

# Deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb – přístup krajů a Ministerstva práce a sociálních věcí ve strategických dokumentech

---

## Výzkum veřejného ochránce práv 2023

Výzkum je realizován v rámci projektu Posílení aktivit veřejného ochránce práv v ochraně lidských práv (směrem k ustavení Národní lidskoprávní instituce v ČR), číslo projektu: LPPDP3-001. Tento projekt je financován z prostředků Fondů EHP a Norska 2014–2021 a státního rozpočtu ČR.



# Obsah

---

Poslání ochránce.....	4
Vysvětlení důležitých pojmů.....	5
Seznam použitých zkratk .....10	10
Úvodní slovo .....	11
Shrnutí .....	14
Obsahová analýza strategických dokumentů .....	14
Tematická analýza rozhovorů se zástupci krajů a MPSV .....	15
Právní úprava.....	18
1. Právo na nezávislý způsob života a na život v komunitě .....	18
2. Participace lidí s postižením na plánech a monitorování deinstitutionalizace jako požadavek Úmluvy .....	22
3. Právo na poskytování sociálních služeb v co nejméně omezujícím prostředí .....	23
4. Role Ministerstva práce a sociálních věcí .....	24
5. Plány a stav deinstitutionalizace v České republice .....	26
Přístup krajů a ministerstva práce a sociálních věcí k deinstitutionalizaci .....	33
1. Výsledky obsahové analýzy strategických dokumentů .....	33
1.1 Definice klíčových pojmů .....	34
1.2 Zapojení lidí s postižením do zpracování dokumentu .....	39
1.3 Strategické cíle deinstitutionalizace .....	41
1.4 Transformace sociálních služeb v dílčích cílech .....	42
1.5 Rozvoj sociálních služeb komunitního charakteru v dílčích cílech .....	46
1.6 Náležitosti strategického dokumentu.....	53
1.7 Obsahová analýza – souhrn zjištění.....	60
2. Tematická analýza – rozhovory se zástupci krajů a MPSV .....	65
2.1 Vize podoby a rozvoje sociálních služeb.....	67
2.2 Metodické zázemí plánování rozvoje sociálních služeb .....	71
2.3 Sběr dat o potřebách pro účely plánování rozvoje sociálních služeb.....	74
2.4 Zapojení lidí s postižením do procesu plánování rozvoje sociálních služeb .....	77
2.5 Pojmy související s deinstitutionalizací .....	80
2.6 Typy transformovaných služeb .....	84
2.7 Překážky úspěšné deinstitutionalizace.....	86
2.8 Návrhy k řešení bariér deinstitutionalizace .....	107



2.9 Plánování rozvoje sociálních služeb.....	117
2.10 Tematická analýza – souhrn zjištění .....	123
Závěr .....	131
1. Plány deinstitutionalizace a rozvoj sociálních služeb .....	131
2. Participace lidí s postižením .....	132
3. Stav deinstitutionalizace a jeho další vývoj dle strategických plánů MPSV a krajů.....	134
4. Odstraňování překážek deinstitutionalizace .....	135



## Poslání ochránce

Již od roku 2001 ochránce chrání osoby před nezákonným či jinak nesprávným jednáním nebo nečinností správních úřadů a dalších institucí. Tehdy má právo nahlížet do úředních či soudních spisů, žádat úřady o vysvětlení a může bez ohlášení provádět místní šetření. Shledá-li pochybení úřadu a nepodaří se mu dosáhnout nápravy, může informovat nadřízený úřad či veřejnost.

Od roku 2006 ochránce plní úkoly národního preventivního mechanismu podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Systematicky navštěvuje zařízení, v nichž se nacházejí osoby omezené na svobodu, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením. Svá zjištění a doporučení ochránce zobecňuje v souhrnných zprávách z návštěv a na jejich základě formuluje standardy zacházení. Návrhy na zlepšení zjištěného stavu a odstranění případného špatného zacházení ochránce směřuje jak k samotným zařízením a jejich zřizovatelům, tak k ústředním orgánům státní správy.

V roce 2009 byl ochránce pověřen rolí národního orgánu pro rovné zacházení a ochrany před diskriminací (equality body). Přispívá tedy k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru nebo světový názor. Za tím účelem poskytuje pomoc obětem diskriminace, provádí výzkum, zveřejňuje zprávy a vydává doporučení k otázkám souvisejícím s diskriminací

a zajišťuje výměnu dostupných informací s příslušnými evropskými subjekty.

Od roku 2011 ochránce rovněž sleduje zajištění cizinců a výkon správního vyhoštění.

Počínaje lednem 2018 zastává ochránce také funkci monitorovacího orgánu pro naplňování práv zakotvených Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a pomáhá také cizincům-občanům Evropské unie, kteří žijí nebo pracují v České republice. Poskytuje jim informace o jejich právech a pomoc při podezření na diskriminaci z důvodu státní příslušnosti.

Ke zvláštním oprávněním ochránce patří právo podávat Ústavnímu soudu návrhy na zrušení podzákonných právních předpisů, právo vedlejšího účastenství před Ústavním soudem v řízení o zrušení zákona či jeho části, právo podat správní žalobu k ochraně veřejného zájmu či návrh na zahájení kárného řízení s předsedou či místopředsedou soudu. Ochránce také může příslušnému úřadu doporučit vydání, změnu či zrušení právního nebo vnitřního předpisu. Doporučení ke změně zákona podává vládě.

Ochránce je nezávislý a nestranný, z výkonu své funkce je odpovědný Poslanecké sněmovně, která ho zvolila. Má jednoho voleného zástupce, kterého může pověřit výkonem části své působnosti. Se svými poznatky ochránce průběžně seznamuje veřejnost prostřednictvím médií, internetu, sociálních sítí, odborných seminářů, kulatých stolů a konferencí. Nejdůležitější zjištění a doporučení shrnuje zpráva o činnosti veřejného ochránce práv předkládaná každoročně Poslanecké sněmovně.



## Vysvětlení důležitých pojmů

---

Ve výzkumné zprávě používáme množství pojmů, jejichž význam je nezbytné vnímat v závislosti na jejich obsahu a původu. Vycházíme jak z terminologie používané Ministerstvem práce a sociálních věcí v Kritériích sociálních služeb komunitního charakteru a kritériích transformace a deinstitucionalizace,<sup>1</sup> tak z terminologie užívané Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením<sup>2</sup> a Výborem OSN pro práva osob se zdravotním postižením.

Dle Úmluvy mají lidé s postižením právo žít ve společenství a plně se začlenit a zapojit do společnosti. Mají mít možnost zvolit si, kde a s kým budou žít, a nemají být nuceni žít **ve specifickém prostředí**. Úmluva používá v této souvislosti především termín „**instituce**“, který zohledňuje zejména způsob poskytování sociální služby. Vysoká kapacita služby, tedy velký počet lidí, kterým je v daný okamžik v daném místě služba poskytována, není jediným znakem instituce. Dle Úmluvy se za instituce považují i služby s malým počtem klientů, které však poskytují službu ústavním způsobem (např. paternalistický přístup služby ke klientovi, segregace či izolace klientů apod.). Termín „instituce“ v textu používáme především v první, teoretické části dokumentu, a to např. při vymezení pohledu Úmluvy na právo na nezávislý způsob života a zapojení do společnosti<sup>3</sup>.

Český právní řád v současné době nevymezuje pojmy „ústav“ či „sociální služba komunitního charakteru“. Pro účely našeho výzkumu jsme proto **použili definice z Kritérií**. Přestože by si **zasloužily aktualizaci a zpřesnění, považujeme je z těch, které jsou v současnosti dostupné, za nejvhodnější**. Vychází z principů Úmluvy a zároveň ohledně nich existuje určitá míra všeobecné shody. Ministerstvo vyžaduje dodržování Kritérií při transformaci sociálních služeb, zejména pro realizaci projektů financovaných z evropských fondů.<sup>4</sup>

Kritéria používají termín „**pobytová sociální služba ústavního charakteru**“. Ten vymezují způsobem poskytování služby, její celkovou kapacitou a velikostí domácností. Definování ústavních a komunitních sociálních služeb pouze skrze „měkká kritéria“ (tedy zejména způsob poskytování služby) by nutně narazilo na zásadní obtíž – jak ověřit, zda je konkrétní sociální služba naplňuje. Takové ověření je za stávajícího nastavení systému sociálních služeb a úrovně sběru dat obtížné až nemožné. Skutečné plnění „měkkých kritérií“ je možné ověřit v zásadě pouze přímo v konkrétním zařízení vhodně zvolenou metodou.

**Definice v Kritériích proto představuje vhodnou kombinaci principů Úmluvy**

---

1 MPSV. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. Online, 2022. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/Krit%C3%A9ria+transformace+a+DI.pdf/f9b9cf13-724c-8b35-7f03-7870a2e68b91> [cit. 14. 1. 2024].

2 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, vyhlášená pod č. 10/2010 Sb. m. s.

3 Článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

4 Například v programech IROP a OPZ+.



**a měřitelných podmínek, která nám umožnila analyzovat strategické dokumenty ministerstva a krajů týkající se deinstitucionalizace.**

Jednotlivé pojmy uvádíme v pořadí dle jejich vzájemné provázanosti, nikoliv v abecedním pořadí.

**Instituce<sup>5</sup>** – prostředí či zařízení, které lidem s postižením neumožňuje nezávislý způsob života a zapojení do komunity. Přípravuje je o možnost osobní volby a nezávislost, vnucuje jim určitý způsob života.<sup>6</sup> Mezi definiční znaky instituce patří například, že lidé:

- musejí sdílet asistenty s ostatními, nemají žádný nebo omezený vliv na to, od koho budou přijímat podporu,
- jsou izolováni a odděleni od života v běžné společnosti,
- nemají kontrolu nad rozhodováním v každodenním životě, nemohou si vybrat, s kým budou žít,
- musejí vykonávat shodné aktivity na stejném místě se skupinou dalších lidí pod dohledem autority,
- jsou klienty sociální služby, která k nim přistupuje paternalisticky.<sup>7</sup>
- Dalším znakem instituce je dohled nad prostředím a obvykle rovněž nepřiměřený počet osob s postižením žijících ve stejném prostředí.

**Plány deinstitucionalizace<sup>8</sup>** – Úmluvou požadované strategie a akční plány směřující k nahrazení institucí (institucionálního prostředí) službami podporujícími nezávislý způsob života a přístupnými obecnými (veřejnými) službami. Naplňují okamžitou povinnost státu přijmout (ihned nebo v přiměřené době) uvážená, konkrétní a cílená opatření s maximálním využitím dostupných zdrojů<sup>9</sup> k postupnému uplatnění hospodářských, sociálních a kulturních práv plynoucích z čl. 19 písm. b) a c) Úmluvy. Vytvoření konkrétních akčních plánů podporujících nezávislý způsob života a zapojení do komunity, rozvoj

---

5 Zdroj definice: Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Obecný komentář č. 5 (2017) o nezávislém způsobu života a být součástí komunity, Online. New York: United Nations, 27. října 2017 [cit. 14. 1. 2024]. CRPD/C/GC/5. Dostupné z: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). Česky dostupné z: [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz).

6 Dle Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením mohou instituce lidem s postižením nabízet určitý stupeň volby a kontroly, nicméně tato volba je omezená na specifické oblasti života a nemění segregující charakter instituce.

7 Těmto znakům instituce pak může odpovídat i sociální služba s malým počtem klientů.

8 Zdroj definice: Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Obecný komentář č. 5 (2017) o nezávislém způsobu života a být součástí komunity. Online 27. října 2017 [cit. 14. 1. 2024]. CRPD/C/GC/5. Dostupné z: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). Česky dostupné z: [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz).

9 Článek 4 odst. 2 Úmluvy a body 39 a 41 Obecného komentáře.



a poskytování podpůrných a dalších služeb, patří mezi základní prvky článku 19.<sup>10</sup> Mezi požadavky na plány deinstitucionalizace patří například:<sup>11</sup>

- Respektují, že systematické uplatňování práva na nezávislý způsob života, a zejména deinstitucionalizace ve všech svých formách, vyžaduje strukturální změny a koordinovaný přístup na úrovni vlády i mezi dalšími orgány.<sup>12</sup>
- Cílí na uzavření institucí, předcházení umisťování do ústavů a rozvoj podpůrných<sup>13</sup> a dalších služeb (včetně bydlení), které umožní lidem s postižením žít nezávislý způsob života a zapojit se do komunity.<sup>14</sup> Státy nemají prostor pro úvahu v tom, zda nahradit ústavy, ale mohou zvažovat, jaké programové kroky k nahrazení institucionálního prostředí naplánují.<sup>15</sup>
- Jako základ obsahují jasné prohlášení, čeho má být deinstitucionalizací dosaženo.<sup>16</sup>
- K dosažení cílů využívají maximální množství zdrojů. Jasně vymezují potřebné a dostupné lidské, technické a finanční zdroje.
- Do jejich tvorby jsou zapojeni lidé s postižením a organizace hájící jejich zájmy.<sup>17</sup>
- Obsahují jasné termíny a časový harmonogram.
- Obsahují referenční kritéria umožňující jejich vyhodnocení.

**Pobytová sociální služba ústavního charakteru (též ústavní služba či ústav)<sup>18</sup>** – Instituce poskytující klientům nepřetržitou péči spojenou s ubytováním, stravováním a dalšími službami nahrazujícími běžný způsob života.

- V souvislostech sociálních služeb je tímto pojmem myšlena pobytová sociální služba, v níž jsou lidé izolováni od širšího společenství, jsou nuceni ke společnému žití a jsou v ní vystaveni negativním účinkům institucionalizace. K těmto negativním účinkům patří bydlení ve speciálně určených budovách „pro postižené“, izolace lidí na základě společného znaku (typu zdravotního postižení, např. mentální postižení), potlačení individuality člověka, dodržování režimu zařízení, jasná hierarchie role klienta a role pracovníka.

---

10 Srovnej Obecný komentář, bod 38 písm. c) a e).

11 Srovnej Obecný komentář, body 39, 41, 42, 57 až 59, 70.

12 Srovnej Obecný komentář, body 41 a 58, a Pokyny k deinstitucionalizaci, bod 67.

13 V souladu s Obecným komentářem (zejména bod 60) musí být podpůrné služby dostupné (místně a časově), přístupné, cenově dostupné, přijatelné (dostatečně kvalitní) a přizpůsobitelné (individualizované podle potřeb konkrétního člověka).

14 Srovnej Obecný komentář, body 41, 42, 58 až 60, a Pokyny k deinstitucionalizaci, bod 67.

15 Srovnej Obecný komentář, bod 42.

16 Pokyny k deinstitucionalizaci, bod 68.

17 Srovnej čl. 4 odst. 3 Úmluvy, Obecný komentář, body 42 a 70, a Pokyny k deinstitucionalizaci, body 34 a 67 *in fine*.

18 Zdroj definice: MPSV. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. Online, 2022. Dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) [cit. 14. 1. 2024].



- Princip ústavní péče spočívá v tom, že se člověk podřizuje systému instituce, a ne instituce člověku. Jedná se o historicky zažitý a používaný termín s pejorativní konotací charakterizující instituci.
- Dalšími definičními znaky jsou: povinné sdílení asistentů s ostatními nebo žádný či omezený vliv na to, od koho musí člověk asistenci přijmout, izolace a segregace z nezávislého života v rámci komunity, nedostatek kontroly nad každodenními rozhodnutími, nedostatek volby ohledně toho, s kým žít, rigidita každodenních činností bez ohledu na osobní vůli a preference, identické aktivity na stejném místě pro skupinu lidí pod určitou autoritou, paternalistický přístup k poskytování služeb, dohled nad životním uspořádáním a obvykle rovněž disproporce v počtu lidí s postižením žijících ve stejném prostředí. **Ústav sice nedefinuje jeho velikost, ale procesy izolace a procesy institucionalizace, nicméně u větších pobytových služeb je tendence k institucionalizaci vyšší.**
- Z pohledu kumulativního naplnění níže uvedených kritérií se jedná o **pobytovou sociální službu, která je poskytována 19 a více klientům na jednom místě, případně u služeb s menší kapacitou v daném místě, jde-li o společné prostory, nerozdělené na jednotlivé domácnosti pro maximálně 6 klientů.**

**Sociální služba komunitního charakteru (též komunitní služba)<sup>19</sup>** – sociální služba, která je zaměřená na řešení nepříznivé sociální situace v přirozeném prostředí člověka. Může být poskytována ambulantní, terénní i pobytovou formou, přičemž každá tato sociální služba bez ohledu na formu je v obci umístěna stejně jako jiné prostory stejného účelu a není soustředěna s ostatními službami stejného charakteru v jednom místě a u ambulantní a pobytové služby je omezena maximálním počtem klientů v jednom místě. Sociální služba komunitního charakteru nevylučuje místně ani způsobem jejího poskytování člověka ze společnosti. Podporuje jej ve využívání běžných zdrojů v okolí a podporuje člověka ve využití všech jeho schopností, které dále rozvíjí, a v navazování a udržování běžných společenských vztahů a rolí.

- Kapacita u pobytových služeb – individuální domácnost 1 či 2 klienti, skupinová domácnost 3 až 6 klientů, chráněné bydlení nejvýše 4 klienti. V jednom rodinném nebo bytovém domě žije nejvýše 12 klientů, jsou-li to lidé s potřebou nízké nebo střední míry podpory (dospělí), nebo 18 klientů, jsou-li to lidé s potřebou vysoké míry podpory.
- Kapacita u ambulantních služeb – ambulantní služby a denní programy užívá v jednom objektu maximálně 32 klientů v jednom okamžiku. Jednoho programu se v jedné místnosti účastní ideálně 5, nejvýše však 10 klientů služby současně.

**Deinstitucionalizace<sup>20</sup>** – proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby s postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem s postižením

19 Zdroj definice: MPSV. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. Online, 2022. Dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) [cit. 14. 1. 2024].

20 Zdroj definice: MPSV. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. Online, 2022. Dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) [cit. 14. 1. 2024].





a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby klientů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci.

**Transformace<sup>21</sup>** – je souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v přirozeném prostředí člověka a snižování ústavních kapacit.

**Humanizace** – pojem dříve používaný<sup>22</sup> pro označení první fáze transformace velkokapacitních ústavů. Spočívala v investicích do úpravy prostředí a péče. Již z názvu je patrné, že cílem bylo učinit podmínky v ústavu lidštějšími, přijatelnějšími pro život. Primárním účelem humanizace není odstranění ústavního charakteru služby, proto ji z pohledu naplnění cílů deinstitucionalizace nepovažujeme za dostatečnou. Investice do humanizace jsou *de facto* investicemi do institucí, které Úmluva zapovídá.

**Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb** – strategický dokument obce nebo kraje schválený na dobu 3 let, jehož obsahem je souhrn a výsledky podkladových analýz a dat, popis způsobu zpracování plánu včetně vymezení spolupráce s obcemi, s poskytovateli sociálních služeb a osobami, kterým jsou sociální služby poskytovány, popis a analýza dostupných zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb obsahující popis budoucího žádoucího stavu a opatření, jejichž prostřednictvím by mělo být tohoto stavu dosaženo, povinnosti zúčastněných subjektů, postup sledování a vyhodnocování plnění plánu včetně způsobu, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb a způsob zajištění sítě sociálních služeb na území kraje.<sup>23</sup> Kraj má podle zákona o sociálních službách povinnost tento plán zpracovat, zatímco obec jej zpracovat může.<sup>24</sup>

---

21 Zdroj definice: MPSV. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. Online, 2022. Dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) [cit. 14. 1. 2024].

22 Srov. MPSV: Doporučený postup č. 4/2009 – Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče, s. 3.: „Humanizace - je proces, který vede k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů. Pojem deinstitucionalizace označuje jeden z komponentů humanizace. Pro potřeby zlepšení podmínek ve stávajících zařízeních se pracuje s pojmem humanizace – investice do změny v původních velkokapacitních zařízeních.“ Dostupný z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz). Dále srov. MPSV: *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace* (2016), s. 3: „Humanizace sociálních služeb - takové zlepšování podmínek pro poskytování sociální služby pobytové formy, které směřuje ke zlepšení prostředí i péče dané sociální služby. Cílem humanizace je postupné zajištění péče v přirozeném prostředí. Jedná se o první stupeň transformace.“ Dostupný z: [www.trass.cz](http://www.trass.cz).

23 Podle § 3 písm. h) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

24 Srov. ustanovení § 94 písm. d) a § 95 písm. d) zákona o sociálních službách.



## Seznam použitých zkratek

---

CDZ – Centrum duševního zdraví	NSRSS – Národní strategie rozvoje sociálních služeb
DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením	Obecný komentář – Obecný komentář Výboru OSN č. 5 o nezávislém způsobu života a zapojení do komunity <sup>25</sup>
DZR – Domov se zvláštním režimem	OPZ – Operační program zaměstnanost je nástroj pro využívání finančních prostředků z Evropského sociálního fondu
CHB – Chráněné bydlení	Pokyny k deinstitucionalizaci – Pokyny pro rušení ústavů pro osoby se zdravotním postižením vztahující se i na mimořádné situace <sup>26</sup> přijaté Výborem OSN v roce 2022
IROP – Integrovaný regionální operační program, který poskytuje dotace na zlepšení kvality života v regionech	PSB – Podpora samostatného bydlení
KISSOS – Krajský informační systém sociálních služeb je nástroj určený pro řešení agend v sociální oblasti pro úroveň krajů, obcí, zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb	RAP – Regionální akční plán je národní intervenční nástroj určený výhradně pro řešení územní dimenze fondů EU ve vybraných tématech
Kritéria – Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace	SPRSS – Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí	Výbor OSN – Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením
NAPPDZ – Národní akční plan péče o duševní zdraví	

---

25 Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. *Pokyny pro rušení ústavů pro osoby se zdravotním postižením vztahující se i na mimořádné situace*. Online, 2022. CRPD/C/5. Dostupné z: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). Český překlad dostupný z: [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz).

26 Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. *Obecný komentář č. 5 (2017) o nezávislém způsobu života a být součástí komunity* Online, 2017. CRPD/C/GC/5. Dostupné z: [documents.un.org](http://documents.un.org). Český dostupný z: [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz).



## Úvodní slovo

---

Česká republika je od roku 2009 smluvním státem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, dle které má povinnost naplňovat právo lidí s postižením na nezávislý způsob života a plné zapojení do společnosti.<sup>27</sup> S tím je neoddělitelně spojena povinnost provést deinstitucionalizaci.

Pohledem Úmluvy můžeme deinstitucionalizaci vymezit jako přechod od segregace a izolace lidí s postižením k individualizované podpoře, která jim umožní nezávislý způsob života podle jejich volby a plné a účinné zapojení do společnosti. Deinstitucionalizace zahrnuje množství procesů a strukturálních reforem, včetně transformace sociálních služeb a rušení institucí.

**Transformace sociálních služeb je otázka právní, politická i společenská. Jde o palčivé téma, které odpovědné subjekty často přehlížejí.** Téma, které je zatíženo mnoha vzletnými a upřímně míněnými, ale později opakovaně nedodrženými sliby. Především jsou to však osudy desetitisíců lidí s postižením, kteří v současnosti v různých institucích nežijí svobodným životem. Jsou to rovněž osudy bezpočtu pečujících, kteří na úkor svých fyzických i psychických sil každodenně pečují o své děti a později již dospělé potomky s postižením, kteří by bez jejich podpory neměli leckdy jinou volbu než žít v instituci.

I v České republice se v minulosti odehrávala většina koordinované péče o lidi s postižením ve velkokapacitních zařízeních pro desítky či stovky lidí, v bývalých zámčích, klášterech či vilách, často v odlehlých oblastech, na okraji společnosti – přeneseně i doslovně. Nedílnou součástí života v takových zařízeních byl režim, plošně platný pro všechny a podřízený pravidlům a potřebám instituce.<sup>28</sup> I dnes můžeme bohužel taková zařízení najít. Další lidé byli po celý život odkázáni na péči svých rodičů či blízkých, aniž jim byla dostupná jiná podpůrná služba. Péče rodiny byla jedinou alternativou k životu v instituci, což vedlo k další izolaci a závislosti na pečujících.

Veřejný ochránce práv upozornil na nepřijatelnost ústavního prostředí již v roce 2006.<sup>29</sup> Od roku 2018 je nedílnou součástí mé role monitorovacího orgánu pro naplňování Úmluvy sledovat, jak se systém péče a podpory pro lidi s postižením v čase proměňuje. Již ve zprávě ze systematických návštěv v domovech pro osoby se zdravotním postižením

---

27 Článek 19 Úmluvy.

28 Historický vývoj ústavní péče v České republice lze ilustrovat na příběhu pana Jarde, který prožil poslední desítky let v jednom z českých velkokapacitních ústavů. Zažil jeho proměny od péče poskytované řádovými sestrami až dodnes a popsal své zkušenosti pro podcast „Koho by to zajímalo?“. Autorka: Brit Jensen. Podcast je součástí výzkumného projektu Životní příběhy za lidská práva, realizovaného na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy. Dostupný z <https://ceskepodcasty.cz/epizoda/328245> [cit. 15. 1. 2024].

29 Veřejný ochránce tehdy navštívil pět ústavů sociální péče pro lidi s tělesným postižením. Kritizoval zejména přetrvávající zdravotnický model zařízení, nedostatek soukromí pro klienty či nedostatek personálního zajištění, jehož důsledkem byla nutnost podřízovat se režimovým opatřením. Blíže v Souhrnné zprávě o činnosti veřejného ochránce práv za rok 2006, s. 91 a následující. Dostupné z: [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz).



z roku 2020<sup>30</sup> jsme vydali doporučení určené Ministerstvu práce a sociálních věcí „podporovat transformaci a deinstitucionalizaci pobytových sociálních služeb“ a „aktivně stimulovat zřizovatele a poskytovatele pobytových sociálních služeb k transformaci a deinstitucionalizaci“. Ve zprávách ze systematických návštěv provedených po roce 2020 se opakují zjištění o existenci ústavů, ústavních prvků v transformovaných zařízeních a nedostatku transformačních plánů.<sup>31</sup>

Rovněž odborníci na danou oblast upozorňují, že proces deinstitucionalizace v České republice nebyl úspěšně dovršen. Například dle zprávy o stavu pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením v roce 2021 „Žít jako ostatní“<sup>32</sup> žije patnáct tisíc lidí s mentálním postižením v pobytových sociálních službách, z toho dvě třetiny v nevyhovujících podmínkách.

**Rozhodl jsem se proto provést výzkum, jak Česká republika přistupuje ke své povinnosti deinstitucionalizovat a jak do tohoto procesu zapojuje lidi s postižením.** Mapuji, v jakém stavu nyní deinstitucionalizace v České republice je, jak k ní přistupuje Ministerstvo práce a sociálních věcí a kraje. Zvláště se zaměřuji na to, co brání provedení deinstitucionalizace. Následně na základě výsledků výzkumu vydám doporučení určené ministerstvu a krajům.

Základní povinností státu dle Úmluvy je mít konkrétní a kvalitní **plány deinstitucionalizace**, které za využití maximálního množství zdrojů povedou co nejrychleji k plnému naplnění práva lidí s postižením na nezávislý život v komunitě. **Výzkum se proto soustředí v prvé řadě právě na plány deinstitucionalizace na národní i krajské úrovni a na jejich kvalitu z pohledu Úmluvy.**

Ve výzkumu jsem se zaměřil na deinstitucionalizaci domovů pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) a domovů se zvláštním režimem (DZR), jejichž zřizovatelem je MPSV nebo kraje<sup>33</sup> a jejichž cílovou skupinou jsou „lidé s mentálním postižením“ nebo „lidé s chronickým duševním onemocněním“ ve věku od 18 do 64 let.<sup>34</sup> Tuto cílovou skupinu jsem zvolil, protože předpokládám, že nejvíce lidí s potenciálem žít život nezávisle a v komunitě se nachází právě v ústavních zařízeních DOZP a DZR určených těmto cílovým skupinám.<sup>35</sup>

---

30 Souhrnná zpráva ze systematických návštěv Domovy pro osoby se zdravotním postižením, ze dne 22. října 2019, sp. zn. 11/2017/NZ, [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz).

31 Srov. například zpráva z návštěvy zařízení ze dne 9. listopadu 2022, sp. zn. 40/2022/NZ, [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz) nebo zpráva z návštěvy zařízení ze dne 14. prosince 2022, sp. zn. 30/2022/NZ, [eso.ochrance.cz](https://www.eso.ochrance.cz).

32 Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, z. s., Jednota pro deinstitucionalizaci – JDI, z. s., *Žít jako ostatní. Zpráva o stavu pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením v roce 2021*. Online, 2021. Dostupné z: [www.spmpr.cz/](https://www.spmpr.cz/).

33 Podle zprávy veřejného ochránce práv Život klientů a klientek v domovech pro osoby se zdravotním postižením (sp. zn. 6/2019/OZP/MR) kraje zřizují 71 % DOZP.

34 Charakteristiky zařízení dle cílové skupiny a věkové kategorie byly zvoleny dle aplikace Nahlížení a vyhledávání ve veřejném registru poskytovatelů sociálních služeb dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb> [cit. 7. 4. 2022].

35 Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, z. s., Jednota pro deinstitucionalizaci – JDI, z. s., *Žít jako ostatní. Zpráva o stavu pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením v roce 2021*. Online, 2021, s. 8. Dostupné z: [www.spmpr.cz](https://www.spmpr.cz/) [cit. 10. 9. 2023].



Výzkum jsme realizovali za pomoci dvou výzkumných metod. První z nich byla obsahová analýza strategických dokumentů krajů a MPSV zaměřená na zmapování závazku deinstitucionalizovat. Druhá výzkumná metoda spočívala v tematické analýze polostrukturovaných rozhovorů se zástupci krajů a MPSV jakožto hlavními činiteli deinstitucionalizace a zároveň zřizovateli DOZP a DZR. Cílem tematické analýzy bylo lépe porozumět překážkám a dilematům, kterým v souvislosti s deinstitucionalizací a plánováním rozvoje sociálních služeb čelí.

Nemohu přehlédnout, **že v oblasti deinstitucionalizace se za posledních 30 let v České republice dosáhlo mnoha úspěchů.** Oceňuji práci všech, kteří se dosud na změně podíleli. Stejně tak **děkuji lidem, kteří v jakýchkoli sociálních službách pracují,** neboť jen díky nim a jejich činnosti je možné zajistit kvalitní a respektující péči a podporu lidem s postižením.

**Nedokončený proces deinstitucionalizace,** bez ohledu na dosavadní pokrok, **brání lidem s postižením v České republice žít skutečně nezávislý život s plným zapojením do společnosti.** Věřím, že zjištění plynoucí z tohoto výzkumu mohou být impulsem pro systematické odstraňování překážek deinstitucionalizace. Přeji si, aby tato výzkumná zpráva byla podnětem pro obnovení úsilí provést zásadní změny, a to nejen na úrovni systému, ale též ve způsobu přemýšlení o deinstitucionalizaci. Nesmíme zapomínat, že prvotním účelem tohoto procesu je naplňování práv lidí s postižením, kteří jsou nedílnou součástí naší společnosti. Jejich zkušenosti, návrhy a doporučení k provedení deinstitucionalizace jsou zásadním ukazatelem, kudy se mají změny ubírat.

JUDr. Vít Alexander Schorm  
zástupce veřejného ochránce práv



## Shrnutí

---

Česká republika musí mít stále na paměti závazek provést deinstitucionalizaci, který plyne z Úmluvy.<sup>36</sup> Ten musí zohlednit při plánování rozvoje sociálních služeb a vyčlenit potřebné finance. Nesmí ustát v odstraňování překážek, které deinstitucionalizaci brání. Musí využít maximální množství prostředků k vytvoření systému, který umožní lidem s postižením žít nezávislým způsobem života a plně se zapojit do společnosti. Zásadním nástrojem pro dosažení tohoto cíle jsou kvalitní plány deinstitucionalizace, do jejichž tvorby jsou ve všech fázích účinně zapojeni lidé s postižením a organizace je zastupující.

### Obsahová analýza strategických dokumentů

Česká republika nemá na národní ani krajské úrovni plány deinstitucionalizace, které naplňují náležitosti vyžadované Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) ani kraje ve strategických dokumentech jasně neprohlašují, co má být cílem deinstitucionalizace. Rovněž různě chápou a definují základní pojmy spojené s deinstitucionalizací. MPSV a kraje do plánování deinstitucionalizace také dostatečně a účinně nezapojují lidi s postižením, případně organizace, které je zastupují.

1. Výsledkem deinstitucionalizace má být také rozvoj sociálních služeb komunitního charakteru. Národní strategie rozvoje sociálních služeb (NSRSS) ani krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (SPRSS) **definici pojmu „služby komunitního charakteru“** neobsahují. Jen jeden kraj (to vychází na 7 %) ji ve svém střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb má. Pokud jednotliví aktéři (vyjma jednoho) nedefinují, co služby komunitního charakteru jsou, je i výsledek deinstitucionalizace nejasný.
2. **SPRSS nedefinují nebo nedostatečně definují pojmy „deinstitucionalizace“ a „transformace“.** Ve více než polovině plánů (57 %) se pojem „deinstitucionalizace“ vyskytoval, ale nebyl doprovázen konkrétní definicí. Stejný poměr krajských plánů (57 %) používal pojem „transformace“, který ale nebyl vysvětlen. Definici pojmu „deinstitucionalizace“ shodnou s Kritérii má pouze NSRSS a jeden kraj. Definici pojmu „transformace“ shodnou s Kritérii měly NSRSS a dva kraje. Nedostatek shody nad tím, co znamená „deinstitucionalizace“ a procesy na ní navázané, brání možnosti dosáhnout deinstitucionalizace jakožto závazku České republiky.
3. **Strategické dokumenty (NSRSS ani SPRSS) nedefinují pojem „humanizace“.** Tato situace může způsobit, že kraje a MPSV budou humanizaci pokládat za transformaci, a tak může docházet k dalšímu investování do služeb ústavního charakteru.
4. Ve většině strategických dokumentů **chybí návrhy opatření, která by zabraňovala přenášení ústavních prvků do nových služeb.** Více než čtyři pětiny SPRSS (86 %) neobsahují žádné opatření k zamezení přenosu ústavních prvků. Tato opatření neobsahuje ani NSRSS. Hrozí tak vytváření zařízení, jež mohou svým materiálně-

---

36 Článek 19 Úmluvy.



technickým zázemím připomínat zařízení komunitního charakteru, ve kterých však budou služby poskytovány ústavní formou a v rozporu s cíli deinstitucionalizace.

5. Strategické dokumenty se **nedostatečně zaměřují na snižování kapacit ústavních služeb i rušení ústavů**. Jen čtyři SPRSS (29 %) obsahují opatření vedoucí k rušení ústavních služeb. A zároveň pouze dva kraje (14 %) uvádějí snižování kapacity ústavních služeb na úroveň služeb komunitního charakteru.<sup>37</sup> NSRSS obsahuje dílčí cíle, které mají vést k úplnému zrušení ústavních služeb i ke snižování jejich kapacit. Nelze však jednoznačně určit, zda snížením kapacit budou služby odpovídat službám komunitního charakteru.
6. **SPRSS mají neurčitě formulované dílčí cíle**, což snižuje jejich splnitelnost. Necelé tři čtvrtiny krajů (71 %) v dílčích cílech svých SPRSS neuváděly subjekt, který by byl zodpovědný za jejich splnění. Více než polovina plánů (57 %) neurčovala žádný termín pro splnění daného cíle a šest ze čtrnácti krajů (43 %) si v SPRSS nestanovilo žádné kritérium, podle kterého by dokázaly určit, že je cíl splněn.
7. Nad rámec SPRSS vydaly tři kraje **zvláštní strategické dokumenty**, které se zaměřovaly výhradně na deinstitucionalizaci. Tyto dokumenty **jsou příkladem krajské dobré praxe v přístupu k deinstitucionalizaci, protože**:
  - a. Byly přijaty v průměru na dobu osmi let, což zaručuje možnost strategického plánování deinstitucionalizace a transformace na delší období, než je platnost SPRSS. Delší platnost také přispívá k udržení deinstitucionalizace a transformace jako priority bez ohledu na aktuální rozložení politických sil.
  - b. Obsahovaly definice služeb komunitního charakteru (dva dokumenty ze čtyř).
  - c. Obsahovaly vize a cíle deinstitucionalizace (rozvoj komunitních služeb, péči v přirozeném prostředí, sociální začleňování, snižování kapacit ústavních služeb a rušení ústavů, orientaci na potřeby klientů a prevenci institucionalizace).
  - d. Většina snižovala kapacity ústavních služeb až na úroveň služby komunitního charakteru (oproti SPRSS).

## Tematická analýza rozhovorů se zástupci krajů a MPSV

Míra a tempo transformace sociálních služeb se v jednotlivých krajích liší. Skutečné zapojení lidí s postižením do strategického plánování deinstitucionalizace je velmi nízké a není cílené. MPSV ani kraje si nestanovily mechanismy, které by ulehčily a zkvalitnily přímé zapojení lidí s postižením. Naplnění závazku provést deinstitucionalizaci brání řada překážek procesního i systémového charakteru. Pro úspěšnou deinstitucionalizaci je nezbytná spolupráce mezi rezorty na centrální úrovni i mezi MPSV a kraji. Nejvíce kompetencí při deinstitucionalizaci má MPSV, a odpovědnost za výsledek tudíž leží zejména na něm.

1. **Stav transformace sociálních služeb se v jednotlivých krajích liší**. V posledních 15 letech všechny kraje (alespoň částečně) transformovaly domovy pro osoby

---

37 Myšleno služeb komunitního charakteru dle Kritérií. Blíže ve [Vysvětlení důležitých pojmů](#).



se zdravotním postižením (DOZP). Pět krajů uvedlo, že transformovalo domovy se zvláštním režimem (DZR). V žádném kraji neprošly transformací všechny DOZP a DZR. **Žádné z pěti zařízení sociálních služeb přímo zřizovaných MPSV neprošlo transformací, přestože se jedná o velkokapacitní služby ústavního charakteru.**

2. Deset krajů plánuje transformovat DOZP, tři z těchto krajů i DZR. Kraje se dále zaměřují na rozvoj pobytových služeb (chráněné bydlení, DZR a DOZP), které budou komunitního charakteru, a dále na rozvoj ambulantních a terénních služeb. MPSV nesdělilo konkrétní plány na transformaci zařízení sociálních služeb, která zřizuje.
3. **Úroveň participace lidí s postižením na přípravě plánů je velmi nízká.** Téměř polovina krajů a MPSV uvedly, že přímo lidé s postižením nejsou do plánování rozvoje sociálních služeb zapojováni. Nejčastějším způsobem zapojení je členství v krajských pracovních skupinách. Několik krajů předpokládá, že se lidi s postižením budou aktivně zapojovat do připomínkování plánu společně s veřejností. Zároveň **většina krajů neupravuje podmínky přípravy plánů rozvoje sociálních služeb tak, aby se celý proces zpřístupnil a přizpůsobil potřebám lidí s postižením a umožnil jim účinné zapojení.**
4. Kraje nejčastěji uvedly následující procesní **překážky deinstitutionalizace** (sestupně dle četnosti zmínky o nich):
  - a. **předsudky a obavy veřejnosti** z klientů sociálních služeb (především těch s mentálním postižením či duševním onemocněním);
  - b. **postoje vedení a zaměstnanců** zařízení sociálních služeb, která mají projít transformací;
  - c. **nedostupnost bydlení** a vhodných nemovitostí včetně pozemků;
  - d. **nedostatek kvalifikovaného personálu** (tuto překážku označilo jako nejzásadnější MPSV);
  - e. **postoje opatrovníků a pečujících osob**;
  - f. nedostatečná dostupnost a přizpůsobitelnost služeb pro péči v přirozeném prostředí.
5. Kraje uvedly překážky, které vycházejí z **nastavení systému sociálních služeb**. Nejčastěji zmiňovanou překážkou je nastavení systému financování provozu a rozvoje sociálních služeb. Pro kraje i MPSV je překážkou v tomto smyslu **nejistota o výši financí** dostupných pro tyto účely a **vícezdrojový a primárně jednoletý charakter financování služeb**. Další překážky deinstitutionalizace plynou ze **striktních a zároveň proměnlivých pravidel při realizaci projektů** na transformaci služeb. Kraje i MPSV shodně označily za problematické, že **neexistuje závazná definice „služeb komunitního charakteru“**.
6. Pro úspěch deinstitutionalizace je zásadní činnost MPSV jako ústředního orgánu pro oblast sociálních služeb i gestora naplňování Úmluvy.<sup>38</sup> **Z pohledu krajů je však**

38 MPSV je na základě usnesení vlády ze dne 19. 3. 2007 č. 284 gestorem Úmluvy, tedy zodpovídá za její naplňování v České republice. MPSV také plní funkci kontaktního místa (tzv. *focal point*) podle čl. 33 odst. 1





**aktivita MPSV nedostatečná.** Jako překážku deinstitucionalizace ze strany MPSV kraje uvedly **absenci jasného závazku** deinstitucionalizovat, **nedostatky v koncepčním vedení** a koordinaci procesů spojených s deinstitucionalizací (např. nedostatečné metodické vedení, absence dlouhodobé vize na národní úrovni, nedostatečná podpora krajů, nízká úroveň koordinace mezi jednotlivými subjekty apod.).

7. Další nezbytnou podmínkou pro úspěšnou deinstitucionalizaci je **spolupráce všech aktérů**, která je podle krajů i MPSV **nedostatečná**. Překážku deinstitucionalizace spatřují v nedostatečné spolupráci na centrální úrovni, tj. mezi Ministerstvem práce a sociálních věcí, Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí. Překážkou je rovněž problematická spolupráce při provádění deinstitucionalizace mezi MPSV a kraji.

---

Úmluvy. Dle doporučení Vysokého komisaře OSN pro lidská práva má *focal point* zejména podporovat povědomí o právech lidí s postižením podle Úmluvy, podílet se na vytváření akčního plánu pro naplňování Úmluvy a monitorovat a podávat zprávy o provádění Úmluvy v rámci své funkční oblasti.



# Právní úprava

---

## 1. Právo na nezávislý způsob života a na život v komunitě

Česká republika ratifikovala Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením v roce 2009. Tímto krokem se Úmluva stala pro Českou republiku právně závaznou. Česká republika proto musí činit všechny kroky směřující k reálnému naplňování práv lidí s postižením v této zemi.

To platí i pro právo na nezávislý způsob života, které je upraveno v článku 19 Úmluvy.<sup>39</sup> Toto právo je průsečíkem dalších práv, jejichž naplnění je propojeno s nezávislým životem v komunitě. Článek 19 Úmluvy proto bývá považován za jeden z nejdůležitějších v celé Úmluvě a základ k jejímu plnému uplatňování.<sup>40</sup>

Právo na nezávislý způsob života vykládáme<sup>41</sup> především jako právo lidí s postižením **rozhodovat o svém životě**, zejména o tom, jak, kde a s kým budou žít. Nejedná se pouze o místo, kde budou žít, ale také o to, jak budou trávit dny a jak svůj život prožijí, zda budou žít sami, v páru nebo s dalšími spolubydlyci, ve městě nebo na venkově. Rozhodovat o svém životě znamená též možnost rozhodnutí v průběhu života měnit podle aktuální situace a životních priorit. Lidé s postižením mají rovné právo žít nezávislým způsobem života jako ostatní. To předpokládá, že mají možnost se rozhodnout<sup>42</sup> a že existuje více variant, ze kterých mohou vybírat. Není dostačující, pokud je jedinou volbou péče či podpora poskytovaná rodinou.<sup>43</sup> Zároveň není přijatelné, aby člověk s postižením musel

---

39 „Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají rovné právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společenství, s možnostmi volby na rovnoprávném základě s ostatními, a přijmou účinná a odpovídající opatření, aby osobám se zdravotním postižením usnadnily plné užívání tohoto práva a jejich plné začlenění a zapojení do společnosti, mimo jiné tím, že zajistí, aby:

- a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;
- b) osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci;
- c) komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.“

40 Obecný komentář, bod 6.

41 Obsah práva na nezávislý způsob života a života v komunitě a s tím související povinnosti České republiky jsou vykládané podle Obecného komentáře Pokynů k deinstitucionalizaci.

42 **Právo se rozhodnout** je neoddelitelně propojené s článkem 12 Úmluvy (Rovnost před zákonem), dle kterého mají mít lidé s postižením plnou právní způsobilost na rovnoprávném základě s ostatními. Slovy českého právního řádu – mají mít i plnou svéprávnost. Jen tak mohou plně uplatit své právo učinit volbu, kde, jak a s kým chtějí žít. K tomu blíže Obecný komentář, bod 80.

43 Srov. například Obecný komentář, body 25, 26, 38 písm. c) *in fine*.



volit specifické místo k životu, například instituci. Právo rozhodovat o svém životě je též propojeno se zákazem zbavení osobní svobody pouze z důvodu zdravotního postižení.<sup>44</sup>

Právo na nezávislý život v sobě také zahrnuje právo člověka s postižením na **svobodný výběr podpůrné služby, která by měla být přizpůsobená jeho potřebám, dostatečně kvalitní a také místně, časově a finančně dostupná**. Může se jednat o různé služby poskytované doma i mimo domov. Individuální podpůrná služba musí být poskytovaná způsobem, který vychází z potřeb a přání člověka a má zabránit jeho izolaci a segregaci – tedy oddělení a vyčlenění ze společnosti. Má podpořit člověka, aby mohl žít nezávislým způsobem života jak v soukromé (např. podpora rodinného života), tak veřejné sféře (např. podpora občanského a politického života či zaměstnání).<sup>45</sup>

Součástí práva na nezávislý život je i právo člověka s postižením být začleněn do běžné společnosti, být součástí komunity. To zahrnuje **žití plného společenského života a přístup ke všem službám nabízeným veřejnosti** (např. k bydlení, dopravě, nakupování, vzdělávání, zaměstnávání, kultuře, sportu a dalším volnočasovým aktivitám, ale také k internetu či sociálním médiím atd.). Tyto služby mají být:

- dostupné (místně, časově, finančně),
- všeobecně přístupné (fyzicky, informačně),
- přijatelné (z pohledu kultury a tradic člověka, kterému jsou poskytovány, též vzhledem k jeho věku a genderu),
- přizpůsobitelné (kvalitní a individualizované).<sup>46</sup>

### Povinnosti státu

Právům lidí s postižením podle článku 19 odpovídají **povinnosti státu, který se zavázal zajistit a podporovat plnou realizaci všech lidských práv** a základních svobod, které zajišťuje Úmluva.<sup>47</sup> Státu plynou z článku 19 povinnosti respektovat, chránit a naplňovat právo na nezávislý způsob života a život v komunitě.

**Povinnost respektovat právo na nezávislý způsob života** znamená, že **stát nesmí umisťovat lidi do institucí na systémové ani individuální úrovni**. Musí respektovat jejich možnost volby, kde, jak a s kým chtějí žít. Na systémové úrovni tato povinnost znamená vytvoření podmínek, které nenutí lidi s postižením žít ve specifickém prostředí. Stát nesmí přijímat a využívat politiky a strategie, které umožňují umisťovat lidi s postižením do institucí. Od nich musí upustit, a pokud je nemá, nesmí je vytvářet. Na úrovni konkrétních lidí s postižením musí stát zajistit, aby nedocházelo k jejich nedobrovolnému umisťování do institucí. Musí vytvořit takové podmínky (například dostupnost individuálních podpůrných služeb), aby měli lidé s postižením skutečné právo volby místa a způsobu

44 Srov. článek 14 Úmluvy.

45 Srov. například Obecný komentář, bod 29 a násl.

46 Srov. například Obecný komentář, bod 32.

47 Článek 4 Úmluvy.



života. Stát má též povinnost odstraňovat překážky (například právní předpisy nebo politiky), které lidem s postižením brání v přístupu k podpůrným službám a k obecným zařízením a službám pro veřejnost.

Stát má dále **povinnost chránit** lidi s postižením před tím, aby třetí osoby (rodinní příslušníci, poskytovatelé služeb, pronajímatelé atd.) zasahovaly do jejich práva na nezávislý způsob života v komunitě. Stát má například povinnost kontrolovat, zda poskytovatelé služeb poskytují kvalitní podporu, a má chránit lidi s postižením před izolací v rodině či zařízeních.<sup>48</sup> Zároveň má chránit lidi s postižením před diskriminací v přístupu ke službám, včetně přístupu k bydlení.

Konečně **povinnost státu naplňovat** právo na nezávislý život v komunitě znamená povinnost přijímat a provádět různá opatření včetně legislativních, která směřují k naplnění tohoto práva, a odstraňovat překážky, které lidem s postižením brání v jeho uplatňování. Stát má mimo jiné povinnost provést deinstitucionalizaci, tedy transformovat služby pro všechny lidi s postižením tak, aby byly poskytovány způsobem umožňujícím nezávislý život v komunitě. Tomu odpovídá povinnost zajistit dostupné individualizované služby v komunitě v potřebné kvalitě.

Pokud jde o **časový horizont, kdy má stát své povinnosti plnit** (a splnit), musíme se zaměřit na povahu a charakter jednotlivých práv z pohledu mezinárodního práva lidských práv. Článek 19 obsahuje **práva občanská**, např. právo se svobodně rozhodnout o tom, kde a s kým bude člověk žít. Taková práva jsou absolutní a podléhají okamžité povinnosti naplnění.<sup>49</sup>

Kombinuje v sobě ale i **hospodářská, sociální a kulturní práva**, například právo na přístup k individualizovaným podpůrným službám nebo na přístupnost a dostupnost obecných (veřejných) služeb i pro lidi s postižením. Tato práva podléhají tzv. progresivnímu neboli postupnému naplnění. Nemusí být naplněna ihned v plném rozsahu, který Úmluva předpokládá jako ideální stav. Naplnění těchto práv a jim odpovídajících povinností závisí na dalších faktorech, jako je ekonomická situace.<sup>50</sup> **Státy musí cílit na postupné naplnění těchto práv a k tomu musí využít maximálního objemu svých prostředků.**<sup>51</sup> Zároveň platí, že by stát neměl bez zásadních důvodů a důsledného odůvodnění snižovat již jednou dosažený standard naplnění těchto práv (zákaz retrogrese).

Některé kroky však stát musí s ohledem na tato práva podniknout okamžitě, zejména navrhnout a přijmout konkrétní strategie a plány a určit zdroje pro jejich naplnění.<sup>52</sup> I když **naplnění práv podle čl. 19 písm. b) a c) Úmluvy podléhá postupné realizaci, je s ním**

---

48 Obecný komentář, bod 52.

49 Obecný komentář, bod 39.

50 Obecný komentář, bod 7.

51 Článek 4 odst. 2 Úmluvy.

52 Obecný komentář, bod 39.



**spojená okamžitá povinnost státu mít „plány deinstitucionalizace“.**<sup>53</sup> Tuto povinnost je dle Výboru OSN nutné splnit kvalitně a co nejdříve, neboť chybějící strategie a plány na podporu deinstitucionalizace a pokračování v investování do institucí jsou podle Výboru OSN jednou z překážek naplnění článku 19.<sup>54</sup>

Můžeme shrnout, že k tomu, aby každý člověk s postižením mohl naplnit své právo žít nezávisle a být začleněn do běžné společnosti, **musí Česká republika lidem splnit svoji povinnost a lidem s postižením zaručit právo žít mimo instituce.**<sup>55</sup> Tato povinnost platí bez ohledu na povahu a závažnost postižení, které daný člověk má. Je tudíž v rozporu s článkem 19, pokud stát obhajuje život lidí v institucích z důvodu přílišné náročnosti nebo vysokých nákladů na zajištění potřebné podpory pro život v běžném prostředí.<sup>56</sup>

Úmluva Českou republiku zavazuje k přijetí účinných opatření, která zajistí lidem s postižením život mimo instituce. Tato opatření mají sloužit k přechodu od ústavních sociálních služeb ke službám umožňujícím nezávislý život v komunitě.

Součástí tohoto závazku je také **nebudovat nové instituce**. Stejně tak **nemají být renovovány staré instituce**, s výjimkou nejurgentnějších opatření, nezbytných pro ochranu bezpečnosti klientů. Instituce nesmějí být ani rozšiřovány a noví klienti nemají být přijímáni na místo těch, kteří odešli.

Má být **vytvořen konkrétní národní plán deinstitucionalizace** s jasně vymezeným cílem dokončit tento proces, s jasným časovým harmonogramem, se stanovenými odpovědnými osobami či orgány a s vyčíslením celkových nákladů. Tento plán je pak logicky nutné **realizovat** a zároveň **pravidelně vyhodnocovat jeho naplňování, včetně sběru dat** o počtu transformovaných sociálních služeb a počtu odchodů lidí s postižením z těchto služeb.

Tomu, jak Česká republika naplňuje povinnost mít plán deinstitucionalizace, se věnujeme v dalších kapitolách této zprávy.

---

53 Blíže k pojmu „plány deinstitucionalizace“ a jeho definici ve [Vysvětlení důležitých pojmů](#).

54 Obecný komentář, bod 16, písm. e).

55 Více k definici „instituce“ ve [Vysvětlení důležitých pojmů](#).

56 Jednoznačně se v tomto smyslu vyjádřil Výbor OSN i v Pokynech k deinstitucionalizaci: „Umísťování osob se zdravotním postižením do ústavů odporuje právu na nezávislý způsob života a zapojení do komunity.“ [bod 7]; „**Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, by měly zrušit všechny formy ústavní péče, ukončit další umísťování osob se zdravotním postižením do ústavů a neinvestovat již do ústavní péče.** Umísťování osob se zdravotním postižením do ústavů nesmí být nikdy považováno za formu ochrany těchto osob, ani za jejich „volbu.“ [bod 8] „Neexistuje žádný důvod pro zachování institucionalizace. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, by neměly využívat nedostatek podpory a služeb v komunitě, chudobu nebo stigmatizaci k ospravedlnění dalšího zachování ústavů nebo odkládání jejich uzavření.“ [bod 9].



