

Jan Paleček – David Kocman – Lada Valianová
TUDYTAM, z.s.
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

a.ba
ku.s
NADAČNÍ FOND

TUDYTAM 

Vznik zprávy 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.



Autoři

Jan Paleček

Jan Paleček je sociolog (FSV UK), v sociálních službách a pomáhajících profesích působí od roku 1995. Pracoval mj. ve Fokus Praha, v Eset-Help, v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví, Asociaci komunitních služeb či Centru pro teoretická studia. Byl inspektorem kvality sociálních služeb. Výzkumně se zabýval např. psychiatrickou péčí, deinstitucionalizací, náhradní péčí o děti. V současnosti je ředitelem TUDYTAM, z. s., kde se vedle výzkumu věnuje supervizím, školením pracovníků přímé péče, konzultacím podpory pozitivního chování (PBS), auditům atd. Přes dvacet let také pečuje o syna s autismem.

David Kocman

David Kocman vystudoval sociologii na pražské Univerzitě Karlově a metody sociálního výzkumu a sociální politiku na University of Kent. Vzdělával se v komunitní péči o lidi s duševním onemocněním (Jewish Care London) a s autismem (University of Birmingham). Praxi má také jako koordinátor péče na obci (Kingston upon Thames). Výzkumu se věnoval na University of Kent a na University of Leicester. V letech 2019 až 2023 působil jako odborný poradce pro sociální politiku a zdravotnictví na Magistrátu hl. m Prahy. Od roku 2023 pracuje částečně ve Výzkumném ústavu práce a sociálních věcí a přitom nadále spolupracuje s veřejnou správou. Přeje si, aby zejména krajské úřady byly vybavené kompetencemi a nástroji dobrého zadávání sociálních služeb.

Lada Valianová

Lada Valianová se pohybuje v oblasti sociálních služeb od roku 1997. Vystudovala psychologii a speciální pedagogiku na PedF UK, sociální práci na FF UK a doktorský obor speciální pedagogika na PedF UK. Pracovala na různých pozicích v organizacích poskytujících podporu lidem se zdravotním znevýhodněním a s duševním onemocněním. V TUDYTAM, z. s. se věnuje především metodické podpoře organizací při nastavování služeb a procesů, řízení a zavádění změn. Byla odbornou asistentkou katedry Sociální práce FSE UJEP a katedry Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK v Praze, kde se věnovala výuce a výzkumné činnosti. Je odbornou ředitelkou v Asistence, o. p. s.

Obsah

7	Hlavní závěry
11	Úvod
11	Úspěchy české deinstitucionalizace podle MPSV
13	Transformace, která nenaplnňuje Úmluvu
14	Normativní rámec nezávislého (způsobu) života
16	Zaměření a struktura výzkumné zprávy
19	1. Metodologie
19	1.1. Syntéza evidence: 5leté scoping review
22	1.2. Intepretativní analýza sociálních politik
25	2. Vývoj sociálních politik a služeb v Česku nezávislým pohledem výzkumu a zahraničních partnerů
27	2.1. Co říkají nezávislé studie o stavu sociálních politik a služeb s ohledem na naplňování Úmluvy
27	2.1.1. Ambivalence nastavení a výsledků změny
29	2.1.2. Řízení a monitorování změny
29	2.1.3. Udržitelnost a financování změny
30	2.2. Česká republika versus Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením (2011–2024)
30	2.2.1. Fáze debaty
31	2.2.2. 2011: Vládní monitorovací zpráva s kladným sebehodnocením
31	2.2.3. 2011: Kritická alternativní zpráva nevládních organizací
32	2.2.4. 2014: Vládní a alternativní odpověď na doplňující otázky Výboru OSN
32	2.2.5. 2015: Jednání delegace ČR s Výborem OSN a závěrečná zpráva Výboru
33	2.2.6. 2019 a dále: Spojená druhá a třetí vládní monitorovací zpráva

37 **3. Co stát a kraje ne/vidí? Data o lidech, službách a transformaci péče**

- 39 3.1. Jaká data stát shromažďuje?**
- 40 3.2. Jaká data a interpretace dat stát v příběhu o úspěšné deinstitucionalizaci opomíjí?**
- 41 3.2.1. Týdenní stacionáře – neoslovený problém deinstitucionalizace
- 42 3.2.2. Rozvoj terénních služeb jako svého druhu neúspěch deinstitucionalizace
- 43 3.2.3. Pobytové versus terénní služby
- 45 3.3. Jak veřejná správa vidí lidi se zdravotním postižením**
- 45 3.3.1. Uživatelé služeb, příjemci dávek a úlev
- 46 3.3.2. Cílové skupiny
- 48 3.4. Co data neříkají? Limity dat**
- 49 3.4.1. Pobytové služby v nízkém rozlišení
- 50 3.4.2. Neexistence dat o míře potřebné podpory
- 51 3.4.3. Chybějící data o objemu celkové podpory poskytované jednotlivcům
- 52 3.5. Co ne/vidí krajské samosprávy při „zjišťování potřeb“?**
- 53 3.5.1. (Problematický) konsenzus ohledně „zjišťování potřeb“
- 54 3.5.2. Potřeby lidí nebo potřeby služeb?
- 55 3.5.3. Možné řešení: systematické vyhodnocování míry potřebné podpory

57 **4. Vládní sociální politiky: Představy státu o službách pro lidi se zdravotním znevýhodněním**

- 59 4.1. Národní strategie rozvoje sociálních služeb a její Akční plán**
- 59 4.1.1. 2016–2025 Národní strategie
- 60 4.1.2. 2023–2025 Akční plán
- 62 4.1.3. Předpoklad „potřebnosti“ pobytových služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním
- 63 4.1.4. Stavění jako překážka deinstitucionalizace a naplňování Úmluvy
- 64 4.1.5. Deinstitucionalizace jako proměna jednotlivých ústavních zařízení
- 66 4.2. Národní plány podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**
- 66 4.2.1. 2010–2014: Absentující cíle, opatření bez vyhodnocení
- 66 4.2.2. 2015–2020: Deklarovaná podpora transformace ústavů a podpora terénních a ambulantních služeb
- 67 4.2.3. 2015–2020: Formální a zavádějící hodnocení plánu
- 70 4.2.4. 2021–2025: Formální proklamace, rezignace na smysluplná opatření pro naplňování cílů
- 72 4.2.5. 2021–2025: Hodnocení opatření bez vyhodnocování cílů

74 5. Krajské sociální politiky: Představy krajských samospráv o službách pro lidi se zdravotním znevýhodněním

- 75 5.1. Vize v krajských plánech**
- 76 5.2. Reference k Úmluvě**
- 78 5.3. Pobytové služby pro lidi s vysokou mírou podpory a „přirozené prostředí“ jen pro někoho**
- 81 5.4. Problematický rozvoj služeb umožňujících lidem žít doma**
- 83 5.5. Limity plánování a řízení rozvoje kapacit sociálních služeb**
 - 83 5.5.1. (Ne)provázanost analýz a plánování
 - 83 5.5.2. Slabá prioritizace komunitních služeb
 - 85 5.5.3. Konzervativní přístup k rozvoji služeb

91 6. Závěr: Co má být dobrým výsledkem transformace?

- 92 6.1. Nefunkční “alternativy” ústavních služeb**
- 93 6.2. Pobytové a/nebo terénní služby?**
- 96 6.3. Potřeba jasné definice výsledku transformace**

100 Literatura

112 Seznam zkratk

113 Přílohy

- 114** Příloha 1
- 115** Příloha 2
- 118** Příloha 3
- 119** Příloha 4
- 120** Příloha 5
- 122** Příloha 6
- 124** Příloha 7

Hlavní závěry

Pozitivní příběh MPSV o transformaci bez důkladné interpretace dat

Česká republika od roku 2007 sleduje počty uživatelů jednotlivých sociálních služeb. Podle statistické ročenky MPSV klesl mezi lety 2007 a 2022 počet uživatelů služby domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) z 17 947 na 12 035, zatímco počet uživatelů služby chráněné bydlení (CHB) stoupl z 2 082 na 4 879 a u služby osobní asistence (OA) dokonce z 1 422 na 10 454. Především data o proměně pobytových služeb pak tvoří základ oficiálního příběhu České republiky o transformaci sociálních služeb a vytváření podmínek pro nezávislý život lidí se zdravotním znevýhodněním. Je to **pozitivní příběh MPSV o „přerodu“ ústavní péče v ČR, který má ukázat, jak se institucionální péče postupně nahrazuje službami podporujícími nezávislý způsob života**. V tomto příběhu počet lůžek v DOZP klesl ve sledované době asi o 30 %, zatímco kapacity CHB se více než zdvojnásobily a kapacita OA vzrostla dokonce sedminásobně.

Důkladnější a do souvislostí zasazená interpretace dat MPSV však ukazuje, že **dochází k zachování vysoké kapacity pobytových služeb (při pomalé a částečné proměně jejich struktury a kvality)** – celkové počty uživatelů pobytových služeb klesají v průběhu transformace jen minimálně (o 14 % za 15 let). **Terénní služby osobní asistence (OA) a podpora samostatného bydlení (PSB), přestože je využívá mnohonásobně více lidí, než v roce 2007, zůstávají pouze doplňkovou nebo nízkointenzivní formou podpory a netvoří alternativu ústavní péče a pobytových služeb obecně**. Jejich kapacita totiž není ani zdaleka dostatečná, aby mohla uspokojit zejména nároky lidí s vyšší mírou potřebné podpory.

Deinstitucionalizace bez skutečně komunitní alternativy

Pretrvávající absence skutečné alternativy ústavní péče dokonce v jistém ohledu koresponduje s národními i krajskými strategickými dokumenty. **Terénní podporu/péči v „přirozeném“ prostředí sice Česká republika deklaratorně na velmi obecné úrovni upřednostňuje, ale pro její systematický rozvoj neplánuje v podstatě žádné strategické kroky**. Národní strategie rozvoje sociálních služeb, navazující Akční plán i poslední Národní plán podpory rozvoje rovných příležitostí sice deklarují rušení ústavní péče či potřebu rozvoje terénních a ambulantních služeb, ale nedefinují pro to vyhodnotitelné cíle, ani **neobsahují jedno jediné opatření, které by k rozvoji terénních služeb (podpory samostatného bydlení a osobní asistence) směřovalo**. Vyhodnocování toho, jak jsou opatření těchto strategických dokumentů naplňována, je formální, nepřesné a zavádějící.

Vládní i krajské politiky také **stále pracují s představou, že pro určité lidi jsou pobytové služby nezbytné, stejně jako se v nich opakuje předpoklad, že někteří lidé nemohou žít v přirozeném prostředí**. Transformace se tak omezuje na lidi s nižší mírou potřebné podpory, zatímco lidé s vyšší mírou potřebné podpory mají v ustálené představě o třístupňové hierarchii služeb (od domovů pro osoby se zdravotním postižením přes chráněné bydlení až po podporu samostatného bydlení) zůstávat v pobytových službách.

Transformace zařízení bez transformace krajských systémů/sítí služeb

Transformace je navíc uvažována a realizována pouze na úrovni jednotlivých zařízení/poskytovatelů, nikoli na úrovni systému služeb – o deinstitucionalizaci celých (krajských) sítí služeb stát ani kraje neuvažují. V krajské praxi bývají „projekty transformace“ oddělené finančně i personálně od plánování rozvoje sítě služeb. **Typickou jednotkou transformační změny zůstávají jednotlivá zařízení (a někdy dokonce i pouhé odchody jednotlivců do jiných druhů služeb podpory/péče) a transformace se realizuje především jako zdoluhavá výstavba nových objektů. Kraje tak místo toho, aby plánovaně deinstitucionalizovaly svoje systémy služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním, udržují je dlouhodobě ve zhruba stejné struktuře.** Pokud vůbec rozvíjejí terénní služby pro tuto cílovou skupinu, paralelně pro ni udržují a někdy i posilují i pobytové služby (včetně tradičních velkokapacitních), které v mnoha ohledech nezávislý život omezují nebo i znemožňují. Standard výsledných transformovaných služeb přitom mnohdy brání tomu, aby v nich lidé žili „běžným způsobem“.

Návrhy opatření v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb spíše než z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením vycházejí z pragmatické finanční rozvahy a zažitých politických priorit. Řada opatření je koncipovaná jako „udržovací“ a „optimalizační“, nikoliv rozvojová, protože krajské plánování je ovlivňováno nejistotami státního financování, absencí nástrojů řízení celé sítě služeb a jejího rozvoje a také střetem zadavatelské a zřizovatelské role kraje.

Data bez dostatečné informační hodnoty

Kromě problematického strategického rámce, který limituje posun systému sociálních služeb, existuje ještě jeden faktor, který omezuje možnosti plánování: **stát nemá k dispozici vhodná data.** Veřejná správa **sice sbírá velké množství dat**, která jí umožňují vidět řadu vlastností systému sociálních služeb a populace lidí se zdravotním znevýhodněním, nebo jí mohou pomoci sledovat posuny, ke kterým v systému služeb dochází, ale **tato data nevyužívá v plném rozsahu a systematicky je neanalyzuje** (například nezpracovává data sbíraná od poskytovatelů služeb skrze aplikaci OKslužby). **Naopak některá data, která by byla potřebná pro lepší porozumění službám a potřebám lidí a následné plánování, veřejná správa nesbírá vůbec.** Statistiky například nepřinášejí u všech druhů služeb informaci o tom, v jakém rozsahu a v jaké intenzitě jsou využívány/poskytovány, nebo chybí data pro podrobnější sledování změn struktury pobytových služeb. O samotných lidech se znevýhodněním referují data jen velmi omezeným způsobem. Statistiky je nevidí jako jednotlivce s konkrétními potřebami, systém nedokáže vidět ani celkový objem podpory, kterou jednotlivci systém poskytuje – jednoho a téhož uživatele více služeb vidí jako několik různých osob, které nedokáže propojit do jedné.

Potřeby bez soustavného zjišťování

Klíčová informace, která **chybí** pro hodnocení i plánování systému služeb, je **informace o tom, zda se objem podpory, kterou lidé ve službách čerpají, blíží objemu podpory, kterou skutečně potřebují.** Kraje v souladu s metodickými návody nyní kvantifikují potřeby lidí prostřednictvím odhadu velikosti cílové skupiny, prostého počtu uživatelů nebo odmítnutých zájemců o jednotlivé druhy služeb, počtu hodin poskytnuté podpory nebo například počtu osob s příspěvkem na péči v určitém stupni závislosti. Zjišťují také postoje a preference veřejnosti či zástupců obcí k sociálním problémům, konkrétním druhům sociálních služeb a potřebnosti jejich rozvoje. To vše namísto toho, aby zjišťovaly potřeby prostřednictvím nástrojů sociální

práce. Protože **pouze vyjádření míry potřebné podpory/péče** (například počet hodin potřebné podpory týdně) **je klinicky relevantní rámec pro plánování na individuální rovině a návazně v agregované podobě může poskytnout praktičtější informaci o chybějícím objemu péče (a tedy o rozvojovém horizontu pro krajské plánování služeb)**. Veřejná správa však takové informace nemá. Nesbírá data umožňující vyhodnotit, zda systém nabízí podporu/péči odpovídající potřebám lidí, nebo umožňující dobře plánovat rozvoj/transformaci služeb a vyhodnocovat, jestli systém služeb naplňuje článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

Stále na začátku

Výše uvedený **pozitivní příběh České republiky o posunech v systému sociálních služeb nepodporují ani nezávislé studie, ani Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením**. Akcentují naopak ambivalenci výsledků transformace, slabé řízení změny, stále velký počet lidí se zdravotním znevýhodněním, kteří na změnu čekají, a také skutečnost, že některé (nově vytvořené) služby chráněného bydlení neumožňují běžný způsob života.

Navzdory všem zmínkám o důležitosti života v přirozeném prostředí a upřednostňování terénních a ambulantních služeb ve strategických dokumentech tak **stát i kraje nadále masivně podporují pobytové služby, včetně ústavních**.

Z takového úhlu pohledu je i po 17 letech a několika desítkách miliard korun **česká transformace stále na začátku**.

Nejvyšší čas začít

Sociální politiky v ČR ještě 17 let po přijetí Úmluvy **postrádají jasnou vizi stavu služeb** po úspěšné transformaci, přestože článek 19 Úmluvy ji načrtává. České republice však chybí široce sdílená vize, **kteřá by konkrétněji pojmenovávala, jak má systém služeb ve výsledku vypadat, aby skutečně umožňoval lidem se zdravotním znevýhodněním nezávislý způsob života. Takovou vizi je potřeba stanovit a začít pracovat na jejím naplnění**.

Změna bude vyžadovat nejen finanční vstupy, ale i **nové prvky architektury a organizace systému sociálních služeb**. Mimo jiné změnu **zavedené, ale nesprávné třístupňové hierarchie** (1. DOZP = lidé s vysokou mírou potřebné podpory, 2. CHB = lidé s nižší mírou podpory, 3. OA a PS = lidé s nižší a minimální mírou potřebné podpory) na systém, v němž budou **běžně poskytovat intenzivní podporu i terénní služby. Nebo reformu příspěvku na péči a způsobů jeho využívání k úhradám za služby**.

Je nejvyšší čas skutečně začít.

Úvod

Úvod

Ústředním tématem této výzkumné zprávy¹ je otázka, jak Česká republika naplňuje právo lidí se zdravotním znevýhodněním na nezávislý život prostřednictvím sociálních služeb, což České republice ukládá článek 19 Úmluvy o právech lidí s postižením. Současně je to tedy i zpráva o tom, jak v České republice probíhá deinstitucionalizace péče o lidi se zdravotním znevýhodněním/postižením.² Text se nevyjadřuje k systému péče o seniory.

Úspěchy české deinstitucionalizace podle MPSV

Při nedávném bilancování dosavadního vývoje deinstitucionalizace sociálních služeb představilo Ministerstvo práce a sociálních věcí pozitivní příběh proměny sociálních služeb v uplynulých 15 letech (viz **Prezentace 1**, srov. MPSV 2023a, 2023b). Tento příběh byl složený ze dvou témat, z proměny kapacit institucionální péče (zejména služeb domovů pro osoby se zdravotním postižením, DOZP) a z odchodů jednotlivých uživatelů z institucionální péče do komunitních služeb a do domácího prostředí. S každým z témat korespondovala jednoduchá tabulka:

Prezentace 1 Transformace sociálních služeb mezi lety 2007 a 2022

Kapacita sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením

Druh zařízení Rok / Kapacita	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	16 638	15 113	14 552	14 396	13 978	13 820	13 423	12 926
Domovy se zvláštním režimem	3 829	7 396	8 223	8 822	9 727	10 740	12 048	14 354
Chráněné bydlení	2 087	2 503	2 591	2 818	2 667	2 743	2 956	3 214
Centra sociálně rehabilitačních služeb	408	644	991	862	862	1 053	1 046	673
Týdenní stacionáře	702	1 009	956	892	908	951	897	845
CELKEM	23 664	26 665	27 313	27 790	28 142	29 307	30 370	32 012

¹ Vznik zprávy 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 (viz <https://abakus.cz/tlak-na-dostupnost-sluzeb/>)

² Implementace Úmluvy v České republice naráží již na bariéru jazykovou a s tím související tradiční vztah státu k lidem se znevýhodněním. Úmluva nechce vyrovnávat dopady postižení jako takového, ale dopady tzv. „disability“ či znevýhodnění, které je podle ní „výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními“ (OSN 2006: 2). Jinými slovy, znevýhodnění nevzniká jako přímý důsledek zdravotního postižení, ale jako výsledek interakce s okolím. Jde tedy o sociální jev, spojený s životem člověka v určitém prostředí, nikoliv pouze o zdravotní stav. S pojmem disability pracuje již několik desetiletí také samotná medicína. V roce 2001 například Mezinárodní zdravotnická organizace přijala Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (WHO 2001) a disability uznala jako zastřešující výraz v oblasti funkčních poruch, aktivit a začleňování. V Česku jsou naproti tomu lidé se zdravotním postižením/znevýhodněním stále tradičně definováni medicínsky pomocí diagnóz a medicínský pohled převládá také v sociální politice, zejména v řízení o příspěvku na péči, kde se sice prostřednictvím kompetencí sociální práce sledují domény každodennosti (tzv. základní potřeby), ale určení stupně tzv. závislosti na pomoci druhého člověka provádí nakonec lékař a odvozuje jej od dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Stejný koncept dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se již dříve propsal do zákona o zaměstnanosti a definic osoby se zdravotním znevýhodněním a osoby se zdravotním postižením. Česká správa sociálních zabezpečení zaměňuje sociální pojetí disability za „zdravotní stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než 1 rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění“ (<https://www.cssz.cz/web/cz/nepriznivny-zdravotni-stav>). V tomto textu používáme nejčastěji výraz „zdravotní znevýhodnění“ a místy také „postižení“.

Druh zařízení Rok / Kapacita	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	12 707	12 402	12 231	11 999	11 854	11 763	11 768	11 773
Domovy se zvláštním režimem	15 494	17 784	18 853	20 075	20 904	22 192	24 092	25 193
Chráněné bydlení	3 556	3 898	4 014	4 104	4 063	4 252	4 607	4 568
Centra sociálně rehabilitačních služeb	537	283	361	299	320	286	274	308
Týdenní stacionáře	836	779	867	820	782	772	768	739
CELKEM	33 130	35 146	36 326	37 297	37 923	39 265	41 509	42 581

Počet odešlých klientů z pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením

2015		2016		2017		2018	
Do přirozeného sociálního prostředí	Do pobytové sociální služby komunitního charakteru	Do přirozeného sociálního prostředí	Do pobytové sociální služby komunitního charakteru	Do přirozeného sociálního prostředí	Do pobytové sociální služby komunitního charakteru	Do přirozeného sociálního prostředí	Do pobytové sociální služby komunitního charakteru
157	330	146	159	113	98	90	113

2019		2020		2021	
Do přirozeného sociálního prostředí	Do pobytové sociální služby komunitního charakteru	Do přirozeného sociálního prostředí	Do pobytové sociální služby komunitního charakteru	Do přirozeného sociálního prostředí	Do pobytové sociální služby komunitního charakteru
165	102	90	159	106	116

Zdroj: prezentace MPSV 2023a

Pointa prvního přehledu z prezentace je podle MPSV v tom, že „kapacita lůžek pobytové služby domovů pro osoby se zdravotním postižením klesla v období od roku 2007 do roku 2022 o 4 865 lůžek, tj. celkem o 29 %. Naproti tomu počet lůžek v pobytové službě chráněné bydlení vzrostl od roku 2007 do roku 2022 o 2481 lůžek.“ Pointa druhé z tabulek je v tom, že od roku 2015 do roku 2021 „odešlo ze služby do přirozeného prostředí celkem 867 klientů a do pobytové sociální služby komunitního charakteru za stejné období celkem 1 077 klientů“ (MPSV 2023a).

Tyto dvě tabulky společně zhmotňují příběh proměny, jak jej vidí stát. Je to příběh o pozitivním, dlouhodobém trendu v české sociální politice, kdy se postupně snižuje celková kapacita pobytové služby domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) a navyšuje se kapacita chráněného bydlení (CHB). A současně je to příběh o odchodech jednotlivců z DOZP do těchto nových kapacit chráněného bydlení a do nově vybudovaných komunitních DOZP a také mimo pobytové sociální služby.

Výsledky tohoto bilancování podle MPSV ukazují, že budoucí vývoj navazuje na dobrý základ. Příběh totiž nekončí v současnosti, ale dívá se dál. A tady MPSV zdůrazňuje, že platná „Národní strategie rozvoje sociálních služeb“ (MPSV 2015a) i návazný „Akční plán deinstitucionalizace“ (MPSV 2022a) cílí správným smě-

rem, a jsou navíc ambiciózní, když na konci dekády, v roce 2030, má být „kapacita komunitního charakteru u domovů pro osoby se zdravotním postižením 80 % z celkové kapacity tohoto druhu soc. služby“ (MPSV 2022a: 15). Jako seriózní plán má také milníky, konkrétně v roce 2025 má být v realizaci 40 transformačních plánů pobytových sociálních služeb a mají se k tomu čerpat finanční prostředky z Evropského operačního programu IROP 2021–2027 (tamtéž).³

Transformace, která nenaplnuje Úmluvu

Pozitivní obraz trendu uplynulých 15 let je široce sdílený, vidí ho stejně i další zástupci státu. Dynamiku změny, rámovanou příběhem o tom, jak komunitní pobytové služby postupně nahrazují ústavní „domovy“, reflektuje také například náměstek Ministerstva zdravotnictví ČR, když na sociálních sítích popisuje deinstitucionalizaci právě jako „přetvoření velkého zařízení DZR nebo DOZP na menší zařízení komunitního či rodinného typu (v souladu s našimi mezinárodními závazky a požadavky na důstojnost člověka), aby klienti žili v prostředí maximálně se blížícím domácímu“ (Pláteník, FB, 21. 2. 2024). Příběh o „přerodu“ služeb DOZP na komunitní pobytové služby tedy podle této logiky odpovídá nárokům Úmluvy OSN o právech lidí se zdravotním postižením. Tato logika však pokulhává, protože podle článku 19 Úmluvy má docházet k nahrazování (!) institucionálního prostředí službami podporujícími nezávislý způsob života, mezi něž ovšem patří celá škála služeb, včetně osobní asistence, tedy nejen služby pobytové. V rozporu s tím i aktuální projekt MPSV „Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v České republice“ pojímá deinstitucionalizaci jako přestavbu ústavních na komunitní pobytové služby.⁴

Pozitivní závěry MPSV o průběhu, dosavadních výsledcích a budoucím směřování proměny institucionální péče by mohly být dobrou zprávou pro lidi se zdravotním znevýhodněním v Česku. Ale i rychlá konfrontace ministerského narativu s požadavky Úmluvy v předchozím odstavci ukazuje, že věc je o dost složitější, než jak ji popisuje MPSV. Jelikož jde o závažné téma, týkající se tisíců zranitelných osob, v mnoha případech zcela závislých na péči druhých, je třeba závěrům MPSV věnovat důkladnější kritickou pozornost. Už proto, že podle mnoha zkušeností těchto lidí samotných, jejich příbuzných nebo i podle lidí pracujících v sociálních službách, se lidem se zdravotním znevýhodněním dlouhodobě nedostává potřebné podpory, změny se odehrávají příliš pomalu a s nepříliš uspokojivým výsledkem. Také celá řada výzkumných studií a expertních reportů, na rozdíl od MPSV, vidí vývoj transformace kriticky. Nejnověji se na stav sociálních politik ptá například Ombudsman (VOP 2024), který chce „posoudit postoj MPSV a jednotlivých krajů k deinstitucionalizaci, identifikovat bariéry bránící procesu deinstitucionalizace a posoudit stav deinstitucionalizace na národní úrovni (zodpovědný subjekt MPSV) a v jednotlivých krajích“ (VOP 2023: slide 8).

³ Pro čtenáře je to možná trochu předčasné, ale již zde musíme upozornit na jeden nenápadný, a přesto významný rozpor uvnitř tohoto údajně úspěšného příběhu. Zatímco MPSV (2023a) kontrastuje pokles počtu „lůžek“ v DOZP a nárůst „lůžek“ v CHB, plánovaný cíl Akčního plánu – 80 % komunitních kapacit – se týká pouze DOZP. Akční plán (MPSV 2022a) tak de facto přiznává, že alternativou ústavů mají být zase jen pobytové služby typu DOZP. Chráněná bydlení nejsou vlastně zamýšlena jako služby pro lidi s vyšší mírou podpory. Natož aby se uvažovalo o tom, že i lidé s (nej)vyšší mírou podpory by mohli žít nezávislým životem prostě tak, že by žili doma s podporou terénních služeb, jak to zaručuje čl. 19 Úmluvy. To je v kostce celý problém české transformace a ne/naplnování Úmluvy: deinstitucionalizace je pojímána víceméně jako přestavování ústavních služeb na jiné pobytové služby, ve výhledu Akčního plánu dokonce především na „komunitní“ DOZP. Terénní (a ambulantní) služby i přes prohlášení různých strategických dokumentů zůstávají na okraji zájmu, prakticky bez jakéhokoliv koncepčního uchopení jejich rozvoje.

⁴ Cílem projektu „je zvýšit kvalitu života klientů sociálních služeb a umožnit jim žít běžný život tím, že budou moci využívat dostupnou transformovanou službu komunitního charakteru“. Viz [web projektu](#).

Normativní rámec nezávislého (způsobu) života

Stav a proměny sociálních služeb nesledujeme ve vzduchoprázdnu, ale na pozadí *normativního rámce nezávislého života lidí s postižením*. Tak změny vyhodnocuje sama Česká republika od doby, kdy ratifikovala Úmluvu OSN o právech lidí s postižením a podává o nich a o naplňování Úmluvy zprávy do Ženevy (Vláda 2011, 2020).

Koncept nezávislého života se zrodil v emancipačním hnutí za práva lidí s postižením, které v různých státech a s různou intenzitou od 60. let 20. století požaduje, aby lidé s postižením mohli vést normální život, aby byly valorizovány jejich sociální role a měli zajištěné právo na běžný život či lidskou důstojnost (Bank-Mikkelsen 1969, Nirje 1972, Wolfensberger 1980, O'Brien 1981). Nezávislý život je tak součástí široké rodiny idejí, které vidí člověka s postižením především jako člověka s vlastními potřebami, cíli a přáními a vyžadují proto komplexní změny, aby lidé s postižením měli možnost žít své životy jako ostatní lidé ve společnosti. I samotný termín nezávislý život prošel za více než třicet let vývojem, kdy odkazoval k souboru aspektů každodennosti, známých v Kalifornii 80. let jako „dvanáct základních práv“, ve Velké Británii 90. let jako „dvanáct pilířů nezávislého života“, či ve stejné době v Holandsku a ve Skandinávii jako „sedm principů nezávislého života“, které se pak také propsaly například do zakládací listiny Evropské sítě za nezávislý život (ENIL) (Mladenov a kol. 2023) a od roku 2006 také do Úmluvy OSN, kde jsou tyto „pilíře“ rozvedené do 50 článků Úmluvy a zahrnují oblasti od mobility, bydlení, práce a sociálního začlenění, po možnost volit, a postihují tak domény běžného života.

Emancipační hnutí za běžný, nezávislý život předkládají požadavek na to, aby lidé s postižením mohli rozhodovat o běžných věcech a mít běžnou míru kontroly nad vlastním životem. Akcent na nezávislost v rozhodování o běžných záležitostech vychází z historické zkušenosti vyloučení lidí s postižením v institucích sociální péče nebo ze zkušenosti s životem v rodinách bez takové podpory, která by jim umožňovala žít podobným způsobem, jako žijí jejich vrstevníci. Proto také pro většinu lidí nejbanálnější z každodenních aktivit, jako jsou možnost zvolit si, kdy a co snídám, kam a kdy odcházím z domu, nebo jak mám zařízený nejintimnější prostor, patří v tomto historickém kontextu mezi nejzásadnější markery změny života člověka s postižením.

Existují určité definiční prvky ústavu, jako je povinné sdílení asistentů s ostatními a žádný nebo omezený vliv na to, kdo asistenci poskytuje, izolace a segregace od nezávislého způsobu života v komunitě, nedostatečná kontrola nad každodenními rozhodnutími, nedostatečná možnost volby dotyčných osob, s kým budou žít, přísná rutina bez ohledu na osobní vůli a preference, stejné činnosti na stejném místě pro skupinu osob pod určitou autoritou, paternalistický přístup při poskytování služeb, dohled nad životními podmínkami a nepřiměřený počet osob se zdravotním postižením ve stejném prostředí. (Výbor OSN 2022: 2)

Přesto, že architektura celé Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením kopíruje holistické pojetí „pilířů nezávislého života“, následující text – i když se zabývá naplňováním práva na nezávislý život – lze číst také jako zprávu o deinstitucionalizaci, tedy o proměně systému sociálních služeb. Je to proto, že Úmluva má sice desítky článků a nezávislost je zmiňována průběžně mezi výchozími zásadami spolu s důstojností, svobodou volby a samostatností, dále pak na řadě míst v kontextu specifických témat od mobility po právní jednání, přitom je však „nezávislému způsobu života“ jako takovému věnovaný jen jeden konkrétní článek č. 19, který se mimo jiné zaměřuje právě na vazbu mezi nezávislým životem a konkrétními druhy sociálních služeb. Článek č. 19, nazvaný „Nezávislý způsob života a začlenění do společnosti“ říká:

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;⁵

(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. (OSN 2006: 11–12)⁶

Proto se pozornost advokačních strategií, státních sociálních politik věnovaných naplňování práva na nezávislý život, stejně jako mezinárodní monitoring implementace Úmluvy v tématu „nezávislý život“ upírají právě na článek č. 19 a ještě specifičtěji na povahu sociálních služeb a na transformaci dosavadních systémů sociální péče. Hnutí za deinstitucionalizaci například usiluje o to, aby lidé s postižením mohli žít „život jako každý jiný“ (SPMP a JDI 2021), a za tím účelem požaduje, aby nově vznikající pobytové služby byly komunitní (tím, že naplní určité parametry). Evropská síť pro nezávislý život (ENIL) usiluje také o vznik určitého druhu komunitní podpory a služeb a na první místo klade osobní asistenci.⁷

Těsné propojení mezi „nezávislým životem“, článkem 19 Úmluvy OSN a procesy deinstitucionalizace a rozvoje komunitních služeb se tak nutně otiskuje i do našeho textu. Sledujeme, jaké druhy služeb MPSV coby gestor implementace celé Úmluvy spojuje s nároky a požadavky nezávislého života a nakolik sociální politika přitom s některými druhy sociálních služeb počítá, zatímco s jinými nepočítá.

⁵ Používáme zde správný překlad odstavce (b) článku 19 a opravujeme tak ustálenou chybu, díky níž došlo k významovému posunu. Ve správném překladu článek 19 hovoří o komunitních službách podpory (community support services), kam patří terénní a pobytové komunitní služby, a dodává se „včetně osobní asistence“, a tyto komunitní služby jako celek pokládá za nezbytné pro nezávislý život a začlenění. Článek 19 tedy nepreferuje konkrétní druhy komunitní podpory. Nesprávný překlad vyňal osobní asistenci z komplexu komunitních služeb a označil pouze ji za podporu, která je nezbytná k naplnění nezávislého života. Mezinárodně závazné je znění v anglickém jazyce (a dalších oficiálních jazycích OSN), v ČR je závazné obojí znění a publikuje se ve Sbírce v originále a v překladu zároveň. (Viz Přílohu 1 – Oprava překladu článku 19 odst. b, c.)

⁶ Stejně tak v odstavci (c) článku 19 opravujeme překlad z „komunitní služby“ na „veřejné služby“, protože Úmluva v tomto bodě nemyslí sociální služby, poskytované v běžném prostředí, pro něž se v češtině ustálil výraz „komunitní služby“, ale myslí běžné veřejné služby působící v obci, jako například hromadnou dopravu, obchody, dětské skupiny, kadeřnictví, zájmové a sportovní kroužky atd., které jsou pro lidi se zdravotním znevýhodněním zatím spíše vysokoprahové. (Viz Přílohu 1 - Oprava překladu článku 19 odst. b,c.)

⁷ Viz <https://enil.eu/>

Zaměření a struktura výzkumné zprávy

Hlavní výzkumná otázka této zprávy navazuje přímo na znění článku 19, konkrétně odstavců a) a b).

→ Nakolik **sociální politiky a stávající systém sociálních služeb v ČR vytvářejí podmínky** pro to, aby si lidé se zdravotním znevýhodněním **mohli zvolit**, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít, a **nebyli nuceni** žít ve specifickém prostředí; aby **měli přístup** ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším komunitním službám, včetně osobní asistence?

Dílčí otázky jsou následující:

1. Jak vypadá **současné vědění o stavu sociálních politik a služeb**? Co říkají různé studie a hodnocení?
2. Jaké jsou **současné zdroje dat** o situaci v sociálních službách? Co říkají o současném stavu služeb? Co umožňují a co neumožňují vidět/vědět?
3. Jak mají podle státních a krajských politik **vypadat sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním v příštích letech**? Jak jasný ten obraz je? Co říká o možnostech služeb naplňovat právo lidí s postižením na nezávislý způsob života?

Na tyto otázky podáváme odpovědi v jednotlivých kapitolách. Po úvodu a kapitole o metodologii provádíme syntézu dosavadních poznatků, která umožňuje příběh MPSV konfrontovat s nezávislým pohledem na proměnu sociálních služeb v Česku. Metaanalýzu následně doplňujeme analytickými kapitolami k tématům, k nimž nezávislé studie odkazují, avšak již nutně detailněji nerozpracovávají, totiž k samotným podmínkám a předpokladům české transformace, k tomu, co vlastně veřejná správa vidí a ví, jak zjišťuje, co je potřebné, a pomocí jakých nástrojů a v jakých podmínkách plánuje rozvoj sociálních služeb, aby Česká republika mohla dostát své povinnosti zajistit podmínky pro nezávislý život lidí se zdravotním znevýhodněním. Většina nedostatků zjištěných nezávislými studii a mezinárodním monitoringem totiž souvisí s nevhodným nastavením systému sociálních služeb, slabou schopností veřejné správy sbírat a využívat vhodná data o potřebách lidí se zdravotním znevýhodněním a o stavu služeb, stejně jako s tradičními představami o lidech se zdravotním postižením, jejich potřebách a způsobech jejich naplňování, které se propisují do sociálních politik, nebo s politickým kontextem správy sociálních věcí.

- **První kapitola** popisuje metodologii této studie – především 5leté scoping review a interpretativní analýzu.
- **Druhá kapitola** systematicky mapuje dosavadní poznatky nezávislých studií a reportů o procesu deinstitutionalizace a naplňování Úmluvy a následně přibližuje debatu o posunech v naplňování práva na nezávislý život, kterou Česká republika od roku 2008 vede s Výborem OSN pro práva osob se zdravotním postižením.
- **Třetí kapitola** doplňuje předchozí metaanalýzu rozbořením toho, jak vlastně veřejná správa vidí sociální služby a lidi se zdravotním znevýhodněním, jaká data shromažďuje a co při jejich interpretaci opomíjí, ale také jaká data nesbírá, a přitom by měla, aby na jejich základě bylo možné plánovat rozvoj sociálních služeb v souladu s nároky na nezávislý život. Nabízí také možné řešení v podobě nového přístupu k vyhodnocování potřeb a plánování.
- **Čtvrtá kapitola** je analýzou vládní sociální politiky. Dosavadní studie doplňuje tím, že sleduje představy o sociálních službách a jejich budoucím stavu, stejně jako představy o potřebách lidí se zdravotním postižením, vtělené do strategických dokumentů státu, přičemž ukazuje, že některé z těchto představ jsou samy překážkou žádoucí změny.
- **Pátá kapitola** se zaměřuje na krajskou sociální politiku a její explicitní i implicitní vize toho, jak mají vypadat sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním. Dosavadní poznatky o problémech ve fungování střednědobého plánování doplňujeme o analýzu předpokladů a faktorů, které krajům umožňují rozvíjet síť sociálních služeb v souladu s potřebami lidí a s požadavky Úmluvy.

- **Šestá kapitola** se s odkazem na zjištění celé zprávy věnuje otázce, co vlastně má být dobrým výsledkem úsilí České republiky o transformaci sociálních služeb. Předkládá návrh, jak konkrétněji formulovat parametry obecné vize obsažené v Úmluvě o škále komunitních služeb, terénních i pobytových, které mají člověku umožnit žít na rovnoprávném základě s ostatními.

1. Metodologie

1. Metodologie

Tato analýza stavu sociálních služeb a politik je založena na dvou metodologických přístupech. První přístup využívá metodologii **scoping review** k syntéze existujícího poznání ohledně stavu služeb ve vazbě na naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v kapitole 2.1. Druhý přístup je použit v kapitolách 2.2., 3., 4. a 5. prostřednictvím širšího rámce **interpretativní analýzy** sociálních politik.

1.1. Syntéza evidence: 5leté scoping review

Oficiální příběh MPSV o proměnách sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním, načrtnutý v úvodu, navozuje otázku, nakolik je tento pozitivní příběh konzistentní se zjištěními nezávislých šetření a reportů. Na téma transformace služeb, dopadů změn v sociálních službách, hodnocení, jak Česko naplňuje požadavky Úmluvy, byla publikovaná řada dílčích prací. Cílem podkapitoly 2.1. bylo provést syntézu dosavadních poznatků, protože podobný souhrn poznání pro Českou republiku zatím chyběl.

Otázka, na níž podkapitola 2.1. odpovídala, zněla: *Jaký je podle nezávislých šetření aktuální stav sociálních služeb v Česku s ohledem na naplňování čl. 19 Úmluvy, tedy nakolik služby umožňují nebo budou umožňovat nezávislý způsob života dospělých lidí se zdravotním znevýhodněním?*

Syntézou evidence je míněn systematický proces vyhledání relevantních zdrojů, které umožní odpovědět na specifickou otázku. Syntéza byla v kapitole 2.1. provedena prostřednictvím scoping review (Moher a kol. 2009, Page a kol. 2020). Výhodou scoping review je, že umožňuje mapování rozsahu a povahy sledovaného předmětu zájmu za využití různorodých zdrojů evidence. Nemá tedy, na rozdíl od klasické systematické rešerše, primárně za cíl prokázat, jak silnou má vybraná intervence nebo model důkazní základnu (Munn a kol. 2018). Jinými slovy, umožňuje mapovat, jak v tomto případě stav sociálních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním vypadá, co se o něm ví, a případně, jaká je na hodnoceních shoda. Metodologický postup vychází z aktuální verze manuálu pro systematické rešerše, vyvinutého v Joanna Briggs Institute (Page a kol. 2020).

