

COUNTRY REPORT

ČESKÁ REPUBLIKA

Tento dokument odráží pouze názory autorů a Evropská komise nemůže nést odpovědnost za jakékoli použití informací v něm obsažených.

Říjen 2020



Úvod

Českou republiku lze charakterizovat jako postkomunistický systém sociálního zabezpečení, v němž probíhá postupný přechod od ústavní péče k domácí péči. Úroveň profesionalizace PHS je však poměrně nízká. Podle odhadů oficiálních zdrojů¹ je neformálně poskytováno přibližně 80 % péče, přičemž příjemci představují asi 3,4 % české populace.² V současné době je domácí pečovatelská práce zajišťována především v neplacené sféře, většinou dcerami a manžely/manželkami. Zatímco demografické změny v kombinaci se zvyšující se mobilitou pracovních sil představují za těchto okolností zásadní výzvu, dostupnost poměrně vysokých peněžitých dávek pro závislé osoby umožňuje alternativní řešení.



Faktory podporující růst a rozvoj oblasti PHS

Na konci června 2019 měla Česká republika téměř 10,7 milionu obyvatel. V důsledku mezinárodní migrace se počet obyvatel České republiky během prvních šesti měsíců roku 2019 zvýšil o 20,9 tisíc osob. Do České republiky přijížděli jako přistěhovalci většinou ukrajinští státní příslušníci, následováni slovenskými státními příslušníky.³ Předpokládá se, že v roce 2020 se počet obyvatel České republiky bude pohybovat kolem 10,7 milionu.⁴ Podíl mladých lidí v populaci v produktivním věku rychle klesá, což naznačuje problémy do budoucna. Nárůst populace v produktivním věku bude v blízké budoucnosti nízký, i když se očekává, že celková zaměstnanost poroste.⁵ Budoucí výzvy pro Českou republiku zahrnují zvládnutí čím dál více stárnoucí populace, jakož i rostoucí náklady a udržitelnost systému zdravotní péče.⁶

V České republice činila míra nehlášené práce v soukromém sektoru 16,9 % celkové hrubé přidané hodnoty (HPH), respektive 7,7 % celkového objemu práce v roce 2013.⁷ Domácnosti figurují výrazně mezi oblastmi, ve kterých dochází k výkonu nehlášené práce.⁸ Převážná většina, tj. 80 %, práce poskytované v odvětví osobních služeb a služeb pro domácnost (PHS) spočívá buď v činnostech péče o rodinu vykonávaných v neplacené sféře, nebo v rámci nehlášené práce.⁹

¹ 4Quality (2015).

² Horecký, Jiří, písemný komentář 20.03.2020.

³ CZSO (2019a).

⁴ Trading Economics (2020).

⁵ Skills Panorama (2020).

⁶ 4Quality (2015).

⁷ Williams (2017).

⁸ Rais (2015).

⁹ 4Quality (2015).

Pokud jde o rovnost žen a mužů, míra zaměstnanosti ve věkové skupině 20–64 let je 66 % u žen oproti 83 % u mužů, zatímco celková míra zaměstnanosti je 75 %. Při zohlednění počtu odpracovaných hodin činí míra zaměstnanosti v přepočtu na plné pracovní úvazky 46 % u žen oproti 65 % u mužů.¹⁰

Česká ekonomika a trh práce si v posledních letech obecně vedou pozoruhodně dobře, udržují silný růst HDP a dosahují nejnižší míry nezaměstnanosti v EU. Nezaměstnanost navíc není nutně sociálním stigmatem, neboť nezaměstnaní mohou získat příjem prostřednictvím zaměstnání na omezenou dobu nebo nehlášené práce. To však vede ke zvýšení počtu osob, které nebudou mít nárok na starobní důchody z důvodu nesplnění požadavku na odpracovanou dobu.

Výrobní průmysl je i nadále hlavní oporou hospodářství země a zaměstnává více než čtvrtinu pracovní síly. Většina nových pracovních příležitostí bude pocházet ze služeb, konkrétně z umění a rekreace nebo z administrativních a podpůrných služeb. U většiny volných pracovních míst bude vyžadována střední úroveň kvalifikace. Podíl celkového počtu volných pracovních míst vyžadujících nízkou kvalifikaci je v České republice 3,7 %, což je nejnižší podíl v EU.¹¹ Zároveň se země nedokázala vypořádat s dlouhodobou nezaměstnaností, která je podstatně vyšší než průměr OECD a jejíž podíl na celkové nezaměstnanosti stále narůstá. Jedním z důležitých faktorů vysoké míry dlouhodobé nezaměstnanosti je vysoká míra předluženosti. Týká se přibližně 863 000 osob a jejich počet roste. Motivace těchto osob k získání formálního zaměstnání je poměrně omezená, neboť disponibilní příjem, který jim zůstane po povinných odpočtech věřitelům jejich dluhu, je velmi nízký. Pro osoby v úpadku je lukrativnější zůstat oficiálně nezaměstnanými a pracovat pouze v rámci nehlášeného zaměstnání.¹²

Kromě toho je v České republice nízká poptávka po nekvalifikovaných pracovnících, což představuje významnou překážku pro zaměstnávání marginalizovaných Romů.¹³ Zejména v odvětví PHS je zapotřebí především kvalifikované pracovní síly.¹⁴



Definice a vývoj nástrojů PHS

Jednou z hlavních výzev, kterým čelí PHS v České republice, je nedostatek integrované vnitrostátní strategie týkající se odvětví, která jsou s nimi spojena. Ačkoli byly podniknuty některé kroky k vytvoření integrovanějšího systému PHS, jejich poskytování a financování je i nadále rozděleno mezi dvěma sektory, zdravotnickými a sociálními službami a mezi třemi různými úrovněmi správy: celorepublikovou, krajskou a obecní.¹⁵

¹⁰ EIGE (2018).