## 2. Participace lidí s postižením na plánech a monitorování deinstitucionalizace jako požadavek Úmluvy

Participace, tedy účinné zapojení lidí s postižením do všech rozhodnutí, která se jich týkají a ovlivňují je, je princip, který prostupuje celou Úmluvou.<sup>57</sup> Lidé s postižením a organizace je zastupující byli zapojeni do vypracování samotné Úmluvy i do tvorby Pokynů k deinstitucionalizaci. To vše je projevem hesla „Nic o nás bez nás“, které je historicky spojeno s celosvětovým hnutím za dosažení plného zapojení a vyrovnání příležitostí pro lidi s postižením.

Úmluva Českou republiku zavazuje, aby lidi s postižením (včetně dětí) do tvorby právních předpisů a politik k provádění Úmluvy, stejně jako do rozhodování o dalších otázkách, které se jich týkají, zapojila a aktivně s nimi spolupracovala (prostřednictvím organizací je zastupujících).<sup>58</sup> Lidé s postižením a organizace je zastupující mají být také aktivně zapojeni do monitorování naplňování Úmluvy.<sup>59</sup>

Stát by měl při spolupráci s organizacemi zastupujícími lidi s postižením dát přednost těm, které naplňují znaky předložené Výborem OSN v Obecném komentáři č. 7 o účasti osob se zdravotním postižením, včetně dětí se zdravotním postižením, prostřednictvím organizací je zastupujících na provádění a monitorování úmluvy.<sup>60</sup>

---

57 Srov. například Preambuli Úmluvy v písmenech m) a n), která zní: m) uznávající hodnotu stávajícího a potencionálního přínosu osob se zdravotním postižením k celkovému prospěchu a rozmanitosti jejich společenství a vědouce, že podpora plného užívání lidských práv a základních svobod osobami se zdravotním postižením a jejich plné začlenění povede k jejich většímu pocitu sounáležitosti a k významnému urychlení lidského, sociálního a hospodářského rozvoje společnosti a na odstranění chudoby, n) uznávající význam, jaký má pro osoby se zdravotním postižením osobní nezávislost a samostatnost, včetně svobody volby.

58 Článek 4 odst. 3 Úmluvy.

59 Článek 33 odst. 2 a 3 Úmluvy. Veřejný ochránce práv, který plní v souladu s § 21c zákona o veřejném ochránci práv úkoly spojené s monitorováním práv osob se zdravotním postižením ve smyslu čl. 33 odst. 2 Úmluvy, zřídil pro spolupráci při monitorování [Poradní orgán pro oblast ochrany práv osob se zdravotním postižením](#).

60 Bod 11 Obecného komentáře č. 7; Výbor OSN pro osoby se zdravotním postižením: Obecný komentář č. 7 (2018) o účasti osob se zdravotním postižením, včetně dětí se zdravotním postižením, prostřednictvím organizací je zastupujících na provádění a monitorování úmluvy. Dostupné online z: [www.ochrance.cz/](http://www.ochrance.cz/).

Mezi znaky organizace zastupující lidi s postižením dle Výboru patří: „Organizace osob se zdravotním postižením by měly vycházet ze zásad a práv uznaných úmluvou, zavázat se k nim a plně je dodržovat. Může jít pouze o ty organizace, které jsou vedeny, řízeny a spravovány osobami se zdravotním postižením. Jasná většina jejich členstva by měla být přijímána z řad samotných osob se zdravotním postižením. ... Organizace osob se zdravotním postižením mají určité charakteristické znaky, včetně skutečnosti, že: a) jsou založeny převážně s cílem kolektivně jednat, vyjadřovat, podporovat a bránit práva osob se zdravotním postižením nebo o ně usilovat a měly by jako takové být všeobecně uznávány; b) zaměstnávají, pověřují nebo konkrétně navrhuji/jmenují samotné osoby se zdravotním postižením či jsou jimi zastupovány; c) nejsou ve většině případů propojeny s žádnou politickou stranou a jsou nezávislé na orgánech veřejné moci a jakýchkoli jiných nevládních organizacích, jejichž součástmi/členy mohou být; d) mohou zastupovat jednu či více skupin osob dle skutečného nebo domnělého postižení anebo mohou být otevřeny pro členství všech osob se zdravotním postižením; e) zastupují skupiny osob se zdravotním postižením tak, že odrážejí jejich rozmanité životní okolnosti (například z hlediska pohlaví, genderu, rasy, věku nebo postavení migranta či uprchlíka). Mohou zahrnovat skupiny osob na základě transversálních identit (například děti, ženy nebo původní obyvatelstvo se zdravotním postižením) a být tvořeny členy s různými postiženími; f) jejich působnost může mít místní, vnitrostátní, regionální nebo mezinárodní rozsah; g) mohou fungovat jako jednotlivé organizace, koalice nebo



Deinstitucionalizace patří mezi „další otázky“, které se přímo týkají lidí s postižením.<sup>61</sup> Stát má tedy **povinnost konzultovat s nimi** (s organizacemi hájícími jejich práva) **přijímání zákonů, strategií a politik a dalších rozhodnutí, která se týkají deinstitucionalizace**. Má s organizacemi, které je zastupují, úzce spolupracovat, a to **na místní, regionální i národní úrovni**.

Zapojení lidí s postižením by mělo být smysluplné, nikoliv symbolické či formální. Účinná participace musí být založená na úctě a respektu, stát musí přikládat informacím zjištěným v tomto procesu potřebnou váhu. Participace má vést k plnému a účinnému zapojení lidí se všemi typy postižení do společnosti. Participace je jejich občanským a politickým právem, kterému odpovídá okamžitá povinnost státu je naplňovat. Aby byla participace účinná, musí být lidé kontaktováni systematicky – nikoli nahodile –, smysluplně a včas.<sup>62</sup> Stát musí vytvořit a podporovat inkluzivní mechanismy a platformy, které umožní plnou a účinnou účast lidí s různým postižením na veřejném a politickém životě.

Pro smysluplnou participaci je zásadní přístup k informacím. Potřebné informace musí být přístupné v různých formátech a komunikačních metodách, včetně například znakového jazyka, uzpůsobení dokumentů pro strojové čtení či využívání formátů pro snadno srozumitelné čtení.

Zásadní tedy je, aby Česká republika v průběhu plnění svého závazku deinstitucionalizovat **spolupracovala přímo s lidmi s postižením**, a to prostřednictvím organizací je zastupujících, na místní, krajské i národní úrovni. To se týká nejen tvorby plánu deinstitucionalizace zmíněného [v předchozí kapitole](#), ale i spolupráce v průběhu samotné realizace transformačního procesu. Lidé s postižením by také měli být zapojeni do následného monitorování naplňování Úmluvy.

### 3. Právo na poskytování sociálních služeb v co nejméně omezujícím prostředí

Závazek České republiky zaručit lidem s postižením právo na nezávislý život a život v komunitě zákonodárce zohlednil i v novele zákona o sociálních službách z roku 2011.<sup>63</sup> Zákon po novele nově upravuje **právo lidí s postižením na poskytování sociálních služeb v co nejméně omezujícím prostředí**.<sup>64</sup> V důvodové zprávě zákonodárce tuto změnu

---

organizace působící napříč postiženími či zastřešující organizace osob se zdravotním postižením, které usilují o poskytování společného a koordinovaného hlasu osobám se zdravotním postižením při komunikaci mimo jiné s orgány veřejné moci, mezinárodními organizacemi a soukromými subjekty.“

61 Tamtéž, bod 20.

62 Tamtéž, bod 22.

63 Novelizace zákona o sociálních službách proběhla zákonem č. 366/2011 Sb.

64 Podle § 38 zákona o sociálních službách: „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.*“



komentoval tak, že nově definované právo plně odpovídá závazkům vyplývajícím z článku 19 Úmluvy. Mezi závazky státu patří i závazek zajistit lidem s postižením možnost žít mimo instituce. V tomto kontextu musí tedy právo na poskytování sociálních služeb v co nejméně omezujícím prostředí být vykládáno v souladu s Úmluvou i **jako právo žít mimo instituce**.

K právu lidí s postižením na poskytování sociálních služeb v co nejméně omezujícím prostředí se vyjádřil i Ústavní soud ve svém nálezu z roku 2018.<sup>65</sup> Dovedil, že v ideální situaci plné realizace tohoto práva by lidem s postižením měly být k dispozici rozmanité sociální služby různého druhu a charakteru. Každý člověk by pak mohl využívat služby, které by vyhovovaly nejvíce jeho či jejím konkrétním potřebám, a tak poskytovaly největší pomoc a podporu s **minimálním omezením**.

To je podle Ústavního soudu **ideální situace**, kterou není veřejná moc povinna okamžitě realizovat, ale o jejíž **dosažení musí postupně usilovat**. Veřejná moc má tedy v rámci svých možností a svého uvážení **činit přiměřené kroky** k postupnému zajištění dostupnosti širokého spektra co nejméně omezujících sociálních služeb. Nositelem této veřejné moci jsou kraje, které mají povinnost zajistit odpovídající sociální služby na svém území. Kraje se musejí postarat o to, aby lidem v nepříznivé sociální situaci byly na jejich území k dispozici potřebné sociální služby.<sup>66</sup> V kontextu výše uvedeného tedy kraje nejsou povinny člověku s postižením okamžitě zajistit sociální služby v co nejméně omezujícím prostředí, tedy mimo instituce. **Kraje však musí činit přiměřené kroky k postupnému zajištění těchto služeb, a to zejména prostřednictvím transformace sociálních služeb ústavního charakteru a rozvoje služeb v komunitě na svém území. Podle Výboru OSN musí být tyto kroky maximální s ohledem na dostupné zdroje.**<sup>67</sup>

Konkrétně pak kraje mají mít krajský plán deinstitucionalizace s jasně vymezeným cílem dokončit tento proces, s jasným časovým harmonogramem, se stanovenými odpovědnými osobami či orgány, s vymezenými pravidly zapojení lidí s postižením a s vyčíslením celkových nákladů. Krajům také přísluší pravidelně vyhodnocovat naplňování krajského plánu, včetně sběru dat o počtu transformovaných sociálních služeb a počtu odchodů lidí s postižením z těchto služeb.

#### 4. Role Ministerstva práce a sociálních věcí

Jak bylo vysvětleno výše, Česká republika se ratifikací Úmluvy zavázala zajistit lidem s postižením právo na život mimo instituce. Kraje, které odpovídají za poskytování sociálních služeb na svém území, jsou pak taktéž zavázané činit kroky k realizaci práva lidí s postižením žít mimo instituce, respektive práva na poskytování sociálních služeb v co nejméně omezujícím prostředí. Stát i kraje tedy musí usilovat o úspěšné dokončení procesu transformace všech sociálních služeb ústavního charakteru.

65 Nález Ústavního soudu ze dne 23. 1. 2018, sp. zn. I. ÚS 2637/17, dostupný na [nalus.usoud.cz](http://nalus.usoud.cz).

66 Ustanovení § 95 zákona o sociálních službách.

67 Obecný komentář, bod 41..





MPSV odpovídá za naplňování **Úmluvy**<sup>68</sup> a má za úkol promítat ideální stav předpokládaný Úmluvou do praxe (což obnáší i zajištění maximálního množství zdrojů, včetně finančních). Nese tedy přímou odpovědnost za plnění článku 19 Úmluvy a za realizaci transformace v České republice. Jako gestor **oblasti sociálních služeb** může využít celou řadou koncepčních a strategických nástrojů, jak proces transformace sjednotit, urychlit a nastavit mu jasné podmínky realizace. Konkrétně MPSV např. zpracovává národní strategii rozvoje sociálních služeb nebo zajišťuje metodickou podporu v souvislosti s poskytováním sociálních služeb.

Důležitou roli má MPSV také v tom ohledu, že **poskytuje krajům** ze státního rozpočtu účelově určenou **dotaci** na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb.<sup>69</sup> Poskytovatelům, kteří poskytují službu s celostátním či nadregionálním charakterem, může poskytnout dotaci ministerstvo přímo.<sup>70</sup> Ministerstvo má tedy **zásadní postavení i při rozhodování** o toku financí v sociálních službách, respektive **o toku financí ve prospěch transformace**.

MPSV má možnost ovlivňovat i **využití finančních prostředků z Evropské unie**, a to jak **ze strukturálních fondů**,<sup>71</sup> tak nově prostřednictvím **národního plánu obnovy**.<sup>72</sup> Vliv na využití těchto finančních prostředků na deinstitucionalizaci a transformaci sociálních služeb má MPSV například při formulaci podmínek pro žadatele o podporu projektů při vyhlášení výzev z jednotlivých operačních programů nebo realizaci vlastních projektů na podporu transformace sociálních služeb.<sup>73</sup> Evropská unie jako celek ratifikovala Úmluvu v roce 2011 a jako taková má stejné závazky a povinnosti v oblasti práva na nezávislý způsob života a zapojení do komunity jako Česká republika. V programovém období 2021–2027 lze zaznamenat snahu o důslednější uplatňování principů Úmluvy při využívání strukturálních fondů.<sup>74</sup> Evropská unie tak reaguje na kritiku, že finančně podporuje

68 Na základě usnesení vlády ze dne 19. 3. 2007 č. 284.

69 Ustanovení § 101a odst. 1 zákona o sociálních službách.

70 Ustanovení § 104 odst. 2 a 3 zákona o sociálních službách.

71 V programovém období 2021–2027 se deinstitucionalizace a transformace týká například **operační program Zaměstnanost+ nebo Integrovaný regionální operační program**. V investičních výzvách, které jsou zaměřené na výstavbu nebo rekonstrukci zařízení sociálních služeb, využívá MPSV pro stanovení podmínek výsledné podoby podpořených zařízení zpravidla **Kritéria**.

72 Podpora deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb je obsažená v komponentě 3.3 [Národního plánu obnovy](#), kdy se například v rámci investice č. 3 podporuje rozvoj zařízení sociálních služeb, který by měl respektovat právo na nezávislý život zakotvené Úmluvou. MPSV je tzv. vlastníkem této komponenty, tedy odpovídá za nastavení podmínek ve výzvách, na základě kterých mohou být podpořené konkrétní projekty. Za zmínku stojí, že v **příslušných výzvách z národního plánu obnovy nejsou ke stanovení podmínek použita Kritéria, ale speciálně vytvořený materiálně-technický standard**. Ten oproti Kritériím umožňuje u některých druhů služeb a pro některé cílové skupiny výstavbu zařízení o kapacitě 25, resp. až 70 lidí.

73 MPSV již v minulosti využívalo systémové projekty financované z evropských prostředků na podporu transformace a deinstitucionalizace. V současné době se MPSV k této praxi po odmítnutí navrátilo a od 1. 1. 2023 [realizuje nový projekt na podporu deinstitucionalizace](#) v České republice.

74 K naplnění tohoto cíle má přispět nařízení o společných ustanoveních k některým fondům EU (Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2021/1060 ze dne 24. června 2021 o společných ustanoveních pro Evropský fond pro regionální rozvoj, Evropský sociální fond plus, Fond soudržnosti, Fond pro spravedlivou transformaci a Evropský námořní, rybářský a akvakulturní fond a o finančních pravidlech pro tyto fondy



investice do výstavby či rekonstrukce institucí, což je v rozporu s Úmluvou. Cíl neinvestovat do institucí je nelehký a daří se ho naplňovat jen v omezené míře.<sup>75</sup>

**Klíčovou odpovědnost za úspěšnou realizaci transformace v České republice nese MPSV, které má k dosažení tohoto cíle k dispozici koncepční, strategické i finanční nástroje. Ministerstvo by proto s patřičnou naléhavostí mělo napřít o to větší úsilí k transformaci všech ústavních sociálních služeb, které zřizuje.**

## 5. Plány a stav deinstitutionalizace v České republice

V prvních kapitolách jsme dovedli, že státu plyne z Úmluvy **povinnost vytvořit konkrétní národní plán deinstitutionalizace** s jasně vymezeným cílem dokončit tento proces, se stanoveným časovým harmonogramem, určením odpovědných osob a vyčleněním maximálního množství zdrojů k postupnému naplnění práva lidí s postižením na nezávislý život v komunitě. Ačkoli stát může naplňovat toto právo postupně, plán deinstitutionalizace má povinnost vytvořit okamžitě. V důsledku přenesení značné části kompetencí v oblasti sociálních služeb na kraje mají i tyto **povinnost mít krajské plány deinstitutionalizace**. Na tvorbě a monitorování plnění plánů se musí podílet lidé s postižením a organizace je zastupující a stát musí vytvářet podmínky pro to, aby jejich zapojení bylo plné a účinné.

Právě analýza těchto plánů byla předmětem našeho výzkumu. MPSV předložilo k analýze **Národní strategii rozvoje sociálních služeb** pro období 2016–2025 (NSRSS), která si jako první strategický cíl stanovila „Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí“.<sup>76</sup> NSRSS předpokládá vydání **akčního plánu přechodu od ústavní péče k podpoře v přirozeném prostředí**. Tuto povinnost stát plnil pouze do roku 2018. Dosažení shody na obsahu dalšího „akčního plánu deinstitutionalizace“, jak se tento dokument často v odborné debatě označuje, provázely značné obtíže. Akční plán deinstitutionalizace pro období 2023–2025<sup>77</sup> nakonec schválila vláda až v říjnu 2023. Vzhledem k datu přijetí jsme tento akční plán neanalyzovali.

---

a pro Azylový, migrační a integrační fond, Fond pro vnitřní bezpečnost a Nástroj pro finanční podporu správy hranic a vízové politiky; dostupné z: [eur-lex.europa.eu](http://eur-lex.europa.eu)). Zdůrazňuje, že při provádění fondů by státy měly respektovat Úmluvu včetně zapojování lidí s postižením na partnerském principu v souvislosti s každým programem a důrazu na přístupnost. Nařízení stanovuje také horizontální a tematické základní podmínky pro jednotlivé fondy, které se propisují do konkrétních operačních programů. (K tomu srov. přílohu III nařízení *in fine* a přílohu IV. Podmínky 4.4 a 4.6).

75 Více např. ve zprávě FRA, Agentury pro základní práva, která je součástí evropského monitorovacího rámce pro sledování naplňování Úmluvy. Anglicky dostupné z: [fra.europa.eu](http://fra.europa.eu).

76 Srov. NSRSS, s. 56 a násl.

77 MPSV: Akční plán k přechodu sociálních služeb k péči poskytované na komunitní bázi a k větší individualizaci péče a k podpoře deinstitutionalizace sociálních služeb v ČR pro období 2023–2025; online. Dostupný z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).



Cíle směřující k deinstitucionalizaci však nalezneme také v **Národním plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením** na období 2021–2025.<sup>78</sup> Ten, shodně jako NSRSS, obsahuje mechanismus pro pravidelné vyhodnocování.<sup>79</sup>

V rámci tohoto výzkumu jsme požádali také kraje o zaslání jejich plánů, které se týkají transformace a deinstitucionalizace. Všechny kraje odkázaly na své **střednědobé plány rozvoje sociálních služeb**, část zaslala i **další strategické dokumenty**, z nichž některé jsou zaměřené přímo na transformaci sociálních služeb. V tomto ohledu je diskutabilní, zdali postačuje zpracování otázky transformace ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb krajů. Tyto plány se totiž tvoří pouze na omezené časové období a pravděpodobně ani nemohou transformaci pojmut komplexně. Blíže se této otázce věnujeme v [obsahové analýze](#) a jejím [shrnutí](#).

Národní ani krajské strategické dokumenty týkající se deinstitucionalizace nedávají odpověď na to, jaký je stav deinstitucionalizace v České republice. Česká republika začala podporovat transformaci sociálních služeb již před ratifikací Úmluvy. V roce 2007 schválila vláda [Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti](#). Již před tímto datem probíhaly snahy o změnu ústavního modelu péče či pilotní projekty transformace jednotlivých zařízení. Na koncepci postupně navázaly další strategické dokumenty i projekty MPSV s cílem ještě více podpořit jednotlivé aktéry i zařízení v procesu změny.

Je nezbytné zdůraznit, že **v oblasti deinstitucionalizace se v České republice podařilo mnoho dobrého** jak v oblasti rušení či snižování kapacity ústavů, tak v rozvoji, dostupnosti a kvalitě individualizované podpory umožňující žít lidem s postižením podle jejich volby a zapojit se do komunity. Deinstitucionalizace však zdaleka není dokončena, jak upozornil ostatně i Výbor OSN ve svých závěrečných doporučeních pro Českou republiku po podání

---

78 Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením (VVOZP): Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025. Dostupné online z: [vlada.gov.cz](http://vlada.gov.cz). Cíle směřující k naplnění práva za nezávislý způsob života na s. 45 a násl.

79 Aktuálně nejnovější **zprávu o plnění Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**, kterou vydal VVOZP a usnesením vzala na vědomí vláda, lze nalézt [zde](#). Z této zprávy například plyne, že dle VVOZP byla opatření „Pokračovat v deinstitucionalizaci pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením, včetně zařízení, kde dosud deinstitucionalizace nezačala“ (opatření 5.3.1) a „Realizovat deinstitucionalizaci jako postupný přechod od velkých psychiatrických nemocnic k péči komunitní, včetně rozvoje kapacit pro akutní péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic.“ (opatření 9.3.4) ke konci roku 2022 plněna.

Poslední zpráva o plnění NSRSS ke dni sepsání výzkumné zprávy pochází z roku 2021 a další má MPSV předložit vládě do 31. 3. 2024. Ze zpráv o plnění včetně zprávy z roku 2021 plyne, že **opatření z NSRSS „Realizovat jednotlivé kroky pro naplnění plánu přechodu od ústavní péče k podpoře v přirozeném prostředí.“ se státu daří plnit – slovy zprávy – pouze částečně**. Důvodem jsou jak dlouholeté obtíže při schvalování akčních plánů deinstitucionalizace, tak při novelizaci zákona o sociálních službách. MPSV se dlouhodobě nedaří připravit a prosadit komplexní novelu zákona o sociálních službách, která by například definovala pojem komunitní služby nebo stanovila přednost služeb komunitního charakteru.



úvodní zprávy o naplňování Úmluvy.<sup>80</sup> Nadto, jak bylo zmíněno již v úvodním slovu, její tempo v České republice stagnuje.

Popsat komplexně stav deinstitucionalizace na základě dat, která stát sbírá,<sup>81</sup> je velmi obtížné. Pro účely této zprávy jsme se pokusili za použití dat dostupných ze statistických ročenek z oblasti práce a sociálních věcí z let 2007, 2015 a 2022 **ilustrovat stagnaci deinstitucionalizace**. V souladu se zaměřením výzkumu jsme se soustředili na pobytové a terénní sociální služby, které využívají lidé s mentálním postižením a duševním onemocněním, a to jak na služby pobytové (chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením), tak terénní (podpora samostatného bydlení a osobní asistence).

Do této části jsme nezahrnuli službu domov se zvláštním režimem (DZR). Mezi lety 2007, 2015 a 2022 můžeme pozorovat značný nárůst těchto zařízení. Zásadní navýšení počtu klientů DZR (o více než 21 tisíc) je s nejvyšší pravděpodobností důsledkem demografického vývoje<sup>82</sup> (stárnutí obyvatelstva) a s tím spojeného nárůstu neurodegenerativních onemocnění typu Alzheimerovy demence spojených s vysokou mírou potřebné nepřetržité podpory. Z dostupných dat však nelze rozlišit zařízení DZR určená pro lidi s duševním onemocněním ve věku 18–64 let, proto jsme je nezahrnuli do následujícího porovnání.

Z grafu 1 je patrné, že mezi lety 2007–2015 výrazně stoupl počet klientů využívajících terénní služby. Jde o trend z pohledu deinstitucionalizace pozitivní. Tento nárůst se však po roce 2016 zpomalil. U služby podpora samostatného bydlení (PSB) přibyla jen přibližně třetina nových klientů, oproti nárůstu z předchozích období (pokles o 64 %). U osobní asistence narostl počet nových klientů jen o přibližně čtvrtinu v porovnání s předchozím obdobím (pokles o 72 %).

Obdobný trend můžeme sledovat u využívání služby chráněného bydlení (CHB). Nárůst klientů této služby byl oproti období mezi lety 2016 až 2022 o 39 % nižší než v předchozím období mezi lety 2007 až 2015. Tempo využívání kapacity CHB, která představuje oproti službě DOZP či DZR službu poskytovanou v méně omezujícím prostředí, se zpomalilo. Chráněné bydlení je zpravidla poskytováno v zařízeních o nižší kapacitě než DOZP. Ačkoli Úmluva nedefinuje instituci skrze kapacitu, tedy počet lidí, kteří v ní bydlí, vyšší počet

---

80 Výbor OSN: Závěrečná doporučení k úvodní zprávě České republiky (2015) CRPD/C/CZE/CO/1; dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz). Výbor vytknul České republice vysoké investice do institucí a nedostatky v plánech deinstitucionalizace. Výbor dále doporučil posílit proces deinstitucionalizace a využít k tomu maximální množství prostředků (srov. citovanou zprávu, body 38 a násl.). Výbor OSN se na deinstitucionalizaci zaměřil i v [otázkách položených České republice pro spojenou druhou a třetí periodickou zprávu](#). Doporučení Výboru k druhé a třetí spojené zprávě bohužel ještě není k dispozici, neboť Česká republika odevzdala spojenou zprávu za druhé a třetí monitorovací období až v roce 2024.

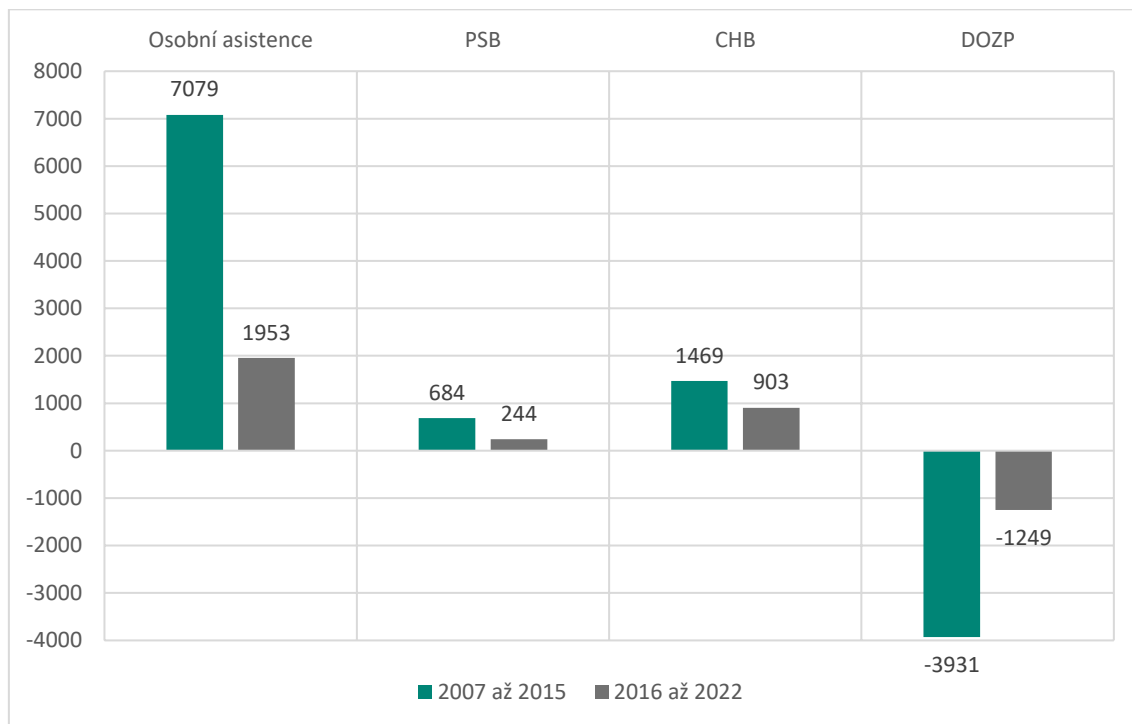
81 Jedná se např. o Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí, dostupné online z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).

82 Podíl osob starších 65 let stoupl dle dat Českého statistického úřadu z 14,6 % v roce 2007 na 20,4 % v roce 2022. Zároveň došlo k navýšení indexu stárí, který vyjadřuje poměr počtu obyvatel ve věku 65 a více let k počtu obyvatel ve věku 0–14 let ze 102,4 v roce 2007 na 126,1 v roce 2022. Citováno z dat Českého statistického úřadu, dostupné z: [www.czso.cz/](http://www.czso.cz/) [citováno dne 19. 3. 2024]. Dle Zprávy o stavu demence České Alzheimerovské společnosti z roku 2016 platí, že „Zatímco do 65 let věku trpí demencí každý 866., nad 65 let je to každý 13. V případě nejvyšších věkových kategorií nad 80 let věku pak každý pátý, nad 90 let pak dokonce téměř každý druhý.“ Dostupné z: [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) [citováno dne 19. 3. 2024].



klientů v jednom zařízení snižuje, až vylučuje pravděpodobnost, že služba vůbec může být poskytovaná jiným než ústavním způsobem.

**Graf 1 – Rozdíl v přírůstku/úbytku klientů čerpajících vybrané služby v letech 2007 až 2015 a v letech 2016 až 2022**



Pozn. Záporná čísla v grafu označují úbytek klientů dané služby v daném období (0 až -4000). Kladná čísla označují přírůstek nových klientů dané služby (0 až 8 000).

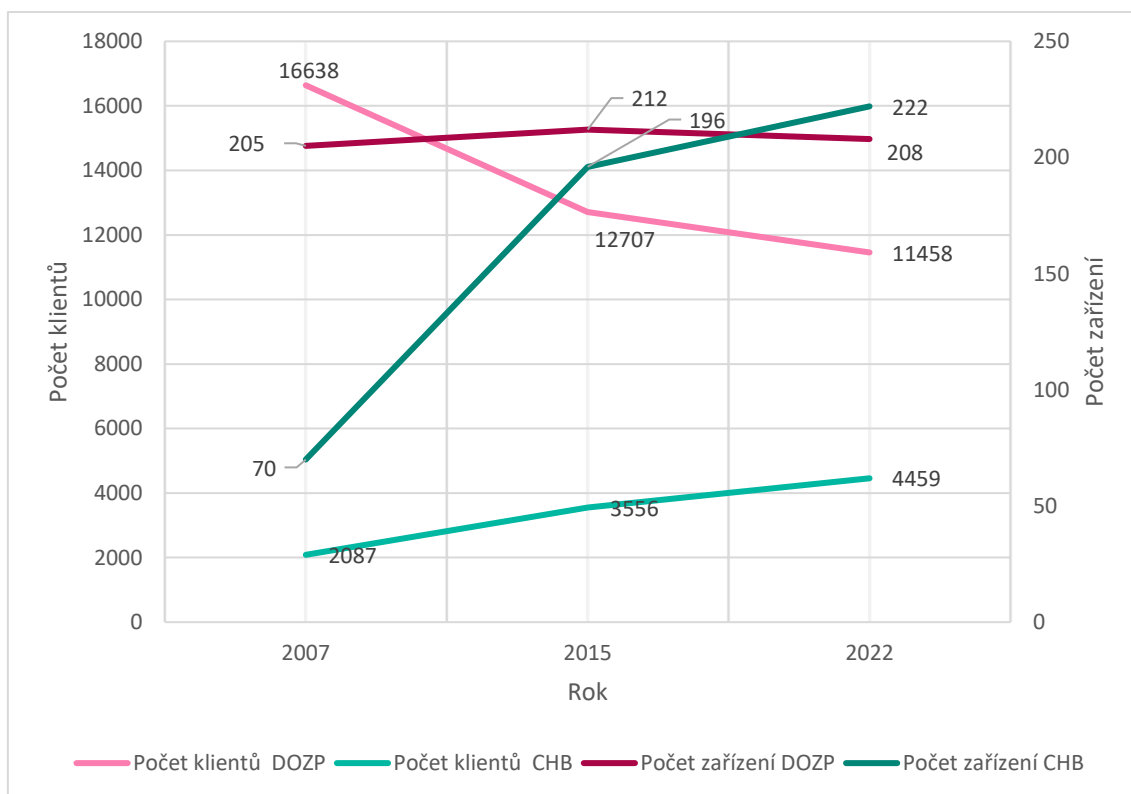
Graf 2 zobrazuje vývoj počtu klientů a počtu zařízení DOZP a CHB mezi lety 2007, 2015 a 2022. Z pohledu dosažení cílů deinstitucionalizace je potenciálně pozitivní fakt, že mezi lety 2007 až 2015 se snížil počet klientů DOZP o téměř čtyři tisíce lidí. Bohužel tempo snižování počtu klientů DOZP se od roku 2016 zpomalilo, když do roku 2022 klesl počet klientů o necelých 1 300. Zároveň nelze na základě dostupných dat určit, zda se lidé z DOZP nepřesunuli do zařízení (třeba i CHB), kde je služba nadále poskytována takovým způsobem, že se ve výsledku jedná opět o službu ústavní.

Mezi lety 2007 až 2022 došlo k **mírnému nárůstu počtu zařízení DOZP**. V roce 2007 v České republice fungovalo 205 zařízení služeb DOZP. Do roku 2015 bylo zřízeno dalších sedm zařízení DOZP. V následujícím období jich bylo několik zrušeno a **v roce 2022 jich existovalo 208**, což je o tři zařízení více než v roce 2007.

**Zatímco mezi lety 2007 až 2015 vzniklo 126 nových zařízení CHB, mezi lety 2016 až 2022 se proces výstavby zpomalil o téměř čtyři pětiny.** V tomto období vzniklo pouze 26 nových zařízení CHB. V roce 2022 existovalo 222 zařízení CHB.

**Trendy, které považujeme z pohledu deinstitucionalizace za spíše pozitivní (tedy zvyšování počtu klientů užívajících terénní služby a CHB, snižování počtu klientů v DOZP), byly intenzivnější v letech 2007 až 2015 než mezi lety 2016 a 2022.**

**Graf 2 – Vývoj celkového počtu zařízení vybraných pobytových služeb a počtu klientů, kteří je využívají, mezi lety 2007, 2015 a 2022**



Poslední graf, pomocí kterého chceme objasnit trendy v deinstitutionalizaci v České republice, se zaměřuje na počty nově vytvořených nebo zrušených jedno či vícelůžkových pokojů v letech 2007 až 2015 a 2016 až 2022 u vybraných druhů pobytových služeb (Graf 3).

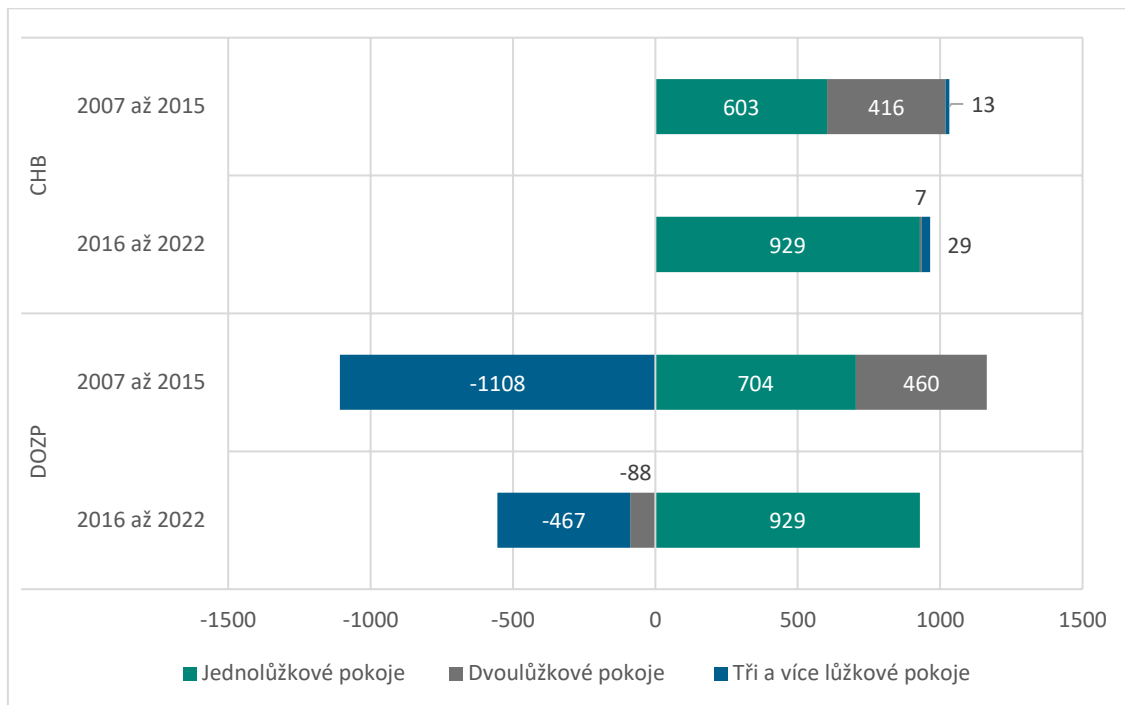
Ve službách chráněného bydlení mezi lety 2007 až 2015 narůstal počet jedno i dvouložkových pokojů, po roce 2016 převládá jednoznačně rozvoj pokojů jednolůžkových. **Jednolůžkové pokoje přitom skýtají větší pravděpodobnost k respektování práva člověka zvolit si, s kým bude žít.** Znepokojující se, že od roku 2016 narostl v chráněných bydleních počet tří a vícelůžkových pokojů o téměř třicet.

U zařízení DOZP můžeme sledovat intenzivní pokles tří a vícelůžkových pokojů. Ten byl opět rychlejší mezi lety 2007 až 2015 než v následujícím období do roku 2022. Za pozitivní trend lze považovat důraz na budování jednolůžkových pokojů, který se zásadně projevil v období 2016 až 2022. Je však nezbytné dodat, že z pohledu Úmluvy jsou jakékoli investice do institucí nepřipustné. Z dostupných dat nelze vyčíst, zda jsou zařízení DOZP s větším počtem jednolůžkových pokojů nadále ústavními službami,<sup>83</sup> ale můžeme kvalifikovaně odhadnout, že značná část z nich ano. Nelze nijak doložit, zda rozsáhlé investice nutné k takové proměně přispěly zásadní mírou k naplňování práva na nezávislý způsob života a zapojení do komunity.

83 Blíže k tomuto pojmu ve [Vysvětlení důležitých pojmů](#).



**Graf 3 – Porovnání počtů nově vytvořených nebo zrušených jedno či více lůžkových pokojů v letech 2007 až 2015 a v letech 2016 až 2022 u vybraných typů pobytových služeb**



Pozn. Záporná čísla v grafu označují počet zrušených pokojů v daném období (0 až -2000). Kladná čísla označují počet nově vytvořených pokojů v daném období (0 až 7000).

Jaký bude trend deinstitucionalizace v příštích letech, se můžeme pokusit odhadnout z dat, která nám v průběhu výzkumu poskytlo MPSV. Z nich vyplývá, že v novém programovacím období očekává MPSV realizaci 74 projektů na transformaci sociálních služeb za 3,8–4,5 miliardy Kč. Z těchto dat dále plyne, že počty klientů v DOZP se mají nadále snižovat (Tab. 1). V celkem 214 zařízeních DOZP je nyní (květen 2023) kapacita 11 647 lůžek a do roku 2030 MPSV očekává pokles celkové kapacity na 9 318 lůžek, tedy o téměř jednu pětinu.

MPSV v době předání dat předpokládalo, že z plánované kapacity DOZP budou v roce 2030 80 % kapacity tvořit DOZP komunitního charakteru. Tento předpoklad však již v době sepsání této zprávy neplatí, neboť cílem schváleného Akčního plánu není 80 % kapacit služeb DOZP komunitního charakteru, ale pouze schválení kroků, které k tomu povedou.<sup>84</sup>

84 Podmínka 80 % kapacity DOZP komunitního charakteru v roce 2030 plynula z Akčního plánu deinstitucionalizace pro roky 2023–2025 ve znění tak, jak byl připraven v době předání dat (květen 2023). Ve schváleném znění Akčního plánu deinstitucionalizace doznal tento cíl změny a nově zní (srov s. 15 citovaného dokumentu): „Cílem Akčního plánu ... je připravit proces (deinstitucionalizace) tak, aby mohla v navazujícím období vláda na základě komplexních relevantních podkladů schválit kroky směřující k cíli, kdy v roce 2030 dosáhne kapacita komunitního charakteru u domovů pro osoby se zdravotním postižením 80 % z celkové kapacity tohoto druhu soc. služby. Dalším cílem je, aby v roce 2025 byly legislativně ukotveny podmínky pro podporu vzniku služeb komunitního charakteru.“ Máme za to, že tento cíl je mnohem méně ambiciózní než cíl původní.



**Tabulka 1 – Očekávaný vývoj kapacity klientů DOZP podle údajů MPSV**

Kraj	Počet DOZP	Nynější pobytová kapacita (květen 2023)	Očekávaná pobytová kapacita v roce 2030
Hlavní město Praha	11	479	383
Jihočeský kraj	7	562	450
Jihomoravský kraj	24	1161	929
Karlovarský kraj	8	399	319
Královéhradecký kraj	11	626	501
Liberecký kraj	10	345	276
Moravskoslezský kraj	25	1253	1002
Olomoucký kraj	10	962	770
Pardubický kraj	9	619	495
Plzeňský kraj	12	1058	846
Středočeský kraj	28	1560	1248
Ústecký kraj	32	1445	1156
Kraj Vysočina	9	502	402
Zlínský kraj	18	676	541
<b>CELKOVÝ SOUČET</b>	<b>214</b>	<b>11 647</b>	<b>9 318</b>

Ze všech výše uvedených informací je zřejmé, že **v České republice především schází kvalitní data, která by umožňovala sledování postupu deinstitucionalizace**. Zároveň nelze z dostupných dat určit, kolik investic určených na transformaci služeb bylo investováno do skutečné přeměny na služby komunitního charakteru a v kolika případech byla výsledkem investic stále služba ústavního charakteru. Na vybraných ukazatelích jsme dovodili, že tempo deinstitucionalizace u vybraných druhů služeb stagnuje.





# Přístup krajů a Ministerstva práce a sociálních věcí k deinstitucionalizaci

---

Zaměřili jsme se na zmapování přístupu krajů/hlavního města Prahy (krajů) a MPSV k deinstitucionalizaci. Za tímto účelem jsme provedli obsahovou analýzu strategických dokumentů krajů platných k dubnu 2022 a Národní strategie rozvoje sociálních služeb MPSV pro období 2016–2025 (NSRSS). Výsledky této analýzy předkládáme [v kapitole 1](#).

Druhá výzkumná metoda se zaměřila na hlubší porozumění překážkám a dilematům, kterým kraje a MPSV čelí v souvislosti s deinstitucionalizací a plánováním rozvoje sociálních služeb. Z tohoto důvodu jsme provedli tematickou analýzu rozhovorů, které jsme uskutečnili. Jednalo se o 15 rozhovorů se zástupci krajů a MPSV. Výsledky této analýzy najdete [v kapitole 2](#).

## 1. Výsledky obsahové analýzy strategických dokumentů

Tato kapitola představuje výsledky obsahové analýzy strategických dokumentů krajů a MPSV, které se věnují deinstitucionalizaci. Strategické dokumenty jsme sesbírali v dubnu 2022 a v období od října 2022 do dubna 2023 jsme je nakódovali podle sestaveného kódovacího klíče. Dokumenty jsme rozdělili do třech kategorií:

- Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (platné k dubnu 2022) jsme analyzovali u všech krajů (14 SPRSS).
- Zvláštní strategické dokumenty deinstitucionalizace jsme analyzovali pouze u krajů, které je měly. Jednalo se o čtyři dokumenty, které nám zaslaly tři kraje: Jihomoravský, Královéhradecký a Pardubický. Je třeba uvést, že platnost těchto dokumentů výrazně přesahovala období stanovených SPRSS – průměrná doba platnosti zvláštních strategických dokumentů je osm let.
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 MPSV, platná od 21. 3. 2016.<sup>85</sup>

Obsahová analýza se zaměřila na několik oblastí:

- První z nich přibližuje, zda a jak si zřizovatelé sociálních služeb definují klíčové pojmy ve svých strategických dokumentech ([kapitola 1.1](#)).
- Druhá oblast sleduje způsoby zapojení lidí s postižením do zpracování dokumentu ([kapitola 1.2](#)).
- Třetí oblast se zaměřuje na to, zda se deinstitucionalizace objevuje ve strategických cílech analyzovaných dokumentů ([kapitola 1.3](#)).

---

85 NSRSS byla schválena usnesením vlády č. 245 ze dne 21. 3. 2016.



- Čtvrtá oblast sleduje dílčí cíle strategických dokumentů, a zda se v nich objevují procesy spjaté s transformací ústavních zařízení ([kapitola 1.4](#)).
- Pátá oblast sleduje dílčí cíle strategických dokumentů, a zda se v nich objevují procesy spjaté s rozvojem služeb komunitního charakteru ([kapitola 1.5](#)).
- Další oblast zkoumá kvalitu ukazatelů proveditelnosti strategických dokumentů ([kapitola 1.6](#)).
- V poslední oblasti obsahové analýzy překládáme souhrn hlavních zjištění s právním komentářem ([kapitola 1.7](#)).

Nejprve popíšeme každou oblast a vysvětlíme, proč ji zkoumáme. Poté předložíme výsledky analýzy střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb ilustrované grafem. Nakonec shrneme výsledky analýzy Národní strategie rozvoje sociálních služeb a zvláštních strategických dokumentů.

## 1.1 Definice klíčových pojmů

První oblastí, kterou jsme zkoumali, bylo, jak kraje a MPSV rozumí klíčovými pojmy jako „komunitní služba“, „deinstitucionalizace“ či „transformace“. Zajímalo nás, jak jsou tyto pojmy zahrnuty a definovány ve strategických dokumentech, neboť jejich různá interpretace může mít významný vliv na cíle a strategie v oblasti deinstitucionalizace sociálních služeb. Různé definice těchto klíčových pojmů mohou vést k odlišným představám o tom, co přesně zahrnuje deinstitucionalizace a jakými kroky ji lze dosáhnout.

Zjišťovali jsme, jak často se ve strategických dokumentech objevují a zda a jak jsou definovány tři klíčové pojmy: „deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“ ([kapitola 1.1.1](#)). V další kapitole hodnotíme shodu definic s Kritérii ([kapitola 1.1.2](#)). V další části jsme se zaměřili na použití termínů označujících služby komunitního charakteru ([kapitola 1.1.3](#)). Dále jsme zjišťovali, zda tyto dokumenty obsahují i definice pojmu „služba komunitního charakteru“ ([kapitola 1.1.4](#)), a následně jsme definice zhodnotili ([kapitola 1.1.5](#)).

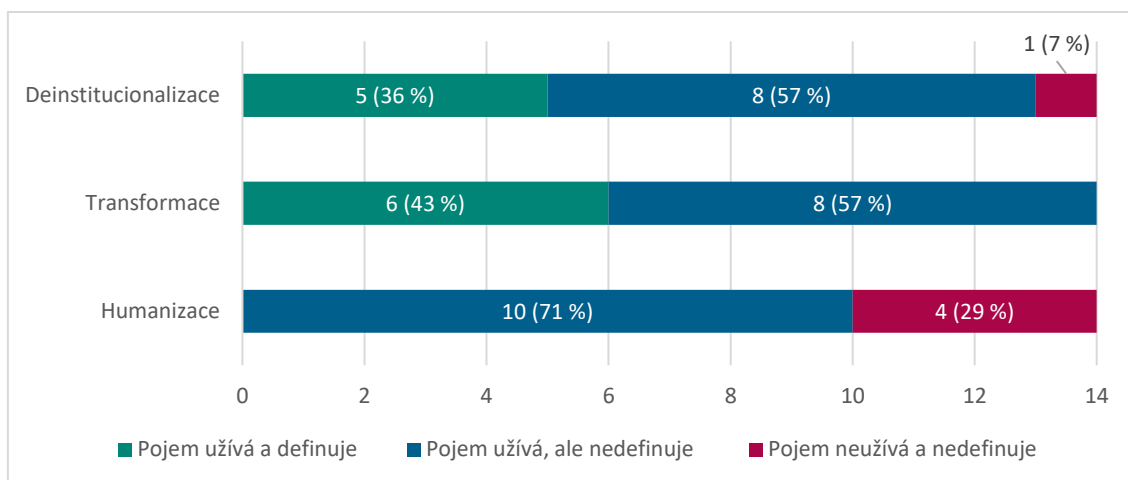
### 1.1.1 Četnost a definice pojmů „deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“

Nejprve jsme zkoumali způsob, jakým jsou tři konkrétní pojmy – „deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“ – zahrnuty a definovány v analyzovaných dokumentech.

Jak zobrazuje Graf 4, pouze zhruba třetina **střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb** uvádí a zároveň definuje pojem „deinstitucionalizace“ ve svých SPRSS (36 %). Ve více než polovině plánů se pojem sice vyskytuje, ale není doprovázen konkrétní definicí (57 %). Jeden kraj termín nepoužívá, tedy ani nedefinuje (7 %). Pojem „transformace“ se objevuje ve všech střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb. Více než polovina SPRSS zmiňuje tento pojem bez bližšího objasnění (57 %). Ve zbývajících případech je pojem i vysvětlen (43 %). Pojem „humanizace“ kraje nepoužívají tak často jako předchozí dva termíny. Ve čtyřech SPRSS, což je necelá třetina případů, pojem „humanizace“ není použitý a tedy ani definovaný (29 %). Zbývajících plány tento termín zmiňují, ale chybí jeho podrobnější vysvětlení (71 %).



**Graf 4 – Počet SPRSS, které užívají a definují vybrané pojmy: „transformace“, „deinstitucionalizace“ a „humanizace“ (N=14)**



**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** používá a definuje pojmy „deinstitucionalizace“ i „transformace“. Dokument obsahuje i pojem „humanizace“, ale bez bližší definice.

Pojmy „deinstitucionalizace“ a „transformace“ **se objevují ve všech čtyřech zvláštních strategických dokumentech**. Ve dvou z nich nicméně chybí jejich konkrétní definice.

#### 1.1.2 Kvalitativní hodnocení definic pojmů „deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“

Soustředili jsme se i na samotné definice pojmů ve strategických dokumentech. Jako základ (vyjma srovnání definice deinstitucionalizace v SPRSS a zvláštních dokumentech) pro porovnání sloužily definice použité v Kritériích (více k důvodu použití Kritérií v části [Vysvětlení důležitých pojmů](#)).

Z definice **deinstitucionalizace**, jak ji popisují Kritéria, jsme vybrali stěžejní prvky a zjišťovali jsme, zda je obsahují i definice téhož pojmu ve strategických dokumentech. Za stěžejní prvky považujeme:

- transformace ústavní péče v komunitní,
- cílem je zkvalitnit život klientů sociálních služeb,
- cílem je umožnit běžný život srovnatelný s životem vrstevníků,
- řízené rušení ústavů (tj. snižování ústavních kapacit tak, aby výsledkem nebyla ústavní služba, ideálně úplné zrušení zařízení),
- rozvoj komunitních sociálních služeb,
- výsledná struktura a provoz služeb je orientovaný na potřeby uživatelů,
- výsledná struktura a provoz služeb je orientovaný na sociální začleňování uživatelů,
- nevystavování institucionalizaci (tj. prevence institucionalizace).



Základní národní dokument, NSRSS, obsahuje definici „deinstitutionalizace“ shodnou s Kritérii,<sup>86</sup> s jedinou výjimkou: NSRSS zdůrazňuje, že služby komunitního charakteru mohou být poskytovány ve všech formách včetně pobytové. NSRSS tak s ohledem na uchopení pojmu „deinstitutionalizace“ používáme dále pro srovnání s definicemi v SPRSS.

Tři kraje definují „deinstitutionalizaci“ podobně jako NSRSS. Definice jednoho kraje obsahovala všechny prvky, kromě prevence institucionalizace. Zbylé dvě byly shodné s definicí v NSRSS, pouze vynechaly zmínky o zdravotním postižení. Definice „deinstitutionalizace“ u dalších dvou krajů se s definicí v NSRSS shodují pouze částečně. Jeden z krajů vytvořil vlastní definici a druhý kraj klade důraz na služby poskytované podle potřeb člověka, na sociální začleňování a na život v běžném prostředí mimo instituci.

Definice pojmu „deinstitutionalizace“ je i ve dvou zvláštních strategických dokumentech. Její znaky jsou částečně shodné s těmi v definici v NSRSS. V obou dokumentech chyběl prvek řízeného rušení ústavů, v jednom také prvek transformace ústavní péče a v dalším prvek cílící na kvalitu života.

Definice pojmu „**transformace**“ jsme srovnávali s definicí v Kritériích.<sup>87</sup>

„Transformace“ definovaná v NSRSS nemá, na rozdíl od Kritérií, jako jasný cíl a výsledek péči v přirozeném prostředí člověka a snižování ústavních kapacit. Jelikož však odkazuje na proces deinstitutionalizace, jehož definice obsahuje i prvek snižování ústavních kapacit a jako cíl stanoví „běžný život srovnatelný s životem vrstevníků“, nejde o zásadní rozdíl.

Co se týče definice „transformace“ u SPRSS, dva kraje se obsahově shodovaly s definicí v Kritériích. U dalších dvou krajů jsme zaznamenali částečnou shodu, jelikož chyběl alespoň jeden z prvků obsažených v definici transformace v Kritériích. Jeden kraj ve své definici popsal „transformaci“ oproti Kritériím také skrze cíl umožnění návratu klientů žijících mimo území kraje. To vychází z místního specifika a historických okolností budování zařízení sociálních služeb a nepovažujeme to za vybočení z definice oproti Kritériím. U posledního kraje jsme zaznamenali **problematickou definici**, protože kladla důraz na individuální potřeby klientů služeb, ovšem v kontextu „humanizace“ zařízení a snížení jejich maximální kapacity.<sup>88</sup> Tuto definici jsme vyhodnotili jako jdoucí proti smyslu „deinstitutionalizace“ a „transformace“ tak, jak se tyto pojmy definují v Kritériích.

Všechny tři zvláštní strategické dokumenty obsahovaly pouze částečnou shodu pojmu „transformace“ s definicí v Kritériích.

