

# Pět tezí k nedodržování článku 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v České republice

TUDYTAM, z. s., 2025

Teze vycházejí z výzkumné zprávy „Stále na začátku“.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Paleček Jan, David Kocman a Lada Valianová. 2024. Stále na začátku. Zpráva o stavu sociální politiky a sociálních služeb ve vztahu k naplňování práva na nezávislý způsob života lidí se zdravotním znevýhodněním v ČR. Praha: TUDYTAM, Abakus - nadační fond zakladatelů Avastu. Dostupné na: [https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Stale\\_na\\_zacatku\\_Zprava\\_o\\_stavu\\_socialni\\_politiky\\_a\\_sluzeb\\_v\\_CR.pdf](https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Stale_na_zacatku_Zprava_o_stavu_socialni_politiky_a_sluzeb_v_CR.pdf)

## Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (OSN 2006) Článek 19 Nezávislý způsob života a začlenění do společnosti.

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 komunitním službám podpory, včetně osobní asistence, které jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňují izolaci nebo segregaci;

(c) veřejné služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (OSN 2006) Článek 19 Nezávislý způsob života a začlenění do společnosti.

**Česká republika  
nenaplňuje čl. 19  
Úmluvy o právech  
osob se zdravotním  
postižením.**

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:

**Neumožňuje  
dospělým lidem  
s postižením ve  
věku 18-65 let žít  
nezávislým  
způsobem života.**

(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 komunitním službám podpory, včetně osobní asistence, které jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňují izolaci nebo segregaci;

(c) veřejné služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.

# 1. Veřejná správa nevidí potřeby lidí se zdravotním znevýhodněním a chybí jí potřebná data pro plánování rozvoje služeb a hodnocení deinstitutionalizace

Pro plánování a hodnocení systému služeb chybí informace o tom, jak se služby proměňují, stejně jako informace o tom, kolik podpory lidé skutečně potřebují a kolik jí ve službách nebo mimo ně reálně čerpají.

[Stále na začátku, kap. 3.3., 3.4., 3.5](#)

## POVINNOST AKTIVNĚ ZJIŠŤOVAT POTŘEBY

### Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3 h)

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb *“je výsledkem aktivního zjišťování potřeb osob na území obce nebo kraje a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů”.*

**VS.**

### VEŘEJNÁ SPRÁVA NEMÁ DATA O POTŘEBÁCH LIDÍ SE ZNEVÝHODNĚNÍM

Vidí pouze služby a jejich uživatele – počty klientů, lůžka, objekty, náklady a výdaje služeb, zaměstnance, u některých služeb také objemy hodin poskytované/spotřebované podpory...

- **Veřejná správa vidí** lidi se zdravotním znevýhodněním jako **uživatele služeb, příjemce dávek** nebo **držitele průkazu osoby se zdravotním postižením**, případně jako součást „**cílové skupiny**“, ale ne jako jednotlivce s konkrétními potřebami.
- Stát ani kraje **nesbírají systematicky data o tom, kolik a jaké podpory jednotliví** lidé pro nezávislý život **potřebují**, aby je pak mohli **agregovat a používat pro plánování** deinstitutionalizace a rozvoje služeb.
- Shromažďovaná data neumožňují vidět objem podpory, který **jednotlivec od systému služeb dostává celkově**. Za prvé jednoho a **téhož uživatele** více služeb vidí veřejná správa **jako několik různých osob**, které nedokáže propojit do jedné. A za druhé u některých služeb vůbec **nesleduje, v jakém rozsahu a v jaké intenzitě** je jednotlivci využívají.
- **Neexistuje přehled o neformální podpoře**, kterou osoby se zdravotním znevýhodněním využívají **mimo sociální služby**.
- Krajské samosprávy **zaměňují zjišťování potřeb lidí se zdravotním znevýhodněním za získávání údajů o potřebných kapacitách služeb**. Tyto údaje jsou však založené např. na odhadech ze sociálních odborů obcí, na počtu odmítnutých zájemců o služby či na sociodemografických datech, nikoli na analýze potřeb lidí se znevýhodněním.
- Pro podrobnější sledování změn struktury pobytových služeb **chybí data o tom, jak jsou dělené na domácnosti, o jejich velikosti** apod.

