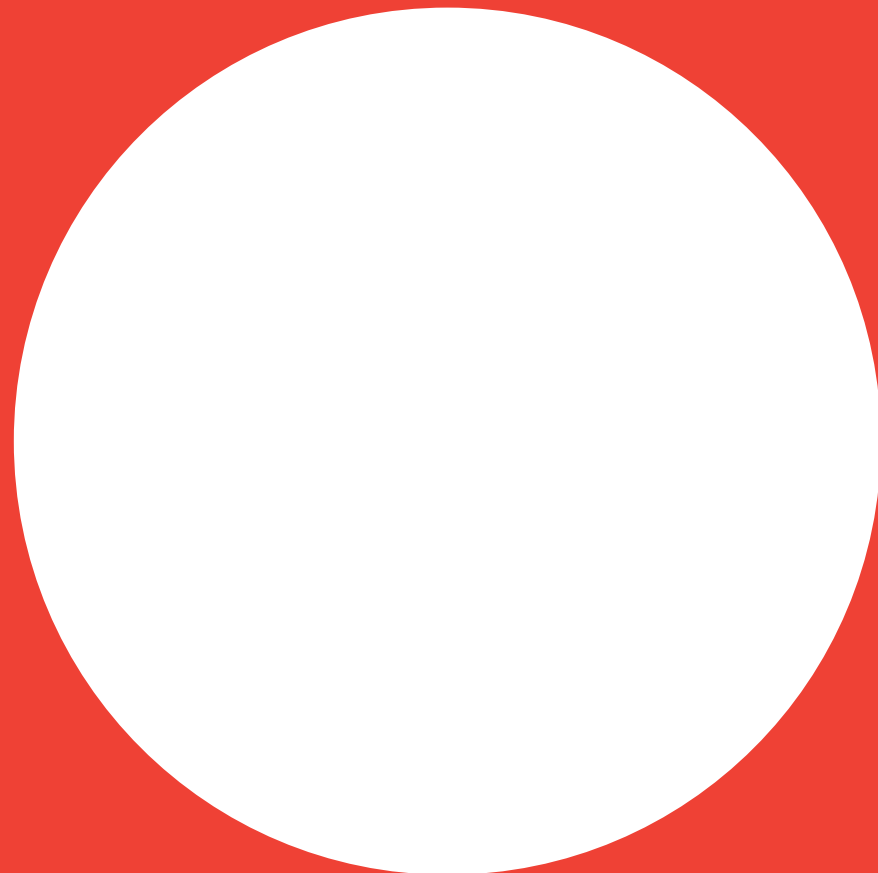




USŁUGI SPOŁECZNE I DEINSTYTUCJONALIZACJA W REPUBLICIE CZESKIEJ

Spis treści

1. Model finansowania usług społecznych w Republice Czeskiej	3
1.1. Podstawowe informacje dotyczące polityki społecznej	3
1.2. Zasitek opiekuńczy	3
1.3. Świadczenie usług społecznych w Republice Czeskiej	4
1.4. Usługi profilaktyki społecznej	4
2. Struktura dostawców usług społecznych	5
2.1. Ośrodki opieki całodobowej	5
2.2. Wyzwanie trwałości finansowej	5
2.3. Rola sektora pozarządowego	6
2.4. Dialog społeczny i partnerstwa w usługach społecznych	8
2.4.1. Związek Zawodowy Służby Zdrowia i Pomocy Społecznej Republiki Czeskiej	8
2.4.2. Związek Stowarzyszeń Pracodawców Republiki Czeskiej	8
2.4.2.1. Stowarzyszenie Usługodawców Usług Społecznych	9
2.5. Dialog społeczny w usługach społecznych	9
2.5.1. Tematy dialogu społecznego	9
2.5.1.1. Dialog społeczny w usługach społecznych na poziomie narodowym	9
2.5.1.2. Dialog społeczny na temat usług społecznych w organizacjach	10
2.5.2. Formy dialogu społecznego	10
2.5.2.1. Dialog społeczny na poziomie narodowym	10
2.6. Płace i wynagrodzenia w sektorze społecznym	11
3. Przegląd procesu deinstytucjonalizacji w Republice Czeskiej	14
3.1. Wielkość ośrodków	14
3.2. Proces deinstytucjonalizacji	15
3.2.1. Proces deinstytucjonalizacji w latach 2009-2015	15
3.3. Strategie	16
3.4. Rola organizacji pozarządowych w procesie deinstytucjonalizacji	16
- Przykłady dobrych praktyk, uwagi i doświadczenia	17
Zakład Pomocy Społecznej Křižanov	17
Dom Pomocy Społecznej Jinošov	21
Transformacja Zamku Nová Horka	24
Źródła	26



1. MODEL FINANSOWANIA USŁUG SPOŁECZNYCH W REPUBLICE CZESKIEJ

1.1. Podstawowe informacje dotyczące polityki społecznej

Populacja Republiki Czeskiej na 1 stycznia 2018 r. to 10 610 055 osób¹. Czeski Urząd Statystyczny rozróżnia trzy główne grupy wiekowe – dzieci poniżej 15 roku życia, osoby w wieku pracującym pomiędzy 16-tym a 64-tym rokiem życia i osoby w wieku 65 lat i starsze. To właśnie w grupie seniorów przybyło najwięcej osób w 2017 roku – 51,3 tysięcy ludzi. W sumie grupa ta liczy 2,04 miliona osób i od 2016 zanotowano w niej wzrost o 3%. Po raz pierwszy w historii Republiki Czeskiej grupa wiekowa seniorów przekroczyła próg dwóch milionów, co wskazuje na postępujące starzenie się społeczeństwa.

W tym okresie średni wiek populacji kraju to 42,2 lata. Prognozy rozwoju społeczeństwa wskazują, że w 2059 roku populacja Republiki Czeskiej będzie liczyła 3,205 milionów osób powyżej 65-go roku życia. To wzrost o 1,164 milionów (57 %) w porównaniu z rokiem 2018.

Wzrost ten wskazuje na rosnącą potrzebę² i wagę sektora usług społecznych. Systemy pomocy społecznej w Republice Czeskiej musiały przejść zasadniczą zmianę po transformacji systemowej, która zakończyła rząd Partii Komunistycznej w roku 1989. Reforma ta opierała się na trzech filarach: pomoc społeczna, wsparcie społeczne i ubezpieczenia społeczne. Pierwsze zmiany zostały uchwalone już w 1995 r. (ubezpieczenie chorobowe, ubezpieczenie emerytalne, minimum socjalne, państwowe wsparcie społeczne), a cały proces trwał do 2011 r., kiedy to uchwalono ustawę o świadczeniach dla osób z niepełnosprawnościami.

Ustawa o usługach społecznych została uchwalona (wraz z ustawą o pomocy dla osób w potrzebie materialnej) w 2006 r., i weszła w życie w styczniu 2007 r. – ponad dziesięć lat od początku reformy. Ustawa o ubezpieczeniu chorobowym uważana jest za jedną z pierwszych, które zapoczątkowały proces reformy społecznej. W czeskim systemie wsparcia społecznego systemy ubezpieczeń chorobowych i zdrowotnych są zaprojektowane oddzielnie.

1.2 Zasitek opiekuńczy

W Republice Czeskiej wypłacany jest tak zwany zasitek opiekuńczy. Zasitek przyznawany jest osobom, które ze względu na długoterminowe warunki zdrowotne potrzebują pomocy innych. Przy określaniu poziomu zależności, ocenia się zdolność do wykonywania następujących podstawowych czynności życiowych:

- mobilność;
- orientacja;
- komunikacja;
- jedzenie;
- ubieranie się;
- utrzymywanie higieny;
- wykonywanie czynności fizjologicznych;
- dbanie o stan zdrowia;
- aktywność osobista;
- utrzymywanie domu.

Są to kryteria tzw. skali Katza – Skali Podstawowych Czynności Życia Codziennego, używanej w wielu krajach europejskich do oceny poziomu zależności. Oprócz zasiłku opiekuńczego, w Republice Czeskiej istnieją także inne świadczenia w ramach systemu pomocy osobom z potrzebami materialnymi, lub zasiłków dla osób z niepełnosprawnościami. Świadczenia z systemu pomocy dla osób w potrzebie materialnej są wypłacane na podstawie oceny sytuacji społecznej i dochodowej aplikantów i członków ich rodzin. Dodatek dla osób z niepełnosprawnościami wypłacany jest na podstawie oceny społecznych konsekwencji wynikających z niepełnosprawności, i z zasady wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie oceny sytuacji dochodowej aplikantów. Od 1 czerwca 2018 r. w ubezpieczeniach chorobowych przedstawiono nowy instrument: tzw. opiekę długoterminową.

1. Czeski Urząd Statystyczny, Dział Statystyki Populacji – Rozwój Populacji Republiki Czeskiej (<https://www.czso.cz/documents/10180/61565976/13006918.pdf/86bf3abd-4ced-41f0-812a-b71c842954c5?version=1.6>).

2. Czeski Urząd Statystyczny, Dział Statystyki Populacji – Rozwój Populacji Republiki Czeskiej – 2018–2100 ([HYPERLINK “https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2](https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2)

Instrument ten służy ubezpieczeniu pracownika lub pracownicy na okres do trzech miesięcy na przykład, gdyby musiał on wziąć swojego rodzica, zależnego od pomocy osób trzecich, pod opiekę, po hospitalizacji trwającej co najmniej tydzień.

Zasitek opiekuńczy w domach opieki i w domu wynosi odpowiednio:

- pierwszy poziom: 39 euro/miesiąc
- drugi poziom: 170 euro/miesiąc
- trzeci poziom: 340 euro/miesiąc
- czwarty poziom: 515 euro/miesiąc

Beneficjenci tego świadczenia to ponad 370 000 osób.

1.3. Świadczenie usług społecznych w Republice Czeskiej

Usługi społeczne są regulowane ustawą nr 108/2006 o usługach społecznych, z późniejszymi zmianami. Obowiązujące prawodawstwo definiuje usługi społeczne jako zespół działań zapewniających pomoc i wsparcie dla osób, aby zapewnić ich włączenie społeczne lub zapobiegać ich wykluczeniu społecznemu. Ustawa rozróżnia trzy typy usług społecznych: doradztwo społeczne, pomoc społeczna i prewencja; definiuje, gdzie te usługi są dostarczane, i jakie działania są uważane za podstawowe.

Kategorie indywidualne usług społecznych są definiowane przez swoje elementy charakterystyczne. Są to **forma dostarczania usług** (usługi środowiskowe, ambulatoryjne, lub rezydencjalne), **grupa docelowa osób**, dla których usługa jest przeznaczona, i **listę podstawowych działań**, które muszą być oferowane klientom każdego typu usługi.

Warunkiem świadczenia usług społecznych jest rejestracja wydana na podstawie postępowania administracyjnego. Usługi społeczne muszą być dostarczane zgodnie ze standardami jakości, które są zestawem piętnastu grup pytań. Przestrzeganie tych wymagań było sprawdzane w ramach inspekcji jakości w strukturze Ministerstwa Pracy i Spraw Społecznych od 1 stycznia 2015 r. Celem standardów jakości jest stworzenie warunków ramowych do-

starczania usług społecznych. Odbiorcy usług społecznych są chronieni, np. w przypadku usług opieki rezydencjalnej, przez kilka instrumentów. Należy do nich minimalne saldo, czyli część dochodu wyznaczana jako proporcja, która musi pozostać użytkownikowi po uiszczeniu opłaty za opiekę rezydencjalną i koszty żywienia.

Innym instrumentem jest maksymalna stawka godzinowa dla poszczególnych czynności podstawowych określona w wykonawczym rozporządzeniu prawnym. Ustawa przedstawia także opcję dobrowolną dla członków rodziny lub innych osób (np. byłego pracodawcy), współuczestniczenia w płatnościach. System pozwala także na udzielanie usług po niskiej cenie osobom, których sytuacja finansowa nie jest dobra. Finansowanie usług społecznych pochodzi z wielu źródeł; odpowiedzialność za zabezpieczenie środków finansowych spoczywa na indywidualnych dostawczych usług. Państwo tworzy programy subwencji na dostarczanie usług społecznych. Wysokość funduszy nie jest określona w Ustawie o Usługach Społecznych i jest ustalana corocznie w przyjętym budżecie państwowym Republiki Czeskiej.