Je třeba dodat, že dva zvláštní strategické dokumenty obsahovaly i pojem „humanizace“. Podle obou definic je výsledkem „humanizace“ ústavní zařízení, a proto „humanizace“ není

86 Blíže ve [Vysvětlení důležitých pojmů](#).

87 Kritéria s. 5 „Transformace sociálních služeb – je souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v přirozeném prostředí člověka a snižování ústavních kapacit.“

88 „Důležitým cílem transformace je poskytování sociálních služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů služeb prostřednictvím dotačních programů, které budou zaměřeny tak, aby podporovaly vznik pouze pobytových zařízení s humanizujícími prvky, tj. zejména s kapacitou zařízení do 50 uživatelů, umístění zařízení v přirozené komunitě a dodržující soukromí a zájmy jednotlivých uživatelů.“



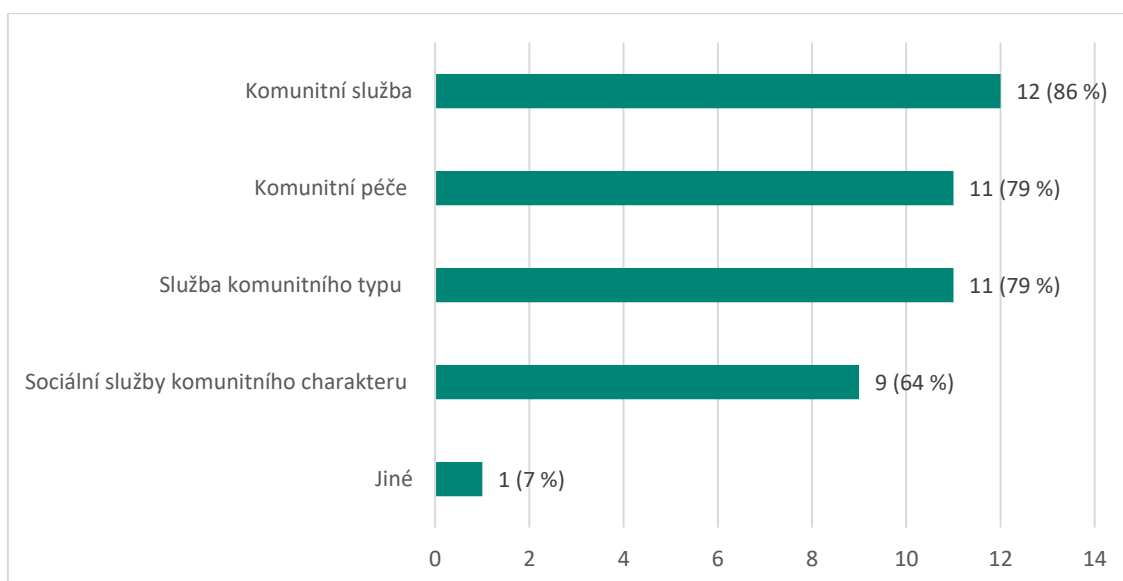
dostatečným opatřením v procesu deinstitucionalizace. V tomto smyslu je definice „humanizace“ dobrou praxí, která může předcházet vzniku a udržování ústavů.

### 1.1.3 Pojmy označující služby komunitního charakteru

Cílem deinstitucionalizace v oblasti poskytování sociálních služeb je přechod od institucionálního modelu péče k modelu komunitnímu. Z toho důvodu jsme se zaměřili na definice, které popisují služby komunitního charakteru. Definice služby komunitního charakteru má klíčový význam pro plánování a poskytování těchto služeb.

Graf 5 obsahuje přehled pojmů, které jsou ve **střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb** používány k popisu služby komunitního charakteru. Nejčastěji užívaným termínem je „Komunitní služba“, který používá dvanáct dokumentů (86 %). Devět dokumentů operuje s pojmy „Služba komunitního typu“ a „Komunitní péče“, což představuje více než tři čtvrtiny zkoumaných plánů (79 %). Méně než dvě třetiny SPRSS obsahují výraz „Sociální služby komunitního charakteru“ (64 %). Jeden plán zmiňuje pojem „služby péče v přirozeném prostředí“, který byl zařazen do kategorie „Jiné“ (7 %).

**Graf 5 – pojmů ve střednědobých plánech použitých pro označení služby komunitního charakteru (N=14)**



Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, protože jeden dokument mohl být zařazen do více kategorií.

**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** obsahuje všechna čtyři označení. Je však třeba uvést, že pojem „komunitní péče“ nepoužívá jako synonymum s ostatními pojmy označujícími služby komunitního charakteru. Komunitní péčí označuje služby komunitního charakteru pouze jako jednu z forem péče poskytované v komunitě (více [v kapitole 1.1.5](#) Kvalitativní hodnocení definic pojmů označujících služby komunitního charakteru).

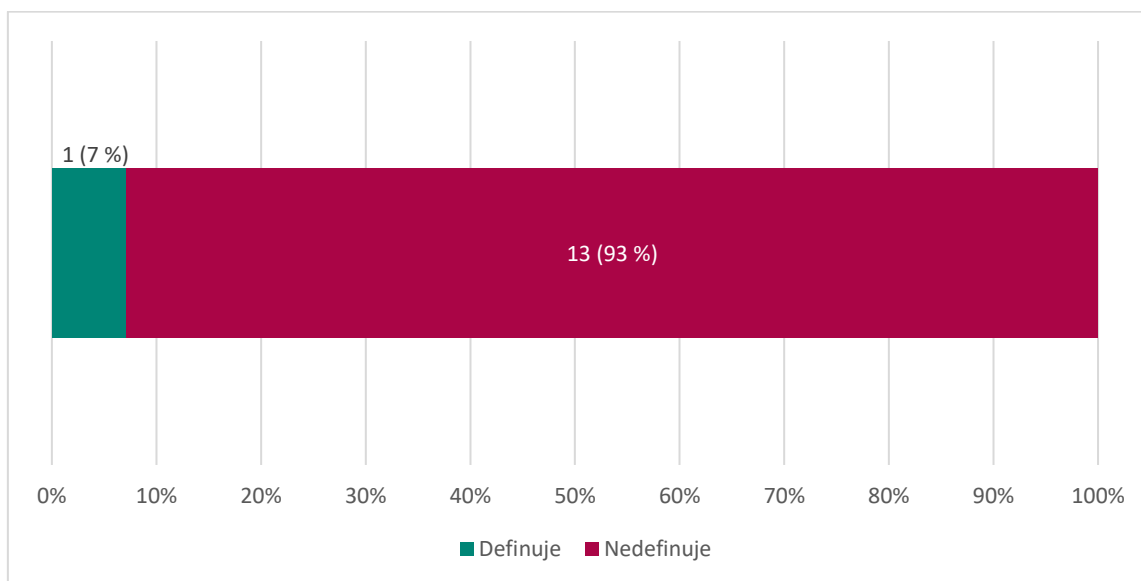
V rámci **zvláštních strategických dokumentů** jeden používá pojmy „Sociální služby komunitního charakteru“, „Komunitní služba“ a „Služba komunitního typu“. Zbývající tři zvláštní dokumenty zmiňují dva pojmy: „Komunitní služba“ a „Služba komunitního typu“.



#### 1.1.4 Definice pojmů označovaných pro služby komunitního charakteru

Dále nás zajímalo, zda **SPRSS** obsahují i definici služby komunitního charakteru (Graf 6). Tu obsahoval pouze jeden plán (7 %). To znamená, že ve většině případů, konkrétně ve třinácti případech, se v dokumentech definice nevyskytuje (93 %).

**Graf 6 – Počet střednědobých plánů, které obsahují definici pojmu označujícího služby komunitního charakteru (N=14)**



**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** neobsahuje definice označující služby komunitního charakteru.

Ačkoliv žádný z krajů ve svém SPRSS nedefinuje pojem „služby komunitního charakteru“, jeho vysvětlení najdeme hned ve dvou zvláštních strategických dokumentech.

#### 1.1.5 Kvalitativní hodnocení definic pojmů označujících „služby komunitního charakteru“

Sledovali jsme i samotné definice „služby komunitního charakteru“. Stejně jako u pojmů „deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“, i zde jsme jako základ pro porovnání použili definici „služeb komunitního charakteru“ obsaženou v Kritériích.<sup>89</sup>

NSRSS neobsahuje definici pojmu označující „služby komunitního charakteru“. Jediná podobná definice v tomto dokumentu je ta, která vymezuje „komunitní péči“ jako „pomoc a podporu poskytovanou lidem se zdravotním postižením v komunitě s využitím sociálních služeb komunitního charakteru, veřejně dostupných služeb a neformální podpory“.<sup>90</sup>

Komunitní péči NSRSS odlišuje od pojmu „sociální služba komunitního charakteru“. „Sociální služba komunitního charakteru“ je tak v chápání NSRSS jedna z forem komunitní péče, společně s veřejně dostupnými službami a neformální podporou.

89 Blíže ke Kritériím ve [Vysvětlení důležitých pojmů](#).

90 Blíže k tomu na s. 112 NSRSS.



Jediný ze všech krajů měl v SPRSS definici této služby, která zároveň doslovně odpovídala Kritériím. Další kraj ve svém SPRSS definoval komunitní péči – ovšem doslovně dle NSRSS, tedy nejedná se o definici „služby komunitního charakteru“.

Dva zvláštní strategické dokumenty uvedly své definice. Ty sice doslovně neodpovídaly Kritériím,<sup>91</sup> ale směřovaly k naplňování práva žít nezávislým způsobem života, což je zásadní.

## 1.2 Zapojení lidí s postižením do zpracování dokumentu

Dle Úmluvy mají státy povinnost zapojovat lidi s postižením do procesu plánování všech politik, které se jich týkají. Uznání práva lidí s postižením na plnou a efektivní účast na politickém, ekonomickém, společenském a kulturním životě by se mělo odrážet i v procesu plánování rozvoje sociálních služeb, kde je důležité zohlednit jejich potřeby, zkušenosti a perspektivy. Česká republika má závazek zajistit, že lidé s postižením budou mít možnost aktivně se podílet na tvorbě a implementaci strategií rozvoje sociálních služeb, které jim budou co nejlépe vyhovovat.

Pro přípravu plánu je klíčové aktivní zapojení samotných osob s postižením a také subjektů na ně navázaných. Pro účely výzkumu jsme za subjekty navázané na lidi s postižením považovali organizace zastupující zájmy lidí s postižením, formální<sup>92</sup> i neformální pečovatelské, obce, poskytovatele služeb, zřizovatele a další organizace, které se věnují právům lidí s postižením a jejich potřebám.

Ve strategických plánech jsme tedy hledali informace o tom, které subjekty navázané na lidi s postižením kraje/MPSV zapojily do přípravy dokumentu ([kapitola 1.2.1](#)). Dále jsme chtěli vědět, zda jsou tyto subjekty navázané i na skupinu lidí s postižením, na kterou cílí náš výzkum, tj. lidé s chronickým duševním onemocněním a lidé s mentálním postižením ([kapitola 1.2.2](#)).

---

91 „Komunitní služba: Sociální služby zajišťované v běžném prostředí, kdy uživatelé služby využívají veřejné služby, zapojují se do společenského života, mohou-li, pracují, jsou přirozenou součástí komunity. Tyto služby dochází za člověkem s postižením k němu domů, pomáhají mu ve všech oblastech, které si není schopen zabezpečit bez pomoci, reflektují jeho individualitu; péče a pomoc je zajištěna bez nutnosti přestěhování do ryze specializovaného ústavního zařízení.“

„Komunitní služba: Služba poskytovaná v běžném prostředí, kdy může přirozeně docházet k prolínání uživatelů s běžnou občanskou společností. Záměrem deinstitucionalizace je poskytování sociálních služeb komunitním způsobem, v místě, které si uživatel určí a rozsahu podle individuálních potřeb uživatele. Kritéria komunitní služby (vizte Manuál transformace ústavů) stanovují jako hraniční kapacitu pro neústavní, pobytovou komunitní sociální službu počet maximálně 4 klientů v jedné domácnosti. V jednom domě či bytové sekci přitom žije nejvýše 12 klientů a nacházejí se v něm nejvýše 4 domácnosti spojené s poskytováním sociální služby.“

Domácnosti mohou být skupinové, tj. 3 a více osob žijících v jedné domácnosti, resp. bytové jednotce, nebo individuální pro 1–2 uživatele. V pokojích jsou maximálně 2 osoby (osoby preferující společné soužití či partneři).“

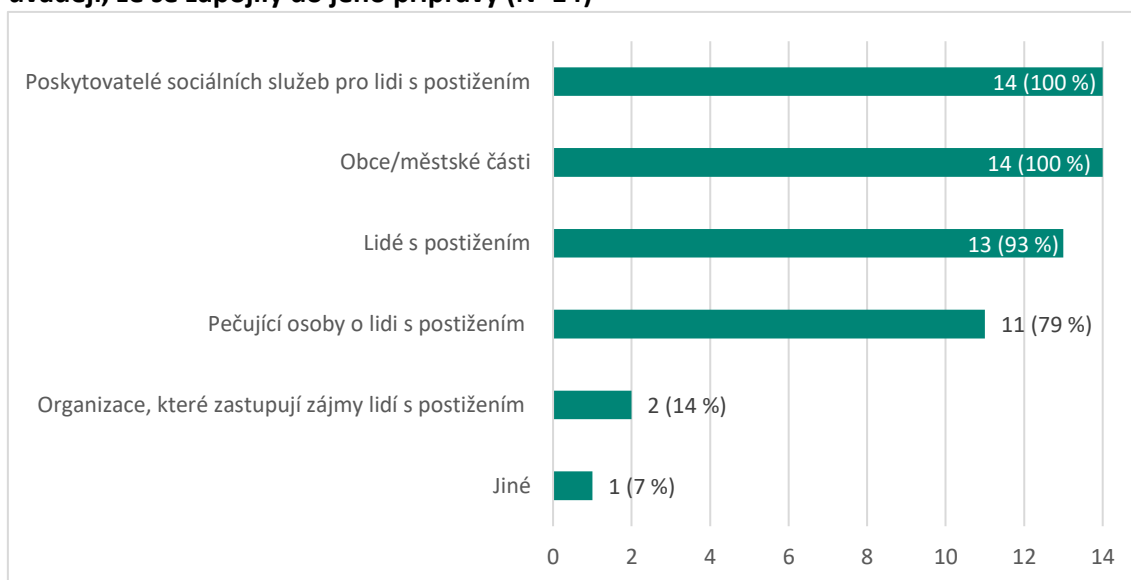
92 Formálními pečovateli zde rozumíme asistenty sociální péče podle § 83 zákona o sociálních službách.



### 1.2.1 Informace o subjektech zapojených do přípravy plánu

Z grafu 7 je patrné, že **střednědobé plány rozvoje sociálních služeb** uvádějí, že se do jejich zpracování zapojilo několik různých skupin subjektů. Všechny plány uváděly zapojení obcí/městských částí a poskytovatelů sociálních služeb (100 %). SPRSS uváděly ve vysoké míře i zapojení samotných lidí s postižením, konkrétně ve 13 ze 14 krajských plánů (93 %). Čtyři pětiny krajských plánů obsahovaly informaci, že se do jejich přípravy zapojily i osoby pečující o lidi s postižením (79 %). Podstatně menší zastoupení v procesu plánování měly organizace, které zastupují zájmy lidí s postižením, jejichž zapojení zmínily jen dva kraje (14 %). Jeden střednědobý plán uváděl zapojení jiných vládních organizací jako Institutu pro sociální práci, Agentury pro sociální začleňování (7 %).

**Graf 7 – Druhy subjektů navázaných na lidi s postižením, o kterých střednědobé plány uvádějí, že se zapojily do jeho přípravy (N=14)**



Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, protože jeden dokument mohl být zařazen do více kategorií.

**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** uvádí, že do jejího plánování ministerstvo zapojilo organizace zastupující zájmy lidí s postižením a poskytovatele sociálních služeb.

Informace o zapojení subjektů navázaných na lidi s postižením jsme zaznamenali pouze v jednom **zvláštním strategickém dokumentu**, kde se do přípravy aktivně zapojily osoby pečující o lidi s postižením a poskytovatelé sociálních služeb.

### 1.2.2 Zapojení subjektů navázaných na lidi s chronickým duševním onemocněním a lidi s mentálním postižením do přípravy plánu

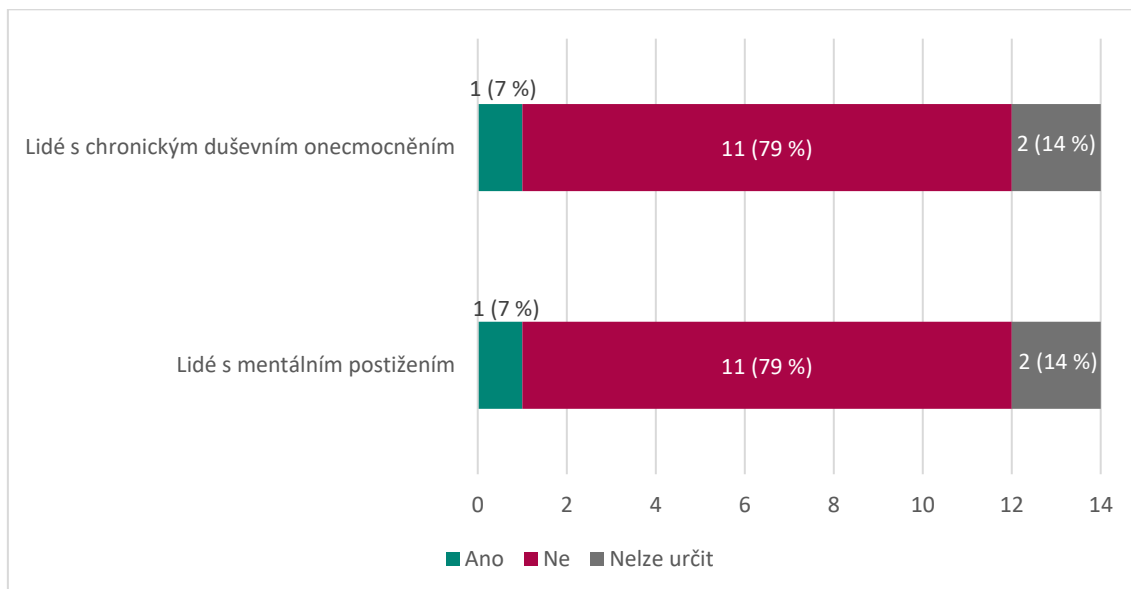
Dále nás zajímalo zapojení subjektů navázaných na lidi s konkrétním druhem postižení do procesu přípravy dokumentu (Graf 8). Zaměřili jsme se přitom na dvě skupiny lidí s postižením – lidi s chronickým duševním onemocněním a lidi s mentálním postižením. Ve **střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb** jsme dohledali informace o zapojení těchto subjektů pouze u jednoho kraje (7 %). Naopak zhruba čtyři pětiny krajů neuvedly





žádné subjekty navázané na lidi s konkrétním typem postižení (79 %) a u dvou krajů (14 %) jsme jejich zapojení nedokázali určit.

**Graf 8 – Subjekty navázané na lidi s postižením při přípravě střednědobého plánu dle typu postižení (N=14)**



**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** neuvádí, že by se do procesu její přípravy zapojily jakékoliv subjekty navázané na lidi s mentálním postižením nebo lidi s chronickým duševním onemocněním.

Informace o zapojení subjektů navázaných na lidi s postižením se objevila pouze v jednom **zvláštním strategickém dokumentu**. Žádný z nich však nebyl výslovně navázán na lidi s mentálním postižením nebo lidi s chronickým duševním onemocněním.

### 1.3 Strategické cíle směřující k deinstitucionalizaci

V následující kapitole se zaměříme na analýzu strategických cílů obsažených ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb a dokumentech spojených s deinstitucionalizací. Za strategický cíl jsme považovali **obecné cíle či vize, které určovaly směřování rozvoje sociálních služeb v kraji a které dokumenty dále specifikovaly v dílčích cílech**. Záměrem této analýzy je zhodnotit, do jaké míry se kraje ve svých strategických cílech zavázaly k naplňování vize a cílů deinstitucionalizace.<sup>93</sup>

Graf 9 ukazuje, že kraje ve svých cílech zdůrazňovaly některé prvky definice pojmu deinstitucionalizace více než jiné. Všechny zkoumané **střednědobé plány** mají stanovené

93 Vycházeli jsme z **vize** deinstitucionalizace dle Kritérií (s. 7): „Deinstitucionalizace sociálních služeb znamená postupný a dlouhodobý proces změny/transformace institucionální (ústavní) péče v péči komunitní. Je to změna, která usiluje o to, aby i uživatelé sociálních služeb žili ve svém domově a životem podle své vlastní volby tak, jak je to ve většinové společnosti běžné.

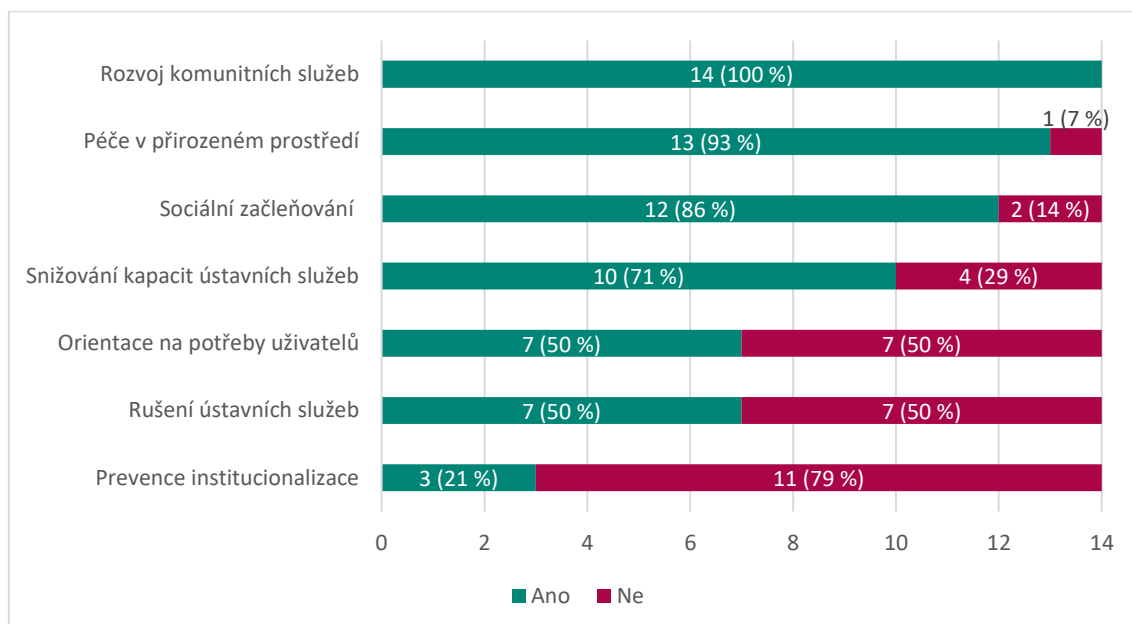
Pro naplnění vize deinstitucionalizace je třeba uskutečnit **tři základní cíle** (Kritéria s. 8): 1. zamezit institucionalizaci dalších osob, 2. transformovat ústavní sociální péči, 3. zajistit dostupnost podpory člověka v komunitě.



strategické cíle směřující k rozvoji služeb komunitního charakteru (100 %). Většina krajů v cílech svých SPRSS reflektuje péči v přirozeném prostředí (93 %), pouze v jednom plánu toto téma chybí (7 %). Sociální začleňování je strategickým cílem více než tří čtvrtin plánů (86 %) a téměř stejný počet plánů zahrnuje i snižování kapacit ústavních služeb (71 %). V plánech čtyř krajů toto téma chybí (29 %). Polovina krajských plánů cílí na rušení ústavních služeb a orientaci na potřeby uživatelů (50 %). Prevenci institucionalizace obsahovaly cíle tří SPRSS (21 %), zatímco ve zbývajících čtyřech pětinach plánů tento prvek chyběl (79 %).

Důležité je poznamenat, že strategické cíle spojené s rušením ústavních služeb a snižováním kapacity se vůbec neobjevily v plánech čtyřech krajů (29 %). Tři kraje se zavázaly pouze ke snižování kapacity (21 %), zatímco sedm dalších krajů má v plánu jak rušit ústavní služby, tak snižovat jejich kapacity (50 %).

**Graf 9 – Typy strategických cílů zavazujících se k naplňování prvků deinstitutionalizace, které se objevily ve střednědobých plánech (N=14)**



Ve strategických cílech **Národní strategie rozvoje sociálních služeb** jsou všechny prvky týkající se závazků k naplňování vize a cílů deinstitutionalizace.

Všechny **zvláštní strategické dokumenty** obsahovaly všechny zkoumané prvky. V některých případech tak doplňovaly ty, které chyběly danému kraji v SPRSS. Například ve střednědobém plánu jednoho kraje chyběla orientace na potřeby uživatelů a prevence institucionalizace. Oba tyto prvky byly součástí cílů stanovených v jeho zvláštním strategickém dokumentu. Podobně ve střednědobém plánu jiného kraje chyběla prevence institucionalizace, na kterou tento kraj cílí ve zvláštním strategickém dokumentu.

#### 1.4 Transformace sociálních služeb v dílčích cílech

V následující kapitole jsme se zaměřili na to, jak je transformace sociálních služeb začleněna do dílčích cílů strategických dokumentů. Zatímco předchozí kapitola popisovala,



jak dokumenty pracují s vizí a strategickým cílem deinstitucionalizace, nyní se zaměříme na cíle dílčí. Za dílčí cíl jsme považovali ten, který je nejkonkrétnější. Jejich analýza nám přiblíží, jakým způsobem jsou plánována opatření a kroky směřující k transformaci sociálních služeb.

Dílčí cíle jsme rozdělili do dvou skupin. První skupina se týká snižování kapacity ústavních služeb ([kapitola 1.4.1](#)). Druhá skupina směřuje ke zrušení ústavních služeb a k zabránění přenosu ústavních prvků do služeb, které prošly transformací ([kapitola 1.4.2](#)). Zajímalo nás také, zda kraje plánují transformaci DOZP a DZR a také, zda služby poskytované v těchto zařízeních jsou určeny pro cílovou skupinu osob s mentálním postižením nebo chronickým duševním onemocněním ([kapitola 1.4.3](#)).

#### 1.4.1 Dílčí cíle vedoucí ke snižování kapacit ústavních služeb

Při analýze jsme se soustředili na specifické cíle, které vedou ke snižování kapacity ústavních služeb na úroveň kapacity služeb komunitního charakteru (graf 10). Z hlediska kapacit jsme vycházeli z Kritérií a za službu komunitního charakteru jsme považovali zařízení splňující následující podmínky:<sup>94</sup>

1. U pobytových služeb v individuálních domácnostech mohou být jeden až dva klienti, ve skupinové službě tři až šest klientů, v chráněném bydlení maximálně čtyři klienti.
2. V rámci jednoho zařízení je maximální počet 12 klientů s nízkou/střední mírou podpory a maximální počet 18 klientů s vysokou mírou podpory.
3. Pro ambulantní služby platí, že v jednom objektu může být současně nejvýše 32 klientů, a v rámci jednoho programu je povoleno až 10 klientů.

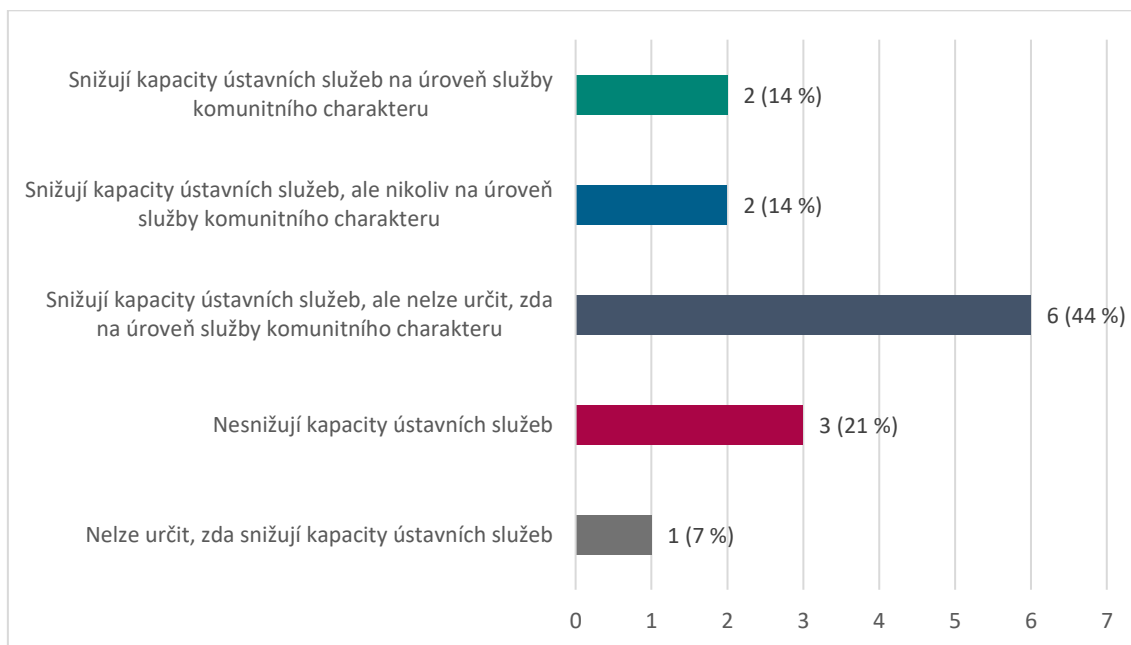
U necelé poloviny **SPRSS** (44 %) nelze jednoznačně určit, zda střednědobé plány zahrnují snižování kapacity ústavních služeb na úroveň služeb komunitního charakteru. Více než pětina plánů nezmiňuje žádné snižování kapacit ústavních služeb (21 %). Ve dvou dokumentech se uvádí, že sice dochází ke snižování kapacit ústavních služeb, ale nikoliv na úroveň služeb komunitního charakteru (14 %). Stejný počet krajských plánů obsahuje cíle, které vedou ke snižování kapacity ústavních služeb na úroveň služeb komunitního charakteru (14 %).

---

94 Ze strategických dokumentů jsme nemohli zjistit, zda jsou naplněná další kritéria pro služby komunitního charakteru, jako je umístění služby a způsob jejího poskytování. Proto jsme posuzovali pouze kritérium kapacity.



**Graf 10 – Typy cílů ve střednědobých plánech, které vedou ke snižování kapacity ústavních služeb na úroveň kapacity služeb komunitního charakteru pro lidi s mentálním postižením nebo lidi s chronickým duševním onemocněním (N=14)**



Dílčí cíle v **Národní strategii rozvoje sociálních služeb** vedou ke snižování kapacity ústavních služeb. Nelze však jednoznačně určit, zda tyto cíle vedou až k dosažení úrovně kapacity služeb komunitního charakteru.

Tři **zvláštní strategické dokumenty** definují cíl snížit kapacitu ústavních služeb na úroveň služby komunitního charakteru. Jeden zvláštní dokument zmiňuje částečné snížení kapacit ústavních služeb, ale není jasné, zda by se tak mělo stát na úroveň služeb komunitního charakteru, či nikoliv.

#### 1.4.2 Dílčí cíle vedoucí ke zrušení ústavních služeb a zamezení přenosu ústavních prvků

Dále jsme zkoumali, zda se v dílčích cílech objevují opatření směřující k úplnému zrušení ústavních služeb ve prospěch služeb komunitního charakteru (včetně vyhlášení moratoria).

Dále nás zajímalo, zda dílčí cíle směřují k minimalizaci přenosu charakteristik ústavních služeb do transformovaného zařízení. V plánech jsme hledali následující opatření:

- Pravidelný audit ústavních prvků.
- Vzdělávání pracovníků (transformovaných zařízení) ohledně prevence přenosu ústavních prvků.
- Mechanismus kontroly kvality služeb s důrazem na zjištění a odstranění ústavních prvků.
- Naplnění materiálně-technických požadavků směrem k prevenci přenosu ústavních prvků do transformovaných zařízení.

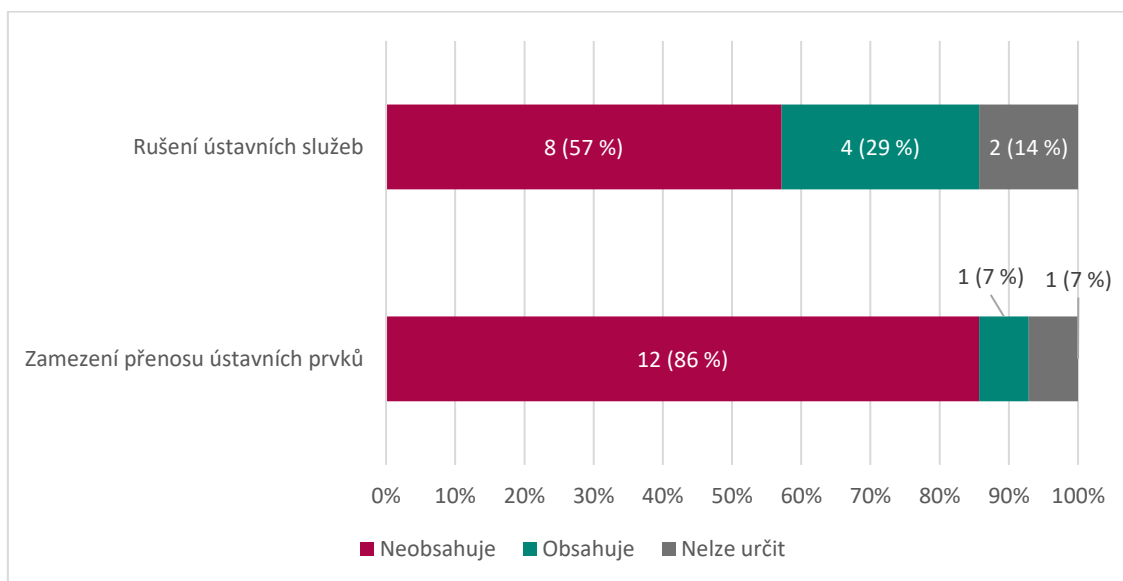


- Naplnění personálního standardu směrem k prevenci přenosu ústavních prvků do transformovaných zařízení.
- Standard vnějšího prostředí (tj. dodržení kritérií pro službu komunitního charakteru z pohledu umístění zařízení v rámci obce nebo konkrétního místa).

Z výsledků analýzy je zřejmé (graf 11), že více než polovina zkoumaných **střednědobých plánů** neobsahuje prvek rušení ústavních služeb (57 %). V necelé třetině dokumentů se tato snaha výslovně promítá do dílčích cílů, které směřují k úplnému ukončení ústavních služeb (29 %). U dalších dvou dokumentů nebylo možné určit, zda tento prvek obsahují, či nikoliv (14 %).

Ze zkoumaných SPRSS vyplývá, že více než čtyři pětiny z nich neobsahují žádné opatření k zamezení přenosu ústavních prvků (86 %). Pouze jeden plán zahrnuje tento prvek (7 %), u dalšího jsme to nedokázali jednoznačně určit (7 %).

**Graf 11 – Typy cílů ve střednědobých plánech, které vedou k zabránění přenosu ústavních prvků a rušení ústavních služeb pro lidi s mentálním postižením nebo lidi s chronickým duševním onemocněním (N=14)**



**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** obsahuje dílčí cíle zaměřené na úplné zrušení ústavních služeb pro lidi s mentálním postižením nebo lidi s chronickým duševním onemocněním. Zároveň nestanoví žádné dílčí cíle zaměřené na zamezení přenosu ústavních prvků do transformovaných zařízení.

Všechny čtyři **zvláštní strategické dokumenty** obsahují cíle zaměřené na rušení ústavních služeb pro lidi s mentálním postižením nebo lidi s chronickým duševním onemocněním. Zamezení přenosu ústavních prvků do transformovaných zařízení uváděl pouze jeden zvláštní dokument.

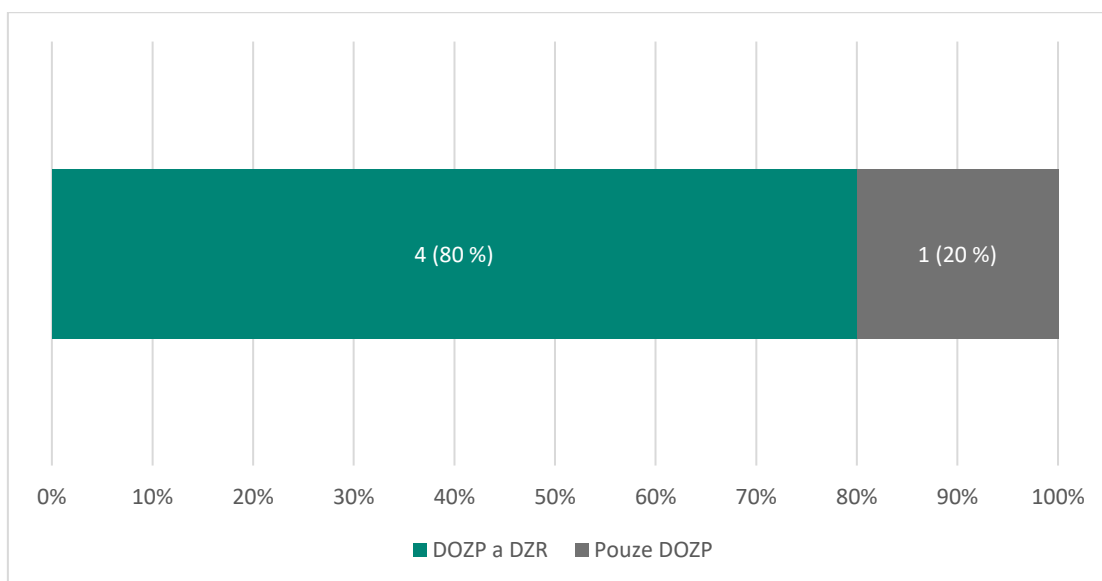


### 1.4.3 Cílové skupiny a druhy transformovaných služeb

U strategických dokumentů, které se zaměřují na transformaci sociálních služeb a zahrnují rušení ústavních služeb, zamezení přenosu ústavních prvků nebo snižování kapacity, jsme chtěli vědět, zda jsou služby poskytované v těchto zařízeních určeny pro cílovou skupinu lidí s mentálním postižením nebo lidí s chronickým duševním onemocněním. Výsledky ukazují, že ve všech pěti **SPRSS**, které zmiňují nějakou formu transformace sociálních služeb, jsou tyto služby určené pro zmíněné cílové skupiny (100 %). Toto zjištění je shodné nejen s **Národní strategií rozvoje sociálních služeb**, ale také se všemi čtyřmi **zvláštními strategickými dokumenty** (100 %). Kraje plánují transformovat služby pro obě sledované skupiny.

Dále nás zajímalo, zda procházejí transformací služby DOZP nebo DZR. Zjistili jsme, že čtyři z pěti **SPRSS** uvádí, že transformace zahrnuje jak služby DOZP, tak DZR (80 %). Pouze jeden krajský plán se vztahuje pouze k transformaci služeb DOZP (20 %).

**Graf 12 – Vybrané druhy služeb, na jejichž transformaci cílí střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (N=5)**



**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** ve svých dílčích cílech nespécifikovala žádný konkrétní druh služby. Zároveň všechny čtyři **zvláštní strategické dokumenty** zohledňují transformaci pro služby DOZP i DZR.

### 1.5 Rozvoj sociálních služeb komunitního charakteru v dílčích cílech

V dílčích cílech jsme zkoumali nejen snahu o transformaci služeb, ale také způsoby, jak kraje plánují zajistit rozvoj sociálních služeb komunitního charakteru. Naše analýza se zaměřila zejména na tyto služby určené lidem s mentálním postižením a chronickým duševním onemocněním.

V první části se zabýváme tím, jaké dílčí cíle, které směřují k rozvoji komunitních služeb, jsou definovány v jednotlivých strategických dokumentech ([kapitola 1.5.1](#)). Následně



hodnotíme, zda tyto cíle splňují kritéria stanovená pro služby komunitního charakteru ([kapitola 1.5.2](#)). V další části se věnujeme skupinám klientů, pro které jsou určeny nově rozvíjené komunitní služby ([kapitola 1.5.3](#)). Zaměřujeme se i na konkrétní služby, které jednotlivé kraje plánují rozvíjet, hodnotíme jejich komunitních charakter ([kapitola 1.5.4](#)) a představíme druhy těchto služeb ([kapitola 1.5.5](#)).

### 1.5.1 Dílčí cíle vedoucí k rozvoji služeb komunitního charakteru

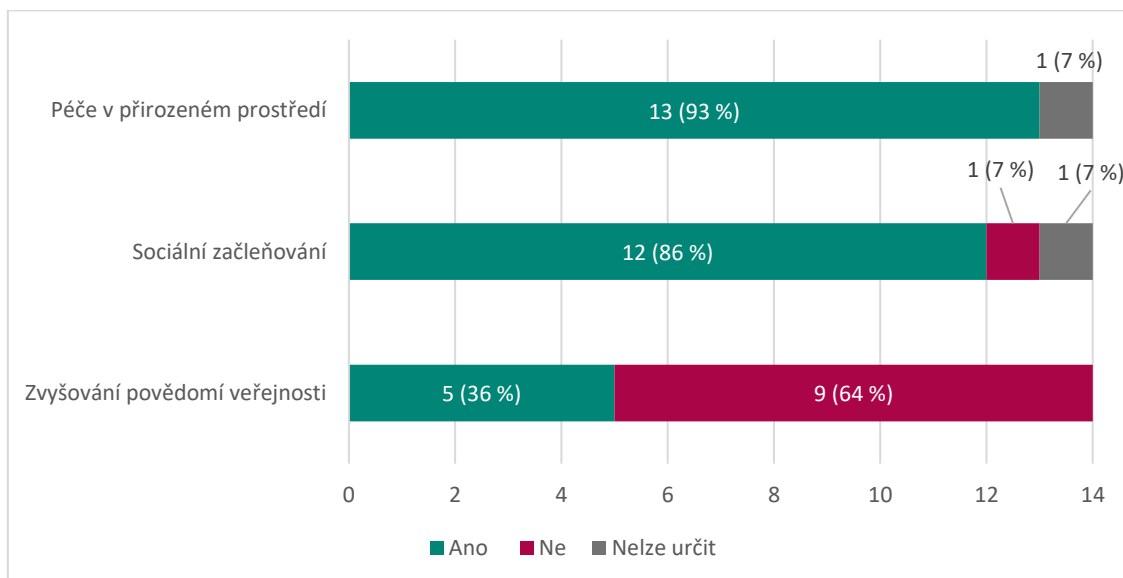
Zkoumali jsme, zda dílčí cíle obsahují oblasti klíčové pro rozvoj a posílení služeb komunitního charakteru pro lidi s postižením a pro podporu jejich začlenění do společnosti. V dílčích cílech jednotlivých dokumentů jsme sledovali tři klíčové aspekty:

- **Zvyšování povědomí veřejnosti:** Tento aspekt zahrnoval cíle, které směřují na komunikaci s veřejností, aby se předešlo obavám z výstavby nových zařízení pro služby komunitního charakteru. Dále se jednalo o osvětu o tématu postižení, včetně zvyšování povědomí o právech a potřebách lidí s postižením a o vyvracení mýtů a předsudků. Daný aspekt zahrnoval i sdílení dobré praxe v oblasti poskytování služeb komunitního charakteru a informování o negativních důsledcích institucionalizace a o výhodách deinstitucionalizace.
- **Sociální začleňování lidí s postižením:** Tento aspekt se týkal aktivit, které směřují ke zvýšení sociálního začleňování lidí s postižením, tedy ke stanovení cílů sociálního začleňování, k rozvoji různých služeb podporujících kontakt se společenským prostředím, včetně zaměstnání, vzdělávání, bydlení a další.
- **Zajištění péče v přirozeném prostředí:** Tento aspekt znamenal, že dílčí cíle vedou k rozvoji a podpoře péče o lidi s postižením v jejich přirozeném prostředí. Šlo například o zřizování nebo navyšování kapacit služeb, které podporují péči v domácím prostředí, zlepšování dostupnosti těchto služeb nebo podporu neformální péče, například podporu pečujících osob.

Dílčí cíle téměř všech **střednědobých plánů** směřují k podpoře a rozvoji péče v přirozeném prostředí (93 %), jak zobrazuje graf 13. U jednoho dokumentu jsme nedokázali určit, zda jeho dílčí cíle tento aspekt zahrnují (7 %). Téměř čtyři pětiny krajských plánů zahrnují cíle směřující k sociálnímu začleňování lidí s postižením (86 %). Jeden dokument tento aspekt neobsahuje (7 %) a v jednom plánu jsme to nedokázali určit (7 %). Dále jsme zjistili, že přibližně třetina střednědobých plánů zahrnuje cíle směřující ke zvyšování povědomí veřejnosti (36 %), zatímco u zhruba dvou třetin dokumentů chybí opatření, která by se tímto aspektem zabývala (64 %).



**Graf 13 – Typy cílů ve střednědobých plánech, které vedou k rozvoji služeb komunitního charakteru pro lidi s mentálním postižením a/nebo lidi s chronickým duševním onemocněním (N=14)**



**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** zahrnuje všechny tři sledované aspekty: zvyšování povědomí veřejnosti, sociální začleňování a péče v přirozeném prostředí.

Všechny **zvláštní strategické dokumenty** zahrnují opatření podporující péči o lidi s postižením v domácím prostředí a cíle směřující k sociálnímu začlenění. Zvyšování povědomí veřejnosti o otázkách spojených s postižením je zahrnuto ve třech ze čtyř dokumentů.

#### 1.5.2 Dílčí cíle vedoucí k rozvoji služeb komunitního charakteru podle Kritérií

Zjišťovali jsme, zda je alespoň jeden z dílčích cílů zaměřen na rozvoj sociální služby komunitního charakteru určené pro lidi s mentálním postižením nebo lidi s chronickým duševním onemocněním. Za službu komunitního charakteru jsme v souladu s Kritérii považovali službu, která splňuje kritérium umístění v obci a kritérium malé kapacity:

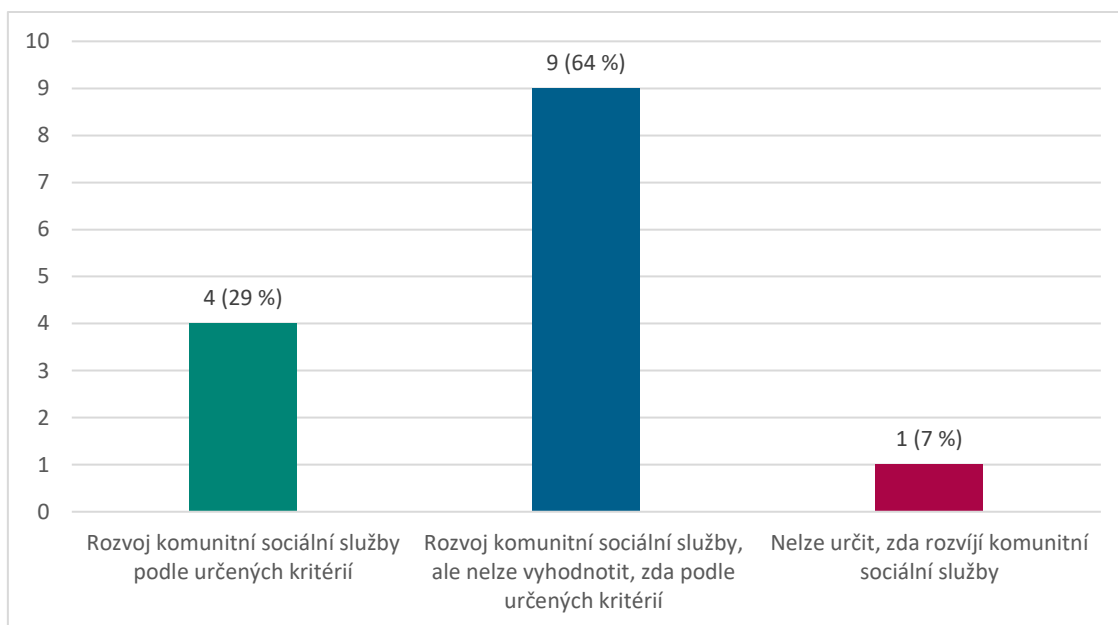
- Kritérium umístění v obci: Služba komunitního charakteru je v obci umístěna stejně jako jiné prostory stejného účelu a zároveň není soustředěna s ostatními službami stejného charakteru v jednom místě.
- Kritérium malé kapacity – viz [kapitolu 1.4.1.](#)

Z grafu 14 je patrné, že téměř dvě třetiny **střednědobých plánů** směřují k rozvoji služeb deklarovaných jako komunitní, ale z formulace dílčího cíle nelze určit, zda splňují kritéria služby komunitního charakteru (64 %). Čtyři střednědobé plány rozvíjejí služby, které splňují kritéria služby komunitního charakteru (29 %). U jednoho plánu se nám nepodařilo vyhodnotit, zda služby, které kraj plánuje rozvíjet, jsou komunitního charakteru, či nikoliv (7 %).





**Graf 14 – Typy cílů ve střednědobých plánech, které vedou k rozvoji služeb komunitního charakteru podle určených kritérií (N=14)**



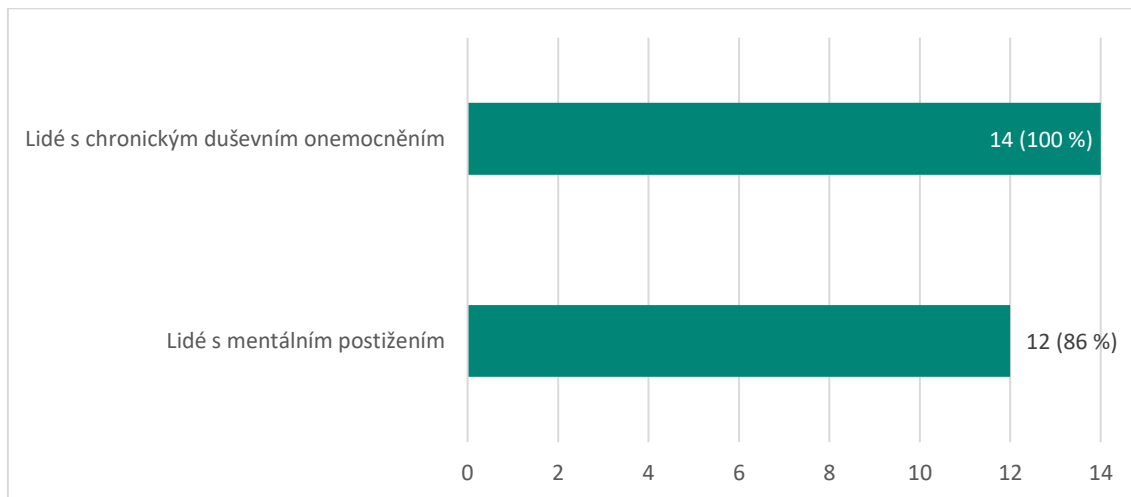
**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** obsahuje cíle, které rozvíjí služby deklarované jako komunitní, ale nepodařilo se nám vyhodnotit, zda dané služby splňují určená kritéria. Stejně je na tom i jeden **zvláštní strategický dokument**. Zbývající tři zvláštní strategické dokumenty obsahují cíle, které jednoznačně vedou k rozvoji služeb komunitního charakteru.

### 1.5.3 Cílové skupiny rozvíjených služeb komunitního charakteru

U strategických dokumentů, které se zaměřují na rozvoj sociálních služeb komunitního charakteru, jsme zkoumali, zda jsou tyto služby určeny pro cílovou skupinu lidí s mentálním postižením nebo lidí s chronickým duševním onemocněním (graf 15). U všech **střednědobých plánů** je rozvoj služeb komunitního charakteru zaměřen na lidi s chronickým duševním onemocněním (100 %) a u více než čtyř pětín plánů i na lidi s mentálním postižením (86 %).



**Graf 15 – Vybrané typy cílových skupin (lidé s mentálním postižením nebo lidé s chronickým duševním onemocněním), pro které jsou určeny služby komunitního charakteru, na jejichž rozvoj cílí střednědobé plány krajů (N=14)**



Dílčí cíle **Národní strategie rozvoje sociálních služeb**, které rozvíjí služby komunitního charakteru, jsou určeny pro lidi s mentálním postižením a pro lidi s chronickým duševním onemocněním. Stejně určení mají také dílčí cíle všech čtyř **zvláštních strategických dokumentů**.

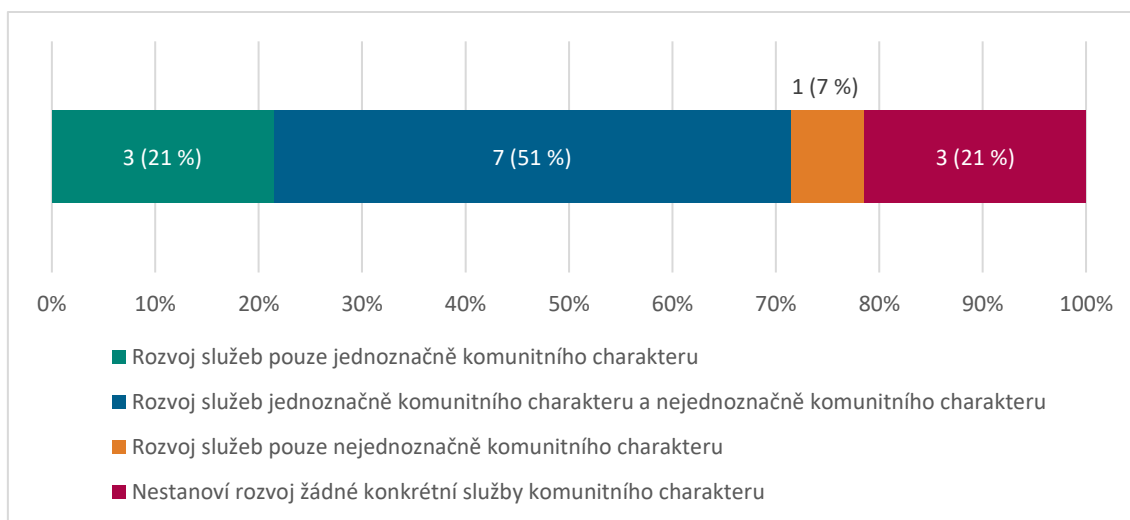
#### 1.5.4 Komunitní charakter konkrétních druhů rozvíjených služeb

Zjišťovali jsme, u jakých služeb komunitního charakteru je jejich rozvoj vytyčen jako dílčí cíl. Tyto služby jsme rozdělili do dvou kategorií podle toho, zda je lze jednoznačně a s jistotou považovat za službu komunitního charakteru, nebo ne.