¹¹ Skills Panorama (2020).

¹² Trlifajová/Hurrle (2019).

¹³ Worldbank (2008).

¹⁴ 4Quality (2015).

¹⁵ 4Quality (2015).

Jak bylo uvedeno výše, české PHS se v současné době dělí na dva samostatné systémy. Přístup ke každé skupině služeb je proto odlišný a používají se různá kritéria, hodnocení a postupy přidělování.¹⁶ Je však možné, aby jedna osoba v domácnosti získala oba typy služeb, tj. domácí ošetrovatelskou péči a domácí péči.¹⁷

Prvním systémem je **domácí ošetrovatelská péče** jako součást **systému zdravotní péče**. Domácí ošetrovatelskou péči kryje **zdravotní pojištění** pod podmínkou, že praktický lékař potvrdil, že je pro daný případ nezbytná, a je určena k péči o osoby po pobytu v nemocnici nebo o chronicky nemocné pacienty, kteří nepotřebují hospitalizaci, ale kvalifikovanou péči a léčbu profesionální zdravotní sestrou.¹⁸ Do této kategorie patří také český systém dlouhodobé péče, kam patří široká škála pečovatelských služeb pro závislé osoby. Cílem systému domácí ošetrovatelské péče je poskytovat péči v rámci rodiny v domácím prostředí.

Druhým systémem je **domácí péče**, která patří **k sociálním službám**. Je zaměřena na jednotlivce, kteří nepotřebují domácí ošetrovatelskou péči, ale základní osobní péči, podporu a pomoc při základních činnostech a úkonech každodenního života. Domácí péče zahrnuje následující činnosti: pomoc při každodenních činnostech, pomoc s každodenní hygienou, zajišťování potravin nebo pomoc při přípravě jídel, služby pro domácnost a umožnění kontaktu se sociálním prostředím. Domácí péče zahrnuje také péči o děti starší 3 let a krátkodobé hlídání dětí mladších 3 let, pokud je rodina uznána jako potřebná, např. v případech chronicky nemocných dětí. Domácí péče jako součást sociálních služeb se obvykle používá u starších a zdravotně postižených osob. Existuje tedy mezera v dlouhodobé péči o děti mladší 3 let.

Osoby, které jsou uznány jako potřebné, mají nárok na jeden z hlavních nástrojů na podporu PHS: **finanční příspěvky na péči**, které se přidělují **závislým osobám k financování péče na plný úvazek**, poskytované např. jejich příbuznými. Do roku 2007 byly tyto měsíční příspěvky na péči vypláceny osobám (nebo institucím), které pomoc poskytovaly. Od reformy sociálních služeb v roce 2006¹⁹ jsou příspěvky na péči vypláceny závislým osobám, které je musí vynaložit buď na soukromé krytí nákladů na pomoc v oblasti domácí péče, nebo na úhradu domácí péče poskytované sociálními službami, či na pokrytí kombinace obojího.²⁰ Pacient, který žádá o příspěvek na péči, musí projít procesem přezkoumání, který provádí Česká správa sociálního zabezpečení, včetně posouzení jeho zdravotního stavu. Pacienti mohou tento příspěvek využít podle svých potřeb, což znamená, že nemusí nutně spolupracovat s registrovanými profesionálními poskytovateli PHS.

Dalším nástrojem, který se používá v odvětví PHS, je **poskytování služeb ve formě věcného plnění**. Zahrnuje osobní pomoc a domácí péči pro osoby, které jsou závislé v důsledku svého věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění. Osobní pomoc je poskytována **klientům sociálních služeb** doma. Může zahrnovat nákup, přípravu jídla, mytí, placení účtů, užívání léků atd. Poskytovaná služba je určena na základě individuální žádosti.²¹

Kromě toho **samostatně výdělečně činní poskytovatelé** mohou poskytovat služby PHS, zejména péči o děti nad 3 roky, příležitostné krátkodobé hlídání dětí do 3 let a poskytování

¹⁶ Garms-Homolová (2013).

¹⁷ 4Quality (2015).

¹⁸ 4Quality (2015).

¹⁹ české Ministerstvo práce a sociálních věcí (2006).

²⁰ 4Quality (2015).

²¹ 4Quality (2015).

služeb rodinám a domácnostem, jako je vaření, uklízení, praní, žehlení a zahradnické práce nebo nakupování²² za podmínek stanovených Živnostenským zákonem (č. 455/1991).²³ Tyto činnosti, které Živnostenský zákon uznává za způsobilé, by mohly být považovány za definici PHS.²⁴



Profil uživatelů

Podle stávajících odhadů je 80 až 90 procent Čechů starších 65 let relativně nezávislých. 13 % potřebuje podporu v oblasti domácích prací, 7 % nepřetržitou a intenzivní péči a pomoc a 2 % dlouhodobou péči v zařízeních.²⁵ V roce 2004 činil podíl osob, které potřebují dlouhodobou péči, 0,76 % celkové populace. V roce 2014 podle samostatného hlášení využívalo služeb domácí péče 8,2 % obyvatel starších 65 let.²⁶ V roce 2017 obdrželo 353 020 osob příspěvky na zdravotní péči.

Vzhledem ke struktuře starší populace tvoří většinu příjemců dávek péče, tj. 65 %, ženy. Ženská klientela jsou často zařazena do kategorií s nízkými příspěvky.

