provedení průzkumu vlivu délky směn na výsledky práce zasměstnanců, na spokojenost klientů s poskytnutou péčí, na ochotu zaměstnanců přijmout případnou změnu a vliv této změny na jejich pracovní výkon.**

## **Lepší přehled o absencích z důvodu nemoci**

Sociální sektor se vyznačuje vysokou absencí z důvodu nemoci, a to jak v Norsku, tak v České republice. Snížení absence z důvodu je důležitým cílem jak pro jednotlivé zaměstnance, tak pro pracovní prostředí a zaměstnavatele. V Norsku jsou snadno dostupné podrobné statistiky o míře nemocnosti a jejích trendech. To je nezbytný výchozí bod pro zaměření se na problém vysoké absence z důvodu nemoci. V České republice však takové statistiky v současné době nejsou k dispozici. Přístup k takovým statistikám by pomohl identifikovat např. konkrétní věkové skupiny nebo odvětví, která by měla být při práci na snižování absence z důvodu nemoci upřednostněna.

**DOPORUČENÍ: Vypracovat registr absence z důvodu nemoci, aby bylo možné získat lepší přehled o počtu a četnosti nemocenské absence v sociálním sektoru i na mikroúrovni poskytovatele sociální služby.**

## **Důvody absencí z důvodu nemoci a preventivní opatření**

Kromě dobrého přehledu o počtu a četnosti absencí z důvodu nemoci je stejně důležité mít přehled o příčinách těchto absencí. Takové znalosti mohou být k dispozici na místní, podnikové úrovni, ale ani v Norsku, ani

v České republice nemáme podrobný přehled o důvodech. Výzkumy navíc ukazují, že úroveň absence z důvodu nemoci je ovlivněna nemocenskými dávkami a délkou náhrady mzdy. Mezi Norskem a Českou republikou jsou v případě těchto opatření značné rozdíly. Abychom se na tuto výzvu mohli zaměřit, je nutné získat více poznatků jak o důvodech absence z důvodu nemoci, tak o tom, jak různá opatření týkající se nemocenských dávek a náhrad ovlivňují pracovní neschopnost.

**DOPORUČENÍ: Rozšířit přehled o příčinách nemocnosti, aby bylo možné vypracovat vhodná preventivní opatření i na mikroúrovni poskytovatele sociální služby.**

## **Přizpůsobení opatření v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v sociálních službách**

V Norsku je míra absence z důvodu nemoci v sektoru sociálních služeb vyšší než 10 %. To je velmi vysoká hodnota, která představuje vysoké náklady pro zaměstnavatele a vládu a také to, že snižuje kvalitu poskytovaných služeb, když agenturní pracovníci dočasněho přidělení nastupují na krátkou dobu, aby vykonali práci. V současné době je také nedostatek lidí pracujících v agenturách, což má za následek, že když některý z kolegů onemocní, zvýší se tím objem práce pro ostatní kolegy.

Onemocnění svalů a kostí jsou hlavní příčinou pracovní neschopnosti v Norsku. Roli hrají však také psychické problémy. Stav v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na pracovišti většina norských zaměstnavatelů obvykle monitoruje každoročně nebo každý druhý rok. V současné době však poskytovatelé služeb i vláda věnují větší pozornost tomu, že je třeba získat více poznatků o rozdílech v oblasti BOZP na průmyslových pracovištích a na pracovištích, kde převažují ženy, jako je tomu v odvětví sociálních služeb. Za posledních dvacet let investoval sektor sociálních služeb do mnoha nástrojů zaměřených na snížení fyzické zátěže spojené s ošetřováním klientů. Je však

zapotřebí více poznatků o tom, jak snížit emoční pracovní zátěž, která by mohla způsobit emoční stres, a nakonec i absenci z důvodu nemoci. Důraz na psychosociální pracovní podmínky se zvyšuje, stejně jako schopnost konceptualizovat rizika, která je doprovázejí. Většina zaměstnavatelů v sociálních službách nyní zahrnuje tyto otázky do svých průzkumů monitorujících pracovní prostředí.