Z grafu 16 vyplývá, že tři **střednědobé plány** zaměřují své úsilí výhradně na rozvoj služeb, které jednoznačně považujeme za služby komunitního charakteru (21 %). Více než polovina plánů se věnuje rozvoji jak služeb, které dle našeho názoru jsou komunitního charakteru, tak těch, u nichž se nám to nedokážeme určit (51 %). Jeden kraj plánuje rozvoj služeb, u nichž jsme nedokázali jednoznačně určit, zda se jedná o služby komunitního charakteru (7 %). Tři plány ve svých dílčích cílech nespécifikovaly žádné konkrétní druhy služeb komunitního charakteru, které plánují rozvíjet (21 %). Dílčí cíle v těchto dokumentech většinou popisovaly rozvoj služeb obecně, bez určení jejich druhu.



**Graf 16 – Počty střednědobých plánů, které cílí na rozvoj konkrétních služeb komunitního charakteru (N=14)**



Dílčí cíle **Národní strategie rozvoje sociálních služeb** neurčovaly rozvoj žádného konkrétního druhu služby komunitního charakteru. Zároveň všechny **zvláštní strategické dokumenty** plánují rozvíjet služby, které jsme identifikovali jako jednoznačně komunitního charakteru.

#### 1.5.5 Druhy rozvíjených služeb komunitního charakteru

Zaměřili jsme se na konkrétní druhy služeb komunitního charakteru, které se podle strategických dokumentů mají rozvíjet. Graf 17 ukazuje, že téměř tři čtvrtiny střednědobých plánů obsahovaly dílčí cíle směřující k rozvoji osobní asistence (71 %), tedy služby, která je ze své povahy komunitní.

Zvláštní pozornost věnujeme službám, které se často transformují na služby komunitního charakteru. Jde o **chráněná bydlení, domovy se zvláštním režimem (DZR) a domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)**. Zaprvé, chráněná bydlení jednoznačně komunitního charakteru plánuje rozvíjet více než polovina plánů (57 %). Tři plány směřují k rozvoji chráněných bydlení, u kterých jsme nedokázali určit, zda půjde o služby komunitního charakteru (21 %). Zadruhé, rozvoj jednoznačně komunitních DZR uvádí pouze jeden plán (7 %). U méně než poloviny všech plánů (43 %) jsme nedokázali určit, zda půjde o služby komunitního charakteru. Zatřetí, pouze méně než třetina plánů počítá s rozvojem jednoznačně komunitních DOZP (29 %) a u necelé poloviny nebylo možné určit, zda směřují k rozvoji DOZP komunitního charakteru (43 %).

Přibližně dvě třetiny SPRSS obsahovaly dílčí cíle zaměřené na rozvoj komunitních **center duševního zdraví a sociálně terapeutických dílen** (64 %). Jeden plán také cílí na rozvoj uvedených dílen, aniž je však zřejmé, zda budou komunitního charakteru (7 %).

Více než polovina SPRSS počítá s rozvojem služeb, které považujeme za komunitní (57 %). Mezi ně patří **sociální rehabilitace, denní stacionáře, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení a sociálně aktivizační služby** pro seniory a lidi s postižením.

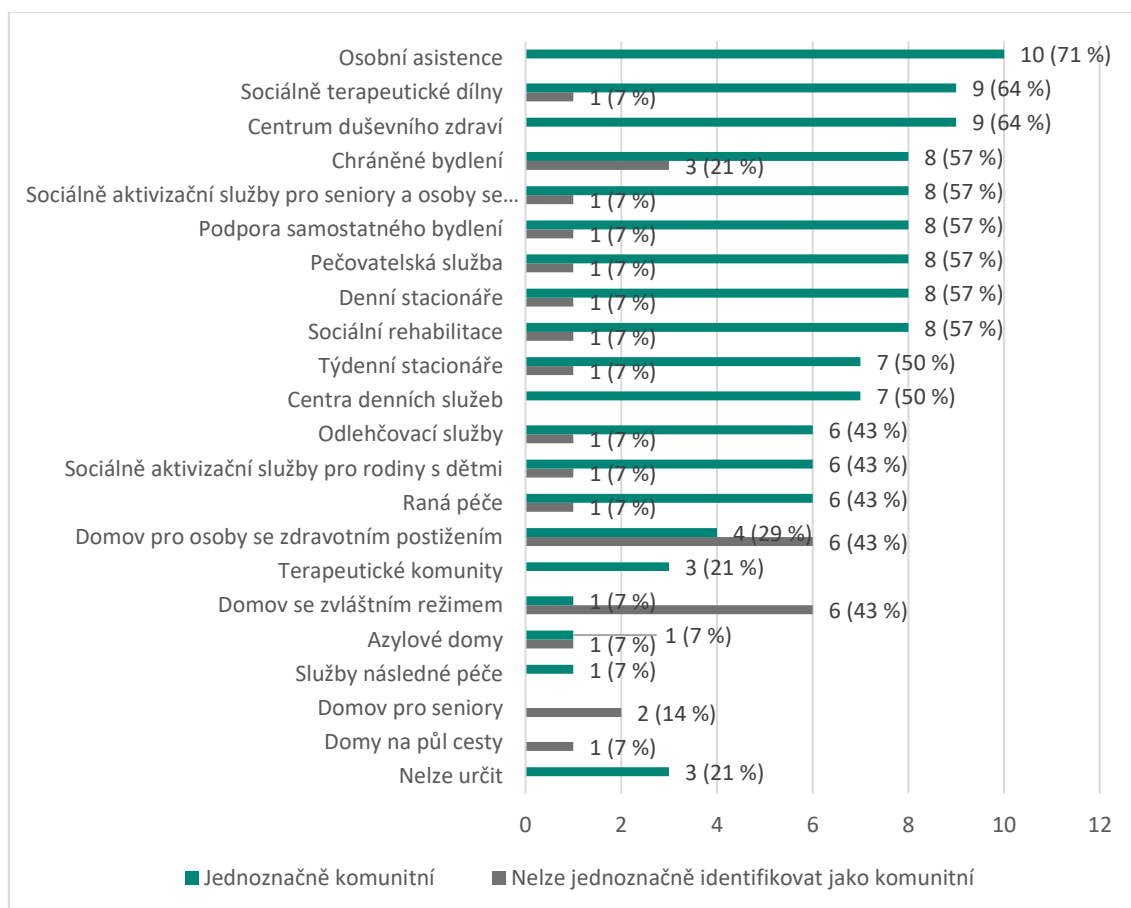


Všechny tyto služby se objevují i v cílech dalšího plánu, avšak jeho formulace nedovolila jednoznačně určit, zda se jedná o službu komunitního charakteru (7 %).

Polovina SPRSS směřovala k rozvoji **center denních služeb a týdenních stacionářů** jednoznačně komunitního charakteru (50 %). Jeden plán rovněž uvádí rozvoj týdenních stacionářů (7 %), avšak způsob, jakým je formulován jeho dílčí cíl, neumožňuje jasně určit, zda se jedná o službu komunitního charakteru.

Zajímavým zjištěním je, že pětina krajů ve svých dokumentech zmiňuje obecně rozvoj služeb komunitního charakteru (21 %). Z popisu těchto služeb však nebylo možné jasně určit, o jaký druh služeb se jedná, proto jsme tyto plány zařadili do kategorie „Nelze určit“.

**Graf 17 – Druhy služeb komunitního charakteru, na jejichž rozvoj cílí střednědobé plány krajů (N=14)**



Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, protože jeden dokument mohl být zařazen do více kategorií.

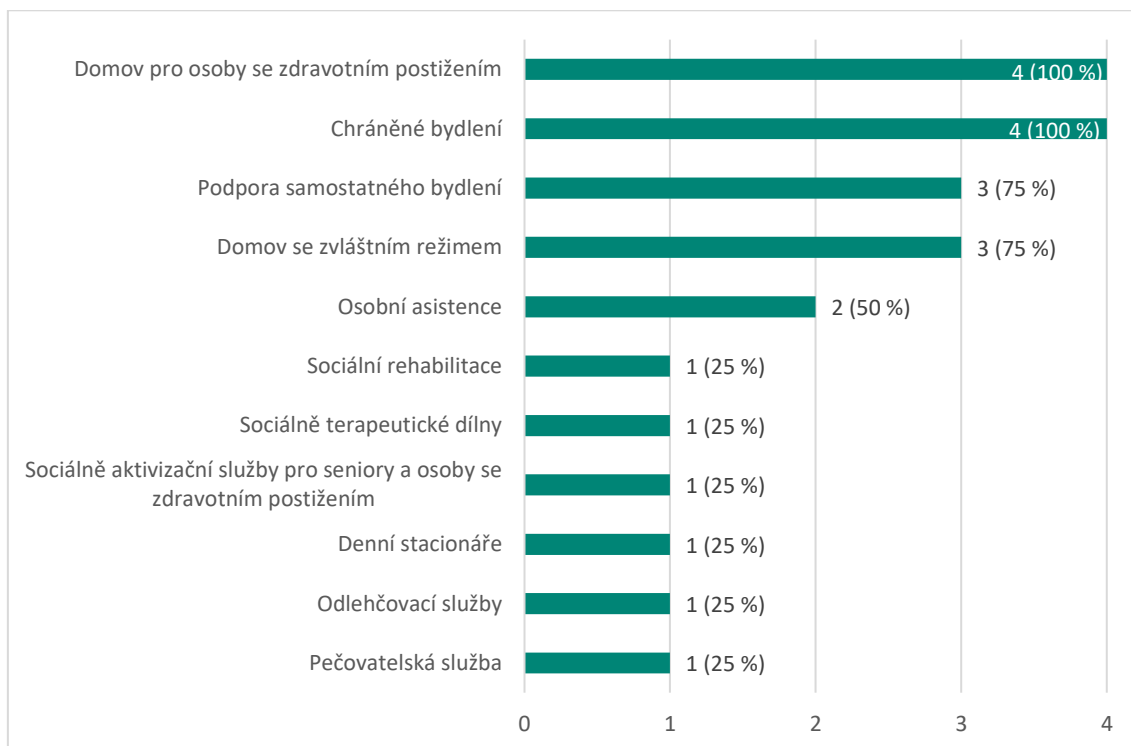
Dílčí cíle **Národní strategie rozvoje sociálních služeb** neurčovaly rozvoj žádného konkrétního druhu služby komunitního charakteru.

Z analýzy **zvláštních strategických dokumentů** vyplynula zajímavá perspektiva ohledně prioritního rozvoje různých druhů sociálních služeb komunitního charakteru (graf 18). Nejvíce dokumentů cílí na rozvoj chráněného bydlení a domovů pro lidi s postižením. Tyto služby byly vytyčeny jako cíl ve všech zkoumaných zvláštních dokumentech rozvoje



sociálních služeb (100 %). Tři dokumenty (75 %) zahrnovaly služby domov se zvláštním režimem a podpora samostatného bydlení. Dva počítaly s rozvojem osobní asistence (50 %). Ostatní služby (tj. pečovatelská služba, odlehčovací služby, denní stacionáře, sociálně aktivizační služby pro seniory a lidi s postižením, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace) byly zahrnuty v cílech jednoho dokumentu (25 %).

**Graf 18 – Druhy služeb komunitního charakteru, na jejichž rozvoj cílí zvláštní strategické dokumenty krajů (N=14)**



Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, protože jeden dokument mohl být zařazen do více kategorií.

## 1.6 Náležitosti cílů strategického dokumentu

K tomu, abychom mohli určit, zda směřujeme k naplnění cílů nebo zda jsme jich již dosáhli, musíme cíle kvalitně formulovat. Z metodiky Ministerstva pro místní rozvoj<sup>95</sup> jsme vybrali několik indikátorů, které nám sloužily pro posouzení kvality a proveditelnosti konkrétních dílčích cílů. Mezi ně patří:

- **Měřitelnost:** Účelem tohoto indikátoru bylo zjistit, zda mají dílčí cíle nastavené měřitelné výstupy, na jejichž základě lze vyhodnotit, zda jich bylo dosaženo.
- **Aktivity:** Tento indikátor sledoval, zda strategický dokument definuje aktivity, které vedou k naplnění dílčího cíle.

95 MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ. *Metodika přípravy veřejných strategií*. Online, 2012. Dostupné z: [www.mmr.cz](http://www.mmr.cz). [cit. 19. 3.2021].



- **Odpovědnost:** Indikátor měl zjistit, zda dílčí cíl určuje osobu nebo skupinu osob, které jsou odpovědné za jeho naplnění.
- **Časový rámec:** Účelem toho indikátoru bylo zjistit, zda je pro naplnění dílčího cíle jasně definovaný časový rámec. Zde jsme sledovali, jestli je stanoven začátek aktivit vedoucích k cíli a pak termín jeho dosažení. Přitom jsme sledovali, zda daný dokument obsahuje alespoň jeden z těchto údajů.
- **Financování:** Tento indikátor sledoval, zda má strategický dokument určené finanční náklady a zdroje, z jakých budou aktivity směřujících k naplnění dílčího cíle financovány. U střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jsme sledovali, zda mají vyplněnou tabulku plánu nákladovosti, jak stanoví zákon.

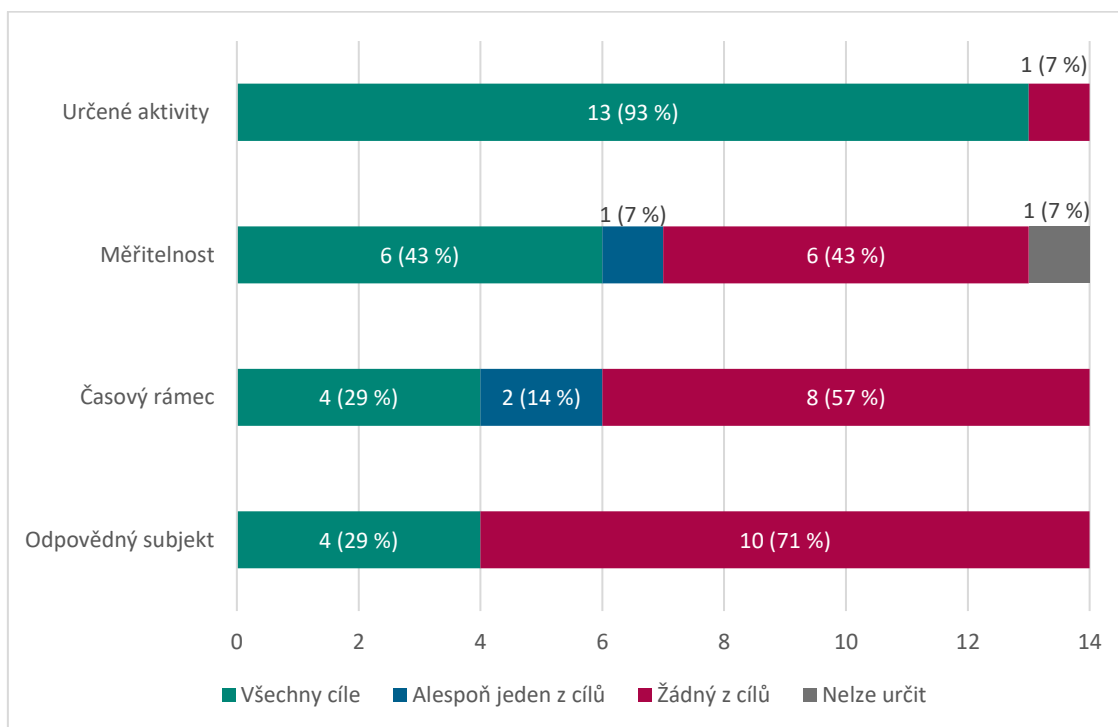
V dalších kapitolách zhodnotíme, jak cíle obsažené ve strategických dokumentech uvedené indikátory naplňují.

#### 1.6.1 Které indikátory se v plánech objevují a jak často

Z grafu 19 je zřejmé, že 13 ze 14 SPRSS obsahuje aktivity, které směřují k dosažení stanovených cílů (93 %). Zároveň jeden plán neobsahuje konkrétní opatření u žádného cíle (7 %). Méně než polovina SPRSS má pro všechny své dílčí cíle jasně stanovenou měřitelnost (43 %). Naopak stejný podíl plánů neobsahuje žádný indikátor, který by určil, zda je dosaženo stanoveného cíle (43 %). Jeden SPRSS má stanovený indikátor měřitelnosti alespoň u jednoho z dílčích cílů (7 %). V jednom případě nedokážeme jednoznačně určit, zda je měřitelnost stanovena, či nikoliv (7 %). Více než polovina plánů nemá konkrétní časový rámec pro žádný z dílčích cílů (57 %) a necelá třetina plánů ho má stanovený pro dosažení všech cílů (29 %). Dva plány uvádějí časové určení alespoň u jednoho dílčího cíle (14 %). Subjekt odpovědný za splnění cíle je stanoven ve všech cílech v přibližně třetině dokumentů (29 %). Ostatní plány nemají stanovený žádný odpovědný subjekt (71 %).



**Graf 19 – Vybrané indikátory, které obsahují dílčí cíle střednědobých plánů (N=14)**

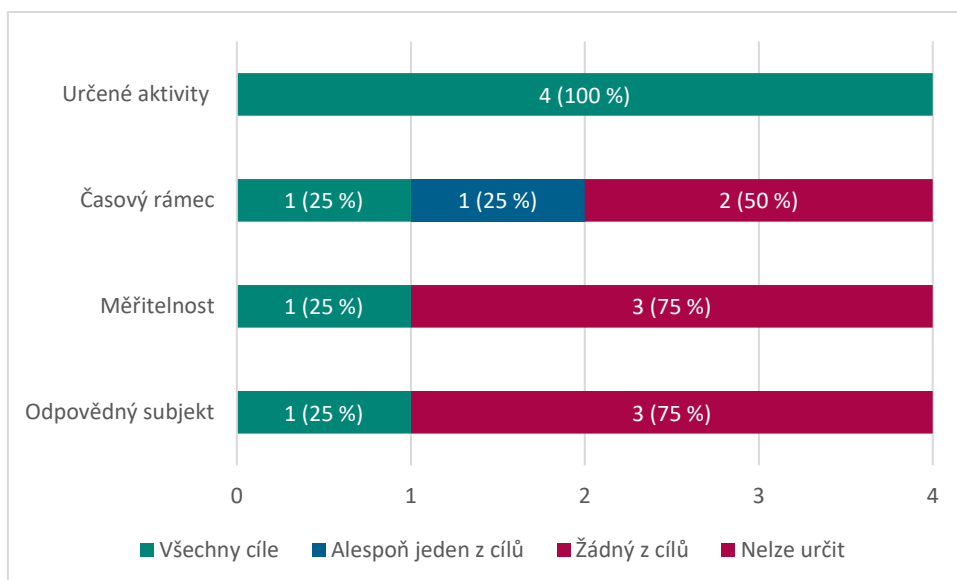


Všechny cíle **národní strategie** mají časový rámec, subjekt odpovědný za dosažení daných cílů, mají také stanovené aktivity, které povedou k jejich dosažení. Minimálně jeden cíl NSRSS neobsahuje indikátor měřitelnosti.

Stejně aspekty jsme sledovali i **ve zvláštních strategických dokumentech** (graf 20). Všechny analyzované strategie v dílčích cílech specifikují aktivity, které směřují k jejich dosažení (100 %). Jasně určení časového rámce pro dosažení všech stanovených cílů nalezneme jen v jednom dokumentu (25 %) a polovina analyzovaných dokumentů neobsahuje žádné časové údaje ke svým cílům (50 %). Pouze jeden dokument má všechny své cíle měřitelné (25 %). Jen jedna strategie má u všech svých cílů jasně stanovený odpovědný subjekt (25 %).



**Graf 20 – Vybrané indikátory, které obsahují dílčí cíle zvláštních strategických dokumentů (N=4)**



### 1.6.2 Jak indikátory splňovaly jednotlivé plány

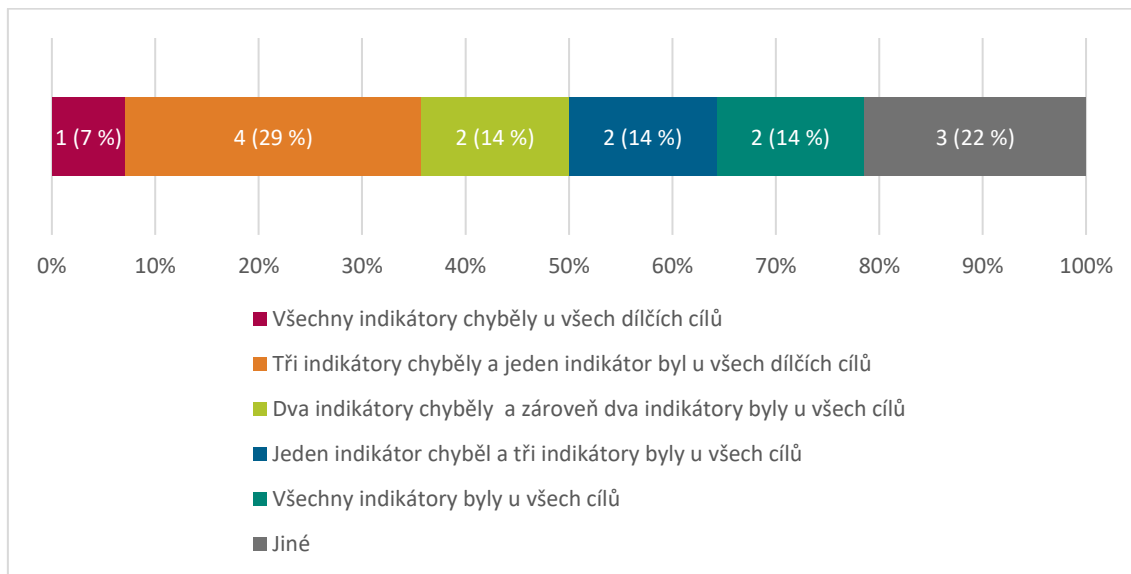
Dále jsme zjišťovali, zda střednědobé plány obsahují výše sledované indikátory (graf 21). Zjistili jsme, že jeden střednědobý plán neobsahoval žádný indikátor (7 %). U necelé třetiny SPRSS (29 %) chyběly tři ze čtyř sledovaných indikátorů. Tyto plány obsahovaly pouze aktivity směřující k naplnění dílčího cíle.

Dílčí cíle ve dvou SPRSS uváděly dva indikátory (14 %). Oba tyto plány obsahovaly opatření k dosažení dílčího cíle, přičemž jeden z nich zahrnoval ještě indikátor měřitelnosti a druhý uváděl odpovědnou osobu. Stejný poměr SPRSS uváděl tři ze čtyř sledovaných indikátorů u všech dílčích cílů (14 %). Chyběl pouze odpovědný subjekt. Dva SPRSS měly všechny sledované indikátory uvedeny u všech dílčích cílů (14 %). Do kategorie „Jiné“ jsme zařadili tři další plány, kde byla kombinace přítomných a chybějících indikátorů jiná (22 %).





**Graf 21 – Počty střednědobých plánů, které obsahují vybrané indikátory (N=14)**



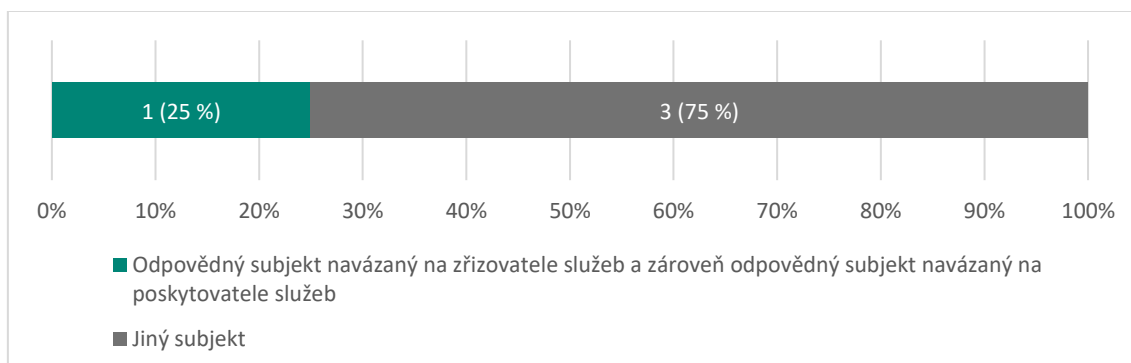
Všechny cíle **národní strategie** mají časový údaj, subjekt odpovědný za dosažení daných cílů, mají také stanovené aktivity, které povedou k dosažení cílů. Minimálně jeden cíl NSRSS neobsahuje indikátor měřitelnosti.

Žádný ze **zvláštních strategických dokumentů** neobsahoval všechny indikátory u všech dílčích cílů. Dvě strategie u všech dílčích cílů uváděly pouze aktivity směřující k jejich naplnění. Jednomu dokumentu chyběl pouze určený odpovědný subjekt. A jedna další strategie měla u všech cílů uvedené aktivity a odpovědný subjekt, některé její cíle obsahovaly i časový rámec. Naopak úplně zde chyběl indikátor měřitelnosti.

### 1.6.3 Subjekty odpovědné za splnění dílčích cílů

U strategických dokumentů, které určují odpovědný subjekt aspoň u jednoho cíle, nás dále zajímalo, kdo je tímto subjektem. Z grafu 22 vyplývá, že ve **SPRSS** je ve čtvrtině případů tímto subjektem zřizovatel nebo poskytovatel, který má pravomoc nad provozem a financováním sociálních služeb (25 %). V ostatních případech byly odpovědným subjektem především obce, MPSV, úřady nebo neziskové organizace.

**Graf 22 – Typy subjektů odpovědných za dosažení dílčích cílů ve střednědobých plánech (N=4)**



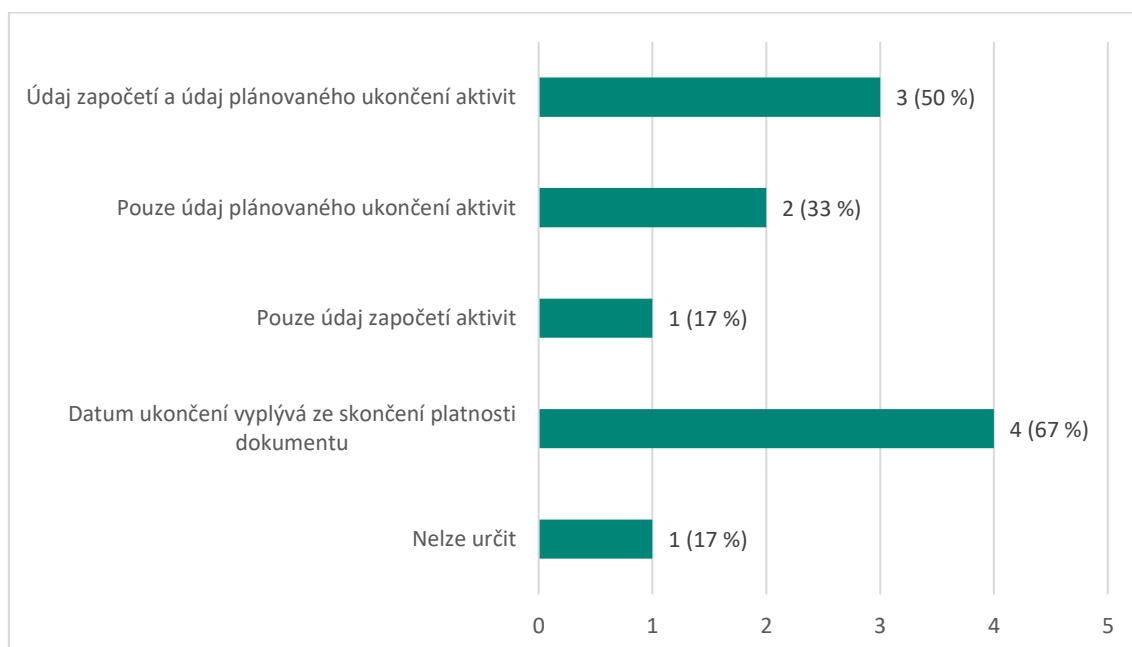


**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** má více odpovědných subjektů. Jedná se především o MPSV, expertní skupiny, kraje, obce či neziskové organizace. Jeden **zvláštní strategický dokument** navazoval odpovědný subjekt na zřizovatele a zároveň na poskytovatele služeb. Dalším odpovědným subjektem pro tento kraj byly obce.

#### 1.6.4 Časový rámec

Graf 23 ukazuje, že z více než dvou třetin SPRSS implicitně vyplývá, že aktivity mají být splněny k okamžiku skončení platnosti dokumentu (67 %). Polovina SPRSS uvádí oba údaje – datum zahájení a plánované datum ukončení aktivit (50 %). Dále dva střednědobé plány obsahují pouze údaj o plánovaném ukončení aktivit (33 %), zatímco dílčí cíle jednoho SPRSS stanoví pouze údaj o plánovaném zahájení aktivit (17 %). V jednom plánu bylo plnění popsáno jako průběžné, proto jsme je zařadili do kategorie „Nelze určit“ (17 %).

**Graf 23 – Povaha časového údaje u střednědobých plánů, jejichž dílčí cíle mají určený časový rámec (N=6)**



Pozn.: Součet podílů netvoří 100 %, protože jeden dokument mohl být zařazen do více kategorií.

**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** ve svých dílčích cílech uváděla údaj plánovaného ukončení aktivit nebo jejich ukončení vycházelo implicitně z konce období strategie. Oba zvláštní **strategické dokumenty**, jejichž dílčí cíle obsahují časový rámec, mají časové určení plánovaných aktivit specifikováno údajem započetí i ukončení. Jeden z těchto dokumentů navíc určuje plnění některých cílů jako průběžné.

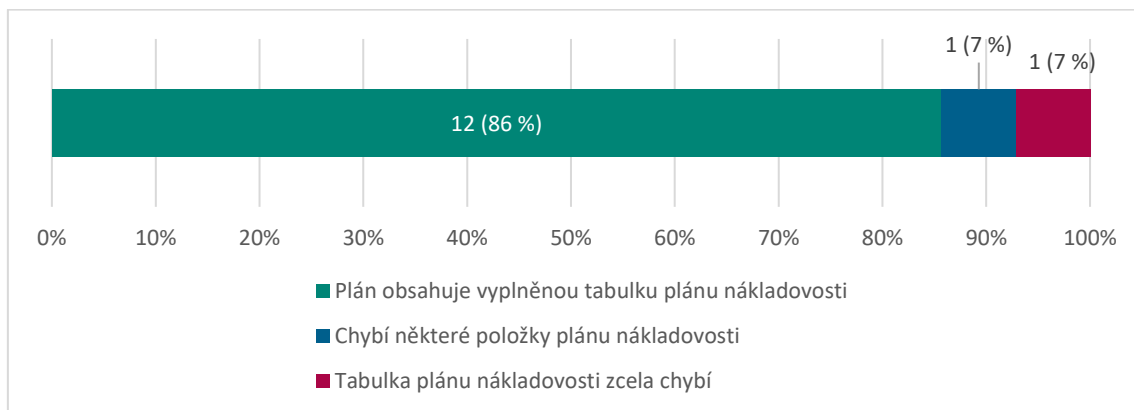
#### 1.6.5 Financování

Zajímala nás finanční stránka střednědobého plánování (graf 24). Kraje mají v souladu s přílohou č. 3 vyhlášky č. 505/2006 Sb. povinnost zahrnout do svých střednědobých plánů



i plán nákladovosti.<sup>96</sup> Z výsledků analýzy vyplývá, že u více než čtyř pětín **SPRSS** je tabulka plánu nákladovosti vyplněna (86 %). V jednom plánu chyběly vyplněné některé položky plánu nákladovosti (7 %). Zároveň žádný **SPRSS**, který zahrnuje plán nákladovosti, ho nepropojuje s realizací jednotlivých dílčích cílů. Jeden krajský plán postrádal plán nákladovosti (7 %) a zdroje financování jednotlivých aktivit uváděl ve strategické části u jednotlivých dílčích cílů.

**Graf 24 – Varianty zpracování tabulky plánu nákladovosti do střednědobých plánů (N=14)**



**Národní strategie rozvoje sociálních služeb** nemá plán nákladovosti. Na rozdíl od střednědobých plánů zákon o sociálních službách ani prováděcí vyhláška k němu nestanoví povinné náležitosti strategie. **NSRSS** vznikla podle Metodiky přípravy veřejných strategií z roku 2012, zpracované pod vedením Ministerstva financí.<sup>97</sup> Této metodice má odpovídat struktura i forma zpracování materiálu.<sup>98</sup> Náklady jsou uvedeny u samotných dílčích cílů. Zároveň **NSRSS** nemá u žádného z cílů určené zdroje, ze kterých se náklady pokryjí.

96 **SPRSS** obsahují dle § 39a odst. 3 vyhlášky č. 505/2006 Sb. v analytické části též ekonomickou analýzu včetně analýzy možných zdrojů zajištění zjištěných potřeb, která zahrnuje:

1. shrnutí výsledků analýzy finančních dopadů navržených cílů a opatření minimálně po dobu platnosti střednědobého plánu,
2. aktuální nákladovost jednotlivých druhů sociálních služeb včetně uvedení obvyklých nákladů,
3. analýzu struktury zdrojů financování sociálních služeb včetně výhledu na období platnosti střednědobého plánu,
4. předpokládanou výši celkových nákladů na jednotlivé druhy sociálních služeb; **plán nákladovosti sociálních služeb** se sestavuje podle přílohy č. 3 k této vyhlášce.

97 Ministerstvo financí (2012), Metodika přípravy veřejných strategií. MF ČR. Praha; dostupné z: [mmr.gov.cz](http://mmr.gov.cz).

98 „Veřejnou strategií v kontextu Metodiky přípravy veřejných strategií rozumíme dokument vypracovaný subjektem veřejné správy jako ucelený soubor opatření směřujících k dosažení cílů v definované oblasti. Strategie v tomto pojetí obsahuje definici problému, souhrn podkladových analýz a dat, definuje vizi (tj. budoucí žádoucí stav v dané oblasti) a stanovuje sadu cílů, jichž má být dosaženo. Dále strategie obsahuje opatření, jejichž prostřednictvím jsou jednotlivé cíle naplněny. Zároveň strategie definuje implementační rámec (včetně vymezení aktérů implementace strategie, časový a **finanční rámec implementace** atd.).“ s. 6 Metodiky.



Provedli jsme také analýzu **zvláštních strategických dokumentů** s cílem zjistit, zda zahrnují údaje týkající se financování jednotlivých dílčích cílů. Jedna strategie odkazovala na přílohu, která měla obsahovat náklady stanovených aktivit, která však nebyla součástí samotného dokumentu. Tímto způsobem jsme nemohli určit, zda strategie obsahuje plán nákladovosti nebo jiný způsob specifikace zdrojů a nákladů. Další ze strategických dokumentů nezahrnoval plán nákladovosti a zároveň část dokumentu, která se věnuje financím, popisuje zdroje financování velmi obecně. V tomto dokumentu chybí vyčíslení nákladů i zdrojů, ze kterých budou aktivity financovány. Ostatní dokumenty neobsahovaly ani plán nákladovosti, ani vyčíslení nákladů nebo zdrojů financování u samotných dílčích cílů.

### 1.7 Obsahová analýza – souhrn zjištění

V této kapitole porovnáváme výsledky obsahové analýzy strategických dokumentů s požadavky, které na plány deinstitutionalizace klade Úmluva. Hlavně se soustředíme na to, zda požadavky Úmluvy splňuje Národní strategie rozvoje sociálních služeb jako základní dokument deinstitutionalizace na celostátní úrovni. Věnujeme se i tomu, zda lze zvláštní krajské strategické dokumenty považovat za dobrou praxi přispívající k deinstitutionalizaci.

#### 1.7.1 Roztříštěnost definic a její vliv na kvalitu strategických závazků k deinstitutionalizaci

Aby strategické dokumenty mohly naplňovat závazek deinstitutionalizace, musí obsahovat souhrn jasných kroků, díky kterým tento závazek naplní. Základem plánů musí být jasné stanovení cílů a shoda na tom, co jednotlivé pojmy v procesu přeměny systému a strukturálních reforem znamenají. To platí tím spíše v případě českého systému sociálních služeb, ve kterém je značná část odpovědnosti přesunuta z národní úrovně (MPSV) na kraje. **Pouze shoda na tom, jaké pojmy používáme a co jimi rozumíme, může vést k jasně vytyčenému (a pro všechny regiony stejnému) cíli.**

Na definice ve strategických plánech se můžeme podívat ze dvou úhlů pohledu: zda definice vůbec obsahují a zda využívají definice uvedené v Kritériích.

Z obsahové analýzy strategických dokumentů jednoznačně vyplynulo, že klíčoví aktéři **pojmy spojené s deinstitutionalizací jednotně nedefinují.**<sup>99</sup> Samotná NSRSS jako zásadní dokument definuje „deinstitutionalizaci“ a „transformaci“, už se však nevyjadřuje k obsahu pojmů „sociální služba komunitního charakteru“ či „humanizace“. Absence těchto definic s sebou nese rizika, která popisujeme níže.

Definice „služby komunitního charakteru“ chybí v NSRSS a ve 13 ze 14 SPRSS (při čemž dva další kraje definici uvádějí mimo SPRSS ve zvláštních strategických dokumentech).<sup>100</sup> Přitom definice „deinstitutionalizace“, kterou uvádí NSRSS, na rozvoj služeb komunitního

99 Blíže k tomu [graf 4 v kapitole 1.1.1.](#)

100 Blíže k tomu [graf 6 v kapitole 1.1.4.](#)



charakteru přímo odkazuje.<sup>101</sup> Bez rozvoje sociálních služeb komunitního charakteru nelze provést deinstitucionalizaci.

Nedostatek shody na tom, jaké znaky má sociální služba komunitního charakteru, přináší nejméně tři důsledky, které zpomalují deinstitucionalizaci.

Zaprvé, **neexistence definice vede k možné nejednoznačnosti cílů deinstitucionalizace.**

V průběhu deinstitucionalizace dochází k rozvoji služeb komunitního charakteru. Pokud zároveň jasně neurčíme, jaké znaky a charakteristiky mají mít služby komunitního charakteru, bude se v závislosti na změně významu pojmu označujícího tyto služby měnit i cíl deinstitucionalizace. Přitom jedním z požadavků na plány deinstitucionalizace je přítomnost jasného prohlášení, čeho přesně má být deinstitucionalizací dosaženo.<sup>102</sup> Tento aspekt nenaplnuje Národní strategie rozvoje sociálních služeb ani většina krajských strategických plánů.

Zadruhé, **nepřítomnost definice „sociálních služeb komunitního charakteru“ zásadně ztěžuje vyhodnocování postupu deinstitucionalizace.** Hodnotit pokrok na poli deinstitucionalizace a sledovat naplňování jednotlivých kroků nelze, pokud nám chybí jasná definice služby komunitního charakteru jako jednoho ze základních kritérií. Za vizí rozvoje sociálních služeb komunitního charakteru se nyní ukrývá podpora široké škály zařízení a služeb, z nichž mnohé naplňují znaky ústavní služby.

S tím souvisí i třetí nežádoucí důsledek nepřítomnosti definice „služby komunitního charakteru“. Nemáme-li shodu na obsahu pojmu služba komunitního charakteru, **hrozí, že budeme fakticky podporovat vznik a udržování ústavů a tento proces budeme označovat jako „transformaci“.** Podobný problém představuje i nedefinování pojmu „humanizace“, neboť mimo jiné umožňuje vydávat „humanizaci“ za „transformaci“. V tomto ohledu považujeme za dobrou praxi zvláštní strategické dokumenty krajů, které definici obsahují a zároveň dovozují, že humanizace zařízení sociálních služeb pro naplnění cílů deinstitucionalizace nestačí.

Roztříštěnost a nejednotnost terminologie ve strategických dokumentech snižuje kvalitu cílů deinstitucionalizace, které si jednotlivé strategické plány kladou. Jak jsme zjistili v obsahové analýze, některé kraje si skrze definice zásadních pojmů kladou cíle v souladu s Kritérii, jiné kraje přistupují k pojmům volněji. Není zřejmé, co je cílem a kýženým výsledkem deinstitucionalizace podle konkrétního strategického plánu, pokud neexistuje obecná shoda na základních pojmech. V důsledku toho může odlišné chápání pojmů „transformace“, „humanizace“ či „služba komunitního charakteru“ vést až k odlišnostem v průběhu deinstitucionalizace a v jejích výsledcích v jednotlivých krajích.

---

101 Dle NSRSS je deinstitucionalizace proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný se životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb (ambulantní, terénní a pobytové formy). Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, uživatelé nejsou vystavováni institucionalizaci.

102 Blíže k tomu v části [Vysvětlení důležitých pojmů](#).



### 1.7.2 Nedostatečné zapojení lidí s postižením do tvorby plánů

Z Úmluvy plyne státu povinnost důsledně zapojovat lidi s postižením skrze organizace hájící jejich práva do tvorby všech zákonů a politik, které se jich týkají, tedy i do strategických plánů rozvoje sociálních služeb a deinstitucionalizace.<sup>103</sup> Výbor OSN v Pokynech k deinstitucionalizaci vyložil, že by státy měly nejen zapojit lidi s postižením a organizace je zastupující do všech fází deinstitucionalizace, ale měly by dokonce upřednostnit názory lidí opouštějících ústavní zařízení a lidí, kteří pobývali v ústavech.<sup>104</sup>

Strategické dokumenty formálně vykazují zapojení lidí s postižením (blíže k tomu dále), neuvádí však způsoby a metody jejich zapojení. **Jasně a koncepční řešení způsobu a procesu zapojení lidí s postižením strategické plány neobsahují.**

Z obsahové analýzy vyplynulo, že MPSV **do vzniku NSRSS nezapojilo přímo lidi s postižením, avšak v NSRSS uvádí zapojení organizací hájících práva těchto lidí.**<sup>105</sup> Při bližším zkoumání nad rámec představené analýzy<sup>106</sup> zjistíme, že tyto organizace neměly žádné zastoupení ve skupině řídící proces vzniku NSRSS a v pracovních skupinách a mezi dalšími experty čítalo jejich zastoupení čtyři z osmačtyřiceti zúčastněných. Samotné nižší zastoupení v poměru k celku nemusí samo o sobě značit nedodržení zásady participace. NSRSS však neuvádí, jakým konkrétním způsobem se přihlíželo k názorům organizací hájících práva lidí s postižením ani nakolik měl jejich hlas v procesu přijímání NSRSS zásadní či určující roli. **Nelze tudíž potvrdit, že by zásada participace byla alespoň formálně při tvorbě NSRSS naplněna.**

Kraje mají povinnost zpracovat SPRSS ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby.<sup>107</sup> Je třeba mít stále na paměti, že stát na kraje převedl zásadní povinnosti při provádění deinstitucionalizace. Kraje odpovídají za podobu sítě služeb a jejich dostupnost na svém území a zároveň vytvářejí SPRSS, které deinstitucionalizaci na území kraje zásadním způsobem ovlivňují. V tomto **smyslu je třeba i na SPRSS klást nároky na naplnění zásady participace.**<sup>108</sup>

---

103 Srov. Obecný komentář, bod 70: „Konzultace s osobami se zdravotním postižením prostřednictvím organizací, které je zastupují, a jejich aktivní spolupráce (čl. 4 odst. 3) jsou pro přijetí veškerých plánů a strategií a dále pro jejich uskutečňování a monitorování uplatňování práva na nezávislý způsob života v komunitě zásadní. **Subjekty s rozhodovací pravomocí na všech úrovních musí aktivně zapojovat širokou škálu osob se zdravotním postižením, včetně organizací žen se zdravotním postižením, starších osob se zdravotním postižením, dětí se zdravotním postižením, osob s psychosociálním postižením a osob s mentálním postižením, a konzultovat je.**“

104 Srov. Pokyny k deinstitucionalizaci, bod34.

105 [Kapitola 1.2.1.](#)

106 Srov. NSRSS, s. 107 a násl.

107 Podle § 95 písm. d) zákona o sociálních službách.

108 Blíže k tomu výše poznámka pod čarou č. 105.



Všechny kraje dle obsahové analýzy spolupracují při tvorbě SPRSS s obcemi a poskytovateli sociálních služeb.<sup>109</sup> Zapojení lidí s postižením střednědobé plány rozvoje sociálních služeb zpravidla popisují v částech, které se věnují procesu vzniku plánu. Zde téměř všechny kraje uvádějí, že zapojují **lidí s postižením**, ovšem bez informace o druhu postižení.<sup>110</sup> Pouze jeden kraj uvedl přímo zapojení výslovně lidí s mentálním s postižením a duševním onemocněním.<sup>111</sup>

**Velmi nízké je zapojení organizací hájících zájmy lidí s postižením**, které zmiňují pouze dva kraje.<sup>112</sup> Oproti tomu jedenáct krajů deklaruje zapojení pečujících osob. Je zřejmé, že zapojení lidí s postižením se děje spíše **zprostředkovaně**, skrze subjekty, které hájí z povahy věci i své vlastní zájmy. Obce, poskytovatelé služeb a dokonce i pečující mohou při tvorbě plánů zdůrazňovat jiné aspekty rozvoje sociálních služeb, než jsou podstatné pro samotné lidi s postižením.<sup>113</sup> Důsledkem celkově vyššího zastoupení obcí, poskytovatelů služeb či pečujících může být další zeslabení hlasu lidí s postižením. **Ani SPRSS tedy nenaplní zcela zásadu participace.**

### 1.7.3 Riziko faktické podpory vzniku a udržování ústavů

Česká republika má dle Úmluvy povinnost zajistit v rámci transformace rušení ústavů, snižování kapacit ústavních sociálních služeb a přechod klientů do komunitních služeb. Součástí tohoto závazku je také **nebudovat nové instituce**. Stejně tak **nemají být renovovány staré instituce**, s výjimkou nejurgentnějších opatření nezbytných pro bezpečnost klientů. Instituce nesmějí být ani rozšiřovány a noví klienti nemají být přijímáni na místo těch, kteří odešli.

K riziku faktické podpory ústavů přispívají zásadní měrou i jiné skutečnosti než výše popsaná roztříštěnost definic.<sup>114</sup>

Strategické plány se **s výjimkou jediného SPRSS nesoustředí na předcházení přenosu ústavních prvků do služeb procházejících transformací**. Tento cíl výslovně neobsahuje ani Národní strategie rozvoje sociálních služeb.<sup>115</sup> Rezignace na tento důležitý cíl může v praxi vést k tomu, že se investují prostředky do výstavby zařízení s menší kapacitou a s lepším materiálně-technickým standardem. Výsledkem je však opět ústavní služba, neboť se

---

109 Blíže k tomu graf č. 7 [v kapitole 1.2.1.](#)

110 Blíže k tomu graf č. 7 [v kapitole 1.2.1.](#)

111 Blíže k tomu graf č. 8 [v kapitole 1.2.2.](#)

112 Blíže k tomu graf č. 7 [v kapitole 1.2.1.](#)

113 To platí zejména pro deinstitutionalizaci – srov. Pokyny k deinstitutionalizaci, bod 34 *in fine*: „Poskytovatelům služeb, dobročinným organizacím, profesním a náboženským skupinám, odborům a osobám, které mají finanční nebo jiné zájmy na zachování ústavů, by mělo být zabráněno v ovlivňování rozhodovacích procesů týkajících se rušení ústavů.“

114 [Kapitola 1.7.1.](#)

115 Blíže k tomu [graf č. 11 v kapitole 1.4.2.](#)



nepodařilo během transformace odstranit ústavní prvky ve způsobu poskytování služby nebo se nezabránilo přenosu těchto prvků.

K riziku faktické podpory vzniku a udržování ústavů přispívá také **malé zaměření na rušení ústavů a snižování kapacit ústavních služeb na úroveň komunitní služby**.<sup>116</sup> Národní strategie cílí na rušení ústavů i snižování ústavních kapacit. Nelze z ní ale již určit, zda mají být kapacity sníženy až na úroveň služby komunitního charakteru. Střednědobé plány pouze ve čtyřech případech počítají s rušením ústavů a pouze dva plány se snížením kapacit ústavních služeb až na úroveň komunitní služby. Společně s výše zmíněnou roztržitostí terminologie je tak nevyhnutelný závěr, že **strategické plány na národní ani na krajské úrovni neobsahují jasné a jednoznačné stanovení cíle deinstitucionalizace**.

#### 1.7.4 Naplnění povinnosti mít kvalitní plány deinstitucionalizace

Kvalitní plány deinstitucionalizace mají splňovat několik indikátorů.

- Mají obsahovat aktivity k naplnění cílů.
- Mají vymezovat potřebné a dostupné lidské, technické a finanční zdroje.
- Mají obsahovat termíny splnění a časový rámeček.
- Musí být možné vyhodnotit, zda byl cíl splněn (měřitelnost).

**NSRSS indikátory naplňuje z velké části.**<sup>117</sup>

U střednědobých plánů je situace odlišná. Jenom dva SPRSS zahrnovaly všechny podstatné aspekty kvality u všech svých cílů.<sup>118</sup>

**Strategické dokumenty (jak národní, tak krajské), jejichž cíle nespĺňují uvedené indikátory, nejsou dostačující pro to, aby mohly být považovány za plány deinstitucionalizace dle Úmluvy.**

#### 1.7.5 Zvláštní strategické dokumenty jako dobrá praxe

Zvláštní strategické dokumenty vztahující se k deinstitucionalizaci nám předložily pouze tři kraje. Všechny dokumenty byly přijaty na delší období, než je doba platnosti SPRSS, v průměru na dobu osmi let. Tento prvek dlouhodobosti považujeme za dobrou praxi, neboť deinstitucionalizace a transformace jsou procesy vyžadující čas a strategické plánování v delším časovém horizontu. Přijetí zvláštní strategie deinstitucionalizace a transformace může být další zárukou toho, že kraje budou dlouhodobě jednoznačně směřovat k provedení deinstitucionalizace a tento proces a jeho rychlost nebudou podléhat momentálnímu rozložení politických sil.

---

116 Blíže k tomu [graf č. 10 v kapitole 1.4.1](#) a [graf č. 11 v kapitole 1.4.2](#).

117 [Kapitola 1.6.1](#).

118 Blíže k tomu [graf 11 v kapitole 1.4.2](#).





## 2. Tematická analýza – rozhovory se zástupci krajů a MPSV

Chtěli jsme také porozumět tomu, jakým překážkám a dilematům kraje a MPSV čelí v souvislosti s deinstitucionalizací a plánováním rozvoje sociálních služeb. Za tímto účelem jsme uskutečnili 14 rozhovorů se zástupci krajů a MPSV, které zřizují DOZP, DZR a zajišťují rozvoj a dostupnost sociálních služeb na svém území. Patnáctý rozhovor jsme vedli se zástupci MPSV, které je rovněž zřizovatelem pěti DOZP s celostátní působností.<sup>119</sup> Rozhovorů se zúčastnili pracovníci krajů a MPSV zabývající se na různých pozicích a úrovních řízení agendou rozvoje sociálních služeb včetně tvorby strategických plánů a deinstitucionalizace. Tyto rozhovory probíhaly v prezenční nebo online formě v červnu až srpnu 2023.

Abychom získali co nejpřesnější informace, zajistili jsme účastníkům plnou anonymitu. Anonymizaci jsme vynechali pouze ve dvou případech:

Zaprvé, neanonymizovali jsme odpovědi zástupců MPSV. To je gestorem oblasti poskytování sociálních služeb v České republice a jako ústřední orgán státní správy v oblasti sociální péče, péče o občany, kteří potřebují zvláštní pomoc, a pro další otázky sociální politiky<sup>120</sup> má oproti krajům specifické povinnosti, pravomoci a odpovědnost.

Zadruhé, ve svých rozhovorech jsme se krajů ptali na typy služeb, které prošly procesem deinstitucionalizace, a na ty, které plánují transformovat v budoucnu. Tyto odpovědi uvádíme adresně, protože cílem našeho výzkumu bylo i zmapovat stav deinstitucionalizace v České republice v porovnání jednotlivých krajů.

O neanonymizaci jsme subjekty informovali před začátkem rozhovoru. Přepisy rozhovorů jsme následně podrobili tematické analýze v průběhu října až prosince 2023.

Tematická analýza je kvalitativní metoda, jejímž cílem je identifikovat témata v datech,<sup>121</sup> v tomto případně polostrukturovaných rozhovorech s otevřenými otázkami. Forma otevřených otázek nám umožnila zjistit, jak si respondenti interpretovali předkládaný problém. Tematická analýza organizuje, systematizuje a popisuje významy, které se objevily v těchto odpovědích. Cílem kvalitativního designu našeho výzkumu je tedy získat podrobný, komplexní a ucelený obraz dilemat týkajících se plánování rozvoje sociálních služeb a deinstitucionalizace tak, jak je interpretují jednotlivé kraje a MPSV. Jinak řečeno, cílem tohoto výzkumu není zjistit přesný počet krajů, které daný problém interpretují stejně nebo které narážejí na stejnou bariéru. Cílem této zprávy je představit ucelenou paletu témat, významů a problémů, které si kraje spojují s tématy nastolenými v našich otázkách.