1.4. Usługi profilaktyki społecznej

Usługi profilaktyki społecznej służą zapobieganiu wykluczeniu społecznemu osób nim zagrożonych ze względu na ich krytyczną sytuację społeczną, konflikty ze społeczeństwem, niekorzystne środowisko społeczne i przez prawa i uzasadnione interesy zagrożone przez czyjąś działalność kryminalną. Celem profilaktyki społecznej jest pomoc osobom w przezwyciężeniu niekorzystnej sytuacji społecznej oraz ochrona społeczeństwa przed występowaniem i rozprzestrzenianiem się niepożądanych zjawisk społecznych. Świadczone są w formie niżej wymienionych usług społecznych:

Opieka wczesno-interwencyjna

Telefoniczna pomoc w kryzysie

Usługi tłumaczenia

Domy dla azylantów

Ośrodki resocjalizacyjne

Pomoc w kryzysie

Centra interwencyjne

Ośrodki dzienne niskoprogowe

Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności

Ośrodki niskoprogowe dla dzieci i młodzieży

Centra kontaktowe

Usługi monitorujące

Grupy terapeutyczne

Usługi aktywizacji społecznej dla rodzin z dziećmi

Usługi aktywizacji społecznej dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami

Społeczne warsztaty terapeutyczne

Programy środowiskowe

2. Struktura dostawców usług społecznych

2.1. Ośrodki opieki całodobowej

Domy pomocy dla osób starszych, domy o specjalnym reżimie, domy dla osób z niepełnosprawnościami

Domy pomocy dzielą się w zależności od swojej grupy docelowej. Domy o specjalnym reżimie przeznaczone są dla osób starszych cierpiących na demencję. Usługa ta przyczynia się znacząco do zapewnienia niezbędnej opieki osobom cierpiącym na demencję, zwłaszcza we wczesnym etapie choroby. Domy dla osób starszych dostarczają tzw. usługi hotelowe, tj. zakwaterowanie, sprzątnięcie, pranie, naprawy i prasowanie pościeli, bielizny, i innych ubrań. Miejsca te zapewniają także zakwaterowanie i wyżywienie zgodne z zasadami zdrowego odżywiania, z co najmniej trzema posiłkami dziennie.

W zakresie higieny osobistej udzielają pomocy w ubieraniu się i rozbieraniu, w tym specjalnej pomocy, pomocy przy przechodzeniu na lub z łóżka lub wózka inwalidzkiego, pomocy przy wstawaniu, kładzeniu się, zmianie pozycji, podawaniu pożywienia i napojów, orientacji przestrzennej, samodzielnym poruszaniu się w środku i na zewnątrz, pomoc w higienie osobistej i korzystaniu z toalety. Zajęcia socjoterapeutyczne ukierunkowane są na utrzymanie zdolności i umiejętności osobistych i społecznych. Aktywizacja zapewniana jest jako zajęcia wypoczynkowe i hobbystyczne, i takie, które mają na celu utrzymywanie kontaktu z naturalnym środowiskiem społecznym. Maksymalna stawka za usługi społeczne w domach dla osób starszych to 210 koron czeskich dziennie za zakwaterowanie i 170 koron czeskich dziennie za wyżywienie.

2.2. Wyzwanie trwałości finansowej

Narodowa Strategia Rozwoju Usług Społecznych na lata 2016-2025 stwierdza, że ze względu na rozwój demograficzny i rosnące zapotrzebowanie ze strony użytkowników, obecny system finansowania usług społecznych nie jest zrównoważony.

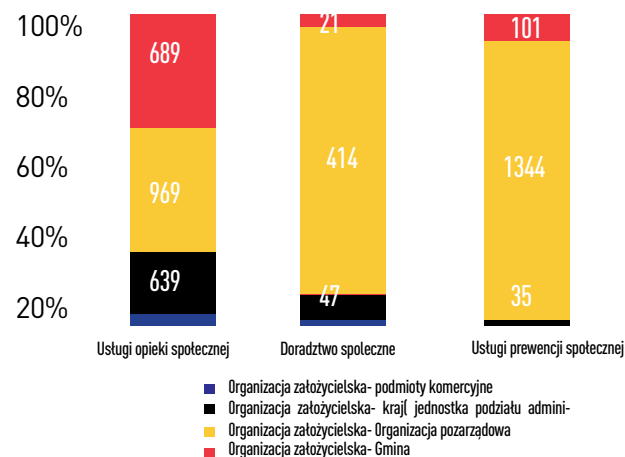
Jeśli obecny model finansowania i regulacji prawnych pozostałby bez zmian, byłoby bardzo trudno wspierać w niezależnym życiu osoby o obniżonej samodzielności. Strategia ta prawidłowo identyfikuje kilka przyczyn tego stanu rzeczy, wymieniając głównie brak wiarygodnych danych na temat finansowania usług społecznych, co sprawia, że jakiegokolwiek porównania czy sumowanie są niemożliwe. Nie można przeprowadzić odpowiedniej oceny wydajności systemu.

Subsydia z budżetów publicznych stanowią podstawowe źródło finansowania, głównie dla usługodawców niekomercyjnych. Subsydia te wypłacane są w systemie grantowym, rocznym, a usługodawcy nie mogą być pewni czy ich projekt będzie kontynuowany w roku następnym. Planowanie długoterminowe, polityka personalna, innowacje i inwestycje są w tym systemie mało prawdopodobne, i oczywiście położenie klientów nie jest bezpieczne. Obecna strategia, jako dokument oficjalny potwierdzony przez Gabinet (Dekret Gabinetu nr 245/2016), żąda nawet wprowadzenia obowiązkowych subsydiów z budżetu rządu centralnego. Stworzyłoby to rewolucyjny precedens w systemie finansów publicznych i byłoby zaskakujące, gdyby jakikolwiek rząd rzeczywiście dokonał takiej zmiany polityki. Bardziej realistyczną opcją wydaje się wprowadzenie pewnego rodzaju umów średnioterminowych.

2.3. Rola sektora pozarządowego

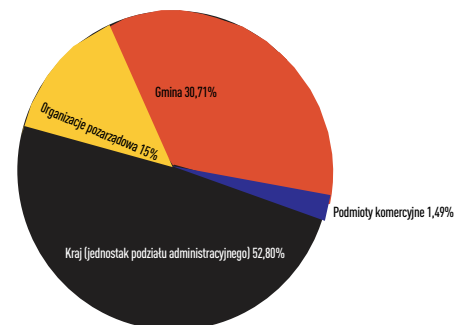
Sektor pozarządowy ogrywa istotną rolę w świadczeniu usług społecznych. W skład sektora wchodzi organizacje non-profit i pozarządowe, a także organizacje kościelne (CARITAS, DIAKONIE, i inne). Są one często spotykane zwłaszcza w obszarze profilaktyki społecznej, ale odgrywają również ważną rolę przy usługach opieki społecznej (jak w wykresie poniżej).

Wykres nr 1: Liczba podstawowych rodzajów usług według organizacji założycielskiej



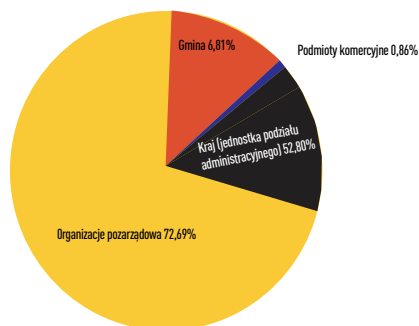
Wykres powyżej prezentuje udział różnych dostawców świadczących usługi społeczne. Dane wykazują, że organizacje pozarządowe non-profit (NGO) reprezentują większość dostawców usług w Republice Czeskiej. Wykres przedstawia usługi w liczbach bezwzględnych. Przewaga NGO-sów jest wyraźna na rynkach usług doradztwa społecznego i prewencji społecznej.

Wykres nr 2: Koszt usług pomocy społecznej ze względu na organizację założycielską



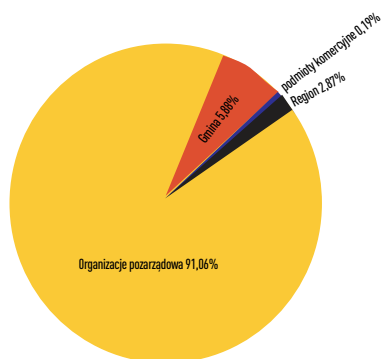
Koszty usług pomocy społecznej są podzielone zgodnie z rodzajem usług, które dostarcza organizacja założycielska. Stąd oczywiste jest, że władze samorządowe są większością usługodawcą usług pomocy społecznej, jako że koszty tego rodzaju usług są najwyższe.

Wykres nr 3: Koszty doradztwa społecznego ze względu na organizację założycielską



Sytuacja na rynku usług doradztwa społecznego jest odwrotna. Większością usługodawców są organizacje pozarządowe i stąd koszty świadczenia tych usług idą głównie do trzeciego sektora. Jest zatem kluczowe, aby zapewnić wystarczające i stałe wsparcie organizacjom z budżetów publicznych.

Wykres nr 4: Usługi profilaktyki społecznej ze względu na dostawcę usług



Sytuacja na rynku profilaktyki społecznej jest podobna do tej w usługach doradztwa społecznego. Większość usługodawców stanowią NGO-sy, do nich zatem idzie większość funduszy na ten cel. Jest zatem kluczowe, aby zapewnić wystarczające i stałe wsparcie organizacjom z budżetów publicznych.

W Republice Czeskiej istnieją różne rodzaje organizacji, wymienione w tabeli poniżej. Te podświetlone na zielono są organizacjami publicznymi, na żółto – podmiotami komercyjnymi, a bez podświetlenia – prywatnymi organizacjami non-profit.

Tabela nr. 1: Liczba całkowita usługodawców usług społecznych: 2 175

Rodzaj organizacji	Liczba usługodawców
Spółka akcyjna	50
Kościoty i organizacje kościelne	171
Dobrowolny Związek Gmin	3
Spółdzielnie	4
Zarejestrowane organizacje kościelne	8
Freelancerzy	9
Fundacje	2
Stowarzyszenia obywatelskie	22
Gminy	251
Przedsiębiorstwa publiczne	327
Stowarzyszenia obywatelskie B	2
Państwowe jednostki organizacyjne	2
Oddziały stowarzyszeń	41
Licencjonowane organizacje freelancerskie	7
Organizacje budżetowe założone przez jednostki samorządu terytorialnego	616
Państwowe organizacje budżetowe	2
Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością	162
Stowarzyszenia	300
Państwowa organizacja składkowa A	4
Państwowa organizacja składkowa B	3

Szkoły średnie	1
Organizacje szkolne	1
Obiekty szkolne	3
Organizacje pozarządowe	177
Stowarzyszenia zainteresowań	3
Korporacyjne stowarzyszenia zainteresowań	1
Organizacje zajmujące się opieką zdrowotną	3
łącznie	2175

2.4. Dialog społeczny i partnerstwa w usługach społecznych

Usługi społeczne są reprezentowane w dialogu społecznym przez dwie organizacje: Związek Zawodowy Zdrowia i Opieki Społecznej i Związek Stowarzyszeń Pracodawców Republiki Czeskiej.

2.4.1 Związek Zawodowy Służby Zdrowia i Pomocy Społecznej Republiki Czeskiej

Związek Zawodowy Służby Zdrowia i Pomocy Społecznej Republiki Czeskiej (ZZSZPSRC) zrzesza około 45 000 członków ze 107 organizacji (jedna trzecia z nich, czyli ok. 15 000 członków, jest w usługach społecznych). Organizacja jest największym związkiem zawodowym z tych sektorów w Republice Czeskiej, a także trzecim największym związkiem w Czesko-Morawskiej Konfederacji Związków Zawodowych. Członkami są pracownicy z sektorów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz innych podobnych organizacji, takich jak szkoły pielęgniarstwa, fakultety medyczne, itd. Reprezentowane są w nim rozmaite zawody, od opiekunów, pielęgniarek, asystentek, do kadry zarządzającej średniego szczebla, personelu operacyjnego, kierowców, itd.

ZZSZPSRC zrzesza 107 organizacji związkowych, z czego trzy są w organizacjach pozarządowych. ZZSZPSRC ma reprezentację w czterech trójstronnych zespołach roboczych:

- Zespół roboczy ds. spraw społecznych
- Zespół roboczy ds. opieki zdrowotnej
- Zespół roboczy ds. administracji publicznej
- Zespół roboczy ds. organizacji pozarządowych.

2.4.2. Związek Stowarzyszeń Pracodawców Republiki Czeskiej

Związek Stowarzyszeń Pracodawców Republiki Czeskiej jest członkiem Rady Dialogu Ekonomicznego i Społecznego Republiki Czeskiej, bierze udział w tworzeniu norm prawnych i koncepcji rozwoju sektora, wydaje oświadczenia i rekomendacje dla administracji publicznej wszystkich szczebli, poszerza rozwój działań stowarzyszeń członkowskich, współpracy między nimi oraz zajmuje się realizowaniem dialogu społecznego.

Trzydzieści sześć obecnych organizacji członkowskich podzielonych jest na osiem sekcji, zgodnie z obszarem ich specjalizacji: Sekcja Przemysłu i Transportu, Sekcja Przemysłu Budowlanego, Sekcja Firm Ubezpieczeniowych i Usług Finansowych, Sekcja Zdrowia Publicznego, Sekcja Edukacji, Sekcja Usług Społecznych i Sekcja Organizacji Pozarządowych Non-profit. Każda z nich kierowana jest przez wiceprzewodniczącego. Obecnie Związek reprezentuje ponad 9 000 organizacji, które mają zrzeszają prawie 800 000 pracowników.

Związek ten jest największą i najsilniejszą organizacją pracodawców reprezentującą usługi publiczne (opieka zdrowotna, usługi społeczne, organizacje non-profit, kultura, szkoły i edukacja, itd.).