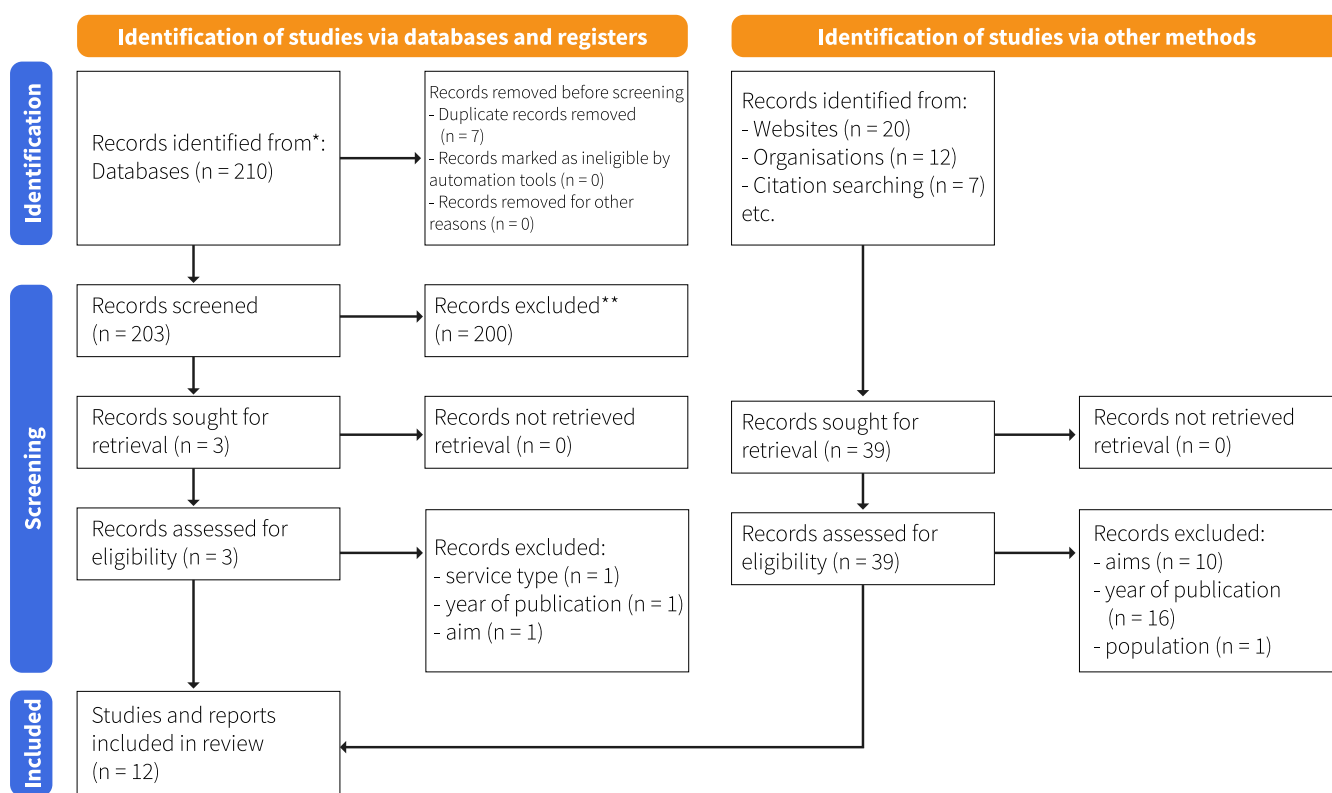
V souladu s tím jsme v návaznosti na definovanou otázku stanovili kritéria výběru:

- Zacílení otázky na aktuální stav sociálních služeb znamenalo, že soubor analyzovaných publikací měl zahrnout pouze šetření publikovaná v posledních pěti letech (2019–2023), starší texty do analýzy neměly být zařazeny.
- Zaměření otázky na to, zda služby umožňují či budou umožňovat nezávislý život, znamenalo, že soubor měl obsáhnout jak analýzy politik a strategických dokumentů, tak také studie proměn služeb, dosavadních trendů i budoucích výhledů. Naopak do souboru analyzovaných textů neměly být včleněny studie věnované tématům sice souvisejícím, ale nikoliv vymezeným primárně zájmem o stav sociálních služeb.
- Ze zaměření otázky na služby pro (dospělou) populaci osob se zdravotním znevýhodněním do 65 let věku také vyplynulo, že součástí souboru neměly být texty o službách pro seniory ani šetření stavu služeb určených pro další specifické skupiny (jako například služeb pro romské ženy).
- Soubor textů rovněž neměl zahrnout studie, které se zabývají proměnou zdravotních institucí, např. psychiatrických léčeben, mohl však obsáhnout reporty věnované procesu transformace sociálních, ale také sociálně-zdravotních institucí pro definovanou populaci.

Na základě těchto kritérií jsme provedli vyhledávání a screening literatury a zdrojů. Postup při vyhledávání a screeningu souhrnně popisuje **Diagram 1**. První vyhledávací strategií bylo vyhledávání v databázích akademických textů. Nejistota výběru konkrétní databáze s ohledem na téma a otázku byla vyřešena vy-

užitím nástroje One Search, tedy vyhledáváním napříč databázemi. Vyhledávací fráze využívaly kombinace klíčových slov souvisejících s deinstitucionalizací, komunitními službami a nezávislým životem v Česku a Evropě (aby se zachytily i srovnávací studie v rámci EU). Na základě vyhodnocení relevance došlo k zařazení/vyřazení části odkazů. Zařazené texty byly získané v plném znění k detailnímu screeningu. Opět byla uplatněna kritéria výběru a došlo k dalšímu zařazení/vyřazení studií, která těmito kritériím ne/odpovídala. První vyhledávací strategie nenalezla text, který by bylo možné zařadit do korpusu textů určených k analýze. Druhá vyhledávací strategie se soustředila na tzv. „šedou literaturu“, tedy literaturu mimo databáze a procesy akademického publikování (Adams a kol. 2016). Texty byly vyhledány na webových stránkách a v katalogích relevantních institucí (výzkumné ústavy, knihovny Akademie věd, profesní asociace, instituce veřejné správy, ombudsman, expertní a vzdělávací organizace), v textech jako další odkazy a pomocí klíčových slov ve vyhledávači Google. Tímto způsobem bylo identifikováno a získáno celkem 39 textů v plném znění. Následně byla uplatněna předem stanovená kritéria výběru a došlo k zařazení/vyřazení studií, které těmito kritériím ne/odpovídaly. Touto strategií bylo do korpusu textů určených pro analýzu získáno 13 textů, což je také celková velikost analyzovaného souboru.

Diagram 1 Diagram vyhledávání literatury pro rešerši nezávislých studií podle PRISMA-ScR, vyhledávání v databázích a dalších zdrojích



* Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

** If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: www.prisma-statement.org/

S ohledem na povahu textů zařazených v korpusu, jejich různorodou kvalitu a nejistoty ohledně konceptuální ekvivalence, byla souhrnná analýza a agregace evidence poučena metodologií interpretativní syntézy (Dixon–Woods a kol. 2006, Göransson a kol. 2023).

Analýzovaný korpus souhrnně popisuje **Tabulka 1**, všímá si metodologického rámce jednotlivých studií, předmětu, normativního rámce a zacílení reportingu. Tři studie zahrnuté do korpusu využívají specifické nástroje, jež samy vytvořily, a dvě využívají přijaté nástroje reportování výsledků. Korpus je mixem studií, zaměřujících se na rozbor politik a studií, sledujících proměny sociálních služeb, případně kombinaci obou zaměření. Většina studií se vztahuje k naplňování požadavků Úmluvy, tři studie zahrnuté do korpusu reportují stav a proměny sociálních služeb ve vazbě na vlastní standard. Z pohledu zacílení obsahuje korpus opět mix studií, těch hodnotících trendy a celkový vývoj, i těch, které sledují dopady změn.

Tabulka 1 Metodologie, předmět, normativita a zacílení korpusu nezávislých studií

	ANED ⁸ 2019	ANED 2023	EEG 2020	HAN- KOVÁ 2021	INCLU- SION 2023	PALEČEK 2019	SPMP 2021	STEM/ MARK 2021	Šiška 2021	VOP 2020a	VOP 2020b	VOP 2024
METODOLOGIE												
- desk research	+	+	+			+	+	+	+	+	+	+
- rozhovor/dotazník/ pozorování			+	+	+	+		+		+	+	+
- vlastní nástroj					+		+					
- přejetý nástroj	+	+										
PŘEDMĚT												
- politiky	+	+	+		+	+			+		+	+
- služby			+	+	+	+	+	+	+			
- pobytové			+		+	+	+	+	+	+		
- terénní (OA, PSB)				+		+					+	
NORMATIVITA												
- soulad s Úmluvou	+	+	+		+	+			+	+		+
- vlastní standard				+ ⁹			+ ¹⁰	+ ¹¹				
HODNOCENÍ												
- trendy	+	+	+		+	+	+		+	+	+	+
- dopady			+	+	+	+		+	+			
- návrhy na zlepšení	+	+	+		+							+

⁸ V tabulce je u jednotlivých studií uváděn s ohledem na nedostatek místa pouze první autor, v textu jsou již odkazy uvedené podle platného citačního úzu.

⁹ Naplňování standardů kvality sociálních služeb.

¹⁰ Standard běžného bydlení jako předpoklad běžného života.

¹¹ Evaluační otázky projektu a jejich naplnění.

1.2. Intepretativní analýza sociálních politik

Intepretativní analýza sociálních politik je analýza, která vychází z metodologických předpokladů interpretativních filozofií, kde se hlavní zájem soustřeďuje na „významy“ (Yanow 2007, Fischer 2003). Analytické postupy se proto často orientují na jazyk a další „kódy“ (např. statistické metody) používané v debatách ohledně sociálních politik, stejně jako v konkrétních politikách a jejich textových modalitách, jakými jsou texty strategií, zpráv, doporučení, metodických návodů apod. Procesy tvorby a implementace sociálních politik jsou chápány a studovány v celé jejich délce a komplexitě jako „debaty“, tedy jako kontinuální spory o významy, o definování reality a spolu s tím vystupují jako snahy konkrétních aktérů o to, nakonec ustálit vlastní „příběh“ sociální politiky jako onu nepolitickou „jedinou možnou volbu“, vycházející z vlastní definice problému, která přitom pouze odráží reálné potřeby. V tomto pojetí studovaných jevů se interpretativní analýza odlišuje od klasických přístupů ke studiu „jevů“ v rámci technicko-racionálního pojetí tvorby politik, jemuž vyčítá nedostatečnou reflexi reality jejich vzniku a implementace. Intepretativní analýza studuje „jevy“ jako pokaždé někým a nějak uchopované, rámované, interpretované, kdy až řetězení interpretací nakonec dává vzniknout realitám světa, jak je známe (Yanow 2015).

Intepretativní analýza se přitom snaží reflektovat lokální procesy a vědění různých aktérů, kteří vstupují do procesů tvorby a implementace sociálních politik. To také může znamenat, že se širšímu obecnstvu zpřístupňuje něco, co je známo jen některým z aktérů, nebo se tematizuje to, co bylo spolu s (dočasným) ustálením významů a uzavřením debaty zahlazeno a co je přitom třeba připomínat a znovu otevírat (Yanow 2015: 415). Zájem analýzy se také často soustřeďuje na to, co konkrétní politiky znamenají pro jednotlivé strany, jak jsou definované problémy, jak se z problémů stávají politiky a jak vypadá jejich překládání do realit různých příjemců. Sociální a historické kontexty a mocenské vlivy patří mezi důležité analytické opory intepretativní analýzy (Durnová 2022).

Metodologicky využívá intepretativní analýza sociální politiky mixu metod, jejichž sdíleným předpokladem je, že studovaná realita není neproblematicky uchopovaná pomocí analytických nástrojů, ale že metody, statistiky či indikátory – ty studované, stejně jako ty pro studium používané – jsou pokaždé součástí konkrétních vizí světa, vycházejí z konkrétních předpokladů, které se do nich také propisují, a je proto praktičtější k nim přistupovat jako k součásti sledovaných procesů, než jako k transparentním nástrojům, které jako by existovaly mimo kontexty svého vzniku a používání.

V tomto duchu jsme v kapitolách 2.2, 3, 4 a 5 provedli kritické čtení relevantních sociálně-politických textů. Použitá data tvořily texty vzniklé v rámci politiky rozvoje a proměny sociálních služeb v České republice. Kritériem pro zařazení do souboru zdrojů byla tematická relevance k tématům a otázkám, kladeným v každé z kapitol. Do korpusu byly jako hlavní zdroje zařazeny národní plány a strategie a akční plán, týkající se naplňování článku 19 Úmluvy, stejně jako souhrnné zprávy a hodnocení, které stáť k tématu produkuje, a metodické návody a doporučené postupy. Dále krajské strategie rozvoje sociálních služeb, jejichž prostřednictvím se změna na úrovni sociálních služeb má realizovat. Jako doplňkové zdroje jsme využili záznamy a zápisy relevantních orgánů samospráv, v malé míře také prezentace a výstupy z veřejných akcí (jako tematicky relevantní konference a semináře). Soubor zdrojů určených pro intepretativní analýzu čítá 73 dokumentů – viz **Tabulku 2**.

Tabulka 2 Analyzované textové zdroje

Analyzované textové zdroje	Počet
stát – strategické dokumenty	5
stát – zprávy a sebehodnocení	35
kraje – strategické dokumenty	17
metodické dokumenty	13
doplňkové dokumenty – zápisy a záznamy o jednání aktérů	3
Celkový počet analyzovaných dokumentů	73

Datový soubor obsahuje veřejně dostupné dokumenty a výstupy projektových aktivit, neobsahuje rozhovory a pozorování získaná pouze pro účely terénního výzkumu. Předkládaná analýza veřejně dostupných textů či prezentací na veřejných událostech tak nezasahuje do integrity osob (jako by tomu mohlo být u analýzy dat získaných v rámci výzkumných rozhovorů či pozorování aktérů a jejich interakcí).

Vlastní analýza dat je založená na *constant comparative method* (Charmaz 2007), což zahrnuje četbu získaných dat a identifikaci klíčových témat, vymezených v interakci s analytickými otázkami, uvedenými v úvodní kapitole. Následně jsou témata zpětně srovnávaná s daty, aby vznikající analytické kategorie zůstávaly smysluplné a pomáhaly řešit zacílení analýzy. Současně s tím je analytický postup informovaný koncepty kritické policy analýzy (McKee 2009).

Doplňkovou součástí procesu **interpretace dat** bylo využití tzv. „společné autoetnografie“ (*collective autoethnography*) autorů studie, tedy kvalitativní sociálně vědní metody, která při analýze využívá osobní zkušenosti výzkumníků (Boylorn a kol. 2016). Autoetnografické sdílení vlastních zkušeností umožnilo autorům doplnit primární data o širší vrstvu poznání z různých rolí v systému sociálních služeb (uživatelé, poskytovatelé, zadavatelé, hodnotitelé i vzdělavatelé), které autoři zastávali v uplynulých 25 letech a mohli zkušenosti z nich zahrnout do procesu polyfonického vyprávění, dotazování se, analyzování a psaní (Tabb a Valdovinos 2019, Carson a Hurst 2022, Gant a kol. 2019).

S pomocí těchto postupů jsme analyzovali „příběh“ MPSV, s jehož pomocí stát již déle než 10 let komunikuje (a konstruuje) své jednání, intence a cíle, přičemž akcentuje pozitivní dopady svých politik a praktických opatření. Podobně se snažíme nahlédnout „za“ čísla lidí se znevýhodněním a analyzovat je nejen jako transparentní kategorie vykazování, ale především jako nástroje, které umožňují vidět některé aspekty skládaného světa a současně nevidět jiné. Průběžně jsme tak analyzovali představy, ideologie a celkovou „teorii změny“, vepsanou do národních a krajských politik (a souvisejících praxí), které mají zásadní vliv na to, oč strategické dokumenty usilují, nebo co naopak ignorují.

2.

**Vývoj sociálních politik
a služeb v Česku
nezávislým pohledem
výzkumu a zahraničních
partnerů**

2. Vývoj sociálních politik a služeb v Česku nezávislým pohledem výzkumu a zahraničních partnerů

Shrnutí:

- V posledních pěti letech vyšla řada nezávislých studií, které sledují a hodnotí, jak Česká republika naplňuje právo lidí se zdravotním znevýhodněním na nezávislý život.
- Kromě toho sleduje postup Česka při naplňování Úmluvy také Výbor OSN pro osoby se zdravotním postižením, kterému Česko zasílá pravidelné zprávy o plnění požadavků Úmluvy.
- Nezávislé studie vycházejí ze stejných dat, jaká využívá stát, avšak místo pozitivního příběhu, který prezentuje ČR, hodnotí dosavadní vývoj jako pomalý a dopady změny jako ambivalentní. Řada cílů zůstává na úrovni deklarací a většina lidí se zdravotním znevýhodněním, kteří využívají pobytové služby sociální péče, stále čeká na změnu v nevyhovujících ústavních podmínkách.
- Nezávislé studie dále hodnotí řízení a monitoring změny jako nedostatečné a upozorňují například na nedostatek správných dat, která by umožnila monitorovat a vyhodnocovat posuny systému sociálních služeb. Strategie podle expertů postrádají kvantifikované milníky a plánovitě nesměřují k postupnému uzavření velkých pobytových zařízení.

- **Do třetice nezávislé studie poukazují na to, že implementace změny je nestabilní a není nastavená udržitelně, neboť její financování dlouhodobě závisí na externích zdrojích, zejména zdrojích EU.**
- **Podobně hodnotí postup české transformace sociálních služeb také Výbor OSN pro osoby se zdravotním postižením, který poukazuje na to, že v ústavních službách je stále mnoho lidí se zdravotním znevýhodněním a strategické dokumenty ani praktické kroky nevedou jednoznačně k požadované změně.**
- **Celkově se nezávislý pohled expertů i Výboru OSN shoduje na tom, že nedostatečná nabídka komunitních služeb, zejména služeb terénních, brání lidem se zdravotním znevýhodněním v uplatňování práva rozhodovat o svém životě.**

V této kapitole se ptáme, co je známo o vývoji a stavu sociálních služeb a deinstitucionalizace v Česku mimo koridory veřejné správy: jaký je konsenzus nezávislých, expertních šetření a mezinárodních aktérů a nakolik je konzistentní s oficiálním příběhem státu o pozitivním vývoji a výsledcích české deinstitucionalizace.

Nejprve proto provádíme syntézu evidence o průběhu a dopadech politik a konkrétních procesů změny, tedy systematický souhrn zjištění, jak je podávají nezávislé studie a reporty, které se této otázce věnovaly v posledních pěti letech. Metaanalýza odpovídá na otázku, jaký je podle nezávislých šetření aktuální stav sociálních služeb v Česku s ohledem na naplňování čl. 19 Úmluvy, tedy nakolik služby umožňují nebo budou umožňovat nezávislý způsob života dospělých lidí se zdravotním znevýhodněním.

V druhé části kapitoly se pak věnujeme proměně sociálních služeb ve vazbě na naplňování práva na nezávislý život, jak byla tematizovaná v interakci mezi Českou republikou a Výborem OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Jde o svěbytnou debatu mezi konkrétním státem a mezinárodní institucí o změnách, které daný stát realizuje, aby dostal závazkům vůči svým občanům, konkrétně, aby lidem se zdravotním znevýhodněním v Česku umožnil žít nezávislý život. Výbor OSN prostřednictvím takových dvoustranných „debat“ monitoruje naplňování Úmluvy v jednotlivých signatářských zemích a debata s Českou republikou trvá od roku 2011, průběžně ji taktují sebehodnocení, které stát vypracovává pro Výbor OSN a po několikaleté zevrubné přípravě je projednává na společném setkání v Ženevě.

2.1. Co říkají nezávislé studie o stavu sociálních politik a služeb s ohledem na naplňování Úmluvy

2.1.1. Ambivalence nastavení a výsledků změny

Hodnocení trendů ve vývoji sociálních služeb v Česku na jednu stranu koresponduje s příběhem MPSV o dílčích úspěších a pozitivním trendu. Také nezávislé reporty potvrzují, že „mezi lety 2007 a 2018 klesl počet institucí o 10 % a o 30 % se snížil počet lidí se zdravotním znevýhodněním, kteří žijí v institucích. Z institucionální péče odešlo přes 1500 osob“ (EEG 2020: 37). Současně dodávají, „stále v nich však žije přibližně 16 000 lidí se zdravotním znevýhodněním“ (tamtéž). Konstatují, že nejsou identifikovatelné závažné rozpory mezi vládními strategiemi a požadavky a metodikami Výboru OSN pro práva lidí se zdravotním postižením, neboť klíčové strategie vytyčují horizont směřování pomocí takových konceptů, jako je právo zvolit si místo, kde bude člověk žít, nebo rozvoj komunitních pobytových a terénních služeb, včetně osobní asistence. Upozorňují však na nenaplňování těchto dlouhodobých cílů (ANED 2019).

Část studií naopak připomíná, že již od počátku byla celonárodní politika transformace nastavena mimoběžně k východiskům práva na samostatný život, které je platné pro každého člověka se zdravotním znevýhodněním bez ohledu na míru potřebné podpory. Možnost volby, kde bude člověk žít, má být zajištěná terénními a komunitními pobytovými službami. Namísto toho se česká transformace vyznačuje přesvědčením, vtěleným také do strategických dokumentů, že lidé s vysokou mírou potřebné podpory mají žít v pobytových službách, což je v rozporu s možností volby, kterou Úmluva zaručuje (Paleček 2019). Analýza politik tak ukazuje, že ve skutečnosti stát lidem s vysokou mírou potřebné podpory neplánuje tuto volbu umožnit, neboť nemá za to, že by měli mít přístup k dostatečně vybavené terénní a ambulantní podpoře. Místo toho pro ně chce vytvářet (pouze) specializované pobytové služby, často dokonce nekomunitního charakteru (Paleček 2019). To potvrzuje také zjištění, že osobní asistence (či podpora samostatného bydlení) nemá strategické ukotvení v národních plánech transformace (ANED 2023). Osobní asistence je v menší míře využívána lidmi se znevýhodněním v oblasti intelektu (a s vyšší mírou potřebné podpory), u nichž je vyšší riziko institucionalizace než u lidí se smyslovým či fyzickým znevýhodněním (EEG 2020).

Celkově studie identifikují závažná zpoždění ve sladování systémů podpory v Česku s normativem Úmluvy (Šiška a Čáslava 2021). Podle autorů „nová legislativa nezajistila naplňování prvních dvou paragrafů čl. 19, lidé jsou stále nuceni žít ve velkých institucích, protože není dostatek komunitních služeb, které by je nahradily“ (Šiška a Čáslava 2021: 127). Během uplynulé dekády se sice počet míst ve velkých pobytových službách pro osoby se zdravotním znevýhodněním snižuje, avšak stále existuje jen nízká nabídka komunitních služeb (Šiška a Čáslava 2021). Nedostatečná nabídka komunitních služeb, zejména služeb terénních, brání lidem se zdravotním znevýhodněním uplatňovat právo rozhodovat o svém životě, jak jim zaručuje článek 19 Úmluvy (ANED 2023). Současně také rostou kapacity speciálních pobytových služeb, jako jsou domovy se zvláštním režimem (ANED 2019). Lidé s vyšší mírou potřebné podpory a postižením v oblasti intelektu stále čelí většímu riziku umístění do ústavní péče, resp. riziku ponechání v ústavní péči mimo transformační projekty (EEG 2020). Aktuálně takoví klienti obývají 81 % lůžek v domovech pro osoby se zdravotním postižením (SPMP a JDI 2021). Jedna studie (Inclusion Europe 2023) hodnotí Česko celkově hůře, než je evropský průměr (známkou 4,3, přičemž průměr je celková známka 5,0 z 10), a výrazně hůře, než je evropský průměr v doménách, týkajících se naplňování článku 19 a práva na nezávislý život, tedy transformace a bydlení s podporou v komunitě. V obou doménách si Česko ve srovnání s Evropskými zeměmi vede výrazně podprůměrně špatně (známka 2,8 z 10, resp. dokonce jen 1,8 z 10).

Pro osoby zapojené do transformačních projektů se zvýšily příležitosti zejména v oblastech, jako je rozhodování o volnočasových aktivitách, o soukromí a o každodenních aktivitách, a to proto, že manažeři služeb chápou procesy změny především z pohledu služby jako nabídku „větší svobody, možnosti rozhodování, rozvoje schopností a dovedností, možnosti sociálního začlenění do společnosti včetně pracovního uplatnění“ (STEM/MARK 2021: 63). Podobně limitované posuny jsou známé již z „humanizačních“ snah v ústavních službách od 90. let 20. století, kdy se otevřely brány mnoha ústavů a jejich obyvatelé – ti považovaní za tzv. „šikovné“ – dostali příležitost jít si nakoupit nebo pracovat mimo areál zařízení. Humanizace však nedostačuje nárokům na nezávislý život a nepatří do deinstitucionalizace, usilující o začlenění do běžného života (VOP 2024). Proto také možnosti uživatelů, zapojených do transformačních projektů zařízení, která se tu a tam humanizovala¹², zůstávaly v zásadních oblastech rozhodování o zdravotních otázkách, volbě místa k životu a právních záležitostech velmi limitované (STEM/MARK 2021, ANED 2023).

Jedna z nezávislých studií také nastavuje kritické zrcadlo ustálené představě, vtělené do oficiálního příběhu transformace, že chráněná bydlení jsou ze své podstaty komunitní služby. Když zjišťuje, že většina z nich nenaplňuje požadavky na běžné bydlení (SPMP a JDI 2021). Podle studie je podmínkou fungování komunitních pobytových služeb kvalita prostředí a soukromí. Odtud plyne nárok na to, aby byly poskytované v bytech. Studie však ukázala, že většina chráněného bydlení nesplňuje nároky na důstojné samostatné bydlení, neboť z přibližně 4500 (resp. 3304) míst ve službách chráněného bydlení pouze 1426 odpovídá v té době platnému standardu komunitní služby, tj. je poskytované pro max. 3, resp. max. 6 osob spolubydlících v bytě. Navíc z oněch 1426 míst v chráněném bydlení je pouze 1057 nabízeno v jednolůžkových pokojích, což by měl být minimální přijatelný předpoklad důstojného spolubydlení dospělých lidí – pokud už musí být nabízeno pouze kongregované bydlení v pobytové formě. Autoři připomínají, že „*předpokladem pro to, aby se život klientů pobytových sociálních služeb co nejvíce podobal běžnému životu, je také to, zda mají vlastní pokoj (ložnici) nebo jsou nuceni sdílet ložnici s dalšími uživateli služby*“ (SPMP a JDI 2021: 22). Nadto studie ukazuje, že pouze třetina uživatelů CHB má příspěvek ve stupni III a IV a dvě třetiny ve stupni I a II. To dokládá, jak jsou chráněná bydlení nepřipravená a nevybavená pracovat s lidmi, kteří mají vyšší míru potřebné podpory, a běžně se do nich nedostanou (tamtéž).

Tato zjištění nepodporují jednoznačnost pozitivního příběhu MPSV o růstu kapacit chráněného bydlení coby náhrady za ústavní péči, které má podle MPSV již ze svého titulu zajišťovat předpoklady pro naplňování práva na nezávislý život. Ukazuje se, že jen malý podíl kapacit chráněného bydlení může aspirovat na standard komunitní služby, a studie navíc připomíná, že u každé pobytové služby existuje riziko přenosu ústavních prvků a reinstitucionalizace. S těmito riziky však transformační projekty ani státní strategie systematicky nepracují.¹³

¹² Do běžného repertoáru humanizace patří především tzv. „měkké“ intervence, jako jsou školení v nových dovednostech a filozofii poskytování podpory/péče, často takových, které profesionálové v pomáhajících službách mají již mít osvojené. Z investičních opatření využívá humanizace ústavní péče zejména opravy fasád, malování interiérů, či dělení celých pater a společných pokojů na menší jednotky a ložní kouty.

¹³ V lepším případě se riziku přenosu ústavních prvků věnují nezávislé iniciativy, jako byl například pro bono projekt „Prostě normálně“ organizace TUDYTAM, jehož prostřednictvím v letech 2022–2023 TUDYTAM nabídl vybraným poskytovatelům již etablovaných komunitních pobytových služeb (CHB a DOZP) audit „naplňování principů normalizace“ a následně konzultační podporu při plánování a realizaci změn (<https://tudytam-vzdelavani.cz/pro-bono-aktivity/proste-normalne/>). Motivací k takové podpoře byl předpoklad, že řada tzv. komunitních služeb i nadále v mnoha ohledech neumožňuje svým uživatelům žít co nejběžnější život, a audity v těchto službách tento předpoklad potvrdily. Návazná konzultační podpora pomáhala službám hledat způsoby, jak institucionální prvky minimalizovat. Podobné ad hoc iniciativy suplují chybějící systémovou pozornost k životu služeb po transformaci, jejíž absence zčásti souvisí s romantizující představou, že transformací na tzv. komunitní typ služby je cesta změny u konce, když je přítom teprve na začátku. Transformací se „pouze“ vytvářejí podmínky pro to, aby se služba mohla začít přizpůsobovat potřebám a přáním člověka, případně aby lokální systém sociální péče uměl lépe a flexibilněji upravovat celkový „balíček“ podpory, jehož součástí jednou služba může být.

Reflexe ambivalence v nastavení a dopadech změn se týká také péče o děti se zdravotním znevýhodněním. Nezávislá šetření sice potvrzují pokles dětí umístěných v domovech pro děti do 3 let (dříve se používal název „kojenecké ústavy“), stejně jako dětí v institucích sociální péče (ANED 2019, ANED 2023). Současně však ukazují, že počet dětí v institucionální péči je stále značný (Šiška a Čáslava 2021: 127). Česko tak čeká úkol deinstitucionalizovat péči o stovky dětí se zdravotním znevýhodněním, což znamená zejména posílit kapacity podpory/péče v běžném prostředí, aby péče v rodinách byla funkční a udržitelná.

Celkově nezávislé studie docházejí k závěru, že většina osob se zdravotním znevýhodněním stále čeká na zajištění podmínek k tomu, aby mohly žít nezávislým způsobem života a být součástí komunity. Větší část stále žije v institucích a nemá dostatek dostupné podpory v běžném prostředí. Podle některých celková čísla institucionalizovaných osob (zejména pokud se započtou také služby pro seniory) od roku 2007 příliš neklesla (EEG 2020, srov. Šiška a Beadle-Brown 2023). Rychlejší změna probíhá pouze v sektoru sociálních a zdravotních služeb pro děti, kde jen menší část dětí zůstává v institucích.

2.1.2. Řízení a monitorování změny

Nezávislá šetření soustavně upozorňují na nedostatek (správných) dat, která by umožnila monitorovat posuny směrem k systému sociálních služeb, podporujících nezávislý život lidí se zdravotním znevýhodněním (ANED 2019, EEG 2020, VOP 2020a). Například chybí ucelené informace o přesném počtu zařízení, která již byla transformovaná. Odhady o počtu zařízení po transformaci je aktuálně třeba sestavovat z různých více či méně nepřímých indicií (ANED 2019). Chybí také data o tom, do jakých typů bydlení s podporou se lidé z ústavních zařízení stěhují, a celkově chybí koherentní monitorovací mechanismus. Detailnější informace o dalších osudech lidí, kteří odešli z ústavní péče, jsou dostupné, jen pokud přešli do služeb vzniklých v rámci evropských projektů (ANED 2023).

Mimo nedostatek dat nezávislé reporty opakovaně reflektují nedostatky v řízení změny. Všimají si například, že národní strategie sice hovoří o snaze proměnit pobytové služby na služby komunitní, avšak už bez uvedení konkrétních cílů v přijatelném čase a takových opatření, která by lidem se zdravotním znevýhodněním skutečně umožnila naplňovat právo na nezávislý život (ANED 2023). Jinými slovy, národní strategie se sice jedna po druhé odkazují k článku 19 Úmluvy, ale už neoperacionalizují koncepty, jako jsou kontrola nad každodenním životem a možnost volby, ani nenabízejí plánovanou cestu či návody pro veřejnou správu a poskytovatele, jak tyto klíčové koncepty uvést do praxe.

Strategie také postrádají kvantifikované milníky a plánovitě nesměřují k postupnému uzavření velkých pobytových zařízení, neboť neobsahují pojistky, že nebudou vznikat nové ústavní kapacity, negarantují dostupnost podpory v objemu odpovídajícím potřebám člověka ani potřebný rozvoj sítí služeb, aby mohla být podpora dostupná (ANED 2019, EEG 2020, ANED 2023). Akční plány, které Česko používá ke koordinaci změny, jsou podle nezávislých studií obecné a deklaratorní. Neobsahují plánované kroky a realizační postupy, a nejedná se tedy o plány, podle kterých by bylo možné realizovat změnu. Nelze tím pádem ani předpokládat, že budou navigovat požadovanou změnu systému sociálních služeb (ANED 2023).

2.1.3. Udržitelnost a financování změny

Nezávislé reporty dále poukazují na to, že snížení kapacit DOZP a navýšení kapacit CHB bylo po celou dobu hrazené především z prostředků Evropské unie a celá transformace je akterý v Česku nejen realizovaná, ale také chápána jako dočasný „projekt“, který se realizuje do té doby, dokud budou evropské finance (ANED 2019, Šiška a Čáslava 2021). Chybí tak zvnitřnění nutnosti změny a přijetí pocitu urgency a stát se

tyto posilovače změny nesnaží v sektoru sociálních služeb etablovat. Díky tomu mají modernizační procesy v Česku nálepku cizího elementu, stát ani kraje nepřevzaly iniciativu ve financování (ANED 2023), což by předpokládalo alokaci značných objemů financí nad rámec běžných provozních a investičních nákladů. Nadto si studie všímají, že mechanismy financování sociálních služeb stále nejsou plně zaměřené na člo- věka a naopak umějí lépe financovat rezidenční služby než terénní podporu v domácím prostředí (ANED 2023). Neexistuje plán, který by alokoval finanční prostředky na dostatečně robustní program podpory, řízené uživateli (tamtéž).

Ze zjištění nezávislých studií tedy plyne souhrnný obrázek o tom, jakým způsobem Česko realizuje procesy změny. Silnou stránkou studií je zachycení ambivalence výsledků a nedostatků v nastavení a řízení procesů. Studie konzistentně ukazují, jak se Česko omezuje na snižování kapacit pobytových služeb DOZP a současně na rozvoj kapacit pobytových služeb chráněného bydlení, o nichž jen předpokládá, že naplní nároky plynoucí z Úmluvy. Stát přitom sice deklaruje podporu rozvoje terénních služeb, avšak dosavadní transformační projekty realizují především rozvoj chráněného bydlení a „komunitních“ domovů pro osoby se zdravotním postižením. Studie dokládají, že česká transformace nasměřuje jednoznačně k naplňování Úmluvy a nezávislý život není v sociálních politikách akceptovanou normou, aby k němu transformace mohla být cíleně a kontrolovaně směřována.

Nezávislé studie jako celek ovšem trpí podobným biasem jako oficiální popis české transformace – 11 ze 13 studií se zaměřuje jen na pobytové služby, resp. na hodnocení proměny jednoho typu pobytových služeb na jiné. O to méně se věnují rozvoji terénních služeb (pouze jedna studie sleduje zavádění osobní asistence na úrovni kraje). Míra poddimenzovanosti kapacit terénních služeb sociální péče tak zůstává systematicky nezmapovaná.

2.2. Česká republika versus Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením (2011–2024)

2.2.1. Fáze debaty

Úmluva stanovuje nástroje, které jí mají pomáhat provádět a monitorovat. Jedním z nich je přímé reportování podle čl. 35 Úmluvy, kdy státy předkládají zprávu o provádění a Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením s nimi vede debatu:

- prostřednictvím určeného zpravodaje pro každou zemi nejprve Výbor klade doplňující otázky, přijímá doplňující podklady od třetích stran, zejména místních nestátních organizací, které se zasazují o práva lidí se zdravotním znevýhodněním;
- následně projednává sebehodnotící zprávu na veřejném zasedání za účasti delegace daného státu, členové Výboru se tak mohou delegace doptat na dílčí detaily;
- konečně pak Výbor vydává závěrečné doporučení, které po návratu domů představitelé signatářského státu projednají a přijmou k němu usnesení, včetně úkolů pro jednotlivé resorty na další monitorovací období.

Aktuálně (k datu dokončení této zprávy v září 2024) jsou Česká republika a Výbor OSN ve druhém kole této kontinuální debaty. První kolo začalo předložením úvodní zprávy České republiky o plnění mezinárodních závazků mezi lety 2007 a 2011, kdy byla zpráva zkompletovaná, a trvalo do roku 2015. Druhé kolo začalo v roce 2019, kdy ČR měla předložit sloučenou druhou a třetí zprávu za uplynulé roky, tj. za roky 2011 až 2019. Druhé kolo debaty trvá dodnes.

2.2.2. 2011: Vládní monitorovací zpráva s kladným sebehodnocením

Sebehodnotící zprávy České republiky jsou dlouhé a technicky detailní. Úvodní zpráva v oddílu týkajícím se článku 19, naplňování práva na nezávislý život (nebo také „nezávislý způsob života“), obsahovala velmi zevrubný popis systému sociálních služeb a jejich financování (Vláda 2011). Celkové vyznění zprávy bylo tak pozitivní, jak jen si žánr sebehodnocení určeného pro mezinárodní partnery žádá: stát ve zprávě zdůraznil, jaké nové předpisy podporují naplňování Úmluvy, akcentoval, že díky přijetí zákona o sociálních službách už musí mít každá služba náležitou kvalitu a musí být poskytována pouze v zájmu uživatelů.¹⁴ Rozbujelou druhologii rámoval jako „*velmi pestrou nabídku jednotlivých druhů sociálních služeb, ze které si člověk může svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí*“ (Vláda 2011: 35). A pokud jde o výsledky transformačních procesů, již v této rané fázi stát používal příběh o klesajícím počtu lůžek v DOZP a rostoucích kapacitách chráněného bydlení, kdy ve srovnání s rokem 2007 byl tehdejší pokles kapacit DOZP 11 % (Vláda 2011).

2.2.3. 2011: Kritická alternativní zpráva nevládních organizací

Vedle oficiální úvodní zprávy předložila vlastní stínovou zprávu také aliance sedmnácti nevládních organizací (Alternativní zpráva 2011). Tato zpráva v oddíle o naplňování článku 19 zdůraznila, že závazek ne-institucionalizovat není zákonně upravený, byť jej lze odvodit z úvodních ustanovení zákona o sociálních službách, zejména z požadavku na to, aby pomoc vycházela z individuálně určených potřeb osob. Stínová zpráva také uvedla, že stát začal s pilotními projekty transformace v roce 2007, avšak česká transformace se zatím netýkala všech osob s postižením, neboť nezahrnula služby pro lidi s duševním onemocněním ani seniorské služby. Jako další problém uvedla systémovou fragmentaci a nedostatek dat, zejména dat o dětech s postižením v ústavní péči napříč rezorty zdravotnictví, sociálních věcí a školství. Alternativní zpráva také připomněla, že umístění dítěte do ústavní péče je typicky spojeno s nedostupností odpovídajících služeb péče a podpory pro rodiny. A konečně stínová zpráva upozornila na podmínky v pobytových sociálních službách, zejména na to, že „*v současné době řada uživatelů pobytových sociálních služeb nemá možnost individuální podpory a pomoci*“ (Alternativní zpráva 2011: 24), což pramení z povahy kongregovaného uspořádání bydlení a péče, které neumožňuje individualizovanou podporu, a „*část uživatelů sociální péče je vystavena špatnému zacházení*“ (tamtéž). Stínová zpráva proto navrhla řadu doporučení, například upustit od systematické politiky ústavní péče, zavést ochranu před (nedobrovolnou) institucionalizací a zajistit rovný přístup ke službám poskytovaným v komunitě. Výčtem problémových oblastí a výslednými požadavky nepodpořila oficiální pozitivní příběh deinstitucionalizace a zaměřila se na onu mnohem větší skupinu lidí se zdravotním znevýhodněním, kteří na transformaci stále čekají.

¹⁴ Naděje reformy z roku 2006, že tlak na kvalitu služeb s pomocí inspekcí přinese změnu systému služeb, včetně rušení ústavní péče, zůstala ovšem nenaplněná. Deinstitucionalizační duch standardů kvality se ztratil v překladu původních standardů (MPSV 2002) do znění standardů ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. (Kocman a Paleček 2013b). A inspekce někdy nebyly schopny odhalit zásadní porušování lidských práv v ústavech (Johnová a Strnad 2013b) ani vždy „poukázat na negativa ústavního kolektivního zřízení“ (Hradilková, Paleček a Syslová 2012: 63). V roce 2023 proběhly inspekce ve 148 službách (z toho ve 25 domovech pro osoby se zdravotním postižením, ve 28 domovech se zvláštním režimem a ve 23 domovech pro seniory). Ministerská zpráva sice konstatuje, že inspekce našly „nejvyšší počet zjištěných nedostatků v oblasti zajištění dodržování základních lidských a občanských práv a stále přetrvává nastavování režimových kroků v procesu poskytování sociální služby“ (MPSV 2024a: 18), což se bezpochyby týká především pobytových služeb, avšak na systém jako celek to má minimální dopad, deinstitucionalizaci to nijak neakceleruje. V lepším případě – při zvlášť alarmujících zjištěních – dojde ke zrušení jednotlivé služby (MPSV 2023d). Inspekce byly prvním – neúspěšným – pokusem o deinstitucionalizaci jednotlivých zařízení. Pokusem, který (podobně jako dnešní sociální politika) neměl a nemá vhodné nástroje k transformaci systému služeb jako celku.

2.2.4. 2014: Vládní a alternativní odpověď na doplňující otázky Výboru OSN

Výbor OSN následně zaslal České republice seznam doplňujících otázek a Česko na ně reagovalo v prosinci 2014 (Vláda 2014). Potvrdilo, že dotace pobytových služeb jsou vyšší než dotace terénních služeb, což je podle MPSV dané vyššími náklady na údržbu budov (byť vzápětí MPSV připomnělo, že největší položkou rozpočtu pobytových, stejně jako ostatních služeb, jsou personální náklady). MPSV dále trvalo na tom, že Český stát „přijímá opatření směřující ke snížení počtu ústavních zařízení, a to tím, že je transformuje a prioritizuje terénní a ambulantní služby“ (Vláda 2014: 20). V tomto kontextu MPSV zmínilo právě vznikající Národní plán vyrovnávání příležitostí 2015–2020 (kterému se detailněji věnujeme v kapitolách 3.2.2. a 3.2.3.) a uvedlo některá jeho připravovaná opatření jako „rozvoj komunitních služeb, které odpovídají potřebám lidí s postižením a umožňují jim zůstat v domácím prostředí“ (Vláda 2014: 20) nebo podpora pečujících, vzdělávání pracovníků, tvorba optimálních krajských sítí,¹⁵ individuální platby či zavedení vyrovnávacích plateb.¹⁶ U péče o lidi s duševním onemocněním MPSV připomnělo blíže nespecifikovanou snahu Ministerstva zdravotnictví o to, „vytvořit podmínky pro deinstitucionalizaci psychiatrické péče a přesunout těžiště péče do komunity prostřednictvím nově vytvořených kapacit pro poskytování komunitní dlouhodobé a alternativní péče“ (Vláda 2014: 22). K tématu integrace systémů péče zazněla pouze obecná informace o odhadu počtu lidí s postižením a typech služeb, které jsou jim k dispozici.

Doplňující informace tehdy Výboru OSN zaslali také autoři stínové zprávy. Tento materiál se snažil především připomenout, že stále chybí národní rámec deinstitucionalizace a alokace zdrojů na služby, které by umožňovaly život v běžném prostředí. Aliance dále zopakovala, že doposud se transformační projekty v Česku příliš úzce zaměřovaly na pobytové služby pro určitou skupinu osob s postižením a navíc se vztahovaly jen na 40 zařízení z více než 200 služeb v zemi. Aliance proto shrnula, že dosavadní postup deinstitucionalizace a transformace je pomalý, a požadovala nastavit dlouhodobé procesy změny, přijmout přiměřený časový rámec a umožnit běžný život pro všechny skupiny osob se zdravotním znevýhodněním – dětí a seniorů s postižením a lidí s duševním onemocněním (NRZP ČR, MDAC, LIGA 2014).

2.2.5. 2015: Jednání delegace ČR s Výborem OSN a závěrečná zpráva Výboru

V dubnu 2015 přišel den projednání úvodní zprávy Výborem OSN za přítomnosti delegace ČR. Vedla ji tehdejší ministryně práce a sociálních věcí Marksová a účastnili se jí zástupci Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, Ministerstva pro místní rozvoj, Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva spravedlnosti, Ministerstva dopravy a zaměstnanci ženevské kanceláře ČR při OSN. Ministryně Marksová se opět v prezentaci soustředila na pozitivní příběh dosavadní změny v ČR a na výčet pokroků v začleňování lidí s postižením v uplynulých 20 letech. Do výčtu zahrнула

¹⁵ Koncept optimálních krajských sítí, které by byly státem garantované a fungovaly by paralelně s rozvojovými či doplňkovými sítěmi, financovanými z rozpočtu krajů, se objevoval v aktivitách MPSV prakticky od té doby, co rozhodování o financování sítí sociálních služeb přešlo v roce 2015 na kraje (srov. např. MPSV 2019a).

¹⁶ MPSV zde mělo za to, že do výčtu relevantních opatření patří také tehdy relativně nové rozhodnutí ministerstva, založené nikoliv na mezinárodní praxi, ale na jedné místní právní interpretaci, aplikovat při rozdělování veřejných prostředků určených k financování sociálních služeb Rozhodnutí Evropské komise č. 2012/21/EU o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby, udělené určitým podnikům, pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu.

samotnou ratifikací Úmluvy, aktuální plány vyrovnání příležitostí, stejně jako nový občanský zákoník (s dopady v oblasti opatrovnictví) či inkluzivní vzdělávání. Vedle toho ministryně souhlasila s tím, že stále existují výzvy do budoucna, jako jsou reforma psychiatrické péče nebo zaměstnávání osob s postižením. V debatě se pak členové Výboru OSN české delegace dotazovali na řadu témat obsažených v Úmluvě, od přístupnosti dopravy, přes právo volit, po kapacitní možnosti Ombudsmana dohlížet v rámci Česka na procesy změny či na život lidí z etnických minorit (zejména Romů) s postižením. A ptali se také na témata článku 19, tedy na dostupnost komunitních služeb, pobytových a terénních. Česká delegace reagovala vyzdvižením již odpracovaných úkolů a opět výčtem pokroků. Uvedla například, že pro sociální služby stát připravil řadu metodik a dalších nástrojů, že vzniklo 971 nových míst v komunitních pobytových službách a 292 v terénních a ambulantních a že mezi lety 2011 a 2013 klesl v domovech pro osoby se zdravotním postižením počet obyvatel o 11 % (o 1600 osob) (Výbor OSN 2015a).