---

119 Přehled příspěvkových organizací zřizovaných MPSV je dostupný z: <https://www.mpsv.cz/seznam-organizaci-mpsv>.

120 Ustanovněl § 9 zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky.

121 Hendl, J. (2016) Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace / Jan Hendl. 2023. ISBN 9788026219682.



S témata a významy, které představíme v této zprávě v jednotlivých kapitolách, se tak nemusí identifikovat všechny kraje. Zároveň platí následující. Téma jsme začlenili do kapitol v této zprávě, pokud se objevilo ve výpovědi alespoň dvou krajů (kromě výjimek, kdy výslovně uvádíme, že dané téma nastolil v odpovědích „jeden kraj“). S omezením kvalitativního výzkumu jsme se rozhodli relativní četnost, s jakou se téma opakovalo v odpovědích krajů, zahrnout i do této zprávy, a to dvěma způsoby:

- V úvodu každého tématu označujeme relativní četnost slovy jako „všechny“, „většina“ (více než polovina), „některé“ či „několik“ (méně než polovina), „dva“ a „jeden“. Takto naznačujeme, zda dané téma silně rezonovalo mezi respondenty (všichni, většina) nebo spíše méně (některé apod.).
- Bloky uvozující jednotlivá témata řadíme podle relativní síly asociovaného tématu. Témata objevující se v odstavcích na začátku kapitoly byla zmiňována častěji (více kraji) než témata, která se objevují na konci téže kapitoly. Jedinou výjimkou je MPSV, které do kapitol včleňujeme s ohledem na to, zda se k danému tématu v rámci svých odpovědí vyjádřilo. Stejná logika řazení tematických bloků podle relativní síly asociovaného významu platí i ve způsobu řazení tematických podkapitol v kapitolách 2.7 až 2.9. Tyto kapitoly se zaměřují na překážky a řešení bariér plánování rozvoje sociálních služeb a deinstitucionalizace. Zde jsme podle relativní síly řadili i samotné podkapitoly, z nichž se každá věnuje jedné identifikované bariéře či jednomu řešení.

Tematickou analýzu strukturujeme následovně:

- V první kapitole představíme vize krajů a MPSV ohledně rozvoje sociálních služeb ([kapitola 2.1](#)).
- Ve druhé kapitole se zaměříme na metodické zázemí plánování rozvoje sociálních služeb ([kapitola 2.2](#)).
- Ve třetí kapitole představíme způsoby, jakými kraje a MPSV sbírají informace o potřebách za účelem plánování rozvoje služeb ([kapitola 2.3](#)).
- Ve čtvrté kapitole se věnujeme zapojování lidí s postižením do procesu plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni krajské i ministerské ([kapitola 2.4](#)).
- V páté kapitole se přesuneme k tomu, jak zástupci krajů a MPSV rozumí pojmům spjatým s deinstitucionalizací ([kapitola 2.5](#)).
- V šesté kapitole mapujeme úroveň deinstitucionalizace v ČR a představujeme druhy služeb, které kraje a MPSV v minulosti transformovaly či plánují transformovat, a druhy komunitních služeb, které plánují rozvíjet ([kapitola 2.6](#)).
- Sedmá kapitola shrnuje překážky deinstitucionalizace, se kterými se nám kraje a MPSV svěřily ([kapitola 2.7](#)).
- Osmá kapitola představí řešení k odstranění těchto bariér tak, jak je navrhovaly kraje a MPSV ([kapitola 2.8](#)).



- Devátá kapitola doplňuje předchozí zjištění o překážky a řešení, které kraje a MPSV spatřují v systému plánování rozvoje sociálních služeb ([kapitola 2.9](#)).
- V desáté kapitole představujeme souhrn nejdůležitějších zjištění ([kapitola 2.10](#)).

## 2.1 Vize podoby a rozvoje sociálních služeb

Klíčovým prvkem ve strategii rozvoje sociálních služeb je představa, kam by se měl rozvoj ubírat v budoucnu. Z tohoto důvodu jsme se obrátili na jednotlivé kraje s otázkou ohledně jejich dlouhodobých cílů a vizí týkajících se rozvoje sociálních služeb a transformace modelu poskytování péče. V odpovědích krajských zástupců se rýsovaly tři hlavní priority: rozvoj služeb v komunitě, zlepšení kvality služeb a deinstitucionalizace.

Nejvíce krajů identifikovalo **rozvoj služeb v komunitě** jako klíčovou část své vize. Důraz kladly na zvýšení dostupnosti těchto služeb s ohledem na individuální potřeby klientů. Cílem bylo poskytnout klientům potřebnou péči a podporu a zároveň umožnit pečujícím flexibilitu v pracovním a osobním životě.

*„Máme nastavenou vizi, že základním stavebním kamenem v té síti jsou služby terénní a ambulantní. Máme tam nastavený požadavky na ty služby, že chceme, aby i lidé, kteří o ty osoby pečují, tak mají sami právo na nějaký soukromý a pracovní život (...) ty služby musí (...) deklarovat při vstupu do sítě, že ambulantní služba třeba funguje do sedmnácti hodin, aby kopírovala nějaký běžný pracovní život pečujících, aby nedocházelo naopak k nějakému vyčleňování těch pracujících, protože denní stacionář do dvou hodin je nefunkční stacionář. Máme tam pečovatelské služby do večerních hodin včetně víkendů.“*

Rozvoj služeb v komunitě znamenal i zaměření na rozvoj péče v domácím prostředí. Kraje si kladou za cíl udržet klienty co nejdéle v domácím prostředí jako prevenci jejich umístování do pobytových služeb.

*„Vize je ve střednědobém plánu. My si ji aktuálně držíme, že je to podpora služeb v komunitě, setrvání uživatelů v domácím prostředí.“*

Druhou významnou vizí některých krajů bylo **zlepšení celkové kvality poskytovaných sociálních služeb**. Tyto kraje se zaměřovaly na definování parametrů kvality, nastavení standardů a hodnocení kvality jako prostředku ke zlepšení péče. Tyto parametry pak krajům měly sloužit jako podklad pro rozhodnutí, zda dané služby zařadit do (nebo vyřadit ze) sítě. Definování parametrů kvality sloužilo jako předstupeň k vytvoření systému hodnocení služeb:

*„Chceme dosáhnout toho, aby tam (v síti služeb – pozn. autora) byly opravdu služby, které jsou nějak kvalitní. Tam je potřeba teď kon nastavit kritéria, co je to ta kvalita. (...) tam jsme si zatím vytipovali těch devět kritérií. (...) Co je ta kvalita, definovali jsme vykazování té kvality, aby byla poctivá.“*



Zlepšení kvality pro kraje znamená především:

- snahu mít flexibilnější služby, které budou reagovat na aktuální potřebnost,
- vyšší dostupnost služeb,
- jejich efektivitu a
- zaměření na individuální potřeby a rozvoj klienta.

Třetí typ vize představuje právě **deinstitucionalizace**. Několik krajů definovalo svoji vizi tím, že vymezily cíle spojené s deinstitucionalizací, konkrétně rozvoj malokapacitních zařízení a snížení kapacit ústavních služeb. Tyto kraje nicméně zároveň zdůraznily, že dosažení těchto cílů je náročný proces.

*„Tak my bychom si přáli mít všechna zařízení pomalu komunitního typu, ale ono to úplně všude nejde. (...) Pro příklad byla potřeba (...), aby vznikla pobytová služba pro děti mentálně postižené, ale i s poruchami chování. Takže jsme neoslovovali žádného poskytovatele cizího v kraji, ale oslovili jsme naše příspěvkové organizace, které k tomu mají nejbliž. A vznikly nám tady (...) Kapacita v rámci jednoho zařízení 10 a v rámci druhého to byla kapacita 12 právě pro děti mentálně postižené s poruchami chování. Je to z toho důvodu, že ten provoz té služby je potom skutečně velmi (...) Finančně náročný. A dotace, kterou dostáváme z ministerstva, ten provoz služeb nepokreje.“*

I **MPSV** jsme se ptali na jeho vizi rozvoje sociálních služeb. Ministerstvo uvedlo, že má pro rozvoj na celostátní úrovni dvě vize. První z nich je vytvoření dostupných sociálních služeb, jak finančně, tak místně, regionálně a časově. Druhou vizí je dostatečné personální zajištění sociálních služeb v České republice. Pro uskutečnění těchto vizí je, podle vyjádření MPSV, třeba zajistit transparentní a srozumitelný systém sociálních služeb a stabilní financování:

*„Ta vize je z části až do roku 2050, ale standardně se pracuje 2030 a víceméně v tomhleto jsme v souladu s tím, co má i vize European Care Strategy. Jsou dvě péče v tom, že ta vize je vlastně dostupné sociální služby, a to jak finančně, tak i místně, regionálně, časově. To je základ. Druhé je zajištění dostatečného personálního zajištění. To souvisí s tou dostupností, nastavení finanční stability a jistoty pro poskytovatele a nastavení srozumitelnosti a transparentnosti pro veřejnost, protože ten systém je strašně složitý a (...) Nastavit dostatečné efektivní nastavení v kontextu státních rozpočtů.“*

MPSV nám sdělilo, že své záměry reflektuje v plánovaných legislativních krocích. K aktuálním legislativním iniciativám, které MPSV v této souvislosti zmínilo, patří dvě novely zákona o sociálních službách. Účinnost první novely byla plánovaná k 1. 1. 2024 a měla se zaměřovat na zavedení stížnostního mechanismu, nového přestupku postihujícího jednání, které sice nespĺňuje intenzitu trestného činu, ale bylo do té doby



nepostižitelné. Kromě toho měla rozšířit některé konkrétní služby. Tato novela nebyla v době vydání výzkumu přijata.

Druhá novela, s plánovanou účinností k 1. 1. 2025, se věnuje problematice nového financování sociálních služeb a novému nastavení plánování. MPSV má za cíl zavést nový systém plánování sociálních služeb na úrovni krajů, využívající participativní model a inspiraci z oblasti zdravotnictví.<sup>122</sup>

### 2.1.1 Propojení s reformou péče o duševní zdraví

Reforma péče o duševní zdraví, prováděná v České republice na základě Strategie reformy psychiatrické péče<sup>123</sup> z roku 2013, má mimo jiné za cíl zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb poskytovaných lidem s duševním onemocněním. Od roku 2022 dochází k postupnému snižování podpory této reformy ze strany státu.<sup>124</sup> Vzhledem k tomuto vývoji jsme se rozhodli přiblížit, jak jednotlivé kraje reagují na tuto změnu. V odpovědích krajů jsme identifikovali dvě klíčová témata:

- způsob, jakým kraje integrují reformu péče o duševní zdraví do svého dlouhodobého plánování v oblasti sociálních služeb ([kapitola 2.1.1.1](#)), a
- konkrétní aktivity, jež vycházejí z probíhající reformy péče o duševní zdraví na území jednotlivých krajů ([kapitola 2.1.1.2](#)).

Dále nás zajímal i pohled MPSV na současný stav reformy péče o duševní zdraví ([kapitola 2.1.1.3](#)).

#### 2.1.1.1 Výhledy krajů na pokračování reformy péče o duševní zdraví

Několik krajů vyjádřilo rozčarování z ukončování podpory reformy na centrální úrovni, přesto některé z nich pokračují v reformě na základě vlastních priorit a definovaných potřeb. Některé kraje zdůraznily, že reforma i nadále probíhá, jak lze vyvodit z následující citace:

*„Takže u nás reforma běží, běžela už před tímhle střednědobým plánem, byla to jako jedna z priorit (...), a to běží bez ohledu na to, jak se k tomu staví ministerstvo.“*

S ohledem na reformu péče o duševní zdraví však kraje často zdůrazňují obtíže spojené s provázkou mezi rezorty zdravotnictví a sociálních služeb. Tento problém je vnímán zejména v rovině legislativní a ministerské (rezortní), což vytváří výzvy v oblasti podpory rozvoje sociálních služeb. Některé kraje se snaží aktivně přistupovat k řešení tohoto problému, jak dokládá následující citace:

---

122 Rozhovor s MPSV jsme vedli v červnu 2023. Od té doby se plánované kroky MPSV změnily. V únoru 2024 byly v legislativním procesu tři dílčí novelizace zákona o sociálních službách, z toho jedna vzathující se k sociálně-zdravotnímu pomezí.

123 MZČR: *Strategie reformy psychiatrické péče*. Online, 2013. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/> [cit. 28. 2.2024].

124 Srov. např. zde: <https://www.irozhlaz.cz/> [cit. 28. 2.2024].



*„Tak nějakou provazbu s tím zdravotnictvím, kde to není právně nebo legislativně ukotveno, tak určitě tady vnímáme, nějaký koordinovaný systém krizové péče, ať o dospělé, nebo děti ve spolupráci s fakultními nemocnicemi, se záchrankou.“*

Pro několik krajů je klíčovým tématem koordinace mezi zdravotnickými zařízeními, zejména psychiatrickými nemocnicemi, a sociálními službami. Některé kraje zmiňují problematickou komunikaci a zdůrazňují potřebu koordinátora, který by mohl efektivně řídit takovou spolupráci. Svě úsilí směřují i k hledání finančních prostředků na tuto klíčovou pozici. Důležitost této role podtrhuje následující citát:

*„Tam bysme si představovali, aby to bylo pružnější v terénu, nicméně teďka nám od 1. 8. nastoupí koordinátor mezioborové spolupráce, nová pracovní pozice, kdy máme pracovníci, která má zkušenosti dlouholeté ze služeb pro lidi s duševním onemocněním, takže tam věříme, že se díky té pozici, že se tomu bude konečně někdo pořádně plnohodnotně věnovat, posuneme dál.“*

#### 2.1.1.2 Aktivity krajů v rámci reformy duševního zdraví

Většina krajů uvedla, že provozují centra duševního zdraví (CDZ) a ta mají v úmyslu nadále podporovat a rozvíjet. Některé kraje plánují zakládat další CDZ.

Kromě toho několik krajů aktivně udržuje a rozvíjí systém krizové péče na svém území, s důrazem na multidisciplinární přístup. Jeden kraj nám k tomu uvedl následující:

*„Máme evropský projekt, který jsme začali realizovat. A to je rozšíření spolupráce s multidisciplinárními týmy, které máme (...) dva.“*

Několik krajů transformovalo nebo plánuje transformovat pobytové služby pro lidi s chronickým duševním onemocněním. Některé kraje vydaly vlastní strategické dokumenty, které stanoví rámec pro jejich aktivity v oblasti reformy péče o duševní zdraví v budoucnosti. Dva kraje vyzdvihly své aktivity v oblasti destigmatizace a normalizace tématu duševního onemocnění ve veřejném prostoru.

*„(...) teďka projekt a teďka máme PR konzultanty, máme lídry svépomocných skupin, připravujou se besedy, aby se dostalo do terénu i ta možnost pomoci, protože i to duševní onemocnění, třeba i ta anorexie, to sebepoškozování, a je potřeba o tom mluvit.“*

#### 2.1.1.3 Komentář MPSV k reformě péče o duševní zdraví

Na otázky týkající se reformy péče o duševní zdraví nám MPSV sdělilo, že Národní akční plán péče o duševní zdraví (NAPPDZ), který byl schválen v lednu 2020, odkazuje na NSRSS. Ta sice v sobě výslovně péči o duševní zdraví nezahrnuje, avšak dokument deklaruje spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví na pokračování reformy péče o duševní zdraví (především na rozvoji CDZ). NSRSS podle výpovědi MPSV vychází z širší vize, jež je vázána na reformu péče o duševní zdraví, kterou je prostupnost a koordinace sociálních a zdravotních služeb. MPSV uvedlo, že jejich dlouhodobou vizí je integrovaná sociálně



zdravotní péče. Tato péče necílí pouze na klienty s duševním onemocněním, ale na celou škálu klientů využívajících služby na sociálně zdravotním pomezí.

*„Je tam (v NAPPDZ – pozn. autora) přímo odkaz Národní strategie rozvoje sociálních služeb. (...) ta vize je, že máte integrovanou sociálně zdravotní péči. Integrovaná sociálně zdravotní služba.“*

## 2.2 Metodické zázemí plánování rozvoje sociálních služeb

Rozvoj sociálních služeb představuje náročný a komplexní proces, který vyžaduje efektivní řízení. Při zkoumání této problematiky jsme se rozhodli zjistit, jaké je metodické zázemí jednotlivých krajů. Zajímalo nás, jakým způsobem kraje plánují a řídí své kroky v oblasti rozvoje sociálních služeb. První oblastí analýzy bylo zjišťování, z jakých metodických materiálů vycházejí kraje při plánování a implementaci svých strategií v oblasti sociálních služeb ([kapitola 2.2.1](#)). Druhou oblastí bylo hodnocení, jak kraje vnímají metodické vedení MPSV ([kapitola 2.2.2](#)).

### 2.2.1 Metodické materiály

Abychom lépe porozuměli metodám a strategiím, které v této oblasti kraje uplatňují, zkoumali jsme, z jakých metodik vycházejí při plánování rozvoje sociálních služeb. Zjistili jsme, že kraje nevycházejí z jednotných metodických podkladů. Z jejich odpovědí vyplývá, že neexistuje obecně přijímaný metodický rámec nebo dokument, který by sloužil jako základ pro plánování rozvoje sociálních služeb. Jediným podpůrným dokumentem, na který se většina krajů odvolává, je vyhláška.<sup>125</sup>

*„Řídíme se tou strukturou, která je daná zákonem a vyhláškou, a nemáme (žádné další metodické materiály – pozn. autora). V téhle oblasti bysme uvítali větší metodickou podporu (...).“*

Několik respondentů zmínilo využívání metodiky pro plánování publikované MPSV<sup>126</sup> nebo Ministerstvem pro místní rozvoj jako vodítka při tvorbě strategií a plánů rozvoje sociálních služeb. Jeden z krajů nám sdělil:

*„Máme, samozřejmě vycházíme z metodiky ministerstva práce plánování, kterou kopírujeme v základních parametrech.“*

Několik krajů identifikovalo jiné zdroje metodické podpory. Některé kraje vyjevily, že mají vlastní dokumenty a postupy, které strukturují proces tvorby střednědobého plánu.

125 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Upravuje tvorbu SPRSS v části sedmé, § 39a až 39c.

126 Ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb krajů můžeme nalézt odkazy na tři různé konkrétní metodiky. Odkazují na ně jen některé kraje, některé odkazují na více z těchto metodik najednou. Jedná se o následující metodické dokumenty: 1. MPSV: [Aktualizovaná](#) metodická doporučení pro oblast plánování sociálních služeb, 2020 dostupné z: <https://www.mpsv.cz> 2. MPSV; Minimální kritéria kvality plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni, 2015 dostupné z: <https://www.mpsv.cz/> 3. MPSV: Metodiky pro plánování sociálních služeb dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).



### 2.2.2 MPSV

Zaměřili jsme se také na to, jakou metodickou podporu poskytuje MPSV krajům při plánování a rozvoji sociálních služeb. Z odpovědí, které jsme obdrželi od krajů, vyplývá, že jim **schází aktivní a pravidelná metodická podpora ze strany MPSV.**

Většina krajů jednoznačně deklarovala, že nedostávají žádný typ podpory z centrální úrovně v rámci rozvoje sociálních služeb. Příkladem může být následující citace:

*„Takže jednak my nemáme od Ministerstva směrem k síťování a plánování žádnou metodickou podporu, to je prostě holý fakt, Ministerstvo nesvolává žádné pracovní porady nebo schůzky s krajskými úřady, co se týče oblastí plánování a síťování. Pokud něco probíhá, vůbec probíhá, tak je to porada vedoucích odborů, kde, sama samozřejmě víte, nejdete v nějakých konkrétnostech a větší hloubky, takže za nás jako za kraje vnímáme, že nám to nějakým způsobem chybí (...).“*

Několik zástupců krajů dodalo, že MPSV organizuje občasná setkání či školení zaměřená na dílčí témata spojená s rozvojem sociálních služeb. Příkladem může být informace poskytnutá tímto krajem:

*„Teď bude Ministerstvo práce nás tady školit nebo bude nám dělat školení na výzvy, takže na výzvy, třeba na dotační výzvy školení jsou z jejich strany, abysme věděli, jaký se plánují (...) my míváme ještě setkání metodiků a registrátorů s Ministerstvem práce a sociálních věcí a často jedno z témat je právě informace, kde ještě je prostor na nějaké dotazy a doplňující věci, který potřebujeme vždycky třeba dořešit s Ministerstvem, takže tam ten prostor je taky. Takže, ale bývá to jednou za čas, ale to sekání vždycky prostě je zaměřený i na tydlety témata.“*

Na spolupráci mezi krajskou a centrální úrovní v oblasti metodického vedení jsme se ptali i zástupců **MPSV**. MPSV nám poskytlo informace o dvou procesech, které formují tuto spolupráci. Zároveň jsme v odpovědích MPSV identifikovali jistý nesoulad týkající se agend, u kterých MPSV uvádí, že je metodicky řídí.

MPSV nám sdělilo, že spolupracují s kraji v přípravě plánování rozvoje sociálních služeb ve formě pravidelných setkávání s kraji, která probíhají (až na výjimky) každé tři měsíce. Tyto schůzky se konají na různých úrovních, s řediteli odborů a vedoucími oddělení. Podle MPSV tato setkání poskytují platformu pro diskusi a řešení metodických otázek týkajících se plánování sociálních služeb, sociální práce a financování. Druhou formou spolupráce je možnost individuálních konzultací krajů s MPSV, které se zaměřují na různé technické záležitosti a probíhají v situacích, kdy kraje potřebují projednat konkrétní témata týkající se plánu rozvoje sociálních služeb.

Během našeho rozhovoru s několika představiteli MPSV jsme identifikovali několik rozporů v jejich výpovědích. První se týká určení agend, které MPSV metodicky řídí. Druhou oblastí je role finanční kontroly v poskytování prostředků pro správu a rozvoj sociálních služeb v procesu metodického vedení krajů.





Ohledně agendy plánování sociálních služeb nám jeden představitel MPSV zprvu sdělil, že plánování rozvoje sociálních služeb je samostatnou působností jednotlivých krajů a role MPSV je v tomto ohledu slabší než v případě metodického vedení agend přenesené působnosti:

*„Tam, kde třeba kraje postupují v rámci přenesené působnosti, tak ta role Ministerstva práce a sociálních věcí je samozřejmě silnější (...) Když bysme na chvíli zůstali u toho plánování sociálních služeb jako takových, tak v současné době se jedná o činnost, která je na úrovni krajů vykonávána v samostatné působnosti. (...) A to je, pokud jde o plánování, tak o oblast zařazování jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb do těch krajských sítí.“*

V návaznosti na toto sdělení nám jiný představitel MPSV uvedl, že agendu plánování sociálních služeb jsou povinni vést:

*„Jenom jde o to, že ty střednědobý plány, tak my jsme povinni je vést, není to o tom, že jsou úplně samosprávou. Z toho důvodu, že my máme tu legislativní činnost.“*

Zodpovědnost za metodické vedení agendy plánování rozvoje sociálních služeb tak MPSV odlišilo od vedení agendy sociální práce a financování:

*„My metodicky vedeme agendu plánování sociálních služeb a vůbec metodika sociálních služeb. To je jedna agenda. Pak je agenda sociální práce, pak je agenda právě financování.“*

Zároveň z rozhovoru vyplynulo, že MPSV vnímá svou roli v oblasti povinného plánování rozvoje sociálních služeb kraji ještě v dalších ohledech. Zaprvé, skrze znění prováděcí vyhlášky stanovuje podmínky pro zpracování a strukturu střednědobých plánů. Zadruhé, SPRSS jsou povinnou součástí žádosti o přidělení dotace na financování sociálních služeb, kterou kraje předkládají každoročně právě MPSV. Třetí rozměr vlivu MPSV na střednědobé plánování je navázání kontroly využití finančních prostředků z této dotace k naplnění SPRSS.

V rozhovoru MPSV používalo pojem „kontrola“ ve dvou různých významech, a to předně pro kontrolu SPRSS v žádosti o přidělení dotace na financování sociálních služeb a dále pro kontrolu využití finančních prostředků z této dotace. V rámci rozhovoru tak docházelo ke stírání rozdílů mezi finanční kontrolou využití dotace<sup>127</sup> a metodickým vedením plánování rozvoje sociálních služeb v kraji.

*„Jenom jde o to, že ty střednědobý plány, tak my jsme povinni je vést, není to o tom, že jsou úplně samosprávou. Z toho důvodu, že my máme tu legislativní činnost. V části sedmé prováděcího předpisu 505 je jasně nadefinovány, vlastně §39 a, b, c, je tam napsáno, jaký jsou definice, části střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb a pak vlastní návrh*

---

127 Jedná se o dotaci podle §101a zákona o sociálních službách.



*střednědobého plánu a pak akční plány, kterým se vykonávají, realizují ty střednědobý plány a my jako poskytovatelé, my jako MPSV, nejen že metodicky vedeme v rámci realizace toho, co je v zákoně. My je musíme dostat na kontrolu. My vyjadřujeme se k nim, že naplňují všechny ty náležitosti. Plus spolupracujeme na tom s nimi, plus jsou metodické setkání s kraji, kde se tohleto všechno projednává. Takže to je metodické vedení, kontrolní řízení. Kdybysme měli dostatečné personální zajištění, tak bychom měli provozovat to, že ten plán je jimi provázán se sítí a že my zkontrolujeme, že ty peníze, co jsme dali tomu kraji, tak jde na pokrytí toho, co oni vyspecifikovali v tom akčním plánu, v tom střednědobém plánu. Tohleto je role MPSV.“*

Problematický vztah mezi finanční kontrolou a plánováním rozvoje sociálních služeb byl patrný i z dalších částí rozhovoru s představiteli MPSV.

*Představitel 1: „Pak ještě probíhá kontrolní činnost, která není klasický metodický vedení, ale v rámci těch kontrol to probíhá, nějaký konzultace, jak k těm, konkrétnímu využití peněz.“*

*Představitel 2: „Ale my to kontrolujeme k tomu plánování.“*

*Představitel 1: „Není to plánování, my děláme finanční kontroly poskytnutí využití těch poskytnutých prostředků.“*

### 2.3 Sběr dat o potřebách pro účely plánování rozvoje sociálních služeb

Pro efektivní plánování rozvoje sociálních služeb jsou klíčové informace o potřebách poskytování sociálních služeb na území jednotlivých krajů. Proto jsme oslovili kraje a MPSV s cílem získat hlubší vhled do procesu shromažďování těchto dat. Zajímalo nás:

- jaké zdroje kraje využívají při sběru informací o potřebách na svém území ([kapitola 2.3.1](#)),
- zda a jak kraje získávají informace o lidech s potenciálem k životu v méně omezujících službách, tedy o skupině klientů, kterou deinstitucionalizace nejvíce ovlivňuje ([kapitola 2.3.2](#)), a
- zda spolu kraje při shromažďování těchto klíčových informací spolupracují ([kapitola 2.3.3](#)).

#### 2.3.1 Zdroje informací o potřebnosti sociálních služeb

U procesu plánování rozvoje sociálních služeb jsme se zaměřili na sběr informací o potřebnosti sociálních služeb, a to prostřednictvím různých metod a aktivit. Všechny kraje uvádějí, že **hlavním zdrojem těchto informací jsou obce,**<sup>128</sup> případně městské části

128 Obec podle § 94 zákona o sociálních službách v samostatné působnosti zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území; spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje; za tím účelem sděluje kraji informace o potřebách poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území obce, o možnostech uspokojování těchto



(v případě hlavního města Prahy). Některé kraje také čerpají informace o potřebnosti od obcí s pověřenými obecními úřady a obcí s rozšířenou působností. Většina krajů kombinuje více přístupů ke sběru informací, k čemuž využívají pracovní skupiny, participaci v komunitním plánování, přímá jednání a setkání s dalšími aktéry působícími v oblasti sociálních služeb (viz níže), méně často také dotazníky a další nástroje. Příkladem přístupu, který kombinoval více nástrojů, je následující kraj:

*„My primárně ORP (obce s rozšířenou působností – pozn. autora), ale máme teďka přes dotazníky odkaz, kde vyzýváme všechny obce v celém kraji, aby nám sdělily, jaké jsou potřeby na jejich území, takže snažíme se jít i tou cestou, abysme fakt oslovili všechny obce. Samozřejmě primárně pracujeme přes komunitní plánování a sběr potřeb s obcemi, s ORP. Takže ve střednědobém plánu máme popsané potřeby, máme rozděleno třináct oblastí, na které se v rámci sběru potřeb zaměřujeme (...).“*

Druhým nejčastějším zdrojem informací jsou **poskytovatelé sociálních služeb**. Několik krajů zdůraznilo, že tyto informace jsou pro ně klíčové a získávají je prostřednictvím pracovních skupin, z iniciativy poskytovatelů či sami oslovují poskytovatele přímo. Jeden kraj nám uvedl:

*„My v rámci zpracování střednědobého plánu spolupracujeme s poskytovateli sociálních služeb, které oslovujeme. Současně oslovujeme i dvojkové a trojkové obce, jsou pravidelná setkávání a pak máme takzvanou poradní skupinu a návrhovou skupinu.“*

Zjištění naznačují, že více než polovina krajů doplňuje informace získané od obcí a poskytovatelů i dalšími zdroji. Kraje nám v tomto ohledu uvedly, že spolupracují s různými aktéry, například s Národní radou osob se zdravotním postižením, nemocnicemi, rodičovskými skupinami, nevládními organizacemi sdružujícími lidi s postižením a hájícími jejich práva aj. Složení zapojených aktérů i způsob jejich zapojení se liší napříč kraji.

Častým způsobem sběru informací o potřebnosti z různých zdrojů jsou pracovní skupiny, kde jsou, vyjma obcí a poskytovatelů, zastoupeny právě jiné skupiny subjektů. Některé kraje zapojují do pracovních skupin pečující osoby, zástupce rodičovských organizací, celostátní i krajské organizace věnující se problematice lidí s postižením a další. Dva kraje nám uvedly, že do přípravy plánu zapojují i skupiny navázané na politickou reprezentaci.

*„(...) máme takzvanou poradní skupinu a návrhovou skupinu. Návrhová skupina, tam jsou zastoupení vedoucí odboru sociálních věcí, těch ORP a VOU a v poradní skupině, ta se nám vytvořila později, je tam zastoupena spíše politická reprezentace.“*

---

potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích; spolupracuje s krajem při určování sítě sociálních služeb na území kraje; za tím účelem sděluje kraji informace o kapacitě sociálních služeb, které jsou potřebné pro zajištění potřeb osob na území obce a spoluvytváří podmínky pro zajištění potřeb těchto osob.



Struktura pracovních skupin se liší mezi kraji a je členěna podle různých klíčů. Příkladem jsou pracovní skupiny podle druhu postižení, skupiny členěné podle územních celků, podle fází v procesu plánování nebo skupiny členěné podle cílů rozvoje sociálních služeb (deinstitucionalizace apod.).

Kromě pracovních skupin některé kraje přistupují ke sběru informací inovativnějším způsobem. Několik krajů provádí nebo plánuje specifické projekty na sběr statistických dat, která slouží jako podklad pro plánování rozvoje sociálních služeb.

Několik krajů také vytváří dotazníky zaměřené na různé skupiny. Tyto kraje považují dotazníky za účinný nástroj pro získání přímé zpětné vazby od klientů sociálních služeb, pečujících osob a dalších zúčastněných stran. Jeden kraj uvedl:

*„A to se posílá na ty jednotlivé respondenty, ať už jsou to obce, služby, anebo všichni, kteří jsou do toho mapování zahrnuti. A ta poptávka potom na každou tu potřebu, je tam i popis toho, jak to, co ta potřeba vlastně znamená, protože to je dost převrat v myšlení (...) nabízí tam paletu možností, kterou potřebu jakým způsobem je možné sanovat, a to od obyčejné rady, poradenství, až po právě zajištění nějakou službou.“*

Pracovní skupiny jsou hlavním nástrojem, který **MPSV** v rámci tvorby NSRSS použilo při sbírání informací o potřebnosti na národní úrovni. V těchto pracovních skupinách jsou zastoupeni různí aktéři z různých oblastí, včetně zástupců klientů (klientské a pacientské organizace), poskytovatelů sociálních služeb, profesních organizací a odborů atd. Proces sběru informací na úrovni MPSV ilustruje následující citát:

*„Probíhá to víceméně tak, že na tady těch platformách, jak na jednání s kraji, tak i na jednání s dalšími (aktéry – pozn. autora) většinou probíhá nějaká pracovní skupina, kde se sbírají podněty, co má být řešeno v národní strategii. Na základě dvou, třech setkání nad těmito podněty se potom vytvoří nějaká struktura, která se zase projednává dál.“*

### 2.3.2 Sbíráni informací o lidech s potenciálem žít v méně omezujících službách

Dále jsme se zajímali o to, zda kraje sbírají informace o klientech, kteří by mohli žít život v méně omezujících službách. Většina krajů tyto informace systematicky nesbírá. Některé kraje zdůraznily, že předpokládají získání informací o těchto klientech přímo od poskytovatelů služeb nebo prostřednictvím klasického procesu sběru informací o potřebách.

Některé kraje vnímají, že sběr těchto specifických informací spadá do odpovědnosti samotných poskytovatelů služeb. Tyto informace by pak měly být přeneseny do plánování na úrovni kraje. Tento postoj byl zdůrazněn následujícím krajem:

*„Tudle je potom hodně věcí těch poskytovatelů, kteří vůbec v rámci té své cílové skupiny pracují s tím (...) Takže vždycky je to spíš věcí toho poskytovatele nějakým způsobem, aby naplňoval ty dosavadní principy, které jsou a kterých se už několik let snažíme pracovat a vést je k tomu.“*



Jednou z iniciativ v této oblasti, kterou jeden kraj zdůraznil, bylo provádění metodických návštěv. Tento kraj vede poskytovatele služeb k tomu, aby přijímali pouze lidi, kteří potřebují vysokou míru podpory a nemohou zůstat doma nebo využít méně omezujících služeb. Níže si lze přečíst celý výrok:

*„My v tomhletom hodne klademe draz, provadime metodicky navstevy v nasich prispěvkových organizacich, který zřizujeme. A my máme opravdu nastavený u našich organizací, že by měly přijímat cílovou skupinu lidí, kteří opravdu nemůžou být doma, opravdu vysokej stupeň závislosti, a vedeme i sociální pracovníky ve smyslu, aby vyhodnocovali potreby lidí průběžně. Aby přijímali lidi, který opravdu jsou vysoce závislí na péči.“*

### 2.3.3 Mezikrajská spolupráce

Ptali jsme se také na to, zda kraje při sbírání informací spolupracují s jinými kraji či s MPSV. Kraje uvedly, že z **centrální úrovně od MPSV nezískávají žádné informace o potřebnosti**.

Většina krajů uvedla, že s jinými kraji systematicky nespolupracují. Pokud nějaká spolupráce mezi kraji je, pak se většinou jedná o sousední kraj. Zpravidla však nejde o spolupráci s ohledem na plánování sítě, ale o spolupráci kvůli vyřešení situace konkrétního klienta nebo nedostatek kapacit u konkrétních skupin klientů. Jeden kraj nám sdělil:

*„Spolupracujeme, protože když řešíme nepříznivé sociální situace a konkrétní klienty, tak určitě. Ale to je už asi úroveň, která vás teď aktuálně nezajímá. Co se týká při tvorbě (SPRSS – pozn. autora), tak samozřejmě nespolupracujeme.“*

Několik krajů uvedlo, že vyvinuly služby specializované na málo početné skupiny klientů či skupiny klientů vyžadující zvláštní péči. Tyto kraje nabízejí kapacity těchto specifických služeb dalším krajům. Jedná se například o služby pro pacienty s Huntingtonovou chorobou nebo lidi s poruchou autistického spektra a chováním náročným na péči.

## 2.4 Zapojení lidí s postižením do procesu plánování rozvoje sociálních služeb

Jak už jsme vícekrát zdůraznili, participace lidí s postižením a organizací hájící jejich práva na plánování podoby a rozvoje sociálních služeb je klíčovým prvkem závazku vyplývajícího z Úmluvy o právech osob s postižením. S cílem lépe porozumět způsobům, jakými kraje a MPSV zahrnují tuto důležitou skupinu do procesu plánování, jsme se zaměřili na tři klíčové aspekty. Prvním z nich je způsob, jakým jsou lidé s postižením zapojováni do plánování rozvoje sociálních služeb ([kapitola 2.4.1](#)). Dále jsme zkoumali, zda kraje aktivně upravují a přizpůsobují podmínky přípravy plánů s cílem minimalizovat překážky participace pro tuto skupinu ([kapitola 2.4.2](#)). Také nás zajímalo, zda do procesu přípravy plánů zasahují i lidé s postižením, kteří nejsou přímo klienty sociálních služeb ([kapitola 2.4.3](#)).

### 2.4.1 Způsoby zapojení lidí s postižením

Kraje nemají vytvořený systém, který by zajišťoval zapojení lidí s postižením do plánování rozvoje sociálních služeb.



Téměř polovina krajů nám v tomto ohledu sdělila, že lidé s postižením nejsou do plánování zapojeni. Jako příklad může sloužit citace jednoho kraje:

*„Ten princip participace asi u nás není úplně naplněnej. Samozřejmě na začátku já si myslím, že my to plníme formálně tím, že dáme na úřední desku to oznámení, že se teda zahajuje příprava střednědobého plánu, že se všichni můžou zapojit, ale v praxi to vlastně moc nefunguje.“*

Podobně se vyjádřilo i **MPSV**, které do procesů plánování přímo nezapojuje osoby s postižením. Participace probíhá v rámci pracovních skupin převážně prostřednictvím klientských a patientských organizací. Přestože jsou v těchto skupinách zastoupeni jednotlivci s postižením, jejich účast skrze tyto organizace nemusí splňovat požadavek participace, jak uvádí samotné MPSV:

*„To, jestli tam jsou zapojeni v uvozovkách samotný osoby nebo lidi s handicapem se zdravotním, tak jsou tam zapojeni, ale asi nedostatečně nebo respektive skrze patientské a klientské organizace. Těch tam máme dost, ale je to stále ta otázka.“*

Několik krajů uvedlo, že lidé s postižením jsou nebo byli členy jejich pracovních skupin. Jeden kraj navíc zapojuje lidi s postižením i do jiného krajského orgánu:

*„Máme zapojený lidi s duševním onemocněním nebo se sebezkušeností do naší komise Rady, a i jsme dělali koncepci služeb, rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním, takže tam máme tyto lidi zapojený. Máme i v pracovních skupinách.“*

Několik krajů nám sdělilo, že lidé s postižením se mohou zapojit odpovědí na veřejnou výzvu k zapojení do tvorby plánu nebo skrze jiné mechanismy, které předpokládají, že občan bude aktivně vyhledávat způsoby zapojení se do tvorby plánu. Dva kraje také uvádějí spolupráci s krajským zastoupením Národní rady pro osoby se zdravotním postižením při tvorbě plánu. Jak to shrnuje jedno vyjádření:

*„Potom my tady máme velmi dobrou spolupráci s krajským zastoupením Národní rady zdravotně postižených, pan předseda (...) je už asi desátým, možná už i třeba dvanáctým, třináctým rokem předsedou té krajské rady a je to skvělý, protože ten člověk (...) zná tu problematiku, je velice rozumný, racionální, skvěle se s ním spolupracuje, takže přes něj jde spousta podkladů a já se pravidelně účastním jednání výboru té Národní rady zdravotně postižených (...).“*

Pouze několik krajů provedlo dotazníkové šetření, kde oslovilo přímo lidi s postižením. Vyjádření jednoho kraje si lze přečíst níže:

*„My jsme v rámci toho nového střednědobého plánu skutečně udělali takovýhle za nás poměrně velký dotazníkový průzkum a oslovili jsme i sociální služby, aby daly možnost svým uživatelům a rodinným příslušníkům nebo pečujícím osobám příležitost se vyjádřit právě ke tvorbě střednědobého plánu a dát nám nějakou zpětnou vazbu, co třeba akcentují,*



*co třeba vnímají, že by bylo potřeba zlepšit, podporovat, jak vnímají vůbec současnou politiku toho kraje. To znamená, v rámci toho dotazníkového šetření se nám vrátilo 200 návratků od uživatelů a pečujících osob.“*

#### 2.4.2 Úprava podmínek při tvorbě plánů

Další klíčovou otázkou bylo, zda kraje nějakým způsobem upravují podmínky přípravy plánu rozvoje sociálních služeb, aby snížily překážky a přizpůsobily celý proces potřebám lidí s postižením. **Většina krajů nám sdělila, že tuto možnost nevyužívá.** Jeden z krajů nám k tomu uvedl:

*„To si nejsem jistá. Myslím si, že spíš ne (neupravují podmínky při tvorbě plánů – pozn. autora) (...) to jste vyjmenovala přesně ty věci, které by se musely udělat, aby to vůbec mohli (účastnit se na procesu plánování – pozn. autora), že by to muselo být ta zjednodušená forma. Nevím, jestli to je reálný todlecto všechno zařídit.“*

Podobně se vyjádřilo i **MPSV**, které uvedlo, že nevytváří podmínky pro zapojování přímo lidí s postižením, jak si lze přečíst níže:

*„Nejsou vytvářeny třeba úplně nejideálnější (...), materiálně a technické zázemí pro to, aby mohli (se lidé s postižením – pozn. autora) (...) účastnit. Samozřejmě v tomhleto máme mezery. (...) je pravda, že primárně pracujeme se zástupci těch klientských, patientských organizací (...) Dál hlouběji v tuto chvíli nejdeme a určitě to nedáváme, řekněme, do podoby easy to read nebo do jakékoliv jiné podoby, které by byly srozumitelné.“*

Nejkonkrétnější formu podpory nám představily dva kraje, které navázaly partnerství s neziskovými organizacemi s cílem podporovat participaci lidí se sluchovým postižením. Jak ale naznačuje následující citát, tato podpora zatím nebyla plně využita:

*„Máme tady, pro lidi neslyšící, máme spolupráci, máme tady na přepis vyčleněnej notebook, máme proškolený lidi, ale řeknu, že nevyužíváme ho, není po tom poptávka.“*

#### 2.4.3 Zapojení lidí s postižením, kteří nejsou klienty sociálních služeb

Dalším aspektem naší analýzy bylo zkoumání možností zapojení specifické cílové skupiny – lidí s postižením, kteří nejsou klienty sociálních služeb. V této oblasti se ukázalo, že kraje nemají zavedený způsob, jak je účinně zapojit do plánování rozvoje sociálních služeb.

Ve většině případů se kraje spoléhají na informace získané prostřednictvím sbíráním informací o potřebnosti nebo odpovědí na veřejné výzvy. Jeden kraj nám k tomu sdělil toto:

*„To je ale ze zákona dané, že se musí veřejně připomínkovat a napřímo my s těmi lidmi nekomunikujeme, ale přes ty jejich spolky (klientské a rodičovské – pozn. autora) (...)“*



## 2.5 Pojmy související s deinstitucionalizací

Úspěšné provedení deinstitucionalizace předpokládá jednoznačné pochopení toho, co tento proces obnáší, jaké aspekty zahrnuje a jaký je jeho konečný cíl. V případě, že klíčové pojmy nejsou jasně definovány, může chybět shoda ohledně jejich významu, což komplikuje dosažení cílů deinstitucionalizace. Tato kapitola se proto zaměřuje na to, jak jednotlivé kraje chápou klíčové pojmy spojené s deinstitucionalizací. První část ([kapitola 2.5.1](#)) zkoumá pojetí pojmů „deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“, zatímco druhá část ([kapitola 2.5.2](#)) se věnuje tomu, jak kraje interpretují termín „služba komunitního charakteru“ či „komunitní služby“.

### 2.5.1 „Deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“

Ptali jsme se respondentů z krajů a MPSV, jak rozumí pojmům „deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“. Z odpovědí vyplývá, že **existuje značná variabilita významů, které zástupci krajů daným pojmům přiřazují.**

Významovou neukotvenost jednotlivých pojmů napříč kraji naznačuje i skutečnost, že z výpovědi několika respondentů je patrné, že na otázku odpovídají podle vlastního chápání daného pojmu, nikoli tak, jak je jejich kraj definoval v SPRSS.

V odpovědích několika respondentů jsme zaznamenali, že výrazněji nerozlišují mezi pojmy „deinstitucionalizace“, „transformace“ a „humanizace“. Všechna tři označení jsou v jejich chápání spojena s podobným cílem, konkrétně zaměřením na individuální potřeby klienta. Příkladem může být následující citace:

*„(...) ať je to klidně jakékoli jiný pojem, asi podle mě je to, čím sledujeme, jaké je výsledkem a čeho chceme dosáhnout. (...) Žít po svém (...) Ale ne, aby mi někdo úplně určoval, jestli teďka budu jíst, protože teď tady všichni jedí, tak já musím taky se najíst a tímhle způsobem. To znamená, do určité míry ta svoboda.“*

Z odpovědí několika zástupců kraje je zřejmé, že nerozlišují mezi významy pojmů „deinstitucionalizace“ a „transformace“. Příkladem může být následující citace:

*„Já za sebe se přiznám, že jsem nikdy úplně nepochopila rozdíl mezi transformací a deinstitucionalizací. I když jsem se o to snažila. Vždycky jsem to prostě vnímala jako nějaký proces přechodu z těch ústavních služeb, který si myslím, že jsou nějak srozumitelně definovaný.“*

Dále se v některých odpovědích objevuje sklon ke slučování významů pojmu „deinstitucionalizace“ a „humanizace“. Tito respondenti zdůrazňovali zlepšování dosavadních prostředí, rekonstrukce a vytváření menších komunitních služeb v rámci obou těchto pojmů.

*„A tu deinstitucionalizaci si vykládáme, pokud zlepšujeme to dosavadní prostředí, že to není úplně o tom, že bychom museli to zařízení opustit, ale probíhají tam různé rekonstrukce, aby to odpovídalo takové té menší*





*komunitní službě. Abysme tam mohli udělat třeba domácnosti a podobně (...). Já to mám dohromady. Humanizace i deinstitucionalizace.“*

Důležité je poznamenat, že **MPSV** nám přiblížilo, že své pojetí pojmů „deinstitucionalizace“ a „transformace“ přebírá z Kritérií. Zároveň zdůraznilo, že „humanizace“, jak ji chápe, není procesem deinstitucionalizace. Pro MPSV zahrnuje „humanizace“ aspekty, jako je snížení kapacit nebo nastavení prvků komunitní péče ve velkých sociálních zařízeních.

*„My jim rozumíme ve smyslu schválených Kritérií transformace sociálních služeb, kde ty definice jsou (...) Ale ta definice je celkem jakoby jasná, s tou my pracujeme. Odmítáme jako MPSV (...) humanizac(i) (...). Je to v uvozovkách zlidštění.“*

Problém variability významů potvrzují také informace z rozhovoru s **MPSV**. To uvedlo, že definice stanovená v Kritériích není přijímána některými aktéry:

*„Že ta definice (...) v tuto chvíli není konsenzuální po celé České republice, to je otázka druhá. Není ani kompromisem. Některý kraje ji odmítají (...).“*

**Analýza významů samotných pojmů odhalila zajímavé nuance v jejich vnímání.**

Následující část se zaměřuje na specifika významů jednotlivých pojmů, jak je prezentují jednotliví respondenti.

**Zaprvé**, nejčastěji zástupci krajů chápou „deinstitucionalizaci“ jako odklon od ústavních služeb, jako jejich postupné rušení. Příkladem může být následující výrok:

*„Deinstitucionalizaci chápu ve smyslu, řekněme, rozpuštění velkého zařízení do většího množství malých objektů. A je jedno, jestli bytů, domů a tak dále.“*

Několik dalších respondentů u pojmu „deinstitucionalizace“ zdůrazňovalo změnu myšlení a snahu zabránit přenosu ústavních prvků do nových forem služeb. Jeden z nich to shrnul následovně:

*„(...) deinstitucionalizace to je vyšší stupeň transformace, kde se ruší i ústavní prvky. Protože to, že proběhla transformace, ještě neznamená, že byly zrušeny ústavní prvky fungování toho zařízení.“*

**Zadruhé, termín „transformace“** interpretovali zástupci krajů různými způsoby. Někteří vnímali „transformaci“ jako změnu druhu služby. V těchto případech byla „transformace“ chápána jako přetváření (ústavních) služeb do jiné formy podpory, jak ilustruje následující výrok:

*„Transformace je pro nás to, že skutečně to přetavíme do jiné formy podpory. Ať jsou to chráněná bydlení, některé lidi úplně vyvedené do vlastního bydlení s podporou terénu.“*

V tomto ohledu někteří respondenti rozuměli „transformaci“ jako proměně ústavních služeb na služby komunitního charakteru, jak lze vyčíst z citace níže:



*„Transformaci za nás spíš vnímáme v tom užším pojetí ve smyslu nahrazování kapacit služeb ústavních službama komunitního charakteru.“*

Někteří zástupci krajů zase pojímali „transformaci“ jako proces materiálně-technické změny způsobu poskytování služeb, jak vyplývá z následující citace:

*„(...) transformace je už nějakou opravdu i ten materiálně-technický přerod, nebo tak to vnímám já, do menších objektů, lépe zasazených do toho místa, kde se ty služby poskytují (...)“*

Respondenti dále zdůraznili, že „transformace“ služeb vede k vytvoření podpory, která bude co nejlíže přirozenému prostředí a bude klást důraz na potřeby klientů. V tomto ohledu jeden z nich zmínil, že součástí „transformace“ je i změna myšlení personálu sociálních služeb tak, aby došlo k zamezení přenosu ústavních prvků do transformovaných zařízení:

*„Deinstitucionalizace je vykročení z těch ústavních forem a já to vnímám jako stejný pojem nebo obdobný s tím, že transformace je změna myšlení pro mě a to je asi to nejdůležitější, protože nejde jenom vyjít z ústavu, ale je potřeba změnit služby, změnit lidi, který poskytují ty služby a tak.“*

**Zatřetí**, naopak význam pojmu „**humanizace**“ vykazuje výraznou shodu mezi jednotlivými respondenty, a to především ve snaze zlepšit prostředí poskytovaných ústavních služeb směrem k důstojnosti a respektování práv klientů. Příznačně tento koncept shrnul následující respondent:

*„Tak humanizace, to asi tomu všichni rozumí, že to je nějaký zlepšování prostředí v těch stávajících službách směrem k tomu, aby ty služby byly důstojný, aby vyhovovaly nějakým standardním požadavkům na to, jak člověk žije. Tak aby, tak jak kolega zmiňoval, tam nebyly průchozí mnohalůžkový pokoje, tak aby tam byly respektovaný práva těch lidí a tak dále.“*

Přesto několik zástupců krajů vyjádřilo odlišné pojetí „humanizace“. Pro ně není „humanizace“ pouze o úpravách prostředí, ale také o podpoře klientů směrem k co největší samostatnosti a dosažení normálního života v souladu s jejich schopnostmi. Další aspekt „humanizace“ chápal jeden respondent jako lidský přístup, jak ilustruje následující citace:

*„Humanizace, lidský přístup, lidskost, empatie.“*

## 2.5.2 Charakteristiky služby komunitního charakteru

Zaměřili jsme se také na výklad pojmu „služba komunitního charakteru“. Zástupci krajů se lišili v tom, jaké charakteristiky jsou určujícím znakem tohoto druhu služby: jedním z nejčastěji zmiňovaných znaků byla kapacita, kterou uvedlo ve své odpovědi i **MPSV**. Mnozí respondenti zdůraznili, že se jedná o **malokapacitní zařízení se stanoveným počtem klientů pro různé míry závislosti či druhu služby**. Příkladem může být následující citát:



*„Komunitní služba (...) Je to služba, která je blíží tomu běžnému životu. Jak říkám, je to taková menší domácnost o malém počtu klientů. Jak jsme říkali, držíme se těch kritérií tý transformace, takže většinou 12, maximálně 18 s tou vyšší mírou podpory (...)“*

Druhou často zmiňovanou charakteristikou je **propojení služby komunitního charakteru s běžným životem místní komunity**. Klienti mají možnost využívat služby dostupné v místní komunitě a jsou v aktivním kontaktu s okolím, jak ilustruje následující citát:

*„Takže my chápeme samozřejmě nízkokapacitní sociální službu, která je opravdu někde v komunitě napojená na život komunity, nejlépe samozřejmě ve větším městě, aby tam bylo možný využívání běžně dostupných služeb (...)“*

Méně než polovina respondentů zdůraznila, že **„služba komunitního charakteru“ by měla svým charakterem připomínat běžný, „normální“ život**. Stejný počet zástupců kraje zmínil, že charakteristikou „služby komunitního charakteru“ je její **umístění přímo v komunitě**. Jeden zástupce kraje to vyjádřil takto:

*„Je to pro mě přesně asi takové místní, nemyslím konkrétně, že to není nějaký ústav odstrčený na kraji města, že je v centru dění. Že ten klient je zapojen do toho města, že na tom spolupracuje to město, víc těch služeb spolupracuje na tom navzájem.“*

Další méně často zmiňovanou charakteristikou bylo, že tato **služba by měla být orientována na individuální potřeby uživatelů**. Tento aspekt uvedli i zástupci MPSV, kteří nám sdělili následující:

*„(...) ale pro mě je ta komunitní služba, tam by měl být na prvním místě i ten klient a to taky máme v rámci těch transformačních plánů, se tam sleduje ta karta klienta, kde by ty zařízení, které se zapojí do toho procesu, tak vyplňují ten stav toho klienta před započítím, potom po procesu a pak až po dvou letech, abysme monitorovali ten proces, co se stalo s tím klientem.“*

Několik krajů podtrhlo i důležitost rozdělení do jednotlivých domácností, což vytváří prostředí podobné běžnému domácímu životu:

*„My to máme (rozděleno na – pozn. autora) takové ty domácnosti (...) Ono i tím, že je i problém sehnat třeba i samostatný bytový jednotky v rámci bytových domů, tak právě i odkoupení vilky, vytvoření tý domácnosti ve vilce, kde žije víc těch klientů, jsou tam třeba dvě domácnosti, každý má svoje zázemí, svůj pokoj (...) běžnej život. Mají tam všechno, tak jako malej domov.“*

Dva zástupci krajů rovněž zdůraznili, že charakteristickým rysem „služby komunitního charakteru“ je to, že se **různé sociální služby nekonzentrují na jednom místě**.