V závislosti na zdravotním stavu, sociální situaci a věku mohou mít pacienti nárok na měsíční příspěvek v rozmezí od 880 Kč (35 EUR) pro závislé osoby v první kategorii (lehká závislost) do 13 200 Kč (525 EUR) pro osoby ve čtvrté kategorii (úplná závislost) takto: 880 Kč pro kategorii I (lehká závislost); 4 400 Kč pro kategorii II (středně těžká závislost); 8 800 Kč pro kategorii III (těžká závislost) a 13 200 Kč pro kategorii IV (úplná závislost). Příspěvek může být zvýšen na 19 200 Kč (762 EUR), pokud je péče poskytována doma.²⁷

U obou pohlaví je míra příjemců nejnižší v Praze a nejvyšší na severu republiky.²⁸ To je částečně způsobeno obtížnou hospodářskou situací těchto regionů, které jsou více postiženy problémy s bydlením, nezaměstnaností a odchodem mládeže do měst, a zbytek místního obyvatelstva tak zůstává závislejší na sociálních službách.

Navíc vzhledem k tomu, že mladí lidé mají tendenci stěhovat se dále od rodin, je pro ně stále obtížnější poskytovat svým příbuzným neformální péči. Podle studie z roku 2010 více než 60 procent českých respondentů bylo přesvědčeno, že „dospělé děti se musí postarat o zdravotně postižené rodiče, i kdyby to znamenalo obětovat kariéru“, což bylo spolu s Polskem nejvyšší číslo v zemích EU.²⁹ Pro rodiny je obecně obtížné přijmout ve svých domácnostech cizí osoby, aby převzaly povinnosti, které tradičně vykonávali příbuzní. Situaci dále zhoršuje všeobecná nedůvěra uživatelů vůči poskytovatelům.

²² RILSA (2014).

²³ České Ministerstvo průmyslu a obchodu (2020).

²⁴ Kotíková, Jaromíra, ústní sdělení během semináře v Praze, 19.02.2020.

²⁵ 4Quality (2015).

²⁶ Eurostat (2020).

²⁷ Martišková (2020).

²⁸ Garms-Homolová (2013).

²⁹ Martišková, Monika, písemné sdělení, 22.02.2020.



Financování hlavních nástrojů a související ceny

V současné době se zdá, že systém PHS v České republice přechází od ústavní péče k domácí péči. V poslední době však nedošlo k žádným politickým změnám, které by vysloveně upřednostňovaly jeden z těchto dvou modelů. Proto systém ústavní péče přetrvává a nadále je podporován z veřejných zdrojů. Existuje však tendence poskytovat péči starším lidem v jejich domácnostech.³⁰ V této souvislosti státní orgány podporují rozvoj snadno přístupných sociálních služeb na místní úrovni (zejména externích služeb) a poskytují podporu (příspěvky na péči) rodinám, aby zajistily péči o své starší rodinné příslušníky.

Odpovědnost za financování je rozdělena mezi Ministerstvo zdravotnictví (pro zdravotnictví) a Ministerstvo práce a sociálních věcí (pro sociální služby). Konkrétně jsou **náklady na zdravotní služby** v zdravotním a sociálním sektoru hrazeny z **fondů zdravotního pojištění**. **Domácí ošetřovatelská péče** (osobní péče a odborná ošetřovatelská péče) je financována ze **zdravotního pojištění**, pokud praktický lékař potvrdil její nezbytnost.³¹

Sociální služby, které spadají do odpovědnosti **Ministerstva práce**, jsou financovány kombinací **všeobecných daní, krajských rozpočtů a individuálních příspěvků**, zejména z **peněžitých dávek / příspěvků na péči**. Pouze **registrované služby** získávají **dotace**, z nichž jedna část je poskytována krajům, které jsou povinny financovat služby v oblasti své odpovědnosti. Za účelem financování těchto služeb jsou na krajské úrovni organizovány **sítě poskytovatelů**. Pouze poskytovatelé zaregistrovaní v těchto sítích mohou obdržet krajské finanční prostředky, ale nemají zaručeno, že finanční prostředky, které jsou stanovovány každoročně, obdrží. V současné době neexistuje koordinace mezi rozpočtem sítě sepsaným v březnu a úpravou mezd státem, která se provádí v prosinci.

Výše dotace závisí na finančním plánu a na plánu rozvoje infrastruktury služeb v kraji. V důsledku toho se k rozdělení dotace používají různé kanály: Za prvé, **poskytovatelé péče** jsou **dotováni přímo státem**, za druhé **krajem**, který dostává finanční prostředky od státu, a za třetí **obcí**, která získává finanční prostředky z kraje. Klienti platí za služby především prostřednictvím peněžitých dávek. Mohou rovněž požádat o poskytování služeb ve formě, která nevyžaduje žádnou spoluplatbu.

Úřad práce je odpovědný za schválení nároků na finanční dávky a musí sledovat, zda byly tyto peníze vynaloženy na sociální služby. Klienti mají však relativní svobodu při rozhodování o tom, jak s penězi naloží a jaké sociální služby budou využívat. Zdá se, že kontrola na úrovni klienta není tudíž zajištěna.³² 25 až 29 %³³ celkové částky sociálních dávek se vynakládá na sociální péči poskytovanou oficiálně registrovanými poskytovateli, zatímco zbytek je vynaložen na neformální péči zajištěnou příbuznými nebo vůbec není na péči použitý.³⁴

³⁰ Martišková, Monika, písemné sdělení, 22.02.2020.

³¹ 4Quality (2015); Garms-Homolová (2013).

³² 4Quality (2015); Garms-Homolová (2013).

³³ Ústní sdělení během semináře v Praze, 19.02.2020

³⁴ Martišková (2020).