## 2. Sociální politiky předem vylučují některé skupiny lidí z nároku na život v přirozeném prostředí

V řadě strategických dokumentů se opakuje předpoklad, že pro určité lidi jsou pobytové služby nezbytné a že někteří lidé nemohou žít v přirozeném prostředí. To je zcela v rozporu s požadavkem článku 19 Úmluvy, podle kterého mají být rozmanité služby v komunitě, včetně osobní asistence, dostupné komukoliv bez ohledu na typ postižení.

[Stále na začátku](#), kap. 4.1.2., 4.1.3., 5.3.

### MOŽNOST ZVOLIT SI, KDE A S KÝM ŽÍT

#### Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, čl. 19 a)

Státy zajistí, aby „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.**“

(OSN 2006: 11).

**VS.**

### NEMOŽNOST ŽÍT DOMA

#### Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Ústeckého kraje

„Pobytové služby jsou určeny pro osoby s vyšší mírou závislosti, které **nemohou žít** s podporou terénních a ambulantních sociálních služeb a dalších zdrojů **ve svém přirozeném domácím prostředí** a které potřebují nepřetržitou 24hodinovou podporu, péči a dohled jiné osoby.

Jedná se především o osoby, jejichž stav odpovídá III. a IV. stupni závislosti.“ (SPRSS ÚK 2022–24: 173)

- „Přirozené prostředí“ je běžně chápáno jako **místo, kde člověk bydlí nezávisle na pobytové službě**, s podporou služeb terénních a ambulantních. Podle Akčního plánu MPSV jsou však i **menší pobytové služby „komunitního charakteru“ přirozeným prostředím**. Akční plán tím ale **opomíjí zásadní rozdíly** mezi životem ve vlastním domově a životem v pobytové službě a **reprodukuje mylný předpoklad**, že nově budované komunitní pobytové služby automaticky splňují nároky Úmluvy a jsou dobrým výsledkem deinstitucionalizace.
- Představa, že pro některé (nebo dokonce pro všechny) lidi se znevýhodněním jsou pobytové služby potřebné či vhodné, resp. že **někteří lidé nemohou žít v přirozeném prostředí**, se **opakuje** i v dokumentu MPSV **Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru**.
- Do krajského plánování sociálních služeb se promítá **ustálená představa o třístupňové hierarchii služeb a míře podpory, která říká, že domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou určeny lidem s vysokou mírou podpory**, chráněná bydlení pro lidi se střední mírou podpory a terénní služby pro osoby s nízkou mírou podpory.
- V řadě **krajských plánů** se hovoří o lidech, „jejichž situaci **nelze řešit prostřednictvím ambulantních či terénních služeb**“ a kterým „je **nezbytné poskytnout pobytové služby**“. Mnoho krajských plánů tak **z nároku na život v přirozeném prostředí některé skupiny lidí už předem vylučuje**.

# 3. Transformují se jednotlivá zařízení, ne krajské sítě služeb

Deinstitucionalizace celého systému se zaměřuje za transformaci jednotlivých zařízení. Změna probíhá především jako přebudování velkých pobytových služeb na malé, ne jako rozvoj sítě komunitních (terénních, ambulantních a případně i rezidenčních) služeb, které by byly schopny reagovat na potřeby všech lidí se zdravotním znevýhodněním v regionu, nejen osob opouštějících ústavu.