## 2.6 Typy transformovaných služeb

Cílem našeho výzkumu bylo zhodnotit průběh transformace v České republice a zmapovat stav deinstitucionalizace v ČR v porovnání jednotlivých krajů. Z tohoto důvodu jsme se na typy transformovaných služeb doptávali adresně a odpovědi nejsou anonymizované. Naším prvním zájmem bylo zjistit, jaké konkrétní typy služeb kraje transformovaly v posledních 15 letech ([kapitola 2.6.1](#)). Dále jsme se zajímali o plánované transformace a cíle, které kraje vytyčily pro budoucí období ([kapitola 2.6.2](#)). Někonec jsme se soustředili na plánovaný rozvoj služeb komunitního charakteru, přičemž odpovědi krajů opět anonymizujeme ([kapitola 2.6.3](#)).

### 2.6.1 Druhy transformovaných služeb do roku 2023

Zjistili jsme, že ve všech krajích došlo k transformaci domovů pro osoby se zdravotním postižením (DOZP). Pět krajů uvedlo, že v daném období transformovalo domovy se zvláštním režimem (DZR). Je však třeba zmínit, že některé kraje do transformace zařízení započítávaly i transformaci částečnou. Kraje potvrdily, že na jejich území probíhá nebo proběhla transformace služeb DOZP, přičemž úroveň transformace se mezi kraji výrazně liší. Většina krajů zahájila transformaci velkých zařízení v minulosti a v současné době tato transformace stále probíhá. Zpravidla se jedná o postupné snižování počtu lůžek. Jako příklad může sloužit Jihomoravský kraj:

*„(...) období 2014 až 2020, kdy vznikla první nějaká strategie, tak jsme vyvedli 185 lidí z velkokapacitní DOZP do buď chráněného bydlení, nebo do malokapacitních DOZP. V té nové strategii 2021–2027 máme ty zařízení dál v té postupné transformaci, kde se hovoří zase o dalším snižování té kapacity těch velkých zařízení, ale zároveň v tom roku 2027 bychom měli zcela ukončit fungování zařízení v Habrovanském zámku a v Emině zámku a ti lidé by měli jít do jiné formy podpory, buď nižší, pakliže tam takoví lidé jsou, nebo právě do toho chráněného nebo malokapacitního zařízení.“*

Několik krajů uvedlo, že na jejich území je transformace několika zařízení již dokončená, avšak **žádný kraj nám nesdělil, že by měl transformovaná všechna zařízení**. Česká republika je v různých fázích procesu transformace: u několika krajů proběhla transformace několika zařízení a tyto kraje nyní transformují další své služby. Některé kraje jsou teprve v procesu transformace svých prvních zařízení. Jiné transformovaly pouze částečně a stále čekající na spuštění dalších projektů, z čehož vyplývá, že tyto kraje ještě nezahájily žádný projekt úplné transformace.

Dalším zaznamenaným tématem byla částečná transformace služeb DOZP, která probíhá nebo proběhla v některých krajích. Částečná transformace zahrnuje snížení kapacity zařízení a přesun pouze části klientů ústavních služeb do chráněného bydlení nebo do jiných služeb komunitního charakteru. Jak částečnou transformaci pojímal Středočeský kraj, si lze přečíst níže:

*„Tak úplnou transformací prošlo jedno zařízení, kde to bylo dokončený v roce 2014 ta kompletní transformace, že skutečně celý to zařízení je rozpouštěný v komunitě (...) Co jsem (...) se koukala na nějaký informace*



*z minulosti, tak u šesti zařízení to byla nějaká částečná (transformace – pozn. autora) (...) Částečná spočívající v tom, že část tý kapacity se přesunula někam do komunity, do služby chráněného bydlení nebo do komunitního DOZP. Případně někteří ti poskytovatelé nemají chráněné bydlení, ale mají DOZP a rovnou potom terénní službu, podporu samostatného bydlení. Takže většina těch poskytovatelů má nějakou komunitní službu nebo službu, která je vlastně poskytovaná v terénu.“*

Druhými transformovanými službami byly DZR. Pět krajů – Zlínský, Moravskoslezský, Pardubický, Olomoucký a hlavní město Praha – nám sdělily, že u nich proběhla či probíhá transformace DZR. Olomoucký kraj nás informoval, že v rámci transformace jednoho DOZP je zahrnutý také DZR. Zlínský kraj začal transformaci jednoho DZR, která byla částečně dokončená, a plánuje pokračovat v tomto procesu. Hlavní město Praha má tři velkokapacitní DZR, z nichž jeden je již plně transformovaný a u ostatních plánují transformaci dokončit. Moravskoslezský a Pardubický kraj transformovaly minimálně jedno DZR, jak samy uvedly. Moravskoslezský kraj nám například sdělil:

*„Transformovaly se služby DOZP a myslím si, že z části některé DZR.“*

### 2.6.2 Druhy služeb určených k transformaci po roce 2023

Ptali jsme se také, jaké druhy služeb kraje plánují transformovat. Deset krajů nám sdělilo, že mají v úmyslu provést transformaci DOZP, přičemž tři z nich – Jihomoravský kraj, Zlínský kraj a Ústecký kraj – zahrnuly do svých plánů i transformaci DZR. Je však důležité poznamenat, že některé z těchto transformací jsou částečné. Dva kraje, konkrétně Jihočeský a Plzeňský, uvedly, že momentálně nemají plány na transformaci nových zařízení. Plzeňský kraj nám přímo sdělil:

*„V sociálních službách nemáme plán zatím na žádnou transformaci.“*

U dvou krajů, Vysočiny a Karlovarského kraje, nebylo možné z odpovědí jednoznačně vyčíst, jaké konkrétní druhy ústavních služeb plánují transformovat. Nicméně z jejich odpovědí vyplynul závazek k transformaci, jak ukazuje například vyjádření kraje Vysočina:

*„(...) v nejbližší době chtěli bysme ztransformovat organizace poslední dvě, který jsou pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, protože ty nám zbývají a ústavní služby pro tuhle cílovou skupinu úplně nechceme (...)“*

### 2.6.3 Plánovaný rozvoj služeb komunitního charakteru

Ptali jsme se také na to, jaké služby komunitního charakteru kraje plánují rozvíjet. Odpovědi krajů znovu anonymizujeme. **Nejčastěji se kraje zaměřují na rozvoj chráněného bydlení komunitního charakteru**, jak nám sdělilo celkem devět krajů. Jeden kraj konkrétně uvedl:

*„Dále budujeme chráněné bydlení (...) pro osoby s duševním onemocněním. Další chráněné bydlení (...) by měly být osoby s tělesným, s mentálním, to znamená, kombinovaným postižením, nemělo by se ale jednat o duševní poruchu.“*



Méně krajů plánuje rozvoj DZR komunitního charakteru, které jsou zamýšleny zejména pro lidi s poruchou autistického spektra, s chronickým duševním onemocněním, se specifickými potřebami a pro klienty s chováním náročným na péči.

*„(...) my to tam máme nazvané DZR komunitního typu. Ale strukturou jsou to chráněná bydlení. To znamená, že tam mají volnost klienti, mají to úplně jinak nastavené. Budou tam pracovníci, kteří to budou naprosto akceptovat, budou tu službu dělat, jak mají.“*

**Několik krajů nyní zaměřuje své úsilí na rozvoj terénních a ambulantních služeb.** Cílem rozvoje těchto služeb je vytvoření podpůrné sítě sociálních služeb, která umožní co nejdelší péči v domácím prostředí. Kraje vnímají tento přístup jako **prevenci umístování klientů do pobytových služeb**. Jeden z krajů uvedl následující:

*„Proto taky říkám, že budeme muset více se zaměřit na posilování terénních a ambulantních služeb, které umožňují, aby nemuseli se ani nikam stěhovat, aby mohli zůstat v bytě, ze kterého odejdou třeba rodiče (...) abychom my z toho důvodu nemuseli stěhovat ty lidi někam, kdy v tu chvíli ani nebudeme mít kam, (...) anebo tu službu budeme muset dodat tomu člověku do jeho domácnosti.“*

Dalším významným aspektem plánovaného rozvoje je **posilování služeb podpory samostatného bydlení**. Podporu samostatného bydlení považuje několik krajů za klíčový prvek v přechodu klientů mimo systém pobytových služeb. Prioritu této služby zdůraznil jeden kraj následovně:

*„(...) máme vyčleněný služby s vysokou prioritou, se střední a s nízkou. Do vysoké priority kromě ambulantních a terénních služeb klasických, vysokou prioritu má i podpora samostatného bydlení.“*

Několik krajů plánuje rozvíjet DOZP, s důrazem na jejich komunitní podobu. Jeden kraj konkrétně uvádí:

*„Dále projektujeme DOZP (...) 2, 3 domky, celkem 12 uživatelů, opět osoby s duševním onemocněním, předpoklad otevření v roce, počkejte, druhá polovina 25 nebo první polovina roku 26. Takže kraj (...) má v plánu posouvat služby CHB a DOZP.“*

Dále pouze jeden kraj uvedl, že neví, zda jejich příspěvkové organizace plánují dále rozvíjet sociální služby komunitního charakteru. Tento kraj také uvedl, že plánuje rozvíjet DOZP nekomunitního charakteru.

## 2.7 Překážky úspěšné deinstitutionalizace

Stanovili jsme si za cíl identifikovat klíčové překážky, které brání či zpomalují proces deinstitutionalizace. Rozpoznali jsme dva hlavní typy bariér. Prvním z nich jsou procesní překážky, na které kraje narážejí ve svých regionech při realizaci záměru deinstitutionalizace ([kapitola 2.7.1](#)).



Druhým typem identifikovaných bariér jsou překážky vycházející z institucionálního rámce ([kapitola 2.7.2](#)). Tyto překážky jsou spojeny s legislativou, rozdělením pravomocí, systémem financování sociálních služeb a dalšími aspekty.

Abychom získali ucelenější a podrobnější pohled na problematiku deinstitutionalizace, zajímali jsme se o to, zda se identifikované překážky liší u konkrétních skupin klientů ([kapitola 2.7.3](#)).

### 2.7.1 Procesní bariéry deinstitutionalizace

Zaměřili jsme se na identifikaci opakujících se překážek v procesu deinstitutionalizace v jednotlivých krajích. Bariéry prezentujeme sestupně od nejčastěji zmiňovaných až po ty, které uvedlo pouze několik krajů:

- nedostatečná informovanost o životě lidí s postižením a předsudky, které veřejnost vůči těmto lidem má ([kapitola 2.7.1.1](#)),
- přístup poskytovatelů služeb a personálu k tématu deinstitutionalizace ([kapitola 2.7.1.2](#)),
- nedostatek vhodných pozemků pro zřízení služeb komunitního charakteru ([kapitola 2.7.1.3](#)),
- nedostatek personálu ([kapitola 2.7.1.4](#)),
- postoje opatrovníků či rodin lidí s postižením ke službám komunitního charakteru ([kapitola 2.7.1.5](#)) a
- dostupnost a flexibilita sociálních služeb poskytovaných na území kraje ([kapitola 2.7.1.6](#)).

#### 2.7.1.1 Přístup veřejnosti jako překážka deinstitutionalizace

Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastěji zmiňovanou překážkou deinstitutionalizace jsou problematické postoje veřejnosti k tématům souvisejícím s lidmi s postižením. **Kraje často zmiňovaly obavy a odpor veřejnosti vůči sociálním službám a jejich klientům.** Dotazovaní uvedli, že veřejnost má předsudky vůči klientům, především těm s mentálním postižením nebo duševním onemocněním, jak ilustruje následující citace:

*„A co je ještě, velký bariéry byly teda a jsou s tím, že běžná veřejnost má obavu nebo strach z klientů, který jsou jiní (...) Vůbec největší (bariéru – pozn. autora) mají (lidé – pozn. autora) s duševním onemocněním. A i když může klidně i jejich soused mít taky duševní onemocnění, jen to nevědí a nebere léky (...) A neradi se dívají na lidi s mentálním postižením. (...) Prostě společnost je ochotná dát peníze, ale není ochotná je mít vedle sebe.“*

Kraje uváděly, že veřejnost může být málo informovaná o tom, co transformace sociálních služeb obnáší, jakým způsobem mohou nové služby ovlivnit komunitu a kdo jsou klienti těchto služeb. Z pohledu krajů je tento přístup veřejnosti založen na stereotypech o lidech s různými typy postižení. Z neznalosti a obav z neznámého tak v jednotlivých komunitách dochází k obavám o bezpečnost, což brzdí deinstitutionalizaci:



*„A jak říkali, vždycky říkáme, když jsme dělali některý zařízení, to potom možná bude ta problematika toho, co to brzdí, to je ta neznalost a ta obava tý zdravý populace, která má pocit, že tam jdou nebezpečný lidi, že budou mít strach pustit děti ven, že je budou zabíjet nebo něco. Prostě to povědomí tý společnosti o tom, jaký jsou diagnózy nebo o koho se jedná, oni to pojí všechno do jednoho.“*

**Kraje zdůrazňovaly potřebu osvěty a komunikace s veřejností a obcemi.** Většina obav veřejnosti z klientů spočívá v nedostatečné obeznámenosti s potřebami a způsobem života klientů a také v nedostatečném porozumění fungování sociálních služeb komunitního charakteru. Poskytování informací, proaktivní komunikace a odstraňování mýtů mohou pomoci snížit tuto nedůvěru.

*„Ono je to tím možná, že ty aktivity (týkající se osvěty – pozn. autora) všechny jsou spíš zaměřené na pracovníky ve službách, takže tam si myslím, že ta informovanost je výrazně vyšší než mezi běžnými lidmi, když jim začnu vysvětlovat, co to znamená transformace, tak narážím na to, že oni řeknou: ‚Ale oni nemůžou žít sami, nebo nemohou být s nějakou službou...‘ Dokonce ani neví, co znamená chráněné bydlení. Musíme jim vysvětlovat, že to neznamena, že my tam přistěhujeme pár lidí, kteří zůstanou bezprizorní, ale že tam s nimi právě jde podpora těch pracovníků.“*

Kraje uváděly, že je nezbytné vyvracet mýty a předsudky a zároveň veřejnosti vysvětlit, co transformace sociálních služeb zahrnuje, jaký je její skutečný dopad. Jedním z řešení je osvěta veřejnosti, která zahrnuje i prohlubování porozumění různým druhům postižení a potřebám klientů. Součástí osvěty je, dle několika krajů, i komunikace s místními komunitami a obcemi, ve kterých dochází ke změnám v poskytování služeb pro lidi s postižením:

*„Jak jsme říkali, že kolikrát nejsou v obcích otevřený tomu, aby tam vznikala sociální služba komunitního typu, tak (by pomohla – pozn. autora) nějaká osvětová kampaň o tom, že tidle lidi, když má někdo poruchu autistického spektra, tak neznamená, že je to vrah.“*

Je důležité zdůraznit, že kraje, které získaly zkušenosti s integrací lidí s postižením do komunity, pozorují, že vliv předsudků postupně mizí. Klíčovým faktorem při překonávání obav a nedůvěry veřejnosti vůči sociálním službám je získávání pozitivních zkušeností a existence dobré praxe, na kterou lze odkázat. To ilustruje následující citace:

*„(...) tam, kde se toho bojí, tak jim můžeme ukázat, jak to funguje. Už mají dobrou praxi, oni si můžou zajet za těma starostama, můžou zajet do těch obcí, můžou se podívat na ten baráček a zjistí, (...) jak ta péče vypadá, že to je fakt běžná domácnost a že ti sousedi se vlastně nemají čeho bát.“*

Zkušenosti krajů nám potvrdilo i **MPSV**, které nám sdělilo, že záměr deinstitucionalizovat může narazit na odpor občanů, petičních iniciativ a podobně. Dle MPSV je s průběhem času zřejmé, že stát nedokázal efektivně vysvětlit dopady deinstitucionalizace svým obyvatelům:





*„(...) zvedla (se – pozn. autora) vlna nevole ze strany občanů, kde se mělo stanovovat, kde se mělo vytvářet chráněnko atd. a neustáli to ani kraje, ani političtí zastupitelé toho kraje nebo města a neustále to jim nazlobení občané přišli, dávali petici na zastupitelstvu a tak dále. Takhle skončilo určitě víc než deset transformací v různých zařízeních (...)“*

MPSV nám také uvedlo, že negativní ladění vůči deinstitucionalizaci se propisuje i do politické roviny:

*„(...) taky souvisí úzce i (...) s politickým vnímáním, protože nejenom v minulosti, ale i v současnosti se z toho (...) stává politické téma a pro určité politické skupiny je téma deinstitucionalizace vnímáno negativně.“*

I několik zástupců krajů poukázalo na skutečnost, že se postoje veřejnosti odrážejí i v postojích regionální politické reprezentace. Zástupci kraje a zastupitelstvo mají vliv na způsob, jakým jsou nové služby přijímány v komunitách. Přitom tito aktéři mohou být stejně neinformovaní o životě klientů a fungování sociálních služeb, případně mít stejné předsudky jako některé části veřejnosti. Takto nám to formuloval jeden kraj:

*„Ale ty schvalovací procesy (k provedení deinstitucionalizace – pozn. autora) prochází prostě schvalováním volenými zástupci, kde často narážíme na určité bariéry, neporozumění toho, že člověk se zdravotním postižením má stejné právo jako zdravý člověk prostě bydlet někde v méně omezujícím prostředí.“*

Důvodem, proč může mít politická reprezentace výhrady k deinstitucionalizaci, je její finanční a časová náročnost. Přitom politická podpora je pro deinstitucionalizaci klíčová. Jak ilustruje citace jednoho z respondentů:

*„(...) že byla nachystaná nějaká deinstitucionalizace a pak přišla nová politická garnitura a ta to zastavila. (...) A samozřejmě, ono najít nějaký racionální balanc mezi tím, co je ekonomicky udržitelný a tím, co je lidský, je vždycky těžký. Ale najednou prostě tady převládnu ten ekonomickéj diskurs a to potom i brzdilo další kroky k transformaci.“*

#### 2.7.1.2 Přístup poskytovatelů a personálu jako překážka deinstitucionalizace

Další bariérou je postoj zaměstnanců sociálních služeb v pobytových zařízeních, které mají projít transformací, a jejich ochota adaptovat se na nové postupy a způsoby práce. V této souvislosti kraje uvedly, že významnou roli hraje také postoj vedení služby k transformaci.

Někteří zaměstnanci mohou být skeptičtí vůči deinstitucionalizaci nebo se mohou obávat dopadu na své pracovní pozice. Kraje vysvětlily, že **změna myšlení zaměstnanců má klíčový vliv na průběh transformace**. Mnoho zaměstnanců je zvyklých na stávající způsob poskytování služeb a může vyjadřovat obavy ohledně nových metod práce a pracovního prostředí. Někteří se dokonce staví do opozice vůči těmto změnám. Aby byla transformace úspěšná, je nezbytné získat podporu a motivaci personálu. Jeden z účastníků výzkumu k tomu uvedl:



*„Ale (...) je to (přístup k deinstitucionalizaci – pozn. autora) úplně nejhorší se zaměstnanci, řekla bych, kteří nechtějí, vidí to jinak. Stačí jenom, když jsme teď odvolávali jednoho ředitele a nová paní ředitelka v jednom domově u hranic je naprosto nešťastná, ale ona to zvládne. Jenom změnit myšlení zaměstnanců.“*

Přístup vedení služby v tomto ohledu hraje důležitou roli. Několik krajů uvedlo, že někteří ředitelé podporují změny, zatímco jiní mohou být proti nim. **Kladný přístup vedení k deinstitucionalizaci přitom ovlivňuje, jak rychle a úspěšně probíhá transformace.** Jak ilustruje následující citace:

*„Takže (...) říkám, musí to (transformace – pozn. autora) s velkou součinností toho vedení. Na tom hodně záleží, jak je nadšený ředitel a vedení, tak pak dokáže zmotivovat ty lidi k neuvěřitelným změnám, i ty, kteří už tam jsou.“*

Několik krajů také sdělilo, že **někteří zaměstnanci se odmítají přizpůsobit pracovním postupům vycházejícím z komunitního charakteru nových služeb.** Respondenti poukázali na potřebu změnit kulturu v organizacích tak, aby podporovala transformační procesy.

*„Co se týká druhého zádrhele, se kterým se muselo poprat především to samotné zařízení, byla změna myšlení těch zaměstnanců, což bylo velice důležité, to nešlo přímo za krajem, na to mělo to DOZPčko svůj vlastní (...) projekt a poprat se s tím, aby ti zaměstnanci si to v tý hlavě přenastavili, to myšlení z té ústavní péče do té v domácnosti, což byl velký problém, se kterým se museli potýkat, ale povedlo se. Někdy to neslo s sebou fluktuaci zaměstnanců, změnu a tak dále. Někdo to vzal a přizpůsobil se. Někomu to daleko víc vyhovovalo, někdo to nechal.“*

Význam vedoucích pracovníků a managementu organizace v procesu změny je nepochybný. Jak nám sdělily dva kraje, existuje těsná souvislost mezi úspěšnou transformací a nadšeným, otevřeným a motivovaným vedením. V případech, kdy ředitelé a vedení nejsou ochotni podpořit změny, může to tvořit klíčovou překážku. Jak to shrnuje jeden z účastníků výzkumu:

*„(...) vždycky nás překvapí, máme jedno zařízení, který jsme určili my, že bude deinstitucionalizovaný, je tam ředitel, dejme tomu, našeho věku a ten taky nechce (deinstitucionalizovat – pozn. autora) (...) Tak to vás vždycky překvapí, že někdo, u koho byste to neočekávali a tak, že k tomu není, že to nechápe, že to nevnímá prostě. Ale to jsou nějaký lidský faktory, ne systémový. To prostě pakliže tam není ten leader, kterej to bude tlačit, tak to potom musíme tlačit tady my a je to o to náročnější.“*

I **MPSV** uvedlo, že si uvědomuje problém přístupu zaměstnanců k transformaci, a uznalo, že názory mezi zaměstnanci se různí. Zatímco někteří mají obavy z nového pracovního modelu, jiní se na změny těší, protože vidí větší autonomii jako pozitivum. MPSV také sdělilo, že zařízení mohou nyní požádat o finanční podporu z programu OPZ+ pro přípravu a vzdělávání zaměstnanců a klientů v souvislosti s transformacemi. V této oblasti existují



projekty na krajské koordinátory, kteří pomáhají usnadnit proces transformace a mohou komunikovat s jednotlivými zařízeními.

### 2.7.1.3 Nedostupnost bydlení a vhodných nemovitostí jako překážka deinstitucionalizace

K problematice překážek deinstitucionalizace na krajské úrovni se přidává i nedostupnost bydlení. Kraje naznačují, že tato bariéra deinstitucionalizace zvláště vyniká v některých regionech a má tři klíčové charakteristiky:

- omezenou nabídku nemovitostí,
- rostoucí ceny nemovitostí a
- omezenou dostupnost pozemků pro stavbu nových objektů.

V mnoha regionech je nabídka dostupných pozemků a nemovitostí omezená, což ztěžuje hledání těch, které by mohly být přizpůsobeny pro poskytování sociálních služeb komunitního charakteru.

*„(...) se opravdu snažíme co nejvíc transformovat, protože máme investiční výzvu, máme alokovaný finanční prostředky, a přesto se nám nedaří ani pozemky ani domy vyhledat.“*

Nedostatek nemovitostí uvedlo i **MPSV**, které nám sdělilo, že:

*„A lokality obecně ještě je bariéra. Vůbec shánět ty stavební pozemky (...)“*

Tento problém ve svých vyjádřeních podrobně rozebraly jednotlivé kraje. Nedostatek dostupných nemovitostí vede k soutěži mezi různými poptávajícími, což má za následek jejich rostoucí ceny. Vysoké ceny výrazně komplikují snahu o získání vhodného bydlení pro klienty sociálních služeb a zvyšují celkové investiční náklady. Některé kraje tak mají problémy najít vhodné pozemky pro stavbu nových objektů v rámci alokovaných prostředků, což dokládá následující citace:

*„Těžko se nám shání pozemky, teď je to všechno drahý.“*

V problému nedostupnosti vhodných nemovitostí i pozemků pro stavbu zařízení sociálních služeb sehrávají klíčovou roli i městské samosprávy. Některé kraje se potýkají s nedostatečnou vůlí těchto samospráv k účinné spolupráci. Jsou situace, kdy kraj vyjádří zájem o určité pozemky nebo nemovitosti, ale obecní správa se brání jejich využití pro sociální služby s odůvodněním, že tyto pozemky jsou rezervovány pro jiné, obvykle lukrativnější účely. Například jeden kraj popisuje tuto situaci následovně:

*„(...) pan starosta řekne: (...) Ale tam na konci dědiny u lesa bych pro vás pozemek měl, nebo nějakou zbořenou nemovitost. Takže to bohužel pořád přetrvává a tady k tomu posunu došlo minimálně.“*

Jeden kraj uvedl, že v tomto kontextu hrají důležitou roli i předsudky vůči lidem s postižením, zejména těm s duševním onemocněním nebo mentálním postižením. Tento kraj se snaží motivovat a komunikovat s obcemi v rámci svého území, aby překonaly tyto



předsudky a uvolnily pozemky nebo nemovitosti pro vytvoření pobytových služeb komunitního charakteru. Dodal také:

*„(...) takový to bydlení v běžné zástavbě je asi problém v tom, že vlastně kraj ty kompetence moc nemá. Nemá svůj vlastní bytový fond, nemá jak ovlivnit obce, jenom těmi pozitivními případy, komunikací a daří se to tak jako různě. (...) jinde řeknou: ‚My ty byty budeme mít pro seniory, pro mladý rodiny i třeba pro osoby s mentálním postižením,‘ ale duševně nemocný, ty nikdo nechce povolit. (...) už je tady ten mýtus zase, (...) tady budou běhat s noži a podobně. Takže snažíme se s těma obcema, my teď máme i vytvořenéj nový systém spolupráce, komunikace (...)“*

#### 2.7.1.4 Nedostatek personálu jako překážka deinstitucionalizace

Nedostatek kvalifikovaného personálu v sociálních službách představuje závažnou překážku pro deinstitucionalizaci a rozvoj sociálních služeb, jak nám sdělilo několik krajů. Jak jeden z krajů zdůraznil:

*„Ve chvíli, kdy projde závazek na personální zajištění těch služeb, tak my víme, že ten personál není (...) tak si myslím, že to ty služby v zásadě ohrozí.“*

Problém absence kvalifikovaného personálu, který by pomohl zajistit péči v transformovaných zařízeních, uvedlo i **MPSV**:

*„Je to třetí hlavní bariéra (...) právě nedostatek personálu (...) Vůbec umět vysvětlit odborům to, že chápeme, že je pro personál jednodušší zajišťovat péči v několikapatrovém zařízení, (...) má tam svůj prostor, všechno atd. než to, že jedu během dne do třech, pěti zařízení a podobně. Takže je to (...) velká bariéra.“*

Několik krajů sdělilo, že velkou roli v tomto ohledu hraje náročnost práce v sociálních službách. Problém najít a udržet personál je náročné i v případech, kdy služby mohou svým zaměstnancům zajistit adekvátní finanční ohodnocení.

*„Zrovna včera jsme měli poradu s našimi řediteli, oni zaměstnanci přijdou, a když po jedné, někdy i po dvou hodinách zjistí, o jak náročné práci to je, tak odchází a končí.“*

Tento problém se dostává do popředí u klientů s chováním náročným na péči, kteří vyžadují více personálu a specializovanou péči, jak nám popsal jiný kraj:

*„(...) jsou to klienti, kteří mají náročné chování, (...) ale rodina už to přestává zvládat, a tam to je složitý, že tam to je opravdu o malých službách, náročných službách a hodně personálu, který bychom potřebovali, aby tam byli i muži a nemůžeme sehnat teďka personál.“*

K nedostatku personálu dle několika krajů přispívá i velká fluktuace zaměstnanců. Zaměstnanci často odcházejí po krátké době a hledají zaměstnání v jiných odvětvích, někdy odcházejí za atraktivnějšími platovými podmínkami. Někteří respondenti poukazovali



na to, že získání zaměstnanců pro přímou péči je obtížné kvůli vysoké konkurenci z jiných oborů.

*„Tady je velká fluktuace zaměstnanců mezi sociálními a zdravotními službami. Navzájem si je přetahují, kradou, uplácej, podplácej, dávají odměny, protože, já to chápu, každá ty zaměstnanec potřebuje, ale máme s tím velký problém.“*

K problému nedostatku personálu dále může přispívat i nízká společenská prestiž práce v sociálních službách. Jeden z krajů uvedl, že někdy pracovníci „mají strach, že to není dostatečně prestižní zaměstnání“.

Několik krajů také podotklo, že je potřeba zlepšit školení a podporu pro personál sociálních služeb, včetně možností rekvalifikace. Někteří respondenti zdůrazňovali potřebu posílení vzdělávání odborného personálu a většího zapojení veřejnosti do aktivit spojených s poskytováním služeb. To může přispět k lepšímu získávání a udržování personálu, jak ilustruje následující citace:

*„Za mě je potřeba ještě posílit vzdělávání, rozhodně vzdělávání odborného personálu. Je nedostatek personálních kapacit a neustále narážíme na to. Myslím si, že potřebujeme vzdělávání (...)“*

Dva kraje dále uvedly, že některé služby vyžadují specifické typy pracovníků, kterých je nedostatek. Například několik krajů zdůraznilo nedostatek zdravotnického personálu v sociálních službách. Jeden z krajů tento problém shrnul následovně:

*„Ve chvíli, kdy mám klientelu, kde mám vázanou zdravotnickou personál, a já ho nemám, ale fakticky ho nemám, to není, on neexistuje v té republice (...) A to si myslím, že je důležitá diskuse, že tam ta bariéra možná naráží na nedostatek lidí ještě o to víc.“*

#### 2.7.1.5 Postoje opatrovníků a rodiny lidí s postižením jako překážka deinstitutionalizace

S deinstitutionalizací souvisí rovněž postoj opatrovníků, veřejných i soukromých, stejně jako rodin lidí s postižením. Několik krajů sdělilo, že ne všichni opatrovníci jsou připraveni podporovat transformaci. Někteří z nich upřednostňují existující služby ústavního charakteru. Kraje nám sdělily, že veřejní opatrovníci mohou mít dva důvody, proč preferují pobytové ústavní služby pro své opatrovance. Prvním důvodem je představa jistoty, stability a bezpečí v případě, kdy je klient umístěn do ústavní či více omezující služby, jak ilustruje následující citace:

*„(...) pro spoustu opatrovníků je to, že ten jejich opatrovanec je ve velké pobytové službě, jako jistota nějaké stability a je to pro ně, nechci říct, že bez práce, ale je to jistota, kterou oni ne často pouští (...)“*

Dalším důvodem bylo, že pro veřejné opatrovníky je umístění v pobytových službách méně administrativně zatěžující, jak nám uvedl následující kraj:



*„Dál to je postoj opatrovníků, často veřejných opatrovníků, který přestože jsou vedení a motivovaní k tomu, že mají podporovat člověka v co nejběžnějším způsobu života, pořád je pro něj samozřejmě jednodušší (mít opatrovance v pobytové službě – pozn. autora), a zase ale je to daný jejich možnostma práce, kapacitou, kterou mají k dispozici, zase ale pro ně ta pobytová služba je tím řešením jednodušším, bezpečnějším, kdy ten člověk se pro ně stává zajištěným.“*

Preference směřovat lidi s postižením především do pobytových služeb rezonuje i u soukromých opatrovníků a u rodin pečujících o lidi s postižením. Některé kraje uvedly, že rodinní příslušníci stále vidí větší jistotu v pobytových službách a mají obavy o budoucnost, pokud by jejich děti dostávaly jiný druh podpory. Tyto obavy byly spojeny s nedostatečným povědomím o tom, jaké služby jsou poskytovány, a s obavami z nedostatečné péče. Jak shrnuje následující kraj:

*„No, a ještě potom teda, když už jsme začali o tom hovořit i s rodinnými příslušníky, tak ti měli strach, abysme jim je nevrátili zpátky. Měli pořád pocit, že by měli bejt nejlépe za mří-, jako zamřížovaná okna, aby se jim něco nestalo, ale beru to tak, že to byla spíš ta obava, že si nedovedli představit, jaká ta služba je, že měli pocit, že se nebudeme o ně starat. Takže to byly asi základní věci.“*

S preferencí pobytové služby ze strany rodiny souvisí i nastavení systému podpory a úhrad za služby, která motivuje k umísťování klientů do pobytových služeb. Podle vyjádření krajů se tento problém týká výše příspěvku na péči i nízkých invalidních důchodů. Jak uvedl jeden kraj, především lidé s duševním onemocněním mají nízký příspěvek na péči a omezenou schopnost pracovat z důvodu postižení, což ztěžuje jejich možnost samostatně bydlet nebo si zajistit živobytí. Zároveň je pro jednoho člověka finančně náročné spolufinancovat terénní služby, jako je osobní asistence nebo pečovatelská služba. Tito lidé pak mají omezenou možnost zaplatit si potřebnou podporu nezávislého život. Lidé s postižením či jejich rodiny pak mohou preferovat pobytové služby. Problém finanční dostupnosti shrnuje následující citace jiného kraje:

*„Pak ještě další věc je, že některé služby, to musím taky zmínit, jsou pro klienty v uvozovkách drahé. I když mají příspěvek na péči, tak oni nejsou ochotni do té služby to dát. My třeba bojujeme právě i s pečovatelskou službou i s osobní asistencí.“*

Souvisejícím problémem může být rozpor mezi stupněm či výší přiznaného příspěvku na péči a skutečnou cenou potřebné podpory a péče, kterou si klient potřebuje hradit k zajištění základních životních potřeb. Jeden kraj uvedl, může se stát, že výše příspěvku na péči je nižší než náklady na pokrytí skutečných potřeb u jednotlivých osob z důvodu nedostatečně kvalitního systému posuzování podmínek pro přiznání příspěvku na péči:

*„I kdyby sociální pracovnice a myslím, že některé jsou velmi dobré, že opravdu dobře posoudí sociální situaci a soběstačnost klienta. Ale nebere se ohled tolik na sebebepči a schopnost. Většinou se lékař dívá na diagnózy a někdy je to i do nebe volající, že ten člověk žádný příspěvek nedostane*



*a už potřebuje dlouhodobý dohled a pomoc. Takže to jsou taky věci, které tady nefungují.“*

#### 2.7.1.6 Dostupnost a flexibilita sociálních služeb jako překážka deinstitucionalizace

Dalšími překážkami deinstitucionalizace z pohledu krajů jsou aktuální podmínky poskytování sociálních služeb v regionu. Zde identifikujeme dvě hlavní témata:

- nedostatečnou dostupnost služeb pro péči v přirozeném prostředí a
- způsob poskytování sociálních služeb, které nedostatečně reagují na potřeby klientů.

Zaprvé, kraje zdůrazňovaly potřebu rozvoje komunitních služeb a poskytování podpory v přirozeném prostředí. Respondenti kladli důraz na vytvoření moderních a pružných služeb, které by umožnily klientům zůstat v domácím prostředí a zároveň získat potřebnou podporu. Jako příklad takové služby může sloužit vize vytvoření „nočních“ stacionářů, které by umožnily pečovatелům odpočívat v noci. Pečovatелům by se snížilo riziko celkového vyčerpání, což by mohlo fungovat jako prevence umístování svěřených osob do pobytových služeb.

Zadruhé, v několika krajích vzbuzuje obavy zastaralý charakter stávajícího systému sociálních služeb. Ten vznikl v roce 2007 a v roce 2023 je některými kraji vnímán jako nedostatečný a nepružný. Kraje tak zdůrazňovaly potřebu poskytovat různé typy služeb, které jsou schopny flexibilně reagovat na aktuální potřeby klientů (více [v kapitole 2.7.2.2](#) týkající se zákonů a pravidel souvisejícími s procesy transformace a deinstitucionalizace). Například zástupce jednoho kraje to vyjádřil následovně:

*„Systém sociálních služeb vznikl v roce 2007, což bylo obrovské wow, protože jsme po X letech otevření hranic a úplně systému jiného fungování, tak jsme něco vytvořili, jiné druhy služeb, ale v roce 2023 je to už nedostačující (...) my jsme zastáncem dvanácti druhů služeb, jednoduchých úderných služeb, které reagují na ty potřeby.“*

Několik krajů vyjádřilo potřebu poskytovat sociální služby, které jsou schopné pružně reagovat na měnící se potřeby klientů. To zahrnuje mapování těchto potřeb a jejich zhodnocení s ohledem na časovou a finanční náročnost:

*„Mapování potřeb, který budou časově a finančně ohodnotitelný. Momentálně řešíme svépomocně přes tady pracovní skupinu, kterou jsme si založili a chceme toho teďka, během roku a půl si to tady zmapovat (...) tak aby to (naplnění reálných potřeb – pozn. autora) (...) bylo ohodnocený časově, tedy i finančně, protože máme nějakou úhradovou vyhlášku, když se jedná o péči i služby. Když to budou služby prevence, tak časovou nějakou dobou, tak by to mělo být konkrétní individuální plány, který opravdu (...) řešej i něco konkrétního a toho člověka někam posouvaj. To si myslím, že fakt hrozně brzdí, protože v těch službách, teď mluvím nějak globálně, si myslím, že tam je spousta klientů, který by tam už neměli být a že ty služby jsou neprůtokový, zasekaný z toho důvodu nedostatečný kapacity.“*



## 2.7.2 Bariéry na úrovni institucionálního rámce

Dále jsme se zaměřili na identifikaci překážek v oblasti institucionálního rámce, které ovlivňují deinstitucionalizaci. V odpovědích krajských zástupců jsme identifikovali několik klíčových témat:

- dostatek finančních prostředků a dostupných zdrojů nezbytných k úspěšnému naplnění deinstitucionalizace ([kapitola 2.7.2.1](#)),
- bariéry spojené s platnými zákony a pravidly souvisejícími s procesy transformace a deinstitucionalizace ([kapitola 2.7.2.2](#)),
- spolupráce krajů s Ministerstvem práce a sociálních věcí ([kapitola 2.7.2.3](#)),
- s níž souvisí i nutnost mezirezortní spolupráce a její kvality a efektivity ([kapitola 2.7.2.4](#)).

### 2.7.2.1 Finanční prostředky a zdroje

Všechny kraje uvedly problémy související s financováním sociálních služeb. Týkalo se to zejména tří aspektů:

- finanční podpory pro investiční náklady spojené s deinstitucionalizací,
- financování provozu již transformovaných služeb a
- celkové nejistoty ohledně financování sociálních služeb.

**Prvním z těchto aspektů** je finanční pokrytí nákladů spojených s deinstitucionalizací. Transformace ústavních služeb zahrnuje mnoho finančně náročných aktivit, jako je rekonstrukce budov, investice do vybavení a zařízení apod.

Několik krajů nás upozornilo, že nedostatek investičních prostředků brání provádění plánovaných transformací. Mnoho projektů na transformaci sociálních služeb vyžaduje více finančních prostředků, než mají kraje k dispozici. Některé kraje se tak musí rozhodovat, zda omezit investice, nebo prodloužit investiční plány na několik desetiletí dopředu.

*„Takže já to úplně беру tak, že si myslím, my jsme si zvolili na začátku tu strategii, že pojďme přistoupit k transformaci toho, co je úplně jasný, co je, když to řeknu, přežitý. A tadyto zatím nechme, protože ono to chvíli bude trvat. Protože opravdu si myslím, že ani není v silách kraje, za mě, všechny ty investice zrealizovat. Kdybysme chtěli teď všechno překlomit do nějakých deseti let, tak si myslím, že ani investičně kraj to není schopnej pojmout, protože má další jiný investice.“*

Investiční prostředky jsou navázané na zdroje financování, ze kterých kraje mohou své transformační záměry realizovat. Podle výpovědi krajů vedou vysoké investiční náklady a jejich nedostatečné pokrytí k tomu, že kraje čerpají podporu z veřejných rozpočtů a z dotačních programů. Kraje a poskytovatelé tak kombinují zdroje z krajského rozpočtu, z evropských strukturálních fondů na základě výzev vypsanych v různých programech (zejména IROP a Regionálních akčních programů), národního plánu obnovy a dalších





zdrojů. Kombinace těchto zdrojů financování přináší do procesu transformace určitou složitost a nejistotu, což komentuje jeden kraj v následujícím citátu:

*„(...) legislativa chybí a není jasno, kdo to (deinstitucionalizaci – pozn. autora) bude, jak financovat. Jenom když vidíte, jak jsou (poskytovatelé – pozn. autora) financováni, my tady věčně máme nějaká jednání a věčně pomáháme poskytovatelům, aby to zvládli, protože oni říkají: ‚My máme čtyři, pět, šest zdrojů.‘ Všechno řešíme odděleně, financování je nejednotné, nesystémové.“*

Některé kraje vyjadřují své obavy ohledně stanovení postupů a podmínek pro čerpání dotací na transformaci sociálních služeb. Povahu těchto problémů blíže popíšeme v kapitole týkající se předpisů ([kapitola 2.7.2.2](#)). Podstatné je, že podle krajů může mít současná podoba vícezdrojového financování negativní dopad na průběh a realizaci projektů. Kvůli měnícím se podmínkám jednotlivých výzev kraje mohou čelit riziku ztráty prostředků, které již investovaly do přípravy dotačních záměrů. Tento problém ilustruje následující citace:

*„(...) to obecně je velmi kritizovaný postup právě stanovování podmínek pro čerpání dotací na tuhle (deinstitucionalizaci – pozn. autora) oblast. Protože spousta krajů připravuje, nemůže čekat na výzvy, ale připravuje si záměry transformace výstavby nových služeb. Mají připravené projekty. A mění se podmínky a požadavky na stavby a služby komplikují realizaci těm krajům. A víceméně máme pak v šuplíku projekty, který pak vyhozený peníze, protože se nevejdeme do dotací (...)“*

**Zadruhé**, kromě nákladů spojených se samotnou transformací sociálních služeb je problematické rovněž **financování provozu již transformovaných služeb**.

Podle vyjádření několika krajů, provoz menších a komunitně orientovaných služeb vyžaduje zvýšené finanční náklady na jejich provoz. A dostupnost finančních prostředků pro budoucí provoz transformovaných služeb je brzdou pro transformaci. V důsledku nejistoty mohou některé organizace dávat přednost úpravám stávajících služeb před plnou transformací. Tento problém nám jeden kraj osvětlil takto:

*„Pak samozřejmě se potýkám s tím, že vznik těch nových transformovaných zařízení je podstatně dražší, a proto (...) do toho ani nejdou, snaží se trochu zlepšit ta svá dosavadní prostředí, ale aby se pustili do úplné transformace, tak to úplně ne, protože by neměli přesně ty prostředky na ten běžnej provoz potom.“*

Jednou z největších provozních položek v rozpočtech sociálních služeb jsou **náklady na personální zajištění**. V některých případech dochází k nedostatku kvalifikovaných zaměstnanců (více [v kapitole 2.7.1.4](#) Nedostatek personálu), což je v rozporu s cílem poskytovat kvalitní sociální služby. Transformované služby jsou často personálně náročnější než ústavní služby, což dále zvyšuje jejich provozní nákladnost. Celý problém přibližuje následující vyjádření:



*„(...) pak je to ekonomika provozu. A to narážím trošičku, co se děje v sociálních službách, a to bude napříč krajema, to znamená, že nemáme zaměstnance. (...) jestli já mám dělat rádobu kvalitní službu, ale nezajistím ji dostatečně personálně, a tím pádem ty lidi nebudou mít to nejdůležitější (...)“*

Podle vyjádření několika krajů systém financování sociálních služeb nereflktuje, že transformované služby jsou finančně náročnější. Finanční prostředky od státu pro tyto služby zůstávají na stejné úrovni jako pro služby ústavní, bez ohledu na to, že transformace ústavního modelu péče na model komunitní je jedním ze základních pilířů Národní strategie rozvoje sociálních služeb i krajských strategických plánů. Jinak řečeno, kraj, který tyto závazky plní a služby transformuje, dostává na jejich poskytování stejný objem peněz jako před transformací.

*„(...) bariéra samozřejmě to, že financování služeb je závislé na dotacích od státu, který nijak nezohledňuje, jestli se transformují, nebo ne. Ty finanční prostředky jdou stále stejné. Záleží, jak si to kraj nastaví. My samozřejmě si to v rámci možností nastavujeme tak, aby to bylo zohledněné. Nicméně ty finanční prostředky od státu (důrazně) víc nedostaneme. Takže není podpora pro to a samozřejmě ty služby se bojí, jakým způsobem budou fungovat.“*

Několik oslovených krajů řeší tuto situaci tím, že dofinancovávají sociální služby z vlastních prostředků. Tento přístup však vytváří rozdíly mezi regiony a neřeší systémový problém nedostatečné podpory transformovaných služeb. Toto financování ovlivňuje nejen samotné poskytovatele služeb, ale také kraje, které se do financování transformovaných sociálních služeb ze svých prostředků zapojují.

*„Problém je udržitelnost financování těch pracovníků a jakéhosi zajištění toku těch finančních prostředků ze státní úrovně. Byť i kraj se samozřejmě v rámci svých možností, byť nepovinně, ale podílí na financování těch služeb asi nějakým objemem 200 milionů korun. Ne všechny kraje financují sociální služby podle paragrafu 105<sup>129</sup> (...)“*

**Třetím** souvisejícím problémem spojujícím oba výše zmíněné aspekty, tedy financování investic a provozu transformovaných služeb, je **nejistota týkající se financování sociálních služeb**. Tato nejistota se netýká pouze deinstitucionalizace, ale celkového plánování rozvoje sociálních služeb v jednotlivých krajích.

Podle respondentů vychází finanční nejistota ze dvou hlavních zdrojů. Prvním faktorem je ekonomická situace České republiky v roce 2023, zejména omezení spojená s úspornými opatřeními, která vytvářejí nejistotu ohledně investic do rozvoje služeb, včetně procesu transformace (více v [kapitole 2.7.2.4](#) Mezirezortní spolupráce).

---

129 Respondent odkazuje na § 105 zákona o sociálních službách: „Obec nebo kraj může poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace podle zvláštního zákona k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru.“



*„(...) nevíme, co Ministerstvo financí udělá s penězi v rámci svých úsporných balíčků. Když si vyžádáte stanovisko Ministerstva financí v rámci hlasování (...) k tomu financování krajské výzvy deinstitucionalizace, tak zjistíte, že oni si hlavu s ničím nelámou. Oni jsou schopni to zastavit okamžitě. Takže my se nemůžeme pustit na tenký led nějakého, řekněme, širokého rozvoje, protože by se mohlo stát, že Ministerstvo financí nějakým způsobem zasáhne do objemu prostředků na podporu sociálních služeb a byl by to velký problém.“*

Druhým zdrojem nejistoty je podle krajů jednoletý systém financování sociálních služeb, což komplikuje střednědobé plánování rozvoje služeb. Na tento problém naráží celý systém plánování rozvoje sociálních služeb (více [v kapitole 2.9.1.2](#) Nesystémové financování sociálních služeb). To způsobuje omezený manévrovací prostor pro rozvoj služeb a deinstitucionalizaci. Situaci shrnul jeden z krajů:

*„Takhle skutečně žijeme z roku na rok. Vždycky se modlíme, jaká přijde alokace. Byť dobře, ve státním rozpočtu se ta alokace navyšuje, ale těmi procentními podíly do krajů, to neodpovídá potom té skutečnosti. Ten náš propad je kolem 500 milionů ročně a samozřejmě ty služby, v první řadě zaplatí se ten běžný provoz. Zaplatí se lidi, zaplatí se provozní náklady, ale už to není na nějaký ten rozvoj.“*

**MPSV** také považuje zajištění finančních prostředků za jednu z hlavních bariér deinstitucionalizace. Na otázku týkající se překážek deinstitucionalizace odpovědělo MPSV jednoznačně:

*„Finance. Zajištění potřebných financí (...)“*

MPSV upřesnilo, že deinstitucionalizace byla spuštěna díky finanční podpoře z Evropské unie, což nejenom nastartovalo samotný proces, ale také iniciovalo zásadní změnu myšlení a přístupu k tomuto tématu. MPSV dle svého sdělení vyjednává s Ministerstvem financí o výši podpory pro rozvoj sociálních služeb a pro navýšení státního příspěvku pro služby komunitního charakteru.

#### 2.7.2.2 Zákony, pravidla

Další bariéra deinstitucionalizace se týkala předpisů, pravidel a zákonů ovlivňujících celý proces. V této oblasti nás kraje upozornily na několik problémů:

- příliš detailní normy a standardy, které se často mění,
- absence závazné definice služeb komunitního charakteru,
- zastaralost zákona o sociálních službách a
- administrativní náročnost transformace sociálních služeb.

**1)** Prvním problémem jsou **příliš podrobné normy a standardy**, které mohou působit nepřehlednost a potíže s jejich naplňováním. Tuto problematiku kraje identifikovaly především v souvislosti s materiálně-technickým standardem a požadavky některých



dotačních titulů, ale týká se i dalších nároků na objekty sociálních služeb (např. hygienické či stavební předpisy). Konkrétně se jedná o dva aspekty:

Zaprvé, **některé normy jsou příliš úzké a zavádějí přísná kritéria, na jejichž základě jsou kraje nuceny upravit své služby a objekty.** To může zvyšovat náklady na transformaci a způsobit, že objekty neodpovídají potřebám běžných domácností nebo prostředí komunity. Příkladem může být následující výrok jednoho z krajů:

*„(...) člověk s postižením tam jaksí bydlet nemůže, protože prostě to třeba nemá strop o 30 cm vysoký (...) takový trošku je to sešněrovaný nějaký limitama, který potom brání takový tý úplně nejběžnější transformaci, že v místě najdete dům, protože ten člověk tam má vazby, nebo větší skupinka lidí třeba a prostě tam vybudujete tu domácnost úplně rychle, třeba do pár měsíců a nemusíte čekat tři roky na nějakou výstavbu.“*

V tomto ohledu je třeba uvést, že jeden kraj sdělil, že oba tyto problémy u materiálně-technického standardu řeší tím, že jej vnímá výhradně jako doporučení, a nikoliv jako závaznou normu.

Dále několik krajů jako příklad bariéry v materiálně-technickém standardu ve výzvách uvedlo požadavek na udržení vzdálenosti 250 metrů mezi sociálními službami. Toto opatření hodnotily některé kraje jako problematické z hlediska deinstitucionalizace. Tento požadavek byl navržen s cílem zabránit koncentraci sociálních služeb na jednom místě a segregaci lidí s postižením do vymezené oblasti. Podle krajů může v praxi způsobit komplikace v případě, kdy nové komunitní služby vznikají v oblastech, které jsou již pokryty jinými sociálními službami. Tato situace ukazuje, že i když je objekt v souladu s potřebami komunity, nemusí splňovat toto formální kritérium. Jeden z respondentů nám to vysvětlil následovně:

*„Za mě totiž v praxi narážíme na to, že vždycky, když najdeme nějakou vhodnou nemovitost nebo vhodné místo, 250 metrů vždycky zjistíme, že je nějaká jiná sociální služba, přestože s tím vůbec nekomunikuje (...) Ale my máme objekt v ulici [název ulice], za železničním přejezdem 230 metrů postavilo město odlehčovací službu a v tu chvíli barák, který je úplně ideální, je prostě v běžné ulici v řadový, (...) nesplňuje kritéria.“*

Zadruhé, několik krajů upozornilo na **neustálé změny v podmínkách** pro projekty deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb, především pokud jde o:

- změny požadavků v dotačních výzvách a
- revize materiálně-technického standardu.

Podle krajů představují změny v požadavcích mezi jednotlivými výzvami problém, protože kraje mají již připravené projekty podle předchozích výzev. Kraje připravují projektovou dokumentaci dopředu, aby zvýšily své šance na včasné podání žádosti. Jak sdělil jeden kraj, proces přípravy projektu trvá téměř jeden rok a zahrnuje řadu dalších procesů, jako je získání územního rozhodnutí a stavebního povolení. Náhlá změna podmínek komplikuje plánování a realizaci projektů. Dva kraje nám k tomu řekly následující:



*„pokud už jste nezačali projektovat předtím, tak to nemáte šanci zvládnout (...) začneme projektovat, zadáme to za velký peníze a najednou při vyhlášení výzvy se zjistí, že tam je něco jináčího a najednou se ten projekt musí přepracovávat.“*

*„Ted' se to neustále, jak to sleduju, mění. Kapacita 20, 25, 75, 6, 12, 18. Víím, jak kolegové z jiných krajů z toho omdlívaj, protože neustále překreslují projektové dokumentace, investují do toho další peníze. To je šílený.“*

Současně revize materiálně-technického standardu podle krajů vede k situaci, kdy již vybudovaná zařízení komunitního charakteru přestávají splňovat nově stanovené podmínky komunitních služeb. Jeden kraj upozornil, že zařízení, která byla vybudována v roce 2016 pro šest osob v rámci chráněného bydlení komunitního charakteru, v současné době už nespĺňuje aktuální standardy komunitních služeb.

**2)** Druhým významným problémem souvisejícím s předpisy a pravidly je **absence konkrétní definice komunitních služeb**. Několik krajů kritizovalo nejasné a proměnlivé stanovení charakteristik služeb komunitního charakteru. Podle vyjádření krajů mají různí aktéři odlišné představy o tom, co tato služba zahrnuje. Několik krajů tak formulovalo potřebu jasné a stabilní definice služby komunitního charakteru. Jeden kraj to shrnul následovně:

*„Komunitní služba je zrovna problematická záležitost, protože ty parametry, přesně, nejsou ukotveny nikde, to znamená, že za posledních několik let tady vzniklo mnoho komunitních služeb, ale vznikly na zakázku té politické reprezentace, to znamená, že jsou ještě možná komunitnější, než by musely být v těch parametrech a v těch kapacitách, což má potom ekonomický nárok na zajištění té služby, a i ten provozní. Takže komunitní služby máme, podporujeme a chceme, ale kdyby byly ty parametry vlastní někde jasně ukotvené nad rámec těch národních a nadnárodních výzev na výstavbu a zřízení (...) dost by nám to pomohlo.“*

Problém nejednoznačné definice služby komunitního charakteru na úrovni institucionálního rámce zmínilo i **MPSV**, které nám sdělilo následující:

*„(...) komunitní služba je v tuto chvíli vnímána jako každá služba, která není (...) institucionalizována nebo ústavní. Proč to tak říkám, protože máte jinak definovaný služby, službu pro komunitní plánování, službu pro Národní plán obnovy, (...) jinak pro minulý rok, jinak pro nový rok. (...) Je tam velkej prostor pro to, jak to měnit a zrovna je to podle toho, jak jsme schopni jako Česká republika to vykomunikovat uvnitř veřejné debaty a pak potom navenek v rámci Evropské komise.“*

**3)** Třetí problém souvisí s celkovým legislativním rámcem sociálních služeb v České republice. **Zákon o sociálních službách, který je účinný od roku 2007, nebyl komplexně revidován** a podle vyjádření několika krajů už nemusí poskytovat adekvátní odezvu na současné potřeby a vývoj v oblasti sociálních služeb.