W dziale usług społecznych Związek zrzesza 5 organizacji:

- Stowarzyszenie Ustugodawców Usług Społecznych (950 organizacji członkowskich)
- Czeska Rada Usług Społecznych (ok. 100 organizacji członkowskich)
- Konfederacja Ustugodawców Usług Społecznych (ok. 200 organizacji członkowskich)

- Caritas Republiki Czeskiej (ok. 300 organizacji)
- Diakonia Republiki Czeskiej (ok. 40 organizacji członkowskich)

2.4.2.1. Stowarzyszenie Usługodawców Usług Społecznych

Stowarzyszenie Usługodawców Usług Społecznych jest największą organizacją zawodową zrzeszającą dostawców usług opieki społecznej w Republice Czeskiej. Założone zostało w 1991 r. i zrzesza ponad 950 usługodawców w 2 500 usługach społecznych. Stowarzyszenie dzieli się na 14 organizacji regionalnych i sekcji eksperckich na terenie całej republiki (ośrodki recepcyjne, opieka stacjonarna, domowa i dzienna, usługi dla osób uzależnionych, ośrodki dzienne dla dzieci i młodzieży itp).

Stowarzyszenie reprezentuje i broni interesów swoich organizacji członkowskich, prowadzi mediacje, i szerzy wiedzę naukową dotyczącą usług społecznych, dzieli się krajowymi i zagranicznymi doświadczeniami, szkoli i informuje swoje organizacje członkowskie.

2.5. Dialog społeczny w usługach społecznych

Dialog w usługach społecznych może być podzielony na dwu- i trójstronny. Poszczególne organizacje partnerskie dialogu to Związek Zawodowy Służby Zdrowia i Pomocy Społecznej i Związek Stowarzyszeń Pracodawców albo Stowarzyszenie Usługodawców Usług Społecznych³ i Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych.

2.5.1. Tematy dialogu społecznego

Każdy z trzech partnerów społecznych w usługach społecznych ma różne interesy, problemy i podejścia. Głównym celem dialogu jest osiągnąć cele i znaleźć wspólne rozwiązania. Tematy dialogu podzielone są na dwie grupy, w zależności od tego, czy dialog prowadzony jest na poziomie narodowym, czy na poziomie organizacji.

3. Prezesem obu organizacji jest ta sama osoba

2.5.1.1. Dialog społeczny w usługach społecznych na poziomie narodowym

Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych

Interesy i cele Ministerstwa różnią się w zależności od reprezentacji politycznej, deklaracji programowej, i planu legislacyjnego obecnego rządu. Głównymi celami i tematami obecnego rządu (luty 2014) są następujące kwestie:

- Przeniesienie finansowania usług społecznych z poziomu państwowego na regionalny
- Niezmniejszanie sumy subwencji państwowej z roku 2014 w latach następnych
- Wzrost emerytur
- Przeciwdziałanie bezrobociu
- Wsparcie rodzin z dziećmi
- Życie społeczne.

Interesy i cele związków zawodowych nie zmieniają się w czasie i są tematem dialogu zarówno dwu- jak i trójstronnego z partnerami społecznymi - państwem i pracodawcami. Obejmują one:

- Wzrost płac w usługach społecznych. Pracownicy sektora są drugą najgorzej opłacaną grupą zawodową w Republice Czeskiej, mimo, że wykonują pracę wymagającą i konieczną dla społeczeństwa. Zapewnienie im odpowiedniego wynagrodzenia to również inwestycja i przygotowanie na nadchodzące zmiany demograficzne.
- Zachowanie i częściowa zmiana systemu płac w Republice Czeskiej, aby każdy był wynagradzany zgodnie z wymaganiami swojej pracy i przepracowanymi latami aktywności zawodowej (tj. np. wycofanie tzw. przedziałów płacowych).
- Rozpoczęcie nowego modelu finansowania usług społecznych, uwzględniając adekwatne finansowanie z budżetów publicznych.
- Inne tematy, np. bezpieczeństwo pracy, negocjacje zbiorowe, świadczenia dla pracowników, itd.

2.5.1.2. Dialog społeczny na temat usług społecznych w organizacjach

Dialog społeczny na poziomie mikro, tj. między związkiem zawodowym a pracodawcą, to przede wszystkim negocjacje zbiorowe.

Negocjacje zbiorowe regulowane są Ustawą o Negocjacjach Zbiorowych. Inne regulacje (na temat ich zasadności i zobowiązań) uregulowane są Ustawą o Pracy. Tylko pracodawca i lokalny związek zawodowy mają prawo podpisać umowę zbiorową.

Umowa zbiorowa zawiera zazwyczaj prawidłową identyfikację stron umowy, temat umowy, prawa i obowiązki stron. Najważniejszą częścią są prawa pracownicze i świadczenia wynikające z umowy, takie jak godziny pracy, dni wolne od pracy, przeszkody w pracy, wysokość odprawy jako część dotycząca płac. Umowa zbiorowa zwykle zawiera również inne kwestie niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem pracy, np. żywienie zbiorowe, utworzenie i używanie funduszu socjalnego, bezpieczeństwo i higiena pracy⁴.

Obie strony są zobowiązane do przystąpienia do negocjacji nowej umowy zbiorowej co najmniej 60 dni przed wygaśnięciem starej.

Jeśli nie uda się stronom osiągnąć porozumienia, mogą one wybrać mediatora, który jednocześnie służy jako arbiter. Jeśli negocjujący na rzecz pracowników i pracodawców również nie dojdą do porozumienia z mediatorem, będzie on powołany przez Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych. Wówczas w ciągu 15 dni mediator przedstawia stronom propozycję umowy pojednawczej. Jeśli strony nie zaakceptują propozycji, postępowanie uznaje się za nieudane.

Wg. Czesko-Morawskiej Izby Związków Zawodowych, w roku 2002 zawarto 4 314 umów zbiorowych w przedsiębiorstwach, zawartych przez 4 314 organizacji. Umowy dotyczyły 1 075 987 pracowników (czyli ok. 27%).

W sektorze usług społecznych zrzeszonych jest ok. 2 500 usługodawców, z czego ok. 200 albo zawarło umowę zbiorową, albo jest w trakcie jej negocjacji.

4. Autorstwo zbiorowe. Dialog społeczny w Republice Czeskiej (Sociální dialog v České republice). Praga: ČMKOS, 2008.

2.5.2. Formy dialogu społecznego

Dialog społeczny na poziomie organizacji odbywa się poprzez komunikację pomiędzy pracownikami (reprezentowanymi przez organizację związkową) a pracodawcą, reprezentowanym przez przedstawiciela ustawowego. Tematem dyskusji jest przede wszystkim umowa zbiorowa, a także inne istotne zmiany organizacyjne jak warunki pracy, zwolnienia, itd. Organizacje związkowe mogą włączyć się do istniejących związków zawodowych lub działać niezależnie. U jednego pracodawcy może działać więcej niż jedna organizacja związkowa.

2.5.2.1. Dialog społeczny na poziomie narodowym

Dialog społeczny na poziomie narodowym ma inną formę niż ten na poziomie lokalnym, tj. poszczególnych organizacji. Każdy partner społeczny używa tu swoich kanałów komunikacji, z których niektóre są wspólne, a inne nie.

W dialogu społecznym sektora społecznego istnieje trójstronne ciało zwane zespołem roboczym do spraw społecznych. Ciało to składa się z delegacji państwowej (minister i 21 zastępcy), organizacji pracodawców i związków zawodowych. Dyskutują oni i zajmują pozycje względem każdego istotnego aktu prawnego, decyzji, zmian, w tym Strategicznego Planu Akcji Deinstytucjonalizacji, itp. Ciało to spotyka się tak często, jak wymaga tego reprezentacja trójstronna, zwykle 4-5 razy w roku.

Związek Zawodowy w Opiece Zdrowotnej i Pomocy Społecznej (ZZOZPS)

Związek Zawodowy w Opiece Zdrowotnej i Społecznej (ZZOZPS) jest silną organizacją z wykwalifikowanym personelem, mocną pozycją, i dobrymi ekspertami. Ta profesjonalna organizacja bez wątplenia potrafi komunikować się ze swoimi członkami, z organami państwowymi i z opinią publiczną.

Główną jej platformą jest trójstronne plenum i poszczególne zespoły robocze. ZZOZPS, poprzez przewodniczącego, komunikuje się z mediami (gazety, tele-

wizje, radio i inne środki przekazu). Ponadto członkowie organizacji spotykają się z parlamentarzystami, politykami i innymi ekspertami. Warto wspomnieć o komunikacji związku z członkami, poprzez sieć i czasopismo organizacyjne. ZZOZPS ma strukturę regionalną i regiony spotykają się regularnie między sobą, jak i z biurem głównym ZZOZPS.

Istotny jest także trójstronny dialog z pracodawcami⁵, który działa prawidłowo. Poza regularnymi spotkaniami na zasadach trójstronnych i plenum, obie organizacje partnerskie wizytują swoje zgromadzenia ogólne i spotykają się oddzielnie, aby dyskutować o swoich interesach i taktyce negocjacji, głównie z rządem.

Związek Stowarzyszeń Pracodawców (ZSP)

Związek Stowarzyszeń Pracodawców (ZSP) ma inną strukturę i model działania niż Związek Zawodowy w Opiece Zdrowotnej i Pomocy Społecznej. ZSP nie ma struktury lokalnej. Reprezentuje on 9 000 organizacji, ale nie w sposób bezpośredni – zrzesza stowarzyszenia i to one komunikują się z poszczególnymi organizacjami (np. Stowarzyszenie Ustugodawców Ustug Publicznych, które ma 14 członkowskich organizacji regionalnych i komunikuje się ze swoimi członkami bezpośrednio).

Głównym kanałem komunikacji są trójstronne zespoły i plenum. ZSP spotyka się także z członkami rządu, zastępcami ministrów, parlamentarzystami i innymi zainteresowanymi stronami oraz liderami opinii.

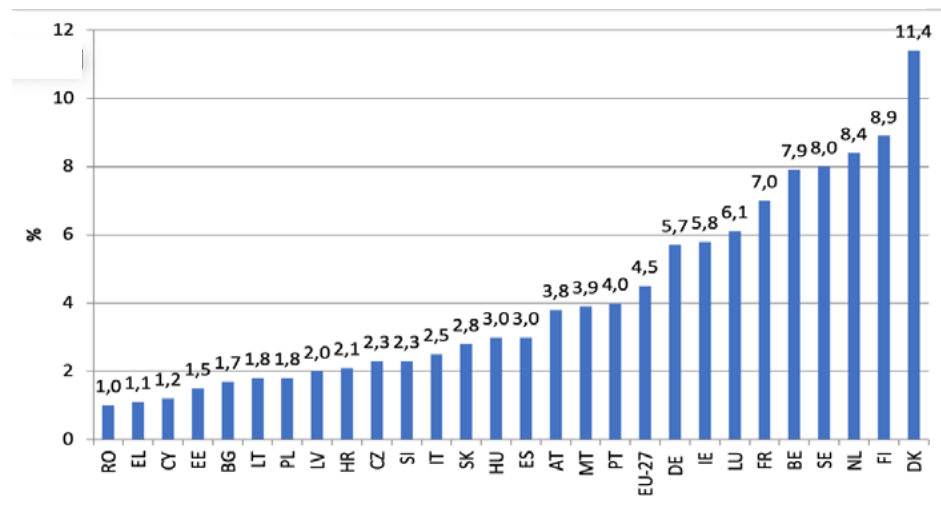
ZSP to dynamiczna organizacja, która w ostatnim czasie odnotowała zauważalny wzrost i rozwój.

2.6. Płace i wynagrodzenia w sektorze społecznym

Udział zatrudnienia w sektorze usług społecznych różni się znacznie między państwami, od 1% w Rumunii, do 11,4% w Danii. Poza krajami nordyckimi (Dania, Finlandia, Szwecja), ponadprzeciętny udział zatrudnienia w usługach społecznych obserwujemy w Holandii, Belgii, Francji, Luksemburgu, Irlandii

i Niemczech. Po przeciwnej stronie spektrum znajdują się nowe państwa członkowskie i kraje południa (patrz wykres 1).

Wykres 1: Udział pracowników usług społecznych w całej sile roboczej 2020 w UE-27. Źródło: Eurostat Labour Force Survey, zatrudnienie w sektorze usług społecznych pracowników w wieku 15 lat i więcej jako procent pracującej populacji



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)

Personel usług społecznych (zwłaszcza opiekunki i opiekunowie) był od dłuższego czasu niedofinansowany. W 2017 r. stopa bezrobocia w Republice Czeskiej spadła do 2,9% (miara ILO) i była najniższa w UE. W tym czasie trudno było znaleźć personel wykwalifikowany i niewykwalifikowany. Popyt na pracę spowodował podwyżkę płac w sektorze prywatnym. W tym czasie przeciętna płaca dla opiekunki lub opiekuna wynosiła 750 EURO miesięcznie brutto.

W maju 2017 r. supermarkety zaczęły reklamować płacę 1 000 EURO na stanowiskach magazyniera i kasjerki, co spowodowało, że personel usług społecznych opuszczał sektor. To z kolei spowodowało obniżenie możliwości sektora usług społecznych.

5. Związek Stowarzyszeń Pracodawców i Stowarzyszenie Ustugodawców Ustug Społecznych

W tym czasie, razem ze związkami zawodowymi, zidentyfikowaliśmy następujące cele:

- Wzrost płac w sektorze publicznym (co zaowocuje także wzrostem w sektorze prywatnym)
- Uwolnienie dodatkowych funduszy na pokrycie wyższych kosztów zatrudnienia (dla usługodawców prywatnych i publicznych).