Ještě v dubnu 2015 Česko obdrželo závěrečnou zprávu Výboru OSN. Ta již ušlou cestu změny vidí především z pohledu, kolik cesty ještě zbývá. Zohlednila proto zejména osudy desetitisíců lidí, kteří na změnu stále čekají. K naplňování článku 19 Úmluvy zpráva zopakovala znepokojení Výboru OSN nad pokračující praxí státu více finančně podporovat ústavní služby na úkor služeb komunitní podpory/péče, které by „umožňovaly lidem se zdravotním znevýhodněním žít nezávislým způsobem života v jejich městech a obcích“ (Výbor OSN 2015b: 5 – angl. originál). Upozornila také na „chybějící plány, jak zajistit dostupnost místní podpory pro starší osoby se zdravotním znevýhodněním“ (tamtéž) a apelovala na to, „zrychlit proces deinstitucionalizace a alokovat dostatečné zdroje, aby vznikly dostatečné kapacity místně dostupné podpory, umožňující všem lidem se zdravotním znevýhodněním bez ohledu na postižení, pohlaví či věk volbu s kým, kde a za jakých podmínek budou žít, jak jim to zaručuje čl. 19 Úmluvy“ (Výbor OSN 2015b: 6 – viz angl. originál).¹⁷ Aby byl úkol realizovatelný, Výbor doporučil přijmout časově ohraničený plán s konkrétními milníky. Tato doporučení vzala v únoru 2016 Česká republika na vědomí a uložila členům vlády průběžně je naplňovat podle určené gesce.¹⁸

2.2.6. 2019 a dále: Spojená druhá a třetí vládní monitorovací zpráva

Druhá fáze debaty o plnění Úmluvy mezi ČR a OSN začala v roce 2019, když Výbor OSN zaslal seznam otázek, které měla spojená druhá a třetí monitorovací zpráva České republiky zohlednit (Výbor 2019). Jednalo se o tři otázky, které vycházely z doporučení z roku 2015. Výbor se ptal na kroky, které ČR přijala k dosažení „plné deinstitucionalizace všech osob se zdravotním postižením“, včetně podrobných informací o časovém rámci, dále na využívání finančních zdrojů na plány transformace a specificky na aktivity uvedené v kapitole „Nezávislý život“ v „Národním plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020“, a konečně na dostupnost a přístupnost komunitních služeb spolu s bydlením, zaměstnáváním a péčí o duševní zdraví (Výbor 2019: 5).

V srpnu 2020 Česká republika poslala do Ženevy „Spojenou druhou a třetí periodickou zprávu ČR o plnění závazků plynoucích z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením“ (Vláda 2020b). Zpráva opět

¹⁷ V anglickém originále Výbor OSN apeluje na ČR „to step up the process of deinstitutionalization“, v české verzi dokumentu již přitom Výbor OSN nechce, aby ČR zrychlila, což by byl přesnější překlad s jasnějším poselstvím, ale pouze aby ČR neurčitě „posílila proces deinstitucionalizace“ (Výbor OSN 2015b: 6).

¹⁸ V té době již byl v platnosti Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, který rozdělil naplňování jednotlivých článků Úmluvy mezi řadu rezortů s koordinační rolí Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením. Detailněji se rozboru českých politik věnuje kapitola 3.

podávala obsáhlý přehled všech možných aktivit a činností jednotlivých rezortů k článkům Úmluvy za osm let od roku 2011 do roku 2019. Předlohou zprávy pro OSN byla podle všeho jiná zpráva, „Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2019“ (VVOZP 2020), kterou zpracoval Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením jako nástroj monitoringu plnění úkolů Vlády napříč rezorty. Zpráva se skládala z dlouhého seznamu projektů, které MPSV ve sledovaném období realizovalo na podporu (ale i trochu mimo téma) transformace. A jako předtím obsahovala výčet nově vzniklých služeb komunitního typu a seznam dalších dílčích proměn služeb péče o děti a snižování počtu dětí v pobytových službách.

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 3,6 tis. míst, v roce 2019 to už bylo celkem 210 služeb s kapacitou cca 4,1 tis. míst. Za čtyři roky jsme tedy zaznamenali nárůst o 14 služeb chráněného bydlení s celkovou kapacitou přes 500 míst. (Vláda 2020b: 37–38)

Zpráva komunikovala především ideu, že Česko bere podporu komunitních služeb vážně a chce posilovat možnost setrvání člověka v domácím prostředí. To má naznačovat deklarovaný objem prostředků na terénní služby, který se podle Zprávy v průběhu sledovaného období více než zdvojnásobil: součet dotací na vybrané čtyři druhy služeb vzrostl z 984 mil. Kč v roce 2015 na 2,17 mld. Kč v roce 2019. Dlužno dodat, že zpráva již tuto pointu nekomplikovala informací o tom, že za stejnou dobu se stejným způsobem zvýšily výdaje veřejných zdrojů na celý sektor sociálních služeb (srov. Horecký 2020, MPSV 2019a, 2019b), a tedy i na pobytové služby, jejichž rozvoj by přitom podle předchozích doporučení měl být utlumovaný. (V českém prostředí si toho všimnul pouze Nejvyšší kontrolní úřad (NKÚ 2018), který při kontrole financování sociálních služeb ze státního rozpočtu došel k závěru, že Česko neplní své závazky.)¹⁹

Zde však debata mezi Prahou a Ženevou prozatím končí. Její pokračování má následovat na půdě OSN, ale dochází k průtahům, neboť ještě v roce 2020 Výbor OSN Zprávu vrátil zpět s požadavkem na zásadní zkrácení celého textu do rozsahu, který je pro monitorovací zprávy běžný. Česko připravilo zkrácenou verzi až na konci roku 2023 (Vláda 2023) a pak ještě čekalo na překlad, a tak ji Ministerstvo zahraničních věcí Výboru OSN mohlo předat až před začátkem jara 2024.

Z celé 13leté debaty je však již nyní patrné, že nejen v domácích debatách, ale také v komunikaci s mezinárodními partnery Česká republika vykládá pojetí transformace sociálních služeb jako proces náhrady lůžek DOZP lůžky komunitních pobytových služeb (především) chráněného bydlení. Takto přímočaře pojatá změna má navozovat dojem, že chráněná bydlení odpovídají požadavkům článku 19 Úmluvy. Česko se soustřeďuje na tyto výsledky a netematizuje trendy a procesy, které ukazují, že celý zdánlivě jednoduchý příběh je ve skutečnosti komplikovanější. ČR komunikuje pokles kapacit DOZP a růst kapacit chráněného bydlení; do komunikace také přidává růst prostředků na terénní služby, byť jejich rozvoj není součástí jednotlivých transformačních plánů a projektů, kde se naopak typicky počítá s výstavbou nových objektů, a neexistuje ani provazba mezi krajským plánováním rozvoje terénních služeb a poklesem lůžek DOZP. Vláda tvrdí, že Česko „přijalo kroky k prioritizaci terénních služeb“ (Vláda 2014: 20), což má dokládat růst objemu dotací na vybrané terénní služby (v této komunikaci však ponechává stranou, že v daném období rostly výdaje na všechny druhy služeb, včetně ústavních). Ani témata, jako jsou rizika přenosu ústavních prvků do nových komunitních služeb (a proaktivní práce s nimi) nebo otázky nedostatečného rozvoje terénních služeb, stát ve svém narativu jednoduše neotevřítá.

¹⁹ Těchto nepřesných (nebo i dalších zavádějících a nepravdivých) argumentů, které byly původně uvedeny ve „Zprávě o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2019“ (VVOZP 2020) si podrobněji všímáme v kapitole 4.2.3

Tam, kde nezávislé reporty i doporučení Výboru OSN požadují lepší plánování s časovým ohraničením a měřitelnými milníky, Česká republika trvá na zachování průběžné, neohraničené transformace, u níž není jisté, kam směřuje a jak dlouho má trvat a argumentuje, že „*v danou chvíli tedy nelze stanovit přesné datum, ke kterému bude proces transformace ústavních zařízení v ČR zcela dokončen*“ (Vláda 2020: 36).²⁰

²⁰ Je zajímavé, že na neohraničené transformaci Česko trvá v komunikaci se Ženevou, ale od roku 2022 na ní již netrvá v komunikaci s Bruslem, tedy v jednáních o využití prostředků z Národního plánu obnovy a formátu Akčního plánu, který aktuálně slibuje převedení 80 % kapacity ústavních DOZP na kapacity komunitních DOZP do roku 2030 (MPSV 2022a). Z neformálních rozhovorů s některými pozorovateli plyne, že změna postoje Česka a zavedení konkrétního měřitelného cíle v Akčním plánu byla výsledkem toho, že si Direktoráty Evropské komise všimly, jak chtěl původní návrh plánu prostředky na transformaci investovat do rozvoje velkokapacitních zařízení. Následovala mnohokrátová jednání o maximálních limitech lůžek v tzv. materiálně-technickém standardu a současně zazněla podmínka Bruselu, aby akční plán deinstitucionalizace měl měřitelné milníky a cíle. Ministerský úřad požadavku vyhověl a z neohraničené transformace se (pouze) v Akčním plánu – alespoň na první pohled – stala SMART transformace.

3.

**Co stát a kraje ne/vidí?
Data o lidech, službách
a transformaci péče**

3. Co stát a kraje ne/vidí? Data o lidech, službách a transformaci péče

Shrnutí:

- Veřejná správa sbírá velké množství dat a díky tomu může vidět celou řadu vlastností systému služeb i populace lidí se zdravotním znevýhodněním. Pro porozumění a další plánování deinstitucionalizace však tato data nevyužívá dostatečně. Mnoho potřebných dat stát ale ani nezjišťuje, a tudíž řadu věcí vůbec nevidí.
- V pozitivní interpretaci existujících dat MPSV přehlíží čísla, která ukazují, že deinstitucionalizace především směřuje k zachování vysoké kapacity lůžkové péče a k rozvoji terénních služeb jako pouze doplňkové nebo nízkointenzivní formy podpory.
- Stát nevidí, jestli lidé se zdravotním znevýhodněním využívají nějakou další podporu mimo sociální služby, ani kolik jí je. A ti, kteří žádnou registrovanou službu nevyužívají, se v datech MPSV neobjevují vůbec.
- Veřejná správa vidí lidi se zdravotním znevýhodněním pouze jako uživatele služeb či příjemce dávek a úlev, případně jako součást „cílové skupiny“, nevidí je jako jednotlivce s konkrétními potřebami.
- Stát nedokáže vyhodnocovat, kolik podpory lidé s postižením potřebují, aby žili nezávislým životem. A data mu neumožňují vidět ani celkový objem podpory, kterou systém poskytuje jednotlivci, když jednoho a téhož uživatele více služeb vidí jako několik různých osob, které nedokáže propojit do jedné.

- **Pokud člověk se znevýhodněním ještě není příjemcem služeb ani dávek, nevidí ho systém vůbec.**
- **U některých služeb stát vůbec nesleduje, v jakém rozsahu a v jaké intenzitě jsou využívány/poskytovány, a služby tak mezi sebou nelze v tomto ohledu srovnávat.**
- **Chybí data pro podrobnější sledování změn struktury pobytových služeb.**
- **Kraje v souladu s metodickými návody zjišťují postoje a preference veřejnosti a zástupců obcí k sociálním problémům a rozvoji specifických služeb místo toho, aby zjišťovaly potřeby prostřednictvím nástrojů sociální práce.**
- **Navzdory velkému množství a rozmanitému zaměření shromažďovaných dat tak veřejná správa není schopna dobře vidět a vyhodnocovat, nakolik systém sociálních služeb odpovídá potřebám lidí se zdravotním znevýhodněním a zda se sladuje s nároky Úmluvy a umožňuje naplňovat požadavek nezávislého života osob s postižením.**

V této kapitole navazujeme na zjištění nezávislých studií ohledně nedostatečné kvality dat, která veřejná správa sbírá o lidech se zdravotním znevýhodněním a sociálních službách. Dostatek správných dat limituje schopnosti veřejné správy sledovat postup proměny systému sociálních služeb a jeho sladování s požadavky Úmluvy. V kapitole se proto zajímáme o to, nakolik je struktura a využívání statistických údajů nápomocné při plnění závazků ČR ohledně nezávislého života lidem s postižením. Kapitola se tedy na shromažďovaná data a jejich využívání v sociální politice dívá jinak než jen jako na prosté nosiče informace o sledovaném jevu; předkládá kritickou reflexi povahy (a limitů) dat, která stát a zadavatelé sociálních služeb, zejména kraje, využívají při plánování rozvoje kapacit sociálních služeb a způsobů jejich interpretace, aby mohla pojmenovat limity monitorovacích nástrojů a reflektovat, jaké typy dat se nesledují, přestože jsou pro nastavení rozvoje služeb a hodnocení změny klíčové. Na závěr proto kapitola připomíná důležitost a funkčnost systematického vyhodnocování potřeb, jak jim rozumí sociální práce.

3.1. Jaká data stát shromažďuje?

Český stát sbírá velké množství dat. Na vykazování údajů v sociálních službách upozorňuje § 85 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, který poskytovatelům služeb ukládá povinnost každoročně do 30. 6. sdělovat za předchozí kalendářní rok údaje

o kapacitě, materiálním, technickém a personálním zabezpečení, poskytování základních a fakultativních činností a financování jednotlivých sociálních služeb, a zobecněné údaje o žadatelích, osobách, kterým je sociální služba poskytována, a o osobách, se kterými nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3, a údaje o počtu osob, u kterých byla použita opatření omezující pohyb osob, a o četnosti jejich použití podle druhů těchto opatření, a to pro účely analytické a koncepční činnosti ministerstva (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 85 odst. 5)

Tato data jsou zjišťována dvojím způsobem.

1) Jednak je MPSV každý rok sbírá prostřednictvím formuláře Soc (MPSV) V 1–01, který vychází z Programu statistických zjišťování Českého statistického úřadu.²¹ Data jsou shromažďována elektronicky a ministerstvo je následně zpracovává a výstupy publikuje ve statistické ročence MPSV.²²

2) Druhý – mnohem podrobnější – sběr dat probíhá každoročně v aplikaci OKslužby (spravovaný firmou OKsystem). Ministerstvo za tím účelem zveřejňuje pokyny pro poskytovatele (MPSV 2010, OKsystem 2016). Data z aplikace však nejsou nijak pravidelně a systematicky analyzována ani zveřejňována.

Kraje mají nadto své vlastní systémy vykazování, s jejichž pomocí získávají data o službách (např. informační systém KISSOS).²³

Formulář Soc (MPSV) V 1–01 se mimo jiné ptá na souhrnné počty klientů, kteří v daném roce využili danou službu. Ve statistických ročenkách pak najdeme počty uživatelů jednotlivých druhů terénních, ambulantních i pobytových služeb.²⁴

Aplikace OKslužby může rovněž generovat počty osob využívajících jednotlivé služby, protože služby i zde musí vykazovat svoje klienty – v tomto případě však nikoli pouze v souhrnných číslech, ale i jako anonymizované jednotlivce.

Vedle počtu klientů (případně lůžek) v jednotlivých službách shromažďuje stát ještě mnoho dalších parametrů, většinu z nich v aplikaci OKslužby. Sleduje ekonomické ukazatele (jako náklady, příjmy od uživatelů, obcí a krajů a výnosy), údaje o zaměstnancích (včetně takových detailů, jako je rok narození, počet let praxe či počet let u organizace, typ pracovní pozice a pracovního poměru, počet dnů výkonu pozice v roce, celkový počet hodin odpracovaný v dané pozici atd.), data o materiálním vybavení a také překva-

²¹ Viz Přílohu 7.

²² Viz <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>.

²³ Spolu s vykazováním v žádostech o dotace jde v tomto několikanásobném státním a krajském sběru dat o obrovskou administrativní zátěž pro poskytovatele služeb.

²⁴ U pobytových služeb ještě spolu s dalšími charakteristikami, např. zda jsou klienti upoutáni na lůžko nebo zda jsou mobilní za pomoci druhé osoby či technických pomůcek; sleduje se počet přijatých, odmítnutých, zemřelých a odchozích klientů (do přirozeného prostředí, do pobytové komunitní služby, do ústavního zařízení, jinam).

pivě podrobná data o budovách služeb. Eviduje například strukturu vícelůžkových pokojů v pobytových službách, což dává smysl s ohledem na důstojnost životních podmínek, ale statistiky se ptají třeba i na stav a počet podlaží budovy i na to, kolik pater objektu služba využívá. Stát se prostřednictvím MPSV sice zajímá o uživatele služeb, ale mnohem více toho zjišťuje o službách samotných (byť o některých ne dost na to, aby mohl dobře sledovat proces transformace, jak uvidíme níže). Zdá se, že je fascinovaný objekty, lůžky, zaměstnanci, náklady a výdaji služeb, tedy především různými charakteristikami sociálních služeb.

Dalšími daty administrativní povahy disponuje Úřad práce. Zná počty příjemců příspěvku na péči, počty příjemců příspěvků na mobilitu či příjemce invalidních důchodů. Ke zmapování populace lidí se zdravotním znevýhodněním příležitostně přispěl také Český statistický úřad svým šetřením v roce 2018. Zjišťoval, kolik lidí se zdravotním postižením v populaci je, jaké mají specifické potíže, zda využívají kompenzační pomůcky a pomoc druhé osoby a jaké zažívají důsledky (ČSÚ 2018).

Veřejná správa díky tomu všemu může vidět celou řadu vlastností systému služeb i populace lidí se zdravotním znevýhodněním.²⁵ Otázka je, jak získávaná data využívá, aby byla schopna sledovat a vyhodnocovat, zda se systém služeb transformuje ve prospěch naplňování článku 19 Úmluvy (viz kapitola 2.2.). A další otázkou je, co všechno by pro vyhodnocování transformace služeb zjišťovat měla, ale nezjišťuje, a tudíž to ani nemůže vidět (viz kapitoly 2.3., 2.4. a 2.5.).

3.2. Jaká data a interpretace dat stát v příběhu o úspěšné deinstitucionalizaci opomíjí?

Srovnání relevantních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním ukazuje, jak se za 15 let proměnily počty lidí, kteří tyto služby využívají.

Tabulka 3 Počet uživatelů vybraných sociálních služeb v roce 2007 a 2022

	2007	2022
Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)	17 947	12 035
Chráněné bydlení (CHB)	2 082	4 879
Týdenní stacionář (TS)	851	809
Osobní asistence (OA)	1422	10454
Podpora samostatného bydlení (PSB)	148	1076

Zdroj: Statistická ročenka MPSV 2024c

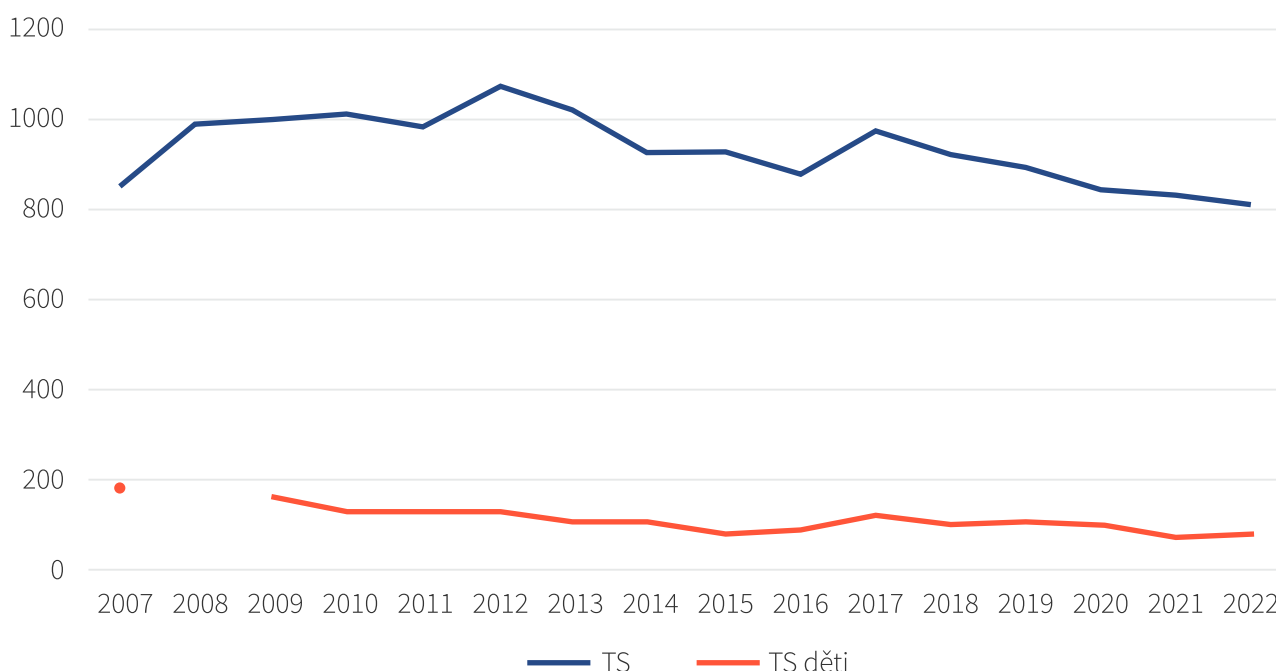
O tom, jak příběh deinstitucionalizace prezentuje MPSV, resp. jak ho popisuje Česká republika při jednání s Výborem OSN, jsme psali již v předchozích kapitolách. Klesající počet klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením a vzrůstající počet lidí v chráněných bydleních, resp. v komunitních pobytových službách, stát už roky používá v argumentaci o pozitivním trendu deinstitucionalizace (srov. Vláda 2011, Vláda 2015, MPSV 2023a, 2023b).

²⁵ O limitech těchto dat budeme mluvit dále v této kapitole.

3.2.1. Týdenní stacionáře – neoslovený problém deinstitucionalizace

Kromě počtů lidí využívajících DOZP a CHB je ale možné zabývat se i další pobytovou službou: týdenními stacionáři (TS). Týdenní stacionáře v debatě o deinstitucionalizaci prakticky absentují, protože formálně vzato v nich lidé nežijí.²⁶ Reálně v nich ale většina klientů tráví značnou část svého života, kdy jsou až 5 dnů v týdnu v zařízení a o víkendu u rodiny. Téma je přitom o to závažnější, že do týdenních stacionářů bývají umísťovány i nezletilé děti – srov. **Graf 1**. V roce 2022 v nich podle statistické ročenky bylo 74 dětí.²⁷ Počet dětí v týdenních stacionářích sice od roku 2007 klesl ze 181, ale dlouhodobě tato zařízení využívá víceméně stabilní počet klientů – v průměru přes 900 ročně. Týdenní stacionáře zůstávají slepou skvrnou procesu deinstitucionalizace, přestože pro řadu lidí fungují v podstatě jako dlouhodobé bydlení, přičemž podmínky života v nich nejspíš nezávislý život neumožňují. Mimo jiné i proto, že např. v roce 2022 dvou-, tří- a více-lůžkové pokoje v týdenních stacionářích tvořily 2/3 jejich lůžkové kapacity.²⁸

Graf 1 Vývoj ročních počtů klientů (včetně dětí) využívajících týdenní stacionář (TS)



Zdroj: Statistická ročenka MPSV 2024c, zpracování vlastní

²⁶ Podle registru poskytovatelů sociálních služeb bývají týdenní stacionáře určeny většinou lidem s postižením, ale rovněž seniorům, někdy také současně oběma těmito „cílovými skupinám“. Ze statistických dat v ročenkách nelze vyčíst, jakou část klientely TS tvoří lidé s postižením a jakou část senioři. Data o tom, do jaké cílové skupiny klienti služeb náležejí, má MPSV v aplikaci OKsystému, nejsou však samotným MPSV využívána ani zveřejňována, byť mohou sloužit k příležitostným externím studiím (Hrkal 2019).

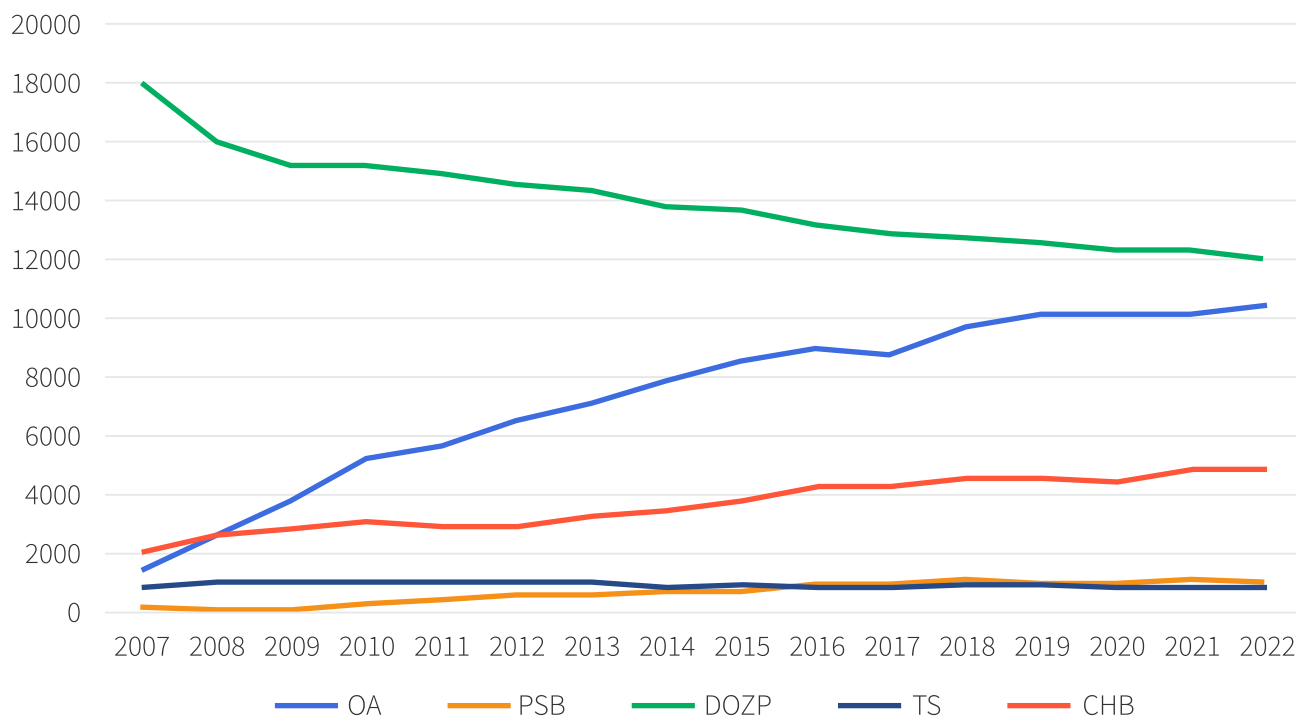
²⁷ Největší týdenní stacionář je pro žáky a studenty od 14 do 35 let při Jedličkově ústavu a vlastně nahrazuje internát. Týdenní stacionář však může být poskytován i velmi malým dětem (viz např. <https://www.sscjh.cz/tydenni-stacionar>, který kromě dospělých klientů přijímá děti od 5 let).

²⁸ Statistická ročenka k 31.12. 2022 uvádí 142 jednolůžkových, 212 dvoulůžkových a 65 tří- a více-lůžkových pokojů v týdenních stacionářích. A to samozřejmě není zdaleka jediná charakteristika určující institucionální povahu služby. Problémy spojené se skupinovým charakterem poskytování služby a nedostatkem individualizované podpory/péče lze předpokládat i v tomto druhu služby.

3.2.2. Rozvoj terénních služeb jako svého druhu neúspěch deinstitucionalizace

Další porovnání různých druhů služeb v **Grafu 2**, zahrnující i služby terénní – osobní asistenci a podporu samostatného bydlení, ukazuje, že mnohem strměji než kapacity chráněných bydlení stoupá křivka počtu uživatelů osobní asistence. A stoupá také počet uživatelů další potenciální alternativy k ústavům, služby podpora samostatného bydlení:

Graf 2 Vývoj počtu klientů využívajících domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), týdenní stacionář (TS), chráněné bydlení (CHB), osobní asistenci (OA) a podporu samostatného bydlení (PSB)

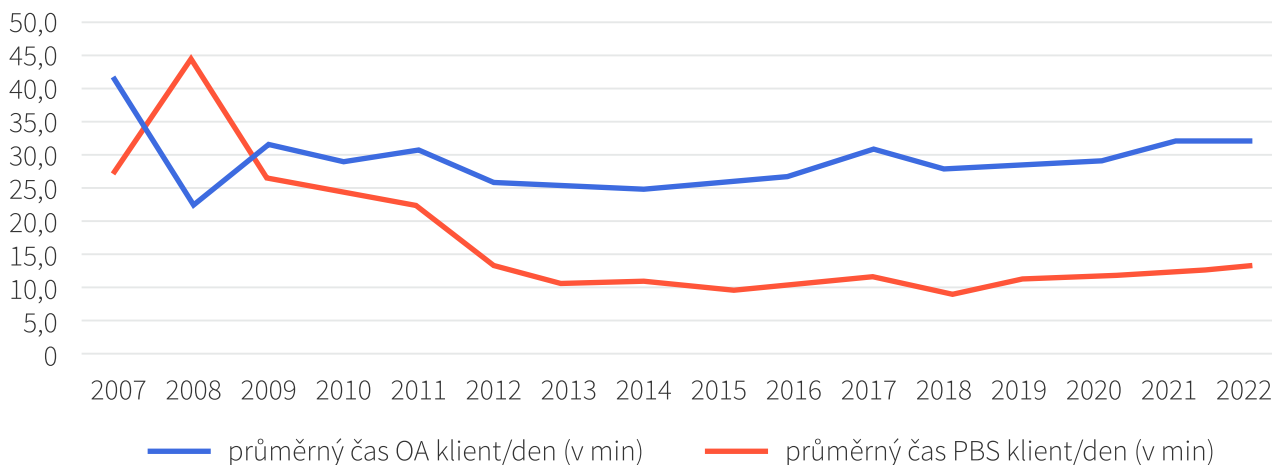


Zdroj: Statistická ročenka MPSV 2024c, zpracování vlastní

Aktuálně využívá osobní asistenci a podporu samostatného bydlení přes 11 tisíc osob, což je téměř 8krát více, než před 15 lety. To by na první pohled mohlo podporovat tezi o úspěšné deinstitucionalizaci. Jenomže při bližším pohledu se o tak jednoznačně pozitivní příběh nejedná. Navzdory tomu, že kapacity terénních služeb rostou v tom smyslu, že je využívá čím dál více lidí, kombinací dat ze statistické ročenky lze rovněž dojít k závěru, který je pro popis transformace méně příznivý. Když totiž z údajů o počtech klientů obsluhovaných terénními službami vypočítáme průměrnou denní dobu poskytování terénní služby jednomu klientovi, zůstává číslo z dlouhodobého hlediska prakticky neměnné a jeho hodnota je velmi nízká. Jestliže u podpory samostatného bydlení to v roce 2009 bylo průměrně zhruba 27 minut na klienta denně, v roce 2022 to bylo dokonce ještě méně: 14 minut. U osobní asistence se průměr pohybuje stále kolem půl hodiny a v roce 2009, stejně jako v roce 2022 jde zaokrouhleně o 32 minut (viz **Graf 3**).²⁹

²⁹ Průměrný denní čas poskytnuté péče je vypočítán z výše úhrad klientů, počtu uživatelů služby a maximální úhradové ceny stanovené vyhláškou v daném roce: (roční příjem z úhrad klientů/počet klientů*cena za hodinu*364)*60. (V roce 2007 byla maximální cena za hodinu péče 85 Kč, v letech 2008–2011 100 Kč, 2012–2013 120 Kč a 2014–2021 130 Kč, od 1. 3. 2022 se zvedla na 135 Kč). I kdybychom ale předpokládali, že si poskytovatelé účtují vždy jen polovinu vyhláškové ceny (což se zcela jistě neděje), na podstatě věci by to nic nezměnilo. U osobní asistence by v takovém případě průměrná doba denní péče pro jednoho klienta vycházela na něco málo přes hodinu denně, u podpory samostatného bydlení zhruba na půl hodiny.

Graf 3 Průměrný čas péče (v minutách), poskytnutý denně jednomu klientovi osobní asistence (OA), resp. podpory samostatného bydlení (PSB)



Zdroj: Statistická ročenka MPSV 2024c, zpracování vlastní

Z těchto údajů je zřejmé, že schopnost terénních služeb poskytnout lidem vyšší míru podpory se příliš nezlepšuje. Přitom víme, že se na terénní služby obracejí i lidé s vyšší nebo vysokou mírou potřebné podpory, jimž současný příspěvek na péči v nejvyšším stupni při vyhláškové hodinové ceně umožňuje zaplatit si pouze cca 5 hodin péče denně. Zbývající péči pak obstarávají, většinou zdarma, jejich blízcí nebo si lidé shánějí finanční zdroje na další asistenci např. ve veřejných sbírkách či žádostmi u nadací (Paleček 2023). Z neformálních rozhovorů s poskytovateli také víme, že některé kraje ani nechtějí financovat podporu samostatného bydlení, poskytovanou jednotlivcům v rozsahu větším než několik hodin týdně, v souladu s obecně zavedenou představou, že podpora samostatného bydlení je učena pouze lidem s lehčím postižením. A podobné tlaky jsou vyvíjeny i u osobní asistence v zájmu toho, aby byla služba poskytnuta co největšímu počtu lidí.³⁰

Jestliže se nijak podstatně nemění celková schopnost terénních služeb poskytovat konkrétním lidem péči ve větším rozsahu a významnějším způsobem se nemění ani možnosti lidí se zdravotním znevýhodněním takovou péči zaplatit, terénní služby nemohou být skutečnou alternativou pobytových sociálních služeb pro osoby, které potřebují péči v rozsahu víc než 5 hodin denně.

3.2.3. Pobytové versus terénní služby

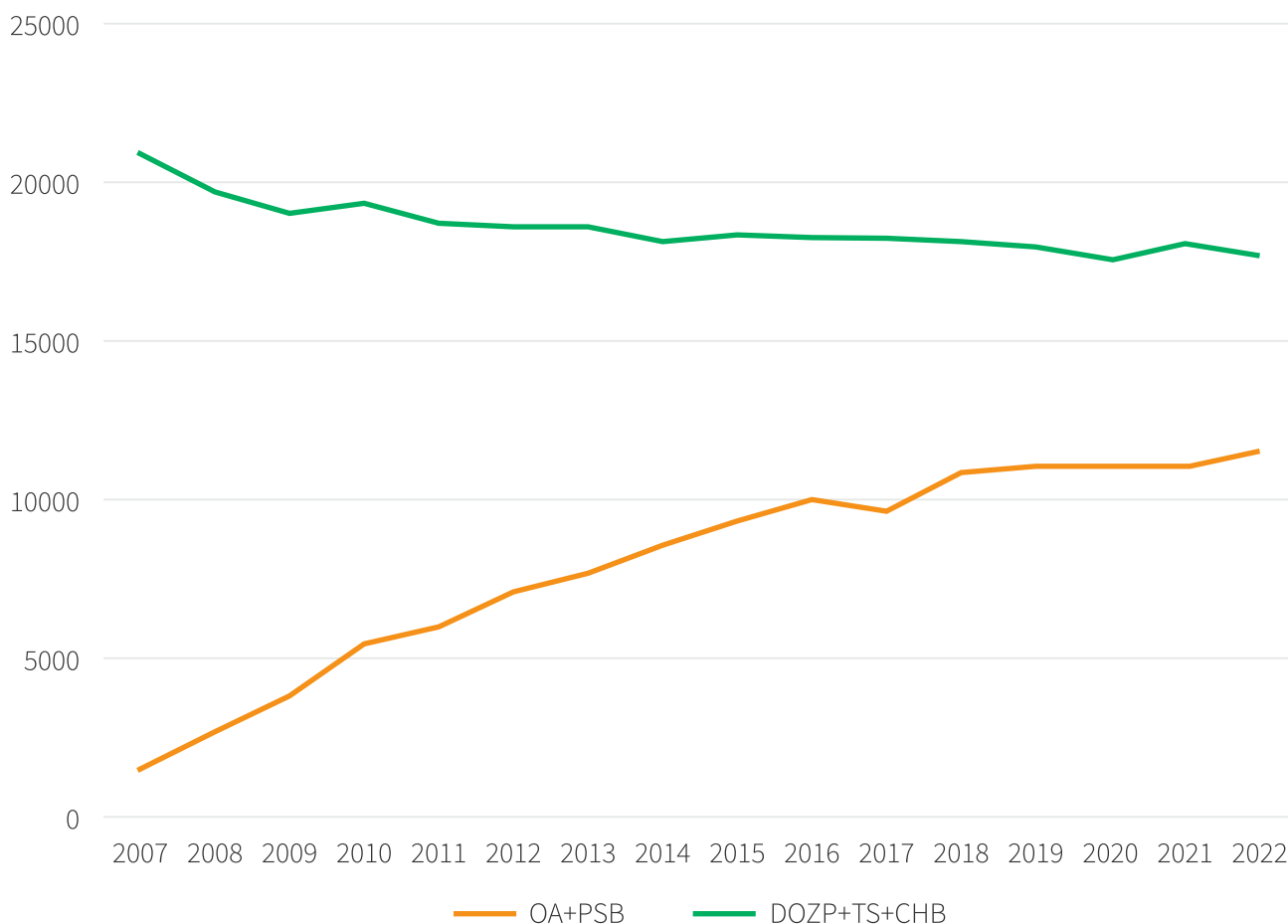
A konečně i poslední srovnání zpochybňuje úspěch vyprávěný státem. Pokud se podíváme na vývoj kapacit služeb vcelku a srovnáme pobytové služby s terénními, vidíme, že důraz na pobytové služby zůstává obrovský.³¹ Pokles míst v pobytových službách není s ohledem na délku celého procesu transformace vlastně vůbec oslnivý: o 3 127 (tedy asi jen o 14 %) uživatelů méně (z 20 880 na 17 773) během 15 let –

³⁰ Přesná data o tom, jakou míru podpory kolik klientů OA a PSB čerpá, má MPSV v aplikaci OKslužby, ale opět tu naráží na vlastní limit, když tato data prakticky nevyužívá.

³¹ Do součtu kapacit pobytových služeb jsme zařadili domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), chráněná bydlení (CHB) a týdenní stacionáře (TS), a naopak jsme vyčlenili domovy se zvláštním režimem (DZR), protože ty jsou (na rozdíl od CHB a TS) nejčastěji poskytované seniorům a lidem s duševní nemocí. Růst kapacit DZR nicméně představuje v procesu deinstitutionalizace významný problém, který se však týká primárně právě seniorů a lidí s duševní nemocí, případně osob s autismem a chováním náročným na péči.

viz **Graf 4**. Naproti tomu sice vidíme stoupající počty uživatelů terénních služeb, ale s velmi omezenou možností těchto služeb poskytovat péči/podporu lidem ve vyšší intenzitě.

Graf 4 Srovnání ročních počtů klientů využívajících pobytové služby (DOZP, TS, CHB) a služby terénní (OA, PSB)



Zdroj: Statistická ročenka MPSV 2024c, zpracování vlastní

Rozvoj terénních služeb je tak přidanou hodnotou hlavně pro lidi, kteří nepotřebují vyšší míru podpory nebo kteří žijí v rodinách a potřebnou péči dorovnají neformální pečující. Terénní služby tedy velmi ulehčují situaci také neformálním pečovatelům (ostatně již od roku 2010 využívá osobní asistenci každý rok přes 1000 dětských klientů). Skutečnou alternativu k pobytovým službám však terénní služby nenabízejí a mnoha lidem s vyšší mírou potřebné podpory pak nezbyvá, než „volit“ pobytovou službu, ačkoli by chtěli žít úplně jinak.

Deinstitucionalizace v ČR v této perspektivě nevypadá jako proces, který směřuje „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 zabráňují izolaci nebo segregaci“ (OSN 2006: 11–12). Směřuje spíše k zachování vysoké kapacity lůžkové péče (přičemž se částečně proměňuje její struktura)³² a k navyšování kapacit terénních služeb jako pouze doplňkové nebo nízkointenzivní formy podpory. V tomto pohledu se systém služeb naplňování článku 19 Úmluvy neblíží.

³² Ovšem s ohledem na běžnou velikost domácností v pobytových službách mnohdy ani ne v dostatečné kvalitě bydlení a se všemi omezeními (jako je například nedostatek individualizované podpory nebo nemožnost skutečně si zvolit místo k životu), o nichž budeme mluvit dále.

3.3. Jak veřejná správa vidí lidi se zdravotním postižením

3.3.1. Uživatelé služeb, příjemci dávek a úlev

Statistické ročenky ukazují souhrnné počty uživatelů jednotlivých služeb. Stát má nicméně data i o jednotlivcích. Údaje o jednotlivých lidech se zdravotním znevýhodněním ministerstvo anonymizovaně shromažďuje v aplikaci OKslužby (viz **Tabulku 4**). Jsou to však v první řadě data o uživatelích služeb. Stát totiž vidí osoby se zdravotním znevýhodněním ve výkazech a statistikách skrze služby – (tedy především) jako jejich klienty.

Tabulka 4 Variabilita sledovaných informací o klientech vybraných druhů služeb v aplikaci OKslužby

	PSB (podpora samostatného bydlení)	OA (osobní asistence)	DOZP (domov pro osoby se zdravotním postižením)	TS (týdenní stacionář)	CHB (chráněné bydlení)
pohlaví klienta	x	x	x	x	x
rok narození	x	x	x	x	x
cílová skupina	x	x	x	x	x
stupeň závislosti	-	-	x	x	-
trvalé bydliště v zařízení	-	-	x	-	-
zahraniční bydliště před poskytováním služby	-	-	x	-	-
okres bydliště před poskytováním služby	-	-	x	-	-
počet dnů poskytování služby	x	-	-	-	-
počet hodin setkání	x	x	-	-	x
počet setkání	x	x	-	-	x
základní činnosti	x	-	x	x	x

Zdroj: <https://www.mpsv.cz/provoz-aplikace>

Sbírat data o lidech se zdravotním znevýhodněním skrze jednotlivé služby znamená mít specifický úhel pohledu. Informace o pohlaví a věku člověka, případně o bydlišti či stupni závislosti/příspěvku na péči, jsou informace o uživateli služby. Stejného člověka, využívajícího souběžně další službu (která ho samozřejmě jakožto svého klienta také vykazuje), vidí veřejná správa jako jiného uživatele jiné služby. A všechny údaje, jako je počet dnů ve službě, počet hodin setkání a počet setkání nebo využívané základní činnosti dané služby, poskytují primárně informaci o tom, jak byla služba člověku poskytována, ne o tom, jaké jsou jeho potřeby.

Z této perspektivy jsou lidé se zdravotním znevýhodněním vidět, pouze pokud službu využívají (případně když byli službou odmítnuti nebo z ní odešli). Ve statistických výkazech nejsou vidět nezávisle na službě – tedy například, jestli využívají nějakou další podporu mimo službu a kolik jí je, kolik a jaké podpory cel-

kově by vlastně potřebovali nebo jestli využívají více služeb naráz. A ty, kteří žádnou registrovanou službu z nějakého důvodu nevyužívají, stát v datech z formuláře Soc (MPSV) V 1-01 ani v datech aplikace OKslužby nevidí vůbec.