*„Zákon o sociálních službách je z roku 2006, a pokud vím, tak v tom rozsahu, když vznikaly ty služby, tak dosud nebyl zásadně novelizován. Mělo by se reagovat na vývoj situace, potřeby. Takže za mě jednoznačně legislativní úprava v oblasti sociálních služeb.“*

Několik krajů zdůraznilo potřebu vytvoření nového systému, který bude zohledňovat reálnou potřebnost, místní, časovou i finanční dostupnost sociálních služeb a povahu péče, včetně specifických úkonů (více k této problematice [v kapitole 2.7.1.6](#) Dostupnost a flexibilita sociálních služeb). Jeden kraj uvedl příklad situace, kdy organizace řeší až příliš mnoho formálních náležitostí na úkor samotné péče, jak si lze přečíst níže:

*„Někdy se poskytovatelé až moc zabývají tím, jestli něco nepřekračují, místo toho, aby tu službu poskytovali. Já chápu, že prostě se musí dodržovat registrační podmínky, že je nějaký zákon (...) pokud budu mít ambulanci poradenství a budu mít výrazně špatně chodícího klienta, jestli když ho doprovodím na zastávku, která je hned vedle mých dveří do ambulance, jestli tím nepřekračuju zákon, protože nemám terénní formu (...) někdy mně přijde, že kolikrát poskytovatelé (...) jsou příliš svázaný, je tam určitě strach z toho, jestli tohle ještě můžu udělat, a tak si proto radši registruju další druh služby. (...) mně přijde, že třeba, když se občas díváme na to zahraničí, tak že tam občas je taková větší volnost, co se týče poskytování těch služeb, že se úplně neřeší třeba tady tendence drobné detail.“*

**4) Čtvrtým problémem, spojeným s předpisy a normami, je administrativní náročnost transformace sociálních služeb.** Kraje nám sdělily, že by uvítaly zjednodušit byrokratické procedury, často neměnit požadavky na služby a snížit složitost procesů spojených s podáváním žádostí o dotace a vykazováním činnosti služeb. Jeden z krajů ve svém prohlášení uvedl:

*„Zbytečně složitá administrativa (...) Možná spíš nezatěžovat ty žadatele, potažmo poskytovatele, administrativou a nechat je pracovat s lidma. (...) v tom tohleto vnímám jako fakt taky velkou byrokracií.“*

### 2.7.2.3 Činnost MPSV

Při analýze bariér, s nimiž se setkávají kraje v procesu deinstitutionalizace, jsme v odpovědích krajů zaznamenali, že pro ně hraje MPSV důležitou roli. Jeden kraj na naši otázku týkající se bariér přímo uvedl, že samotné MPSV vnímá jako „základní bariéru“ celého procesu.

Kromě nedostatku metodického vedení zmiňovaného [v kapitole 2.2](#) (Metodické zázemí) spatřuje několik krajů problematickou roli MPSV i v dalších oblastech. **Prvním problémem je nedostatek koncepčního vedení ze strany MPSV.** Respondenti uvedli, že vnímají nedostatek koncepčního vedení deinstitutionalizace a strategického řízení, což komplikuje jejich schopnost efektivně plánovat a deinstitutionalizovat.

Chybějící rámec pro celkové směřování ovlivňuje dvě oblasti. Předně několik krajů sdělilo, že vnímají absenci jasného národního směřování a nedostatek dlouhodobé strategie,



kteřou by MPSV předkládalo. Krajům chybí orgán nebo mechanismus, který by určil jasné směřování budoucího rozvoje sociálních služeb a přitom kladl důraz na deinstitucionalizaci. Zároveň by takový orgán mohl efektivně koordinovat různé aspekty tohoto procesu a umožnit lepší spolupráci mezi jednotlivými subjekty. Jeden kraj nám k tomu uvedl:

*„(...) vždycky je potřeba, aby tam byl někdo, kdo bouchne do stolu a řekne a dost. Teďka jsou tady příležitosti, my už rok jsme mohli ty peníze čerpat, mohli jsme se na to připravovat. A ono to furt není, protože tohento nám chybí. Tak to je, myslím si, základní bariéra nějakého koncepčního vedení nějaký národní úrovně.“*

Chybějící rámec má rovněž vliv na problematiku financování sociálních služeb. Kraje zdůraznily, že k tomu, aby mohly lépe plánovat a provádět změny v sociálních službách, potřebují jasný národní směr a podporu od MPSV. V současné době, podle vyjádření několika krajů, není systém financování propojen s dlouhodobou vizí rozvoje sociálních služeb na národní úrovni. Bez této vize a koordinace na národní úrovni je pro kraje obtížné plně deinstitucionalizovat a využívat dostupné finanční prostředky efektivně (více k této problematice [v kapitole 2.7.2.1](#) Finanční prostředky a zdroje). Takto to shrnul jeden kraj:

*„Stávající systém financování sociálních služeb není špatný, ale samozřejmě není ideální. A určitě není ten nejlepší, který by mohl být, to v žádném případě. Na druhou stranu tento systém, který není dokonalý, postrádá základní rámec, který MPSV nikdy nedalo. Kraje se s tím vypořádaly různě a bohužel jim, těm krajům, ani nic jiného nezbylo.“*

*„(...) každopádně mysleli jsme si, že bychom mohli takhle postupovat (tj. deinstitucionalizovat – pozn. autora), kdyby strategie ministerstva byla dlouhodobá. Nebylo by to spojeno vždycky jenom s evropskými projekty, ale kdyby ministerstvo samo dalo do některých malých domácností nejenom investiční, ale i provozní prostředky neinvestiční. To jsou dotace a podobně na provoz, tak my jsme říkali, že potom by to mělo smysl, ale musela by to být i strategie ministerstva.“*

Dalším významným problémem, se kterým se kraje svěřily, je **nedostatečná jednotnost centrální úrovně**. Dva kraje zaznamenaly nekonzistenci a nedostatečnou provázanost mezi státem deklarovanými cíli a alokovanými prostředky. Tento problém souvisí s rolí MPSV jako subjektu, který vyjednává politické priority mezi různými vládními resorty, jak je popsáno v kapitole o mezirezortní spolupráci ([kapitola 2.7.2.4](#)). Jeden z respondentů se k tomu vyjádřil následovně:

*„Takže z ministerstva (práce a sociálních věcí – pozn. autora) je ta nejednotnost vůbec vnímání celého procesu, kdy se mění podmínky a kdy z mého pohledu nedělá ministerstvo (práce a sociálních věcí – pozn. autora) to, že by opravdu mělo vést i ostatní ministerstva k tomu, že bychom docílili té transformace (...)“*

Je třeba zmínit, že kraje nevnímaly nutnost jednotného rámce jako volání po větší centralizaci. V tomto ohledu kraje vnímaly, že došlo k přenosu povinností v oblasti



sociálních služeb na kraje bez dostatečné podpory a jasné koncepce ze strany MPSV. Podle mínění krajů však v současné době může opětovná centralizace bez dostatečné znalosti terénu vést k nesystémovým změnám v poskytování sociálních služeb. Některé kraje tak v současné době zdůrazňovaly důležitost zachování znalostí a zkušeností na místní úrovni. Citace, která tuto problematiku ilustruje, zní následovně:

*„Jestli by tohle (poskytování sociálních služeb – pozn. autora) ministerstvo práce umělo řídit, bylo by to dobře. Ale myslím si, že se málo dívají do praxe, málo s námi komunikují. Jak jsme se bavili, že to neřídí. My za ty roky možná si myslíme, že to tak je dobře. Že kraje, respektive obce znají situaci nejlépe. To znamená, že by měly asi se věci tvořit odspoda. To je problém takzvané centralizace.“*

V tomto ohledu ale dva kraje zmiňovaly důležitost role MPSV jako koordinátora procesů spojených s deinstytucionalizací. Tito zástupci krajů upozornili, že vnímají nejednotnost v porozumění a praxi týkající se deinstytucionalizace, transformace napříč kraji. V tomto ohledu by některé kraje uvítaly, kdyby MPSV hrálo roli koordinátora mezi jednotlivými kraji, zajišťujícího jednotnost a sjednocení praxe v poskytování sociálních služeb. Takto nám to shrnul jeden kraj:

*„Jednoznačně by měli hrát roli metodického a řídicího orgánu, ty kraje se mezi sebou úplně nedomluví (...) Zespodu může něco vznikat, ale nebude to nikdy systémově, bude to pomalý.“*

Další významnou oblastí je metodická podpora (podrobněji v [kapitole 2.2](#) Metodické zázemí). Respondenti zdůraznili nedostatek metodické podpory ze strany MPSV v oblasti plánování a realizace projektů týkajících se deinstytucionalizace a také potřebu rychlejší a efektivnější komunikace s MPSV. V oblasti plánování a realizace projektů kraje sdělily, že by jim kvalitní metodická podpora pomohla lépe porozumět požadavkům a postupům v rámci deinstytucionalizace. Podle krajů tak absence metodické podpory vede k různým problémům od rozdílnosti výkladů pojmů týkajících se těchto procesů až po nejasnosti týkající se konkrétních projektů. Kraje sdělily, že s nedostatkem metodické podpory souvisí i nedostatek konzultantů transformace ze strany MPSV. Tito konzultanti by měli být schopni poskytnout odbornou radu a asistenci při přípravě transformačních plánů. Respondenti vnímají tuto absenci odborného dohledu a konzultace jako zásadní nedostatek, což komplikuje přípravu a realizaci změn. Jeden z respondentů vyjádřil následující:

*„(...) navíc teda na ministerstvu chybí nějaký konzultant, kterej by prostě řekl a kterej by s náma tu přípravu těch transformačních plánů nějak konzultoval, respektive nám řekl, ano, tohleto je dobře, tohleto je špatně. Když tohle nezměníte, tak ministerstvo to neschválí. Tak celý tohleto, tahle nekoncepce toho procesu brání v tom, abysme to nějak produktivně řešili.“*

Souvisejícím problémem, podle vyjádření krajů, jsou problémy v komunikaci s MPSV. Zvláštní pozornost je věnována zpožděním v obdržení zpětné vazby a schválení transformačních plánů ze strany MPSV, což má za následek časová zpoždění transformace. Citace, která tuto problematiku ilustruje, zazněla následovně:





*„Takže jsme poslali (transformační plány – pozn. autora) znova, pak jsme zase čekali a to všechno trvalo třeba dva měsíce, než máte zpětnou vazbu. Takže už od loňského roku děláme jeden plán. A zároveň paralelně pracuju na dalších třech (...)“*

#### 2.7.2.4 Mezirezortní spolupráce

Další bariérou, kterou zmínilo několik krajů, je nedostatečná spolupráce a propojení mezi různými rezorty a dopad této nepropojenosti na procesy spojené s rozvojem sociálních služeb, včetně deinstytucionalizace.

První oblast, se kterou se kraje svěřily, byl vnímaný nedostatek koordinace mezi ministerstvy, konkrétně mezi MPSV a resorty školství, zdravotnictví a financí. Jeden kraj vyjádřil tento stav slovy:

*„Bariéry, myslím, že to je o lidech (...) byli jsme v Belgii, v Rakousku, Německu a (...) viděli jsme, jak se to staví, jak funguje péče, jaké mají prostředí a tak dále a viděli jsme klienty, bylo to skvělé. Ale potom jsme třeba zjistili, že v některých záležitostech jsou strašně zakonzervováni na (českých – pozn. autora) ministerstvech. Protože oni finance, zdravotnictví, sociál, ale i školství nejsou ochotni ty věci propojit.“*

Bližší nás kraje seznámily s oblastmi, ve kterých se nedostatek spolupráce konkrétně projevuje. V oblasti zdravotnictví se kraje potýkají především s problematikou sociálně zdravotního pomezí, zdravotních úkonů v sociálních službách a v kontextu reformy péče o duševní zdraví. V souvislosti se zdravotními úkony ve službách komunitního charakteru nás jeden kraj upozornil na to, že zdravotnické nároky na zařízení mohou být v rozporu s požadavky na zařízení komunitního charakteru.

*„(...) teďka (se) připravuje změna zákona o zdravotních službách, že by měly mít sociální služby (...) zdravotní registraci, to nám taky pak komplikuje fungování komunitních služeb. A je otázkou, jestli někdo bude chtít pak zavádět službu komunitního typu a jaký podmínky musí nová služba komunitního typu splňovat. Jestli bude muset splňovat i zdravotnický předpisy, tak to pak služba komunitního typu nebude.“*

Dalším aspektem, kde rezort zdravotnictví zasahuje do fungování sociálních služeb, je reforma péče o duševní zdraví. V této oblasti kraje zaznamenaly nedostatek mezirezortní spolupráce v dalším rozvoji, především v oblasti práce zdravotnického personálu v sociálních službách a systému krizové péče. Jeden kraj to shrnul následovně:

*„Tak nějakou provazbu s tím zdravotnictvím, kde to není právně nebo legislativně ukotveno, tak určitě tady vnímáme nějaký koordinovaný systém krizové péče (...) a provazování zdravotnického personálu v sociálních službách a vůbec systém takové té krizové pomoci, kdy si zdravotnictví říká, to je naše pole (...) takový ten (mezirezortní – pozn. autora) článek, o kterým tady asi dvacet let všichni hovoříme a vnímáme ho, že nám chybí.“*



Kraje také zmínily, že vnímají problém mezi rezortem MPSV a Ministerstvem financí, což vede k nejistotě s ohledem na financování provozu a rozvoje služeb v kraji (více [v kapitole 2.7.2.1](#) Finanční prostředky a zdroje):

*„Já nevím, jak se teď dělí ty peníze. Jak rozpočty, podle jakých klíčů se to řeší, protože samozřejmě MPSV má velký balík, to je jasné. Ale když se nedomluví ministerstva mezi sebou, tak jak máme postupovat? Ty (...) nejsou nastavené vůbec.“*

Druhá oblast týkající se špatného rezortního propojení, kterou zmínily dva kraje, je oblast nároků na zařízení sociálních služeb. V tomto kontextu kraje vnímají konflikt mezi stavebními, hygienickými a požárně-bezpečnostními normami pro zařízení poskytující služby komunitního charakteru a tím, že poskytovaná služba má co nejvíce připomínat domácí prostředí. Nároky, které musí registrované služby splňovat, mohou odporovat principu normality, který mají služby komunitního charakteru naplňovat. Jeden kraj nám k tomu řekl:

*„Potom, co teda nám docela vadí, to jsou vyhlášky hasičů a hygieny, protože my v běžných domácnostech, co doma si neděláte, navíc popis, jak si máte mýt ruce a že když máte někde pračku, že tam je nepovolaným vstup zakázán, to doma nemáte.“*

### 2.7.3 Rozdíl v bariérách mezi cílovými skupinami

Podle vyjádření krajů se bariéry deinstitucionalizace liší mezi různými cílovými skupinami. Nejčastější bariérou, kde dochází k rozdílům, je postoj veřejnosti, a to v kontextu tří hlavních skupin – seniorů, lidí závislých na návykových látkách či bez domova a lidí s postižením. Zvláště v případě lidí s duševním onemocněním a mentálním postižením jsou patrné obavy a strach ve společnosti, zčásti vyplývající z nedostatečné informovanosti a přetrvávajících mýtů a předsudků (jak uvádí [kapitola 2.7.1.1](#) Přístup veřejnosti). Z tohoto důvodu mohou samosprávy upustit od výstavby zařízení služeb komunitního charakteru na svém území.

Kraje uvedly, že politický zájem nedopadá rovnoměrně na všechny cílové skupiny. Senioři jsou většinou v centru pozornosti politiků, zatímco lidi s postižením jsou politicky „neatraktivní“ cílovou skupinou. Tato nerovnost v zájmu politiků může ovlivnit vyčlenění finančních prostředků na podporu projektů.

*„Obce hodně se zaměřují na cílovou skupinu senioři, tam výrazně. A osoby s duševním onemocněním, tam vnímáme, že ty bariéry jsou větší. Že se ta společnost ještě s tím úplně nenaučila pracovat, ale je to jako sociálně zdravotní téma. Tam je potřeba pracovat i na osvětě a podobně.“*

Tuto nerovnoměrnost zdůraznilo i **MPSV**, které nám sdělilo, že senioři jsou pro veřejnost nejvíce akceptovatelnou skupinou. Senioři však paradoxně sami čelí bariérám v rámci deinstitucionalizace, neboť i samotní poskytovatelé služeb v České republice nevnímají seniory jako cílovou skupinu pro transformaci, jak lze dále vyčíst z tohoto úryvku z rozhovoru se zástupcem MPSV:



*„To je tak velká systémová bariéra, (...) je to jakoby nejpřístupnější skupina z hlediska přijímání ze strany obecné veřejnosti, tak ale ze strany odborné veřejnosti, se transformace seniorů naprosto odmítá.“*

## 2.8 Návrhy k řešení bariér deinstitutionalizace

Ve výzkumu jsme se neomezovali pouze na identifikaci překážek deinstitutionalizace, ale také jsme mapovali možná řešení těchto problémů, která by vítaly samotné kraje. Náš zájem se soustředil na dva hlavní okruhy:

- Jakým způsobem by kraje ocenily podporu ze strany státu s cílem snížit bariéry deinstitutionalizace ([kapitola 2.8.1](#))?
- Jaké obecné faktory a prostředky by podle krajů byly nezbytné pro úspěšnou deinstitutionalizaci ([kapitola 2.8.2](#))?

Tato kapitola poskytne důležité vhledy do toho, jaké kroky a iniciativy by mohly přispět ke zrychlení procesu transformace a deinstitutionalizace sociálních služeb na úrovni krajů.

### 2.8.1 Podpora státu

V první části jsme se zaměřili na to, jakou pomoc by kraje potřebovaly od státu, aby se snížily bariéry deinstitutionalizace. Nejčastěji se kraje vyjadřovaly ke třem klíčovým tématům:

- potřeba jasného směřování v rozvoji sociálních služeb ([kapitola 2.8.1.1](#)),
- nutnost kontroly kvality poskytovaných sociálních služeb ([kapitola 2.8.1.2](#)) a
- vytvoření doporučení a metodiky pro proces deinstitutionalizace ([kapitola 2.8.1.3](#)).

#### 2.8.1.1 Koncepčnost rozvoje sociálních služeb

Kraje jednoznačně vyjádřily potřebu systematického přístupu k rozvoji sociálních služeb, který by byl stabilní a předvídatelný (podrobněji popsáno v [kapitole 2.8.2](#) Krajská doporučení k deinstitutionalizaci). Tento požadavek se dotýká několika klíčových oblastí. Zprv, na úrovni **závazku deinstitutionalizovat vyjádřily kraje přání ho dodržet a neustupovat od něj**, jak ilustruje následující citace:

*„(...) na jednu stranu tady razí transformační strategie, ale na druhou stranu umožní v rámci plánu národní obnovy, aby se prostě budovaly zase megakapacitní zařízení. (...) Tak jako, když už něco dělám, tak ať to má všechno jeden směr, jednu linii. A ne, že pak udělám rozhodnutí, který neplatí. To jsou i překážky, který jakoby postupují.“*

Nutnost řešení tohoto problému si uvědomuje i **MPSV**, které uvedlo, že je třeba jasně vymezit závazek deinstitutionalizovat na strategické i legislativní úrovni, včetně jasně stanovených definic jednotlivých pojmů:



*„(...) jak strategické, tak i legislativní. I ty závazky, aby byly jasně vymezeny. A vůbec jasné definice, protože kdyby tohleto už bylo, kdybysme tohleto už dokázali v minulosti, tak pak nemáme všechny ty dohady o tom (...)“*

Zadruhé, absence konceptuální vize vede k nedostatku jednoznačných a stabilních finančních podmínek. Krajům by pomohlo, pokud by **system financování sociálních služeb byl stabilní, neměnný, předvídatelný a provázaný na koncepci rozvoje sociálních služeb**. V této souvislosti kraje vyjadřují potřebu jednotné koncepce, stability a plánování do budoucna ve financování sociálních služeb, jak ukazují následující citace:

*„Chce to jednotnou koncepci, která by šla nastavit během jednoho roku, ať stát by si musel vzít za své, že ty peníze dá. A jednak tohle by se nastavilo, tak s výhledem, já teďkon řeknu, tři až pěti let.“*

*„Vzhledem k transformaci, já už jsem to zmínil, aby ty podmínky prostě byly jasně daný, nastavený a zůstaly. Pokud nebude nějaký zásadní důvod, proč je změnit, tak aby prostě zůstaly.“*

**MPSV** si je vědomo naléhavosti řešení obou zmíněných problémů. Klíčovým aspektem této bariéry je nedostatek jasně definovaných pravidel pro celý proces. Tato nejednoznačnost je považována za základní překážku, neboť nedostatek právního rámce neumožňuje jednotné postupy. Současně chybí jasná a konzistentní finanční podpora ze státního rozpočtu. MPSV uvedlo, že chápe, proč se kraje v této souvislosti vyjadřují s rezervou: nevidí totiž dostatečnou jistotu ohledně financí ze státních zdrojů, což limituje jejich aktivní zapojení do deinstitucionalizace. Podle MPSV by řešení této problematiky zahrnovalo vytvoření jednoznačného legislativního rámce a jasných pravidel pro celý proces, spolu s transparentním nastavením finančních mechanismů ze státního rozpočtu. Tím by se mohlo vytvořit prostředí, ve kterém by kraje měly motivaci a jistotu, že jejich úsilí při transformaci bude adekvátně oceněno v podobě finanční podpory. V rozhovoru se zástupcem MPSV zaznělo:

*„Takže tím pádem tohleto, kdyby se tohleto vyřešilo, to znamená jasný legislativní nastavení a jasná pravidla hry, protože třeba, když budu transformovat, tak dostanu větší nějaký koeficient, nějakou větší dotaci nebo větší finanční podporu.“*

Zatřetí, absence koncepce se také projevuje v nedostatku jasné definice pojmů spojených s deinstitucionalizací a směřováním pro rozvoj služeb komunitního charakteru a proces deinstitucionalizace. V této souvislosti kraje zejména zdůrazňují **potřebu definování služby komunitního charakteru a zachování této definice i v budoucnu**, včetně návaznosti na další předpisy a dokumenty, jako je materiálně-technický standard. Tyto předpisy, podle vyjádření několika krajů, ne vždy odpovídají požadavku běžného prostředí platného pro služby komunitního charakteru (více v [kapitole 2.7.2.2](#) Zákony, pravidla).

Začtvrté, součástí jednotné koncepce by bylo i **sjednocení praxe napříč kraji**, což by vedlo k větší přehlednosti systému sociálních služeb a jednodušší koordinaci např. v oblasti sbírání informací o potřebnosti, jak uvedla následující citace:



*„Jednotná koncepce by navíc mohla vést i k většímu sjednocení systémů napříč kraji. Jednotná koncepce (...) rozhodně bych si představoval, že minimálně sjednotíme na úrovni republiky nějaké postupy, výkaznictví. To je science fiction s tím jednotným systémem. Ale bylo by to super. My jsme přestali sbírat věci, které je sbírat netřeba. Abychom jednotně sbírali informace z území, to znamená třeba potřebnost, abychom všichni věděli, o čem hovoříme, a mohli ty informace nějak ohodnocovat.“*

**MPSV** vyjádřilo podobnou vizi, kdy zdůraznilo, že další kroky v procesu deinstitutionalizace jsou dosažitelné prostřednictvím provádění systémových projektů. Tím může například dojít k vytvoření jednotné datové základny či zavedení systému sledování a vyhodnocování potřeb, což poskytuje kraji nástroje pro další rozvoj.

Je však třeba zdůraznit, že i když kraje usilují o vyšší koncepčnost a stabilitu, zároveň se staví proti větší centralizaci, jak ilustruje následující citace:

*„Ty náklady jsou diametrálně odlišné, a pokud ministerstvo (práce a sociálních věcí – pozn. autora) by si dělalo ambice, že to zvládne řídit z centra, tak já o tom silně pochybuji, protože praxe ukazuje pravý opak.“*

#### 2.8.1.2 Zlepšování kvality sociálních služeb

Několik krajů vyjádřilo potřebu zlepšení kvality sociálních služeb (podrobněji [kapitola 2.8.2.6](#) Revize sítě a zjišťování potřebnosti). V tomto kontextu zdůraznily význam podpory ze strany MPSV, zejména v zajištění kvalitního vzdělávání a metodik pro týmy pracující v sociálních službách. Kraje dále zdůraznily potřebu průběžného školení odborníků, kteří jsou schopni následně poskytovat metodickou podporu.

Dalším nástrojem zlepšování kvality, který kraje zmínily, je i kvalitní a proškolená inspekce sociálních služeb. Kraje upozornily, že kontrolní mechanismy kvality sociálních služeb by měly být mnohem účinnější a více zaměřené na potřeby klientů, jak dokládá výrok zástupce jednoho z krajů:

*„Máme inspekci MPSV, která přichází, zejména na základě podnětů. Není jasné, zda inspekce probíhá i podle plánu, ale v každém případě se zdá, že přichází spíše tam, kde to není úplně nezbytné. To je další aspekt, který je třeba zdůraznit. Když byly inspekce prováděny na úrovni krajů, bylo to ideální. Byla zde registrace inspekcí, vše bylo centralizováno, nyní to má ministerstvo.“*

V souvislosti s kvalitou jeden kraj zdůraznil potřebu začlenění obcí do procesu plánování sociálních služeb a naléhal na střednědobé plánování s důrazem na transparentnost a kontrolu obcí nad poskytovanými službami. Níže uvádíme citaci v celkovém znění:

*„Potřebujeme, aby obce byly aktivně zapojeny do plánování sociálních služeb a aby střednědobé plánování zdůrazňovalo transparentnost a kontrolu obcí nad poskytovanými službami.“*



### 2.8.1.3 Metodická podpora deinstitucionalizace

Několik krajů zdůraznilo, že by uvítaly větší metodickou podporu MPSV. Jeden kraj nám uvedl následující:

*„Řídíme se tou strukturou (SPRSS – pozn. autora), která je daná zákonem a vyhláškou (...). V téhle oblasti bysme uvítali větší metodickou podporu ze strany ministerstva.“*

Součástí řešení, které navrhovaly kraje, bylo i zřízení metodických konzultantů na centrální úrovni, sdílení dobré praxe a větší mezikrajská spolupráce, jak uvádí následující citace:

*„(...) tu mezikrajskou spolupráci, sdílení dobré praxe, nějaké to vedení a možná z centrální úrovně nějaká ta osvěta, informovanost.“*

Jako řešení tohoto problému **MPSV** uvedlo, že právě realizuje projekt, který poskytuje metodickou podporu zařízením procházejícím transformací. Tato iniciativa zajišťuje tři výjezdní konzultanty, kteří nabízejí konzultace zařízením zapojeným do transformačního procesu, jak si lze přečíst níže z rozhovoru se zástupcem MPSV:

*„My teďka realizujeme ten systém, nový projekt podob transformace. Takže v rámci toho projektu my v tom centrálním týmu nabízíme tři výjezdní konzultanty, který budou poskytovat konzultace zatím těm zařízením, co se zapojily do toho procesu (...).“*

### 2.8.2 Krajská doporučení k deinstitucionalizaci

Druhou klíčovou oblastí naší studie bylo zjistit, jaká konkrétní opatření by mohla přispět k úspěšné deinstitucionalizaci v jednotlivých krajích. V rámci analýzy jsme identifikovali několik klíčových témat:

- jednoznačná a pevná pravidla ([kapitola 2.8.2.1](#)),
- změna v systému financování ([kapitola 2.8.2.2](#)),
- podpora osvěty veřejnosti ohledně témat týkajících se života lidí s postižením a fungování sociálních služeb ([kapitola 2.8.2.3](#)),
- potřeba flexibilního systému sociálních služeb ([kapitola 2.8.2.4](#)),
- potřeba vzdělávání pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků (odborného personálu) ([kapitola 2.8.2.5](#)),
- revize sítě a vyhodnocování potřeb ([kapitola 2.8.2.6](#)).

Některá z těchto témat úzce souvisí s body, které jsme uvedli v kapitole věnované podpoře ze strany státu ([kapitola 2.8.1](#)).



### 2.8.2.1 Jednoduchá a fixní pravidla

Několik krajů zdůraznilo potřebu jednoduchých a fixních pravidel, která by zefektivnila poskytování sociálních služeb a snížila administrativní zátěž. Odpovědi se soustředily na různé aspekty:

- administrativní flexibilita,
- rychlost procesů a
- jasná pravidla financování.

Zaprvé, jedním z klíčových bodů, kterým se kraje zabývaly, byla potřeba **administrativní flexibility a snížení složitosti procesů** spojených s poskytováním sociálních služeb. Kraje zdůraznily nutnost stanovit jednoznačná a neměnná kritéria, aby se snížila administrativní náročnost, jak uvádí následující citace:

*„Zjednoduší ty byrokratické bariéry, o kterých jsme mluvili, neustálý předělávání kritérií a dopřesňování a složitosti žádostí a vykazování a tak dále.“*

Zadruhé, dalším hlediskem byla diskuse o potřebě snížení administrativní náročnosti, zejména pokud jde o **rychlost výzev a projektování**. Jeden kraj uvedl, že by přivítal urychlení výzev a zjednodušení stavebních procesů v souvislosti s investiční částí poskytování sociálních služeb.

Zatřetí, diskuse o pravidlech se neomezovala pouze na administrativní stránku, ale týkala se také **pravidel financování**. Kraje vyjádřily potřebu jasných pravidel pro čerpání financí a zdůraznily, že je pro ně nezbytně nutné vědět, na základě jakých podmínek mohou prostředky využít (více v [kapitole 2.8.2.2](#) Systém financování), jak dokládá následující citace:

*„Určitě potřebujeme fakt vědět jasně, jaká budou pravidla. To znamená, pokud chceme jet nějakou cestou, tak jaké služby v jakých kapacitách. Samozřejmě k tomu musí přitéct ty finance.“*

**MPSV** si je vědomo naléhavosti tohoto problému, jak jsme uvedli v kapitole ohledně koncepčnosti rozvoje sociálních služeb ([kapitola 2.8.1.1](#)). Tam zaznělo, že MPSV ví, že je nutné vytvořit jednoznačný legislativní rámec a jasná pravidla pro celý proces, spolu s transparentně nastaveným finančním mechanismem ze státního rozpočtu.

### 2.8.2.2 Systém financování sociálních služeb

V rozhovorech s kraji jsme identifikovali několik požadavků, které se týkají systému financování sociálních služeb:

- potřeba víceletého financování pro poskytovatele sociálních služeb,
- absence základního rámce pro financování,
- zavedení transparentního systému financování,



- přehodnocení systému odměňování v sociálních službách a
- zavedení povinné spoluúčasti obcí na financování sociálních služeb.

Zaprvé, většina zástupců krajů zdůraznila **potřebu víceletého financování** poskytovatelů sociálních služeb. Kraje hovořily o požadavku na vytvoření systému, který zajistí stabilitu služeb a možnost jejich rozvoje, s důrazem na předvídatelnost financování. Kraje vnímaly zajištění dlouhodobé finanční stability ve formě víceletého financování jako klíčový faktor pro efektivní poskytování sociálních služeb. Několik krajů uvedlo, že víceleté financování ze strany státu by jim lépe umožnilo plánovat své aktivity i v oblasti rozvoje služeb a deinstitucionalizace.

*„Zaprvé, víceleté financování. A přemejšším, že ze strany státu, protože tam je těch peněz nejvíc, pokud by bylo ze strany státu, může na to navázat i kraj, protože my naše dotační programy máme nastavený na základě tý 101, to je nejzákladnější bariéra, protože ve chvíli, i když by ty peníze výrazně nešly nahoru, ale budu-li vědět na tři roky dopředu, že neklesnou níž, tak s tím dokážeme pracovat.“*

Zadruhé, dalším problémem je **absence základního rámce pro financování**. Kraje uvedly, že by uvítaly vytvoření stabilního systému financování s transparentními pravidly, který by byl provázán se státním rozpočtem. Navrhované rámcové podmínky by umožnily krajům lépe zohlednit specifické potřeby a kvalitu poskytovaných služeb. Jeden kraj v tomto ohledu navrhoval vytvořit rozmezí státní dotace na lůžko (nikoliv fixní částku), přičemž by konkrétní přidělená částka zohledňovala potřebnost a kvalitu, aby se do systému financování promítly i cílové skupiny náročnější na péči. Jiný kraj se k tomu vyjádřil takto:

*„Stanovit rámcově, protože nejde, říkám, nejde dát nějakou částku na lůžko, ale nějaké rozmezí, to znamená stanovit rámcové podmínky financování pro kraje, protože ještě k tomu zmíním jednu věc, jestliže ten kraj nemá možnost v rámci svého dotačního řízení zohlednit kvalitní službu pro třeba osoby s kombinovaným postižením, to znamená tělesné i duševní, tak už vím od svých kolegů, že ty cílové skupiny, nikdo nechce jim tu službu poskytovat, protože ty služby jsou strašně drahé. (...) Tak pokud nebudou nastavené pravidla s možností tyto cílové skupiny opravdu zaplatit nebo respektive ty poskytovatele zaplatit, tak opravdu nastává velký problém.“*

Zatřetí, součástí zavedení transparentního systému financování byl i návrh na nezbytnou **úpravu financování na základě směrných čísel**.<sup>130</sup> Některé kraje zmínily, že ačkoliv rozšiřují a zkvalitňují poskytované služby, zůstávají přidělené finanční prostředky téměř beze změny. Financování státem se tak nepřizpůsobuje skutečnosti, že některé kraje intenzivně rozvíjejí finančně náročnější služby komunitního charakteru a jiné nikoliv, což vytváří nerovnováhu ve financování. Více ilustruje citace níže:

<sup>130</sup> Tzv. směrné číslo je procentní podíl na celkovém objemu finančních prostředků, které jsou prodány rozpočtový rok vyčleněné ve státním rozpočtu na podporu sociálních služeb. Sběrná čísla pro jednotlivé kraje určuje dle § 101a odst. 4 zákona o sociálních službách příloha téhož zákona. Směrná čísla pro jednotlivé kraje se liší. Rozpětí procentního podílu se ke dni vydání této výzkumné zprávy pohybuje od 3,4 až po 11,99 %.





*„My rozšiřujeme služby, ale peněz dostáváme prakticky stejně. A jede se podle nějakého směrného čísla a stát není schopnej zohlednit, že nějaký kraj rozvíjí ty služby víc, nebo nerozvíjí, stejně jako když byla reforma péče o duševní zdraví (...) tak (...) všechny kraje dostaly peníze podle směrného čísla, bylo jedno, že jeden kraj žádný Centrum duševního zdraví nemá a že naopak u nás se buďovalo druhý, nikdo to nezohlednil.“*

Čtvrtý identifikovaný aspekt se týká nutnosti **přehodnocení systému odměňování pracovníků sociálních služeb**, přičemž několik krajů poukázalo na existující rozdíly v odměňování mezi pracovníky zaměstnanými v neziskovém sektoru a těmi zaměstnanými v krajských příspěvkových organizacích.

Zapáté, v reakci na nedostatek finančních prostředků navrhlo několik krajů zavedení **povinné spoluúčasti obcí na financování sociálních služeb**. Tato participace by byla stanovena zákonem a měla by zajistit větší finanční angažovanost obcí na provozu sociálních služeb. Tato iniciativa by mohla pomoci překonat nedostatek financí a zajistit udržitelnost sociálních služeb. Jeden z krajů přímo navrhl závaznou spoluúčast obcí na financování sociálních služeb v určitém procentu z jejich rozpočtu, což by posílilo finanční stabilitu, jak si lze přečíst níže:

*„(...) možná by bylo fajn, a zase jsme u peněz, kdyby obce měly nařízeno ze zákona povinnou spoluúčast na financování služeb. X procent svého budgetu daj na sociální služby pro své obyvatele. Pak samozřejmě by ta participace ze strany měst finanční byla větší.“*

### 2.8.2.3 Osvěta

Několik krajů se zmínilo, že by uvítalo osvětovou kampaň cílenou na veřejnost s ohledem na život lidí s postižením. Tito respondenti zdůraznili, že taková kampaň by měla účinně osvětlit dva klíčové aspekty:

- bojovat proti předsudkům a odstranit strach spojený s tématy týkajícími se lidí s postižením a
- zvýšit informovanost o poskytovaných službách, především o fungování služeb komunitního charakteru.

Zaprvé, kraje doporučily bojovat proti předsudkům a přinést do povědomí veřejnosti, kdo jsou lidé s postižením, a odstranit strach spojený s tématy týkajícími se těchto lidí. Podle nich je třeba ukázat veřejnosti, že takové obavy nejsou důvodné a lidé s postižením mohou žít plnohodnotný život v komunitě. Cílem by bylo poskytnout vyvážený obraz, protože negativní případy jsou často medializovány, zatímco pozitivní zůstávají opomíjeny, jak nám sdělil jeden kraj:

*„(...) to znamená, začínáte osvěty, protože všechny věci, které ty lidi potom maj, ty obavy, je vlastně z té neinformovanosti, která vyvěrá potom v nedůvěru v ty cílové skupiny (...) Dobře víte, že často tam zaznívá, rezonuje, že mohou někoho znásilnit a co kdyby někoho znásilnili a tady*



*tyhle věci, a je to právě z té neznalosti. (...) Tak ta informovanost je pro nás teď důležitá, obecně té veřejnosti asi, práce s těmi předsudky a tady tohle.“*

Druhým aspektem je zvyšování informovanosti o poskytovaných službách, a to především o fungování služeb komunitního charakteru. Kraje uvedly, že se setkávají s nedostatečnou informovaností mezi běžnými lidmi ohledně fungování sociálních služeb. Osvětová kampaň by měla vysvětlit pojmy spjaté s deinstitucionalizací a ukázat, jak podpora komunitních sociálních služeb přispívá k integrovanému a plnohodnotnému životu lidí s postižením. Jeden kraj nám sdělil následující:

*„(...) přinést do povědomí lidí (...) když jim začnu vysvětlovat, co to znamená transformace, tak narážím na to, že oni řeknou: ‚Ale oni nemůžou žít sami, nebo nemohou být s nějakou službou...‘ Dokonce ani neví, co znamená chráněné bydlení. Musíme jim vysvětlovat, že to neznamená, že my tam přistěhujeme pár lidí, kteří zůstanou bezprizorní, ale že tam s nimi právě jde podpora těch pracovníků.“*

Podle zkušenosti některých krajů v boji s předsudky a nedostatečnou informovaností funguje sdílení pozitivních zkušeností s deinstitucionalizací. Výhodou je historie a praxe komunit, která umožňuje prezentovat úspěšné příběhy deinstitucionalizace a skeptikům ukázat, že péče mimo instituci je normální a bezpečná. Některé kraje sdělily, že sdílení praktických zkušeností, konkrétních příkladů úspěšné deinstitucionalizace a popis reálných situací posiluje povědomí o deinstitucionalizaci a odstraňuje předsudky. Na základě těchto aktivit kraje zaznamenaly postupný posun komunit ve vnímání lidí s postižením. Na začátku deinstitucionalizace vyvolávala nejistotu, ale s průběhem času ji obyvatelé začínali vnímat pozitivně.

*„Dneska máme, tam, kde se toho bojí, tak jim můžeme ukázat, jak to funguje, už mají dobrou praxi, oni si můžou zajet za těma starostama, můžou zajet do těch obcí, můžou se podívat na ten baráček a zjistí, že vlastně najednou ta péče, jak vypadá, že to je fakt běžná domácnost a že ti sousedi se vlastně nemají čeho bát. Takže to je ta výhoda, my už máme nějakou historii, takže jim ukážeme, že to v podstatě je v pořádku.“*

**MPSV** si uvědomuje problém spojený s osvětou a aktivně připravuje opatření. Momentálně probíhá realizace nového projektu, který zahrnuje vytvoření osvětové kampaně zaměřené zejména na veřejnost v okolí transformovaných zařízení. Další aktivitou tohoto projektu je organizace různých workshopů, vzdělávacích akcí, seminářů a školení, které jsou zaměřené na odborníky v oblasti transformace.

#### 2.8.2.4 Flexibilní systém služeb

Několik krajů ve svých odpovědích zdůraznilo potřebu flexibilních sociálních služeb, které by dokázaly efektivně reagovat na aktuální potřeby občanů v daném kraji. Tyto kraje kritizují rigiditu a nepružnost stávajícího systému, který není schopen adekvátně reagovat na vyvíjející se potřeby občanů. Část kritiky směřuje k zastaralosti nastavení některých sociálních služeb, které má odrážet způsob fungování z předchozích desetiletí (více v [kapitole 2.7.2.2](#) Zákony, pravidla). Několik krajů tak zdůraznilo nutnost transformace



a dynamizace systému sociálních služeb, které budou více přizpůsobeny aktuálním potřebám klientů. Několik krajů uvažovalo nad potřebou legislativní úpravy v oblasti sociálních služeb, která by vedla k definování sociálních služeb podle potřeb, a nikoliv podle druhů. Tak by systém sociálních služeb mohl reagovat na vývoj a měnit se skladbu klientů, jak upozorňuje následující citace:

*„Spíš možná mít udržitelnou síť nějakou danou, ale pak být flexibilní. (...) ono to někdy naráží na ty zákonné možnosti (...) když tam (do pobytové sociální služby – pozn. autora) potom chcete dát zdravotně nebo mentálně postižený dítě a rodiče (který též potřebuje podporu či péči služby – pozn. autora), a teďka to naráží na to, že tam není ten cílovou skupinou (...) a oni nemůžou jít k sobě, protože to prostě naráží (...) A teďka se nechtějí odloučit a teďka je budeme držet doma a až se něco stane, tak to musíme řešit ad hoc třeba krizovým lůžkem (...) aby to (systém poskytování sociálních služeb – pozn. autora) bylo flexibilnější. Protože to naráží na ty zákonné normy a možnosti, co tam jsou daný.“*

#### 2.8.2.5 Vzdělávání

V oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků (odborného personálu) nám několik krajů sdělilo tyto návrhy a potřeby:

- nedostatečná nabídka vzdělávání odborného personálu,
- propojení vzdělávání odborného personálu a praxe,
- školení soudců s ohledem na problematiku rozhodování o opatrovnictví.

Zaprvé, respondenti poukazují na význam odborného vzdělávání pro odborný personál, přičemž zdůrazňují, že stávající nabídka není dostatečně pestrá a mnohdy není finančně dostupná pro personál sociálních služeb. Několik krajů nám sdělilo, že v současné době je nabídka vzdělávání v této oblasti omezená a ne vždy odpovídá potřebám pracovníků ve službách. Důležitým prvkem je i akreditace vzdělávání ze strany MPSV, která může ovlivnit dostupnost kvalitního vzdělávání. Jeden kraj v tomto ohledu uvedl:

*„Zároveň si myslím, že by bylo hrozně dobrý ještě zpestřit nabídku vzdělávání v oblasti těch zaměstnanců. V oblasti transformace, deinstitucionalizace. (...) A mně přijde, že nabídka vzdělávání není až tak pestrá. A pak, když je něco opravdu hodně zajímavého, tak spíš to realizujeme v rámci projektu, protože to je drahý. Nemá to třeba ani akreditaci. To znamená, že ti sociální pracovníci ve službách to prostě nezaplatí. Takže pro mě je oblast vzdělávání pro pracovníky ve službách a pro služby obecně velmi důležitá.“*

Zadruhé, klíčovou oblastí je též propojení mezi školstvím a praxí, zejména ve smyslu přípravy budoucího odborného personálu. Dva kraje navrhly změny ve školství jako prostředek k posílení profesní přípravy a zvyšování dostupnosti kvalifikovaných pracovníků v oblasti sociálních služeb. Jeden kraj ve své odpovědi popsal německý systém propojení vzdělávání a praxe:



*„Chtěli bychom, aby, já nevím, já jsem to viděla v Německu, že student VOŠky sociální byl, já nevím, půl roku na praxi v zařízení. Já si myslím, že třeba ne půl roku, ale rozhodně třeba delší dobu než týden, aby i ochutnali, co ta práce je, aby nám z toho neutíkali.“*

Zatřetí, jeden kraj zmínil i školení soudců s ohledem na rozhodování o opatrovnictví. Tento kraj vyjádřil obavy z nadužívání institutu omezení svéprávnosti a zdůraznil potřebu lepšího porozumění kompetencím klientů s postižením. Edukace soudců je vnímána jako prostředek k zajištění spravedlivých rozhodnutí, která budou respektovat potřeby a kompetence jednotlivých klientů.<sup>131</sup>

**MPSV** v této souvislosti zmínilo přípravu nového profesního zákona, který má řešit postavení jak sociálních pracovníků, tak pravděpodobně i pracovníků v oblasti sociálních služeb. MPSV vysvětlilo, že součástí lépe definované pozice bude též nově nastavené vzdělávání personálu sociálních služeb, jak si lze přečíst níže:

*„(...) představujeme i takzvaný profesní zákon, který řeší postavení jak sociálních pracovníků, tak zřejmě i pracovníků v sociálních službách. (...) ta pozice (...) bude lépe vydefinovaná, bude tam nově nastavená oblast dalšího vzdělávání a tak dál.“*

#### 2.8.2.6 Revize sítě sociálních služeb a zjišťování potřebnosti

Několik krajů projevilo podporu revizi sítě sociálních služeb s dvojitým záměrem.

Zprv, několik krajů by sledovalo cíl získat celkový přehled o stavu sítě. Tento průzkum by posloužil jako základ pro zjištění potřebnosti, jak lze vyčíst z následujícího citátu:

*„(...) rychlou analýzu potřebnosti pobytových sociálních služeb, terénních sociálních služeb i samozřejmě ostatních v rámci celé republiky. (...) K nějakému datu provést revizi sítě podle krajů v rámci republiky. Z toho by měla být adekvátní potřebnost v horizontu tří až třeba deseti let.“*

Zadruhé, několik krajů by síť revidovalo s cílem zaručit jí vysokou kvalitu. Některé kraje zdůraznily potřebu důslednější kontroly kvality jednotlivých služeb. Jeden kraj zvláště zdůraznil, že je třeba vyřazovat nefunkční nebo velmi nekvalitní služby tak, aby zároveň nedošlo k ohrožení fungování sítě sociálních služeb a schopnosti kraje naplňovat sociální potřeby na svém území. Tímto způsobem se má zajistit kvalita služeb a optimalizace využívání finančních prostředků, jak ilustruje následující citát:

*„Ta funkčnost nebo ty služby z toho systému fakt vyřadit. Mít odvahu vyřadit nefunkční služby ze systému, protože to, co je sociální, tak nemůžeme vyřadit, protože něco ohrozíme. Neohrozíme, protože je to*

---

131 Problematice podpůrných opatření se věnuje i veřejný ochránce práv např. v letáku Podpora v právním jednání (dostupné z: [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz)) či souvisejícím stejnojmenném dílu podcastu Na kávu s ombudsmanem (dostupné online z: [www.ochrance.cz/](http://www.ochrance.cz/)).



*nefunkční, tak mi tomu území nic nedává, kromě toho odčerpává ty finanční prostředky.“*

## 2.9 Plánování rozvoje sociálních služeb

Téma deinstitucionalizace vedlo při setkání s respondenty k širší diskusi o plánování rozvoje sociálních služeb. V této kapitole jsme se zaměřili na otázky, které se týkají překážek a možných řešení v oblasti plánování sociálních služeb na rámec těch, které brání deinstitucionalizaci. V první části ([kapitola 2.9.1](#)) jsme se věnovali bariérám, které se v této oblasti objevují. Chtěli jsme porozumět, jakým způsobem kraje vnímají problémy a co považují za hlavní překážky v procesu plánování rozvoje sociálních služeb. Druhá část ([kapitola 2.9.2](#)) se soustředí na možná řešení identifikovaných bariér. Zajímali nás nápady a přístupy, které by mohly pomoci v překonávání obtíží spojených s plánováním sociálních služeb.

### 2.9.1 Identifikované bariéry plánování rozvoje sociálních služeb

Ačkoli jsme se v předchozí části věnovali překážkám deinstitucionalizace, tato část se zaměřuje na další obtíže spojené s plánováním, které přesahují rámec již zmíněných bariér. V předchozích kapitolách jsme identifikovali překážky spojené s plánováním, konkrétně v souvislosti s institucionálním rámcem ([kapitola 2.7.2](#)), nedostatečnou metodickou podporou plánování rozvoje sociálních služeb ([kapitola 2.2](#)) a problematickým financováním služeb komunitního charakteru ([kapitola 2.7.2.1](#)). V této části se podíváme na další překážky:

- sběr informací o potřebnosti ([kapitola 2.9.1.1](#)),
- nejistota ohledně financování v procesu plánování sociálních služeb ([kapitola 2.9.1.2](#)) a
- neúčast obcí při plánování rozvoje sociálních služeb ([kapitola 2.9.1.3](#)).

#### 2.9.1.1 Sběr dat o potřebnosti

Sběr informací o potřebnosti představuje jednu z klíčových bariér v procesu plánování sociálních služeb, jak sdělilo několik krajů. Nedostatek detailních informací o potřebách na území krajů komplikuje plánování a může mít za následek, že někteří potenciální klienti jsou vyloučeni ze systému sociální péče. Výzvy spojené se sběrem informací o potřebnosti odkrývají nedostatky v existujících mechanismech reportování a využívání dostupných dat. Aktivnější zapojení aktérů působících v terénu může přispět ke zlepšení celkového procesu plánování sociálních služeb.

Jedním z výrazných problémů je potřeba podrobnějších informací o potřebách občanů na území obcí. Dva kraje sdělily, že obce v dostatečné míře nevyužívají modul KISSOS, který sloužící k reportování potřeb občanů. Kraje tak uvedly, že získávání informací od obcí je problematické, jak uvádí následující citát:

*„Nicméně my máme v rámci KISSOSu ještě modul, a teď nevím, jak se ten modul jmenuje, Potřebnost nějak, nějak jako (...) oerpéčka jsou o tom informovaní, že můžou napsat v podstatě do toho modulu sociální situaci*



*anonymně a my potom se snažíme jim poradit nebo řešit nebo nějakým způsobem na to reagovat. Ale moc se to nevyužívá, upřímně.“*

Druhý problém, který zmínil jeden kraj, je neefektivní využívání informací, které jsou k dispozici od Úřadu práce České republiky. Přestože ten má k dispozici množství dat o situaci občanů, tyto informace nejsou systematicky začleněny do procesu plánování sociálních služeb. Chybí nástroje pro systematické vyhodnocování potřeb, což vede k identifikaci problémů až v krizových situacích a brání to rychlé reakci na aktuální potřeby v komunitě.

**MPSV** zdůraznilo, že v oblasti sběru informací o potřebnosti existují významné rozdíly mezi jednotlivými kraji. Tento problém je patrný nejen v samotném procesu plánování, ale také při rozhodování o zařazení konkrétních služeb a poskytovatelů do sítě. Napříč kraji se rovněž liší přístup k různým cílovým skupinám, což může přinést nerovnoměrné pokrytí služeb pro některé cílové skupiny.

Podle vyjádření MPSV je nutné řešit tuto různorodost v přístupu k plánování a rozhodování, a to nejen prostřednictvím vytvoření jednotné datové základny, ale také sjednocením podmínek a pravidel napříč všemi kraji. MPSV upozorňuje na potřebu koordinace a řízení z centrální úrovně:

*„(...) musíme nashromáždit všechny síly k tomu, abysme ve všech krajích nastavili stejná pravidla, stejné podmínky. A to nás bude stát strašně moc sil. (...) Tady jde o to, že my musíme sjednotit pravidla (...) což se od nás očekává. Musíme udržet určitou kvalitu života klientů (...).“*

#### 2.9.1.2 Nesystémové financování sociálních služeb

Tato kapitola se zaměřuje na problémy spjaté s financováním sociálních služeb, nad rámec těch, které jsme popsali v [kapitole 2.7.2.1](#) Finanční prostředky a zdroje. Tam jsme představili problémy týkající se financování investic a provozu sociálních služeb a také nejistotu ohledně financování sociálních služeb.

Podle krajů představuje nesystémové financování sociálních služeb závažný problém, který ovlivňuje schopnost plánovat a poskytovat potřebné sociální služby. Kraje nám sdělily, že rámcové podmínky financování nejsou jasně definovány, což vede k nejistotě při získávání finančních prostředků pro poskytování služeb. Tato nejistota má dopad na efektivní plánování a rozvoj sociálních služeb, jak ukazuje následující citát:

*„Samozřejmě velký problém je nesystémové financování celého segmentu sociálních služeb.“*

Nesystémovost financování vytváří propast mezi potřebami a dostupnými finančními prostředky. Citát níže jasně ilustruje tuto problematiku:

*„My v rámci tvorby střednědobého plánu, jak jsme teďka plánovali, z toho vychází akční plán na základě požadovaných kapacit a my pak píšeme žádost o finanční prostředky na ministerstvo. Ale finanční prostředky jsou rozdělovány podle směrných čísel. Takže nechci říct, že je úplně jedno, co*



*tam napíšeme, ale musíme mít zdůvodněný naše potřeby. My bychom potřebovali síť sociálních služeb daleko více rozvíjet, ale nemáme na to finanční prostředky.“*

Lze tedy odvodit, že nesystémovost spočívá v chybějící propojenosti mezi finanční alokací a rozvojem služeb. Tato bariéra brání efektivnímu plánování a rozvoji sociálních služeb. Omezená možnost plánovat s jasným ohledem na dostupné finanční prostředky staví provozovatele sociálních služeb do složité situace, jak lze vidět v následujícím citátu:

*„(...) to jsou v podstatě dva body, který jsou ale stěžejní pro plánování, který nám chybí. Jak zjišťovat potřebnost a na co kolik finančních prostředků. My plánujeme a nevíme za kolik, to si myslím, že je základní nedostatek plánu, to se asi můžeme dlouhodobě shodnout na tom, že se velmi špatně plánuje bez toho, abysme věděli, za kolik peněz plánujeme. To pak nemůžeme plánovat.“*

### 2.9.1.3 Spolupráce a finanční spoluúčast obcí

Tato kapitola se zaměřuje na roli obcí v plánování a financování sociálních služeb. Kraje zmiňovaly roli obcí v souvislosti se třemi aspekty:

- sběr informací o potřebnosti,
- plánování na úrovni obce a
- spolufinancování sociálních služeb určených pro občany obce.