Szczegółowa treść działań

- Wspólne pismo do Ministra Pracy i Spraw Społecznych
- Wspólne działania pracodawców i związków zawodowych
- Przedstawienie tematu na spotkaniu trójstronnym
- Konferencja prasowa pokazująca jak „likwidowane” są tóżka
- Kontakt z parlamentarzystami, krajami (jednostka podziału administracyjnego), i gminami
- Wysyłanie pism z kraju (regionów) do parlamentu.

W ten sposób starano się wytworzyć systemowy nacisk na rząd ze wszystkich stron.

Wyniki działań

- Opiekunowie i opiekunki – wzrost płac podstawowych o 33% w 2017 r.
- Personel techniczny, dyrektorski i administracyjny – wzrost płac podstawowych o 19,4% w 2017 r.
- Pielęgniarki i pielęgniarze w usługach społecznych – wzrost płac podstawowych o 10% w 2017 r. (te płace wzrosły także o 10% w 2016 r.)

Działania te powstrzymały odpływ opiekunów z sektora usług społecznych. Aby sfinansować wzrost płac, potrzebnych jest 80 milionów EURO.

Opiekunki i opiekunowie 2017-2021

- 750 EURO miesięcznie brutto

Opiekunki i opiekunowie 2021

- 1 250 EURO miesięcznie brutto
- **+ 66 % w ciągu 5 lat**
- Opiekunki i opiekunowie domowi i w opiece dziennej – 11 %
- Opiekunki i opiekunowie w sektorze prywatnym – 8-10 %

Koszty życia – wszystkie koszty dla:

- 3+1, 75m² – 588 EURO
- 2+1, 60 m² – 470 EURO

3. Przegląd procesu deinstytucjonalizacji w Republice Czeskiej

Kilka państw członkowskich Rady Europy kontynuuje „deinstytucjonalizację,” rozumianą jako politykę i praktyki mające na celu zamknięcie dużych instytucji, w których umieszcza się i zatrzymuje osoby z zaburzeniami psychicznymi i psychospołecznymi oraz innymi niepełnosprawnościami. Wysiłki mające na celu zredukowanie praktyk przymusowych w usługach zdrowia psychicznego w tych krajach nie mogą być rozpatrywane oddzielnie od szerszych celów deinstytucjonalizacji.

Republika Czeska zainicjowała podobny projekt w formie polityki w obszarze zdrowia psychicznego z 2013 r., uwzględnionej w Europejskich Funduszach Inwestycyjnych i Strukturalnych w 2017 r. (zgłoszenie 18). Wynikający z tego Narodowy Plan Działań na Rzecz Opieki Zdrowia Psychicznego zawiera różne środki dotyczące „między innymi praw osób z chorobami psychicznymi, wsparcia jakości opieki zdrowia psychicznego i usług w tej dziedzinie, oraz zapobiegania przymusowym hospitalizacjom”.

Polityka narodowa w obszarze usług społecznych i zdrowia Czech oparta jest na prawach człowieka i upodmiotowienia osób z niepełnosprawnościami. W oparciu o opublikowaną literaturę i raporty, a także wiedzę i doświadczenie z pracy w tej dziedzinie, ten głównie koncepcyjny dokument⁶ podsumowuje postęp od ery instytucjonalnej do alternatyw środowiskowych w Republice Czeskiej w ciągu ostatnich dwóch dekad. Podczas gdy polityka narodowa i europejska wspierają życie w społecznościach i stworzono nowe, zindywidualizowane strumienie finansowania, postęp w kierunku życia w społecznościach osób z niepełnosprawnościami był powolny i napotykał wiele przeszkód. Dokument podkreśla potrzebę rozważenia kwestii dostępności danych dotyczących finansowania i dostarczania usług, planowania okresu przejściowego przed wdrożeniem usług środowiskowych, dostępności raportów na temat jakości usług, w tym instytucji i konfliktów interesów stworzonego przez system opieki prawnej (kurateli). Wnioski z dokumentu są takie, że mimo okoliczności finansowych mogących spowolnić proces deinstytucjonalizacji, kierunek zmian w stronę życia w społeczności powinien być utrzymany.

6. Dokument oceniający opisujący proces deinstytucjonalizacji w Czechach.

Rząd czeski ma poważne problemy z wdrażaniem swoich własnych strategii. Żadna polityka przyjęta w formie „strategii” lub „planu działania” nie powinna być przeceniana, chyba, że posiada również zobowiązania prawne. Dobrym przykładem jest Narodowa Strategia Rozwoju Usług Społecznych na lata 2006-2025. Aby osiągnąć jeden z celów strategicznych, tj. zapewnienie przejścia od instytucjonalizacji do życia w społeczności osób z niepełnosprawnościami, powinien być wdrożony przejściowy plan działania. Dokument Strategii przewidywał przyjęcie planu w latach 2016-2017, a następnie jego wdrożenie aż do końca okresu strategii, tj. do roku 2025. Plan działania nie został jednak jeszcze przyjęty, a jego brak sprawia, że cele deinstytucjonalizacji są niemożliwe do zrealizowania.

Poza przejściowym planem działania, cel powinien być osiągnięty poprzez utworzenie niezbędnych warunków, aby zapewnić zdolność do usług środowiskowych, usług społecznych i rezydencjalnych. Strategia Narodowa łączyła ten cel, między innymi, z nowelizacją Ustawy o Usługach Społecznych. Nowelizacja ta miała wejść w życie w 2018 r. Ta tzw. „duża nowelizacja” Ustawy o Usługach Społecznych nie została jeszcze przyjęta. Ponadto, nowelizacja przedstawiona przez MPiSS pod koniec 2019 r. znacznie odbiega od Strategii i jej pierwotnych celów.

Brak skuteczności Strategii widoczny jest również w fakcie, że plan jej wdrażania przyjęty był tylko na lata 2017-2018, a od 2019 roku dokumentowi temu nie towarzyszy żaden plan. Jednocześnie rządowi nie udało się wdrożyć nawet tego pierwszego planu – działania zaplanowane na lata 2017-2018 nie zostały wykonane.

Warto wspomnieć, że czeski Najwyższy Urząd Kontroli skrytykował klęskę rządu w kwestii przestrzegania jego własnych zobowiązań ustawowych w zakresie usług społecznych. W swoim raporcie rocznym za rok 2019, ciało to stwierdziło, że „w okresie kontroli MPiSS [Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych] nie osiągnęto długoterminowej wizji, celów, ani środków wyznaczonych w NSRUS [Narodowej Strategii Rozwoju Usług Społecznych]. W roku 2017 należało wdrożyć co najmniej 17 z nich, jednak MPiSS nie udało się ukończyć 14 z nich”. Jednym z głównych powodów była nowelizacja Ustawy o Usługach Publicznych, która powinna być zostać wdrożona w roku 2017, i która miała

za zadanie ustabilizowanie finansowania usług publicznych, a która wciąż nie została wdrożona.

3.1. Wielkość ośrodków

Istniejący system opieki nad osobami starszymi i zależnymi od innych, zbudowany jest głównie na usługach całodobowych. Usługi te można nazwać instytucjonalnymi. Średnia wielkość tych ośrodków dla osób starszych to 70 osób na ośrodek, a dla ośrodków o reżimie specjalnym⁷, w których mieszkają głównie osoby starsze i ośrodków dla osób z niepełnosprawnościami, średnia sięga 60 osób na ośrodek. Głównymi organami finansującymi i utrzymującymi te instytucje są kraje (jednostka podziału administracyjnego). Ich instytucje mają średnio jeszcze więcej mieszkańców – to prawie 90 osób na ośrodek w przypadku ośrodków dla seniorów i ponad 60 osób w przypadku ośrodków o specjalnym reżimie i dla osób z niepełnosprawnościami. Tabela nr 2 przedstawia dane dotyczące ilości ośrodków i ich średniego obłożenia. Tabela nr 3 prezentuje informacje dotyczące średniego obłożenia ośrodków opieki rezydencjalnej. W obu tabelach dane są zagregowane pod względem organu zarządzającego ośrodkiem.

Tabela nr 2 Średnie obłożenie ośrodków opieki społecznej

	Ośrodki państwowe	Ośrodki krajowe	Ośrodki gminne	Ośrodki kościelne	Inne ośrodki	Średnia
Ośrodki dla osób z niepełnosprawnościami	152,2	66,2	42,3	21,1	25,2	58,1
Ośrodki dla seniorów	0	88,4	82,4	37	42,3	70
Ośrodki o specjalnym reżimie	0	60,3	61,5	29,5	61,3	58,9

Źródło: Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych

7. W domach o reżimie specjalnym, świadczenia stacjonarne są świadczone osobom o obniżonej samodzielności z powodu przewlekłej choroby psychicznej lub uzależnienia, oraz osobom w podeszłym wieku, z chorobą Alzheimera i innymi rodzajami demencji, o obniżonej samodzielności ze względu na powyższe choroby, oraz gdy ich sytuacja wymaga regularnej pomocy innej osoby. Świadcząc te usługi, reżim tych placówek jest dostosowany do specyficznych potrzeb tych osób. Usługa ta jest świadczona klientowi odpłatnie.

Tabela nr 3: Obłożenie ośrodków dla seniorów i ośrodków o specjalnym reżimie

	Prague	Středočeský Region	Plzeňský Region	Karlovarský Region	Jihočeský Region	Liberecký Region	Ústecký Region
> 300 clients	0	1	1	0	0	0	1
200-299 clients	6	4	2	0	2	1	2
100-199 clients	10	24	9	6	10 ¹⁰³	7	21
50-99 clients	11	33	12	7	22	9	18
30-49 clients	14	16	4	7	10	6	9
20-29 clients	2	5	3	3	2	1	4
10-19 clients	4	4	4	1	1	1	7
5-9 clients	2 ¹⁰⁴	0 ¹⁰⁵	0	0	0	0 ¹⁰⁶	1
1-4 clients	0	0	0	0	0	0	0

Source: MoLSA

Źródło: Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych

3.2. Proces deinstytucjonalizacji

- Ostatnie transformacje zostały sfinalizowane w 2018 r. (10 domów opieki zostało całkowicie przekształconych, 11 innych właśnie kończy ten proces, a 40 jest w trakcie).
- 32 ośrodki ze wszystkich krajów wzięły udział w projekcie „Wsparcie przekształcenia usług społecznych (w latach 2009-2013)” (ok. 3 300 osób z niepełnosprawnościami).
- Czterdzieści ośrodków było zaangażowanych w kolejny projekt „Transformacja usług społecznych w latach 2013-2015” (27 z nich brało też udział w poprzednim projekcie – w sumie 47 ośrodków dostało wsparcie, a 10 z nich było zamknięte z końcem 2015 roku).
- Następnie Ministerstwo wdrażało projekt „Życie jak każde inne” (2016-2020), w celu wsparcia usług środowiskowych.
- Transformacja usług społecznych wspierana była z funduszy UE w 72 ośrodkach. (Program Operacyjny Zasoby Ludzkie i Zatrudnienie – w sumie 1,6 miliarda koron czeskich i zintegrowany program operacyjny w 20 ośrodkach, 1,17 miliarda koron czeskich.)

3.2.1. Proces deinstytucjonalizacji w latach 2009-2015

Cel:

- Przekształcenie i zamknięcie 47 ośrodków (domy opieki dla osób z niepełnosprawnościami)
- Koszt całkowity: 56 000 000 EURO
- Większość funduszy pochodząca z UE
- Koszty zaplanowane na lata 2016-2020: 45 000 000 EURO
- Większość funduszy pochodząca z UE

Rezultaty w 2017 r.

- Ilość zamkniętych instytucji: 10
- Ilość instytucji zamkniętych częściowo: 3
- Jeden ośrodek zamknięty z powodu braku klientów
- Jedna instytucja miała być zamknięta w roku 2016
- W sumie 1 563 klientów opuściło domy opieki
 - 255 osób do własnych mieszkań lub rodzin⁸
 - 1 308 osób korzystając z usług środowiskowych⁹

Rezultaty w latach 2017-2019

- W roku 2019 1 692 klientów opuściło domy opieki.
 - Domy opieki dla osób z niepełnosprawnościami: 267 klientów
 - Domy opieki o specjalnym reżimie: 499 klientów
- W roku 2020 1 406 klientów opuściło domy opieki.
 - Domy opieki dla osób z niepełnosprawnościami: 249 klientów
 - Domy opieki o specjalnym reżimie: 495 klientów

8. Klienci ci przenieśli się z placówki instytucjonalnej do swoich rodzin, własnych mieszkań lub mieszkań dzielonych, korzystając z opieki nieformalnej i/lub usług środowiskowych (w zakresie opieki domowej, opieki zastępczej, opieki dziennej).

9. Klienci ci przenieśli się z instytucji do środowiskowych domów opieki (mniejsze domy opieki dla 8 osób, wspólne domy rodzinne, mieszkania chronione, itp.)