Celkové náklady na peněžité dávky činí přibližně 650 milionů EUR ročně³⁵ (přibližně 0,6 % HDP), které byly v roce 2019 vyplaceny přibližně 362 000 příjemcům.³⁶ Je však důležité zmínit, že ve srovnání se západoevropskými členskými státy EU si čeští občané mohou prostřednictvím těchto dávek dovolit více hodin služeb.³⁷

Služby dlouhodobé péče, které organizuje sektor sociálních služeb (pro domácí, rezidenční a denní péči), jsou financovány **ze spolulátek uživatelů**, 35 % celkových nákladů na sociální služby, **ze státního rozpočtu**, 30 %, **místními orgány**, 25 % a **zdravotním pojištěním**, 3 %. Podle Zákona o sociálních službách z roku 2006 by výše spolulátky neměla přesáhnout 85 % příjmů uživatele. Kromě toho finanční účast obcí není systematická. **Poskytovatelé domácí sociální péče** jsou financováni ze dvou hlavních zdrojů, a to **z platby uživatele** (buď jeho příjmu, zejména důchodu nebo příspěvku na péči), a **státními dotacemi** (i když neexistují žádná písemná pravidla, kritéria nebo požadavky na státní podporu).³⁸



Pracovní ujednání

Zatímco služby zdravotní péče poskytují agentury zajišťující domácí péči, které jsou smluvně vázány se zdravotními pojišťovnami, sociální služby poskytují buď neformální pečovatelé a/nebo profesionální poskytovatelé. V odvětví formálních PHS převládá zprostředkovatelský model, tj. pečovatelé jsou zaměstnání profesionálním poskytovatelem, který je vyšle k příjemci. Kromě toho existují také samostatně výdělečně činní poskytovatelé péče. Oba modely nejsou příliš běžné kvůli relativně vysokým nákladům pro domácnosti.

Podle odhadů Ministerstva práce je neformálně poskytováno přibližně 80 % péče, přičemž příjemci představují asi 2 % české populace. Tento převládající typ péče v České republice poskytují doma příbuzní, většinou mladší generace, ale také manželé a manželky. Pečovatelem dále poskytují pracovníci, kteří v cizí domácnosti bydlí.³⁹ V posledních letech se také zdá, že existuje tendence najímat pracovníky PHS z oblasti Asie.⁴⁰ Přesto průzkumy naznačují, že většina Čechů považuje podporu rodiny za nejlepší způsob, jak poskytnout pomoc závislým osobám, zejména těm, které jsou ve špatném tělesném nebo duševním stavu. Většina poskytovatelů neformální péče však také pracuje, neboť 80 procent z nich má práci na plný úvazek. Rozhodnutí týkající se neformální péče tedy silně závisí na flexibilitě zaměstnání pečovatele.⁴¹

Odhaduje se, že až 90 % činností v oblasti domácí péče (např. pomoc s činnostmi každodenního života, přípravou jídla nebo domácími pracemi) je poskytováno jako rodinná péče v neplacené oblasti nebo v menší míře jako nehlášená práce. Příslušné oficiální údaje

³⁵ Přesná částka pro rok 2019 je 31,3 miliard.

³⁶ Údaje poskytl Jiří Horecký 20.03.2020.

³⁷ 4Quality (2015).

³⁸ 4Quality (2015).

³⁹ Horecký, Jiří, prezentace během semináře, 19.02.2020.

⁴⁰ SIMI (2019).

⁴¹ SIMI (2019).

chybí.⁴² Pracovníci v domácnosti si mohou zvolit nehlášenou práci, pokud jsou oficiálně nezaměstnaní a chtějí si zachovat dávky v nezaměstnanosti. Je-li však osoba zaregistrována jako nezaměstnaná, existuje možnost vydělat si malou částku a podepsat dohodu, která stanoví nižší pojistné příspěvky než běžné pracovní smlouvy.⁴³

Pracovníci v nehlášeném pracovním poměru nemají žádná práva, protože mnoho dohod je ústních a mzda je často vyplácena pouze v hotovosti.⁴⁴ Další skupinou, jejíž status není regulován, jsou pracovníci, kteří v cizí domácnosti bydlí.⁴⁵

Migrující pracovníci v PHS většinou pracují jako samostatně výdělečně činní, protože česká migrační politika je velmi restriktivní. Bez pracovní smlouvy nebo registrace jako samostatně výdělečně činná osoba by migrujícímu pracovníkovi nebylo uděleno povolení k pobytu.⁴⁶



Profil zprostředkovatelů a řízení kvality

Soukromé poskytovatele PHS lze rozdělit do dvou skupin: neziskové/nevládní organizace a ziskový sektor.⁴⁷ V odvětví PHS jsou neformální pečovatelé (rodinní příslušníci, sousedé a přátelé) registrováni pouze tehdy, jsou-li placeni prostřednictvím příspěvku na péči závislé osoby, a stát tak hradí jejich zdravotní pojištění. Kromě toho se roky, které byly vynaloženy na poskytování péče (a které znamenaly vyloučení z trhu práce), započítávají do povinných let pro starobní důchod. Ostatní platby sociálního pojištění, např. v případě nemoci nebo nezaměstnanosti, nejsou zahrnuty.