**DOPORUČENÍ: Přizpůsobit BOZP veřejným službám/sociálním službám a motivovat zaměstnavatele k vypracování průzkumů, aby mohli sledovat situaci a její vývoj. Doporučujeme také partnerům z řad poskytovatelů a Inspektorátu práce v České republice, aby iniciovali výzkum, jaké jsou klíčové rizikové faktory BOZP pro zaměstnance pracující v sektoru sociálních služeb.**

## **Násilí a zneužívání v domovech pro seniory**

V domovech pro seniory může bohužel docházet k týrání, agresi a násilí, které mohou postihnout jak zaměstnance, tak klienty. Přestože k takovým incidentům dochází jen zřídka, mohou být pro pracovní prostředí velmi škodlivé, pokud k nim dojde. V Norsku existuje na toto téma několik výzkumů. Je však potřeba získat více poznatků o tom, jak omezit násilí a zneužívání v domovech pro seniory. Relevantní otázky, které je třeba si položit, jsou: Co takové incidenty vyvolává? Jaká opatření jsou potřebná k zastavení agrese? Více znalostí o tomto tématu může přispět k vytvoření dobrého pracovního prostředí a stabilních pracovišť.

**DOPORUČENÍ: Iniciovat výzkum příčin násilí a zneužívání v domovech pro seniory a doporučit preventivní aktivity.**

## **Zástupce pro bezpečnost na místním pracovišti**

Podle zákona o pracovním prostředí, pracovní době a ochraně zaměstnanosti (norský zákon o pracovním prostředí) se ve všech podnicích, na

keré se tento zákon vztahuje, volí **zástupci pro bezpečnost**. Zástupce pro bezpečnost chrání zájmy zaměstnanců v záležitostech týkajících se fyzického a psychosociálního pracovního prostředí. Zástupce pro bezpečnost zajišťuje, aby byl podnik uspořádán a řádně udržován a aby byla práce vykonávána takovým způsobem, aby byla zajištěna bezpečnost, zdraví a blaho zaměstnanců v souladu s ustanoveními tohoto zákona.

V podnicích s více než 10 zaměstnanci mohou být zvoleni dva nebo více zástupců pro bezpečnost. Pokud se podnik skládá z několika samostatných oddělení nebo pokud zaměstnanci pracují na směny, volí se zpravidla alespoň jeden zástupce pro bezpečnost za každé oddělení nebo směnový tým. Každá oblast bezpečnosti musí být jasně vymezena a nesmí být větší, než aby ji zástupce pro bezpečnost mohl plně kontrolovat, a přitom se řádně věnovat svým povinnostem. Podniky s více než jedním zástupcem pro bezpečnost musí mít alespoň jednoho vedoucího zástupce pro bezpečnost, který odpovídá za koordinaci činností ostatních zástupců pro bezpečnost. Vedoucí bezpečnostní zástupce je volen z řad zástupců pro bezpečnost nebo z jiných osob, které v podniku zastávají nebo zastávaly důležité funkce.





Role a moc bezpečnostních zástupců na norských pracovištích je silná, protože mají pravomoc zastavit práci. Pokud se zástupce pro bezpečnost domnívá, že je bezprostředně ohrožen život nebo zdraví zaměstnanců, může práci zastavit, dokud Inspektorát bezpečnosti práce nerozhodne, zda lze v práci pokračovat. Práci lze zastavit pouze v rozsahu, který zástupce pro bezpečnost považuje za nezbytný k odvrácení nebezpečí.