Finansowanie nowego programu – 2021+:

- ReAct EU¹⁰ (2021 – 2023)
 - 2,6 miliarda koron czeskich (104 mln. EURO)
 - Nowe możliwości, mniejsze ośrodki rezydencjalne, technologie, samochody
- ERDF¹¹ (2021 – 2025)
 - 5,6 miliarda koron czeskich (224 mln. EURO)
 - Deinstytucjonalizacja, nowe możliwości
- Narodowy Fundusz Odporności (2021 – 2026)
 - 9,6 miliarda koron czeskich (384 mln. EURO)
 - Nowe zdolności, mniejsze ośrodki rezydencjalne, samochody

Produkty procesu deinstytucjonalizacji przedstawione są w tabeli 4 – zmiany w liczbie ośrodków całodobowych między latami 2012 a 2019, gdzie spadek liczby domów opieki (ośrodki, łóżka, klienci) jest wyraźnie widoczny.

Tabela 4 – zmiany w liczbie ośrodków całodobowych między latami 2012 a 2019, źródło Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych

	Ośrodki dla osób z niepełnosprawnościami		Ośrodki dla seniorów		Ośrodki o specjalnym reżimie	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Liczba usług	212	204	480	524	210	349
Liczba miejsc	13 820	11 854	37 477	36 688	10 740	20 904
Liczba klientów	13 597	11 472	35 859	35 275	9 390	19 833
Łączne wydatki usług społecznych	CZK 4 865 729	6 948 209	10 198 854	15 558 982	3 343 902	9 735 335
	EUR 193 460,7	273 465,4	405 505	612 365,5	132 953	383 160,2

10. Pomoc na rzecz Odbudowy na rzecz Spójności i Terytoriów Europy

11. Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

Kwota publicznych CZK subsydiów dla tych usług	1 980 066 3 868 082	2 819 975 5 720 204	905 997 2 939 644
EUR	78 727,1 145 075,6	225 134 225 134	36 022,3 115 697,6
Liczba odrzuconych zgłoszeń	2 931 3 228	59 028 60 643	15 261 26 145

3.3. Strategie

W lipcu 2020 r. rząd przyjął Narodowy Plan Działania na Rzecz Zdrowia Psychicznego 2020-2030. Dokument ten zawiera cel rozwoju usług środowiskowych dla osób z chorobą Alzheimera i innymi rodzajami schorzeń neurologicznych. Błędem byłaby jednak interpretacja tego celu jako zobowiązania do deinstytucjonalizacji istniejących ośrodków opieki całodobowej lub długoterminowych ośrodków zdrowia. Celem jest deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej.

- Narodowa Strategia Rozwoju Usług Społecznych na lata 2016-2025
- Strategia Reformy Opieki Psychiatrycznej i Narodowy Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego na lata 2020-2030
- Plan działania deinstytucjonalizacji na lata 2019-2021
 - Stworzony w roku 2018, omawiany w latach 2018-2019, ale nigdy nie zatwierdzony przez rząd
- Zaangażowanie organizacji pozarządowych
 - Wszystkie odpowiednie organizacje pozarządowe były zaangażowane (poprzez grupy robocze) w przygotowania i proces konsultacyjny
- Nowy Plan Działania musi być sfinalizowany do czerwca 2022 r.
 - Jest to warunek funduszu ERDF

3.4. Rola organizacji pozarządowych w procesie deinstytucjonalizacji

Organizacje pozarządowe są zaangażowane na dwa sposoby. Po pierwsze, w ramach dokumentów strategicznych lub raportów związanych z procesem deinstytucjonalizacji w Republice Czeskiej, mogą one uczestniczyć albo w dialogu obywatelskim (zwraca się do nich Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych i proszone są one o wydelegowanie swoich ekspertów do grup roboczych i organów eksperckich). Po drugie, zaangażowane są one w ramach dialogu społecznego, jak opisane wyżej w Stowarzyszeniach Pracodawców i w grupie roboczej ds. spraw społecznych.

Nie istnieje prawne ani żadne inne zobowiązanie dla państwa, tj. Ministerstwa Pracy i Spraw Społecznych, aby konsultować plany, dokumenty strategiczne, czy oceny z sektorem NGO.

Jednak jako część dialogu społecznego państwo zobowiązane jest do dialogu z partnerami społecznymi (ci są wyłącznie reprezentantami pracodawców i związków zawodowych).

Organizacjami pozarządowymi wnioskującymi o deinstytucjonalizację w Republice Czeskiej (nie jako usługodawcy lub pracodawcy) są:

Związek na Rzecz Deinstytucjonalizacji (Jednota pro denistitucionalizaci), <http://jdicz.eu>

Sojusz na rzecz Opieki Indywidualnej (Aliance pro individualizovanou péči), <https://aipp.cz>

Reprezentanci sektora NGO

Reprezentanci sektora NGO (np. Jedność dla Deinstytucjonalizacji) biorą udział w tworzeniu istotnych dla procesu deinstytucjonalizacji dokumentów i wytycznych. Te strategiczne dokumenty to Narodowa Strategia Rozwoju Usług Społecznych na lata 2016-2025 (Cel strategiczny A: zapewnienie wyjścia

stytucjonalnego modelu opieki nad osobami z niepełnosprawnościami do świadczenia opieki w ich domach) lub Plan Działania dla deinstytucjonalizacji (w przeszłości reprezentanci byli częścią grupy roboczej ds. planu działania 2020-2022). Organizacje pozarządowe brały także udział w ustalaniu kryteriów środowiskowych usług społecznych i kryteriów transformacji i deinstytucjonalizacji. Ponadto komentowali oni akty prawne związane z procesem deinstytucjonalizacji (np. zmiana Ustawy o Usługach Społecznych).

Współpraca sektora pozarządowego i administracji państwowej wpisuje się też w zarządzanie projektem transformacji. W przeszłości był to np. projekt „Wsparcie transformacji usług społecznych”, a sektor pozarządowy brał udział w tworzeniu metodologii przekształceń instytucji dla osób z niepełnosprawnościami.

Obecnie Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych wdraża projekt „Rozwój systemu usług społecznych”, w ramach którego trwa współpraca przy niektórych działaniach. Ma ona na celu wsparcie oferty/podaży środowiskowych usług społecznych poprzez stworzenie wytycznych i metodologii dla wszystkich zainteresowanych organizacji i społeczeństwa.

Reprezentanci sektora NGO są ponadto zapraszani przez regiony jako konsultanci procesu transformacji.

4. PRZYKŁADY DOBRYCH PRAKTYK, UWAGI I DOŚWIADCZENIA

Zakład Pomocy Społecznej Křižanov

Zakład Pomocy Społecznej Křižanov jest organizacją budżetową Kraju Wysocyna. Obecnie świadczy usługi społeczne pobytowe – dom dla osób z niepełnosprawnościami, mieszkania chronione dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i niepełnosprawnością sprzężoną. Ponadto świadczymy usługę pobytową o specjalnym reżimie dla osób z niepełnosprawnością intelektualną ze specyficznymi potrzebami (np. PAS, zaburzenia behawioralne). Świadczymy też dzienną opiekę ambulatoryjną dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i niepełnosprawnością sprzężoną. Grupą docelową wszystkich usług są osoby dorosłe. Po zakończeniu transformacji domu i usług będziemy świad-

czyć usługi socjalne w sumie w dziesięciu ośrodkach w powiecie Zdziar nad Sazawą - Velké Meziříčí, Bystrice nad Pernštejnem, Kadolec, Osová Bítýška, Křižanov, Žďár nad Sázavou, Nové Město na Moravě, Měřín oraz w powiecie Jihlava - Třešť, Jihlava Na Kopci.

Początek DI (deinstytucjonalizacji)

Pierwsze kroki zostały podjęte jeszcze przed rozpoczęciem realizacji planu przekształceń.

Dwóch użytkowników przeniosło się do Velkiego Meziříčí, gdzie udało nam się zorganizować dla nich usługi opiekuńcze, a jednocześnie w ramach tej usługi każdy z nich otrzymał niezależne mieszkanie.

Za zgodą organu założycielskiego ośrodek wynajął dwa mieszkania w Křižanovie, gdzie wprowadziło się 8 użytkowników, w mieszkaniu 1+1 zamieszkała para partnerów, a w mieszkaniu 3+1 kolejnych sześciu użytkowników, którzy później przeprowadzili się do wynajętego domu w Křižanovie, w którym było więcej pokoi.

Proces transformacji w Zakładzie Pomocy Społecznej Křižanov w 2011 roku.

W 2007 roku Kraj Wysocyna zatwierdził udział placówki w projekcie Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych „Wsparcie transformacji usług społecznych”. W 2011 roku rozpoczęto współpracę z Narodowym Centrum Wspierania Transformacji (NC), które przy udziale pracownika merytorycznego w placówce w sposób metodyczny bezpośrednio pracuje nad realizacją procesu transformacji. Ponadto NC zapewniało prowadzenie szkoleń dla pracowników na wszystkich szczeblach, w tym superwizji i spotkań z innymi podmiotami świadczącymi usługi socjalne. Szkolenia te były bardzo intensywne i stanowiły dużą pomoc w realizacji procesu transformacji – szkolenia kadry kierowniczej instytucji oraz pracowników bezpośrednio opiekujących się klientami. Organizowano także spotkania informacyjne dla rodzin, przedstawicieli miast i gmin oraz służb w miejscowościach, w których planowano utworzenie nowych mieszkań.

Działania realizowane przez placówkę w ramach projektu Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych „Wsparcie transformacji usług społecznych”.

- Spotkania Multidyscyplinarnego Zespołu ds. Transformacji (MTT) na szczeblu placówki.
- W marcu 2011 roku rozpoczęto regularne spotkania MTT, w skład którego weszli: dyrektor placówki, ekonomista, kierownik sekcji operacyjnej, kierownik sekcji edukacyjnej, kierownik sekcji zdrowotnej, pracownik socjalny, metodyk opieki społecznej, pracownik ekspercki NC oraz kierownik Wydziału Usług Społecznych Kraju Wysoczyna.
- Spotkania odbywały się regularnie raz w tygodniu w celu zarządzania zmianami na szczeblu placówki.

Spotkania prowadziła pracowniczka Narodowego Centrum. Uczestniczący w nich pracownicy zostali intensywnie przeszkoleni, aby móc przeprowadzić poszczególne placówki przez proces transformacji. Praca eksperta NC miała olbrzymie znaczenie dla naszej placówki – w tym dla zarządzania procesem, realizacji zadań, komunikacji z kierownictwem organizacji, pracownikami, przedstawicielami władz gmin oraz organem założycielskim, i koordynacji całego procesu.

- **Modelowa ocena jakości i metod świadczenia usług społecznych przez Domy dla osób z niepełnosprawnościami** została przeprowadzona w maju 2010 roku. Ewaluacja została przeprowadzona przez zewnętrzną grupę oceniających, składającą się z inspektora jakości usług społecznych, pracownika regionalnego Narodowego Centrum oraz pracownika merytorycznego Narodowego Centrum w placówce. Wyniki oceny zostały przekazane zleceniodawcy, Krajowi Wysoczyna oraz instytucji zamawiającej – Ministerstwu Pracy i Spraw Socjalnych.
- **Ocena poziomu wsparcia użytkowników** zgodnie z metodyką Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych 1/2010 została przeprowadzona dla wszystkich 142 klientów w okresie czerwiec - wrzesień 2011 r. Wyniki pokazały wysoki poziom wsparcia 69 użytkowników, średni poziom wsparcia 58 użytkowników, niski poziom wsparcia 15 użytkowników.

- **Intensywna komunikacja z przedstawicielami gmin** w powiecie Zdziar nad Sazawą w celu wskazania odpowiednich miejsc pod budowę domów (Měříń, Křižanov, Velké Meziříčí, Bystřice nad Pernštejnem, Nové Město na Moravě, Bory).

W kolejnych etapach lokalizacje na terenie powiatu Jihlava (Třešť, Jihlava).

Lokalizacje zostały wybrane głównie na podstawie:

- Pierwotnego miejsca zamieszkania użytkowników, bliskości rodziny, powrotu do znanego otoczenia.
- Dostępności usług w planowanej lokalizacji (lekarz, urzędy, poczta, sklepy, usługi publiczne).
- Specyficznych potrzeb klientów (ogród, ciche otoczenie, mniej uczęszczane lokalizacje, dostępność usług, itp.).
- **Plan przekształcenia obiektu w I fazie** został przedłożony w grudniu 2011 roku do zatwierdzenia przez organ założycielski, obejmował plan wybudowania 4 domów dla 24 klientów Zintegrowanego Programu Operacyjnego oraz wynajmu nieruchomości dla 16 klientów w miastach i wsiach powiatu Zdziar nad Sazawą.
- Następnie przedstawiono dalsze plany przekształceń dla II etapu oraz na nowy okres programowania, w którym trwa kolejny IV etap w powiatach Zdziar nad Sazawą i Jihlava.

Użytkownicy są umieszczani w gospodarstwach domowych zgodnie z ich oceną poziomu wymaganego wsparcia, z ich osobistymi życzeniami, oraz z ich relacjami ze współlokatorami.

Kiedy zakończyli Państwo proces?

Przekształcenie placówki odbywało się w dwóch okresach programowania.