Profesionální poskytovatelé jsou registrované sociální služby, jako jsou právnické osoby zřízené krajskými a místními orgány nebo soukromými organizacemi, nevládními organizacemi a fyzickými osobami.⁴⁸ V roce 2017 existovalo 702 registrovaných poskytovatelů sociální péče (veřejné organizace, nevládní organizace nebo soukromé společnosti), kteří poskytovali služby 100 673 klientům.⁴⁹ Ještě méně častá je osobní asistence osobám, jejichž autonomie je omezená kvůli stáří, chronickým onemocněním nebo zdravotním problémům. V roce 2008 existovalo 183 služeb tohoto druhu, přičemž 1 800 zaměstnanců pracovalo pro 7 000 klientů.⁵⁰

Je však třeba odlišit další věc. Jak je uvedeno výše, sítě poskytovatelů sociálních služeb jsou organizovány na krajské úrovni a pouze poskytovatelé zaregistrovaní v těchto sítích mají nárok na financování z kraje. Tyto sítě jsou dále odpovědné za akreditaci poskytovatelů a za hodnocení kvality poskytovaných služeb. Nepokrývají však všechny poskytovatele domácí práce. Poskytovatelé PHS, kteří jsou legálně registrováni jako podniky, mohou působit mimo

⁴² 4Quality (2015).

⁴³ Martišková, Monika, písemné sdělení, 22.02.2020.

⁴⁴ SIMI (2019).

⁴⁵ Horecký, Jiří, prezentace během semináře, 19.02.2020.

⁴⁶ Martišková, Monika, písemné sdělení, 22.02.2020.

⁴⁷ SIMI (2019).

⁴⁸ SIMI (2019).

⁴⁹ Martišková (2020).

⁵⁰ Garms-Homolová (2013).

sítě. Kromě toho mohou v tomto odvětví pracovat i skupiny osob, pro něž jsou atraktivní omezené pracovní smlouvy, jako jsou studenti, důchodci nebo nezaměstnaní.

Náklady spojené se statusem zaměstnavatele (například sociální příspěvky, pojištění atd.), jsou vysoké, a odrazují proto od snahy o snížení nehlášené práce prostřednictvím vzniku zaměstnavatelů. Formální poskytování domácí péče bylo přibližně o 50 % dražší než neformální péče poskytovaná nehlášeným pracovníkem.⁵¹

Řízení kvality služeb PHS se provádí odděleně v rámci systémů zdravotní péče a sociálních služeb. Poskytování služeb zdravotní péče sleduje a kontroluje daná zdravotní pojišťovna. Systém sledování a kontroly sociálních služeb „Standard kvality sociálních služeb“ je součástí Zákona o sociálních službách a poskytuje jej Ministerstvo práce a sociálních věcí. Existuje 15 standardů (8 procedurálních, 2 osobních a 5 technických). Státní inspekce ministerstva provádí kontrolu poskytovatelů sociálních služeb, zda dodržují standardy kvality.⁵² Ministerstvo práce a sociálních věcí vydává zprávu o standardech sociální kvality, která je zaměřena na kontrolu kvality pracovníků sociálních služeb a na příručky osvědčených postupů pro odbornou přípravu. Tento systém však příliš nezajišťuje regulaci. Poskytování vysoce kvalitních sociálních služeb může sledovat ministerstvo, krajská samospráva, obce a úřady práce, jak je uvedeno v Zákoně o sociálních službách z roku 2006. Ačkoliv ministerstvo nabídlo soubor standardů kvality sociální péče, jedná se spíše o obecná doporučení pro poskytovatele sociální péče.⁵³

Obce a krajské samosprávy jsou hlavními institucemi odpovědnými za akreditace, sledování a kontrolu služeb PHS. Poskytovatel PHS musí projít schvalovacím řízením s cílem posoudit, zda je schopen splnit všechny podmínky stanovené Zákonem o sociálních službách, včetně standardů kvality a dodržování lidských práv. Na schvalovací řízení dohlížejí krajské samosprávy. Služby PHS mohou být dále poskytovány v rámci Živnostenského zákona na základě licencí vydaných obcemi. Kontrolní řízení provádí inspekce. Nejsou-li splněny podmínky, může být licence odebrána.⁵⁴



Profil zaměstnanců a stupeň profesionalizace

Jak bylo uvedeno výše, v roce 2017 existovalo 702 registrovaných poskytovatelů domácí sociální péče. Celkový počet zaměstnanců byl 10 571.⁵⁵ V České republice je drtivá většina práce v odvětví PHS neformální prací zajišťovanou v neplacené sféře, neboť 80 % péče o závislé osoby poskytuje rodina, zejména manželé/manželky, děti a další příbuzní.⁵⁶ Studie ukázala, že osoby, kterým zajišťovala domácí péči agentura, dále získávaly 20,84 hodin péče týdně navíc od příbuzných. Mnohem větší péči příbuzných získávají osoby, které vůbec

⁵¹ Ústní sdělení během semináře v Praze, 19.02.2020.

⁵² Horecký, Jiří, písemný komentář, 20.03.2020.

⁵³ 4Quality (2015).

⁵⁴ 4Quality (2015).

⁵⁵ Martišková (2020).

⁵⁶ 4Quality (2015).

žádnou agenturu nebo jiného profesionálního ošetřovatele nevyžívají. V České republice nejsou děti odpovědné za péči o své staré rodiče.⁵⁷ V roce 2010 potřebovalo pomoc při každodenních činnostech asi 400 000 seniorů. Odhaduje se, že vzhledem k tomu, že každé závislé osobě poskytuje péči alespoň jedna osoba, existovalo v České republice nejméně 400 000 neformálních poskytovatelů péče, z nichž většinou byli rodinní příslušníci poskytující péči v neplacené oblasti. Jednalo se převážně o ženy (63 %) v produktivním věku. Nejsou k dispozici žádné údaje o pracovním právním statusu nebo zdroji příjmů poskytovatelů péče.⁵⁸

Rodinní příslušníci nemají oficiálně nárok na náhradu příspěvku na péči, ale každodenní praxe je jiná. Neformální poskytování péče se navíc počítá do důchodu.⁵⁹

Mezi pracovníky v cizích domácnostech také patří osoby samostatně výdělečně činné a pracovníci v omezeném zaměstnání, kteří využívají práci v cizí domácnosti k doplnění svých příjmů.