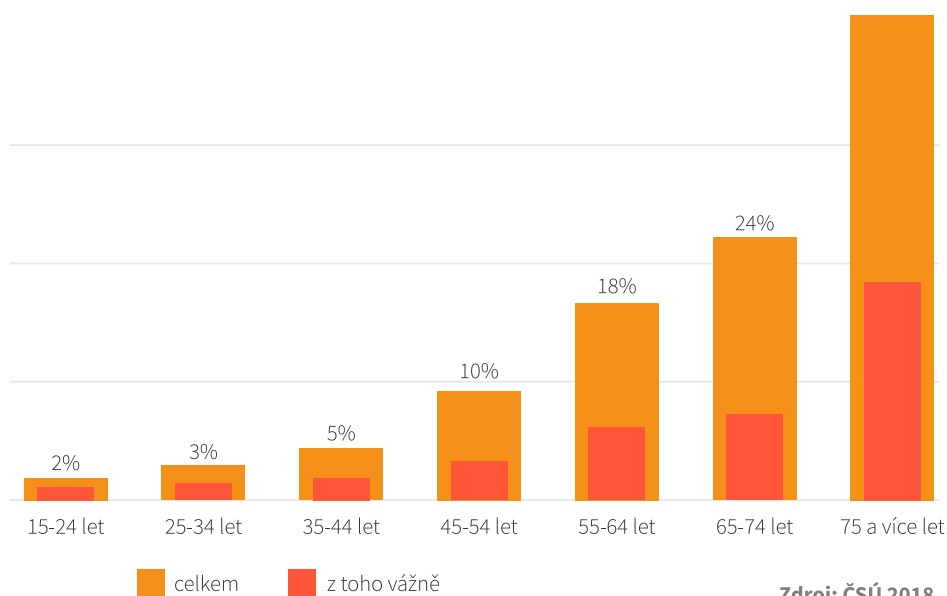
Nezávisle na službách může veřejná správa vidět lidi se zdravotním znevýhodněním pouze v administrativních datech Úřadu práce (jako příjemce příspěvku na péči, na mobilitu či invalidního důchodu, nebo jako držitele průkazu ZTP a ZTP/P, opravňujícího k některým úlevám či kompenzacím), případně ve výsledcích různých šetření a výzkumných studií. Pro plánování transformace či rozvoje systému služeb jsou přitom data o lidech se zdravotním znevýhodněním, nezávislá na datech ze služeb, naprosto klíčová. A nejde přitom jen o to, kolik lidí se zdravotním znevýhodněním je, ale hlavně o to, jaké mají potřeby – plánování rozvoje sociálních služeb má být přece „výsledkem aktivního zjišťování potřeb osob na území obce nebo kraje (...)“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3 odst. h).

3.3.2. Cílové skupiny

Lidi se znevýhodněním – nezávisle na tom, zda a jaké využívají sociální služby – veřejná správa také třídí do tzv. „cílových skupin“. O cílové skupině se ví, že je větší než její výsek, který služby využívá, ovšem jako svébytnou kategorii mají stát, kraje i obce problém členy cílové skupiny sečíst. Občas se objeví větší reprezentativní průzkumy (např. ČSÚ 2018) či dílčí šetření zacílené na konkrétní skupinu lidí se znevýhodněním, jako například lidi s autismem, určitou diagnózou dlouhodobé duševní nemoci nebo demencí. Běžným standardem veřejné správy je však práce s odhady velikosti obecných cílových skupin podle zaměření sociálních služeb, jako jsou senioři, lidé s duševním onemocněním nebo lidé se zdravotním znevýhodněním, kdy záleží na kreativitě při triangulaci různých druhů dat a metod.

Nejběžnější metodou odhadu počtu lidí se zdravotním znevýhodněním je využívání triády administrativních dat o příjemcích příspěvku na péči, držitelích průkazu ZTP a příjemcích invalidního důchodu. Každá z metod přitom generuje trochu odlišný údaj o velikosti skupiny. Spolu s administrativními daty kvantitativní povahy se pro odhad velikosti specifické cílové skupiny využívají epidemiologické modely – tj. podíly dané skupiny v celé populaci. Podle šetření Českého statistického úřadu je např. podíl osob se zdravotním postižením v populaci zhruba 13 %. V tom jsou ovšem započítáni i občané seniorského věku, ve věkové kohortě 15–64 je zastoupení osob se zdravotním znevýhodněním výrazně nižší (viz **Graf 5**).

Graf 5 Podíl osob se zdravotním postižením ve věkových skupinách



Pokud veřejná správa použije *Kalkulačku* vzniklou v projektu Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, do níž byl tento odhad velikosti populace lidí se zdravotním znevýhodněním zabudovaný (Průša a kol. 2019), tak vedle odhadů, které si obecní a krajští plánovači zjistí na základě administrativních dat, dostane i další údaj, tentokrát výrazně vyšší, než jsou údaje o příjemcích dávek. Tuto rozrůstající se paletu odhadů pak lze ještě obohatit o další údaje, například z výzkumů provedených v regionu nebo z kvantitativních odhadů získaných od poskytovatelů služeb a sociálních odborů. A tyto různé a často poměrně odlišné údaje není možné jednoduše zprůměrovat či jinak sjednotit. Neexistuje ani cosi jako nejautoritativnější údaj, který by mezi ostatními vyčníval svou vahou. A každý nový výzkum tak spíše k předchozím údajům o velikosti cílových skupin přidává další údaj. Veřejná samospráva ve výsledku vidí lidi s postižením mnohočetně, tzn. jako skupiny, pro které platí současně několik údajů v závislosti na zvolené metodě zjišťování a datovém zdroji.

Stejnou zkušenost s počítáním lidí se zdravotním znevýhodněním však kromě veřejné správy mají také ostatní aktéři sociální politiky,³³ například realizátoři projektu Mapa autizmu (2019–2020), kteří publikovali regionální odhady počtu lidí s autismem na základě administrativních dat, získaných od České správy sociálního zabezpečení. Již v době zveřejnění dat však věděli, že:

I když jsou to nejpřesnější čísla, která jsou v tuto chvíli k dispozici, ani tyto statistiky neodpovídají skutečným počtům osob s PAS. Populační odhady výskytu diagnózy jsou přibližně o řád vyšší. Důvodů je několik: databáze zachycuje pouze osoby s poruchou autistického spektra, které prošly posudkovým řízením pro účely přiznání příspěvku na péči. Osoby, které o příspěvek nepožádaly, protože nepotřebují takovou míru pomoci okolí, se v databázi neobjevují. Rovněž zde nejsou zařazeni ti, kteří mají PAS jako druhou nebo další diagnózu. Porucha autistického spektra není také vždy správně diagnostikována a v populaci nad cca 18 let není diagnostika této neurovývojové poruchy ani zdaleka kompletní. (Děti úplňku, tisková zpráva, 11.6.2020)

Kombinaci epidemiologických a administrativních dat použil k odhadu velikosti cílové skupiny také například tým organizace NAUTIS v „Analýze potřebnosti služeb pro Karlovarský kraj“ (Thorová a kol. 2019). Autoři vycházeli z epidemiologických celosvětových studií a „ve výpočtech předpokládaného počtu osob s PAS (...) z odhadu 1–2 % PAS v populaci (pro výpočty zprůměrováno na 1,5 %)“ (tamtéž: 8).³⁴ Poté, co k tomuto základu přidali také model prevalence potíží v učení, získali autoři populační model v kraji:

Potenciálně tak při prevalenci 1,5 % v tomto kraji žije cca 4 400 osob s PAS (z toho cca 1 670 má mentální postižení). Ročně se v Karlovarském kraji narodí 1365 dětí, což znamená, že se ročně v Karlovarském kraji narodí cca 20 dětí s PAS. (Thorová a kol. 2019: 10)

³³ Je možné odhadnout, že průlom v kvantifikaci populací a popisu potřeb nepřinese ani aktuální projekt Ústavu zdravotnických informací a statistiky, jehož první ochutnávka byla představena na konferenci Digitalizace a technologie v sociálních službách (29. 2. 2024, https://archiv.apsscr.cz/images/obr/1704292206_digitalizace-program-19.pdf). Projekt je prvním svého druhu, který propojuje zdravotnická a sociální data. Stále však pracuje s existujícími daty, a tedy v rámci limitů možného. Lze tak odhadovat, že u vybraných skupin na zdravotně sociálním pomezí, například u lidí s demencí, bude možné doplnit již dnes bohaté zdravotní trajektorie o sociální komponentu, byť výrazně datově chudší. U některých diagnóz snad projekt přinese detailnější podklady ke zlepšení trajektorie péče na konci života. Celkově je však možné očekávat spíše dílčí zpřesňování velikostí různých podskupin, či součtů existujících nákladů zdravotně-sociálního pomezí, než plastičtější informace o „potřebách“ lidí se zdravotním znevýhodněním.

³⁴ Epidemiologii a statistiku každoročně kombinuje také Česká alzheimerovská společnost, aby aktualizovala odhad počtu lidí žijících v Česku s demencí. Ve svém modelu Česká alzheimerovská společnost dává dohromady podíl lidí s demencí v populaci, který počítá Alzheimer Europe, a celkový počet obyvatel, který počítá Český statistický úřad, a dostane tak pravděpodobný počet lidí s demencí v ČR, který je v roce 2023 odhadovaný na 171 000 lidí (viz <https://www.alzheimer.cz/cals/vyrocnni-zpravy/>)

Autoři plánovali využít ještě statistické údaje ze školství, zejména z Ústavu pro informace ve vzdělávání, který sleduje počty dětí, žáků a studentů podle postižení a samostatně eviduje také počet osob s autismem. Všimli si však, že:

od roku 2005/2006 sledujeme výrazný nárůst dětí, žáků a osob s autismem, pokles nastává v roce 2017/18. Dle vyjádření MŠMT je důvodem tohoto poklesu fakt, že část osob dříve evidovaná samostatně pod kolonkou autismus je v případě přidružení dalších postižení nově vykazována v kolonce děti, žáci, studenti s více vadami. Tomu odpovídá fakt, že školní rok 2017/18 oproti předchozímu školnímu roku zaznamenal pokles o cca 1900 žáků s autismem v základním školství, zatímco nárůst žáků s více vadami byl téměř dvojnásobný – rozdíl činil více než 5000 žáků. (Thorová a kol. 2019: 12)

Tím se podle autorů stala data ze školního roku 2017/18 pro přiblížení počtu dětí, žáků a studentů s PAS ve vzdělávacím procesu v kraji bezcennou.

Tyto příklady dokládají, jak snahy zmapovat velikost určité „cílové skupiny“ narážejí na zásadní překážky, které činí výsledné odhady značně nespolehlivými. To však není jejich hlavním problémem. Stejně jako u dat o počtech uživatelů služeb spočívá hlavní potíž mapování velikosti „cílových skupin“ v tom, že v moderní sociální práci a sociálních službách není jednotlivec sám o sobě smysluplnou jednotkou klinické intervence, a tudíž ani správy a plánování rozvoje kapacit. V sociální práci je smysluplnou jednotkou plánování koncept „potřebné podpory/péče“.

3.4. Co data neříkají? Limity dat

Registry MPSV vidí lidi se zdravotním znevýhodněním selektivně jako uživatele služeb, Úřad práce jako příjemce příspěvku na péči a dalších dávek či kompenzací, sociodemografické analýzy a epidemiologické odhady zase umí odhadovat velikost cílových skupin nebo populací diagnóz, a řadí tak lidi s postižením do jedné skupiny, nebo v rámci ní do různých, např. diagnostických, podskupin. Tyto pohledy nejsou zcela spojitě. Různé registry vidí různé kategorie lidí. Státy takto partikulárně, nekomplexně vidí své populace (Scott 1998, Hacking 1986, 2007). Vidí řadu dílčích aspektů, a nevidí jiné, které zase z určitého hlediska mohou být důležité.

Zprávy o pokračující deinstitucionalizaci nejen v Česku, ale také v dalších evropských zemích (viz např. Mansell a kol. 2007; Šiška a Beadle-Brown 2020; Kozma and Petri 2012; Turnpenny a kol. 2018) opakovaně zjišťují, že chybí data o počtech uživatelů bytových služeb a počtech těch, kdo čerpají komunitní služby; trvají na tom, že právě díky nedostatku informací o počtech uživatelů jednotlivých druhů služeb je obtížné sledovat, jak daleko jednotlivé země skutečně pokročily (Mansell a kol. 2007).

V tomto ohledu má ČR nakročeno dobrým směrem, protože počty uživatelů jednotlivých služeb pečlivě sleduje.³⁵ MPSV má v informačním systému OKslužby k dispozici data o tom, kolik klientů dané služby patří do které cílové skupiny, ale zatím je nevyužívá. Stát by si tedy mohl udělat poměrně přesný obrázek o tom, kolik lidí se zdravotním postižením využívá konkrétní druhy služeb. Ročenkové přehledy nicméně přinášejí informaci o celkovém počtu uživatelů služeb bez rozlišení na cílové skupiny. To je problém u služeb, které

³⁵ Stejným způsobem jako stát potom k vykazování přistupují také kraje ve svých vlastních krajských výkazech, ať už jde o excelové tabulky nebo informační systém sociálních služeb, tzv. KISSOS. Počet uživatelů považují za základní metriku: „Analýza počtu klientů sociálních služeb vychází z dat získaných ze závěrečného vyúčtování sociálních služeb, které služby každoročně vykazují prostřednictvím Krajského informačního systému sociálních služeb v Jihomoravském kraji. Závěrečné vyúčtování mají povinnost podat pouze sociální služby zařazené v Základní síti sociálních služeb v JMK pro daný rok ... Sociální služby zařazené v Základní síti sociálních služeb vykazaly pro rok 2022 celkem 85 846 klientů“ (SPRSS JMK 24–26: 42).

jsou poskytovány více cílovým skupinám – například u osobní asistence, podpory samostatného bydlení, chráněného bydlení, domovů se zvláštním režimem či pečovatelské služby, které jsou poskytovány jak osobám se zdravotním postižením, tak seniorům či lidem s duševní nemocí; výjimkou je služba DOZP, kde je cílová skupina označena v definici i názvu služby.

Prosté počty klientů využívajících jednotlivé služby však mají coby jednotka monitorování a plánování transformace systému služeb velmi omezenou vypovídací hodnotu. K efektivnímu monitorování a plánování chybí veřejné správě jak některé údaje o službách, tak o lidech se zdravotním postižením.

3.4.1. Pobytové služby v nízkém rozlišení

Navzdory tomu, že stát je ve sledování různých parametrů služeb velmi důkladný, u pobytových služeb DOZP (ale i CHB) mu řada důležitých vlastností uniká. Kancelář veřejného ochránce uvádí, že v České republice je „bariérou pro komplexní zmapování stavu deinstitucionalizace (...) nedostatek dostupných relevantních dat, zejména o tom, kolik lidí využívá služby komunitního charakteru a kolik žije ve službách ústavního charakteru“ (VOP 2024: 134). Podle další nezávislé zprávy chybí také ucelené údaje o počtu transformovaných zařízení (ANED 2019). Statistiky totiž nevidí, které pobytové služby už jsou transformované tak, aby byly skutečně „komunitní“ a umožňovaly lidem s postižením nezávislý život, a které nikoli. Stát při sběru dat nerozlišuje mezi velkokapacitními ústavními DOZP a transformovanými domovy pro osoby se zdravotním postižením, které mají podobu domácností. Nesleduje například dělení pobytových služeb na domácnosti, takže z dat není vidět, zda máme co do činění s velkým kongregovaným bydlením nebo s malými domácnostmi na různých adresách.³⁶ To je nejspíš také důvod, proč v příběhu úspěšné deinstitucionalizace, který stát vypráví veřejnosti a Výboru OSN, chybí pokles počtu lůžek v ústavech a růst počtu míst v tzv. komunitních DOZP, a to přesto, že transformace probíhá (s vysokými investičními náklady) často právě jako přestavba ústavních DOZP na DOZP „komunitní“. Česká republika sice v rámci sledování odchodů uživatelů z pobytových služeb od roku 2015 zjišťuje, zda odcházejí do „pobytové komunitní sociální služby“ (tedy např. do chráněného bydlení, ale může to být i DOZP nebo teoreticky i domov se zvláštním režimem)³⁷, nezjišťuje však, které pobytové služby jsou komunitní a které ne. Pouze dává poskytovatelům pokyn, aby tuto možnost ve formuláři Soc (MPSV) V 1–01 zvolili, pokud služba, kam klient odešel, vyhovuje této definici:

za pobytové komunitní sociální služby se považují všechny sociální služby (nebo jejich část), které nejsou ústavním zařízením/kapacitami“ (...) „Za ústavní je označena taková sociální služba (nebo její část) v návaznosti na její kapacitu (vyplňovaný počet lůžek), jestliže splňuje alespoň jednu z následujících podmínek: 1. v jedné budově/objektu (případně areálu nebo v místě blízkém) je kapacita lůžek (uživatelů) rovna nebo je vyšší než 19 lůžek; 2. kapacita je nižší než podle podmínky první, ale služba je poskytována v budově/objektu (případně areálu nebo v místě blízkém) s další pobytovou nebo ambulantní sociální službou

³⁶ Smysluplnost informace o domácnostech však stojí na předpokladu, že se Česko poučí z chyb vykazování „domácností“ od rakouského národního monitorovacího úřadu, který dospěl k názoru, že informace vycházející z tohoto dělení nelze brát zcela vážně, protože velká zařízení sociální péče uměle dělí celkovou kapacitu do menších celků, jen k tomu používají (zneužívají) terminologii běžného života, když ve statistikách vykazují tradiční oddělení nebo pavilony jako „domácnosti“, kterých pak jeden poskytovatel může mít celou řadu, přestože jde o patra v jednom zařízení nebo o pavilony v jedné lokalitě (Kremsner 2021). V českých DOZP se praxe nazývá oddělení, části velkých objektů nebo celé pavilony „domácnostmi“ vžila také a objekt s kapacitou cca 100 lůžek může vypadat jako služba v šesti „menších“ domácnostech (viz např. <https://dozp-sulicka.cz/nabizime/sulicka/>).

³⁷ nebo do „ústavního zařízení pobytové služby sociální péče nebo jiné pobytové služby sociální prevence“ (případně do „přirozeného sociálního prostředí“ nebo „jinam“ (MPSV nedat: 2)

a společná kapacita v budově/areálu (nebo v místě blízkém) přesahuje 19 lůžek. Za místo blízké je považována bezprostřední blízkost, např. za branou areálu, v sousedním domě. (MPSV nedat: 4)

Taková definice ale vychází z problematického předpokladu, že služba je „komunitní“, když má méně než 19 obyvatel; o dělení na domácnosti v definici není ani zmínka. Skupinové domovy od 2 osob lze přitom považovat za formu segregace (Council of Europe 2012: 40). Je tedy diskutabilní, zda nová pobytová zařízení skutečně umožňují svým klientům nezávislý život a zda a nakolik podléhají riziku reinstitucionalizace. Tím, že stát zatím nemá dobrá kritéria, s jejichž pomocí by to dokázal sledovat, zároveň nemá ani nástroj, jak se rizikům reinstitucionalizace vyhnout.³⁸

Stát také nemá u pobytových služeb (s výjimkou chráněného bydlení) přehled o tom, kolik hodin podpory se jednotlivým obyvatelům pobytových služeb poskytuje. Důvodem může být, že takové informace pravděpodobně spolehlivě sbírat nelze, protože v těchto zařízeních nemůže být podpora klientům poskytována příliš individualizovaně, pokud na pracovišti bývá pro několik klientů současně k dispozici jen jeden pracovník. I kdyby svůj pracovní čas dělil postupně mezi jednotlivé klienty, zpětné vykazování délky podpory by nebylo příliš přesné. Ze stejného důvodu se pravděpodobně také nedá zcela spoléhat na data ze skupinových domácností chráněných bydlení, která naopak povinnost vykazovat délku individuální podpory poskytované jednotlivým klientům mají (protože podle toho klientům účtují cenu za poskytování služby). Statistiky tak nepřinášejí celkový vhled do toho, v jaké intenzitě jsou služby využívány/poskytovány, a služby v tomto ohledu nelze srovnávat.

3.4.2. Neexistence dat o míře potřebné podpory

Poskytované hodiny osobní asistence a podpory samostatného bydlení jsou naopak vykazatelné snadno a stát je také dlouhodobě sleduje v aplikaci OKslužby vykazováním počtu a délky setkání pracovníka služby s klientem. Stejně jako jiná data z této aplikace je MPSV sice zatím dlouhodobě nevyužívá, detailní analýzy poskytované podpory by však bylo možné provést. Jenomže i výpovědní hodnota těchto dat má významný limit. Jsou to totiž v první řadě **údaje o poskytování služby, ne data o lidech samotných**, a ani jejich případná analýza nemůže poskytnout odpověď na otázku, zda je podpory dost nebo málo, zda podpora odpovídá potřebám lidí. Výkazy o čerpaných hodinách není s čím porovnat – chybí data o celkovém objemu *potřebné* podpory jednotlivých osob.

Informaci o potřebné míře podpory nepřináší ani tzv. stupeň závislosti. Tato metrika sice kategorizuje míru závislosti do čtyř stupňů, ale míru potřebné podpory nevyjadřuje žádným objemem hodin. I kdyby Úřad práce, který eviduje osoby pobírající příspěvky na péči na základě stanoveného stupně závislosti, tato data systematicky pro potřeby státu či regionů zpracovával, žádnou jasnou představu o potřebách lidí se zdravotním znevýhodněním by tím veřejná správa nezískala. Úplná závislost na péči ve stupni IV může znamenat jak potřebu péče 24/7 (např. u člověka s autismem, který nemůže zůstat vůbec o samotě, protože může mít projevy náročného chování nebo má například epilepsii), tak i potřebnou podporu např. „jenom“ 8 hodin denně (poskytovanou s přestávkami v průběhu dne člověku, který je imobilní, ale zvládá – i s pomocí technických pomůcek – být občas sám a věnovat se i bez pomoci některým aktivitám). Ani stupně závislosti I, II a III nelze spojit s určitým objemem hodin podpory, dva různí lidé ve stejném stupni (a se stejným příspěvkem na péči) mohou potřebovat velmi odlišný hodinový rozsah asistence.

³⁸ Tématu kritérií komunitních služeb a tomu, zda jsou nové pobytové služby (DOZP i CHB) vhodné pro běžný život, se dotýkáme v kapitole 4.1.4.

Stát vlastně vůbec nevidí, jestli služby odpovídají skutečným potřebám klientů. Ve službách, které vykazují hodiny podpory, vidí sice intenzitu poskytované, resp. čerpané podpory/péče (v pobytových službách to s výjimkou chráněného bydlení – pokud to s výše uvedenou výhradou připustíme – nevidí vůbec), ale neví, jestli to odpovídá tomu, jaká je potřebná podpora/péče. Je to dáno tím, že se nevyužívají nástroje určené pro vyhodnocení míry potřebné péče/podpory u jednotlivých osob, ale pouze se odlišuje předpokládaná míra potřeb podle 4 stupňů závislosti. To je však jen velmi orientační pomůcka, vnucená sociální práci rozhodnutím o zavedení stratifikace financování, která individuální míru potřebné podpory, jak ji mapuje sociální práce, spíše zamlžuje. Potřeby se vyhodnocují také v rámci jednotlivých služeb, nikoli však v objemu hodin (např. hodiny asistence v OA nebo PSB se většinou odvíjejí čistě od poptávky konkrétního zájemce, nikoli na základě podrobného vyhodnocení, a spíše se stanovuje, s čím a jak člověk potřebuje pomoc v rámci poptávaných hodin). Potřebná podpora není vyhodnocovaná komplexně a detailně (v objemu hodin, napříč všemi oblastmi života a ještě před určením toho, v jakých službách a jakými dalšími způsoby budou naplňovány).

Až s údaji o míře potřebné podpory by stát získal smysluplnou informaci o podílu konkrétní služby na zajišťované podpoře člověka v kontextu celkové potřebné podpory a ve vazbě na ostatní druhy podpory. Bez takto složeného celkového (smysluplného) obrázku stát může vidět jen výsek, tedy počet hodin asistence, počet hodin PSB nebo počet hodin podpory poskytnuté v chráněném bydlení. Stát ani kraje však nevědí, zda je tato podpora dostatečná a jestli a jak se doplňuje s ostatní podporou.

3.4.3. Chybějící data o objemu celkové podpory poskytované jednotlivcům

Vedle toho, že veřejná správa nemá představu o tom, kolik a jaké péče/podpory lidé se zdravotním znevýhodněním skutečně potřebují, nemá ani data o tom, kolik péče/podpory jednotlivci *celkově čerpá*.

Údaje o neformální péči nemá takřka žádné. Úřad práce sice u žádosti o příspěvek na péči zjišťuje, kdo je poskytovatelem pomoci (což může být i neformální pečující), ale nedozví se, v jakém objemu ani s jakou profesionální podporou se příjemce příspěvku dělí o část příspěvku ve „sdíleném“ modelu péče.

Jenomže **veřejná správa nedokáže u jednotlivce vidět ani celkový objem formální podpory.** Řada lidí využívá více ambulantních a terénních služeb souběžně (a v některých případech i současně s pobytovými), to však ani aplikace OKslužby, která monitoruje data o poskytování služby jednotlivým klientům, nemožňuje sledovat. Každá služba totiž vykazuje svoje klienty zvlášť pod vlastním kódem. Jednoho a téhož uživatele služeb proto stát vidí jako několik jedinců, které nedokáže propojit do jedné osoby.³⁹ Přítom existence koordinované podpory pro lidi s komplexními potřebami je zásadní podmínkou úspěšné deinstitucionalizace, kdy všezahrnující (totální) instituce musí být nahrazena souhrou různých druhů podpor, často od několika sociálních služeb, ale např. i z oblasti školství, zdravotnictví či od dalších, neformálních pečovatelských. Stát by tedy měl mít vhlad do toho, jestli se mu daří takovou podporu garantovat.

Statistická a administrativní data státu poskytují jen kusé informace o tom, pro koho a v jakém rozsahu služby fungují, stejně jako o proměnách struktury péče nebo o dynamice transformační změny. Veřejná správa nemá k dispozici data, která by umožnila vyhodnocovat otázku, zda systém poskytuje podporu/péči, jež by odpovídala potřebám lidí a umožňovala jim nezávislý život v běžném prostředí. Jinými slovy,

³⁹ Podobně, jako když pacient ve zdravotnickém systému může být tatáž osoba jako uživatel sociální služby, v pohledu státu ale jde o dva odlišné jedince, na něž se nedokáže podívat jedním pohledem.

navzdory velkému množství a rozmanitému zaměření shromažďovaných dat není stát schopen dobře vidět a vyhodnocovat, nakolik se jeho systém sociálních služeb slaďuje s nároky Úmluvy a umožňuje naplňovat požadavek nezávislého života osob s postižením.

3.5. Co ne/vidí krajské samosprávy při „zjišťování potřeb“?

Úkol „zjišťovat potřeby“ a plánovat rozvoj služeb je zákonem delegovaný na kraje a obce. Plánování rozvoje sociálních služeb má být „výsledkem aktivního zjišťování potřeb osob na území obce nebo kraje a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů“ (§ 3 h) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).⁴⁰ Na tomto postupu jsou zajímavé dvě věci: jak vlastně funguje ono „zjišťování“ a jak se zachází s konceptem „potřeb“?

Stát definuje jednotlivé prvky zjišťování ve vyhlášce stanovuje výčet vstupů do analytické části střednědobého plánu:

a) informace z analýz, zjištění a strategických dokumentů, které zahrnují

1. zhodnocení potřeb a nepříznivých sociálních situací občanů kraje ve vztahu k sociálním službám a zajištění těchto potřeb na území kraje, zejména se zaměřením na dosud nepokryté potřeby, nedostatečné kapacity sociálních služeb, nedostupnost jednotlivých druhů sociálních služeb v daném území, a to vždy minimálně na území správního obvodu obce s rozšířenou působností,

2. kvalifikovaný odhad počtu osob, kterým jsou sociální služby poskytovány, a odmítnutých zájemců o jednotlivé druhy sociálních služeb, a to vždy minimálně na území správního obvodu obce s rozšířenou působností,

3. shrnutí informací z metodických a strategických dokumentů kraje a ministerstva, případně dalších orgánů státní správy a samosprávy, které mají přímý dopad na území kraje a oblast sociálních služeb,

4. shrnutí výsledků analýz potřeb v oblasti zajištění sociálních služeb ze střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb obcí, případně správních obvodů obcí s rozšířenou působností, svazků obcí, mikroregionů nebo místních akčních skupin v daném kraji, včetně počtu odmítnutých zájemců o jednotlivé druhy sociálních služeb, a dostupnost jednotlivých druhů sociálních služeb na území kraje,

5. shrnutí informací zpracovaných v souvislosti s výkonem sociální práce na úrovni obcí a kraje,

6. další informace, které mají dopad na oblast sociálních služeb,

(Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 39 odst. 3) písm. a)

⁴⁰ Například Zlínský kraj k tomuto požadavku přímo odkazuje ve svém aktuálním střednědobém plánu: „Stěžejním obsahem plánování rozvoje sociálních služeb je identifikace nepokrytých potřeb osob na daném území, na kterou navazuje hledání způsobu jejich uspokojení s využitím všech dostupných zdrojů. Je nutné zdůraznit, že využití sociálních služeb přichází na řadu až v momentě, kdy byly využity všechny jiné dostupné zdroje – např. možnosti komunity, veřejné služby apod“ (SPRSS ZK 23-35: 26).

3.5.1. (Problematický) konsenzus ohledně „zjišťování potřeb“

Během 20 let, které uplynuly od pilotních projektů komunitního plánování, se mezi vyhláškou, metodickými návody, expertními názory a nejlepší praxí krajů a obcí kolem zjišťování potřeb vytvořil široký konsenzus, který v praktické rovině nabádá vycházet ze sociodemografické analýzy a doplnit ji o další informační zdroje v podobě informací ze SWOT analýz s místními aktéry, zaměřených na pojmenování sociálních problémů, informací zjišťovaných u sociálních odborů obcí s rozšířenou působností a počtu neuspokojených žadatelů o službu, evidovaných za tím účelem poskytovateli služeb (srov. MPSV 2002, Vojtíšek 2019). Potřebnost nových kapacit by měla vyplynout z kombinace těchto informací.

V praxi pak existuje několik přístupů, které se odlišují akcentem na různé druhy dat (Bednář a kol. 2024). Podle některých jsou informace o potřebách obsažené již ve velikosti jednotlivých skupin a „z hlediska potřeb v oblasti zajištění dlouhodobé sociálně zdravotní péče je nejvhodnějším datovým zdrojem oblast nepojistných sociálních dávek, a to především Příspěvků na péči a Průkazu osoby se ZP“ (Žárský a Wija 2017: 100). Podle jiných ale populační statistiky samy o sobě informaci o potřebách neobsahují a je třeba především hovořit s místními obyvateli, neboť „demografické křivky o stárnutí populace jsou užitečné, neříkají však nic o tom, jací senioři budou, jaké budou mít zvyky, dovednosti, požadavky, jaký bude jejich zdravotní stav“ (Havlík a kol. 2009: 3).

Dalším prvkem architektury zjišťování potřeb je předpoklad, že obce disponují ucelenou znalostí o potřebách místních obyvatel, která může celkový obrázek doplnit „zdola“, ideálně na základě výstupů ze sociální práce. Realitu obecní sociální práce a její možnosti pracovat s potřebami popisuje nedávná studie Hubíkové a kol. (2023). Ze závěrů této studie však plyne, že obecní sociální práce k tomu není vybavená kompetenčně ani personálně:

není běžnou praxí monitorovat potřeby správního obvodu z hlediska poptávky a potřeb obyvatel správního obvodu včetně snahy o zachycení případných bílých míst v nabídce služeb sociální práce, tj. zejména opomíjených nepokrytých potřeb či nepříznivých životních situací, a na základě toho přizpůsobovat služby sociální práce poptávce včetně plánování do budoucna. Jednostranné zaměření na individuální sociální práci a téměř úplné opomíjení či podceňování mezo- a makropraxe v sociální práci na obecních úřadech může souviset s tím, že je zanedbáváno monitorování potřeb v dané lokalitě, včetně toho, že ani informace, které sociální pracovníci k dispozici mají, většinou pro vyhodnocování souladu nabídky služeb sociální práce s potřebami a poptávkou klientů nevyužívají. (Hubíková a kol. 2023: 112)

Z pohledu zjišťování ne/dostupnosti služeb je zase problematický požadavek MPSV, opět vtělený do vyhlášky č. 505/2006 Sb., aby plánování rozvoje kapacit vycházelo mimo jiné z počtu odmítnutých žadatelů o službu. V cyklu zadávání sociálních služeb je tato metrika zvolená stejně nevhodně, jako kdyby rozvoj kapacit škol měl vycházet z počtu dětí, na které se při zápisu do školy už v daném roce nedostalo. Když se něco podobného stane ve školství, jako se například v letech 2023 a 2024 stalo v případě míst na středních školách v hlavním městě, je z toho skandál a lidé se ptají, jak je možné, že se odpovídající kapacity nevytvořily již dávno a školský systém začal řešit rozvoj kapacit až na základě odmítnutých žáků devátých ročníků. Konsenzus střednědobého plánování sociálních služeb metrikou počtu lidí, na které se již nedostalo místo v sociální službě, ustanovil jako legitimní nástroj plánování rozvoje kapacit. Tuto metriku je přitom – stejně jako ve školství – možné chápat především jako indikátor nefunkčního plánování rozvoje služeb.

3.5.2. Potřeby lidí nebo potřeby služeb?

Bez ohledu na to, zda „zjišťování potřeb“ akcentuje sociodemografickou nebo komunitní datovou základnu, zda využívá dotazníky zasílané sociálním pracovníkům na obcích nebo participativně vyhodnocuje silné a slabé stránky místních sítí služeb, je vysoce pravděpodobné, že konceptu „potřeb“ rozumí jinak, než jak mu rozumí sociální práce, a že potřeby zjišťuje pomocí metod sociálního výzkumu, nikoliv pomocí nástrojů sociální práce (Bednář a kol. 2024). V teorii sociální práce se pracuje s potřebami základními a vedle toho „potřebami podpory“ (Sheppard a Woodcock 1999). První jsou potřeby typu bydlet, čerpat odpočinek od neformální péče, být součástí společenství apod. Druhé jsou podporou, kterou potřebujeme, abychom mohli každodenně žít, bydlet, starat se o sebe, chodit do školy nebo být součástí společenství. **V návodech expertů a plánovací praxi krajů se však potřebami myslí daleko nejspíš potřeby služeb v území, nikoliv potřeby lidí s postižením.** Ty se pak mohou odvozovat ze sociodemografických údajů nebo z názorů a postojů veřejnosti, obcí a poskytovatelů, kterých se zjišťování doptává. Například se může realizovat dotazníkové šetření u obcí s rozšířenou působností a zjišťovat „*potřebnost rozvoje sociálních služeb*“ (SPRSS JMK 2024–26: 46), což následně může vést k stanovení „*potřeby zajistit komunitní služby pro osoby s PAS a s vysokou mírou potřebné péče.*“ (SPRSS PAK 2022–24: 31, 32).⁴¹ **Záměny potřeb podpory za konkrétní formu jejich naplňování** si již před 15 lety všimli Havlík a kol. (2009), když apelovali:

nepletme potřeby a způsoby jejich řešení. Kdo si nemůže jídlo opatřit sám, potřebuje, aby mu ho někdo donesl. Kdo se sám neumyje, neoblékne či nenají, potřebuje s těmito činnostmi pomoci. To jsou potřeby. Nepotřebuje však pečovatelskou službu nebo domov důchodců. To jsou možné způsoby řešení. (Havlík a kol. 2009: 3)

Podle § 2 zákona o sociálních službách má pomoc sociálních služeb vycházet z individuálně zjištěných potřeb uživatelů služby. Jenomže sociální služby typicky vyhodnocují potřeby klientů jen v té oblasti, na niž se specializují. A u terénních péčovských služeb se vyhodnocení potřeb do značné míry zaměřuje s tím, v jakém časovém rozsahu zájemce poptává službu (což je ale ovlivněno jeho omezenou „kupní silou“, závislou na výši příspěvku na péči). Pobytové služby, které by mohly vidět potřeby svých klientů komplexně, protože jim poskytují podporu v mnoha oblastech jejich života, většinou nejsou schopny poskytovat podporu skutečně individualizovaně, a nemají tedy důvod potřebnou podporu měřit. Obecní sociální práce, která by funkci komplexního hodnocení potřebné podpory mohla plnit, pokud by v systému měla za úkol realizovat case management, na to zase nemá kapacitu ani kompetence. **Kraje se tedy o mapování potřeb, které probíhá v rámci současné sociální práce, nemohou nijak opřít.**

Zjišťování potřeb v postupech plánování rozvoje služeb tak trpí slepotou, o níž stát často neví a dozvídá se o ní nahodile díky nezávislým iniciativám, jako byla například kampaň Pátý stupeň, která musela veřejně správu připomenout, že existuje významná mezera mezi potřebnou a dostupnou podporou, o jejíž celkové velikosti stát nemá představu (Paleček 2023). V extrémní formě se pak veřejná správa dozvídá o klíčových aspektech nedostatku péče a podpory díky skandálům, jako bylo například úmrtí klientky jindřichohradské ústavní péče (Třešňák 2022) nebo záběry skryté kamery v ostravském domově seniorů.⁴² Společným jmenovatelem špatné péče byla v obou případech mimo jiné propast mezi potřebnou a dostupnou péčí.

⁴¹ Takový postup může najít oporu v nekonzistentní aplikaci termínu „potřeb“ v zákoně o sociálních službách, který v (§3 h) odkazuje k potřebám osob a pojetí potřeb a jejich vyhodnocování v sociální práci, avšak v (§94 a) jako první z rolí při zajišťování sociálních služeb určuje, že obec zjišťuje „potřeby poskytování sociálních služeb“ na svém území. Nekonzistence v zákoně nahrává praxi, kdy obcím a krajům může stačit ptát se na názory na rozvoj sociálních služeb a nezabývat se nejprve tím, jaké jsou potřeby podpory lidí v daném území, a až následně řešit, jak je možné je naplňovat pomocí sociálních služeb.

⁴² Série investigativních reportáží Ve stínu slunečnice, viz <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/fuj-ty-prase-ty-zase-smrdis-reporteri-seznamu-se-skrytou-kamerou-za-zdmi-domova-senioru-83076>

3.5.3. Možné řešení: systematické vyhodnocování míry potřebné podpory

Stát zkrátka na žádné z úrovní samo/správy neumí zjišťovat a agregovat potřeby podpory jednotlivců – tak, aby na ně mohly navazovat odpovídající kapacity sociálních služeb. Bez znalosti objemu potřebné podpory ovšem systém sociálních služeb neví, kolik podpory/péče „má dáti“, a systém ani přesně neví, kolik „dal“. Toho si všimli také autoři kapitoly v nedávno vydaném sborníku Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR:

Není zřejmé, jak jsou informace (od poskytovatelů v aplikaci OKslužby – pozn. autorů) dále využívány a zda z nich analytici dokážou potřebné údaje zjistit a využít. Reálné potřeby však ze statistik není možné zjistit. Osoba může být zcela závislá na péči druhé osoby, ale má pečující rodinu, která zajišťuje převážnou část péče, a po poskytovateli požaduje například pouze koupel jednou týdně. Ve sledovaných a evidovaných informacích tedy nejsou zřejmé další zdroje, které klienti využívají. Všechny subjekty státní správy a samosprávy, od Ministerstva práce a sociálních věcí přes krajské úřady až po úřady obcí, zajímá pouze údaj o počtech klientů. Dle našeho názoru však kapacitu sociálních služeb tímto způsobem „měřit“ nelze. (Hauke a Vávrová 2023:11)

Lze tedy jen obtížně usuzovat, kolik z lidí se zdravotním znevýhodněním s podporou komunitních terénních služeb již žije důstojný a nezávislý život a pro kolik je dosavadní podpora (v domácím prostředí, stejně jako v pobytových službách) stále kapacitně nedostatečná a neodpovídá jejich potřebám. Ani počty lidí ve službách ani počty neuspokojených žadatelů, ale ani součty lidí v různých stupních závislosti na péči (resp. v různých kategoriích příspěvku na péči) nedávají jasnou představu o skutečných (a celkových) potřebách lidí se zdravotním znevýhodněním.⁴³

Daleko vhodnější metrika než stupeň závislosti je počet hodin potřebné podpory/péče u jednotlivých osob (u někoho například 120 hodin týdně, u dalšího člověka třeba 14). Takové vyhodnocování se používá jako základ pro stanovení nároku na podporu/péči například u žadatelů o osobní asistenci ve Slovinsku (Kocman 2024). Schopnost zadavatelů sociálních služeb vidět, kolik a jaké péče/podpory chybí, by pak mohla vycházet z agregace vyhodnocení potřebné podpory u jednotlivců.

Veřejná správa, odpovědná za provoz a rozvoj sítě služeb na základě zjištěných potřeb, by se zkrátka mohla poučit u sociální práce jejím konceptem „potřeb“, resp. konceptem „potřebné podpory/péče“, který zásadně překonává zjednodušující, ale dosud často uplatňovaný přístup: jeden člověk s postižením = „potřeba“ jednoho lůžka. Pohled veřejné správy nikdy nebude dokonalý a všeobjímající. Ale má smysl reflektovat jeho omezení a hledat případné lepší zaostření na to, co veřejné správa potřebuje vidět, aby mohla lépe řídit změnu systému služeb směrem k naplňování Úmluvy.

⁴³ Vidět prostě jednotlivce bez jejich potřeb může vést k nevalidním hodnocením a plánovacím rozhodnutím. Příkladem takového hodnocení je tradiční způsob sledování „ekonomické efektivity“, který pracuje pouze s tzv. jednotkovou nákladovostí. Ta může být užitečná například pro základní srovnání nákladovosti mezi stejnými službami a regiony, ale při použití ve vazbě na potřeby napříč druhy služeb či typy podpory/péče dochází k závěrům, které v zájmu ekonomické efektivity zcela odhlížejí od hodnot zakotvených v Úmluvě: „zejména ve vyšších stupních příspěvku na péči, tj. potřebnosti péče, se ukazuje péče v domácnosti uživatele jako méně optimální, a tedy i méně efektivní varianta“ (Vostatek a kol. 2013: 51). Od 90. let 20. století se přitom hromadí doklady o tom, že sledovat pouhé náklady na jednotku je zavádějící a že místo nejlevnější varianty péče je třeba sledovat náklady a přínosy právě ve vazbě na potřeby (Beecham a Knapp 1991, Cambridge a Knapp 1997, Cambridge a kol. 2002, Knapp a kol. 2011, Knapp 2015, Romeo a kol. 2016). Příkladem nevalidního plánovacího rozhodnutí, které vychází z prostého počtu jednotlivců – žadatelů o službu – bez přihlídnutí k míře potřebné podpory, je rozhodnutí některých krajů distribuovat nově vznikající kapacity terénních služeb sociální péče mezi co největší počet žadatelů, a to i když existující uživatelé stále čekají na odpovídající podporu/péči. Stejnou logikou jsou nastavené také indikátory výzev na rozvoj infrastruktury sociálních služeb z Národního plánu obnovy, které například požadují „min 10 nových uživatelů“ (výzva 31_22_043). Je to pochopitelné, pokud je rozhodování založeno na cíli „uspokojit“ nové žadatele o službu alespoň trochou podpory/péče, a umenšit tak seznamy zájemců o službu. Přijetím do služby se z nich stanou noví uživatelé a jako jednotka sčítání se začnou vykazovat mezi rostoucími počty klientů terénních služeb. Jenže nabídka zlomku potřebné podpory pro všechny nemůže doopravdy uspokojit potřeby nikoho.

4.