W pierwszym okresie, pod nazwą Transformacja Zakładu Opieki Społecznej Křižanov, zrealizowano 2 etapy. W ramach tych etapów wybudowano łącznie

9 domów w 5 miejscowościach powiatu Zdziar nad Sazawą. Łącznie przeprowadziło się do nich 54 użytkowników. Domy te świadczą następujące usługi: dom dla osób z niepełnosprawnościami dla użytkowników z wysokim i średnim poziomem wsparcia, usługi mieszkania chronionego dla użytkowników z niskim i średnim poziomem wsparcia, oraz dom ze specjalnymi rozwiązaniami dla użytkowników o specjalnych potrzebach. W mieszkaniach chronionych powstały również indywidualne gospodarstwa domowe dla par lub pojedynczych użytkowników.

Zakończenie procesu - użytkownicy wprowadzili się do nowych domów w 2015 i 2016 roku + 5 lat trwałości.

W drugim okresie programowania, pod nową nazwą Transformacja Domu Kamélie Křižanov, realizowane są już w sumie 4 etapy. W ramach tych etapów wybudowano łącznie 10 domów w trzech lokalizacjach w powiatach Zdziar nad Sazawą i Jihlava.

Pierwsza i druga faza zostały zakończone w 2020 i 2021 roku + 5 lat trwałości: 36 użytkowników przeprowadziło się do 6 domów funkcjonujących w społeczności lokalnej, utworzono dom dla osób z niepełnosprawnościami dla użytkowników z wysokim i średnim poziomem wsparcia oraz usługi mieszkania chronionego dla użytkowników z niskim i średnim poziomem wsparcia. W oddzielnych budynkach jest też świadczona ambulatoryjna opieka dzienna.

Trzeci i czwarty etap zostanie zakończony w 2022 roku + 5 lat trwałości. Podczas tych etapów zostanie wybudowanych 5 domów, do których wprowadzi się w sumie 30 użytkowników. W oddzielnych budynkach znajdzie się dom dla osób z niepełnosprawnościami, mieszkania chronione, a w oddzielnych budynkach dzienny dom opieki.

Jakie były koszty DI, kto je pokrył?

Koszty DI różniły się w zależności od okresu programowania, w którym projekty były realizowane.

Przekształcenie Zakładu Opieki Społecznej Křižanov - wydatki pokrywane ze środków UE + ok. 15% Kraj Wysoczyna

	WYDATKI ŁĄCZNIE
Przekształcenie Zakładu Opieki Społecznej Křižanov I.	38 001 766,45 CZK
Przekształcenie Zakładu Opieki Społecznej Křižanov I.	56 801 876,39 CZK

Transformacja Domu Kamélie Křižanov - wydatki pokryte ze środków UE + Kraj Wysoczyna 10%

NAZWA PROJEKTU	ŁĄCZNE KOSZTY
Transformacja Domu Kamélie Křižanov I.	75 955 984,75 CZK
Transformacja Domu Kamélie Křižanov II.	111 694 699,38 CZK
Transformacja Domu Kamélie Křižanov III. - Jihlava Na Kopci	68 719 100,84 CZK
Transformacja Domu Kamélie Křižanov III. - Jihlava Pávov	66 365 898,73 CZK
Transformacja Domu Kamélie Křižanov IV.	52 732 214,19 CZK
Zakup samochodów na potrzeby usług ambulatoryjnych	2 106 800,00 CZK

Jakie było pozytywne lub negatywne oddziaływanie procesu na klientów, pracowników, członków rodziny?

Użytkownicy/klienci

- Przede wszystkim dla użytkowników z wysokim poziomem wsparcia - duża zmiana w jakości ich życia - poruszanie się w domach bez barier, samodzielne poruszanie się w ogrodach domów bez opieki personelu
- Pokoje jednoosobowe - prywatność, indywidualne potrzeby użytkowników, zachowania użytkowników, które czasami mogą przeszkadzać innym współlokatorom
- Skupienie się na indywidualnych potrzebach użytkownika - jedzenie, zajęcia, korzystanie z usług

- Możliwość doświadczenia normalnego życia domowego, zwykłe życie, takie jak rówieśników w społeczeństwie
- Możliwość korzystania ze zwykłych usług w lokalnej społeczności
- Oferta usług w lokalnej społeczności dla potencjalnych zainteresowanych - nie muszą się przenosić ze znanego im otoczenia do odległych lokalizacji

Przed przeprowadzką do nowych ośrodków i domów trudniej było przygotować użytkowników do nowego otoczenia, nowego personelu (zwłaszcza w bardziej oddalonych od Křižanova miejscowościach), użytkownicy byli przyzwyczajeni do życia w dużych grupach - niektórym trudniej było przyzwyczać się do samotności.

Członkowie rodziny

- Konieczna jest odpowiednio wczesna komunikacja z rodzinami użytkowników
- Spotkania informacyjne, pisma
- Możliwość odwiedzenia już funkcjonujących domów
- Zapewnienie, że członkowie ich rodzin objęci naszymi usługami będą pod odpowiednią opieką, nawet w małych gospodarstwach domowych

Jakie bariery miały wpływ na DI w Państwa placówce, czy były jakieś pułapki DI?

- Znalezienie odpowiednich miejsc i terenów - usługi publiczne w okolicy, wielkość terenu, odległość do usług
- Obawy społeczne dotyczące osób z niepełnosprawnościami mieszkających w ich sąsiedztwie
- Przygotowanie klientów z wysokim poziomem wsparcia, którzy mają bariery w komunikacji z otoczeniem
- Brak świadomości wśród specjalistów – lekarzy, publicznych pracowników socjalnych. Niewystarczające doświadczenia z transformacją opieki instytucjonalnej w Republice Czeskiej - informacje, inspiracje, prewencja. Pracownicy, którzy nie zgadzają się na przekształcenie placówki - informowanie, seminaria, staże w transformowanych usługach, oferta zatrudnienia w nowych ośrodkach i lokalizacjach

- Rodziny użytkowników, które nie zgodziły się na ich przeniesienie do gospodarstw domowych w społeczności - komunikacja z rodzinami, odpowiednia ilość informacji, przedstawienie konkretnych usług w gospodarstwie domowym, możliwość odwiedzenia już istniejących gospodarstw domowych
- Odpowiednie dostosowanie zakresu świadczonych usług do rzeczywistych potrzeb użytkowników danego gospodarstwa domowego
- Gospodarstwa domowe dla użytkowników o specjalnych potrzebach – najlepiej mniejsze, oddzielne gospodarstwa domowe lub z możliwością ich rozdzielenia w razie potrzeby, biorąc pod uwagę potencjalnych mieszkańców i ich specjalne potrzeby
- Planowanie gospodarstw domowych bez barier z bezpośrednim dostępem do tarasu, ogrodu – samodzielne poruszanie się użytkowników z wysokim poziomem wsparcia bez stałego towarzystwa drugiej osoby
- Zajęcia grupowe – istnieje ciągła potrzeba pracy nad planowaniem i realizacją zajęć indywidualnych – personel i użytkownicy dużych placówek są przyzwyczajeni do spędzania czasu, korzystania z usług i innych zajęć w grupach
- Korzystanie z własnych środków finansowych i zarządzanie nimi, nawet użytkownicy z wysokim poziomem wsparcia – ćwiczenia, wsparcie przez personel
- Współpraca z sądami – samodzielność i zdolność użytkowników do czynności prawnych, praca z kuratorami, korekta orzeczeń w zakresie zdolności prawnej, gospodarowanie środkami

Opracowała:

mgr Eva Příhodová

kierownik działu usług pobytowych Domov Kamélie Křižanov

www.domovkamelie.cz

Dom Pomocy Społecznej Jinošov

Deinstytucjonalizacja Domu Pomocy Społecznej Jinošov rozpoczęła się w 2007 roku, gdy zostaliśmy włączeni do projektu pilotażowego Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych. Był to wówczas pilotażowy projekt Transformacji Usług Socjalnych.

W lutym 2008 roku zawalił się uszkodzony przez korniki sufit w głównym budynku pałacu. W związku z zaistniałą sytuacją musieliśmy przenieść klientów. Inżynier budowlany nie zalecał dalszego wykorzystywania pałacu.

Klienci zostali przeniesieni z budynku głównego do innych budynków pomocniczych, i przeprowadzeni do hostelu w miejscowości Náměšť nad Oslavou. Ta przeprowadzka odbyła się bez wcześniejszego przeszkolenia klientów, a działania były podejmowane natychmiastowo. Całą akcją koordynowaliśmy wraz ze służbami zintegrowanego systemu ratownictwa, władzami miasta Náměšť nad Oslavou, oraz czeskim wojskiem.

Pod koniec 2010 roku całkowicie opuściliśmy pałac w Jinošovie. Klienci mieszkali w hostelach, wynajmowanych mieszkaniach i domach jednorodzinnych. Przy tej przeprowadzce klientów mamy już przygotowane plany przejściowe, które umożliwiają nam komunikowanie się z naszymi klientami. Niektórzy klienci spędzili w pałacu dziesiątki lat swojego życia i przeprowadzka nie jest dla nich łatwa.

Projekt Transformacja Domu Pomocy Społecznej Jinošov jest podzielony na III etapy dla 70 klientów korzystających z usług pobytowych – Dom dla osób z niepełnosprawnościami i mieszkania chronione.

Dom Pomocy Społecznej Jinošov był pierwszą placówką w Kraju Wysoczyna, której celem było stworzenie możliwości zamieszkania w lokalnej społeczności dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i niepełnosprawnością sprzężoną (mieszkania wspomagane). Mieszkania oferuje organizacja budżetowa Dom bez pałacu (dawniej Dom Pomocy Społecznej Jinošov).

I ETAP TRANSFORMACJI

W 2010 r. projekt został zgłoszony do Zintegrowanego Programu Operacyj-

nego, a w listopadzie 2011 roku rozpoczęto prace budowlane, dzięki którym do końca października 2012 roku wybudowano 2 domy w miejscowości Velká Bíteš, 2 domki, zaplecze dla usług ambulatoryjnych i kierownictwa jednostki w miejscowości Náměšť nad Oslavou. Domki w Velké Bíteši są przystosowane dla użytkowników z wysokim poziomem wsparcia i zapewniają usługi dla osób z niepełnosprawnościami oraz usługi opieki zastępczej. Równocześnie powstało tu miejsce na codzienne terapie dla użytkowników. Dwa domki w miejscowości Náměšť nad Oslavou służą jako mieszkania chronione. Każdy domek przeznaczony jest dla sześciorga użytkowników. W miejscowości Náměšť nad Oslavou powstaje obiekt administracyjny z miejscem na dom pobytu dziennego i warsztaty terapii zajęciowej. Warsztaty terapii zajęciowej służą jako publiczna kawiarnia i oferują możliwość ćwiczenia nawyków pracy dla użytkowników z niepełnosprawnością intelektualną.

Pierwszy etap został zakończony w listopadzie 2013 roku, ale już w pierwszej połowie roku do nowo wybudowanych domów przeprowadziło się 24 użytkowników Domu bez pałacu.

II ETAP TRANSFORMACJI

Etap ten został zakończony na początku 2015 roku. Jesienią 2014 roku 12 klientów przeprowadza się do dwóch gospodarstw domowych we wsi Pucov. Na początku 2015 roku klienci wprowadzą się do domu w Jaroměřicach nad Rokytinou i dwóch domów w Okříškach. W jednym domu w miejscowości Okříšky świadczymy usługi opiekuńcze dla jednego klienta. Na tym etapie 30 klientów przeprowadza się do nowych domów.

III ETAP TRANSFORMACJI

W tej fazie jest prowadzony remont domu w miejscowości Náměšť nad Oslavou i domu w miejscowości Hrotovice. Remonty kończymy latem 2015 roku. Do nowych domów przeprowadza się 19 klientów.

Projekt DI (deinstytucjonalizacji) jest finansowany przez Zintegrowany Program Operacyjny UE, budżet Ministerstwa Pracy i Spraw Społecznych oraz Kraj Wysoczyna.

Deinstytucjonalizacja jest najlepszym rozwiązaniem dla klientów, personelu, instytucji i członków rodziny.

Klienci mają więcej prywatności, więcej możliwości wyboru (kiedy wstać, kiedy i co zjeść, jak spędzać wolny czas). Więcej uwagi poświęca się ich osobistym życzeniom i potrzebom. Działania indywidualne przeważają nad działaniami grupowymi, a także np. wakacje są spędzane indywidualnie. Klienci mają swoje osobiste konta, osobiste portfele, wgląd w dochody, wydatki, fizycznie widzą pieniądze, wypłaty z bankomatów. Środowisko domowe odpowiada zwykłemu gospodarstwu domowemu. Kładziony jest nacisk na komunikację alternatywną i wspomaganą (alternative and augmentative communication – AAC) – zindywidualizowane wysiłki w celu osiągnięcia porozumienia. Mniej zasad i mniejsza grupa oznaczają mniej bodźców powodujących trudne zachowania klientów (agresja, dyskomfort). Nawet klienci z wysokim poziomem wsparcia regularnie trafiają do głównego nurtu życia społecznego (restauracja, zakupy, koncert). Podstawowe korzystanie z usług w społeczności (kościół, biblioteka, fryzjer, lekarz, pedicure) – sprzyja nawiązywaniu zwykłych relacji z lokalną społecznością. Dążenie do życia w domu – również z wykorzystaniem mobilnego zespołu paliatywnego – pozwala człowiekowi doświadczyć różnych ról (sąsiada, obywatela, katolika, bywalca gospody, klienta).