Zprávy nevládních organizací a médií zmiňují existenci asijských pracovníků v PHS.⁶⁰ Nebyly nalezeny žádné údaje týkající se jejich pracovních podmínek. Většina migrujících pracovníků, kteří působí v PHS, jsou státními příslušníky Ukrajiny, a to kvůli nízké jazykové bariéře⁶¹ a státními příslušníky Vietnamu.⁶²

V zájmu snížení nehlášené práce v odvětví PHS Česká republika schválila v roce 2004 zákon, který stanovil definici nelegální práce, posílil kontrolní mechanismy v této oblasti a zavedl sankce proti provinilcům. V roce 2013 zavedla země také nový systém inspekcí v oblasti nehlášené práce.⁶³



Mzdy

Hodinová mzda byla přibližně 90 Kč pro pracovníky oficiálně zaměstnané organizací, zatímco pracovníci pracující v nehlášených pracovních vztazích s rodinou mohou za stejnou službu obdržet hodinovou mzdu až 150 Kč.⁶⁴

Kolektivní smlouvy v České republice jsou upraveny Zákonem o kolektivním vyjednávání a probíhají na úrovni odvětví i podniků. V oblasti sociálních služeb se přibližně 200 poskytovatelů dohodlo na kolektivní smlouvě nebo o ní vyjednávají. Všichni pracovníci v sociálních službách jsou vázáni § 109 Zákoníku práce. Výpočet jejich odměny je stanoven v registru poskytovatelů sociálních služeb a jejich mzda nejčastěji nedosahuje průměrného příjmu.⁶⁵ Minimální mzda odpovídala v lednu 2019 částce 13 350 Kč (519 EUR) měsíčně,⁶⁶

⁵⁷ Garms-Homolová (2013).

⁵⁸ 4Quality (2015).

⁵⁹ Garms-Homolová (2013).

⁶⁰ SIMI (2019).

⁶¹ Leontiyeva (2016).

⁶² Rákoczyová (2014).

⁶³ SIMI (2019).

⁶⁴ Ústní sdělení během semináře v Praze, 19.02.2020.

⁶⁵ SIMI (2019).

⁶⁶ Countryeconomy.com (2020).

průměrná hrubá mzda odpovídala v roce 2019 částce 34 105 Kč (1 337 EUR)⁶⁷ měsíčně a průměrná hrubá mzda v odvětví „zdravotních a sociálních aktivit“ odpovídala v roce 2019 částce 36 076 Kč (1 408 EUR) měsíčně.⁶⁸

Oddíl „zdravotních a sociálních aktivit“ zahrnuje zajišťování zdravotních a sociálních pracovních aktivit. Aktivity zahrnují širokou škálu činností, počínaje zdravotní péčí poskytovanou vyškolenými zdravotnickými pracovníky v nemocnicích a jiných zařízeních, přes činnosti v oblasti ústavní péče, které zahrnují určitou míru činností v oblasti zdravotní péče, až po sociální činnosti bez zapojení zdravotnických pracovníků.⁶⁹



Sociální dialog v oblasti PHS

Hlavními sociálními partnery zapojenými do sociálního dialogu v oblasti PHS jsou Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky⁷⁰ Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky⁷¹ a Unie zaměstnavatelských svazů České republiky.⁷² S rostoucím členstvím odborů by mohli získat přístup ke kolektivní smlouvě na vyšší úrovni, tj. sektorové, jakmile budou moci potvrdit, že zastupují více než 80 procent pracujících. Této prahové hodnoty bylo dosaženo v odvětví sociálních služeb, ale nikoli v odvětví zdravotní péče.

Česká republika neratifikovala Úmluvu MOP č. 189. To se pravděpodobně nezmění kvůli nedostatečné politické vůli v tomto směru.



Politický proces

Pokud jde o zúčastněné subjekty, odpovědnost za řízení a organizaci PHS je rozdělena mezi Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí a krajské samosprávy. Vzhledem k tomu, že neziskové organizace se 38 % představují významný podíl poskytovatelů sociálních služeb, jejich účast je zakotvena v Zákoně č. 108/2006.⁷³

Studie proveditelnosti vypracovaná Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2015 určila 4 potřeby pro odpovídající rozvoj českého PHS: profesionalizaci, ochranu zákazníků respektive domácností, vysoce kvalitní pracovní místa a služby a daňovou neutralitu formálního poskytování PHS.⁷⁴

⁶⁷ CZSO (2019b).

⁶⁸ CZSO (2019c).

⁶⁹ Evropská komise (2020).

⁷⁰ Viz: <http://www.apsscr.cz>

⁷¹ Viz: <http://www.zdravotnickeodbory.cz>

⁷² Viz: <https://www.uzs.cz>

⁷³ 4Quality (2015).

⁷⁴ Kotíková, Jaromíra, prezentace během semináře v Praze, 19.02.2020.