[Stále na začátku, kap. 4.1.5.](#)

## ROZVOJ SÍTĚ SLUŽEB

### Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, čl. 19 b)

Státy zajistí, aby „osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším komunitním službám podpory, včetně osobní asistence, které jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňují izolaci nebo segregaci”. (OSN 2006: 11–12)

**VS.**

## PŘEMĚNA ÚSTAVŮ

### Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025

“Podpora procesů deinstitucionalizace a transformace je v současné době zaměřena zejména na domovy pro osoby se zdravotním postižením a služby, které s nimi sdílejí zázemí pobytové služby (zejména chráněná bydlení, ale i ambulantní služby). Navazuje na povinnosti dané v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, (...) a to zejména na článek 19 týkající se možnosti nezávislého způsobu života.” (MPSV 2015: 17)

- O deinstitucionalizaci celých (krajských) sítí služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním stát ani kraje neuvažují.
- V krajských plánech jsou nároky Úmluvy interpretovány jako něco, co se týká jen velkých pobytových zařízení.
- Projekty transformace ústavů bývají v krajích oddělené finančně i personálně od plánování rozvoje sítě služeb.
- Stát k takovému pojetí deinstitucionalizace přispívá vyhlášením investičních výzev na transformaci jednotlivých ústavů.
- I nejnovější metodika MPSV (Doporučený postup č. 5/2022 Transformace sociálních služeb pro osoby s vysokou mírou podpory) redukuje téma deinstitucionalizace na změny týkající se jednotlivých organizací, resp. jednotlivých zařízení.

# 4. Národní a krajské plány neplánují skutečnou změnu, která by naplňovala závazky Úmluvy

Veřejná správa nemá jasnou vizi stavu služeb po deinstitutionalizaci, nepopisuje jasně parametry budoucího systému služeb a je dokonce mnohem obecnější než text článku 19 Úmluvy. Vládní i krajské plány jsou v mnoha ohledech formální stejně jako jejich vyhodnocování. V plánech navrhovaná opatření neodpovídají deklarovaným cílům.

[Stále na začátku, kap. 4. a 5.](#)

## SÍŤ SLUŽEB PRO NEZÁVISLÝ ZPŮSOB ŽIVOTA

### Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, čl. 19 b)

Státy zajistí, aby „osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším komunitním službám podpory, včetně osobní asistence, které jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňují izolaci nebo segregaci”.

(OSN 2006: 11–12)

**VS.**

## SÍŤ SLUŽEB

### Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025

Celková vize: „V ČR existuje *flexibilní síť sociálních služeb*, která pomáhá řešit potřeby osob nacházejících se v nepřítznivé sociální situaci a je financována transparentním, efektivním a spravedlivým systémem.“

(MPSV 2015: 55)

- Národní strategie rozvoje sociálních služeb, Akční plán i Národní plán podpory rozvoje rovných příležitostí sice **deklarují záměr přechodu od ústavní péče k terénním a ambulantním službám**, ale **nedefinují pro to vyhodnitelné cíle a neobsahují ani jedno opatření**, které by směřovalo k rozvoji terénních služeb.
- **Akční plán** se soustředí pouze na změnu velkých ústavních služeb na menší, což **zužuje deinstitutionalizaci na prosté zmenšování pobytových služeb**.
- **Plnění cílů** Národní strategie a Národních plánů podpory rozvoje rovných příležitostí **není vůbec vyhodnocováno**. Hodnotí se pouze to, **zda jsou plněna opatření**, která ale často **nejsou naplánována tak, aby mohla vést ke splnění cílů**. Hodnocení plánů je **formální a někdy i nepravdivé**.
- **Kraje postrádají jasné vize pro rozvoj** sociálních služeb a jejich plány často **pokračují v podpoře ústavní péče**, navzdory prohlášením o důležitosti života v přirozeném prostředí a upřednostnění terénních a ambulantních služeb.
- **Plánování rozvoje** služeb v krajích **vychází z nejistot státního financování** a ze **setrvačnosti v podpoře stávajících struktur**, spíše než z potřeb lidí se zdravotním znevýhodněním a podpory nezávislého způsobu života.