Życie w głównym nurcie społeczeństwa może wiązać się z różnymi zagrożeniami, ale można je wyeliminować stosując odpowiednie środki. Pojawiają się inne zagrożenia niż w placówce zbiorowej (więcej wolności to więcej zagrożeń, np. alkohol, narkotyki, ryzykowne kontakty). Nieprzestrzeganie zasad zdrowego żywienia (wybór mało urozmaiconej diety przy indywidualnym odżywianiu). Zagrożenia wynikające z nieobecności personelu 24/7 (spóźniona reakcja na pożar, bójkę między klientami, brak reakcji na dyskomfort psychiczny lub wykorzystywanie seksualne, itp.). Nieracjonalne dysponowanie pieniędzmi (wydawanie na ubrania lub kosmetyki pieniędzy przeznaczonych na jedzenie). Nieregularne przyjmowanie przypisanych leków. Odrzucenie przez współlokatorów (inny wiek, charakter, stopień niepełnosprawności, sposób życia). Odrzucenie przez społeczność (uprzedzenia, reakcje na nieodpowiednie zachowania, brak higieny). Poczucie osamotnienia, niezakorzenia w nowym środowisku, zerwanie więzów przyjaźni. Niektórym bardziej odpowiadał system opieki i przekazywanie odpowiedzialności za swoje życie personelowi placówki opiekuńczej.

Deinstytucjonalizacja przynosi ogromne korzyści zarówno dla pracownika, jak i dla instytucji. Poczucie że zapewniamy wysokiej jakości usługi świadczone w społeczności lokalnej, na które jest zapotrzebowanie. Spełnienie wymogów ustawy nr 108/2006. Nowe budynki spełniające wymagania, wybudowane w celu świadczenia usług społecznych (spełniające standardy materiałowo-techniczne). Mniejsze koszty remontów budynków – min. przez pierwsze 10 lat. Łatwiej jest znaleźć wysokiej jakości pracowników w wielu lokalizacjach, niż wtedy, gdy instytucja jest scentralizowana. Lepsze warunki pracy dla pracowników (filozofia pracy, środowisko pracy, wartości). Większe „uprawnienia”, ale i większa odpowiedzialność. Możliwość skorzystania z dotacji (projekty miękkie i inwestycyjne). Przekształcona organizacja może być postrzegana jako nowoczesna, atrakcyjniejsza, bardziej prestiżowa – dla pracowników, klientów, ale także dla sponsorów. W czasie epidemii – łatwiejsza izolacja poszczególnych małych grup bez wpływu na pozostałe (mniejsze ryzyko masywnej epidemii wśród pracowników). Większa samodzielność pracowników. Mniejsza rotacja pracowników. W małej grupie łatwiej jest zaadaptować osobę z chorobą towarzyszącą (PAS, diagnoza psychiatryczna itp.). Mniej podwładnych na jednego menedżera – więcej miejsca na ukierunkowany rozwój zawodowy każdego pracownika. Wychodzimy naprzeciw zapotrzebowaniu klientów przychodzących z rodzin (którzy nie chcą iść do dużej placówki). Wystarczająca liczba osób zainteresowanych usługą. Poszczególne domy mogą być przeznaczone dla innej grupy docelowej. Świadczone usługi obejmują większy obszar regionu i dzięki temu są one bardziej dostępne dla użytkowników i ich rodzin. Więcej personelu w bezpośredniej opiece, eliminacja działań usługowych (pralnia, kuchnia) – koszty są kierowane wyłącznie na opiekę nad klientem.

Również z tą częścią są związane ryzyka świadczenia usług socjalnych. Jednak wszystkimi zagrożeniami można aktywnie zarządzać i ich unikać. Oprócz audytu wewnętrznego, co 3 lata przeprowadzamy audyt zewnętrzny elementów systemowych. Możliwe zagrożenia: Do nowej siedziby przeniesiemy stare metody pracy i poprzednie podejście pracowników (= mała instytucja). Mniejsza częstotliwość kontroli, zwłaszcza w bardziej oddalonych lokalizacjach – ryzyko późniejszego wychwycenia niewłaściwych tendencji. Bardziej złożony system komunikacji pomiędzy centralą a poszczególnymi ośrodkami. Większa liczba pracowników średniej kadry kierowniczej- wyższy

koszt pracowników o wyższych kwalifikacjach. Wyższe wymagania stawiane są pracownikom bezpośredniej opieki (za to samo wynagrodzenie) jak: prowadzenie samochodu (nawet wielomiejscowego), aktywna praca na komputerze, samodzielność, elastyczność, ocena stanu zdrowia pod nieobecność personelu medycznego, partnerskie podejście do klientów. Zwykle tylko jeden asystent na dyżurze – odpowiedzialność i konieczność podejmowania decyzji nawet w trudnych sytuacjach. Jeśli asystent ma nagłą niedyspozycję fizyczną - nie ma zastępstwa. Mniejsze zespoły to mniejsza stabilność (choroby, urlopy i inne zaktócenia). Dzielone zmiany – niekorzystne dla pracowników, jedna noc na dwa domy. Utrzymywanie uzależnienia od świadczonej usługi u bezproblemowych klientów. Pokoje dwuosobowe ograniczają liczbę nowych klientów. Społeczeństwo przenosi na instytucję odpowiedzialność za wszelkie zachowania użytkowników, w tym dochodzenie roszczeń. Pracownik nie jest w stanie współpracować partnersko z klientami. Nadmierna opieka i przejmowanie odpowiedzialności za klientów. Zwiększona lekliwość personelu ogranicza klientów. Nieuwzględnienie nowych trendów opieki pojawiających się w placówkach opieki instytucjonalnej. Trudniej jest obsadzić wolne miejsce dla klienta w domu (podobny poziom wsparcia, odpowiednia osobowość). Skostnienie w ustanowionym systemie bez przeprowadzanych na bieżąco rewizji (zmiany, liczba osób, system podawania posiłków, gospodarowanie pieniędzmi, itp.). Nieuwzględnienie zmian w potrzebach klientów (zmiana wieku, stanu zdrowia lub usamodzielnienie się). Nieodpowiednie obsadzenie personelu (niedoceniając wymagającego charakteru usługi, ale także nadmierne zatrudnienie i wynikające z tego zbyt wysokie koszty usługi).

Deinstytucjonalizacja to poważny i długotrwały proces.

Przy jego wprowadzaniu prawie zawsze istnieje ryzyko. Ale wszystkie te problemy można przezwyciężyć. Bardzo ważne jest posiadanie planu zarządzania ryzykiem, który pomaga w poszczególnych dziedzinach. Ryzyko występuje w kontaktach z klientami, opiekunami i członkami rodziny. Ważną częścią tego procesu są pracownicy. Proces szkoleń, staży i innych działań pomaga przezwyciężyć zmiany w sposobie świadczenia usług. Kolejnym ważnym elementem jest organ założycielski instytucji, który musi wyrazić zgodę na proces zmian i wesprzeć je finansowo.

U nas się nie sprawdziło:

- Mieszkania chronione dla sześciu osób (to za dużo, optymalna liczba to cztery osoby).

- Łączenie wielu usług w ramach jednego gospodarstwa domowego (mieszkanie chronione i opieka zastępcza lub dom dla osób z niepełnosprawnością i osobisty asystent).
- Pokoje dwuosobowe.
- Mieszkania z barierami (starzejący się klienci).

U nas się sprawdziło:

- Opracowanie i przestrzeganie dobrego planu indywidualnego, planu wsparcia, planu zarządzania ryzykiem.
- Planowanie strategiczne.
- Przenoszenie klientów z usług stacjonarnych do usług terenowych i ambulatoryjnych (musieliśmy sami zacząć prowadzić niektóre z nich, bo nie były dostępne).

Patrząc z perspektywy czasu - nie wyobrażamy sobie już świadczenia tradycyjnych usług stacjonarnych. Żaden z naszych klientów, którzy doświadczyli pierwotnej opieki instytucjonalnej, nie chciałby wrócić „do pałacu”. Bardzo dobrze uświadamiają sobie zmianę jakości życia przy świadczeniu usług społecznych w społeczności lokalnej.

Transformacja usług społecznych ma sens.

Opracował:

Bc. Marek Klement

48

Kierownik Pracowni Socjoterapii Kavárna Pohodička

Dom bez zamku, Náměšť nad Oslavou

Tel: 739 905 881

www.kavarnapohodicka.cz

Transformacja Zamku Nová Horka

Dom NaNovo jest instytucją budżetową Kraju Morawsko-Śląskiego, która świadczy następujące usługi socjalne: Dom dla Osób z Niepełnosprawnościami, Mieszkania Chronione, i Rehabilitacja Społeczna dla 54 klientów. Jego historia sięga lat 40. Był to klasyczny zakład opieki społecznej, przeznaczony przede wszystkim dla kobiet z niepełnosprawnością intelektualną. Do 2016 roku urzędował w zamku w miejscowości Nová Horka koło Studénki, dlatego poprzednia nazwa brzmiała Zamek Nová Horka, p. o. Od 2008 roku trwa tu proces transformacji usług socjalnych, który doprowadził do opuszczenia budynku zamku i oznaczał powstanie sieci drobnych usług świadczonych w społeczności lokalnej w regionie Nowego Jičína. Z opuszczeniem zamku związana była też zmiana nazwy na Domov NaNovo, organizacja budżetowa.

Kiedy rozpoczęli Państwo proces DI?

Proces ten rozpoczął się u nas w 2008 roku po przyjęciu Koncepcji jakości usług socjalnych, wraz z transformacją, która została zatwierdzona przez organ założycielski dla podległych mu instytucji. Koncepcja ta była zgodna z narastającym przekonaniem, że osoby z niepełnosprawnościami mogą żyć inaczej i gdzie indziej, czyli w warunkach zbliżonych do tych, w jakich żyją ich rówieśnicy. Dla nas oznaczało to, że usługi socjalne nie będą już w przyszłości świadczone w zamku, mieliśmy stopniowo opuszczać zamek; przestaliśmy przyjmować nowych klientów - to znaczy, gdy ktoś odchodził lub umierał, zmniejszaliśmy liczbę klientów aż do zera; zaczęliśmy szukać odpowiednich mieszkań i domów, które odpowiadają zwykłemu życiu, pozwalają na kontakt z sąsiadami, z otoczeniem i są nie do odróżnienia od domów, w których nie ma usług socjalnych.

Kiedy zakończyli Państwo proces?

Proces został zakończony 15.02.2016 r., gdy ostatni klienci przenieśli się z zamku do nowo wybudowanego ośrodka - Domu dla osób z niepełnosprawnością w Studénce, dysponującego 18 miejscami. To nasz największy dom, w którym świadczymy usługi dla osób z najwyższym poziomem wsparcia. Niemniej jednak jest to miejsce świadczenia usług socjalnych, składa się z czterech mieszkań, a opieka nad podopiecznymi odbywa się w mieszkaniach bez centralnej

kuchni, pralni, itp. Następnie zamek przekazaliśmy Muzeum Novojičínska, p.o. - również instytucji Kraju Morawsko-Śląskiego, która tworzy tu muzeum. DI (deinstytucjonalizacja) została przeprowadzona w fazach:

1. Przygotowanie, odejście klientów pod opiekę innych świadczeniodawców usług
2. Utworzenie mieszkania chronionego Nový Jičín w willi przy ulicy Slovanská dla dziewięciorga klientów w 2010 roku, w 2011 roku rozszerzenie o dwa miejsca w mieszkaniu w bloku z wielkiej płyty przy ulicy Dlouhá.
3. Utworzenie mieszkania chronionego w Sedlnicach dla 10 klientów i mieszkania chronionego w Kopřivnicy dla 10 klientów w 2013 roku. Dodatkowe mieszkanie chronione Kopřivnice zostało w 2017 roku powiększone o dwa miejsca w zwykłym mieszkaniu przy ulicy Dukelská.
4. Założenie w 2015 r. Domu dla osób z niepełnosprawnością Studénka, a następnie opuszczenie zamku.

Podczas wszystkich faz personel i klienci byli edukowani w ramach szkoleń, poprzez wymianę doświadczeń z innymi usługodawcami, poprzez staże, supervizje, wewnętrzne dyskusje i grupy robocze.

Jakie były koszty DI?

Mieszkanie chronione Nový Jičín, willa Slovanská - 6,8 mln CZK

Mieszkanie chronione Nový Jičín, mieszkanie Dlouhá - 0,5 mln CZK Mieszkanie chronione

Sedlnice - 10,8 mln CZK

Mieszkanie chronione Kopřivnice, willa Záhumenní - 9,9 mln CZK 50

Mieszkanie chronione Kopřivnice, mieszkanie Dukelská - 2,3 mln CZK Dom dla osób z niepełnosprawnością Studénka, nowy budynek w budowie

Dom dla osób z niepełnosprawnością Studénka, nowy budynek w zabudowie bliźniaczej - 33 mln CZK

Kto pokrywał koszty?

Braliśmy udział w naborach projektów Regionalnego Programu Operacyjnego Kraju Morawsko-Śląskiego i Zintegrowanego Systemu Operacyjnego z Krajowego Centrum Wspierania Transformacji przy Ministerstwie Pracy i Spraw Socjalnych.