**Vládní sociální politiky:
představy státu o službách
pro lidi se zdravotním
znevýhodněním**

4. Vládní sociální politiky: představy státu o službách pro lidi se zdravotním znevýhodněním

Shrnutí:

- Národní strategie rozvoje sociálních služeb a navazující Akční plán jsou ve svém směřování k naplňování Úmluvy nejednoznačné. Deklarují sice rušení ústavní péče a potřebu rozvoje terénních a ambulantních služeb, nedefinují pro to však vyhodnotitelné cíle a především neobsahují ani jedno opatření, které by směřovalo k rozvoji terénních služeb.
- Akční plán se týká pouze přeměny velkých pobytových služeb na menší, a redukuje tak deinstitucionalizaci na přechod od ústavních pobytových služeb ke komunitním pobytovým službám.
- Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru v rozporu s Úmluvou reprodukuje tradiční představu, že pro některé (nebo dokonce pro všechny) lidi s postižením jsou pobytové služby potřebné či vhodné, resp. že někteří lidé nemohou žít v přirozeném prostředí.
- V horizontu strategického uvažování o nutnosti změny z ústavní péče na péči komunitní chybí alternativa terénní individualizované péče/podpory.

- **Výstavba nových pobytových služeb prodlužuje proces transformace a praxe ukazuje, že parametry nově vybudovaných komunitních pobytových služeb lidem často nevyhovují a neumožňují jim žít běžným způsobem života.**
- **Deinstitucionalizace je chápána a praktikována jako proces změny jednotlivých organizací (ústavních zařízení), spíše než jako celková změna krajských systémů služeb.**
- **Národní plány podpory rozvoje rovných příležitostí se od roku 2010 věnují tématu nezávislého života, zůstávají však na rovině deklaratorních cílů bez definovaných výsledků. Hodnocení plánů je formální, a někdy dokonce neodpovídá skutečnosti.**
- **Poslední Národní plán podpory rozvoje rovných příležitostí (2021–25) sice řadí mezi hlavní cíle podporu rozvoje terénních a ambulantních služeb, v následných opatřeních se však pojmy terénní a ambulantní služby už vůbec neobjevují. Opatření v plánu jsou nesystematickou směsí různorodých kroků, které se týkají běžného fungování a plánování rozvoje služeb, ale nezajišťují splnění stanovených cílů ani nesměřují k naplňování článku 19 Úmluvy.**

V této kapitole navazujeme na zjištění nezávislých studií ohledně nastavení státních politik a strategií české transformace. Nezávislé studie i doporučení Výboru OSN pro práva lidí se zdravotním postižením se shodují na tom, že na strategické rovině se sice Česká republika vztahuje k idejím v souladu s právem na nezávislý život, avšak jen málo z nich je schopná proměnit na robustní plány, a ještě méně jich realizovat. Stát svěřuje vize a cíle transformace sociální péče a podpory pro lidi se zdravotním znevýhodněním především dvěma

dokumentům: Národní strategii rozvoje sociálních služeb a Národním plánům podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním znevýhodněním. Kapitola se soustřeďuje na to, jaké představy o budoucím stavu sociálních služeb jsou vtělené do relevantních sociálních politik státu, a ukazuje, že některé z těchto představ, přestože ve strategických dokumentech hrají důležitou roli, jsou samy překážkou požadované změny.

4.1. Národní strategie rozvoje sociálních služeb a její Akční plán

4.1.1. 2016–2025 Národní strategie

Vize transformace sociálních služeb ve vládních dokumentech jsou rozporuplné a nejasné (ANED 2019, 2023, Paleček 2019, VOP 2023). Již v historicky prvním zásadním strategickém dokumentu v této oblasti, v „Koncepci podpory transformace“ (MPSV 2007), stát vyhlásil odklon od ústavní péče, ale současně navrhnul budování pobytových zařízení s kapacitou až 40 osob.

„Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025“ (MPSV 2015a) je o něco jednoznačnější. Sice ne v celkové vizi, která je velmi obecná:

V ČR existuje flexibilní síť sociálních služeb, která pomáhá řešit potřeby osob nacházejících se v nepříznivé sociální situaci a je financována transparentním, efektivním a spravedlivým systémem. (MPSV 2015a: 55)

Ale definici deinstitucionalizace i první cíl na seznamu strategických cílů lze interpretovat tak, že Strategie chce směřovat k takovému systému služeb, který – v souladu s Úmluvou – umožní lidem žít doma, nikoli v institucích.

Deinstitucionalizace sociálních služeb [...] znamená dlouhodobý a postupný 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. (MPSV 2015a: 57)

• *Strategický cíl A: „Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí“ (MPSV 2015a: 57)⁴⁴*

Strategie dále rozvíjí cíl A ve třech specifických cílech:

- *Specifický cíl A.1: Vytvořit a realizovat plán přechodu od ústavní péče k podpoře v komunitě s pomocí terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb komunitního typu.*
- *Specifický cíl A.2: Vytvořit podmínky pro zajištění potřebných kapacit sociálních služeb komunitního typu terénní, ambulantní i pobytové formy.*
- *Specifický cíl A.3: Zajistit ochranu práv a kvality života lidí v ústavních pobytových službách po dobu přechodu od ústavní péče v péči poskytovanou v komunitě. (MPSV 2015a: 57)⁴⁵*

⁴⁴ Přehled cílů Národní strategie uvádíme v Příloze 2.

⁴⁵ Jak si ale všimá nejnovější studie Veřejného ochránce práv, Národní strategie jasně nedefinuje, co přesně má být cílem deinstitucionalizace (VOP 2023: 14). Uvedené cíle mají mnohem více procesní charakter, než že by jasně popisovaly cílový stav. Dodejme, že u strategického cíle A („Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí“), v definici výsledku „pro zadavatele“ Strategie alespoň jasně říká, že služby mají být poskytovány tam, kde člověk žije, a v době, kdy je potřebuje, a že nemají být provozována „žádná ústavní zařízení“ (MPSV 2015a: 57). Další specifické cíle však tuto vizi do konkrétněji stanovených výsledků nijak nerozvíjejí.

Strategie si také všímá, že v systému péče chybí služby zajišťující „podporu v domácím prostředí jejich uživatelů či v pobytových službách komunitního charakteru“, a dokonce kriticky zmiňuje pokračující trend „společání se na poskytování péče v rezidenčních typech zařízení“ (MPSV 2015a: 56). Je proto nutné:

připravit systémové změny, které podpoří komunitní, terénní i ambulantní služby, budou rozvíjet neformální péči a podporovat klienta, aby mohl dále rozvíjet svoje schopnosti a možnosti v přirozeném prostředí (MPSV 2015a: 20)

Zároveň však Strategie hned v úvodu oslabuje důraz na rozvoj terénních a ambulantních služeb, když (nikoli kriticky) konstatuje:

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, kterou ČR přijala v roce 2007, a to zejména na článek 19 týkající se možnosti nezávislého způsobu života. (MPSV 2015a: 17)

Je pozoruhodné, že závazky Úmluvy jsou tu interpretovány jako povinnost transformovat ústavy (a nikoli krajské sítě služeb, v jejichž rámci by se měly rozvíjet i další – nerezidenční – komunitní služby). Přitom Úmluva v článku 19 uvádí mnohem komplexnější povinnost státu zajistit lidem „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). Národní strategie sice reflektuje nedostatek a potřebu rozvoje terénních služeb (např. ve výše zmiňovaných strategických cílech A.1. až 3.), ale neobsahuje jedno jediné (!) opatření, které by k rozvoji těchto služeb směřovalo.

4.1.2. 2023–2025 Akční plán

Záměr Národní strategie přeměnit ústavní péči na péči v komunitě má být detailněji vyprofilován v „Akčním plánu 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“ (MPSV 2022a). Ten definuje problém následovně:

Lidé (skupiny osob vykazující zvláštní zranitelnost) žijící v nepříznivé sociální situaci nemají možnost žít (případně nežijí) nezávislým způsobem života a nemohou tak uplatnit svá lidská práva na rovnoprávném základě s ostatními. (MPSV 2022a: 6)

Akční plán vyjmenovává příčiny tohoto problému:

stále přetrvává poskytování pobytových sociálních služeb formou „nekomunitního“ charakteru (...) stále chybí i legislativní vymezení zde používaného pojmu „komunitní“ a vychází se z definic obsažených v dokumentech nelegislativního charakteru. (...) sociálních služeb (myšleno pobytových – pozn. autorů) komunitního charakteru je s ohledem na dobu implementace procesů deinstitucionalizace v ČR nízký počet. Lidé (skupiny osob vykazující zvláštní zranitelnost) si tak nemohou zvolit prostředí komunitních služeb, které jsou schopny lépe udržet styl života, snáze vytvářet prostředí respektující právo na soukromí a právo vykonávat volbu a kontrolu nad svými životy. (MPSV 2022a: 6, zvýraznění původní)

Kritický tón popisu současného stavu nicméně odhaluje i omezení perspektivy, z níž je tato kritika vedena. Evidentně se tu uvažuje o nahrazení ústavů „komunitními“ pobytovými službami. Tomu odpovídá i to, jak se v Akčním plánu posouvá definice deinstitucionalizace – oproti Národní strategii, kde se v definici deinstitucionalizace uvádí, že lidé s postižením by měli žít ve svém domově. V definici Akčního plánu se sice mluví o tom, že deinstitucionalizace má vést k péči poskytované „v přirozeném prostředí“, ale současně i o tom, že deinstitucionalizace znamená rozvoj „menších sociálních služeb (míněno pobytových) komunitního charakteru“ (MPSV 2022a: 3). Přirozené prostředí z pohledu Akčního plánu tedy vytvářejí i (menší) pobytové služby „komunitního charakteru“. To je ovšem zásadní významový posun oproti představě, že přirozené prostředí je to prostředí/místo, kde člověk bydlí nezávisle na pobytové službě, ale s podporou služeb terénních a ambulantních. Tuto představu přitom na jiném místě Akční plán vyjadřuje také⁴⁶, stejně jako ji v mnoha pasážích vyjadřuje Národní strategie⁴⁷ nebo třeba prezentace MPSV, rozlišující odchody klientů z ústavních zařízení na odchody do přirozeného prostředí a na odchody do komunitních pobytových služeb (viz Prezentace 1 v kapitole Úvod).

Když Akční plán takto redukuje deinstitucionalizaci na přechod od ústavních pobytových služeb ke komunitním pobytovým službám, pak to, čemu se věnuje především, je právě plánování *pobytových* služeb. A pro takové plánování je charakteristická logika počtu „lůžek“ a počtu „zařízení“. V zařízeních „nekomunitního charakteru“ je potřeba počet lůžek snižovat, zatímco v komunitních pobytových službách, kterých je zatím celkově „nízký počet“, je potřeba počet lůžek zvyšovat. Lze plánovat právě jen počty zařízení a počty lůžek v rezidenčních službách, nikoli kapacity individualizované podpory např. ve službách terénních.

Alternativa terénní individualizované péče a podpory (a v případě klientů s komplexními potřebami také individualizované péče multidisciplinární a koordinované) jako by nebyla vůbec v horizontu strategického uvažování o nutnosti změny z ústavní péče na komunitní. Jak v Národní strategii, tak v Akčním plánu se přitom opakovaně mluví o rozvoji terénních (a ambulantních) služeb. Akční plán uvádí, že MPSV se snaží podpořit ambulantní a terénní služby, protože právě ony umožní lidem se zdravotním postižením setrvat doma a vyhnout se tak pobytovým službám (MPSV 2022: 18). Přes tyto proklamace však ani Strategie, ani Plán neobsahují jediné opatření, které by k rozvoji terénních služeb jako k významné alternativě ústavních služeb skutečně směřovalo. A téma nezávislého života se sice v obou dokumentech objevuje jako problém (kdy současný stav neumožňuje podpořit lidi v nezávislém životě), ale ani jednou se neobjevuje v cílech – jako něco, k čemu by měla reforma směřovat. To, že Akční plán je primárně zaměřen na transformaci domovů pro osoby se zdravotním postižením na chráněná bydlení a DOZP komunitního typu, výslovně (a nikoli kriticky) konstatuje i Zpráva o plnění Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 za rok 2022 a 2023 (MPSV 2024b).⁴⁸

⁴⁶ Např. v této větě: „Od roku 2015 do roku 2021 odešlo ze služby do přirozeného prostředí celkem 867 klientů a do pobytové sociální služby komunitního charakteru za stejné období celkem 1 077 klientů“ (MPSV 2022: 10).

⁴⁷ Např. opatření A.2.3. má „zajistit předcházení institucionalizace lidí, kteří v současné době žijí ve svém přirozeném prostředí, ale vzhledem k nedostatku terénních či ambulantních služeb jsou nuceni hledat si pobytovou sociální službu ústavního charakteru“ (MPSV 2015a: 64). Přirozené prostředí je podle této a mnoha dalších formulací slučitelné s terénními a ambulantními službami, nikoli s pobytovými. Je ale pravda, že i v Národní strategii jsou některé formulace méně jednoznačné, např. „Dále bude nutné podporovat komunitní služby, které poskytují podporu a pomoc seniorům v jejich přirozeném prostředí, a to ve všech formách poskytování“ (míněno podporu ambulantní, terénní i pobytovou – pozn. autorů) (MPSV 2015a: 63). Zacházení s pojmem „přirozené prostředí“ a jeho vztahem k pobytovým službám ve strategických dokumentech by stálo za samostatnou analýzou. V každém případě lze významové odlišnosti v jeho používání v Národní strategii a Akčním plánu považovat za symptom nejednoznačného a rozpačitého uchopení cílů/výsledků deinstitucionalizace, které se tyto dokumenty snaží stanovit.

⁴⁸ Ale ani „lůžkové kapacity“ Akční plán v podstatě neplánuje. Deklaruje sice vzdálený cíl, podle nějž mají v roce 2030 kapacitu domovů pro osoby se zdravotním postižením tvořit z 80 % pobytové služby komunitního charakteru, není však zřejmé, jestli se má celkový počet lůžek v pobytových službách držet na dosavadních číslech nebo zda se má snižovat, případně i zvyšovat. Nejde dokonce ani o cíl tohoto Akčního plánu, Akční plán k němu má pouze připravit cestu. Celá formulace zní následovně: „Cílem Akčního plánu pro DI je připravit proces DI 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. (...) Dílčím cílem je mít v roce 2025 v průběhu realizace 40 transformačních plánů pobytových sociálních služeb v rámci čerpání finančních prostředků z IROP 2021–27.“ (MPSV 2022a: 15) Těchto 80 % kapacit a 40 transformačních plánů jsou také jediné číselné výsledky, s nimiž Akční plán pracuje. Cíle Akčního plánu ostatně většinou nejsou pojaty jako výsledky, k nimž by se vláda zavazovala dospět, ale jako aktivity, procesy, u nichž často není zřejmé, jaký přesně mají přinést výsledek. Přehled cílů Akčního plánu uvádí Příloha 3 této zprávy.

4.1.3. Předpoklad „potřebnosti“ pobytových služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním

Z realizace dosavadních transformačních projektů je známo, že výsledky jsou v naprosté většině dvojího typu. V „měkčí“ verzi se podaří dospět k tomu, že z ústavu odejdou „schopnější“ klienti⁴⁹ – často právě do pobytových služeb, někdy také do vlastních bytů se službou podpora samostatného bydlení, aniž by se ústav zavřel, nebo dokonce aniž by přestal přijímat nové klienty.⁵⁰ A v „tvrdší“ verzi je výsledkem uzavření původních objektů a přestěhování většiny obyvatel do domácností v nově vybudovaných pobytových službách.⁵¹ Jinými slovy, v souladu s implicitní vizí transformace jako přechodu od jednoho typu pobytové služby k jinému se prakticky uskutečňuje také představa, že „určitá část uživatelů bude potřebovat péči pobytových služeb“, obsažená již v Konceptu podpory transformace (MPSV 2007: 15). Podle Konceptu se jedná o ty, kdo nejsou dostatečně „samostatní“, naopak potřebují vysokou míru podpory. Klade se tak rovnítko mezi pobytovou službou a vhodnou formou péče pro lidi s vysokou mírou potřebné podpory.

V současnosti to ale dokonce v pohledu vládní politiky vypadá tak, že vyšší míra potřebné podpory indikuje vhodnost větší koncentrace lidí s postižením v jednom zařízení pobytové služby. Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace totiž stanovují, že v jednom objektu smí žít nejvýše 18 lidí, „*jsou-li to lidé s potřebou vysoké míry podpory*“. **Kritéria v tomto vyjádření tedy předpokládají, že čím větší závislost na péči, tím víc institucionální charakter může služba mít** (jedním ze znaků institucionalizace je koncentrace lidí se znevýhodněním na jednom místě).⁵² Ale také zcela jasně a přitom neodůvodněně predikují, že pobytové služby „komunitního“ typu jsou vhodné i pro lidi s nižším stupněm závislosti, když uvádějí, že lidí „*s potřebou nízké nebo střední míry podpory*“ může být v objektu maximálně 12 (MPSV 2022c: 19).⁵³

Vývoj implicitní vize transformace tak ukazuje, že z výchozího stavu všeobjímající institucionální péče, kdy měly být ústavy tou nejvhodnější formou státní péče pro všechny „postižené“⁵⁴, přes stanovisko Konceptu, že pro lidi s vysokou mírou postižení jsou potřeba (velké) pobytové služby (MPSV 2007), se v jistém smyslu vládní politika – navzdory všem deklaracím – posunula znovu do univerzalistické pozice, vyjádřené naposledy v Kritériích: pro všechny lidi s postižením jsou komunitní pobytové služby vhodnou formou podpory

⁴⁹ Zpráva o procesu podpory transformace v ČR z roku 2013 kriticky konstatuje, že jednou z chyb transformačních procesů je výběrovost: „*Transformace je jen pro někoho – rozhodnutí zadavatele o transformaci ústavů je výběrové: týká se pouze některých ústavů, příp. některých uživatelů. (...) Transformace ústavní péče se nutně týká všech lidí, kteří v ústavech žijí, a tedy i všech ústavů. Nelze přijmout myšlenku, že pro některé lidi je ústavní péče vyhovující – neboť mají takovou míru postižení, že pro ně prostředí nehraje žádnou roli. Tato úvaha je v rozporu s podstatou deinstitucionalizace a principem rovnosti lidských práv. Při transformaci je třeba dbát na to, aby z ústavů odcházeli všichni lidé, tedy i ti, kdo mají velkou míru postižení.*“ (NCPTSS 2013b: 19)

⁵⁰ Další chybou je, že „*(t)ransformace je částečná – v rámci jednoho ústavu je cílem snížit kapacitu (umožnit odchod části uživatelů), nikoli ústav zcela opustit. To znamená, že vlivům ústavního prostředí budou i nadále vystaveni další lidé.*“ (NCPTSS 2013b: 20, viz také Kocman a Paleček 2013a).

⁵¹ Např. DOZP ve Stodu v Plzeňském kraji nebo DOZP Domov Háj na Vysočině a další.

⁵² „*Další formy segregace, praktikované umístováním osob se zdravotním postižením do kongregované péče, která, ačkoliv se nachází geograficky v komunitě (např. v rezidenční čtvrti), ve skutečnosti kopíruje institucionální život. ‚Skupinové domovy‘, jak bývají často pojmenována pobytová zařízení pro dvě až 15 osob se zdravotním postižením, jsou příkladem takového prostředí. (...) Čím větší je skupina, tím vyšší je riziko, že se skupinový domov bude podobat instituci, protože život člověka je stále podřízený a závislý na vůli a rozhodování omezené skupiny zaměstnanců. Taková zařízení, přestože jsou fyzicky umístěna v městské čtvrti nebo na předměstí, mohou fungovat jako uzavřený systém a mohou být izolovaná stejně jako zastaralé ústavy pro duševně nemocné.*“ (Council of Europe 2012: 40)

⁵³ Kritéria také povolují výstavbu skupinových domácností pro až 6 osob v domovech pro osoby se zdravotním postižením (a maximálně pro 4 osoby v chráněném bydlení) (MPSV 2022c: 18).

⁵⁴ Tento přístup se formoval v Československu od 50. let 20. století (Synek a Hradcová 2023).

(MPSV 2022c).⁵⁵ To zcela ignoruje doporučení uvedené v „Pokynech pro rušení ústavů pro osoby se zdravotním postižením“ Výboru OSN pro práva lidí se zdravotním postižením z roku 2022 (Výbor OSN 2022), které říká, že lidem opouštějícím ústavní zařízení by mělo být dostupné

bezpečné, přístupné a cenově dostupné bydlení v komunitě prostřednictvím dotovaného veřejného bydlení nebo nájemného. Sdružování osob opouštějících ústavní zařízení do společného bydlení nebo do přidělených čtvrtí nebo spojování bydlení se zdravotními nebo podpůrnými balíčky je neslučitelné s článkem 19 a článkem 18 odst. 1 Úmluvy. Osoby opouštějící ústavy by měly mít právo uzavírat právně závazné nájemní smlouvy nebo smlouvy, kterými nabydou vlastnické právo. Bydlení by nemělo být pod kontrolou systému péče o duševní zdraví ani jiných poskytovatelů služeb, kteří spravují ústavy, ani by nemělo být podmíněno přijetím lékařské péče nebo konkrétních podpůrných služeb. (Výbor OSN 2022:5)

A je to také paradoxní zejména s ohledem na to, že současně s tím MPSV v Národní strategii a Akčním plánu usiluje o zákonné ukotvení přednosti terénních a ambulantních služeb před službami pobytovými (byť ani to nečiní zcela konzistentně).⁵⁶ Na zcela praktické úrovni se navíc děje přesný opak. Sociální politika krajů je totiž historicky zaměřená na „stavění do svého“. V tom hrají roli především kraje v roli zřizovatelů příspěvkových organizací, poskytujících nejčastěji právě (transformující se) pobytové služby.

4.1.4. Stavění jako překážka deinstitucionalizace a naplňování Úmluvy

Na Konferenci transformace sociálních služeb, pořádané Ostravskou univerzitou 25. 11. 2021, zástupci Moravskoslezského kraje popisovali, jak jejich transformační projekt, původně plánovaný na 5 let, zbrzdila výstavba a prodloužila ho na 8 let. Reprezentanti kraje Vysočina nazvali svoji prezentaci o transformaci Domova bez zámku v Náměšti nad Oslavou „Nekonečný příběh“, součástí jehož dlouhodobosti bylo právě to, že se kraj se rozhodl investovat „do svého“. Při takovém rozhodnutí jde ovšem o politickou volbu, nikoliv nutnost. Politická volba krajů je ale současně podporována vládní investiční politikou. Ministerstvo pro místní rozvoj ve spolupráci s MPSV připravilo „dvě výzvy na podporu deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb, ze kterých mohou kraje čerpat až 3,55 mld. Kč na výstavbu nových komunitních služeb“ (MPSV 2024b: 3). A v pohledu MPSV je investiční podpora výstavby nových pobytových služeb jedním z dokladů plnění Národní strategie.

Zatímco v roce 2019 zpráva Národního kontrolního úřadu konstatovala, že „ze strany MPSV nedochází k průběžnému plnění strategických cílů formulovaných v NSRSS 2016–2025“ (NKÚ 2019: 2), sebehodnocení MPSV o 5 let později ve „Zprávě o plnění Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 za rok 2022 a 2023“ (MPSV 2024b) je příznivější. Opatření A.2.3 („Nastavit čerpání finančních podpor z rozpočtu České republiky na deinstitucionalizaci a prevenci další institucionalizace sociálních služeb (cílit čerpání finančních zdrojů ze státního rozpočtu v souladu s politikami a právními úpravami směrem k sociálnímu začleňování“), náležející ke specifickému cíli A.2 („Vytvořit podmínky pro zajištění potřebných kapacit sociálních služeb komunitního typu terénní, ambulantní i pobytové formy“) je Zprávou o plnění hodnoceno

⁵⁵ Tato obnovená univerzalistická logika samozřejmě jen podporuje pohled, že pro lidi s vysokou mírou potřebné podpory jsou pobytové služby takřka nutností. To se v plné síle projevilo v roce 2016 a dále, kdy se sociální politiky začaly výrazněji zabývat chybějícími službami pro lidi s PAS a chováním náročným na podporu. Jak vládní, tak krajské politiky na to reagovaly takřka výhradně vizí posilování specializovaných pobytových služeb, nejvíce domovů se zvláštním režimem (Paleček 2019).

⁵⁶ Akční plán totiž sice říká, že „je třeba legislativně ukotvit zásadu, z níž vyplývá, že u seniorů a osob se zdravotním postižením má vždy přednost zajištění sociálních služeb umožňujících jejich setrvání doma v přirozeném prostředí před zajištěním služeb pobytového charakteru“ (MPSV 2022a: 17), ale jedním dechem také dodává, že s upřednostněním terénních a ambulantních služeb před pobytovými „souvisí nutnost vymezení znaků souvisejících s kvalitou života a zdravotním stavem, kdy je legitimní nabídnout klientovi využit vhodnou pobytovou sociální službu“ (MPSV 2022a: 18). „Vhodná pobytová služba“ má tedy být pro lidi s určitými „znaky“ zdravotního stavu a kvality života „legitimní“. Univerzální přednost terénních a ambulantních služeb před pobytovými taková legitimizace samozřejmě oslabuje.

jako naplňované právě s poukazem na ony investiční výzvy. Uvedené zdůvodnění je však chatrné. Především nejsou v hodnocení popsány vůbec žádné (!) aktivity na rozvoj terénních a ambulantních služeb. A za druhé právě **výstavba nových objektů s podporou státních investičních programů je faktorem, který deinstitucionalizaci výrazně protahuje** a petrifikuje stav regionálního systému služeb – toky finančních prostředků na služby zůstávají pochopitelně směřované do (nových, případně starých, ale „humanizovaných“) pobytových služeb, čímž je oslaben důraz na terénní a ambulantní alternativy.

Dalším rozměrem zkosnatění služeb je to, že parametry nových služeb (jako je počet lidí v domácnosti či sdílené ložnice) jsou – i s ohledem na závazek udržitelnosti investičních projektů – nadlouho obtížně změnitelné, a tudíž nelze pružně reagovat na to, že skupinové bydlení a dvoulůžkové pokoje se ukazují jako nevhodné:

Domácnost pro šest lidí je prostě velká, vidíme, že dvoulůžkové pokoje nejsou ideální, snažíme se snižovat kapacitu domácností a omezovat dvoulůžkové pokoje, protože to přináší spory, napětí mezi klienty. (vedoucí Chráněného bydlení Naplno, seminář Jednoty pro deinstitucionalizaci „Dobrá praxe v deinstitucionalizaci“, 10. 4. 2024, zápisky z pozorování)

Domov Pístina, z něž Chráněné bydlení Naplno vzniklo, přitom vstoupil do prvního transformačního projektu již v roce 2009, v roce 2016 se 60 klientů DOZP přestěhovalo do nově vybudovaných objektů chráněného bydlení, z nichž každý pojímal dvě domácnosti. Ale ještě v roce 2024 doplácet klienti služby na to, že spolubydlení lidí je v sociální politice zcela samozřejmě považováno za vhodnou formu bydlení lidí se zdravotním znevýhodněním. Navzdory tomu, že spolubydlení je – pokud se nejedná o rodinu nebo partnerský pár – v zásadě velmi specifická forma ubytování, charakteristická spíše pro určité životní období, například studium na vysoké škole nebo pro ekonomickou nouzi člověka. Nevhodný „standard“ sdílených domácností, který v praxi opakovaně způsobuje problémy se soukromím a spoluzitím, se v postavených budovách doslova zhmotnil. Stejně jako se v nových domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem a v domovech pro seniory až do roku 2024 mohl materializovat doporučený materiálně technický standard dvoulůžkových pokojů (MPSV 2018).⁵⁷

4.1.5. Deinstitucionalizace jako proměna jednotlivých ústavních zařízení

V tom, jak transformaci ústavů uchopí, mají kraje a samotné ústavy obrovský manévrovací prostor. Ministerstvo k ovlivnění krajské politiky a transformačních procesů používá jen velmi slabý nástroj: „přesvědčování“ o tom, co je a co není dobré.

Někde jde o transformace částečné, nejsme z toho úplně rádi a snažíme se přesvědčit poskytovatele a zadavatele, že není dobré, když polovina lidí zůstane v „humanizovaném“ prostředí, což je slovo, které je neurčité, a neskýtá vůbec žádné záruky. (zástupce MPSV, seminář Jednoty pro deinstitucionalizaci „Dobrá praxe v deinstitucionalizaci“, 10. 4. 2024, zápisky z pozorování)

V tomto ohledu je ministerstvo velmi slabý aktér a kraje a ředitelé ústavů jsou naopak v pozici těch, kdo rozhodují. Vzhledem k rozporupným vizím, cílům a opatřením vládních sociálních politik se ministerští aktéři nemohou opřít o jednoznačný rámec státního zadání deinstitucionalizačních změn (byť je k vytváření takového rámce Úmluva o právech osob se zdravotním postižením zavazuje).

⁵⁷ Pro chráněné bydlení byly už od roku 2016 standardem jednolůžkové pokoje (MPSV 2016a). Teprve Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru (MPSV 2022c) ale v tomto ohledu přestala rozlišovat mezi různými typy pobytových služeb a stanovila jako standard jednolůžkové pokoje pro všechna pobytová zařízení. Je však třeba připomenout, že kritéria nikdy nebyla všeobecně závazná, MPSV je pouze příležitostně uplatňuje pro účely projektů na stavbu/rekonstrukci sociálních zařízení z evropských fondů (VOP 2024: 124). Neplatí tedy „zpětně“ pro již existující objekty.

MPSV ani v investičních výzvách, ani v metodických doporučeních necílí na krajské regionální síť služeb. Deinstitucionalizace je opakovaně v transformačních projektech uchopována jako proces změny jednotlivých organizací (ústavních zařízení), spíše než jako celková změna krajských systémů služeb. Transformují se organizace, nikoli systémy péče/podpory.

Např. v „Manuálu transformace ústavů“ (NCPTSS 2013a) je sice rovina systému výslovně zmíněna a manuál definuje odpovědnosti obcí, kraje a státu při dosahování jednotlivých cílů deinstitucionalizace, avšak řada cílů a vodítek pro jejich naplňování míří spíše na jednotlivá zařízení, než na systém služeb. V nejnovější ministerské metodice „Doporučený postup 5/2022 Transformace sociálních služeb pro osoby s vysokou mírou podpory“ (MPSV 2022b) je fokus na jednotlivé poskytovatele ještě mnohem výraznější. Tuto metodiku přitom Zpráva o plnění Národní strategie (MPSV 2024b) považuje za „zásadní“ výstup při plnění opatření A.1.2 („Realizovat jednotlivé kroky pro naplnění plánu přechodu od ústavní péče k podpoře v přirozeném prostředí“). Podstatná část metodiky ale popisuje, co je potřeba dělat na úrovni managementu transformující se organizace. Transformací sítě služeb se vůbec nezabývá.

Je v pořádku, že taková metodika pro management organizací vznikla. Problém ale je, že mimo zorné pole politiků, úředníků i pracovníků služeb zůstává systémová úroveň služeb i zodpovědnost státu a samospráv za nastavování systému služeb v souladu s Úmluvou o právech lidí se zdravotním postižením. Doporučený postup 5/2022 až komicky převrací role a zodpovědnosti v kapitole „*Jak ovlivnit vznik a rozvoj terénních a ambulantních služeb – transformace a samosprávné celky*“. Obcím a krajům je sice přiznána „nezastupitelná“ role při plánování služeb, ale **zodpovědnost za iniciaci transformace se připisuje „aktérům transformace“** (například samotným lidem se zdravotním postižením, ale pravděpodobně i členům odborné veřejnosti). Aktéři transformace pak dokonce mají být těmi, kdo nabízejí krajům a obcím osvětu a informují je o tom, jak transformace probíhá (místo, aby za šíření a prosazování myšlenky transformace, naplňování Úmluvy a za řízení celého procesu deinstitucionalizace krajské sítě služeb, sběr dat a monitoring procesů byly k odpovědnosti volány krajské samosprávy):

Jak se do plánovacích procesů zapojit? Aktéři transformace musí oslovit odbory sociálních věcí obcí, případně metodické pracovníky krajských odborů sociálních věcí, stát se aktivními členy pracovních skupin či platform, musí přinést informace o potřebách z území (osob s vysokou mírou podpory a dalších), čímž mohou přímo ovlivnit skladbu a kapacitu terénních, ambulantních (či komunitních pobytových služeb) potřebných pro osoby s vysokou mírou podpory. Současně lze za strany aktérů nabídnout osvětu, přenos informací z praxe a z postupu transformace směrem k úřadům, resp. zaměstnancům krajů a obcí. (MPSV 2022b: 26)

Tento návod zcela opomíjí, že je to právě stát a samospráva, kdo by podle Úmluvy měl lidem se zdravotním postižením vytvářet podmínky pro to, aby s podporou vhodných služeb mohli žít nezávislý život v komunitě. A je zároveň poměrně realistickým popisem toho, jak v současné době transformační procesy mnohdy fungují – nedějí se na základě cílené sociální politiky státu a krajů, ale do jisté míry jim navzdory. To, že se tento popis stal součástí ministerské metodiky, považované za zásadní příspěvek k naplňování „strategického cíle A“ ve vládní strategii („Zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí“) jen vypovídá o tom, jak málo odpovědnosti za naplňování Úmluvy si na sebe vládní sociální politika bere.

4.2. Národní plány podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením

Dalším významným prvkem sociální politiky týkající se naplňování článku 19 Úmluvy jsou národní plány podpory/vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Ty vláda vytváří od roku 1992. Od roku 2010 obsahují samostatnou kapitolu věnovanou nezávislému životu, v níž se odkazují na Úmluvu.⁵⁸ Jedná se o plány na období 2010–14 (Vláda 2010), na období 2015–2020 (Vláda 2015) a poslední pro roky 2021–25 (Vláda 2020a).

4.2.1. 2010–2014: Absentující cíle, opatření bez vyhodnocení

První dokument se v opatřeních na podporu nezávislého života zaměřuje na podporu komunitních služeb jen velmi obecně a spíše okrajově. Nestanovuje žádné cíle, formuluje pouze šest opatření, z nichž většina s nezávislým životem nijak přímo nesouvisí: tři se týkají rozvoje sociálního podnikání, jedno stability a udržitelného rozvoje sociálních služeb. Pouze dvě zbývající opatření jsou pro nezávislý život relevantní: jedno se týká transformace ústavů, druhé pak podpory takových služeb, které umožní setrvat lidem v domácím prostředí a předcházet jejich umístování do rezidenčních zařízení:

Opatření 6.4: Vyhodnotit výsledky individuálního projektu zaměřeného na proces transformace pobytových zařízení sociálních služeb a tyto výsledky implementovat do praxe poskytování sociálních služeb v České republice

Opatření 6.6.: V rámci dotačního řízení podporovat takové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, které jim umožní setrvat v domácím prostředí, coby prevence proti jejich umístování v rezidenčních zařízeních (Vláda 2010: 17)

Opatření nejsou podrobněji specifikována (stejně jako jiná opatření v tomto dokumentu). Vyhodnocení tohoto plánu, pokud existuje, není veřejně dostupné.

4.2.2. 2015–2020: Deklarovaná podpora transformace ústavů a podpora terénních a ambulantních služeb

Druhý plán podpory rovných příležitostí na období 2015–20 je v kapitole o nezávislém životě o něco konkrétnější – dotýká se transformace ústavů, ale také rozvoje terénních služeb. Plán formuluje 4 cíle:

- 1) Vytvářet podmínky pro to, aby osoby se zdravotním postižením mohly žít co nejvíce samostatně ve svém přirozeném domácím prostředí.
- 2) Zajišťovat přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, dalším podpůrným komunitním službám a rezidenčním službám.
- 3) Zajišťovat financování sociálních služeb, které reflektují potřeby osob se zdravotním postižením.
- 4) Podporovat vzdělávání a rozvoj pracovníků působících v systému sociálních služeb při poskytování podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením.

⁵⁸ Přehled cílů a opatření národních plánů pro vyrovnávání příležitostí viz Přílohy 4, 5 a 6.

U prvního cíle („Vytvářet podmínky pro to, aby osoby se zdravotním postižením mohly žít co nejvíce samostatně ve svém přirozeném domácím prostředí“) je jako jedno z pěti uvedeno opatření 6.4, které se přímo týká transformace ústavních zařízení: „Pokračovat v podpoře transformace ústavních zařízení pro osoby se zdravotním postižením, včetně zařízení, kde dosud transformace těchto ústavů nezačala“ (Vláda ČR 2015: 34).

K naplnění druhého cíle („Zajišťovat přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, dalším podpůrným komunitním službám a rezidenčním službám“) má sloužit mimo jiné opatření soustředěné na podporu terénních služeb:

Opatření 6.7: V rámci strategických dokumentů podporovat takové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, které jim umožní setrvat v domácím prostředí, coby prevence proti jejich umístování v rezidenčních zařízeních (terénní služby pro jednotlivé cílové skupiny, zejména služby osobní asistence, pečovatelské, tlumočnické, průvodcovské a předčitatelské služby). Podporu zaměřit na dostatečné pokrytí celého území ČR včetně venkovských oblastí. (Vláda 2015: 35)

Cíle jsou procesní, nestanovují žádný vyhodnotitelný výsledek. To otevírá cestu k formálnímu hodnocení.

4.2.3. 2015–2020: Formální a zavádějící hodnocení plánu

Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením⁵⁹ vydával k plánu pro roky 2015–2020 každoročně zprávu o plnění opatření (VVZPO 2016, 2017, 2018, 2019, VVOZP 2020, 2021).

Opatření 6.4 („Pokračovat v podpoře transformace ústavních zařízení pro osoby se zdravotním postižením, včetně zařízení, kde dosud transformace těchto ústavů nezačala“) je ve zprávách, včetně té poslední (VVOZP 2021) hodnoceno jako plněné. Zpráva to dokládá realizací tří diskusních setkání a seminářů s tématy finanční gramotnost (!), komunikace s osobami s duševním onemocněním (!) a podpora samostatného bydlení, uspořádáním diskusního fóra o deinstitucionalizaci, publikací osmi příběhů lidí se zdravotním postižením a čtyř vzdělávacích filmů. Dále pak vznikem 8 chráněných bydlení se 70 lůžky ve Zlínském kraji a podporou aktivit směřujících k transformaci zařízení v Královéhradeckém, Pardubickém, Moravskoslezském, Zlínském kraji a také na území hl. m. Prahy z Operačního programu Zaměstnanost (VVOZP 2021: 63).

Jestli byla taková podpora dostatečná, či nikoli nebo v kolika zařízeních se transformace ještě nerozběhla, zpráva neuvádí. A nezabývá se ani tím, zda s pomocí tohoto opatření bylo dosaženo cíle (ostatně, jde o zprávu „o plnění opatření“, ne „o plnění cílů“). V rámci takto nekritického a neukotveného posuzování lze donekonečna „úspěšně“ plnit opatření, aniž bychom věděli, co všechno ještě zbývá udělat.

Dalším příkladem toho, jak formální, nebo rovnou neodpovídající skutečnosti hodnocení plánu může být, ukazuje analýza argumentů pro vyhodnocení opatření 6.7. („V rámci strategických dokumentů podporovat takové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, které jim umožní setrvat v domácím prostředí, coby prevence proti jejich umístování v rezidenčních zařízeních (terénní služby pro jednotlivé cílové skupiny, zejména služby osobní asistence, pečovatelské, tlumočnické, průvodcovské a předčitatelské služby). Podporu zaměřit na dostatečné pokrytí celého území ČR včetně venkovských oblastí.“) Zprávy opakovaně hodnotí opatření 6.7 jako plněné a odkazují přitom na to, že „Národní strategie rozvoje sociálních služeb“ definovala strategický cíl, zaměřený na „přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí“ (MPSV 2015a: 57). Národní strategie je skutečně první dokument, který stanovil konkrétní cíle deinstitucionalizace v souladu s Úmluvou. Jenomže krajské plány rozvoje sociálních

⁵⁹ Do roku 2019 Vládní výbor pro zdravotně postižené občany (VVZPO), od roku Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením (VVOZP).

služeb, které jsou v praxi těmi skutečně rozhodujícími strategickými dokumenty, na jejichž základě se realizují případné změny ve struktuře sociálních služeb, žádnou jednoznačnou podporu terénních služeb v přírodním prostředí neobsahovaly (Paleček 2019).⁶⁰ To ovšem hodnotící zprávy opomíjejí.⁶¹

Roční hodnocení uvádějí také vždy přehled toho, jak se v průběhu let zvyšují výdaje na terénní služby, včetně osobní asistence. Taková informace však nemá velkou výpovědní hodnotu. Největší podíl (73 %) na celkových nákladech sociálních služeb totiž představují náklady na mzdy a platy pracovníků (MPSV 2019a: 3). A nárůst dotace souvisí s tím, že od r. 2007 u všech zaměstnanců v sociálních službách trvale rostly základní platové tarify (Horecký 2020: 7). Stejně jako rostly výdaje na osobní asistenci a další terénní služby, zvyšovaly se i výdaje u všech ostatních služeb, včetně pobytových. Samotný růst výdajů tedy o skutečném rozvoji služeb říká jen velmi málo a už vůbec nevypovídá o naplňování potřeb lidí s postižením. Zprávy se ale neobtěžují s hlubší analýzou dat o využívání osobní asistence, ani jiných služeb, ani nevyhodnocují, jestli případný nárůst kapacit terénních služeb působí jako prevence umístování lidí do pobytových služeb.

Ve zprávě o plnění opatření za rok 2019 (VVOZP 2020) je kladné hodnocení u opatření 6.7 navíc ještě podloženo odkazem k investičnímu programu 013 310 – Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb:

V Dokumentaci programu „013 310 – Rozvoj a obnova materiálně-technické základny sociálních služeb“ je podpora v rámci cílů programu zaměřena na rozvoj terénních a ambulantních sociálních služeb umožňujících setrvání uživatelů v jejich přirozeném prostředí, a také možnost pořídit z programu prostředky asistivních a asistenčních technologií. Jako jedna ze dvou prioritních cílových skupin tohoto programu je stanovena právě cílová skupina osob se zdravotním postižením. Finanční alokace tohoto investičního programu byla pro rok 2019 ve výši 762.641.503,54 Kč, z toho rozpočet činil 427.440.000 Kč a nároky z nespotebovaných výdajů minulých let činily 335.201.503,54 Kč. (VVOZP 2020: 63)

Argument dovolávající se investičního programu 013 310 jako důkazu plnění opatření 6.7 je ale zcela zavádějící. Podpora nerezidenčních služeb je sice formálně, jak tvrdí zpráva, „jednou z priorit programu“, ale celý investiční program je jednoznačně vychýlen – a to už hodnotící zpráva nereflektuje – ve prospěch pobytových služeb:

- Na výstavbu pobytových služeb bylo alokováno 825 mil. Kč a MPSV si „vytyčilo dosáhnout v roce 2020 ukazatele cíle počtu 605 nových lůžek“ (MPSV 2016b: 35). Z výzvy to není zcela jasné, ale zdá se, že většina těchto lůžek má být pro seniory, byť jsou zmíněny i domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení a týdenní stacionáře.
- Na „zkvalitnění stávajících pobytových zařízení sociálních služeb, vedoucí zejména k naplnění materiálně-technických standardů sociálních služeb“ (MPSV 2016b: 35) program plánoval vynaložit 1500 milionů, přičemž z „této částky je určeno na domovy pro seniory 500 mil. Kč, domovy se zvláštním režimem 650 mil. Kč a pro zařízení typu týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení 350 mil. Kč“. Hlavním smyslem má být „zkvalitnění a humanizace prostředí služeb“, kdy má docházet k rekonstrukci a modernizaci „stávajících budov pobytových služeb“ a „ke snižování počtu pokojů s třemi a více lůžky (tedy pokoje o max. počtu dvou lůžek)“ (MPSV 2016b: 36).

⁶⁰ A neobsahují ji ani dnes – viz kapitola 4.4.