Neexistuje jednotný právní základ, ani žádný orgán odpovědný za regulaci obou systémů (*zdravotnictví a sociálních služeb*). Ministerstvo zdravotnictví je odpovědné za domácí ošetrovatelskou péči a péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních, Ministerstvo práce a sociálních věcí je odpovědné za sociální služby a obce/kraje jsou odpovědné za plánování sociálních služeb a za dostupnost sociálních PHS. Ačkoli jsou pravomoci rozděleny mezi oba sektory, v některých případech není jasné, který sektor nese odpovědnost.⁷⁵ V mnoha případech poskytovatelé nabízejí jak zdravotní péči, tak sociální služby a dostávají licence od obou ministerstev. O počtu takových poskytovatelů bohužel nejsou k dispozici žádné údaje.⁷⁶

Hlavní právní předpisy týkající se poskytování PHS a financování odvětví zdravotní péče zaměřené na služby pro zdravotně postižené osoby a osoby, které potřebují dlouhodobou péči, jsou uvedeny v Zákoně o všeobecném zdravotním pojištění (1991 pozměněném v roce 1997), Zákoně o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (1992), Zákoně o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (1992) a Zákoně o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (1992).⁷⁷

Právní předpisy pro sociální sektor, které se zaměřují na služby poskytované závislým a zranitelným osobám, včetně starších osob, jsou stanoveny v Zákoně o sociálních službách (2006), který kontroluje poskytování domácí péče, přístup k peněžitým dávkám a různé druhy ústavní péče.⁷⁸ Zavedení příspěvků na péči orientovaných na jednotlivce v roce 2006 bylo do jisté míry kontroverzní, protože mělo za následek nižší rozpočty pro zavedené pečovatelské instituce a umožnilo činnost neformálním pečovateli. Toto opatření je postupně stále více⁷⁹ akceptováno. Vláda, která iniciovala reformu Zákonu o sociálních službách (2006), a tedy zavedení příspěvků na péči a služby ve formě věcného plnění, se skládala z koalice ČSSD (Česká strana sociálně demokratická), KDU-ČSL (Křesťanská a demokratická unie – Československá strana lidová) a US-DE (Unie svobody – Demokratická unie).⁸⁰

Na základě zákona o decentralizaci veřejné správy (2003) si navíc krajské a obecní orgány vzaly na starost některé segmenty služeb dlouhodobé péče, jako jsou pohotovostní jednotky, instituce dlouhodobé péče a přibližně polovinu nemocnic v zemi.⁸¹



Společné prvky napříč zeměmi

Českou republiku lze popsat jako „postkomunistický evropský“ systém sociálního zabezpečení, který „nelze redukovat na žádný z Esping-Andersenových ani žádné jiné známé

⁷⁵ 4Quality (2015).

⁷⁶ Martišková, Monika, písemné sdělení, 22.02.2020.

⁷⁷ 4Quality (2015).

⁷⁸ 4Quality (2015).

⁷⁹ Alexa/Lukáš et al. (2015).

⁸⁰ 4Quality (2015).

⁸¹ 4Quality (2015).

typy sociálních států“.⁸² I přes velké rozdíly mezi typy sociálních států plánuje Česká republika zavedení systému poukázek na základě pozitivních zkušeností ve Francii a Belgii.⁸³



Dřívější nástroje

Česká republika používala v letech 2003 až 2005 k podpoře rozvoje PHS pilotní projekt pro příležitostnou registrovanou práci. Pilotní projekt byl zahájen v roce 2003 ve třech resortech s celkovým počtem 250 000 obyvatel a byl podobný tzv. systému LEA v Belgii. Projekt byl sice v letech 2004 a 2005 velmi úspěšný, ale nakonec se od něj kvůli klesající míře nezaměstnanosti v České republice ustoupilo.⁸⁴



Nadějně postupy

V České republice jsou některé instituce dlouhodobé péče součástí zdravotní péče a některé jsou součástí systému sociální péče, což někdy ztěžuje porozumění institucionálním uspořádáním. Centrum sociálních služeb, které spravuje město Praha, poskytuje velké množství služeb, které spojují registraci pro sociální služby i zdravotnické služby, tj. domácí ošetrovatelskou péči. Centrum tak dokáže pokrýt potřeby starších osob, od zřídkavé a nepravidelné domácí pomoci a služeb až po každodenní a krátkodobou péči nebo ústavní péči. Díky tomuto systému uživatelé služeb nemusí měnit poskytovatele z důvodu změny podmínek a potřeb. Tento koncept je v České republice vzácný; služby obvykle poskytují kraje, nevládní organizace a církevní organizace. Města obvykle zaručují pouze sociální péči, takže si uživatelé služeb mohou vybrat pouze mezi dvěma nebo třemi organizacemi. Cílem centra v Praze je řešit chybějící soudržnost mezi zdravotní a sociální péčí pro uživatele služeb s komplexními problémy. Snaží se zlepšit koordinaci a kontinuitu mezi zdravotní a sociální péčí a lépe využívat zdroje (snížení nákladů) tím, že starším lidem umožní zůstat déle doma.⁸⁵

⁸² Fenger (2007).

⁸³ 4Quality (2015).

⁸⁴ Horecký (2014).

⁸⁵ CSSP (2016).