Na úrovni pracoviště se zástupci pro bezpečnost účastní výborů pro pracovní prostředí společně s managementem a zástupci odborů a management je ze zákona povinen pro každého zvoleného zástupce pro bezpečnost zaplatit 40hodinový kurz v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

**DOPORUČENÍ: Doporučujeme, aby Česká republika zvážila zavedení role místních zástupců pro bezpečnost na pracovištích. Zde se lze o legislativní roli zástupců pro bezpečnost poučit z norského a dánského systému. Pro zaměstnance může tento bezpečnostní reprezentant sloužit jako ten, kdo hlídá pracovní podmínky a může spolupracovat s vedením na neustálém zlepšování kvality práce.**

## Sociálního dialog

### Rozšíření dialogu aktérů sociálních služeb

Norský systém sociálního dialogu na mikro – i makroúrovni se vyznačuje vysokou důvěrou, nízkou konfliktností, předvídatelností a dialogem. Základní charakteristikou systému je síla místní úrovně v rámci víceúrovňového systému kolektivního vyjednávání, stejně jako jednoúrovňový systém odborů zastupujících zaměstnance na všech organizačních úrovních. V důsledku toho má systém vyjednávání na místní úrovni v Norsku značnou kapacitu pro spolupráci v rámci partnerství, které umožňují právní předpisy a kolektivní smlouvy.

Místní zástupci odborů, označovaní také jako „mluvčí odborářů“, zastupují své odbory na úrovni pracoviště. Jejich úkolem je pracovat v souladu s kolektivními smlouvami na dialogu a spolupráci s vedením při zajišťování zdravých a produktivních pracovišť a také uskutečňovat místní vyjednávání o pracovní době a mzdách. Ve výboru pro sociální dialog na pracovištích se vedení a místní zástupci odborů pravidelně scházejí, aby se vzájemně informovali a společně rozhodovali o záležitostech, které se týkají zaměstnanců.

V rámci tohoto systému se partneři v sociálním dialogu rozhodují také o testování nových způsobů organizace práce, například o testování třináctihodinových směn, o motivaci asistentů ke vzdělávání, aby se stali kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky, nebo o účasti na projektu Tørn, jak bylo popsáno výše.

**DOPORUČENÍ: Přestože se národní a místní systém sociálního dialogu liší, doporučujeme národním partnerům sociálního dialogu v České republice, aby zvážili, jakým způsobem by mohl dialog probíhat a jak by mohl být modelován na úrovni pracoviště. Jako výchozí bod lze zvážit zřízení výborů (komisí) pro sociální dialog s důrazem na téma pracovního prostředí nebo na to, jak motivovat zaměstnance ke zvyšování kvalifikace. K tématu pracovního prostředí také doporučujeme přibrat zaměstnance, který může plnit roli zástupce pro bezpečnost.**

# Závěr

Komparativní studie rámce poskytování sociálních služeb, doplněná o kontext sociálního dialogu jako nástroje dosahování důstojných pracovních podmínek na základě porovnání obou systémů identifikuje klíčové rozdíly a nabízí praktická doporučení pro zlepšení českého systému. Sadu doporučení bychom mohli shrnout do následujících deseti bodů.

**Organizace a personální zajištění:** Projekt Tørn v Norsku je příkladem efektivního využití kompetencí zaměstnanců a reorganizace práce, zejména delegováním úkolů vyškoleným zdravotním sestram a odborně kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkům. Toto je navrženo jako inspirace pro Českou republiku.

**Úroveň dovedností a kvalifikace:** V Norsku existují čtyři úrovně kompetencí v sociálních službách, na rozdíl od dvou úrovní v České republice. Navrhujeme zvýšení kvalifikace a rekvalifikace pracovníků v ČR pro zlepšení kvality sociálních služeb.

**Pracovní podmínky:** Řada zaměstnanců v sociálních službách pracuje na částečný úvazek. Doporučujeme průzkum mezi zaměstnanci a zaměstnavateli k zjištění důvodů této situace, zjištění spokojenosti s částečnými úvazky a efektivity poskytování těchto prvků flexibility na trhu práce.

**Spokojenost a potřeby zaměstnanců:** Chybí systematické poznatky o spokojenosti zaměstnanců v sociálním sektoru. Doporučujeme provádět průzkumy k lepšímu pochopení potřeb zaměstnanců a přilákání více pracovníků na plný úvazek.