⁶¹ A dlužno dodat, že z perspektivy roku 2023 už by nebylo možné ani vládní strategické dokumenty považovat za důkaz podpory terénních služeb, protože „Akční plán pro deinstitucionalizaci“ z roku 2022 jde proti vizi Národní strategie do velké míry a zaměřuje se jen na rozvoj služeb pobytových. Nicméně v roce 2023 již existuje další Národní plán vyrovnávání příležitostí – na období 2021–25. A v něm se žádná opatření pro rozvoj terénních a ambulantních služeb dokonce už ani nevyskytují. Hodnotitelé aktuálního Národního plánu pro vyrovnávání příležitostí to díky tomu mají jednodušší – nemusejí dokazovat, že stát strategicky usiluje o rozvoj nerezidenčních služeb, i když realita je opačná. Mohou k tématu mlčet.

- Terénní služby měly být podporovány investicemi do rozšiřování zázemí ve výši 50 milionů, přičemž si MPSV stanovilo, že do roku 2020 bude rozšířeno zázemí ve 44 zařízeních, kde bude současně „zvýšena kapacita alespoň o 50 klientů“ (MPSV 2016b: 37). Plán tak stanovil, že by mělo být dosaženo zvýšení kapacity terénních služeb o nejméně 2200 (44x50) klientů souhrnně z různých cílových skupin, tedy opět včetně seniorů.

Nejen, že stát takto programově podporuje především výstavbu objektů s „lůžky“ pro lidi se zdravotním znevýhodněním, ale také investuje do úprav stávajících pobytových služeb, které současný stav na dlouho dopředu konzervují. Terénní služby hrají v tomto státním programování vedlejší roli. A to nejen objemem investiční podpory (která pochopitelně musí být nižší než při investicích do obytných budov), ale i požadovanou výslednou kapacitou. Ta totiž ve skutečnosti nepředstavuje žádný měřitelný indikátor, protože z počtu 2200 osob vůbec nevyplývá, kolik hodin podpory navíc budou podpořené služby schopny poskytovat. Pokud vyjdeme z toho, že osobní asistence poskytují jednomu uživateli v průměru zhruba půl hodiny denně (viz **Graf 3**) a že velká část kapacit této služby je využívána také seniory, je zřejmé, že pro lidi se zdravotním postižením ani při dosažení plánovaného navýšení kapacity nepřinese výsledný stav žádnou podstatnou změnu, natož aby jim pomohl vyhnout se umisťování do pobytových služeb. Nota bene poté, co byla v roce 2023 v projektové dokumentaci programu 013 310 výsledná kapacita snížena na desetinu původně plánovaného počtu – na pouhých 220 klientů.⁶²

Ale především je při pohledu na výsledky dotačních řízení v rámci programu 013 310 v roce 2019 zřejmé, že se děje přesný opak toho, co deklaruje opatření 6.7: **pobytové služby jsou podporovány a rozvíjeny, podpora terénních služeb je mizivá**. V součtu bylo v roce 2019 z programu 013 310 žadatelům alokováno 872.353.142 Kč. Z toho jediné investice, které by se daly považovat za podporu terénních služeb, byly dotace na úpravy dvou domů s pečovatelskou službou ve výši 1.579.826 Kč. V drtivé většině (870.773.316 Kč) šly tedy peníze – zcela v rozporu s opatřením 6.7 – do výstavby a rekonstrukcí pobytových služeb.⁶³

Pokud by autoři hodnotící zprávy chtěli jít jen trochu dál za formální prohlášení investičního programu 013 310 a podívat se na to, jaké je jeho skutečné zaměření a dopad, nemohli by ho uvádět jako doklad toho, že se opatření 6.7, respektive jeho smysl, naplňuje.⁶⁴

Závěrečné hodnocení (VVOZP 2021) pak svůj výrok o tom, že opatření 6.7 je plněno, rovnou argumentuje způsobem, který zcela popírá původní účel opatření (jímž je setrvání lidí s postižením v domácím prostředí a prevence umisťování do rezidenčních zařízení):

Některé sociální služby poskytované pobytovou nebo ambulantní formou byly poskytovány jako sociální služby komunitního charakteru a byly zaměřeny na řešení nepříznivých sociálních situací v přirozeném sociálním prostředí osob nebo v prostředí, které se mu podobá. (VVOZP 2021: 65)

⁶² V aktualizaci investičního programu z listopadu 2023 se plánované rozšíření kapacity podpořených zařízení do roku 2024 omezilo na „alespoň o 5 klientů“, to znamená, že minimální cílový nárůst kapacity by měl být o pouhých 220 (44x5) klientů – při zachování celkové výše investice 50 milionů. Naopak u pobytových služeb se počet plánovaných lůžek zvedl z 605 na 1210 a celková částka na výstavbu se zvedla z 825 na 1650 mil. Kč (MPSV 2023c).

⁶³ Tyto částky jsou součtem přidělených dotací, zveřejněných na stránkách MPSV v přehledech výsledků dotačních řízení v roce 2019 (viz <https://www.mpsv.cz/web/cz/2016-2024-program-013-310-rozvoj-a-obnova-materialne-technicke-zakladny-socialnich-sluzeb>). Zpráva o plnění ovšem uvádí, že „alokace tohoto investičního programu byla pro rok 2019 (...) 762.641.503,54 Kč“ (VVOZP 2020: 63). Proč toto číslo neodpovídá součtu dotací v roce 2019, nám není známo.

⁶⁴ I samotná projektová dokumentace programu 013 310 – Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb je dokladem toho, jak svévolně stát zachází se svým strategickými závazky, plynoucími z Úmluvy. Zatímco formálně v úvodu projektové dokumentace ústy MPSV prohlašuje, že „cíl programu je navržen v souladu s realizací dokumentu Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025“ (MPSV ČR 2016b: 9), vzápětí to navrženým programem (investicemi primárně do pobytových služeb) v podstatě popírá.

Hodnocení se tu smiřuje s tím, že česká transformace ústavních zařízení se vůbec neubírá k terénním službám, ale k novým službám pobytovým. Místo terénních služeb, jako je např. v opatření zmiňovaná osobní asistence, postačí pobytové služby komunitního charakteru. A místo domácího, přirozeného prostředí, postačí „prostředí, které se mu podobá“. A nejenže se s tím hodnocení smiřuje, dokonce to – řeklo by se až cynicky – používá jako doklad o plnění opatření, které přitom mířilo opačným směrem. A zcela proti smyslu původního opatření lobuje za pobytové (byť komunitní) služby:

Tyto služby, poskytované jako služby komunitního charakteru způsobem poskytování ani místem poskytování nevylučují osoby ze společnosti a podporují je ve využívání běžných zdrojů v okolí a ve všech jejich schopnostech, které podle možností dané osoby dále rozvíjejí, a to i s možností dalšího nebo opětovného sociálního začleňování. Prioritou dále bylo zabraňovat izolaci nebo segregaci a umožňovat dostupnou sociální i zdravotní péči v přirozeném prostředí. Dále mít možnost, zvolit si na rovnoprávném základě s ostatními místo pobytu, kde a s kým budou uživatelé žít v komunitě, a vytvořit si tak podmínky pro způsob života, který umožní jejich začleňování do společnosti dle jejich volby.

Sociální politika tu při sebehodnocení usvědčuje sama sebe z nedostatku sebereflexe, formalismu a zakrývání skutečného stavu věci. I když v Národní strategii rozvoje sociálních služeb i v krajských strategických dokumentech lze **nalézt cíle směřující k naplňování Úmluvy, opatření už tak jasná nejsou, nebo jdou dokonce proti ní** a v hodnoceném období praxe rozvoje služeb k naplňování Úmluvy nesměřovala. Ve skutečnosti stát svými investicemi podporoval v podstatě výhradně stávající pobytové služby včetně těch, kde se koncentrují velké počty lidí, a podporoval výstavbu dalších rezidenčních služeb. Tím samozřejmě na dlouho dopředu fixoval finanční toky ve prospěch provozu pobytových služeb (často krajských příspěvkových organizací). Ty se totiž – jak ukazuje již téměř dvacetiletá snaha o deinstitucionalizaci – nedají jen tak zrušit.

4.2.4. 2021–2025: Formální proklamace, rezignace na smysluplná opatření pro naplňování cílů

Poslední plán vyrovnávání příležitostí na období 2021–2025 pojímá závazky plynoucí z Úmluvy pozoruhodně formálně: odvolává se na článek 19 (nezávislý způsob života a zapojení do společnosti) a článek 20 (osobní mobilita), ale v přijatých opatřeních tomu nic neodpovídá. Oproti předchozímu plánu tak dokonce dělá krok zpátky, **když pro rozvoj terénních služeb neformuluje vůbec žádné opatření**. V úvodním slově kapitoly o nezávislém životě dokument sice zdůrazňuje, že „je nutné i nadále pokračovat a systematicky napomáhat transformaci pobytových zařízení sociálních služeb a podporovat zejména poskytování terénních a ambulantních sociálních služeb v přirozeném prostředí uživatele“ a mezi tři v úvodu deklarované obecné „hlavní cíle“ zařazuje dva, které lze považovat za souladné s Úmluvou:

- > Vytvářet podmínky pro to, aby osoby se zdravotním postižením mohly žít co nejvíce samostatně ve svém přirozeném sociálním prostředí.
 - > Podporovat rozvoj sítě terénních a ambulantních služeb umožňující osobám se zdravotním postižením žít běžným životem v místní komunitě.
- (Vláda 2020a: 45)

Jenomže v následných opatřeních se pojem terénní a ambulantní služby (ale ani osobní asistence, ačkoli je v úvodu s odvoláním na čl. 19 Úmluvy také zmiňována) už vůbec neobjevuje! Tam, kde by se nabízelo uvést konkrétní kroky k výše uvedeným cílům, opatření pro rozvoj těchto služeb prostě absentují.

I když hned první specifický cíl pro oblast nezávislého života (5.1) je v souladu s obecnými hlavními cíli definován jako „Podpora samostatného života osob se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí,

zejména setrvání v prostředí domácím“, příslušná opatření na terénní služby, které by umožnily lidem žít doma, vůbec nemíří (Vláda 2020a: 46). Týkají se jiných – byt pro provoz sociálních služeb rovněž důležitých – věcí: osvěty v oblasti homesharingu, koordinační sociální práce na obcích s rozšířenou působností, investiční podpory bezbariérových bytů⁶⁵ atd.

Pro cíl 5.2 („Dostupné sociální služby v rámci celého území České republiky“), kde by rovněž mohly být navrženy konkrétní kroky pro rozvoj nerezidenčních komunitních služeb, se objevují následující systémová opatření: vymezit sociální služby tak, aby měly jasně definovanou náplň a aby se nepřekrývaly; zavést v sociálních službách institut supervize; vytvořit a právně ukotvit personální a materiálně technický standard sociálních služeb; legislativně zakotvit nástroj, umožňující státu ovlivňovat dostupnost služeb (Vláda 2020a: 47).⁶⁶ Jako by ani nešlo o to, jaké typy služeb konkrétně mají být dostupné.

Cíl 5.3 („Podpora deinstitucionalizace pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením“) je odůvodněn tak, že „podpora procesů deinstitucionalizace a transformace je pro osoby se zdravotním postižením nezbytným předpokladem naplňování práva na samostatný a nezávislý život“, přičemž jde o to, aby lidem se zdravotním znevýhodněním bylo umožněno „zvolit si svobodně místo svého bydliště, podílet se na životě společnosti a zastávat běžné společenské role“. Avšak jediné opatření pro tento cíl říká, že je třeba „pokračovat v deinstitucionalizaci pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením, včetně zařízení, kde dosud deinstitucionalizace nezačala“ (Vláda 2020a: 50). O rozvoji terénních a ambulantních služeb tu není ani zmínky a v kontextu toho, jak deinstitucionalizace dosud probíhá, je zjevné, že se s nimi ani nepočítá. I když se velké ústavy přestavějí na menší „komunitní“ pobytové služby, svobodnou volbu místa bydliště rozhodně lidem se znevýhodněním neumožní.

Poslední plán se tak ohledně rozvoje služeb umožňujících lidem žít v jejich vlastním prostředí, a nikoli v pobytové službě, ani nesnaží navázat na ten předchozí. Pokud opatření 6.7 plánu na období 2016–2020, zaměřené na rozvoj terénních služeb, bylo podle hodnotící zprávy z roku 2021 plněno, ale nikoli splněno, proč v aktuálním plánu chybí? A proč se v něm objevují opatření, která s nezávislým životem nijak přímo nesouvisí, jako je precizace typologie služeb a zavádění supervize?

Jestliže život v přirozeném sociálním prostředí a rozvoj terénních a ambulantních služeb mají být prioritou sociálních politik, plán zjevně selhává v tom, k čemu je určen: ve vytváření představy o tom, jak toho konkrétně dosáhnout. A odkazy na Úmluvu, stejně jako obecné hlavní cíle v oblasti podpory nezávislého života, se v „Národním plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–25“ stávají pouhou formální proklamací, která s praktickými opatřeními téměř nesouvisí. Ta jsou naopak nesystematickou směsí různorodých kroků, které se týkají běžného fungování a plánování rozvoje služeb, ale většinou nijak specificky nesouvisí s vytyčenými cíli plánu, ani s článkem 19 a s podmínkami pro naplňování práva na nezávislý život.

⁶⁵ Dostupné bydlení včetně bezbariérového považujeme za zásadní podmínku naplňování Úmluvy. Lidé s postižením, stejně jako lidé bez postižení, potřebují místo, kde mohou být doma. Neměli by být omezováni jen na „volbu“ sociální pobytové služby (což se ovšem běžně děje).

⁶⁶ Cíle a opatření národních plánů vyrovnávání příležitostí viz Přílohy 4, 5 a 6.

4.2.5. 2021–2025: Hodnocení opatření bez vyhodnocování cílů

Pro zprávy o plnění Národního plánu 2021–25, které byly zatím dvě – za rok 2021 (VVOZP 2022) a za rok 2022 (VVOZP 2023) – je charakteristické, že vůbec nehodnotí, nakolik byly naplňovány cíle plánu, a jsou hodnocena pouze opatření.⁶⁷ Zprávy o plnění plánu tak bez povšimnutí přecházejí jinak zřejmou nekonzistencí mezi cíli a opatřeními. A v hodnocení není tudíž zviditelněno, že ani úspěšné plnění opatření k cíli 5.1 („Podpora samostatného života osob se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí, zejména setrvání v prostředí domácím“) nestačí pro jeho naplnění. I když je například údajně plněno opatření 5.1.3 „V rámci sociální práce na obcích s rozšířenou působností koordinovat podporu osob se zdravotním postižením“, těžko to může vést k tomu, aby lidé mohli žít doma, když k tomu nemají potřebné sociální služby, a tudíž není co koordinovat. Tím se ale ani opatření, ani vyhodnocení plánu vůbec nezabývají. Stejně tak ani opatření jako zavedení supervize nebo zvyšování úhrad za služby a valorizace příspěvku na péči nepovedou k naplnění cíle 5.2 („Dostupné sociální služby v rámci celého území České republiky“), i kdyby tato opatření byla plněna (ve zprávě za rok 2022 jsou hodnocena jako nesplněná).

Pouze v případě cíle 5.3 („Podpora deinstitucionalizace pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením“) by snad bylo možné mluvit o plnění cíle, ale to hlavně proto, že cíl prakticky splývá s opatřením („pokračovat v deinstitucionalizaci pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením, včetně zařízení, kde dosud deinstitucionalizace nezačala“). **Cíl „Podpora deinstitucionalizace“ je definovaný jako proces, nikoli cílový stav. A to je problém, protože není jasné, co má být vlastně výsledkem.**

Zprávy o plnění Národního plánu jsou tedy jakýmsi výkazem všech možných aktivit, které se v oblasti sociálních služeb odehrávají – a děly by se do velké míry i bez ohledu na Národní plán. Hodnotitelé stojí spíš před otázkou, jakou aktivitu do které kolonky opatření zařadit, než před otázkou, jak byly naplňovány cíle. Otázka po naplňování cílů není vůbec zodpovězena, zprávy si ji nekladou. A i kdyby si ji kladly, často by odpověď musela znít, že se něco děje, aniž by bylo jasné, jestli to přináší kýžený výsledek. Protože cíle v plánech většinou jako výsledky definovány nejsou.

⁶⁷ To je typické i pro všechna hodnocení předchozího Národního plánu podpory rovných příležitostí, stejně jako pro „Zprávu o plnění Národní strategie rozvoje sociálních služeb“ (MPSV 2024b).

5.

**Krajské sociální politiky:
představy krajských
samospráv o službách
pro lidi se zdravotním
znevýhodněním**

5. Krajské sociální politiky: představy krajských samospráv o službách pro lidi se zdravotním znevýhodněním

Shrnutí:

- Střednědobé plánování sociálních služeb je základním nástrojem krajských samospráv při rozvoji systému sociální péče/podpory. V plánovacím procesu mají zejména „vize“ pozitivně formulovat celkovou představu o budoucím stavu systému služeb. Ne všechny kraje však vize mají, jinde jsou velmi nekonkrétní a žádná z vizí neodkazuje přímo k Úmluvě.
- Kraje ve svých vizích nebo cílech připomínají důležitost života v přirozeném prostředí, případně deklarují prioritu terénních a ambulantních služeb, avšak v rozporu s tím plánují buď paralelní provoz, nebo paralelní rozvoj pobytových služeb.
- Také na úrovni krajského řízení rozvoje sociálních služeb jsou za jednotku deinstitucionalizace považována jednotlivá ústavní zařízení, nikoli regionální systém služeb.
- Úmluva v krajských střednědobých plánech nefiguruje jako pevný navigační bod, plány se spíše orientují podle tradiční představy, že pobytová zařízení typu domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují intenzivní podporu, a jsou proto vhodná pro lidi s vysokou mírou potřebné

podpory. Terénní služby jsou v této představě naopak určené pro osoby, které nepotřebují velký objem podpory/péče. Řada plánů tak z nároku na život v „přirozeném prostředí“ některé lidi vylučuje.

- Dalším typickým znakem střednědobých plánů je, že analytické vstupy a zjišťované potřeby se systematicky nepropisují do návrhové části. Více než na potřebách obyvatel regionu se konkrétní formulace strategické části mohou zakládat na nedostatečné (politické) prioritizaci komunitních služeb v kombinaci s konzervativním přístupem krajských správců sítí k rozvoji obecně.**

- Opatření střednědobých plánů jsou často „udržovací“ a „optimalizační“, spíše než rozvojová, která by odpovídala míře potřeb. Na plánování rozvoje mají vliv spíše nejistoty státního financování a setrvačnosti ve financování krajských příspěvkových organizací, než potřeby obyvatel regionů.**

V této kapitole navazujeme na zjištění nezávislých studií ohledně nedostatečného plánování a ambivalentní systémové změny, a sledujeme proto postupy klíčového zadavatele sociálních služeb, krajských samospráv. Kapitola se soustřeďuje na aktuální střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (SPRSS) všech 14 krajů ČR a věnuje se nejprve vizím a cílům zadavatelů sociálních služeb ve vztahu k analytickým vstupům a strategickým opatřením, obsažených v plánech. Kapitola se soustřeďuje na to, nakolik jsou plány orientované nároky Úmluvy na nezávislý život, a identifikuje tradiční představy, stejně jako další nejistoty a faktory, které daleko silněji než Úmluva formují výstupy plánování i následnou realizaci plánů.

5.1. Vize v krajských plánech

Povinnost vytvářet střednědobé plány přiděluje krajům zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 95. Stanovení vize („popis budoucího žádoucího stavu rozvoje sociálních služeb na území kraje, popis hlavních a dílčích cílů a opatření“) je podle vyhlášky č. 387/2017 Sb. (§ 39a (4)a)) jednou z povinných součástí střednědobých plánů. Strategická část plánu musí navazovat na část popisnou a analytickou:

*Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb kraje (dále jen „střednědobý plán“) obsahuje vždy část popisnou, část analytickou, vyhodnocení plnění předchozího střednědobého plánu, část strategickou a způsob zajištění sítě sociálních služeb.
(vyhláška č. 387/2017 Sb., § 39a (1))*

V logice strategického řízení by vize měly být stanovovány na delší časové období než jen na tříletý interval střednědobého plánování. S výjimkou Prahy, která má v aktuálním plánu vizi až do roku 2034, Libereckého kraje s vizí z roku 2020, sahající do roku 2027, a kraje Zlínského s vizí do roku 2030, kraje vize v dlouhodobém horizontu nezpracovávají. Pokud je definují, pak bez časového horizontu, resp. na dobu tří let trvání plánu, protože s dalším plánem se v logice vyhlášky může vize zase změnit.

Právě vize by měla být tím prvkem plánů, který pozitivně formuluje celkovou představu o budoucím stavu systému služeb, vymezuje mantinely pro jejich rozvoj, určuje, které služby podporovat lze a které nikoli, a například další udržování nebo rozvoj ústavních služeb by se pak do plánovaných opatření neměly dostávat vůbec. Ve Středočeském, Jihočeském a Plzeňském kraji vize v plánech dokonce vůbec není formulovaná. Jinde (v Libereckém a Olomouckém kraji a v Kraji Vysočina) jsou vize definovány jen velmi obecně a chybí v nich jasné vyjádření o tom, že podpora/péče má být – v souladu s Úmluvou – poskytována v komunitě a podporovat nezávislý život, případně, že lidé se zdravotním znevýhodněním nemohou být nuceni žít ve specifickém prostředí (a že je tudíž ústavní péče nepřijatelná).

Ve zbylých 8 plánech (JMK, KHK, KVK, MSK, PAK, HMP, ÚK, ZK) vize podávají konkrétnější představu o přínosu služeb pro lidi s postižením a deklarují směřování k životu v přirozeném prostředí. Je však třeba říci, že i v oněch 6 plánech, v nichž vize buď chybí, nebo je jen obecná, se podpora života v přirozeném prostředí objevuje ve strategických cílech, často ve spojení s důrazem na terénní a ambulantní služby.

5.2. Reference k Úmluvě

Stojí za povšimnutí, jak se v plánech odkazuje – nebo spíše neodkazuje – k Úmluvě. V žádné z vizí se neobjevuje přímý odkaz na Úmluvu ani na nezávislý život. Nicméně deklaraci podpory života v přirozeném prostředí lze chápat jako něco, co navazuje na Úmluvou zaručené právo člověka zvolit si místo, kde bude žít, a nebyť nucen žít ve specifickém prostředí (viz článek 19 Úmluvy, odst. a, OSN 2006: 11).

Když ale plány referují k Úmluvě přímo (což je případ jenom 5 plánů ze všech 14), děje se to ve velmi specifickém kontextu.

Ve třech plánech (Plzeňského, Ústeckého a Jihomoravského kraje) jsou závazky Úmluvy předkládány jako nároky na transformaci jednotlivých organizací, nikoli celého systému služeb. Tedy na změnu velkých pobytových služeb na menší.

Podpora procesů deinstitucionalizace a transformace je v současné době zaměřena zejména na domovy pro osoby se zdravotním postižením. Navazuje na povinnosti dané v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, kterou ČR přijala v roce 2007, a to zejména na článek 19 týkající se možnosti nezávislého způsobu života. Plzeňský kraj se na transformaci sociálních služeb v České republice podílel realizací projektu „Transformace DOZP Stod“, v průběhu realizace projektu přejmenovaného na Centrum sociálních služeb Stod, příspěvková organizace. Projekt „Transformace DOZP Stod“ byl rozdělen na tři samostatné projekty – „Transformace DOZP Stod – I. etapa“, „Transformace DOZP Stod – II. etapa“ a „Transformace CSS Stod – III. etapa“. (SPRSS PLK 2023–25: 57)

Hlavním cílem procesů deinstitucionalizace a transformace, s odkazem na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením, kterou ČR přijala v roce 2007, je podpořit proces zkvalitňování životních podmínek uživatelů současných pobytových zařízení sociální péče a podpořit naplňování lidských práv uživatelů sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí. Procesy a aktivity v rámci deinstitucionalizace a transformace se v Jihomoravském kraji zaměřují převážně na domovy pro osoby se zdravotním postižením a nově vzniklé komunitní služby. Cílem procesů deinstitucionalizace a transformace je nabídnout lidem se zdravotním postižením srovnatelné podmínky a možnosti pro život, jaké mají jejich vrstevníci, a tak být součástí přirozené komunity. Tyto změny jsou úzce spojeny i se změnou myšlení a postojů, a to jak na straně klientů pobytových sociálních služeb, tak na straně zaměstnanců služby, veřejnosti, zástupců obcí, krajů aj. (SPRSS JMK 2024–26: 56)

Zcela v souladu s interpretací ministerské metodiky (MPSV 2022b) nebo s politikou dotačních titulů MPSV jsou v citovaných krajských plánech nároky Úmluvy chápány jako něco, co se týká (jen) velkých pobytových zařízení. Ve zkratce to nejlépe vystihuje poznámka z plánu Ústeckého kraje:

V Ústeckém kraji stále probíhá proces transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb, které nesplňují podmínky stanovené Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením a dalšími zákonnými předpisy. (SPRSS ÚK 2022–24: 10)

Jestli něco nesplňuje „podmínky stanovené Úmluvou“, pak to nejsou na prvním místě samotné ústavy, ale především stát a kraje, resp. jimi budované a financované systémy péče. Znovu se tu ukazuje jako problém, že česká reforma považuje za jednotku deinstitucionalizace jednotlivé zařízení, nikoli regionální systém služeb.

Jihočeský krajský plán se pak odkazuje na Úmluvu pouze v souvislosti s lidmi s duševním onemocněním a nedostatkem dostupného bydlení:

Nedostatek chráněného, podporovaného a sociálního bydlení, vysoké nájemné v nájemních bytech, nedostatek pracovních příležitostí pro lidi s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce velmi často neumožňují nezávislý život člověka s duševním onemocněním, což je v rozporu s Článkem 19 Úmluvy: Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti. (SPRSS JČK 2022–24: 94)

A navzdory tomu, že problém nedostupnosti bydlení a neumožnění nezávislého života se stejně tak týká i lidí s postižením, pro tuto cílovou skupinu deklaruje plán Jihočeského kraje „nezastupitelnost“ domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Pracovní skupina konstatovala, že služba DOZP má v rámci Jihočeského kraje své nezastupitelné místo a navrhuje zachování kapacity pobytových služeb DOZP na většině území Jihočeského kraje. (SPRSS JČK 2022–24: 62)

A konečně Středočeský plán zmiňuje Úmluvu (kromě toho, že ji zařazuje do seznamu pramenů) pouze jako součást popisu klíčové judikatury ovlivňující přístup k dostupnosti sociálních služeb v ČR. Jednou z uvedených kauz byla stížnost k Ústavnímu soudu v roce 2016 od rodičů, kteří se dožadovali zastavení kroků vedoucích k vytvoření míst pro osoby s poruchou autistického spektra a mentálním postižením v ústavním velkokapacitním zařízení v Oseku v Jihočeském kraji a zřízení pobytové celoroční sociální služby v komunitě, kde jejich dítě žilo. Odvolávali se přitom jednak na § 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a také právě na čl. 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva tu promlouvá do plánu jenom ústy rodičů volajících po jejím naplňování, ne jako explicitní horizont směřování systému sociálních služeb v kraji.

Výzkum ombudsmana si všímá, že i když ve všech plánech jsou stanoveny cíle směřující k rozvoji (pobyto- vých) služeb komunitního charakteru, téma deinstitucionalizace jakožto upouštění od ústavní péče je přítom- no jen v polovině krajských plánů – v plánech čtyř krajů se vůbec neobjevují cíle spojené s rušením ústavních služeb, ve třech jsou závazky pouze ke snižování kapacity a „*sedm dalších krajů má v plánu jak rušit ústavní služby, tak snižovat jejich kapacity*“. (VOP 2023: 42)

Nedostatek deklarované vůle opouštět ústavní zařízení může souviset právě s tím, jak málo je Úmluva sa- mosprávami reflektovaná jako skutečný závazek, jehož dodržováním má krajská sociální politika zásadním způsobem přispět ke změně životů lidí s postižením.

5.3. Pobytové služby pro lidi s vysokou mírou podpory a „přirozené prostředí“ jen pro někoho

Jako navigační bod krajských plánů Úmluva tedy nefunguje a o to víc se plány orientují podle zaběhnutých představ. Například podle té, která říká, že pobytová zařízení jsou služby poskytující intenzivní podporu:

Pobytové služby jsou určeny pro osoby s vyšší mírou závislosti, které nemohou žít s podpo- rou terénních a ambulantních sociálních služeb a dalších zdrojů ve svém přirozeném domá- cím 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)

Opakuje se zde zažitý, avšak mylný předpoklad, že pobytové služby, resp. DOZP poskytují podporu/péči 24 hodin, 7 dní v týdnu. Krajské plány vykrešlují představu, že podporu v pobytových zařízeních je lidem s vyšší mírou závislosti nutné poskytovat „*i s ohledem na rozsah pomoci a zajištění bezpečí v průběhu dne*“ (SPRSS KVK 2024–26: 81), protože taková služba „*pokrývá potřeby (...) cílové skupiny*“ (SPRSS JČK 2022–24: 62) a je určena „*osobám se zdravotním postižením s vysokou mírou podpory*“, které „*využijí nepřetržitý provoz služ- by*“ (SPRSS JMK 2024–26: 6). Také pražský plán označuje DOZP za „*zařízení s intenzivní podporou*“ (SPRSS HMP 2022–24: 81).⁶⁸

Ve skutečnosti 24hodinová péče ve smyslu individualizované péče/podpory (jako například v terénních služ- bách) rozhodně není charakteristickým rysem DOZP. Lze přinejlepším hovořit o „dohledu“ 24/7, spočívajícím v tom, že většinou je někde nablízku pracovník, který se ale nutně nevěnuje konkrétnímu klientovi, i když by to klient zrovna potřeboval.⁶⁹ Pro skupinová pobytová zařízení je charakteristické, že pracovníci spíš než jako osobní asistenti fungují jako asistenti pro domácnost, resp. pro skupinu klientů.

⁶⁸ Ztotožňování DOZP s celodenní podporou bylo přítom na jiném místě – v usnesení Rady hlavního města Prahy č. 2537 ze dne 19. 9. 2022 (RHMP 2022) – zástupci Prahy zpochybněno, když si všimli, že „*většina běžných pobytových služeb svým více či méně kolektivním provozem není uzpůsobena na poskytování náročné a intenzivní péče*“ a navrhli proto, že „*kvůli nedostupnosti plně individualizované péče existuje významná skupina uživatelů služeb, pro které běžná zařízení, zajišťující celodenní péči, představují riziko rychlé negativní změny projevů chování, neboť jejich nároky na individualizovanou podporu a specifické prostředí významně převyšují možnosti, zejména personální, těchto služeb. (...) Pokud mají tito lidé prožít život jinde než na lůžkách chronických oddělení psychiatrických nemocnic, potřebují tzv. vysokointenzivní péči*“ (RHMP 2022: 1–2).

⁶⁹ To potvrzuje například vyjádření ředitelky jednoho DOZP, podle jejichž slov personální nastavení pobytové služby neumožňuje dostatečnou intenzitu individuální podpory; proto „*chceme navýšit počet zaměstnanců. Ne proto, že máme nedostatek, ale protože vývoj práce s klienty vyžaduje daleko více asistence. Pokud podporujete klienta v tom, aby si zvládnul nakoupit a uvařit, tak také potřebujete někoho, kdo s ním na nákup dojde a pak s ním bude trénovat vaření. Ale výsledkem je maximálně samostatný a svobodný život klienta, o což usilujeme*“ (Blesk.cz 2022). Stojí za povšimnutí, že personální stav, který individualizovanou a dostatečnou podporu neumožňuje, se ředitelka služby zdráhá označit jako „nedostatek“ zaměstnanců. Jako by zvýšení počtu zaměstnanců kvůli poskytování asistence u zcela běžných věcí bylo jakýmsi nadstandardem.

Představa DOZP jako správného řešení pro lidi s vysokou mírou potřebné podpory je z druhé strany posilována představou, že přinejmenším někteří (ale většinou nijak blíže nespecifikovaní, případně specifikovaní velmi obecně) lidé s postižením z nějakého důvodu nemohou žít ve svém „přirozeném prostředí“ (a je tudíž nezbytné pro ně vytvářet nějaká specializovaná prostředí, tj. pobytová zařízení). Řada plánů tak z nároku na život v „přirozeném prostředí“ některé lidi vylučuje. Někde se tato nemožnost rovnou vyvozuje ze stavu těchto lidí, z jejich postižení či chování:

Rozvoj malokapacitních pobytových služeb pro osoby se střední až vysokou mírou podpory, které významně narušují soužití ve skupině, a nemohou tak využít současné nabídky sociálních služeb a jejich zdravotní a duševní stav neumožňuje setrvat v přirozeném domácím prostředí za podpory terénních služeb. (SPRSS LK 2022–24, příloha č. 1: 8)

Liberecký plán dále upřesňuje, že jde mimo jiné o lidi s PAS a s vysokou mírou podpory a problémovým chováním nebo chováním ohrožujícím zdraví, osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Plán Pardubického kraje zase uvádí, že „pro osoby s PAS a „problémovým chováním, vážnými projevy agrese“ apod.“ (SPRSS PAK 2022–24: 33) bude rozvíjet pobytové služby, které jsou určeny „osobám s vysokou mírou podpory, které nemohou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a potřebám zůstat ve svém přirozeném prostředí, a to ani za pomoci blízkých osob, veřejně dostupných služeb a sociálních služeb poskytovaných terénní a ambulantní formou“. (SPRSS PAK 2022–24: 34)⁷⁰

Také plán Jihočeského kraje v úvaze o rozvoji služby podpora samostatného bydlení poznamenává, že je důležité, aby lidé se zdravotním postižením „mohli žít co nejdéle samostatně (ve svém bytě s adekvátní podporou ze strany sociální služby), pokud na to mají potřebné kompetence“ (SPRSS JČK 2022–24: 71). To je ovšem rozporuplné vyjádření s ohledem na to, že právě chybějící kompetence by měla sociální služba kompenzovat, a nedává tedy smysl nedostatkem kompetencí podmiňovat setrvání člověka s postižením v domácím prostředí. Podpora samostatného bydlení by přitom mohla být jednou z těch terénních služeb, které umožní žít doma i lidem s vysokou mírou podpory. Zvykově je nicméně (poskytovateli i zadavateli) PSB většinou považována za službu pro téměř samostatné klienty, jimž stačí podpora v jednotkách hodin týdně a kteří mají příspěvek na péči maximálně ve II. stupni – nejsou si tedy ani schopni příliš mnoho hodin péče platit.⁷¹

V řadě plánů se pak hovoří o lidech, „jejichž situaci nelze řešit prostřednictvím ambulantních či terénních služeb“ (SPRSS HMP 2022–24: 39), kterým „není možno zajistit pomoc v přirozeném prostředí“ (SPRSS ÚK 2022–24: 85) a nemůže jim „být poskytována či již nepostačuje pomoc v přirozeném domácím prostředí prostřednictvím pečující osoby nebo terénních, ambulantních sociálních služeb a dalších zdrojů“ (SPRSS SČK 2023–25: 101); o případech, „kdy podpora v přirozeném domácím prostředí již není možná“ (SPRSS KVK 2024–26: 77, SPRSS OK 2024–26: 16) a kdy jinak upřednostňované terénní a ambulantní služby už nemohou „zabezpečit bezpečné prostředí pro jejich uživatele“ a „je nezbytné poskytnout pobytové služby“ (SPRSS KHK 2024–26: 13). Ať už krajští plánovači za příčinu toho, že někdo nemůže zůstat žít doma, považují cokoli,

⁷⁰ Přitom v jiném opatření Pardubický kraj plánuje – tentokrát zcela v duchu Úmluvy – rozvíjet na „100 % území“ terénní služby „dostupné i osobám s vysokou mírou potřebné péče, včetně osob s PAS, osob s neurodegenerativním onemocněním. A stejně tak Pardubický kraj chce na úrovni obcí s rozšířenou působností mít „dostupné ambulantní služby sociální péče, které poskytují péči i osobám se středně těžkou, těžkou případně i úplnou závislostí na péči jiné osoby“ (SPRSS PAK 2022–24: 35). To implikuje možnost poskytovat terénní služby komukoli bez ohledu na míru jeho postižení, projevy chování, diagnózu atd. Nicméně osoby s PAS „s problémovým chováním“ a „vážnými projevy agrese“ jsou z této možnosti z nějakého důvodu vyloučeny. Kdyby ale krajští plánovači chápali „problémové chování“ a „vážné projevy agrese“ jako „chování náročné na podporu“ (jak se dnes také náročné chování označuje), mohli by i o lidech s těmito projevy uvažovat právě jako o lidech s vysokou mírou potřebné podpory/péče. A těm naopak – i podle parametrů Pardubického kraje – může velmi dobře prospívat individualizovaná terénní podpora.

⁷¹ Raritní výjimkou je PSB pražské organizace Nautis pro lidi s PAS, která vznikla s podporou pražského magistrátu a je schopna poskytovat službu i lidem s chováním náročným na podporu v režimu až 24/7 (viz <https://www.nautis.cz/portfolio/podpora-samostatneho-bydleni>).

tyto formulace prozrazují, že skutečné příčiny neleží jen v tom, že někdo potřebuje velkou míru (někdy velmi specifické) podpory. Jde také o limity samotných terénních a ambulantních služeb a především o limity krajských systémů služeb a představitosti krajských plánovačů či politiků.

Problém však spočívá v tom, že v krajských plánech limity terénních služeb figurují spíše jako konstatování a odůvodnění pro „nezastupitelnost“ pobytových služeb (resp. často DOZP, event. DZR), a nikoli jako reflektovaná překážka pro nezávislý život lidí s postižením, s níž je potřeba něco udělat. Automatické přijímání myšlenky, že některým lidem se zdravotním znevýhodněním není možno zajistit – ať už z jakýchkoliv důvodů – pomoc v přirozeném prostředí, otevírá cestu k podpoře pobytových služeb ve strategických částech krajských plánů rozvoje sociálních služeb.

Udržování nebo rozvoj domněle intenzivních služeb typu DOZP či DZR však není – navzdory obecnému přesvědčení – vhodné řešení. Pobytové služby často vůbec nevytvářejí podmínky ani pro běžný život (SPMP a JDI 2021), natož např. pro péči o lidi s náročným chováním. Např. Královéhradecký kraj ve svém plánu (sebe)kriticky říká, že „*lůžka ve službách domovů pro osoby se zdravotním postižením, která jsou poskytována ústavní formou, nevyhovují z hlediska materiálně technických podmínek moderním trendům sociálního začleňování*“ (SPRSS KHK 2024–26: 45).⁷² A považuje za „důležité zvýšit počet jedno nebo dvoulůžkových pokojů s ohledem na potřebu zajistit větší soukromí uživatelů s náročným chováním a stavy neklidu“ (tamtéž). Jenomže dvoulůžkové pokoje nezajistí soukromí. Stejně jako je nezajistí jednolůžkové pokoje ve velkých domácnostech nebo na „odděleních“ ústavů, kde jsou všechny ostatní prostory sdílené s dalšími lidmi. A pro lidi s chováním náročným na podporu právě to, kde, s kým a jak žijí, zásadně ovlivňuje jejich reakce a způsob komunikace, jak připomíná jeden z moderních trendů sociální práce – podpora pozitivního chování (Osgood 2023). Při pohledu na tabulku z plánu KHK (**Tabulka 5**) je zároveň zřejmé, že co se týče velikosti pokojů v pobytových službách, změna je velmi pomalá:

Tabulka 5 Počty lůžek dle velikosti pokojů v pobytových službách pro osoby se zdravotním postižením v Královéhradeckém kraji

Druh pokoje	Domov pro osoby se zdravotním postižením			Chráněné bydlení			Celkem lůžek			Podíl lůžek		
	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022	2016	2019	2022
Jednolůžkový	142	141	140	49	78	97	191	219	237	24 %	27 %	31 %
Dvoulůžkový	466	461	416	58	62	62	524	523	478	64 %	65 %	63 %
Tří a více lůžkový	92	61	45	6	3	3	98	64	48	12 %	8 %	6 %
CELKEM	700	663	601	113	143	162	813	806	763	100 %	100 %	100 %

Zdroj: SPRSS KHK 2024-26: 45

⁷² V této formulaci se zároveň ozývá redukce celé otázky deinstitutionalizace péče na otázku „lůžek“. Pokud je příběh české deinstitutionalizace vyprávěn jako příběh přestavování velkých ústavů na malé pobytové služby a sleduje se pokles počtu lůžek v prvních a nárůst v těch druhých, případně pokles lůžek ve vícelůžkových pokojích, pak se při hodnocení toho, co ne/vyhovuje „moderním trendům sociálního začleňování“, na prvním místě objevují zase jen lůžka. Nikoli dostupnost sociálních služeb, které mohou člověka podpořit tam, kde žije, a v rozsahu a intenzitě, které odpovídají jeho potřebám. Nikoli koordinace různých druhů podpory. Nikoli kvalita sociální práce.

5.4. Problematický rozvoj služeb umožňujících lidem žít doma

Ve spojení s tím, jak DOZP vypadají a ještě dlouho zřejmě vypadat budou, se budoucnost života lidí s postižením nejeví příliš povzbudivě. Například Moravskoslezský kraj – jenž sice ve své vizi zdůrazňuje, že chce primárně podporovat lidi s postižením v jejich přirozeném prostředí a zvyšuje kapacity osobní asistence (na 1228 klientů při 300 úvazcích pracovníků) a PSB (na 240 klientů při 61 úvazcích pracovníků) – má současně 565 míst v chráněném bydlení (a plánuje je zvýšit o 52) a 1014 v DOZP (a chce zvyšovat o 8). Jako „povinné“ kritérium pro tyto služby ovšem udává „u objektu do 100 lůžek (...) nejméně 25 % lůžek v jednolůžkových pokojích; u objektu nad 100 lůžek nejméně 35 % lůžek v jednolůžkových pokojích“ (SPRSS MSK 2024–26: 34). A „optimální“ kritérium (které ovšem není závazné, a poskytovatelé tudíž nemají důvod ho plnit, pokud pro to nemají nějakou vlastní motivaci) v DOZP, DZR, ale i v CHB připouští dvoulůžkové pokoje. Plánovaná struktura služeb a podmínky života v nich⁷³ tedy nevypadají pro nezávislý a kvalitní život lidí s postižením příznivě.

Přestože kraje ve svých vizích nebo cílech připomínají důležitost života v přirozeném prostředí a některé deklarují přednost terénních a ambulantních služeb před jinými řešeními, realita života lidí s postižením a služeb, které jim mají pomoci žít nezávislý život, se mění velmi pomalu. Nesoulad mezi vizemi a cíli na jedné straně a opatřeními (a někdy i v opatřeních samotných) na druhé straně je typický pro všechny krajské plány.

Příkladem takového rozporu je opatření Plzeňského kraje pro službu podpora samostatného bydlení, které říká, že „podporován bude vznik nových služeb (PSB) po celém území kraje, zejména pro osoby s mentálním postižením a duševním onemocněním“ (SPRSS PLK 2023–25: 63). Ale dále už PSB není nikde, ani v přehledech služeb, ani v plánovacích tabulkách, vůbec zmíněna. Takový rozpor je očividný, ale v trochu jemnější podobě ho můžeme nalézt u všech krajských plánů, když srovnáme, jak vlastně pracují s kapacitami služeb, s plánovanými počty uživatelů a „lůžek“, nebo když srovnáme finanční objemy, které kraje vynakládají na různé druhy služeb.