Zarówno projekty inwestycyjne, jak i nieinwestycyjne były w 85% pokrywane ze środków UE, a resztę pokrywał organ założycielski, czyli Kraj Morawsko-Śląski.

Budynek na mieszkanie chronione Kopřivnice i mieszkanie przy ul. Dlouhá w Novym Jičynie zostały przekazane Krajowi Morawsko-Śląskiemu bezpłatnie przez państwo ze zobowiązaniem do świadczenia usług społecznych odpowiednio przez 20 i 10 lat. Pozostałe obiekty stanowiły własność Kraju Morawsko-Śląskiego lub zostały zakupione, a koszty zostały później uznane za wydatek w ramach europejskiej dotacji.

Jakie było pozytywne lub negatywne oddziaływanie procesu na klientów, pracowników, członków rodziny?

Klienci

W życiu każdego z naszych klientów nastąpiły pozytywne zmiany. Transformacja ma wpływ na zmianę spojrzenia na klienta, gdy wsparcie indywidualne przeważa nad instytucjonalnym - grupowym. Otwiera to drzwi do ukrytych zdolności osoby niepełnosprawnej, których nikt wcześniej nie szukał. Pozytywnych skutków jest wiele - rozwój osobisty, zmiana otoczenia na bardziej domowe, możliwość podejmowania decyzji lub współdecydowania o swoich sprawach, w tym o finansach, możliwości zatrudnienia, indywidualne wsparcie nawet dla osób z wysokim poziomem wsparcia z użyciem komunikacji alternatywnej i wspomaganiej (AAC), stymulacja podstawowa, zmiana otoczenia, nowe doświadczenia i uczestnictwo w zwykłych życiowych sytuacjach, itp. Dla

niektórych klientów negatywna mogła być utrata nadmiernej opieki (zwłaszcza dotyczy to mężczyzn), konieczność przejęcia odpowiedzialności. Ale taki jest sens przemiany i takie jest zwykłe życie.

Pracownicy

Większość pracowników postrzega zmianę w świadczeniu usług jako to, co nadaje sens ich pracy. Widzą zmiany w zachowaniu i samoocenie klientów, mogą lepiej prowadzić ich przez życie - jest to bardziej wymagające, ale długoterminowo efektywne. Zdarzali się jednak i tacy pracownicy, którzy nie godzili się z utratą instytucjonalnych rozwiązań i odchodzili. Powodem mogła być znacząca zmiana zakresu obowiązków służbowych, brak zaufania do klientów lub utrata wolnej od odpowiedzialności władzy i dominacji nad klientami.

Członkowie rodziny

Długo nie mogli się pogodzić z tym procesem z powodu obaw, co się stanie, gdy członek ich rodziny nie poradzi sobie ze zmianą. Zastanawiali się nad ubezpieczeniami, nad tym, czy dana osoba może potem wrócić pod opiekę instytucjonalną. Efektem procesu dla rodzin jest konieczność ich zaangażowania w kształtowanie życia podopiecznych lub odwrotnie, wycofanie się z podejmowania za nich decyzji - jest to sprawa indywidualna. Na przykład, matka naszego 40-letniego klienta opiekowała się nim jak dzieckiem i musiała się przyzwyczaić do tego, że zachowuje się już jak dorosły mężczyzna. Kocha swoją mamę, odwiedzają się nawzajem, ale gdy nie chce, to nie odbiera od niej telefonu, itp.

Dla wszystkich pojawiły się nowe role życiowe, które na jednych mają negatywny, a na innych pozytywny wpływ.

Jakie bariery wpływały na DI w Państwa placówce?

Największymi barierami były: znalezienie odpowiednich obiektów, przekonanie pracowników i udzielenie odpowiedzi na wszystkie ich pytania, nieufność rodzin i opiekunów, pewien opór sąsiadów wobec przyszłych usług.

Na jakie pułapki dotyczące DI zwróciłoby Państwo uwagę innych instytucji?

Wszystko wygląda na skomplikowane i nierozwiązywalne. Ważne jest, aby zawsze trzymać się pierwotnej słusznej idei. Forsować ją i przy niej wytrwać. Nie wszystko w końcu wyjdzie idealnie, ale później jest mnóstwo czasu na ustępstwa - mam na myśli pytania - skąd weźmiemy pieniądze na więcej pracowników, co stanie się z pierwotnym budynkiem, co wtedy, gdy klienci nie dadzą sobie z tym rady.

Deinstytucjonalizacja nie jest łatwa i od razu mogę powiedzieć, że wdrażając ją, nie ułatwiamy sobie późniejszej pracy. Z drugiej strony pojawiają się sytuacje, z którymi nigdy wcześniej nie mieliśmy do czynienia (seksualność, związki, finanse, bankomat, zakupy spożywcze, przyjmowanie leków, klient nie wracający do usługi z wizyty, zaległości w kasie sklepowej, itp.). Ale to jest życie, jakie my wiemy, ludzie niepełnosprawni też mogą żyć w ten sposób, jednak ktoś ich takiego życia pozbawił. Wszyscy wiemy, że jest o wiele więcej pozytywnych stron niezależnego życia. Przy wsparciu o indywidualnym charakterze, każdy może tego doświadczyć.

Źródła

ALLINGER B., ADAM G. Badania dla projektu FORESEE: Wpływ pandemii Covid-19 na sektor usług społecznych i rolę dialogu społecznego (Research for FORESEE project: Impact of the Covid-19 pandemic on the social services sector and the role of social dialogue). Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), 2021.

Hofschneiderová A., Matiaško M. Institutionalisation, Disability And Ageing. Opieka instytucjonalna dla starszych osób z niepełnosprawnościami w Republice Czeskiej (Institutional care for older persons with disabilities in the Czech Republic). Prague: Forum for Human Rights, 2021.

HORECKÝ J. The Union of the Employers Associations of the Czech Republic. Pessis 2. Promowanie organizacji pomocy społecznej pracodawców w dialogu społecznym (Promoting employers' social services organizations in social dialogue). Prague: The Union of the Employers Associations of the Czech Republic. 2013.

Autorstwo zbiorowe. Dialog społeczny w Republice Czeskiej (Sociální dialog v České republice). Praga: ČMKOS, 2008.

MALÝ I. ESPN Raport tematyczny dotyczący wyzwań w opiece długoterminowej w Republice Czeskiej. (Thematic Report on Challenges in long-term care Czech Republic). Brussels: European Commission, 2018.

Rocard E., Sillitti P., Llana-Nozal A. COVID-19 w opiece długoterminowej: wpływ, reakcje polityczne i wyzwania. (COVID-19 in long-term care: impact, policy responses and challenges). Paris: OECD, 2021.

Czeski Urząd Statystyczny, Wydział Statystyki Ludności - Rozwój Ludności Republiki Czeskiej <https://www.czso.cz/documents/10180/61565976/13006918.pdf/86bf3abd-4ced-41f0-812a-b71c842954c5?version=1.6>.

Czeski Urząd Statystyczny, Wydział Statystyki Ludności - Rozwój Ludności Republiki Czeskiej - 2018-2100 <https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>.

Co oznacza instytucjonalizacja i deinstytucjonalizacja usług społecznych? - Alfabet. Alfabet - Portal informacyjny dla opiekunów (Co znamená institucionalizace a deinstitutionalizace sociálních služeb? - Alfabet. Alfabet - Informační portál pro pečující) [online]. Copyright © 2010 [cit. 12.12.2021]. Dostępne na: <https://www.alfabet.cz/babicka-po-mrtvici/co-znamená-institucionalizace-a-deinstitucionalizace-socialnich-sluzeb/>.

Deinstytucjonalizacja usług społecznych (Narodowa Strategia Rozwoju Usług Społecznych 2016-2025) - Przegląd Polityki Społecznej i Badań . Recenzja dotycząca polityki społecznej i badań [online]. Copyright © 2021 Instytut Polityki Społecznej i Badań [cit. 12.12.2021]. [Deinstitutionalizace sociálních služeb (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025) - Revue pro sociální politiku a výzkum. Revue pro sociální politiku a výzkum - [online]. Copyright © 2021 Institut pro sociální politiku a výzkum [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/deinstitutionalizace-socialnich-sluzeb-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>.

Minister Marks proponuje podwyżkę wynagrodzeń pracowników społecznych. Przewodnik [online]. Copyright © 2021 [cyt. 12.12.2021]. [Ministryně Marksová navrhuje zvýšení platů pro pracovníky v sociálních službách. Průvodce [online]. Copyright © 2021 [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: <https://www.mpsv.cz/-/ministryne-marksova-navrhuje-zvyseni-platu-pro-pracovniky-v-socialnich-sluzbach>.

Nowa tabela wynagrodzeń dla usług społecznych obowiązująca od 1 lipca 2017 r. - Nursing.info. Nursing.info - Portal dla pielęgniarek i niemedycznych zawodów medycznych [online]. Copyright © Copyright 2009 [cyt. 12.12.2021]. [Nová platová tabulka pro sociální služby platná od 1. 7. 2017 - Ošetřovatelství.info. Ošetřovatelství.info - portál pro sestry a nelékařská zdravotnická povolání [online]. Copyright © Copyright 2009 [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: <https://www.osetrovatelstvi.info/nova-platova-tabulka-pro-socialni-sluzby-platna-od-1-7-2017/>.

O jedną czwartą wzrosną pensje opiekunów osób starszych lub niepełnosprawnych. Rząd zniósł część tabel i dodał miliard do usług społecznych - Hospodářské Noviny. Hospodářské noviny [online]. Copyright © Copyright 2021 [cyt. 12.12.2021]. [Platy pečovatelů o seniory či postižené se zvýší o čtvrtinu. Vláda zrušila část tabulek a na sociální služby přidala miliardu - Hospodářské noviny. Hospodářské noviny [online]. Copyright © Copyright 2021 [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: <https://domaci.hn.cz/c1-65749840-platy-pecovatelu-o-seniory-ci-postizene-se-zvysi-o-ctvrtinu-vlada-zrusila-cast-tabulek-a-na-socialni-sluzby-pridala-miliardu>.

Wynagrodzenia w usługach społecznych wzrosną od lipca o prawie jedną czwartą, jedna trzecia tabel zostanie zlikwidowana - Aktuálně.cz. Aktualności - Aktuálně.cz [online]. Práva autorské © [cyt. 12.12.2021]. [Platy v sociálních službách se od července zvýší skoro o čtvrtinu, třetina tabulek se zruší - Aktuálně.cz. Zprávy - Aktuálně.cz [online]. Copyright © [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/vydelky-v-socialnich-sluzbach-se-od-cervence-zvys-i-o-23-proc/r~e3b3050245e211e7a83b0025900fea04/>.

Wynagrodzenia w usługach społecznych wzrosną o jedną czwartą, zatwierdził rząd - iDNES. iDNES [online]. Copyright © Copyright 2009 [cyt. 12.12.2021]. [Platy v sociálních službách vzrostou o čtvrtinu, schválila vláda - iDNES. iDNES [online]. Copyright © Copyright 2009 [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/platy-socialni-sluzby-rust.A170531_112907_do_maci_bur.

Od lipca 2017 płace pracowników społecznych mogą poprawić się o tysiąc koron. Personelu pomocniczego o 700 koron - Przegląd polityki społecznej i badań. Recenzja dotycząca polityki społecznej i badań [online]. Copyright © 2021 Instytut Polityki Społecznej i Badań [cit. 12.12.2021]. [Sociální pracovníci by si od července 2017 mohli polepsit o tisíc korun. Pomocný personál o 700 korun - Revue pro sociální politiku a výzkum. Revue pro sociální politiku a výzkum [online]. Copyright © 2021 Institut pro sociální politiku a výzkum [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/socialni-pracovnici-by-si-od-cervence-2017-mohli-polepsit-od-tisic-korun-pracovnici-v-prime-peci-o-51/>.

Rząd, który regularnie podnosi pensje pracowników | Rząd Republiki Czeskiej. Strona główna Rząd Republiki Czeskiej [online]. (Vláda, která pravidelně zvyšovala platy zaměstnanců | Vláda ČR. Úvodní stránka | Vláda ČR [online].) Dostępne na: <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/vlada--k-tera-pravidelne-zvysovala-pl-aty-zamestnancu-160325/>.

Raporty o transformacji w Republice Czeskiej | Transformacja usług społecznych. Transformacja usług społecznych [online]. Copyright © 2021, [cyt. 12.12.2021]. (Zprávy o transformaci v ČR | Transformace sociálních služeb. Transformace sociálních služeb [online]. Copyright © 2021, [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/zpravy-o-transformaci-v-cr/>.

Wzrost od 1 lipca wynagrodzeń w usługach socjalnych! - Związek Zawodowy Zdrowia i Opieki Społecznej Republiki Czeskiej. Związek Zawodowy Zdrowia i Opieki Społecznej Republiki Czeskiej [online]. Copyright © 2021 Związek Zawodowy Zdrowia i Opieki Społecznej Republiki Czeskiej [cit. 12.12.2021]. (Zvýšení od 1. července se v sociálních službách týká platů i mezd! - Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR [online]. Copyright © 2021 Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR [cit. 12.12.2021].) Dostępne na: <https://www.zdravotnickeodbory.cz/zvy-seni-od-1-cervence-se-v-socialnich-sluzbach-t-yka-platu-i-mezd/>.