**Dlouhé směny:** Některé norské pečovatelské domy testují 13hodinové směny, což může být užitečné i v ČR pro snížení nemocnosti a zvýšení podílu pracovníků na plný úvazek. Je vhodné provést průzkum efektivity částečných a plných úvazků a jejich vliv na spokojenost a efektivity výkonů.

**Absence z důvodu nemoci:** V Norsku jsou k dispozici detailní statistiky o absenci z důvodu nemoci, což ČR chybí. Doporučujeme vypracovat podobný systém pro lepší pochopení a snížení absence i na mikroúrovni.

**Bezpečnost a ochrana zdraví při práci:** Je potřeba většího důrazu na psychosociální pracovní podmínky a snížení emocionální zátěže v sociálních službách.

**Násilí a zneužívání v domovech pro seniory:** Navrhujeme provést výzkum k identifikaci příčin a prevenci násilí a zneužívání.

**Zástupci pro bezpečnost na pracovišti:** Doporučujeme zavedení či posílení role zástupců pro bezpečnost v ČR, podobně jako v Norsku, pro zlepšení pracovního prostředí.

**Sociální dialog:** Navrhujeme rozšíření dialogu mezi aktéry sociálních služeb v ČR, inspirované norským modelem.

Klíčové oblasti tedy zahrnují reorganizaci pracovních procesů, zdokonalení kompetencí a vzdělávání zaměstnanců, zlepšení pracovních podmínek a podporu sociálního dialogu. Navržená opatření zahrnují adaptaci norského modelu efektivního využití zaměstnaneckých kompetencí, průzkumy k pochopení a zlepšení pracovních podmínek, zavedení delších pracovních směn pro snížení nemocnosti a zvýšení plných úvazků, a zdůraznění potřeby bezpečnějšího a zdravějšího pracovního prostředí. Studie také podtrhuje význam systematického sběru dat a výzkumu pro informované rozhodování a efektivnější politiky.

Předložená doporučení, inspirovaná norskými přístupy, nabízí směr pro posílení kapacit, zvýšení kvality poskytovaných služeb a zlepšení pracovních podmínek v České republice. Tato analýza a doporučení mohou sloužit jako východisko pro formulaci udržitelnějších a efektivnějších strategií v oblasti sociálních služeb, což přispěje k lepší péči o klienty a podpoře zaměstnanců v tomto sektoru.





# Zdroje

Český statistický úřad, Obyvatelstvo - roční časové řady. [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_hu](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu)

Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva České republiky. <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](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](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/Analiza%20segmentu%20socialnich%20sluzeb\\_EY\\_FINAL\(1\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Analiza%20segmentu%20socialnich%20sluzeb_EY_FINAL(1).pdf))

Financování a nákladovost sociálních služeb: Pobytové a terénní služby sociální péče ([https://www.apsscr.cz/files/files/Financovani%20a%20nakladovost%20soc\\_sl\\_\\_2013.pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Financovani%20a%20nakladovost%20soc_sl__2013.pdf))

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

<https://www.apsscr.cz/media/sluzby/vydavame/odborna-publikacni-cinnost/a4-sbornik-studie-dialog-a-zajisteni-cz-final.pdf>

Jiří Horecký: PESSIS 2 "PROMOTING EMPLOYERS' SOCIAL SERVICES ORGANIZATIONS IN SOCIAL DIALOGUE" [https://www.socialserviceseurope.eu/\\_files/ugd/9f45fc\\_d105a86fa51b41af936e4566c532d830.pdf](https://www.socialserviceseurope.eu/_files/ugd/9f45fc_d105a86fa51b41af936e4566c532d830.pdf)









Supported by the Norway Grants 2014-2021,  
in the frame of the Social Dialogue and Decent Work Programme.

**Důstojná práce a sociální dialog v sociálních službách  
v kontextu, porovnáních a doporučeních**

© 2023 Unie zaměstnavatelských svazů České republiky  
<https://www.uzs.cz>