Královéhradecký kraj například ve své vizi prioritizuje poskytování služby v přirozeném sociálním prostředí a v „Základních strategických východiscích“ pod hlavičkou „Zásady pro rozvoj a financování sítě sociálních služeb“ prohlašuje, že „terénní a ambulantní služby by měly být vždy upřednostňovány“ (SPRSS KHK 2024–26: 15). Plánuje sice poskytovat do roku 2026 osobní asistenci 80 osobám a navýšit úvazky ve službě podpora samostatného bydlení na 126, zároveň však – i když chce rušit dva DOZP – plánuje zvýšení kapacit komunitních DOZP o 120 míst a CHB o 60 míst. V tomto ohledu tedy terénní a ambulantní služby upřednostňovány nejsou a podpora terénních služeb bude mít význam jen pro ty, kterým stačí podpora jen pár hodin denně či týdně nebo kteří využívají navíc i neformální podporu, ale nikoli pro ty, kteří potřebují vyšší míru podpory nebo kteří už nyní žijí v pobytových službách. Znovu se tu vrací téma, **že život doma je jen pro někoho, což je v zásadním rozporu s Úmluvou.**

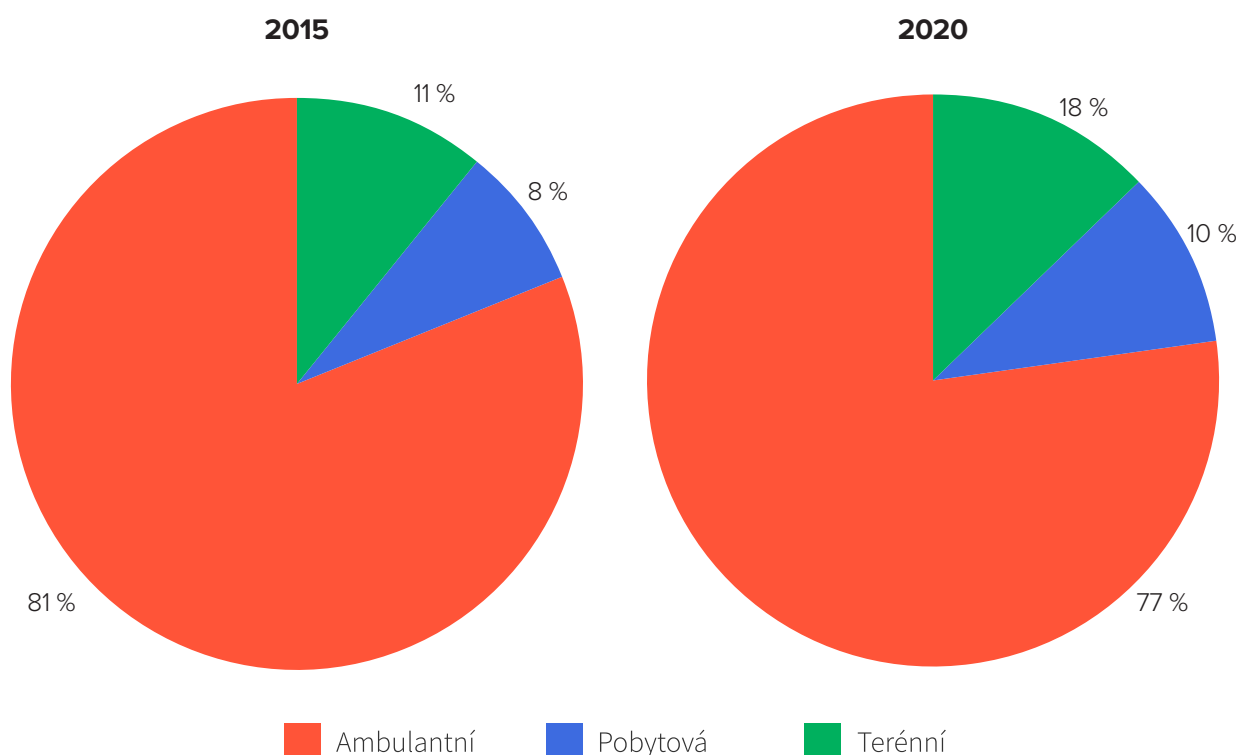
I v plánech dalších krajů je dohledatelné, že ve skutečnosti kraje plánují buď *paralelní provoz*, nebo *paralelní rozvoj* terénních a pobytových služeb, jak ukazuje srovnání plánovaných opatření pro služby OA, PSB, CHB a DOZP u jednotlivých krajů v **Tabulce 6** v kapitole 5.5.2. A toto srovnání také zviditelňuje, že skutečné priority mnohdy zůstávají u podpory pobytových služeb. Podobně jako ve vládní sociální politice se změna spíše deklaruje, než že by se realisticky plánovala, resp. plánovaná opatření míří mnohdy proti změně nebo alespoň proti tomu, aby byla rychlá.

Jako příklad (sotva znatelného) tempa změny lze uvést srovnání z plánu Zlínského kraje. Struktura výdajů na jednotlivé formy služeb (pobytové vs. terénní a ambulantní) se mezi lety 2015 a 2020 proměnila minimálně

⁷³ Sousední „život ve službách“ tady platí doslova. Lidé s postižením pořád ještě žijí především ve službách. Ne s jejich podporou, ale v nich. Nepřirozenost tohoto řešení je potřeba si neustále připomínat. Dělají to koneckonců bezděčně i samotné plány, když místy zmiňují potřebnost „přiblížování“ podmínek v pobytových službách přirozenému životu. Přiznávají tak, že pobytové služby jsou od přirozeného života vzdálené a mohou se k němu přinejlepším „přiblížit“.

(viz **Graf 6**). A přestože vize z plánu rozvoje služeb uvádí, že „je usilováno o udržení nebo návrat občana do přirozeného prostředí“ (SPRSS ZK 2023–25: 88), rozvoj osobní asistence a podpory samostatného bydlení není v plánu specifikovaný, zatímco u pobytových služeb jsou uvedena konkrétní čísla (viz **Tabulku 6** v kapitole 5.5.2).

Graf 6 Srovnání podílu nákladů dle formy poskytování služeb na celkových nákladech v letech 2015 a 2020 v % ve Zlínském kraji



Zdroj: SPRSS ZK 2023-25: 70-71

Úmluva, pokud je v krajských plánech vůbec zmiňována, není vlastně zásadním rámcem plánování. A vlastní vize krajů nakonec působí jako formální proklamace, jimiž se kraje necítí být příliš vázány. Celé strategické řízení krajských systémů péče/podpory se tak redukuje na střednědobé plánování bez jasných a dodržovaných závazků, které by respektovaly skutečné potřeby lidí s postižením, legislativu (nejen Úmluvy, ale i samotného zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) a aktuální trendy v sociální práci.

O tom, jak vlastně kraje mohou, nebo při současném nastavení spíše nemohou řídit procesy rozvoje služeb a být v roli skutečných zadavatelů, mimo jiné pojednává následující kapitola.

5.5. Limity plánování a řízení rozvoje kapacit sociálních služeb

5.5.1. (Ne)provázanost analýz a plánování

Logika plánování předpokládá, že informace o zjištěných potřebách se v mantinelech dlouhodobých vizí budou otiskovat do plánu rozvoje, tj. v konkrétních opatřeních na nejbližší roky (MPSV 2015b). Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb proto deklarují provázanost mezi analytickými vstupy o „potřebách“ a vizemi na jedné straně a navrženými opatřeními, resp. „strategií rozvoje“, na straně druhé.

Strategie rozvoje kapacit v jednotlivých druzích sociálních služeb vychází ze sběru dat a analýzy potřeb, zároveň respektuje plánované finanční zdroje. (SPRSS HMP 2022–24: 105)

Priority a na ně navazující opatření a aktivity (strategické části) vedoucí k jejich naplnění byly vymezeny na základě předchozích (analytických) částí tohoto dokumentu. (SPRSS JMK 2024–26: 76)

Současně se však analytické vstupy a zjišťované potřeby systematicky nepropisují do návrhové části. A jak koordinátoři plánování a správci krajských sítí sami nejlépe vědí, ani se propisovat nemohou, protože analytické vstupy svým formátem ani pracovní definicí potřeb neumožňují jednoduché překlopení vstupů do návrhů opatření.

(obec) realizovala již několik „analýz potřeb“. Ze zkušenosti se ukazuje, že tyto analýzy nejsou pro praxi významněji přínosné a využitelné (zápis ze Setkání koordinátorů plánování sociálních služeb / komunitního plánování městských částí, Magistrát hl. m. Prahy, 30. 11. 2023)

Analytické vstupy jsou především povinnou součástí plánů, jejichž dopad na rozvojové strategie limitují sama data a nástroje mapování potřeb, které neposkytují informaci o konkrétních rozvojových nárocích. Analytická a strategická část tak často existují v rámci dokumentu střednědobého plánu vedle sebe, každá s vlastním příběhem, jedna plná sociologických, sociálně-politických a demografických grafů, tabulek a modelů, druhá někdy neurčitá, jindy konkrétní,⁷⁴ pokaždé však s vysokou mírou nejistoty, zda odpovídá potřebám lidí, a stejně tak s vysokou pravděpodobností, že v průběhu trvání střednědobého plánu nebude naplněná (jak potvrzují vyhodnocení předchozích střednědobých plánů). Dohromady tak **analytická a strategická část běžně tvoří vnitřně neprovázaný celek.**

5.5.2. Slabá prioritizace komunitních služeb

Více než na potřebách obyvatel regionu se konkrétní formulace strategické části mohou zakládat na (a) nedostatečné (politické) prioritizaci komunitních služeb v kombinaci s (b) konzervativním přístupem krajských správců sítí k rozvoji obecně.

⁷⁴ Rozvojová opatření mají v některých plánech obecnou podobu bez specifikovaných kapacit a uvádějí pouze druh služby, cílovou skupinu, případně specifické projektové podmínky. Tímto způsobem např. hlavní město plánuje „rozvoj podpory samostatného bydlení (pouze pro osoby s PAS, ostatní v rámci transformačního projektu), rozvoj chráněného bydlení; rozvoj osobní asistence, případný rozvoj denních stacionářů, center denních služeb, sociálně terapeutických dílen a sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením bude podmíněn revizí jejich efektivity a vytíženosti“ (SPRSS HMP 2022–24: 82). Kvantifikace rozvoje se v takových plánech objevuje jinde, než ve znění opatření, například v ekonomické části dokumentu. V jiných střednědobých plánech je kvantifikace rozvoje již součástí opatření (Olomoucký kraj tak např. plánuje „zajištění služby osobní asistence pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, osoby s tělesným postižením, osoby s chronickým onemocněním, osoby s chronickým duševním onemocněním 5 pracovními úvazky pracovníků v přímé péči v OK“ (SPRSS OK 2024–26: 136).

Nedostatek prioritizace komunitních služeb v plánování rozvoje souvisí se sebepojetím politického vedení, které se chápe jako garant rozvoje pro všechny cílové skupiny od dětí přes osoby se zdravotním znevýhodněním, po duševní zdraví, adiktologické služby nebo služby pro seniory. A toto sebepojetí se prakticky překládá do podpory rozvoje všech druhů služeb – pobytových, ambulantních i terénních. **Zákon o sociálních službách přitom nedává krajům za povinnost podporovat všechny typy služeb.** Kraje naopak mohou (nebo by dokonce měly) upřednostnit ty druhy služeb, které přispívají k naplňování Úmluvy, a omezovat ty, jejichž provozování je naopak s Úmluvou v rozporu. Přesto střednědobé plány běžně obsahují opatření, rozvíjející nebo udržující všechny druhy služeb. To se pak může odůvodňovat například tvrzením, že „*kraj musí zajistit služby v celém spektru a komplexu jednotlivých druhů sociálních služeb*“ (zápis z jednání Výboru zastupitelstva HMP pro rodinnou politiku a sociální oblast, 12. 3. 2024).⁷⁵

Jak prakticky vypadá paralelní rozvoj (anebo paralelní stagnace) napříč jednotlivými druhy služeb, bez ohledu na jejich relevanci při naplňování článku 19 Úmluvy, přibližuje **Tabulka 6**. Kraje plánují rozvoj osobní asistence, podpory samostatného bydlení, chráněného bydlení i domovů pro osoby se zdravotním postižením, a to konkrétně (kdy uvádějí maximální možné objemy nově zařazených kapacit v krajské síti), i obecně (kdy například pouze uvádějí, že bude „*podporován vznik nových služeb*“).

Tabulka 6 Rozvoj terénních a pobytových služeb v krajských plánech

Krajský plán	OA	PSB	CHB	DOZP
SPRSS HMP 2022–24	Plánovaný rozvoj o 100.000 hodin	Plánovaný rozvoj o 3 úvazky	Plánovaný rozvoj o 70 lůžek	Plánovaný rozvoj o 120 lůžek
SPRSS JČK 2022–24	Plánovaný rozvoj jen v optimální síti o 11 úvazků	Plánovaný rozvoj jen v optimální síti o 2 úvazky	Plánovaný rozvoj v základní síti o 36 lůžek, v optimální o 39 lůžek	Plánovaný rozvoj v základní síti o 20 lůžek
SPRSS JMK 2024–26	Plánovaný rozvoj není celkový v SPRSS, ale v akčních plánech, pro 2024 zvýšení max. o 3 úvazky	není uvedeno	Plánovaný rozvoj není celkový v SPRSS, ale v akčních plánech, pro 2024 jen obecně záměr rozvoje	Plánovaný rozvoj není celkový v SPRSS, ale v akčních plánech, pro 2024 obecný záměr rozvoje
SPRSS KHK 2024–26	Plánované pokrytí všech ORP, avšak bez konkrétního plánu růstu	Plánovaný rozvoj o 3 úvazky	Plánovaný rozvoj o 60 lůžek	Plánované snížení kapacit některých zařízení + rozvoj o 120 lůžek malých DOZP
SPRSS KVK 2024–26	Plánované navýšení není obsažené v SPRSS, ale v akčních plánech, pro 2024 zvýšení o 17,66 úvazků	Plánované navýšení není obsažené v SPRSS, ale v akčních plánech, pro 2024 beze změn	Plánované navýšení není obsažené v SPRSS, ale v akčních plánech, pro 2024 beze změn	Plánované navýšení není obsažené v SPRSS, ale v akčních plánech, pro 2024 beze změn
SPRSS LK 2024–26	Není plánovaný rozvoj	Plánovaný rozvoj o 3 úvazky	Není plánovaný rozvoj	Není plánovaný rozvoj
SPRSS MSK 2024–26	Plánovaný rozvoj o 21 úvazků v přímé péči	Plánovaný rozvoj o 8,3 úvazku v přímé péči	Plánovaný rozvoj o 52 lůžek	Plánovaný rozvoj o 8 lůžek
SPRSS OK 2024–26	Plánovaný rozvoj o 5 úvazků	Plánovaný rozvoj o 5 úvazků	Plánovaný rozvoj o 6 lůžek	Plánovaný rozvoj o 12 lůžek
SPRSS PAK 2022–24	Plánovaný rozvoj meziročně o 2 %	Plánovaný rozvoj meziročně o 2 %	Plánovaný rozvoj není specifikovaný, je však možný dle aktuální potřeby	Plánovaný rozvoj není specifikovaný, je však možný dle aktuální potřeby
SPRSS PLK 2023–25	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný

⁷⁵ Dostupné na https://praha.eu/documents/d/praha/zapis_z_10_jednani_vyboru_ze_dne_12_3_3703754

Krajský plán	OA	PSB	CHB	DOZP
SPRSS SČK 2023–25	Plánovaný rozvoj o 30.000 hodin	Plánovaný rozvoj o 6 úvazků	Plánovaný rozvoj o 36 lůžek	Plánovaný rozvoj o 30 lůžek
SPRSS ÚK 2022–24	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný
SPRSS VYS 2023–25	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný
SPRSS ZK 2023–25	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj není specifikovaný	Plánovaný rozvoj vázaný na projekty IROP+; zvýšení kapacit v šesti zařízeních o 39 lůžek a v akčním plánu pro 2024 o dalších 16 lůžek; a převod 8 lůžek CHB na 8 lůžek DZR pro osoby s PAS	Plánovaný rozvoj vázaný na projekty IROP+; snížení kapacit v šesti zařízeních celkem o 39 lůžek

5.5.3. Konzervativní přístup k rozvoji služeb

V rovině správy krajských sítí sociálních služeb silně rezonuje konzervativní přístup k rozvoji kapacit, spojovaný zejména s nejistotami, nestabilitou a nepředvídatelností financování sociálních služeb, a tedy selháváním státu jako systémového garanta systému sociálních služeb (AKČR 2022). Pro rozvoj kapacit je pokaždé určující předpokládaný objem finančních zdrojů, který se modeluje pro jednotlivé roky trvání střednědobého plánu a podle něhož kraje stanovují maximální rozvojové kapacity v prioritních oblastech – ať už přímo v dokumentu střednědobého plánu, nebo v akčních plánech, které některé kraje zpracovávají. Krajské správy sítí na to také upozorňují:

(Kraj) při plánování sociálních služeb a určování sítě na svém území musí sice vycházet ze zjištěných potřeb poskytování sociálních služeb, současně však musí brát v úvahu financování (nejen nových) kapacit sociálních služeb z dostupných zdrojů. Kraj jako správce sítě usiluje o vyloučení rizika finanční nestability sociálních služeb zařazených v síti. (SPRSS OK 2024–26: 93)

Bez vyhlídky adekvátních finančních zdrojů nebude realizován rozvoj kapacit žádné z částí Krajské sítě. Toto je základní podmínka pro rozvoj kapacit Krajské sítě. (SPRSS HMP 2022–24: 105)

Podobná vymezení ve střednědobých plánech také naznačují, že ať jsou rozvojová opatření definována jakkoli, **první starostí správy sítí služeb je udržet financování služeb již zařazených v síti**. Nejistota financování a snaha udržet existující síť je však také kvalitou zpětně vepsanou do praxe krajů v podobě zobecněné obavy z rozvoje jako takového, byť by byl v nejlepším souladu s potřebami. Sdílí ji aktéři krajské správy sítí sociálních služeb, od plánovačů a metodiků financování, přes vedoucí odborů po politické vedení kraje (VOP 2024). Na nedávném veřejném slyšení k přípravě střednědobého plánu například zaznělo, že „*útlum rozvoje základní sítě sociálních služeb neznamená útlum rozvoje jako takového, ale pouze reflektuje nedostatek financování ze strany státu*“ a to přesto, že si vzápětí krajský úředník posteskl: „*neznám cílovou skupinu, kde by rozvoj nebyl potřeba*“ (krajský metodik financování sociálních služeb, poznámky z debaty).⁷⁶

Dotací prostředky na sociální služby totiž nepatří mezi mandatorní výdaje státu a přes vykazovaný nárůst celkového objemu financí na sociální služby (MPSV 2019a, Horecký 2020) je žitou zkušeností krajských správců

⁷⁶ MPSV tuto bilanci potvrzuje, když říká, že „*krajské sítě sociálních služeb nejsou dostatečné, zajištění dostupnosti a pokrytí skutečné potřeby sociálních služeb je mezikrajské na různé úrovni*“ (MPSV 2019a: 52).

každoroční handlování v kuloárech národních a krajských institucí o objemu státní dotace, případně její druhé a třetí navyšování, vylobované v průběhu letních a podzimních měsíců na další rok (např. MPSV 2019b, ČTK 2019). A i když od roku 2022 krajské správy alespoň znají předpokládaný objem státní dotace půl roku dopředu – a ten je meziročně mírně růstový – stále fungují limity režimu jednoročního financování, vázaného na schválení státního rozpočtu, které ovlivňují možnosti rozvoje mnohamiliardových krajských sítí služeb. V takovém režimu není až do prosince objem finančních prostředků na následující rok garantovaný a do přelomu jara a léta následujícího roku nejsou prostředky určeny pro poskytovatele služeb na účtech krajů.⁷⁷

Na regionální rovině se pak potkává neexistence garantovaného státního financování s neochotou velké části krajských politických reprezentací identifikovat vlastní finance v rozpočtu kraje (tj. mimo evropské finance používané pro realizaci projektů transformace krajem zřizovaných pobytových služeb) a vyčlenit je na takový rozvoj služeb, který by reflektoval potřeby obyvatel regionu a odpovídal Úmluvě. Řada krajů se soustřeďuje na opatření „udržovací“ a „optimalizační“, spíše než rozvojová. Intenzivně se věnují otázkám, zda a jakým způsobem poskytovatelé služeb naplňují své role a vykazovaný objem kapacit, zařazených v síti sociálních služeb, chybí jim však informace o tom, kolik kapacit ještě chybí k tomu, aby uspokojily potřebnou podporu.

Aktuálně je naproti tomu patrná ochota státu rozvíjet sociální služby prostřednictvím individualizovaného financování. Navýšení příspěvku na péči však má jen minimální efekt na rozvoj služeb, neboť (1) většina příspěvku na péči končí mimo sektor sociálních služeb (srov. Průša a Horecký 2023)⁷⁸, (2) uživatelé, kteří potřebují vysokou míru individualizované podpory/péče v běžném prostředí, si kvůli nízkému příspěvku musejí tradičně doplácet potřebnou podporu z jiných zdrojů, vlastních či nadačních, a navýšení příspěvku na péči využijí nejspíše na pokrytí nákladů za již čerpané služby, aby ulevili nutnosti hledat další zdroje na vysoké úhrady za péči. Zejména však platí, že (3) financování podpory/péče přes příspěvek na péči nesouvisí s rozvojem nových kapacit v krajské síti. Na tvorbu nových kapacit sítí má vliv výše státní a krajské dotace (včetně neinvestičního příspěvku pro příspěvkové organizace krajů) a v menší míře dotace obcí. S objemem právě těchto zdrojů souvisí možnosti krajského rozvoje nových služeb. Odtud lze předpokládat, že 7 miliard korun, které stát novelou zákona o sociálních službách v roce 2024 alokuje na navýšení příspěvku na péči, bude mít pozitivní dopad na stabilizaci již existujících podpor, včetně zlepšení situace pečujících rodin (a pobytových služeb DOZP, které si automaticky ponechávají celý příspěvek, a tedy i jeho navýšení), nepovede však k rozvoji nových kapacit sociálních služeb v krajských sítích.⁷⁹ Kdyby chtěl stát podpořit rozvoj kapacit sociálních služeb, musel by alokaci určit krajům, které by ji mohly proměnit na nové konkrétní kapacity podpory/péče a jejich zařazení do krajských sítí sociálních služeb.

Specifickou bariérou adekvátního rozvoje terénních služeb sociální péče je také dvojí role krajů coby zřizovatelů a současně zadavatelů sociálních služeb (srov. Průša a kol. 2021: 232, Kostečka a kol. 2023). Zřizovatelská role vznikla spolu s reformou veřejné správy – vznikem krajů a souvisejícími převody okresních zařízení na nové aktéry.⁸⁰ Kraje tak dostaly do vínku většinu pobytových služeb DOZP (podle statistické ročenky to

⁷⁷ Proto také v roce 2022 pracovní skupina, ustanovená Komisí Rady Asociace krajů ČR pro sociální věci, vypracovala dokument „Základní teze a návrhy v oblasti plánování a financování sociálních služeb v ČR“, který vyšel z toho, že „pro zajištění dostupnosti sociálních služeb odpovídajících potřebám osob v nepříznivé sociální situaci je nezbytné vytvořit stabilní dlouhodobě udržitelné prostředí pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb“ a jako první z principů vyzdvihl předvídatelnost (AKČR 2022: 2).

⁷⁸ V roce 2021 cca 72 % příjemců příspěvku na péči nevyužívalo žádnou z registrovaných sociálních služeb (Průša a Horecký 2023).

⁷⁹ Stejně to vidí také podporovatelé zvýšení příspěvku na péči. V kontextu nedostupných služeb není systémovým řešením navyšování příspěvku na péči, protože přímé platby neumí zajistit rozvoj kapacit krajských sítí. Zvýšení příspěvku na péči tak plní především roli chybějící (zrušené) kompenzace za celodenní péči pro neformální pečující: „navýšení pomůže zejména zlepšit finanční situaci lidí, kteří pečují doma a kterých je naprostá většina. Ve IV. stupni je té asistence potřeba tolik, že je to bez diskuze a ještě to vůbec není navýšení, které by něco významně řešilo. Na systémovou změnu tito lidé ještě dál budou čekat“ (FB, Asistence o.p.s., 29.5.2024).

⁸⁰ Od 1. 1. 2003 na základě zákona 290/2002 zřizovatelské funkce k zařízením sociálních služeb přešly z okresních úřadů na kraje, a to v rámci II. fáze reformy veřejné správy (výjimkou byla čtyři zařízení, která místo na kraje přešla na obce). Před platností zákona o sociálních službách dostávaly kraje na provoz těchto zařízení finanční prostředky ze státního rozpočtu, určené na výkon zřizovatelských funkcí, o jejich rozdělení pak rozhodovaly samotné kraje.

v roce 2022 bylo 143 z celkem 208 služeb), zatímco většina terénních služeb pro děti a dospělé se zdravotním znevýhodněním zůstala v rukou neziskových poskytovatelů. O pár let později, s platností zákona o sociálních službách od 1. 1. 2007, dostaly kraje za úkol také zadávat a plánovat rozvoj sociálních služeb. Dalších sedm let však byla jejich role zadavatele spíše nominální.⁸¹ Zadavatelská lehkost se vytratila, když v roce 2015 na kraje přešla také odpovědnost za financování krajských sítí sociálních služeb. Kraje jsou nyní vymahatelně odpovědné za dostupnost služeb, jak také v roce 2018 rozhodl Ústavní soud. Mají tedy, na rozdíl od obcí i státu, výsostnou odpovědnost zadavatele za celou krajskou síť a za dostupnost služeb zařazených do sítě bez ohledu na jejich právní formu. S odpovědností za dostupnost, a tedy i odpovídající rozvoj služeb se však pojí až pastorální vstřícnost vůči všem službám, nejen vstřícnost vůči těm, které samy zřizují. Přesto historicky přetrvává blízkost krajských samospráv k vlastním příspěvkovým organizacím, která není jen pocíťovaná, ale zejména praktická a souvisí například s tím, že jako zřizovatel je kraj vybavený nástroji řízení příspěvkových organizací, byť je s ohledem na vysokou míru politizace vedení těchto organizací nemusí využívat. Zřizovatelé mohou „svým“ příspěvkovým organizacím zadávat úkoly, o které jiní poskytovatelé nestojí, mohou jim také prostřednictvím tzv. neinvestičního příspěvku zřizovatele kdykoliv alokovat finanční prostředky bez ohledu na cyklus a podmínky dotačních řízení. **Krajští správci však postrádají robustní nástroje řízení ostatních poskytovatelů v krajské síti, resp. celé sítě, které by mohli použít pro cílený a kontrolovaný rozvoj sociálních služeb.**⁸²

Svébytným problémem je nízká míra „realizace střednědobých plánů“, kdy během tříletého plánu bývá naplněna jenom část již tak slabě prorůstově orientovaných opatření. O problému s realizací opatření se ví dlouhodobě, proto také v roce 2014 stát umožnil krajům „řešit“ tento problém pomocí těsnějšího manažerského uchopení střednědobého plánování a zavedl jednoleté akční plány.⁸³ Systematická evaluace dopadu této inovace zatím neproběhla, ale například vyhodnocení předchozího plánovacího období, obsažená v řadě střednědobých plánů, stále obsahují řadu nesplněných cílů a naznačují tak, že akční plány nijak významně nezvýšily podíl naplňovaných opatření. To může souviset s tím, že problém s realizací opatření ve střednědobých plánech má jinou příčinu, která není napravitelná pouhým akčním plánováním. Daleko závažnějším důvodem nerealizace plánovaných opatření totiž mohou být právě chybějící nástroje soustavného rozvoje (a obecně zadávání) sociálních služeb. Do českého systému sice před 20 lety proniklo komunitní a střednědobé plánování, avšak osamoceně, bez souvisejících procesů a nástrojů celého zadavatelského cyklu (care commissioning cycle – srov. IPC 2002, Robertson a Ewbank 2020). Metodické postupy střednědobého plánování tak tematizují jen přípravu a schválení samotného dokumentu střednědobého plánu, ostatní fáze zadavatelského cyklu, jako je designování služeb, jejich poptávání, kontraktování a monitorování, stejně jako zapojování uživatelů do těchto fází zadavatelského cyklu, jsou řešené jinak, jinými nástroji a právními úpravami⁸⁴ a nejsou součástí sourodého a provázaného cyklu.

⁸¹ S platností zákona o sociálních službách se také proměnilo financování sociálních služeb na vícezdrojové, s novou skladbou a novými prvky v podobě příspěvku na péči. Od uživatelů se v roce 2018 vybralo cca 43 % prostředků na chod služeb (23 % prostřednictvím úhrad za ubytování a stravu a 20 % prostřednictvím příspěvku na péči), od veřejné správy se vybralo cca 44 % (kdy kraje a obce uhradily 17 % a stát přispěl 27 %); úhrady ze zdravotního pojištění tvoří dlouhodobě cca 5 % skladby nákladů sociálních služeb (NKÚ 2019: 2). Objem státní dotace se za pět let mezi 2014 a 2019 zdvojnásobil. (MPSV 2019a, Horecký 2020)

⁸² Krajské úřady se ve vlastní působnosti věnují zejména metodickým otázkám nastavení služeb, sledování „efektivitu“ coby podílu přímé a nepřímé práce a při rozšiřování kapacit služeb také tomu, „zda osoby, jimž je služba poskytována, jsou v nepříznivé sociální situaci, zda realizované činnosti byly sjednány ve smlouvě s uživateli, zda poskytování sociální služby probíhá na základě sjednaného individuálního plánu a zda toto realizované plnění směřuje k řešení nepříznivé sociální situace klientů“ (SPRSS ZK 2023-25: 125). Činí tak např. prostřednictvím kontroly „splnění účelu poskytnuté finanční podpory na zajištění daného druhu a formy sociální služby v souladu s podmínkami veřejnoprávních smluv (...) tj. ověření plnění povinností poskytovatele, které vyplývají ze zákona o sociálních službách a ze závazku poskytovatele ve veřejnoprávní smlouvě“ (tamtéž). Jinými slovy, kraje se zaměřují spíše na to, nakolik jsou existující kapacity služeb realizované efektivně a v souladu se zákonnými povinnostmi, než na to, kolik kapacit ještě chybí k saturaci potřeb.

⁸³ Tehdejší novela zákona o sociálních službách (zákon č. 254/2014 Sb.) upravila ustanovení § 3 písmeno h) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁸⁴ Zejména zákon č. 250/200 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, nebo Rozhodnutí Evropské komise č. 2012/21/EU o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie, srov. Vočka (2018)

Aktivita a nástroje krajů v oblasti rozvoje kapacit sociálních služeb jsou omezené na vyhledávání soutěžních možností: aby si poskytovatelé podali žádost o zařazení nebo navýšení kapacit v síti,⁸⁵ což je praxe opřena o očekávání, že pomyslný tržní mechanismus zajistí dostatek zájemců a jejich žádostí o podporu a že kraj z nich bude moci vybrat ty nejlepší. Realitou je však kapacitní nedostatečnost většiny krajských sítí služeb a podávání žádostí o navýšování pouze drobných kapacit. Taková dynamika reflektuje rozvoj „zesponu“, od poskytovatelů služeb, který se děje díky různým projektům či fundraisingu v průběhu roku, a organizace se pak snaží tyto drobné úvahy dlouhodobě stabilizovat zařazením do krajské sítě. To také signalizuje, že rozvoj sociálních služeb se neděje hnutím neviditelných sil, kdy stačí vypsat soutěž a vybrat ty nejlepší. Daleko spíše sociální služby patří do rodiny tzv. přirozených monopolů, spolu s ostatními veřejnými službami, jako je zdravotnictví a školství, kde vedle sebe nikdy nevznikne několik plně vybavených nemocnic, čekajících první pacienty, z nichž následně zákaznické chování vybere ty, které přežijí. Rozvoj sociálních služeb proto vyžaduje vhodnější nástroje, než jaké nabízí redukcionismus nabídky a poptávky.

Platí to především pro cílený rozvoj větších a ucelenějších kapacit, jako je například celé nové zařízení sociálních služeb, nová odlehčovací služba, několik domácností chráněného bydlení v bytech a/nebo desítky úvahů podpory samostatného bydlení. **Krajům chybí nástroje podpory a motivace rozvoje napříč sítí služeb**, a to zejména takové, které by umožnily financování přípravných fází vzniku nových služeb, poskytovaných jiným typem poskytovatele než příspěvkovou organizací, a chybí jim kultura proaktivního poptávání a dojednávání rozvoje. V kartách jednotlivých cílů a opatření se proto můžeme spíše dočíst, že k naplnění konkrétního opatření kraj plánuje projednat předložené záměry poskytovatelů sociálních služeb, a mezi riziky kraje na prvním místě vidí neprojevení zájmu poskytovatelů sociálních služeb o společné plnění cíle a opatření. Kraje tak rok za rokem krčí rameny, že se nikdo k vyhlášenému rozvoji nepřihlásil.

V takovém prostředí střednědobý plán nemůže být doopravdy „plánem“, jak postupovat, aby naplánované objemy kapacit v daném čase skutečně vznikly. Soubor opatření či rozvojové strategie jsou spíše soupisy maximálního finančního objemu, který je správce sítě ochoten akceptovat při rozšiřování sítě, pokud se přihlásí realizátoři rozvoje. Tak vypadá rezignace na zadavatelskou roli. Místo plánování rozvoje podle potřeb, aktivního poptávání a robustní podpory vzniku nových kapacit jsou kraje postavené do pasivního čekání na rozvoj. Některé krajské plány to vyjadřují velmi přímočaře:

V současné době nejsou známy žádné konkrétní záměry směřující k zajištění nových kapacit této sociální služby na území Jihočeského kraje. Navržená základní síť tedy zůstává stejná. V kontextu výše uvedených závěrů je ale možné zařadit do základní sítě i službu podpory samostatného bydlení, pokud bude některým poskytovatelem považována za vhodný druh služby pro dané území ORP a cílovou skupinu a bude prokázána její potřebnost. (SPRSS JČK 2022–24: 71)

Celkově tedy zákonná odpovědnost krajů za dostupnost služeb v území neodpovídá tomu, jakými nástroji řízení rozvoje jsou kraje vybaveny, aby mohly dostupnost také skutečně zajistit.

V některých krajích se plánování deinstitucionalizace krajských zařízení DOZP komplikuje i tím, že příspěvkové organizace jsou populární příležitostí pro regionální politické elity po ukončení aktivní politické kariéry.⁸⁶ To pak amplifikuje riziko pomalého a limitovaného plánování změn řízovaných zařízení. Krajské úředníky se v roli

⁸⁵ Například v hlavním městě zní podmínky takto: „HMP prostřednictvím odboru SOV vyhláší vždy v průběhu druhého čtvrtletí aktuálního kalendářního roku rozvoj jednotlivých druhů sociálních služeb pro konkrétní cílové skupiny v konkrétní výši kapacit a specifikaci na následující kalendářní rok. U pobytových služeb sociální péče budou do Základní sítě zařazovány pouze nově vzniklé kapacity. Na základě výše uvedeného vyhlášení podávají zájemci z řad poskytovatelů sociálních služeb žádosti o zařazení/navýšení kapacit v Základní síti na předepsaném formuláři“ (SPRSS HMP 2022-24: 108-109).

⁸⁶ Například v hl. m. Praze je spíše výjimkou najít životopis ředitelky nebo ředitele krajské příspěvkové organizace v sociální oblasti bez politické afilace, resp. bez veřejně doložitelného výkonu politické funkce v uplynulých 25 letech. Jako každá vrcholová disciplína je pro většinu národních i regionálních politiků dočasnou profesní dráhou, po jejímž ukončení mohou pro své nabyté manažerské zkušenosti najít uplatnění třeba ve vedení sociálních služeb.

správců sítě mohou snadněji dostat do situace, kdy se od nich místo řízení změny očekává servisní zajištění organizačních potřeb těchto pobytových zařízení. Pokrok v transformaci příspěvkových organizací v řadě krajů však dokládá, že uvedené riziko neplatí plošně.

Celkově je tedy možné podtrhnout, že krajský rozvoj kapacit sociálních služeb je konzervativní a orientovaný řadou silnějších faktorů, než je deklarovaná „*snaha (...) podporovat takové sociální služby, které primárně vychází ze zjištěných a ověřených potřeb osob, které jsou v nepříznivé sociální situaci*“ (SPRSS ZK 2023–25: 89). Analýza vychází spíše ze sčítání jednotlivců, než z jejich potřeb, jenže ani prosté součty jednotlivců běžná plánovací praxe vlastně nerespektuje, zejména pokud se jedná o větší čísla osob, čekajících na podporu/péči. Velikosti cílových skupin zjištěné v analytické části střednědobého plánu se nijak závazně nepropisují do plánů rozvoje kapacit. Třeba už proto, že střednědobé plány jsou komponované na tři roky, zatímco zajištění kapacit podpory/péče pro celé skupiny může vyžadovat dlouhodobé plánování přesahující hranice dekády. Na krajské úrovni přitom chybí ustálená praxe plánování pro stovky až desetitisíce obyvatel regionu. Řeší se spíše jednotky, maximálně desítky kapacitních jednotek. Nejedná se přitom pouze o problém délky plánovacího cyklu, jak soudí reformní návrh Asociace krajů na prodloužení období platnosti střednědobých plánů ze tří na pět let (AKČR 2022). Například pražský plán (SPRSS HMP 2022–24), s vizí usazenou do následující dekády a doprovázený sérií krajských dlouhodobých strategií v jednotlivých oblastech služeb (jako je bezdomovectví nebo duševní zdraví), s velkými čísly rovněž systematicky nepracuje a nesměřuje k jejich řešení v průběhu následujících třech plánovacích cyklů. Chybí nástroje a vůle v pravém slova smyslu plánovat a cíle a opatření naplňovat; velikosti cílových skupin běžně zůstávají osamocené, uzavřené na stránkách analytických kapitol střednědobých plánů a jen příležitostně se mohou objevit ve veřejném prostoru, například jako podklady pro zdvižený prst nějakého varovného sdělení o očekávatelných negativních dopadech vývoje demografie či krachu sociálních služeb.

Pozoruhodný je však výsledný „paradox validity“: jakákoliv nová kapacita, která se naplánuje a zrealizuje, je téměř ihned využita, což zpětně podporuje dojem, že plán rozvoje vlastně vycházel ze zjištěných potřeb. Spíše než přesné a podložené plánování může za využití nových kapacit již zmiňovaný nedostatek kapacit sociálních služeb, díky němuž má každých pár nových úvazků v terénních nebo ambulantních službách, stejně jako každé nové místo v pobytové službě, vysokou šanci na to, že budou okamžitě využity. (Žel včetně kapacit ústavních služeb, které by ale měly být při správné aplikaci čl. 19 Úmluvy z rozvojových priorit vyjmuty.) Díky tomu plán rozvoje služeb zpětně vypadá jako validní, a to i když s odvoláním na „zájem“ žadatelů posiluje „lůžkové kapacity“. Zájem lidí se zdravotním znevýhodněním totiž není nutně potvrzením zájmu o konkrétní služby, ale v první řadě je spíše projevem toho, jak poddimenzované jsou kapacitně sítě služeb a kolik lidí čeká na alespoň nějakou podporu/péči. A jejich údajná „volba“ je umožněna jen v úzkých mantinelech toho, co jim regionální sítě služeb nabízejí. S ohledem na kapacitní limity odpovídajících druhů služeb nemůže platit, že lidé mohou naplňovat svoje právo „*zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyli nuceni žít ve specifickém prostředí*“ (OSN 2006: 11), které jim Český stát přijetím a stvrzením Úmluvy zaručil.

6.

Závěr:

**Co má být dobrým
výsledkem transformace?**

6. Závěr: Co má být dobrým výsledkem transformace?

Shrnutí:

- Systém služeb je založen na chybném předpokladu, že pobytové služby DOZP jsou určené pro lidi s vyšší mírou potřeb, chráněná bydlení pro osoby s nižší mírou potřeb a terénní služby (obzvláště PSB, ale i OA) jsou převážně pro lidi s nižšími nebo jen minimálními nároky na intenzitu podpory/péče.
- Služba chráněného bydlení, přestože MPSV ve svém příběhu o úspěšné deinstitutionalizaci argumentuje jejím rozvojem, nikdy nebyla plnohodnotnou alternativou ústavní péče. Jednak proto, že intenzivnější individualizovaná podpora v CHB není klientům dostupná ani finančně, ani personálně, a také proto, že služba příliš často podléhá riziku reinstitucionalizace.
- Stejně tak není lidem se zdravotním znevýhodněním finančně a personálně dostupná intenzivnější podpora terénních služeb.
- Pohled na to, jaké služby jsou k zajištění nezávislého způsobu života vlastně potřeba, se vyvíjí. Rizika reinstitucionalizace v menších pobytových službách jsou známá, stejně jako rizika nedostatečné podpory a nízké míry kontroly uživatelem ve službách terénních. Tato rizika by

měla brát sociální politika v úvahu a měla by na ně také reagovat. Lepší výchozí pozici pro zajištění nezávislého způsobu života mají služby terénní díky oddělení bydlení od samotné služby.

- **Sociální politiky ČR zatím postrádají jasnou vizi stavu služeb po úspěšné transformaci. Takovou vizi je potřeba stanovit a začít na ní pracovat. Návrh takové vize je uveden na konci kapitoly 6.3. Změna bude vyžadovat nejen finanční vstupy, ale i nové prvky architektury a organizace systému sociálních služeb. Např. změnu zavedené, ale nesprávné třístupňové hierarchie (1. DOZP = lidé s vysokou mírou potřebné podpory, 2. CHB = lidé s nižší mírou podpory, 3. OA a PS = lidé s nižší a minimální mírou potřebné podpory) na systém, v němž budou běžně poskytovat intenzivní podporu i terénní služby. Nebo reformu příspěvku na péči či úhrad za služby financování služeb.**
- **Je nejvyšší čas skutečně začít.**

6.1. Nefunkční “alternativy” ústavních služeb

Navzdory tomu, že ministerstvem prezentovaný příběh transformace vyznívá pozitivně, je zřejmé, že po 17 letech deinstitucionalizačních snah je Česká republika v přípravě podmínek pro nezávislý život stále na začátku. Na tom, že má větší kus cesty před sebou, se shodují nezávislé studie i Výbor OSN pro práva lidí se zdravotním postižením.

Otázka tak spíše zní, kolik cesty má Česko vlastně za sebou, neboť i optimistická část příběhu MPSV o již vytvořených kapacitách chráněného bydlení, které mají odpovídat nárokům Úmluvy, je postavená hned na dvojím optickém klamu.