Zprv, obce hrají klíčovou roli v procesu sběru informací o potřebnosti poskytování sociálních služeb. Podle krajů obce mají přímý kontakt s občany a tím získávají cenná data o potřebách v regionu. Tyto informace mohou sloužit jako základ pro plánování a poskytování služeb. Jeden kraj v tomto ohledu naznačuje, že v současném systému je získávání relevantních informací od obcí problematické, protože zájem o zřízení sociálních služeb nemusí být vždy podložen daty a reálnou potřebností, jak naznačuje následující citát:

*„Tak s nimi chceme začít zkoušet, jestli opravdu budou mít informace, které nám pokryjí to území a poskytnou nám, samozřejmě prostřednictvím těch trojek (obcí s rozšířenou působností – pozn. autora), protože ty vynechat nemůžeme, ale poskytnou nám nějaké podrobnější informace o potřebách lidí na území obcí. Protože právě trojky se nám neukazují úplně efektivní ani ve vztahu k (...) financování. Takže my, když se na ně obrátíme: ‚Řekněte nám, jestli je ta a ta služba potřeba,‘ tak oni napíšou: ‚Jo, je potřeba,‘ aniž by to měli třeba úplně něčím podloženo, protože oni to nefinancují, že? A potom narážíme na to, že to až tak úplně nemusí být, zatímco v jiné oblasti ty potřeby jsou.“*

Zadruhé, nejvíce krajů vnímá jako problém oblast spolufinancování. Chybějící závazná povinnost pro obce spolufinancovat sociální služby na svém území vytváří výzvy s ohledem na možnou výši prostředků. Následující citát ilustruje tuto situaci:



*„(...) my spoluprací s těma trojkovejma obcema (s rozšířenou působností – pozn. autora), máme dobrou, ale ono potřebujem i spolufinancování z těch dvojek, což ještě jakžtakž, ale i těch jedniček, že jo, u zajištění některých těch služeb potřebujem i ty jedničky. A my teď nemáme o co se opřít. My můžeme říkat, hrát na city: ‚Hele, je to potřeba, stejně chcete ty lidi udržet doma.‘ Ta demografická křivka je taková, když se bavíme hlavně o těch seniorech. Ale nemáme se o co opřít a vždycky se najde někdo, kdo se přihlásí a řekne: ‚V jakým zákoně je to napsaný, že máme spolufinancovat?‘ No, v žádným. Takže asi výrazně by to některý věci ulehčilo, ale tak my si poradíme i bez toho, budeme muset.“*

Zatřetí, kraje uvedly, že rozdíly v plánování rozvoje sociálních služeb obcemi představují další výzvu v systému sociálních služeb. Zatímco některé obce se intenzivně věnují plánování, jiné příliš neplánují. Zde kraje zmínily dva problémy: chybí povinnost obcí plánovat a obecní plány rozvoje bývají stanovené na jiné časové období než krajské plány rozvoje sociálních služeb. Rozdíly mezi krajským a obecním plánováním mohou narušit koordinaci a efektivitu plánování. Tuto situaci ilustruje následující citát:

*„Kraje mají povinnost plánovat, obce už to mají dobrovolný. Ministerstvo má povinnost, ale vlastně pořádně ani nevím, co v těch plánech má a jak to má odražený třeba ve své nadregionální síti a tak dále. Ale to, že to není dotažený až do konce, do úrovně těch obcí, způsobuje to, že máme obce, které plánují, věnují se tomu a jsou intenzivní, ale na druhou stranu máme obce, které to berou jako nutnost.“*

Rozdíly v různých obdobích plánování kraje uvedly i jako překážku kooperace mezikrajské (různá plánovací období) a také mezi kraji a MPSV, jak ukazuje následující citát:

*„(...) problém je taky to, že to časový období těch střednědobých plánů je rozdílný, protože je to vždycky na tři roky, ale my nejsme synchronní. Ty plány jsou posunutý v čase, což je taky chyba, že ten plán musí být vždycky na tři roky, stačilo by, kdyby tam bylo napsáno, že je zpravidla na tři roky, a trošku by se to rozvolnilo. Ale vlastně by nám asi pomohlo, kdyby si kraj, kdyby si ministerstvo (práce a sociálních věcí – pozn. autora) krom té struktury, která je daná zákonem, která je nosná, dalo priority, které chce, aby se v nějakém daném časovém období řešily. Ale potom ta realizace a ten způsob plánování, si myslím, že by měl zůstat na krajích.“*

### 2.9.2 Návrhy řešení

V této kapitole se zaměřujeme na navržená řešení a možnosti, které by mohly přispět k překonání identifikovaných bariér v oblasti plánování rozvoje sociálních služeb. Jeden z klíčových návrhů je již zmíněná změna systému financování, které jsme se věnovali v [kapitole 2.8.2.2](#). Kraje však dále rozvíjejí své nápady a přicházejí s konceptem sjednoceného plánování ([kapitola 2.9.2.1](#)). V další kapitole se věnujeme dalším návrhům řešení, které v rozhovorech zazněly, především od MPSV ([kapitola 2.9.2.2](#)).





### 2.9.2.1 Sjednocení plánování

Rozvoj sociálních služeb je klíčovou oblastí pro kvalitu života občanů. Kraje mají zájem o sjednocení několika klíčových aspektů. Tato kapitola se zaměří na tři hlavní oblasti sjednocení plánování:

- podporu účasti obcí,
- časové sjednocení plánování krajů a
- standardizaci postupů mezi kraji.

Zaprvé, některé kraje vyjádřily přesvědčení, že **podpora účasti obcí v plánování sociálních služeb je klíčová pro efektivní a relevantní plánování**. Kraje zmiňovaly mnoho aspektů zapojení, jako nutnost zapojit politickou reprezentaci a finanční spolupráci. Několik respondentů vyzdvihlo myšlenku povinnosti obcí, zejména těch s rozšířenou působností, plánovat a podílet se na sociálních službách. Toto sjednocení by podle nich výrazně přispělo k efektivitě celého systému, jak lze vyčíst z následujícího citátu:

*„Myslím si, že by nám pomohlo, kdyby (...) obce s rozšířenou působností (...) měly povinnost plánovat. Oni mají tu možnost a některé tak činí, ale kdyby měly tu povinnost a podílet se na těch službách v síti, (...) V ideálním případě i finančně. Ale jejich potřeba, jejich povinnost mapování potřeb a síťování by nám výrazně pomohla v tom systému.“*

Zadruhé, další důležitou oblastí sjednocení je **časové nastavení plánů krajů a obcí**. Kraje zdůraznily potřebu sladit plánování obcí a krajů, aby bylo možné efektivně provádět revize sítí a nastavovat potřebnost. Několik krajů navrhovalo sjednotit postupy na úrovni republiky, což by umožnilo efektivnější časový harmonogram a rámec pro financování sociálních služeb. Jeden z krajů nám sdělil následující:

*„To znamená, tohle nemůže dělat ministerstvo (práce a sociálních věcí – pozn. autora) v rámci nějakého projektu, to máme na tři roky a data budou zase zastaralá. To znamená, musí se sladit plánování obcí, plánování krajů.“*

Zatřetí, několik krajů zdůraznilo **nutnost zavedení jednotného systému výkaznictví a standardizace postupů na celostátní úrovni**, zejména v oblasti plánování a vyhodnocování potřeb. Je však důležité poznamenat, že kraje považují udržení své autonomie za klíčové, přestože rozpoznávají potřebu většího propojení a zlepšení komunikace mezi sebou. Zástupci krajů vnímají potřebu sjednocení s ohledem na srozumitelnost pojmů a definic a zdůrazňují naléhavost vylepšení vzájemné komunikace mezi kraji, zejména v kontextu odlišně nastavených sítí a financování. Jeden kraj nám k tomu sdělil následující:

*„(...) Ale rozhodně bych si představoval, že minimálně sjednotíme na úrovni republiky nějaký postupy, výkaznictví. To je science fiction s tím jednotným systémem. Ale bylo by to super. My jsme přestali sbírat věci, který je sbírat netřeba. Abysme jednotně sbírali informace z území, to znamená třeba*



*potřebnost, abysme všichni vědci rozuměli těm pojmům stejně a dokázali je nějak ohodnocovat (...)*“

Kromě hlavních témat sjednocení se objevila i potřeba prodloužení plánovacího období. Několik představitelů kraje vyjádřilo přesvědčení, že tříletý plánovací cyklus je krátký a měl by být prodloužen. To by umožnilo lepší plánování s dlouhodobým výhledem a kontinuitu ve vývoji sociálních služeb. Jeden kraj nám to sdělil takto:

*„Znovu zdůraznit to, že plánovací období na tři roky je strašně krátké, mělo by být daleko delší. Protože plán na ty tři roky, to se začne a už se vytváří další plán a ještě není vyhodnocenej starej (...) Protože jestliže v rámci plánování určujeme nějaký směr, tak stejně tady není přínosný, aby se v rámci každých tří let ten směr měnil. Takže tam se opravdu počítá s dlouhodobým výhledem, a to je o tom, prodloužit období, na který plánujeme.“*

Jak již bylo uvedeno, **MPSV** identifikuje rozdílnou praxi mezi jednotlivými kraji jako problematickou. Jako řešení navrhuje zavedení společných pravidel a podmínek, které by měly být používány všemi kraji. Cílem takového opatření je dosáhnout lepší koordinace sociálních služeb na centrální úrovni a snížení rozdílů mezi kraji v kvalitě a dostupnosti služeb. MPSV si klade za cíl sjednotit postupy krajů za účelem naplnění své vize, která zahrnuje poskytování dostupných sociálních služeb, zajištění finanční stability, personální zabezpečení služeb, transparentnost a srozumitelnost pro veřejnost.

MPSV konkrétně vyjádřilo zájem o sjednocení následujících aspektů:

*„(...) ty pravidla jsou rozkonkretizovaná, což znamená sjednocená podoba transformačního plánu, sjednocená nákladovost u provozu sociálních služeb. Sjednocení personální i personální zajištění. Sjednocení komunikace na veřejnosti. Sjednocení výhodné datové základny tady u všech těch procesů. A vůbec, sjednocení koordinace na úrovni každého kraje, toho, jak vést transformaci, v kterém kraji, ale i v každém městě.“*

### 2.9.2.2 Ostatní

Při hledání nových a efektivních způsobů, jak řešit problémy spojené s rozvojem sociálních služeb, MPSV představilo několik klíčových aspektů, které by mohly přispět k vytvoření prostředí, ve kterém jsou klienti sociálních služeb aktivními a informovanými účastníky rozhodovacích procesů.

**MPSV** zdůrazňuje potřebu posílení participace lidí s postižením v rozhodovacích procesech týkajících se sociálních služeb. Jedním z navrhovaných řešení je aktivní rozvoj spolků zaměřujících se na sebeobhajování a advokační techniky. Sebeobhajování umožňuje klientům vyjádřit své potřeby a preference. MPSV nám sdělilo následující:

*„To je i rozvoj všech těch advokačních (technik – pozn. autora) protože ti samotní zaměstnanci těch služeb to nedělají. Ty jenom naopak říkají: ‚Tady jseš spokojenej v tom zařízení.‘ U tehletých procesů, jak dostat větší (...) participaci těch klientů na úrovni krajů nebo na úrovni, aby je, jak to říct,*



*vytvoření takových podmínek pro to, abych se mohl aktivně sám jako klient k tomu vyjádřit a nemusel bych čekat na něco, až mi pracovník řekne: „Ty ses nevyjádřil.““*

V kontextu participace lidí s postižením na plánování rozvoje sociálních služeb navrhuje **MPSV** jako další významný prvek digitalizaci. Tato iniciativa by měla umožnit klientům vyjádřit své názory a zlepšit jejich zapojení do procesu poskytování sociálních služeb. Zavedení moderních technologií, jako jsou mobilní aplikace a online platformy, může klientům poskytnout prostředky k vyjádření svých potřeb a představ kvality služeb. Zároveň by digitalizace mohla být klíčovým nástrojem pro transparentnost a interaktivní komunikaci mezi klienty a poskytovateli sociálních služeb. MPSV nám uvedlo:

*„To je ta digitalizace péče (v kontextu participace lidí s postižením na plánování rozvoje sociálních služeb – pozn. autora), to je možná jedna z největších bariér. My máme tady (...) KISSOS. Každý s ní něco dělá, je jasný (...) pro klienty a ve chvíli, pokud bych měl stolek nebo tablet nebo cokoli. Řekne, že: „Já chci vyjádřit svůj názor.“ (...) přes tu aplikaci (...) Tak tohleto je asi, co potřebujeme (...) vytvořit rozhraní pro komunikaci, které bude reflektovat i sebeobhajování i advokacii, vyjádřit svůj názor. To je asi to systémové, eventuální další systémové ukotvení.“*

## 2.10 Tematická analýza – souhrn zjištění

V tematické analýze jsme se zabývali rozbořem rozhovorů vedených se zástupci krajů a MPSV. Sledovali jsme vize krajů a MPSV ohledně rozvoje sociálních služeb, a jakým způsobem získávají informace o potřebách za účelem plánování. Stejně jako v obsahové analýze jsme se zaměřili na to, jak kraje a MPSV rozumí pojmům spojeným s deinstitutionalizací. V neposlední řadě jsme zjišťovali, jaké překážky brání deinstitutionalizaci a jak je nejlépe odstraňovat.

Nad rámec přehledu samotných bariér uvedených v předchozích kapitolách vyplynulo z analýzy několik zajímavých zjištění. Prvním z nich je, že kraje a MPSV chápou svůj závazek deinstitutionalizovat v kontextu toho, jak rozumím pojmům spojeným s deinstitutionalizací ([kapitole 2.10.1](#)). Druhým zjištěním je zásadní role, kterou hraje spolupráce MPSV a krajů při provádění deinstitutionalizace ([kapitola 2.10.2](#)). Třetím zjištěním je celkový přehled úrovně deinstitutionalizace napříč kraji ([kapitola 2.10.3](#)). Posledním zásadním zjištěním je vzhled do úrovně participace lidí s postižením na přípravě plánů rozvoje sociálních služeb ([kapitola 2.10.4](#)).

### 2.10.1 Vnímání závazku provést deinstitutionalizaci

Pro plnění povinnosti mít kvalitní plány deinstitutionalizace jsou zásadní postoje a přístup odpovědných subjektů k deinstitutionalizaci, a to na národní i krajské úrovni. Již z dokumentů předložených kraji a MPSV je zřejmé, že **plánování deinstitutionalizace je neoddělitelně propojené se strategickým plánováním rozvoje sociálních služeb**. V této kapitole se proto zaměříme na vnímání závazku provést deinstitutionalizaci právě skrze něj.



Pokud jde o vize rozvoje sociálních služeb na národní úrovni, deinstitucionalizaci jako takovou MPSV v rozhovoru nevedlo. Hlavními vizemi jsou dle rozhovoru s MPSV především dostupnost sociálních služeb a dostatečné personální zajištění.<sup>132</sup>

Dle krajů je nejčastější vizí rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni **rozvoj služeb v komunitě**.<sup>133</sup> Kraje zdůraznily nutnost rozvíjet služby, které lidem umožní žít co nejdéle v domácím/přirozeném prostředí, aby nebyli nuceni využívat pobytové sociální služby. Často zmiňovaly snahu zaměřit se na podporu pečujících osob. Tyto vize **v principu směřují k naplnění hned dvou cílů deinstitucionalizace**, a to k prevenci institucionalizace a rozvoji podpůrných služeb komunitního charakteru. **Deinstitucionalizace sama o sobě byla až třetí nejčastěji zmiňovanou vizí rozvoje sociálních služeb v krajích.**

I zde, stejně jako v obsahové analýze, nešlo přehlédnout, že **kýžený cílový stav, kterého má být deinstitucionalizací dosaženo, je nejasný a různí se mezi MPSV a kraji i mezi kraji navzájem**. Cílový stav totiž zásadním způsobem závisí na vnímání základních pojmů a jejich (ne)definování.

Z tematické analýzy jasně plyne, že mezi respondenty z krajů se vnímání základních pojmů deinstitucionalizace liší.<sup>134</sup> MPSV deklarovalo<sup>135</sup> souhlas s definicemi uvedenými v Kritériích. Ani na přijetí těchto definic není mezi jednotlivými aktéry shoda.

Někteří respondenti dokonce směřovali pojmy „humanizace“ a „transformace“, resp. „deinstitucionalizace“. To může vést k tomu, že v rámci deinstitucionalizace budou považovat za dostačující provedení humanizace ústavů, aniž by docházelo k jejich rušení. Chybí též shoda na jednotné, jasné a alespoň relativně stabilní definici „služeb komunitního charakteru“, což ostatně za jednu z překážek úspěšné deinstitucionalizace označily shodně kraje i MPSV.

**Respondenti obecně vnímali nutnost provést deinstitucionalizaci, avšak bez jasné shody na tom, co přesně má být výsledkem tohoto procesu. Zároveň MPSV i kraje shodně**

---

132 Pro úplnost dodáváme, že NSRSS jako strategický cíl obsahuje „přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí“ (srov. NSRSS, s. 57), což v tematickém rozhovoru nezaznělo.

133 Shrnutí vizí krajů [v kapitole 2.1.](#)

134 Blíže k tomu [kapitola 2.5.](#)

135 Je nezbytné zdůraznit, že se jedná o **deklaraci souznění s Kritérii v rámci polostrukturovaného rozhovoru**, které se neodráží v NSRSS jako základním národním strategickém dokumentu k rozvoji sociálních služeb. NSRSS definici služby komunitního charakteru neobsahuje.

V době vzniku NSRSS (2015–2016) Kritéria v současné podobě ještě neexistovala, proto ani NSRSS nemůže obsahovat definici služeb komunitního charakteru z Kritérií, kterou jsme si zvolili jako referenční bod pro tento výzkum.

Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace byla vydána MPSV v roce 2016 a navazovala na Manuál transformace ústavů vydaný Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2013 a Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče z roku 2011. Již tato „původní“ Kritéria obsahovala definiční znaky služeb komunitního charakteru. „Původní“ Kritéria z roku 2016 jsou dostupná online zde: [www.trass.cz](http://www.trass.cz). Stejně jako stávající Kritéria, nebyla nikdy všeobecně závazná a jejich závaznost byla uplatňována ze strany MPSV ad hoc opět pro účely realizace projektů na stavbu/rekonstrukci zařízení sociálních služeb financované prostřednictvím evropských fondů.



označily za jednu ze zásadních překážek deinstitucionalizace skutečnost, že chybí jednoznačný popis cíle a výsledku deinstitucionalizace. Dle krajů by tuto překážku mohlo odstranit zakotvení závazku provést deinstitucionalizaci a jeho následné respektování. Obdobně MPSV uvedlo, že **k odstranění zmíněné překážky by vedlo jasné vymezení závazku deinstitucionalizovat na strategické i legislativní úrovni, včetně jasné stanovených definic jednotlivých pojmů.**<sup>136</sup>

### 2.10.2 Role MPSV a krajů a jejich spolupráce na deinstitucionalizaci

Z tematické analýzy vyplynulo, že proces plánování rozvoje sociálních služeb, a tudíž i deinstitucionalizaci, ovlivňuje stávající rozdělení rolí v těchto oblastech mezi MPSV a kraje.

Stručné shrnutí rolí MPSV a krajů v procesu plánování rozvoje sociálních služeb lze provést následovně. MPSV je gestorem naplňování Úmluvy v České republice a zároveň ústředním orgánem státní správy v oblasti sociálního zabezpečení a sociální péče. Vytváří NSRSS, která je základním strategickým dokumentem pro oblast rozvoje sociálních služeb na národní úrovni. Poskytuje krajům dotaci na financování sociálních služeb, v tomto procesu mu kraje předkládají spolu s žádostí o dotaci své SPRSS. MPSV má vliv též na nasměrování evropských finančních prostředků na transformaci a rozvoj sociálních služeb skrze stanovení podmínek v jednotlivých výzvách, které určují požadavky závazné pro žadatele o financování projektů.<sup>137</sup> Kraje přijímají SPRSS v samostatné působnosti, MPSV ovlivňuje podobu plánů a proces jejich vzniku nastavením pravidel v zákonech a podzákonných předpisech. Kraje si v samostatné působnosti a každý dle svého uvážení rozhodují o síti sociálních služeb na svém území a zajišťují jejich dostupnost a financování. Řečeno s určitou mírou zjednodušení, ani jeden z aktérů nemá proces rozvoje sociálních služeb, a tudíž ani deinstitucionalizaci, plně ve své moci. **Pro úspěšnou deinstitucionalizaci je nezbytná spolupráce a shoda MPSV a krajů.**

Vztahy mezi nimi ani jejich spolupráce v této oblasti nejsou bezproblémové. V určitém ohledu lze ze strany krajů mluvit až o nedůvěře či skepsi, jeden z krajů dokonce označil MPSV jako základní bariéru deinstitucionalizace.<sup>138</sup> Kraje uvedly jako problematické oblasti spolupráce s MPSV například:

- měnící se pravidla pro projekty transformace,
- neshodu na definici služby komunitního charakteru,
- nedostatek metodické podpory v oblasti rozvoje sociálních služeb a koncepčního vedení deinstitucionalizace,

<sup>136</sup> Více v [kapitole 2.8.1.1](#). Koncepčnost rozvoje sociálních služeb.

<sup>137</sup> Například závaznost Kritérií pro projekty zaměřené na transformaci a deinstitucionalizaci.

<sup>138</sup> Blíže k tomu [kapitola 2.7.2.3](#).



- nepropojení systému financování sociálních služeb s dlouhodobou vizí jejich podoby a potřebu většího prosazování deinstitutionalizace (a alokace odpovídajících finančních zdrojů) vůči ostatním ministerstvům.<sup>139</sup>

Kraje po MPSV v rozhovorech poptávaly také více kvalitní metodické podpory při realizaci projektů týkajících se deinstitutionalizace a rychlejší a účinnější komunikaci, například při schvalování transformačních plánů.<sup>140</sup>

MPSV na druhou stranu poukazovalo na rozdíly v přístupu k určení sítě sociálních služeb mezi jednotlivými kraji, rozdíly mezi zjišťováním potřeb v území a obecně na potřebu sladování a propojování, tedy v důsledku určité míry centralizace, v oblasti plánování rozvoje sociálních služeb.<sup>141</sup>

Vztah MPSV a krajů je ovlivněn i historickými okolnostmi. V rozhovorech kraje odkazovaly<sup>142</sup> například na zkušenosti se změnou systému financování sociálních služeb, která nastala pro období roku 2015. Kraje odkazovaly na to, jak náročné bylo vypořádat se s touto změnou a dalším přenosem povinností v oblasti sociálních služeb na ně, aniž měly v období zásadních změn dostatečnou podporu a jasnou koncepci ze strany MPSV.<sup>143</sup>

Určité narušení spolupráce a koordinace mezi MPSV a kraji v oblasti deinstitutionalizace a rozvoje sociálních služeb má různorodé příčiny a je jednou z pojmenovaných překážek deinstitutionalizace. Z tematické analýzy plynou však také možné návrhy na odstranění této bariéry (podrobně v [kapitole 2.8.1](#) Podpora státu), a to mimo jiné:

- nutnost vědomí závazku provést deinstitutionalizaci a jeho dlouhodobé dodržování a prosazování (včetně kvalitního vymezení na strategické a legislativní úrovni);
- reforma systému financování sociálních služeb, aby neměl jednoletý charakter, byl neměnný, předvídatelný a provázaný na koncepci a vizi rozvoje sociálních služeb;
- dosažení shody na definici sociální služby komunitního charakteru.

Z tematické analýzy vyplynulo, že na nutnosti a naléhavosti řešení těchto problémů se shodují kraje i MPSV, což je základní předpoklad pro jejich úspěšné vyřešení.

### 2.10.3 Stav deinstitutionalizace a její další vývoj dle tematické analýzy

Během rozhovorů jsme chtěli získat podrobnější informace o tom, jaký je stav deinstitutionalizace v České republice a jakým směrem a tempem bude tento proces dále pokračovat.

---

139 Více v [kapitole 2.2](#), [kapitole 2.7.2](#) a [kapitole 2.8.1](#).

140 Více v [kapitole 2.8](#).

141 Více v [kapitole 2.9.1.1](#).

142 Více v [kapitole 2.8.2.2](#).

143 Více v [kapitole 2.8.1](#).



Snaha o monitorování stavu deinstitucionalizace totiž naráží na nedostatek relevantních dat. Podle informací zveřejňovaných každoročně ve Statistické ročence z oblasti práce a sociálních věcí lze postupné pokroky na poli deinstitucionalizace vysledovat jen částečně a zprostředkovaně.<sup>144</sup> Ani data zveřejňovaná z jiných zdrojů (např. Český statistický úřad) v tomto ohledu nejsou nápomocná. Stav deinstitucionalizace nelze spolehlivě vyhodnotit ani podle informací z Registru poskytovatelů sociálních služeb.<sup>145</sup> V registru není k dispozici informace, zda se jedná o službu komunitního charakteru (a ani být nemůže, neboť shoda na definici takové služby neexistuje). Z některých znaků, například z formy poskytování nebo kapacity služby, lze na komunitní charakter usuzovat. Nicméně další znaky potřebné pro rozlišení služby komunitního charakteru, například počet lůžek v pokojích či rozdělení zařízení na domácnosti, v registru nejsou.

Z rozhovoru s MPSV vyplynulo, že některá data o transformaci v České republice nad rámec statistické ročenky sbírá.<sup>146</sup> I tato data jsou však velmi kusá – například se týkají pouze DOZP a nesledují transformaci jiných druhů sociálních služeb.

Z tematické analýzy vyplynulo, že v minulosti se kraje soustředily zejména na transformaci DOZP a částečně i DZR, tento trend podle jejich sdělení bude nadále pokračovat.<sup>147</sup> Kraje v rozhovorech nezmiňovaly, že by se chystaly transformovat zařízení pro seniory. Žádný kraj nesdělil, že by chtěl zcela transformovat (tedy zrušit) všechny ústavy. Pokud se zaměříme na rozvoj služeb, kraje deklarují záměr rozvíjet služby, které nejsou ústavního charakteru. Zejména se jedná o chráněná bydlení, DOZP komunitního charakteru či terénní a ambulantní služby. Zaměření na rozvoj těchto služeb vnímáme jako pozitivní, neboť rozvoj služeb komunitního charakteru je účinnou prevencí institucionalizace, což shodně zmiňovaly i některé kraje.

Z tematické analýzy jednoznačně vyplynulo, že **úroveň dosažené transformace se v jednotlivých krajích liší**. Některé kraje s transformací teprve začínají, ty pak jako výhodu zmiňují možnost poučit se ze zkušeností krajů, které začaly s transformací dříve. Další kraje začaly s transformací před více než 15 lety. Některé z nich se následně potýkají s tím, že již jednou transformovaná zařízení neodpovídají tomu, co se v současné době považuje za žádoucí výsledek transformace. Společnou linkou spojující kraje je nespokojenost s měnícími se pravidly toho, jaké znaky mají služby po transformaci splňovat. Kraje se také potýkají s obtížným sháněním pozemků pro výstavbu zařízení sociálních služeb, s délkou trvání stavebního řízení a nejistotou financování provozu služeb. Tyto faktory společně způsobují, že kraje mají velmi špatné zkušenosti s investováním času, energie a financí do přípravy projektů směřujících k transformaci služeb, které však

---

144 Blíže v [Právní části](#). Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí za jednotlivé roky jsou dostupné online na: <https://www.mpsv.cz>.

145 Registr poskytovatelů sociálních služeb je dostupný z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).

146 Data MPSV o stavu deinstitucionalizace DOZP v ČR můžete nalézt v kapitole Plány a stav deinstitucionalizace v České republice.

147 Více v [kapitole 2.6](#).



zůstanou nevyužité ležet „v šuplíku“. Takové zkušenosti mohou negativně ovlivňovat ochotu krajů k další transformaci.

MPSV i kraje mají možnost ovlivnit transformaci především těch zařízení sociálních služeb, která provozují jimi zřízené příspěvkové organizace. Přístup krajů jsme popsali výše. **Pokud jde o MPSV, v době vedení rozhovoru nemělo jasný plán na transformaci „svých“ zařízení sociálních služeb.**<sup>148</sup> Všechna tato zařízení jsou přitom velkokapacitní pobytové sociální služby ústavního charakteru.

V posledních více jak patnácti letech dosáhla Česká republika při transformaci ústavních služeb značných pokroků, jejichž míra se liší kraj od kraje. Zejména na příkladu ministerských zařízení sociálních služeb však lze demonstrovat, že deinstitucionalizace v České republice nepokračuje dostatečně rychle a účinně.

#### 2.10.4 Participace lidí s postižením

V rozhovorech s MPSV a kraji jsme se zaměřili na získání podrobnějších informací o tom, zda a jak zapojují do plánování rozvoje sociálních služeb lidi s postižením.<sup>149</sup>

Kraje mají dle zákona o sociálních službách povinnost zpracovávat SPRSS „ve spolupráci se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby“.<sup>150</sup> Jedná se o jednu ze tří základních skupin v trojici zadavatel – poskytovatel služeb – klient služeb, jejichž spolupráci vyžaduje zákon o sociálních službách pro tvorbu plánů rozvoje sociálních služeb. Tuto skupinu lidí je třeba vnímat široce, i s ohledem na požadavky, které na participaci lidí s postižením klade Úmluva. Výraz „zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby“ tak zahrnuje nejen lidi, kteří již jsou klienty sociálních služeb, ale také ty, kteří naplňují nebo s určitou mírou pravděpodobnosti v budoucnu naplní podmínky pro to, aby jim mohly být poskytovány konkrétní sociální služby, ale zatím klienty služeb nejsou. Z pohledu cílových skupin, na které se zaměřil náš výzkum, se může jednat například o děti či (mladé) dospělé s intelektovým znevýhodněním, kteří žijí s podporou pečujících osob a připravují se na své osamostnění nebo se ocitnou v situaci, kdy již pečující z jakéhokoli důvodu nadále péči nemohou poskytovat. Druhým příkladem mohou být lidé s duševním onemocněním, kteří v rámci reformy péče o duševní zdraví opouštějí po dlouhodobé hospitalizaci psychiatrické nemocnice a znovu se stěhují a zapojují do komunity.

Spolupráce se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, znamená v širokém pojetí nejen spolupráci s organizacemi reprezentujícími lidi s postižením a hájícími jejich práva, ale také možnost zapojení přímo lidí s postižením.

Pokud jde o tvorbu NSRSS, zákon o sociálních službách neukládá MPSV obdobnou povinnost zapojit do jeho přípravy lidi s postižením, resp. zástupce klientů sociálních služeb, jako mají kraje. Nutnost zapojení lidí s postižením však můžeme dovodit

---

148 Seznam příspěvkových organizací zřízených MPSV, které poskytují sociální služby, je možné nalézt zde: <https://www.mpsv.cz>.

149 Více v kapitole 2.4.

150 Srov. § 95 písm. d) zákona o sociálních službách.





i z požadavků Úmluvy na participaci lidí s postižením na tvorbě legislativy, strategií a politik, které se jich týkají, včetně plánů deinstitucionalizace.

Oproti závěrům z obsahové analýzy, dle které strategické dokumenty MPSV a krajů vykazovaly vysokou míru zapojení lidí s postižením do jejich tvorby, přinesla tematická analýza rozhovorů odlišná zjištění.

Téměř polovina krajů i MPSV nám v rozhovorech sdělily, že lidi s postižením do plánování rozvoje sociálních služeb nezapojují. Získání informací od lidí s postižením je spojeno s určitými obtížemi již ve fázi mapování potřeb pro účely plánování rozvoje sociálních služeb. Jak rozvádíme dále, informace o potřebách lidí s postižením získávají kraje a MPSV spíše zprostředkovaně skrze různé organizace nebo jiné mechanismy (např. komunitní plánování). Kraje ani MPSV systematicky nesbírají informace od lidí žijících v ústavních službách ani o lidech, kteří mají potenciál žít v méně omezujících službách.<sup>151</sup> Mapování potřeb není mezi kraji jednotné, kraje v rozhovorech uváděly rozdílné přístupy i metody. Za dobrou praxi považujeme přístupy popsané jednotlivými kraji spočívající ve specifických projektech na sběr statistických dat nebo dotazníkové šetření zaměřené na získání informací přímo od klientů sociálních služeb, pečujících osob či samotných lidí s postižením. Kraje, které tyto metody používají, označovaly zároveň získaná data za jedinečná a prospěšná.

Dle analýzy rozhovorů s kraji jsou lidé s postižením zapojováni do procesu tvorby SPRSS skrze komunitní plánování na úrovni obcí (případně obcí s rozšířenou působností, svazků obcí či mikroregionů). Jeho výsledky se dle krajů propisují do SPRSS jak v oblasti mapování potřeb, tak do jejich samotné tvorby. Hodnocení úrovně zapojení lidí s postižením v procesech komunitního plánování rozvoje sociálních služeb na nižší než krajské úrovni nebylo předmětem tohoto výzkumu, z tematické analýzy však vyplývá, že kraje jej vnímají jako jeden ze způsobů, jak jsou do tvorby SPRSS zapojováni lidé s postižením.

Několik krajů i MPSV v rozhovorech uváděly zapojení lidí s postižením do tvorby plánů především skrze „klientské a pacientské organizace“, ke kterým řadí i zastřešující organizace hájící práva lidí s postižením, či skrze skupiny rodičů/pečujících osob.

**Naplnění principu participace lidí s postižením v procesu plánování rozvoje sociálních služeb – a tedy i deinstitucionalizace – by mělo být důslednější a kvalitnější.** Kraje ani MPSV nemají vytvořený systém, jak efektivně zapojit lidi s postižením do procesu tvorby plánů. Některé způsoby zapojení lidí s postižením – například možnost zapojit se do procesu plánování společně s veřejností<sup>152</sup> – označili za pouze formální možnost i někteří respondenti. Kraje ani MPSV nijak neupravují podmínky přípravy plánů tak, aby celý proces přizpůsobily potřebám lidí s postižením a tím umožnily jejich snadnější

151 Srov. § 38 zákona o sociálních službách.

152 Zapojení veřejnosti do tvorby SPRSS upravuje prováděcí vyhláška v § 39b. Kraj má povinnost informovat občany kraje o zahájení zpracování střednědobého plánu a o způsobu možnosti zapojení do jeho zpracování. Návrh střednědobého plánu je veřejně projednán zpravidla se zástupci poskytovatelů sociálních služeb, obcí a osob, kterým jsou sociální služby poskytovány. Veřejnost má také možnost se s návrhem střednědobého plánu seznámit a ve stanovené lhůtě k němu zaslat kraji připomínky, které kraj vypořádá způsobem, který zveřejnil spolu s návrhem SPRSS.



zapojení. **Přístupnost procesu plánování** rozvoje sociálních služeb, včetně přístupnosti ve smyslu snadno srozumitelných informací, není v tuto chvíli pro MPSV ani kraje prioritním tématem.

Z pohledu participace lidí s postižením na plánování deinstitutionalizace skrze strategické plány MPSV a krajů je podstatné, že **do plánování nejsou systematicky zapojováni lidé se zkušeností s životem v instituci**. Za dobrou praxi lze považovat zapojení lidí s duševním onemocněním, tzv. peer konzultantů, do pracovních skupin pro tvorbu SPRSS, které deklarovaly některé kraje. Zapojení lidí s mentálním postižením, jejichž zkušenosti s životem v institucích nebo životem v komunitě by obohatily proces plánování o jedinečné informace, nevedlo MPSV ani žádný kraj.



## Závěr

---

V závěrečné kapitole shrneme, jaká zjištění vyplynula z obsahové a tematické analýzy s ohledem na cíle výzkumu, a zasadíme je do širšího kontextu. Nejprve se věnujeme naplnění závazku MPSV a krajů provést deinstitucionalizaci a jejich porozumění tomuto procesu. Dále se zaměříme na úroveň zapojení lidí s postižením do tvorby plánů deinstitucionalizace. Krátce popíšeme stav deinstitucionalizace v České republice i překážky, které brání jejímu úspěšnému dokončení

### 1. Plány deinstitucionalizace a rozvoj sociálních služeb

Základní povinností státu při naplňování práva lidí s postižením na nezávislý způsob života a život v komunitě je mít na národní i krajské úrovni kvalitní plány deinstitucionalizace. Tuto povinnost musí stát plnit okamžitě, bez ohledu na to, že některé závazky plynoucí z článku 19 Úmluvy podléhají postupné realizaci. V tomto výzkumu jsme analyzovali, jak Česká republika naplňuje povinnost mít plány deinstitucionalizace.

Z obsahové i tematické analýzy vyplynulo, že plánování deinstitucionalizace je neoddělitelně propojené s plánováním rozvoje sociálních služeb. NSRSS a jednotlivé SPRSS označily MPSV i kraje za hlavní strategické dokumenty, které se týkají deinstitucionalizace. Tři kraje přijaly i zvláštní strategické dokumenty zaměřené na deinstitucionalizaci, což považujeme za dobrou praxi. Zákon o sociálních službách ani prováděcí vyhláška výslovně nedefinují povinnost MPSV a krajů zohlednit při plánování rozvoje sociálních služeb závazek provádět deinstitucionalizaci. Je tudíž na úvaze MPSV a jednotlivých krajů, jakým způsobem ho do procesu plánování zakomponují.

Jak jsme uvedli již v právní části výzkumné zprávy, plány deinstitucionalizace musí na základě požadavků plynoucích z Úmluvy obsahovat konkrétní kroky k provádění deinstitucionalizace, jasné prohlášení, čeho se má dosáhnout, přičemž mají cílit především na uzavírání ústavů, předcházení institucionalizaci a rozvoj podpůrných služeb (včetně dostupnosti bydlení). K naplnění cílů musí stát využít maximálního množství zdrojů. Plány deinstitucionalizace musí být kvalitní – obsahovat jasné cíle, termíny a časový rámec jejich plnění, určení zdrojů a odpovědných osob a kritéria pro vyhodnocení splnění. Na přijímání plánů deinstitucionalizace se mají ve všech fázích podílet lidé s postižením a organizace je zastupující.

**Pokud jde o jasné prohlášení, co má být cílem deinstitucionalizace, mají strategické dokumenty krajů a MPSV dva základní nedostatky.** Předně nevykazují tyto cíle vůbec, nebo cíle vytyčují jen nejasně. Pouze polovina SPRSS obsahuje strategické cíle zaměřené na rušení ústavních služeb (50 %) a jen přibližně pětina z nich se zaměřuje na prevenci institucionalizace (21 %).<sup>153</sup> Třináct ze čtrnácti SPRSS ani NSRSS se v dílčích cílech nezaměřuje na předcházení přenosu ústavních prvků při transformaci sociálních služeb, což dále oslabuje cíle spojené s rušením ústavů. Jak vyplynulo z obsahové analýzy, příčinou

---

153 Blíže [v grafu 9 v kapitole 1.3](#) a [grafu 11 v kapitole 1.4.2.](#)



nejasných cílů v plánech deinstitucionalizace je zejména nejednotnost v definování základních pojmů spojených s deinstitucionalizací. Příkladem nejasných cílů jsou ty, které se zaměřují na rozvoj „sociálních služeb komunitního charakteru“,<sup>154</sup> aniž by existovala shoda na tom, jaké znaky má služba komunitního charakteru naplňovat. Za druhý základní nedostatek považujeme to, že se prohlášení, co má být cílem deinstitucionalizace, liší mezi MPSV a kraji i kraji navzájem.

Dle obsahové analýzy neměly strategické dokumenty MPSV i krajů vždy kvalitně nastavené cíle. Ve spojení s výsledky tematické analýzy pak platí, že kvalitu cílů pro realizaci deinstitucionalizace ve smyslu stanovení zdrojů negativně ovlivňuje:

- vícezdrojové financování rozvoje sociálních služeb,
- nepropojení systému financování sociálních služeb na jejich rozvoj a
- nepředvídatelnost výše finančních prostředků, které kraje na rozvoj sociálních služeb obdrží skrze dotaci od MPSV.

Kraje mohou plánovat využití maximálních zdrojů pro uskutečnění deinstitucionalizace jen obtížně kvůli systému financování sociálních služeb založenému na jednoletém cyklu. Jakkoli považujeme zvláštní strategické dokumenty krajů zaměřené na deinstitucionalizaci za dobrou praxi, překážky způsobené systémem financování služeb ovlivňují i jejich možnosti splnění.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat také tomu, že MPSV je samo zřizovatelem několika zařízení sociálních služeb, která mají ústavní charakter. Žádný ze strategických dokumentů neobsahuje cíle, které by směřovaly k částečné či úplné transformaci těchto zařízení. To je problematické z pohledu naplnění povinnosti plynoucí z Úmluvy mít plány deinstitucionalizace, ale i z pohledu symbolického, kdy by MPSV jako gestor Úmluvy mělo jít v naplňování závazků deinstitucionalizace příkladem. Stát, resp. MPSV by měly stanovit jasné kroky vedoucí k transformaci těchto zařízení včetně alokování dostatečného množství zdrojů.

## 2. Participace lidí s postižením

Samostatným požadavkem pro plnění povinnosti mít kvalitní plány deinstitucionalizace na národní i krajské úrovni je nutnost zapojení lidí s postižením a organizací je zastupujících do všech fází přípravy strategických dokumentů.

Ve shrnutích obsahové i tematické analýzy jsme popsali, že **strategické dokumenty MPSV a krajů zcela nenaplnují zásadu participace, jak ji předpokládá Úmluva**. Zapojení lidí s postižením a organizací je zastupujících by nemělo být pouze formální, ale skutečné a efektivní. K tomu je třeba, aby byl proces plánování rozvoje služeb ve všech ohledech přístupný, včetně přístupnosti informací. Dle tematické analýzy se však MPSV ani kraje systematicky nezaměřují na zpřístupnění podmínek a přiměřené úpravy informací

---

154 [Graf 14 v kapitole 1.5.2](#) – pouze 11 SPRSS se zaměřuje na rozvoj komunitních služeb určených podle konkrétních kritérií.



a procesu plánování. Ačkoli vnímají, že zvláště zapojení samotných lidí s postižením by bylo potřeba podpořit, nemají nástroje a někdy ani potřebné znalosti, jak toho dosáhnout.

Z tematické analýzy vyplynulo, že účinným způsobem zapojení těchto lidí by mohlo být komunitní plánování jako nástroj pro mapování potřeb na území obce či mikroregionu a rozvoje sociálních služeb v tomto území. Zapojení lidí s postižením na místní úrovni je snazší už kvůli geografické blízkosti. Zároveň budou informace získané z této participace konkrétní a budou reagovat i na aktuální místní situaci či její zvláštnosti oproti jiným územím. Kraje při plánování rozvoje sociálních služeb čerpají informace především od obcí. Pokud budou do komunitního plánování obcí účinně zapojeni lidé s postižením, přenesou se tyto informace a zkušenosti skrze obce krajům. Ty je pak musí zohlednit při tvorbě svých strategických plánů. Cílená podpora zapojení samotných lidí s postižením do komunitního plánování na nižší než krajské úrovni může přispět k celkovému zlepšení úrovně participace lidí s postižením na tvorbě strategických plánů.

Nedostatky v participaci lidí s postižením na tvorbě plánů rozvoje sociálních služeb jsou projevem širšího problému – nedostatečného zapojování lidí, včetně těch s postižením, do strategického plánování a rozhodování veřejné správy obecně. Tématu zlepšení participace občanů na veřejném dění se podrobně věnuje například zpráva Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) o stavu veřejné správy v České republice.<sup>155</sup> OECD ve zprávě doporučuje České republice konkrétní kroky směřující ke zlepšení občanské participace. Mezi ně například patří:

- zvážit přijetí jednotné definice participace občanů a zúčastněných stran,
- vytvoření odborného centra pro participaci,
- zvážení, zda nerozšířit působnost a složení stávající Rady pro nestátní neziskové organizace a netransformovat ji na Radu vlády pro participaci občanů a zúčastněných stran odborného centra pro participaci.<sup>156</sup>

MPSV má při zapojení organizací hájících práva lidí s postižením možnost vycházet z doporučení uvedených v Metodice participace nestátních neziskových organizací v poradních a pracovních orgánech a při tvorbě dokumentů státní správy.<sup>157</sup> Ta věnuje

---

155 V klíčových zjištěních a doporučeních uvádí, že „v české státní správě i na úrovni samosprávných územních celků najdeme ostrůvky dobré praxe v zapojování občanů a stakeholderů [zúčastněných stran] do veřejného dění. **Pozoruhodné je, že Česká republika má silnou kulturu vytváření poradních a pracovních orgánů, ve kterých spolupracují různé nevládní subjekty. Stávající participační procesy však často nemají dostatečný dopad a Česká republika nedisponuje žádnou zastřešující vizí participace občanů a stakeholderů [zúčastněných stran] na veřejném dění.** Kromě toho se participace často omezuje na ‚notoricky známé osoby a subjekty‘ a je třeba posílit poradenství, koordinaci a sdílení osvědčených postupů.“

Citováno z OECD: Přehled o stavu veřejné správy: Česká Republika: Česká republika na cestě k modernější a efektivnější veřejné správě (2023); dostupné z: [www.oecd.org](http://www.oecd.org), [cit. 17. 1. 2024].

156 Tamtéž, s. 92 a následující.

157 Rada vlády pro nestátní neziskové organizace: Metodika participace nestátních neziskových organizací v poradních a pracovních orgánech a při tvorbě dokumentů státní správy (2022); dostupné z: [vlada.gov.cz](http://vlada.gov.cz); Metodika se věnuje zlepšení participace občanů na vládnutí na centrální úrovni. Úrovni samosprávných celků se metodika nevěnuje, ale sama uvádí, že základní principy a doporučení z nich odvozené jsou použitelné i na této úrovni.



zvláštní pozornost zapojení marginalizovaných a zranitelných skupin občanů včetně lidí s postižením.

Doporučení ke zlepšení zapojení lidí včetně těch s postižením do rozhodování ve veřejné správě lze použít i na zapojování lidí s postižením do plánování rozvoje sociálních služeb. A naopak veškeré zkušenosti, které MPSV či kraje nabudou při zapojování lidí s postižením do plánování, lze využít pro zlepšení participace všech lidí na veřejné správě obecně.

Pro naplnění participace lidí s postižením na tvorbě plánů deinstitucionalizace je **zásadní, aby byli zapojováni lidé, kteří mají zkušenost s životem v ústavech nebo s přechodem z ústavu do komunity**. Je povinností MPSV i krajů hledat cesty, včetně inovací či využití technologií, jak tyto lidi účinně zapojit v procesu plánování rozvoje sociálních služeb a jak vzít co nejvíce a nejlépe v úvahu informace, zkušenosti a názory, které jim tyto lidé v procesu participace sdělí.

### 3. Stav deinstitucionalizace a jeho další vývoj dle strategických plánů MPSV a krajů

Bariérou pro komplexní zmapování stavu deinstitucionalizace je **nedostatek dostupných relevantních dat**, zejména o tom, kolik lidí využívá služby komunitního charakteru a kolik žije ve službách ústavního charakteru.

Z obsahové analýzy vyplynulo, že jakékoli mapování stávajícího stavu či předpovídání jeho vývoje je zatížené nedostatkem shody na základních pojmech, jako je „ústavní služba“ / „služba komunitního charakteru“, nebo co je pouze „humanizace“ a co už „transformace“ sociální služby. Cíle, které jsou ve strategických plánech uváděny k provedení transformace a deinstitucionalizace, mohou v důsledku vést ke skryté podpoře – budování či udržování – ústavů.

Akční plán deinstitucionalizace pro období 2023–2025, který nebyl předmětem analýzy v tomto výzkumu, obsahuje opatření zaměřená na vytvoření systému pro průběžné monitorování a evaluování procesu deinstitucionalizace.<sup>158</sup> To lze jen přivítat. Z obsahové i tematické analýzy jsme zjistili, že **stav deinstitucionalizace se zásadně liší mezi kraji navzájem**. Jednotlivé kraje započaly s transformací sociálních služeb v různé době. **Žádný kraj nezrušil a neplánuje zrušit či plně transformovat všechny ústavní služby a žádné ze zařízení zřizovaných přímo MPSV neprošlo transformací.**

---

158 Srov. specifický cíl C3 na s. 26 a následující *Akčního plánu pro deinstitucionalizaci*. Dle něj by měl být do konce 2. čtvrtletí 2024 vytvořen jednotný monitorovací systém k monitorování a vyhodnocování procesu deinstitucionalizace s jasným a srozumitelným popisem všech sledovaných indikátorů.

Citováno z: MPSV: *Akční plán k přechodu sociálních služeb k péči poskytované na komunitní bázi a k větší individualizaci péče a k podpoře deinstitucionalizace sociálních služeb v ČR pro období 2023–2025*; dostupný online z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).



## 4. Odstraňování překážek deinstitucionalizace

V tematické analýze jsme se zaměřili na zjištění překážek, které brání rychlejšímu a účinnějšímu provedení deinstitucionalizace v České republice. Rozdělit je můžeme do tří hlavních okruhů.

Prvním jsou **procesní překážky deinstitucionalizace: předsudky a obavy veřejnosti** z klientů sociálních služeb (především těch s mentálním postižením či duševním onemocněním); **postoje vedení a zaměstnanců** zařízení sociálních služeb, které mají projít transformací; **nedostupnost bydlení** a vhodných nemovitostí včetně pozemků; **nedostatek kvalifikovaného personálu** (tuto překážku označilo jako nejzásadnější MPSV); **postoje opatrovníků a pečujících osob**; nedostatečná dostupnost a přizpůsobitelnost služeb pro péči v přirozeném prostředí.

Druhým okruhem jsou překážky systémové. Mezi ně patří nastavení systému financování provozu a rozvoje sociálních služeb, zejména **nejistota z něj plynoucí. Obtíže způsobují také striktní a zároveň proměnlivá pravidla pro realizaci transformačních projektů.** Shoda mezi MPSV a kraji panuje i na bariéře v podobě chybějící **závazné definice služeb komunitního charakteru.**

Třetím okruhem jsou překážky vyplývající z činnosti jednotlivých aktérů a jejich spolupráce. **Chybí jasný závazek provést deinstitucionalizaci.** Ten by mělo deklarovat zejména MPSV jako ústřední orgán pro oblast sociálních služeb i gestor naplňování Úmluvy. Jeho role by měla také spočívat **v koncepčním vedení** a koordinaci procesů spojených s deinstitucionalizací. Z tematické analýzy vyplynuly nedostatky ve všech těchto oblastech. Překážkou deinstitucionalizace je tak zejména nedostatečné metodické vedení, absence dlouhodobé vize na národní úrovni a nedostatečná podpora krajů.

Pokud jde o plánovaný rozvoj sociálních služeb, hlavní vizí na národní i krajské úrovni je **umožnit žít lidem co nejdéle v jejich přirozeném prostředí.** Všechny strategické dokumenty MPSV i krajů, včetně zvláštních strategických dokumentů krajů, deklarují dílčí cíle směřující **k rozvoji služeb komunitního charakteru pro lidi s mentálním postižením i duševním onemocněním.**<sup>159</sup> Z obsahové analýzy vyplynulo, že NSRSS vůbec neplánuje a pouze tři SPRSS plánují rozvoj služeb, které jsme identifikovali jako služby jednoznačně komunitního charakteru. Naopak všechny zvláštní krajské strategické dokumenty cílí na rozvoj služeb, které jsme identifikovali jako komunitní.

Jedním z největších úkolů, které na základě obsahové a tematické analýzy vyplývají pro Českou republiku při naplňování práva na nezávislý způsob života v komunitě, je **hledání shody na tom, co je cílem deinstitucionalizace.** Nejpodstatnější je pak shodné vnímání pojmu „služby komunitního charakteru“. Charakter postupného naplňování práva na nezávislý způsob života a zapojení do komunity klade vysoké nároky na stát ve smyslu zajištění maximálních možných zdrojů a dosažení nejvyššího možného pokroku v co nejkratším čase. Proměna systému z ústavního modelu na model komunitní znamená

159 S výjimkou dvou SPRSS, které deklarují rozvoj služeb komunitního charakteru pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním, nikoli již s mentálním postižením.



značné náklady na veřejné rozpočty. **Závazek deinstitucionalizovat plynoucí z Úmluvy však nelze odmítnout s odkazem na spojené finanční náklady.**

Z obsahové a tematické analýzy plyne, že **transformace zařízení pro lidi s duševním onemocněním a mentálním postižením čelí více překážkám.** Veřejnost mnohdy zaujímá vůči lidem z těchto cílových skupin rezervované až ostražité postoje. U politiků, kteří mají na národní i krajské úrovni prosazovat deinstitucionalizaci i pro tyto cílové skupiny, vyžaduje jeho cílená a dlouhodobá podpora velkou politickou odvahu a zvnitřnění závazku deinstitucionalizovat. Podpořit vědomí povinnosti deinstitucionalizovat mohou zvláštní strategické dokumenty zaměřené na deinstitucionalizaci s dlouhodobou platností. Zásadním způsobem by pomohlo kvalitní vymezení závazku provést deinstitucionalizaci na strategické a legislativní úrovni.

Veřejnost i politici se zaměřují především na rozvoj služeb pro seniory, který je nezbytný s ohledem na demografický vývoj. Transformace zařízení pro lidi s duševním onemocněním a mentálním postižením spojená s rozvojem služeb komunitního charakteru se tak může ocitnout na okraji zájmu. Je úkolem zejména MPSV jako gestora naplňování Úmluvy, aby tomu s využitím všech možných prostředků, včetně finančních, zabránilo.