# 5. Systém služeb neumožňuje lidem zvolit si místo k životu a žít v něm s podporou komunitních služeb nezávislým způsobem života

Systém upřednostňuje pobytové služby, přičemž většina z nich ani nevytváří vhodné podmínky k nezávislému životu. Zvláště pro lidi s vyšší mírou podpory je systém nespravedlivý – ambulantní a terénní služby jsou pro ně v míře, kterou potřebují, nedostupné.

🔗 [Stále na začátku, kap. 3.2.2., 3.2.3., 3.4.1., 4.1.4., 6.1.](#)

## POMALÉ ZMĚNY A STAGNACE

- Téměř **11 000 lidí stále čeká** na zlepšení v **nevyhovujících ústavních podmínkách**.
- **Chráněná bydlení často nevytvářejí vhodné podmínky pro nezávislý způsob života.**
- **Terénní služby** jsou schopny člověku poskytovat **podporu průměrně pouze v řádu minut denně** – stejně jako před 17 lety.

**VS.**

## PREZENTOVANÉ ÚSPĚCHY

**Spojená druhá a třetí periodická zpráva České republiky o plnění závazků plynoucích z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením**

„Důležitou součástí transformace je podpora a vznik sociálních služeb chráněného bydlení, tj. bytů, do nichž se mohou stěhovat osoby z ústavních zařízení. **Počet sociálních služeb chráněného bydlení a jejich kapacita se od roku 2015 neustále zvyšuje. Zatímco v roce 2015 existovalo 196 služeb chráněného bydlení s celkovou kapacitou cca 3600 míst, v roce 2019 to bylo celkem 210 služeb s kapacitou cca 4100 míst.**“ (Vláda ČR, 2023: 25)

- **Většina lidí** se zdravotním znevýhodněním, kteří využívají pobytové služby sociální péče, **stále čeká na zlepšení** v nevyhovujících ústavních podmínkách (**9 338** lidí žije ve skupinách **nad 12 osob**, **1 456** lidí v bytech pro **7 až 12 osob**, **pouze 2 402** v bytech pro **4 až 6** spolubydlících a **pouze 1 402** (tedy jen 9,6 %) **v domácnostech pro maximálně 3 osoby**).<sup>2</sup>
- **Ústavní služby se transformují** především přestavováním **na menší pobytové služby**, nikoli proměnou ve služby terénní a ambulantní. A ani menší pobytové služby většinou nezajišťují důstojné bydlení – např. v **chráněném bydlení se pouze 38 % míst nachází v bytech o 3 a méně lůžkách**.
- **V pobytových službách** (domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a týdenní stacionář) **poklesl počet míst během 15 let jen o 14 %**. **Schopnost osobní asistence a podpory samostatného bydlení poskytovat intenzivní podporu se v podstatě nemění**: průměrný denní rozsah poskytování je podobný jako před 17 lety (pouze zhruba půl, resp. čtvrt hodiny denně). Navíc jsou tyto služby často nedostupné.
- Rozdílné systémy úhrad za službu a nastavení příspěvku na péči nutí **lidi s vyšší mírou potřebné podpory upřednostnit službu domov pro osoby se zdravotním postižením** před jinými typy podpory a činí pro ně placené **terénní a ambulantní služby finančně nedostupné**.

<sup>2</sup> SPMP a JDI 2021. Žít jako ostatní. Zpráva o stavu pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením v roce 2021. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Jednota pro deinstitucionalizaci – JDI, str. 8. Dostupné na: [https://jdicz.eu/wp-content/uploads/zit\\_jako\\_ostatni\\_zprava.pdf](https://jdicz.eu/wp-content/uploads/zit_jako_ostatni_zprava.pdf)

Vznik dokumentu podpořil nadační fond Abakus jako jednu z aktivit v rámci systematického zvyšování tlaku na dostupnost služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním, aby mohly žít běžný život v komunitě.