Citace

- 4Quality (2015): Quality of Jobs and Services in the Personal Care and Household Services Sector in the Czech Republic. URL: https://4qualityexample.files.wordpress.com/2014/11/for_quality_report_cz_eng_final.pdf (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Alexa, Jan / Rečka, Lukáš / Votápková, Jana / van Ginneken, Ewout / Spranger, Anne / Wittenbecher, Friedrich (2015): Czech Republic. Health System review. Health Systems in Transition 17 (1). URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Association for Integration and Migration (Sdružení pro integraci a migraci - SIMI) (2019): About Domestic Work. URL: <https://www.migrace.com/en/work/kulate-stoly/pm-domaci-prace> (Naposledy navštíveno 10 02 2020).
- Centre of Social Services of Prague (Centrum sociálních služeb Praha - CSSP) (2016): Centre for Social Services to Provide Integrated Health and Social Care. URL: <https://www.csspraha.cz/en/> & https://www.esn-eu.org/sites/default/files/practices/AP_CZ_Centre_for_health_and_social_services_BRANDED.pdf (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Countryeconomy.com (2020): Czech Republic National Minimum Wage (NMW). URL: <https://countryeconomy.com/national-minimum-wage/czech-republic> (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Czech Ministry of Industry and Trade (Ministerstvo průmyslu a obchodu - MPO) (2020): Trade Licensing Act. URL: <https://www.mpo.cz/en/business/licensed-trades/legislation/trade-licensing-act--172390/> (Naposledy navštíveno 11 03 2020).
- Czech Ministry of Labour and Social Affairs (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky – MPSV) (2006): Social Services Act No. 108/2006 Coll. of March 14, 2006. URL: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Annex_3_social_services_act.pdf/6ca5e9bd-2308-5c5f-b383-bce1d9e09e47 (Naposledy navštíveno 10 02 2020).
- Czech Statistical Office (Českého statistického úřad - CZSO) (2019a): Population Change - 1st half of 2019. Nationals of Ukraine Dominated the International Migration. URL: <https://www.czso.cz/csu/czso/ari/population-change-1st-half-of-2019> (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Czech Statistical Office (Českého statistického úřad - CZSO) (2019b): Wages and Labour. URL: https://www.czso.cz/csu/czso/labour_and_earnings_ekon (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Czech Statistical Office (Českého statistického úřad - CZSO) (2019c): The Number of Employees and Average Gross Monthly Wages and Salaries by CZ-NACE. URL: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/en/in dex.jsf> (Naposledy navštíveno 10 02 2020).
- European Commission (Evropská komise) (2020): Human Health and Social Work Activities. URL: <http://inspire.ec.europa.eu/codelist/EconomicActivityNACEValue/Q> (Naposledy navštíveno 10 02 2020).

- European Institute for Gender Equality (EIGE) (2018): Gender Equality Index 2017 – Czech Republic. URL: <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2017-czech-republic> (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Eurostat (2020): Self-reported use of home care services by sex, age and educational attainment level. URL: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_am7e&lang=en (Naposledy navštíveno 24 02 2020).
- Ezzeddine, Petra / Semerák, Vilém (2014): The situation of migrant women on the Czech market of domestic work. URL: https://www.migrace.com/docs/160208_the-situation-of-female-migrants-on-the-czech-paid-domestic-work-market.pdf (Naposledy navštíveno 24 02 2020).
- Fenger, H. J. Menno (2007): Welfare Regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating Post-Communist Countries in a Welfare Regime Typology. In: Contemporary Issues and Ideas in Social Sciences 3 (2), pp. 1-30.
- Garms-Homolová, Vjenka (2013): Czech Republic. In: Genet, Nadine / Boerma, Wienke / Kroneman, Madelon / Hutchinson, Allen / Saltman, Richard B. (eds.): Home Care across Europe. Case Studies. European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf> (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Horecký, Jiří (2014): Personal and Household Services in the Czech Republic. URL: http://www.efsi-europe.eu/fileadmin/MEDIA/Event/5th_European_Conference/J._Horecky.pdf (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Leontiyeva, Yana (2016): Ukrainians in the Czech Republic: On the Pathway from Temporary Foreign Workers to One of the Largest Minority Groups. In: Fedjuk, Olena / Kindler, Marta (eds.): Ukrainian Migration to the European Union. Lessons from Migration Studies, pp. 133-149.
- Martišková, Monika (2020): Czech Report on Job Quality and Industrial Relations in the Personal and Household Services Sector. Central European Labour Studies Institute, Project Reference VS/2018/0041. Unpublished Report.
- Rais, Jonas (2015): Shadow Economy in the Czech Republic. URL: <http://4liberty.eu/shadow-economy-in-the-czech-republic> (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Rákoczyová, Miroslava (2014): Migrants in the Segmented Labour Market in the Czech Republic: Overcoming Disadvantages? In: Pajnik, Mojca / Anthias, Floya (eds.): Work and the Challenges of Belonging : Migrants in Globalizing Economies, pp. 112-133.
- Research Institute for Labour and Social Affairs (RILSA) (2014): 2. Nerodičovská péče – Volná živnost – obor činnosti č. 79 „Poskytování služeb pro rodinu a domácnost“. URL: <https://www.vupsv.cz/vybrane-projekty/nove-formy-pece-o-deti/ii-ceska-republika/2-nerodicovska-pece-volna-zivnost-obor-cinnosti-c-79-poskytovani-sluzeb-pro-rodinu-a-domacnost/> (Naposledy navštíveno 11 03 2020).
- Skills Panorama (2020): Czechia. URL: <https://skillspanorama.cedefop.europa.eu/en/countries/czechia> (Naposledy navštíveno 7 02 2020).
- Trading Economics (2020): Czech Republic Population. URL: <https://tradingeconomics.com/czech-republic/population> (Naposledy navštíveno 7 02 2020).

Trlifajová, Lucie / Hurre, Jakob (2019): Work must pay: Does it? Precarious employment and employment motivation for low-income households. In: Journal of European Social Policy 29 (3), pp. 376-395.

Williams, Collin C. (2017): An Evaluation of the Scale of Undeclared Work in the European Union and its Structural Determinants: Estimates Using the Labour Input Method. URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8c3086e9-04a7-11e8-b8f5-01aa75ed71a1/language-en> (Naposledy navštíveno 7 02 2020).

Worldbank (2008): The Labor Market in the Czech Republic and Opportunities for Low Skilled Workers. URL: http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/258598-1224622402506/CZ_Roma_Employment_Ch3.pdf (Naposledy navštíveno 7 02 2020).