První tvoří předpoklad, že služby chráněného bydlení (nebo komunitních DOZP) ze své podstaty odpovídají požadavkům článku 19 Úmluvy. Tento předpoklad však vyvracejí nezávislé studie i mezinárodní zkušenost. Přesto stát ve svých sociálních politikách a strategických dokumentech stále nepracuje s komplexním téma-

tem prevence reinstitucionalizace. Druhým optickým klamem je označování chráněného bydlení za „náhradu“ ústavních DOZP. Stát při prezentování růstu kapacit chráněných bydlení jako „náhrady“ za klesající lůžka DOZP také naznačuje, že chráněná bydlení mají být výhledově plnou náhradou, a tím pádem také druhem sociální služby nastaveným tak, aby mohl přijmout všechny obyvatele odcházející do komunitních služeb z uzavíraných zařízení DOZP, včetně klientů s vyšší mírou potřebné podpory. Poskyvatelé i zadavatelé sociálních služeb přitom vědí, že chráněné bydlení je systémově nastavené tak, že bez zásahů a ad hoc úprav službu lidem s vyšší mírou potřebné podpory nabídnout nemůže.⁸⁷ Jedním důvodem je nevýhodné nastavení úhrad, kdy v principu při více než 5 hodinách podpory denně uživatel chráněného bydlení (stejně jako uživatel osobní asistence či podpory samostatného bydlení) nemá ani při nejvyšším příspěvku na péči dostatek finančních prostředků na úhradu podpory/péče. Úhrady za péči v DOZP, odkud jednotlivec s vyšší mírou potřebné podpory odchází do chráněného bydlení, jsou přitom ze zákona nastavené tak, že se péče v jakémkoliv objemu hradí jen do výše příspěvku na péči, který jednotlivec pobírá.⁸⁸ V DOZP tedy zaplatí klient za péči tím, co dostane od státu ve formě příspěvku na péči, a nemusí hledat další zdroje, aby na 24/7 péči dosáhl. V chráněném bydlení ale na vyšší objem podpory nebude mít finance (pokud se například zřizovatel nebo zadavatel nedohodnou a neupraví nastavení úhrad a prostředky do služby nedostanou jinou cestou). Pokud komunitní služby mají být opravdovou náhradou za ústavní péči, tato bariéra (finanční) dostupnosti komunitní podpory/péče musí zmizet a podmínky úhrad v různých druzích služeb bude třeba vyrovnat.⁸⁹ Druhým důvodem, proč neplatí, že chráněné bydlení může být náhradou za DOZP, je hierarchie „DOZP – CHB – PSB/OA“ (o níž jsme psali v kapitole 4.1), která je už téměř dvě desetiletí budovaná v dokumentech a postupech sociální politiky a jejích klíčových aktérů a která říká, že pobytové služby DOZP jsou vlastně určeny pro lidi s vyšší mírou potřeb, neboť podle této hierarchie údajně poskytují celodenní podporu pro lidi s vyšší mírou potřeb. Podle stejné hierarchie mají chráněná bydlení a ještě více terénní služby své místo jako služby pro osoby s nízkou mírou potřeb a jen malými nároky na intenzitu podpory/péče. Kvůli tomu jsou pak také chráněná bydlení i terénní služby dlouhodobě systémově nastavované a personálně zajišťované tak, že neumožňují klientům komunitních služeb čerpat víc, než nízkou míru podpory (typicky se například v nastavení těchto služeb nepočítá s potřebou podpory přes noc). Podobné hierarchie přitom odporují moderní sociální práci, stejně jako východiskům Úmluvy, podle níž má mít každý, včetně lidí s vysokou mírou potřebné podpory, možnost vybrat si druh služby. Každopádně, dokud bude toto hierarchické pojetí služeb aplikované v rozhodnutích státu a krajů o nastavení a financování sociálních služeb, nebude dostupnost komunitních služeb pro lidi s vyšší mírou potřeb ani představitelná.

6.2. Pobytové a/nebo terénní služby?

Naše zpráva různými způsoby ukazuje, že pokud se nic zásadního nezmění, další transformační projekty, stejně jako plnění národních plánů, půjdou nejspíš stejnou cestou, jakou Česko šlo v uplynulých 17 letech, a výsledkem bude pravděpodobně další ztracená generace lidí se zdravotním znevýhodněním, jejichž příležitosti se i přes zapojení ohromného množství lidí a peněz nijak výrazně nezlepší.

⁸⁷ Například v **Tabulce 6** to dokládá plán SPRSS ZK 2023–25 proměny 8 lůžek chráněného bydlení na 8 lůžek domova se zvláštním režimem pro osoby s PAS. Motivací pro podobné úpravy je právě provozně-administrativní zvýhodnění DZR ve srovnání se stávajícím pojetím služeb CHB, při plánu vytvořit službu s vyšším personálním zajištěním (byť za strpění v komunitních službách zbytečných hygienických norem). Jinou cestou, využívanou jen minimálně, je přerýsování ustálených parametrů chráněného bydlení, zejména nové nastavení výše úhrad za péči tak, aby platby za službu klienty již nebyly překážkou individualizace podpory/péče (tzn. srovnat úhrady napříč pobytovými službami nebo je jako zřejmou překážku individualizace péče zcela minimalizovat), a současně zajistit odpovídající financování služby ostatními cestami vícezdrojového financování, zejména navýšením dotačních programů. Takovou cestou by kraj, pokud by o to stál, mohl z vlastních prostředků naplánovat v principu jakýkoliv objem úvazků pro jakoukoliv službu a míru potřebné podpory. Volba je to politická, nikoliv pouze ekonomická.

⁸⁸ Samostatným problémem je, že služby DOZP – na rozdíl od chráněných bydlení, osobní asistence a podpory samostatného bydlení – nevykazují objem poskytované podpory/péče.

⁸⁹ Dopadů systémového nastavení, kdy je pro uživatele levnější požádat o přijetí do DOZP než čerpat intenzivní podporu doma, si všímá také Horecký, když uvádí, že „pokud příjemce péče potřebuje více než 4,7 hod. péče denně, pak je pro něj ekonomicky výhodnější pobyt v pobytovém zařízení sociálních služeb“ (Horecký a kol. 2023: 18).

Horizont změny je přitom dlouho známý. Výsledkem rozvoje a proměny systému služeb sociální péče má být to, co říká článek 19 Úmluvy: tedy že lidé se zdravotním znevýhodněním, bez ohledu na míru potřebné podpory, budou mít možnost si zvolit, kde a s kým budou žít, a budou mít přístup k terénním službám poskytovaným v domácím prostředí, včetně osobní asistence, a ke komunitním pobytovým a dalším službám, aby mohli být plně začleněni a zapojeni do společnosti a žít nezávislým způsobem života. Jak přesně podle této představy mají vypadat sociální služby a jaké kroky má veřejná správa činit, to už je těžší otázka, v níž je potřeba neustále hledat shodu, protože **pohledy na cestu k dosažení nezávislého života jsou různé a vyvíjejí se.**

„Nezávislý život“ je aspirací širokého tábora reformních hlasů a hlasů lidí se zdravotním znevýhodněním, kteří usilují o změnu systému a naplňování principů normality a nověji principů nezávislého života. Od ratifikace Úmluvy promlouvá článek 19 do reformy služeb v mnoha zemích skrze celý řetězec výkladů. Pro některé je článek 19 především o bydlení mimo ústavní prostředí a o „cestě od života v ústavech k normálnímu životu“, byť v malých pobytových službách komunitního charakteru, pro jiné je článek 19 o osobní asistenci a životě tam, kde je člověk skutečně doma, pro další je článek 19 hlavně o přímých platbách na péči s tím, že vše ostatní si člověk s postižením již zajistí, a ještě pro jiné je o mixu komunitních služeb, terénních i pobytových, kde hlavní důraz má být na individualizaci podpory (srov. Mladenov a kol. 2023). Všechny tyto hlasy spojuje cíl směřování, kterým je **běžný život**. Článek 19 všechny tyto tradice akceptuje, když hovoří o komunitních pobytových, stejně jako o terénních službách podpory.⁹⁰

S rozvojem komunitních služeb se u každé z oněch různých cest objevily svébytné problémy, které jsou dnes již dobře známé, a jejich důsledná reflexe a odstraňování mají být součástí konkrétních procesů změny. Vznik malých pobytových služeb s sebou přinesl hlavně riziko přenosu ústavních prvků do nových služeb, **tzv. reinstitucionalizaci**. Život v mnoha, a jak naznačuje zpráva SPMP a JDI (2021), možná ve většině nových chráněných bydlení (ale i komunitních DOZP) trápí nedostatek individualizované podpory, nedostatek soukromí, nedostatek kontroly nad rozhodováním a harmonogramem dne. Stále to jsou instituce, které po svých obyvatelích požadují, aby svou každodennost přizpůsobili kolektivnímu chodu a (typickému) nedostatku pracovníků. Podle Mladenova jsou produktem „*chybně pojaté deinstitucionalizace*“, která má navíc tendenci zneužívat jazyk nezávislého života „*pro ospravedlňování toho, že tato zařízení vznikají jako součást deinstitucionalizačních programů*“ (Mladenov a kol. 2023: 14–15).

Problém výstavby mini-ústavů je dobře popsán od Bulharska (Deneva a Petrov 2016), přes Norsko (Fylkesnes 2021), Srbsko (Zaviršek a Fischbach 2023), Velkou Británii (Turner a Priebe 2002) po Rakousko (Kremsner 2021), stejně jako Českou republiku (Kocman a Paleček 2013a). Rozhodování o zásadních věcech, například o tom, s kým budou bydlet, není v mini-ústavech založené na vůli a přání klientů; klíčová rozhodnutí týkající se života jako celku často vycházejí spíše z administrativních a praktických potřeb služeb, než potřeb a přání jednotlivců, což lze chápat jako „novou formu paternalismu“ (Kremsner 2021: 99). Podle některých je riziko reinstitucionalizace silné zejména v postsocialistických zemích střední a východní Evropy, včetně Česka, díky tomu, že v tomto regionu jsou slabší tradice západoevropských emancipačních hnutí 70. let 20. století, a tyto země si nesou výraznější dědictví péče v institucích (Mladenov a Petri 2020b). Propojení bydlení a sociální služby v pobytové sociální službě „fakticky kompenzuje nedostupnost bydlení i v případě, že člověk jinou péči buď nepotřebuje, nebo by postačovala její výrazně nižší míra,“ píší Johnová a Strnad (2013b: 25). Zakrývá se tím skutečnost, že financování pobytových služeb kompenzuje lidem s postižením nemožnost platit si z vlastních prostředků (např. z invalidního důchodu) zajištění základních potřeb, jako je odpovídající bydlení, a mimo jiné se díky tomu snižuje tlak na rozvoj sociálního bydlení (Johnová a Strnad 2013b: 25).

⁹⁰ Kromě společných aspirací a snahy o změnu mohou reformní hnutí v různých zemích trápit také vážná štěpení a rozpory. Jeden silný výklad článku 19 Úmluvy vidí všechny pobytové služby od podstaty protichůdné k právům člověka, tedy i komunitní chráněná bydlení. Platí to bez výjimek, v tomto výkladu prostě „pobytové služby jsou jak v rozporu s Úmluvou o právech lidí s postižením, tak i s pokyny pro deinstitucionalizaci“ (FB, komentář k článku „Jak mohou lidé v pobytových službách prožít svůj život podle svých představ“, Monika Jelínková a Hana Sheala Grygarová, 29. 5. 2024). Jiný výklad Úmluvy může podobně nepřijatelně vidět osobní asistenci poskytovanou sociální službou a jako jediný přijatelný model podpory, který odpovídá Úmluvě, požadovat asistenci „sebeurčující“ (Hrdá 2008). Je odpovědností státu tyto různé výklady aktivně a vstřícně moderovat a zejména, coby signatáře Úmluvy, zajistit dostupnou podporu v takových modalitách, aby si každý mohl zvolit podle svého a v potřebném objemu.

Kvůli nedostupnosti bydlení a odpovídajících terénních služeb se pak lidé stěhují za službou, resp. do služby, ačkoli jejich původní přání a představy ohledně místa bydlení bývají jiné:

Místa, kam se nakonec lidé rozhodli (z transformovaných ústavů – pozn. autorů) odejít, nápadně kopírují obce, kde byla dostupná, nově vznikla nebo je plánována nová služba spojená s bydlením (zejm. malé domovy nebo chráněná bydlení). (...) lidem není péče dostupná tam, kde ji potřebují, ale tam, kde je objekt, ve kterém se péče poskytuje. (Johnová a Strnad 2013a)

Propojení bydlení a služby rovněž znevýhodňuje uživatele služeb oproti poskytovateli tím, že ukončení pobytové služby znamená i ztrátu bydlení.

Také život v domácím prostředí s osobní asistencí, byť v daleko menší míře než v komunitní pobytové službě typu chráněného bydlení, je spojený s riziky. Především s nedostatkem podpory a čekáním na asistenci, aby měl jednotlivec možnost zapojit se do každodenních činností (srov. Prager 2022). Nedostatek individualizované podpory samostatného bydlení nebo osobní asistence často vede k přetěžování neformální péče, která pak nezvládá být dostatečně personalizovaná a může začít vytvářet rizika jak pro pečující, tak pro lidi se zdravotním znevýhodněním. Kromě kapacitního nedostatku individualizované podpory zmiňuje Ratzka také nedostatek kontroly nad náborem a řízením asistentů:

Přechod od institucionální péče ke komunitním službám neznamena pro člověka s potřebou podpory automaticky vyšší míru nezávislosti a sebeurčení. Záleží na určeném počtu hodin asistence nebo na organizační struktuře poskytovatele služby a tím pádem také na dělbě moci nad podporou mezi pracovníky služby a klientem či uživatelem, který sice může žít ve vlastní domácnosti, ale díky nedostatku podpory může jeho sebeurčení vypadat podobně jako sebeurčení někoho, kdo žije v pobytové službě. Nedostatek kontroly nad klíčovými prvky fungování podpory, jako je nábor, zácvik, rozvrh služeb či supervize asistentů, může proměnit váš domov v instituci. (Ratzka 2019: 10–11)

Souhrnně upozornil na rizika rozvoje nových komunitních služeb Obecný komentář č. 5, který v roce 2017 vydal Výbor OSN pro práva lidí se zdravotním postižením:

Poskytovatelé často chybně označují svoji službu jako „nezávislé“ nebo „komunitní bydlení“ nebo „osobní asistenci“, i když v praxi taková služba nenaplnuje požadavky článku 19. Povinné „balíčky služeb“, které podmiňují čerpání jedné služby druhou, nutí dvě či více osob žít společně nebo jsou pouze vázané na specifické ubytování, neodpovídají požadavkům článku 19. Stejně tak není v souladu s článkem 19 osobní asistence, která člověku neumožňuje plnou kontrolu a možnost rozhodovat o svém životě. (Výbor OSN 2017: 5)

Pokud bychom měli něco říct k těmto debatám (které se nepochybně budou dál vyvíjet), pak lze soudit, že terénní služby poskytované v domácím prostředí nabízejí *lepší předpoklady* k naplňování Úmluvy, protože na sebe nevážou problémy spojené se skupinovým charakterem pobytových služeb nebo s jejich propojením poskytování bydlení a podpory, ústící do omezení rozhodování a kontroly klientů nad vlastním životem. U terénních služeb je to jejich role hosta v domácnosti člověka, co tyto lepší předpoklady k naplňování Úmluvy generuje. Ostatně i Výbor OSN ve svých „Pokynech pro rušení ústavů pro osoby se zdravotním postižením vztahující se i na mimořádné situace“ říká:

Všechny osoby se zdravotním postižením by měly mít přístup k osobní asistenci bez ohledu na to, zda potřebují podporu při uplatňování své svéprávnosti. Před odchodem z ústavu by měly být napojeny na systémy osobní asistence, aby se zajistilo, že budou mít přístup ke službě ihned po odchodu. (Výbor OSN 2022: 4)

Současně to neznámá, že terénní služby samy o sobě zaručují naprosto bezpečný průběh podpory, jak dokládají skandály v domácí péči nebo problémy osamění a izolace (Butler a kol. 2005, McVilly a kol. 2006, Salman 2015, ONS 2016, Goff a Franklin 2019, Fuller a Mitchell 2023). Jak v pobytových, tak v terénních službách jsou tedy přítomna rizika, s nimiž je potřeba vážně pracovat a předcházet jim, aby se posílila možnost podporovat jednotlivce v jejich cestě za nezávislým životem.

6.3. Potřeba jasné definice výsledku transformace

Ať už bude systém služeb, umožňující nezávislý život, vypadat v detailu jakkoli, na základní vizi stavu služeb po transformaci by měla existovat shoda již od podpisu Úmluvy roku 2007. Článek 19 Úmluvy totiž vizi alespoň v hrubých obrysech načrtává, když zmiňuje celou škálu komunitních služeb, terénních i pobytových, které mají člověku umožnit žít na rovnoprávném základě s ostatními a volit si místo i způsob života.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb definovala v návaznosti na Úmluvu výsledek deinstitucionalizace pro zadavatele sice obecně, ale s jasným důrazem na poskytování služeb tam, kde člověk žije, a v době, kdy je potřebuje, a také s jasným vyloučením ústavní péče:

Pro zadavatele sociálních služeb je deinstitucionalizace úspěšně završena, když má pokrytou síť sociálních služeb reagujících na potřeby občanů kraje – síť jim zajišťuje přístup ke službám poskytovaným za dostupnou cenu v místě a čase, kdy je občan potřebuje. Deinstitucionalizace proběhla úspěšně, když zadavatel plánuje, vytváří podmínky a podporuje rozvoj zdrojů v komunitě tak, aby sociální služby uživatele neizolovaly a nenahrazovaly jiné dostupné možnosti podpory; a když neprovozuje žádná ústavní zařízení. (MPSV 2015a: 57)

Navzdory zavedení článku 19 Úmluvy do našeho právního řádu a navzdory jeho otiskům do strategických dokumentů je však dnes cílový stav služeb stále ještě v mlze – nejasný, chvílemi neviditelný, a občas dokonce zaměňovaný za zcela jiné cíle. A přispěla k tomu jak samotná Národní strategie tím, že nestanovila žádná opatření pro rozvoj terénních a ambulantních služeb, tak navazující Akční plán (MPSV 2022a), zaměřený pouze na rozvoj pobytových služeb a zcela opomíjející rozvoj služeb terénních a ambulantních, stejně jako ministerstvem vyhlášené investiční dotační programy, podporující pobytové – a dokonce i ústavní – služby, a svým dílem také krajské politiky rozvoje sociálních služeb, mnohdy udržující status quo ústavních služeb.

Přitom by mělo být již zcela samozřejmě akceptované, že sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním jsou dostupné tam, kde tito lidé žijí, a umožňují jim žít běžným způsobem života. Konkrétnější obsah takové vize by měl obsahovat mimo jiné také následující parametry:

Vize sociálních služeb po transformaci:

- sociální služby jsou primárně terénní,
 - > jsou poskytované u lidí doma a
 - > kdekoli v komunitě, kde lidé potřebují podporu, tzn.
 - při pohybu ve veřejných prostorách v obci či mimo obec,
 - ve veřejných službách (sportovní a kulturní zařízení, veřejná doprava, obchody, knihovny, zájmové aktivity...),
 - v pracovním prostředí, pokud lidé potřebují podporu při výkonu zaměstnání;
- ambulantní služby fungují jako doplněk tam, kde samotná inkluze nestačí a člověk potřebuje mít další aktivity mimo domov;
- pobytové služby jsou poskytované tak, aby podmínky bydlení v nich byly naprosto běžné a odpovídaly běžnému standardu bydlení, tzn., že:
 - > člověk žije v běžném bytě,
 - > (s ohledem na to, v jaké životní fázi se nachází) žije s partnerkou/partnerem, s rodinou nebo sám, případně s dalším/i spolubydlícím/i podle své volby,
 - > spolubydlení lidí se zdravotním znevýhodněním v pobytové službě, kteří nejsou v příbuzenském či partnerském vztahu, je věcí volby a je spíše výjimkou, než normou,
 - > i při využití pobytové služby může člověk využívat další terénní a ambulantní služby tak, aby se mohl účastnit běžných činností pracovních či volnočasových, pokud při nich potřebuje podporu;
- odlehčovací služby pomáhají rodičům v péči o jejich potomky (ať už nezletilé či dospělé) a hrají důležitou roli v osamostatňování dospělých lidí se zdravotním znevýhodněním od původní rodiny;
- při souběhu více služeb systém zajišťuje jejich koordinaci (např. s pomocí case managementu).

Takovou konkrétnější vizi však zatím stát ani kraje jasně nestanovily. A mnohými kroky, které činí, se od takto definovaného stavu služeb dokonce vzdalují. Opravdová změna bude vyžadovat nejen finanční vstupy, ale stejně důležité budou také nové prvky architektury a organizace systému sociálních služeb. Především je nutné opustit chybný konstrukt hierarchického využívání služeb DOZP - CHB - PSB/OA podle "míry postižení", resp. stupně závislosti. A je potřeba přemýšlet o reformě financování služeb s ohledem na problematickou roli příspěvku na péči a úhrad za sociální služby.⁹¹

Vhodné sociální služby jsou však jen částí celkového řešení, stejně důležitá je také inkluzivnost prostředí, jak připomíná odstavec c) článku 19 Úmluvy.

Je tedy nejvyšší čas skutečně začít.

⁹¹ Z příspěvku na péči, který měl dát možnost lidem se znevýhodněním nakupovat na "trhu služeb" ty služby, které jsou pro ně nejlepší, a tím přispět k transformaci, se stala spíš překážka transformace, protože ve skutečnosti nakupovat ty nejlepší služby neumožňuje - jednak proto, že na skutečně individualizované služby vůbec nestačí, a jednak proto, že žádný volný trh služeb neexistuje.

Literatura

Literatura

(hvězdičkou * jsou označené studie, zařazené do souhrnu evidence v kapitole 1.1)

Adams, J. a kol. 2016. Searching and synthesising 'grey literature' and 'grey information' in public health: critical reflections on three case studies. *Systematic Reviews*, 5, 164.

AKČR 2022. Základní teze a návrhy v oblasti plánování a financování sociálních služeb v ČR. Praha: Komise Rady Asociace krajů České republiky pro sociální záležitosti.

*ANED 2019. Living independently and being included in the community – Czech Republic. (Tech. No. Task 1.2). The Academic Network of European Disability Experts (ANED).

*ANED 2023. Enabling measures for independent living and community inclusion: strategies and guidance. The Czech Republic. The Academic Network of European Disability Experts (ANED).

Alternativní zpráva 2011. Alternativní zpráva pro Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Praha: aliance organizací. Dostupné na <https://nrzp.cz/wp-content/uploads/2020/02/Alternativni-zprava-def.pdf>

Bank-Mikkelsen, N. 1969. A Metropolitan Area in Denmark: Copenhagen. In: Kugel, R. B., Wolfensberger, W. (eds). *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded*. Washington D.C.: President's Committee on Mental Retardation, 227–255.

Bednář M. a kol. 2024. Rozvoj procesů zadávání sociálních služeb v Olomouckém kraji: Souhrnná zpráva z inkubační fáze. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc. Dostupné na <https://www.caritas-vos.cz/component/phocadownload/category/1-evropske-projekty-ukoncene?download=101:souhrnna-zprava-z-inkubacni-faze-projektu&Itemid=101>

Beecham, J. a Knapp, M. 1991. Costs, Needs, and Outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 3, 427–439.

Blesk.cz 2022. Postižená klientka se utopila ve vaně: Selhal lidský faktor, litujeme toho, říká ředitelka domova. Blesk.cz, 7. prosince 2022. Dostupné na <https://www.blesk.cz/clanek/zpravy-udalosti/729693/postizena-klientka-se-utopila-ve-vane-selhal-lidsky-faktor-litujeme-toho-rika-reditelka-domova.html>

Boylorn, R. a kol. 2016. *Critical Autoethnography: Intersecting Cultural Identities in Everyday Life*. Walnut Creek: Taylor and Francis.

Butler, I. a kol. 2005. *Scandal, social policy and social welfare* (2. vydání), Bristol: Policy Press.

Cambridge, P. a Knapp, M. 1997. At What Cost? Using Cost Information for Purchasing and Providing Community Care for People with Learning Disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 25, 7–12.

Cambridge, P., Knapp, M. a kol. 2002. Twelve Years On: The Long-term Outcomes and Costs of Deinstitutionalisation and Community Care for People with Learning Disabilities. *Tizard Learning Disability Review*, 7, 3, 34–42.

Carson, J. a Hurst, R. 2022. Editorial: Autoethnography in Social Work. *Social work & social sciences review*, 23, 2, 3–7.

Council of Europe 2012. The right of people with disabilities to live independently and be included in the community. Issue Paper published by the Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

ČSÚ 2018. Výběrové šetření osob se zdravotním postižením – 2018. Praha: Český statistický úřad. Dostupné na <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018>

ČTK 2019. Chybí dvě miliardy na sociální služby, tvrdí opozice. Ministryně Maláčová chce, aby kvůli tomu jednala vláda. Dostupné na https://www.lidovky.cz/domov/chybi-dve-miliardy-na-socialni-sluzby-tvrdi-opozice-svolala-mimoradnou-schuzi.A190523_104835_In_domov_zdp

Deneva, N. a Petrov, R. 2016. Деинституционализацията е СКЪПА, но нищо не СТРУВА! (Deinstitutionalization is expensive, but it doesn't work). Sofie: Centrum pro nezávislý život. Dostupné na <https://cil.bg/wp-content/uploads/2020/03/Report-DI-Final.pdf>

Dixon-Woods, M. a kol. 2006. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Medical Research Methodology, 6, 3, 1–13.

Durnová, A. 2022. Making interpretive policy analysis critical and societally relevant: emotions, ethnography and language. Policy & Politics, 50, 1, 43–58.

*EEG 2020. Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care. Fischer, F. 2003. Reframing public policy: Discursive politics and deliberative practices. Oxford: Oxford University Press.

Fuller, Ch. a Mitchell, N. 2023. Wife and carer jailed for enslaving disabled husband, BBC News, 14. 07. 2023. Dostupné na <https://www.bbc.com/news/uk-england-sussex-66178290>

Fylkesnes, I. 2021. Institutional talk and practices: A journey into small group-homes for intellectually disabled children, Disability & Society, 36, 6, 999–1020.

Gant, V. a kol. 2019. Social work through collaborative autoethnography. Social work education, 38, 6, 707–720.

Goff, S. a Franklin, A. 2019. We Matter Too: Disabled young people's experiences of services and responses when they experience domestic abuse. Full Report. Nottingham: Ann Craft Trust. Dostupné na <https://www.anncrafttrust.org/wp-content/uploads/2019/12/We-Matter-Too-Final-Report-9-Dec-2019.pdf>

Göransson, C. a kol. 2023. Art of Connectedness: Value-Creating Care for Older Persons Provided with Toileting Assistance and Containment Strategies: A Critical Interpretive Synthesis. Journal of clinical nursing, 32, 9–10, 1806–1820.

Hacking, I. 2007. Kinds of people: Moving targets. Proceedings of the British Academy, 151, 285–318.

Hacking, I. 1986. Making up people. In: Heller, T. a Brooke-Rose, Ch. (red.) Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality and the Self in Western Thought. Stanford, CA.: Stanford Uni Press.

*Hanková, M. a Kalenda, S. 2021. Personal assistance as a support for the quality of life of people with disabilities. In: Šiška, J. a kol. The Development, Conceptualisation and Implementation of Quality in Disability Support Services. Prague: Karolinum, pp. 205–220.

Hauke, M. a Vávrová, J. 2023. Máme potřebná data? In. Horecký, J. (red.) Jaké změny jsou nutné pro správné fungování terénních sociálních služeb v České republice. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 11–14.

Havlík, M. a kol. 2009. Nové zjišťování potřeb. Hradec králové: Komunitní plánování o.p.s. Dostupné na <https://socialnisluzby.khk.cz/scripts/file.php?id=34434>

Horecký, J. 2020. Financování sociálních služeb v ČR. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Dostupné na https://www.apsscr.cz/files/files/Financov%C3%A1n%C3%AD%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEeb%20v%20C4%8Cesk%C3%A9%20republice_FACT%20SHEETS.pdf

Horecký, J. a Průša, L. 2020. Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019–2050. Tábor: APSS ČR. Dostupné na https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE.pdf

Horecký, J. 2023. Je nákladnější pobytová, nebo terénní sociální služba? In. Horecký, J. red. Jaké změny jsou nutné pro správné fungování terénních sociálních služeb v České republice. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 17–18.

Hradilková, T., Paleček, J. a Syslová, D. 2012. Závěrečná zpráva z modelového hodnocení kvality a metod poskytování sociální služby. Souhrn z 32 zařízení v projektu transformace. Praha: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Dostupné na <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/modelove-hodnoceni.pdf>

Howarth, D., Glynos, J. and Griggs, S. 2016. Discourse, explanation and critique, *Critical Policy Studies*, 10, 1, 99–104.

Hrkal, J. 2019. Co říkají data za příspěvky na péči o osobách se zdravotním postižením. *Statistika & my*. Časopis Českého statistického úřadu. 18.12.2019. Dostupné na <https://statistikaamy.csu.gov.cz/co-rikaji-data-za-prispevky-na-peci-o-osobach-se-zdravotnim-postizenim>

Hubíková, O. a kol. 2023. Sociální práce na obecních úřadech. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Dostupné na https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_535.pdf

Charmaz, K. 2007. *Constructing Grounded Theory*. London: Sage.

*Inclusion Europe 2023. Inclusion indicators 2023: Rights and inclusion of people with intellectual disabilities in 29 European countries. Brussels: Inclusion Europe. Dostupné na <https://www.inclusion.eu/indicators>
IPC 2002. The Commissioning cycle. Oxford: Institute of Public Care, Oxford Brookes University.

Johnová, M. a Strnad, J. 2013a. Deinstitutionalizace a článek 19 Úmluvy o právech osob s postižením. *Sociální práce/ Sociální práce*, 1. Dostupné na <https://socialniprace.cz/o-cem-se-mluvi/deinstitutionalizace-a-clanek-19-umluvy-o-pravech-osob-s-postizenim/>

Johnová, M. a Strnad, J. 2013b. Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů. Možnosti využití mezinárodních a vnitrostátních kontrolních mechanismů k ovlivňování transformace ústavní péče a naplňování práv uživatelů sociálních služeb. Praha: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Dostupné na <http://www.trass.cz/wpcontent/uploads/2016/02/hodnocen%C3%AD-kvalitysoci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb-a-ochrana-pr%C3%A1vu%C5%BEivatele%C5%AF1.pdf>

- Knapp, M. a kol. 2011. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health and Social Care in the Community*, 19, 2, 113–125.
- Knapp, M. 2015. The cost-effectiveness challenge: is it worth it? *Alzheimer's Research & Therapy*, 7, 10.
- Kocman, D. 2024. Implementace zákona o osobní asistenci ve Slovinsku: syntéza evidence. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Kocman, D. a Paleček, J. 2013a. Analytická zpráva pokračujících transformačních kroků v oblasti sociálních služeb v Karlovarském kraji. Jak se žije v „životě“ a jak se ne/odchází z ústavního zařízení. Praha: Instand, Centrum pro výzkum a inovaci v sociálních službách.
- Kocman, D. a Paleček, J. 2013b. Formalismus a inspekce kvality sociálních služeb. Zpráva z kvalitativního šetření. Praha: SKOK. Dostupné na https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1088531/mod_resource/content/1/KOCMAN_PALECEK_Formalismus_imspekce_kvality.pdf
- Kostečka, H. a kol. 2023. Sociální služby jako politická otázka. Třetí díl seriálu „Splátka dluhu Dorotě Š“. Dostupné na <https://tudytam-vzdelavani.cz/socialni-sluzby-jako-politicka-otazka/>
- Kozma, A. a Petri, G. 2012. Mapping Exclusion: Institutional and community-based services in the mental health field in Europe (2012). OSF and MHE. Dostupné na https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2017/11/mapping_exclusion_-_final_report_with_cover.pdf
- Kremsner, G. 2021. From hospitalisation to (de)?institutionalisation: The challenges of implementing Art. 19 in Austria. In: Šiška, J. a kol. *The Development, Conceptualisation and Implementation of Quality in Disability Support Services*. Prague: Karolinum, 95–101.
- Mansell J. a kol. 2007. Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- McKee, K. 2009. Post-Foucauldian governmentality: what does it offer to critical social policy. *Critical Social Policy*, 29, 3, 465–486.
- McVilly, K. a kol. 2006. „I Get by with a Little Help from my Friends“: Adults with Intellectual Disability Discuss Loneliness, *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 19, 2, 191–203.
- Mikulcová, K. a kol. 2022. Metodika optimalizace nastavení komunitního plánování sociálních služeb na úrovni obcí. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné na <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/metodika-optimalizace.pdf>
- Mladenov, T. a kol. 2023. Independent Living in Europe and Beyond: Past, Present, and Future. *International Journal of Disability and Social Justice*, 3, 1, 1–20.
- Mladenov, T. a Petri, G. 2020a. Independent living in Central and Eastern Europe? The challenges of post-socialist deinstitutionalization. In: Fylling, I. a kol. (red.) *EU Social Inclusion Policies in Post-Socialist Countries: Top-Down and Bottom-Up Perspectives on Implementation*. London: Routledge, 16–34.
- Mladenov, T. a Petri, G. 2020b. Critique of deinstitutionalisation in postsocialist Central and Eastern Europe, *Disability & Society*, 35, 8, 1203–1226.

Moher a kol. 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine, 6, 7, e1000097.

MPSV 2002. Zavádění Standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/pruvodce+%281%29.pdf/a3da091b-e13e-bb30-eafa-e62f1e4fe817>

MPSV 2007. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/koncepce-podpory-transformace-pobytovych-socialnich-sluzeb>

MPSV 2010. Metodický pokyn č. 6/2010 Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro vykazování dat o poskytovaných sociálních službách. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/pokyn.pdf/cc466c0-6507-64ff-8893-a199ad6c2be5>

MPSV 2015a. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>

MPSV 2015b. Minimální kritéria kvality plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/kriteria_111115.pdf/59619bfe-2aa9-9c0b-3b1b-63066d98f661

MPSV 2016a. Doporučený postup č. 2/2016 Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_Materiálně_techický_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96

MPSV 2016b. Dokumentace programu 013 310. Rozvoj a obnova materiálně-technické základny sociálních služeb 2016–2025. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/web/cz/dokumentace-programu-prilohy-013-310>

MPSV 2018. Doporučený postup 3/2018, který nahrazuje doporučený postup č. 5/2017 Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou – pro účely výzev IROP č. 81 a 82. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_c._3_2018.pdf/edb5b6be-8287-54ae-0a4f-83421bfe8a5b

MPSV 2019a. Analýza financování sociálních služeb. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, srpen 2019. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465

MPSV 2019b. Ministryně práce a sociálních věcí Jana Maláčová odvrátila kolaps sociálních služeb – Tisková zpráva, 19. 6. 2019. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/-/ministryne-prace-a-socialnich-veci-jana-malacova-odvratila-kolaps-socialnich-sluzeb>

MPSV 2022a. 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. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/4552532/III_Materia%25CC%2581I_Akc%25CC%258Cni%25CC%2581+pla%25CC%2581n+pro+deinstitucionalizaci+verze+2.2_final.pdf/ffe8953-b483-cbaa-fb2e-567f5cb4301e

MPSV 2022b. Doporučený postup 5/2022. Transformace sociálních služeb pro osoby s vysokou mírou podpory. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/DP_%C4%8D._5_22_Transformace_soci%C3%A1ln%C3%ADch_sluz%C5%BEEb_pro_osoby_s_vysokou_m%C3%ADrou_podpory.pdf/03e4ea45-717d-47c2-fdc7-f4a1092b786a

MPSV 2022c. Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/kriteria-socialnich-sluzeb-komunitniho-charakteru-a-kriteria-transformace-a-deinstitucionalizace>

MPSV 2023a. Aktuality v oblasti deinstitucionalizace sociálních služeb. Prezentace na kulatém stole Jak jinak při transformaci sociálních služeb, Centrum podpory transformace – CPT, Hradec Králové, 3. 5. 2023

MPSV 2023b. Aktuality v oblasti deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v ČR. Prezentace.

MPSV 2023c. Dokumentace programu 013 310. Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb 2016–2025. Aktualizace IV. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/web/cz/dokumentace-programu-prilohy-013-310>

MPSV 2023d. Zpráva o činnosti odboru sociálních služeb a inspekce sociálních služeb oddělení inspekce sociálních služeb za rok 2022. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, odd. 262. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/cinnost-inspekce-socialnich-sluzeb>

MPSV 2024a. Zpráva o činnosti oddělení inspekce sociálních služeb za rok 2023. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, odd. 262. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/cinnost-inspekce-socialnich-sluzeb>

MPSV 2024b. Zpráva o plnění Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 za rok 2022 a 2023. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

MPSV 2024c. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007–2022. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

MPSV nedat. Roční výkaz o sociálních službách. Formulář Soc (MPSV) V1–01. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

NCPTSS 2013a. Manuál transformace ústavů. Deinstitucionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV, Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb>

NCPTSS 2013b. Zpráva o procesu podpory transformace v ČR. Praha: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Dostupné na <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/zaverecna-zprava.pdf>

Munn, Z. a kol. 2018. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach, BMC medical research methodology, 18, 1, 143–143.

Nirje, B. 1972. The right to self-determination. In. Wolfensberger, W. (red.) The principle of Normalization in Human Services. Toronto: The National Institute on Mental Retardation, 176–193.

NKÚ 2019. Kontrolní závěr z kontrolní akce 18/09 – Peněžní prostředky určené na podporu sociálních služeb. Praha: Národní kontrolní úřad. Dostupné na <https://www.nku.cz/assets/kon-zavery/K18009.pdf>

NRZP ČR, MDAC, LIGA 2014. Informace neziskových organizací Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Mental Disability Advocacy Center a Liga lidských práv. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/List_of_issues_CZ_NGO_.pdf/18f34906-e2c0-f1e9-ea92-a51a2d196327

O'Brien, J. 1981. The principle of normalisation: A foundation for effective services. London: CMH.

OHCHR 2020. Article 19 – List of illustrative indicators on Living independently and being included in the community Living independently and being included in the community. New York: United Nations. Dostupné na <https://www.ohchr.org/sites/default/files/article-19-indicators-en.pdf>

OKsystem 2016. IS OKslužby – poskytovatel. Výkazy sociálních služeb. Uživatelská příručka (verze dokumentu 3.1). Praha: OKsystem, s.r.o. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/vykazy_manual_v3_1.pdf/d1464af9-d54c-8751-faa5-a95694e3fb14

ONS 2016. Intimate personal violence and partner abuse. Cardiff: Office of National Statistics

Osgood, T. 2023. Podpora pozitivního chování u osob s PAS a intelektovým postižením. Praha: Portál

OSN 2006. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. New York: Organizace spojených národů. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>

Page, M. a kol. 2020. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. British Medical Journal, 372, 71. Dostupné na <http://www.prisma-statement.org/>

*Paleček, J. 2019. Současné možnosti podpory lidí s autismem a chováním náročným na podporu. Praha: TUDYTAM, z.s. Dostupné na <https://tudytam-vzdelavani.cz/nebyt-na-to-sami/>

Paleček, J. 2023. Konečně normální život! Studie dopadů projektu Pátý stupeň. Praha: Asistence, o.p.s. <https://www.asistence.org/studie/>

Petruželka, B. a kol. 2022. Analýza dostupnosti adiktologických služeb a potřeb klientů těchto služeb v Hlavním městě Praze. Praha: 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

Prager, M. 2022. Vliv příspěvku na péči na autonomii dospělých osob s tělesným postižením v péči rodiče. Diplomová práce, vedoucí Hradcová, Dana. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Program Řízení a supervize, 2023. Dostupné na <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/182580>

Průša, L. a Horecký, J. 2023. Jak se změnila struktura příjemců příspěvku na péči podle forem poskytovaných sociálních služeb? Sociální služby, leden 2023, 34–35.

Průša, L. a kol. 2019. Kalkulačka výskytu vybraných sociálních jevů. Nástroj vzniklý v projektu Nové přístupy k zajištění dostupnosti sociálních služeb na regionální úrovni. Dostupné na <https://starfos.tacr.cz/cs/projekty/TL01000426>

Průša, L. a kol. 2021. Dlouhodobá péče nejen v České republice. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

Ratzka, A. 2019. What is personal about personal assistance: The difference between personal assistance and other Community-based services. A personal comment on personal assistance. Fukushi-Rodo, 162. Dostupné na <https://www.ratzka.se/lectures-in-english/>

RHMP 2022. Usnesení Rady hlavního města Prahy č. 2537 ze dne 19. 9. 2022 k průběžné realizaci nových kapacit vysokointenzivních služeb sociální péče na území HMP, zejména pro osoby s PAS+. Praha: Rada hl. m. Prahy, Dostupné na <https://praha.eu/archiv-usneseni-rady-hmp>

Robertson, R. a Ewbank, L. 2020. Thinking differently about commissioning: Learning from new approaches to local planning. London: King's Fund. Dostupné na <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/thinking-differently-commissioning>

Romeo, R. a kol. 2016. The cost of care homes for people with dementia in England: a modelling approach. International Journal of Geriatric Psychiatry, 32, 1466–1475

Salman, S. 2015. Women with learning disabilities are hidden victims of domestic violence. The Guardian, 10. 2. 2015. Dostupné na <https://www.theguardian.com/society/2015/feb/10/victims-domestic-violence-abuse-women-learning-disabilities>

Scott, J. 1998. Seeing like a state: How certain schemes how to improve human condition have failed. New Haven, CT.: Yale Uni Press.

Sheppard, M. a Woodcock, J. 1999. Need as an operating concept: the case of social work with children and families. Child and Family Social Work, 4, 67–76.

*SPMP a JDI 2021. Žít jako ostatní. Zpráva o stavu bytových služeb pro lidi s mentálním postižením v roce 2021. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Jednota pro deinstitucionalizaci – JDI. Dostupné na <https://jdicz.eu/vyzkumna-zprava-zit-jako-ostatni/>

SPRSS HMP 2022–24. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hl. m. Prahy na období 2022–2024. <https://iprpraha.cz/assets/files/files/1b95189677cb624a4a83341d20285393.pdf>

SPRSS JČK 2022–24. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2022–2024. Dostupné na https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files/inline-files/sprss_22-24_zk_web_obalky_cerven21.pdf

SPRSS JMK 2024–26. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v JMK pro období 2024 až 2026. Dostupné na <https://www.jmk.cz/content/8568>

SPRSS JMK 2024. Akční plán rozvoje sociálních služeb na rok 2024. Dostupné na <https://jmk.brandcloud.pro/api/v2/document/279299/element/4193886/download>

SPRSS KHK 2024–26. Střednědobý plán sociálních služeb Královéhradeckého kraje 2024 až 2026. Dostupné na <https://www.khk.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c-1-Strednedobeho-planu-socialnich-sluzeb-Kralovehradeckeho-kraje-2024-az-2026.pdf>

SPRSS KVK 2024–26. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na období 2024–2026. Dostupné na <https://www.kr-karlovarsky.cz/karlovarsky-kraj/strategie-koncepce-planu/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-karlovarskem-kraji>

SPRSS KVK 2024. Akční plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na rok 2024. Dostupné na <https://www.kr-karlovarsky.cz/karlovarsky-kraj/strategie-koncepce-planu/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-karlovarskem-kraji>

- SPRSS LK 2024–26. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje 2024–2026. Dostupné na <https://www.kraj-lbc.cz/getFile/case:show/id:474209/2024-03-18%2008:00:59.000000>
- SPRSS LK 2024–26, příloha č. 1. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje 2024–2026. Karty rozvojových aktivit. Dostupné na <https://www.databaze-strategie.cz/cz/lbk/strategie/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-libereckeho-kraje-2024-2026?typ=download>
- SPRSS OK 2024–26. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2024–2026. Dostupné na <https://www.olkraj.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-olomouckem-kraji-pro-roky-2024-2026-cl-5858.html>
- SPRSS PAK 2022–24. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje na období 2022–2024. Dostupné na https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/sprss_2022-24.pdf
- SPRSS PLK 2023–25. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji 2023–2025. Dostupné na <https://www.databaze-strategie.cz/cz/pzk/strategie/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-plzenskem-kraji-na-obdobi-2023-2025?typ=download>
- SPRSS SČK 2023–25. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2023–2025. Dostupné na <https://stredoceskykraj.cz/web/socialni-oblast/sprss-sk-2023-2025>
- SPRSS ÚK 2022–24. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2022–2024. Dostupné na https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1763337
- SPRSS VYS 2023–25. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb kraje Vysočina na roky 2023–25. Dostupné na https://kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4124530
- SPRSS ZK 2023–25. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Zlínského kraje na období 2023–2025. Dostupné na <https://zlinskykraj.cz/sprss-ve-zk-pro-obdobi-2023-2025>
- *STEM/MARK 2021. Kvalitativní šetření projektů ve výzvách na transformaci pobytových sociálních služeb: Závěrečná zpráva. Praha: STEM/MARK. Dostupné na http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2021/08/Synteza-a-Zaverecna-zprava_Podpora-TF-OPZ_kvali-setreni.pdf
- Synek, M. a Hradcová, D. 2023. souostroví / postižení / veřejnosti. Praha: Display – sdružení pro výzkum a kolektivní praxi.
- Šiška, J. and Beadle-Brown, J. 2020. Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care. Dostupné na https://eurochild.org/uploads/2021/01/EEG_transition_in_27_countries.pdf
- Šiška, J. a Beadle-Brown, J. 2021. Introduction to the book and to the development of community living. In: Šiška, J. a kol. The Development, Conceptualisation and Implementation of Quality in Disability Support Services. Prague: Karolinum, 17–32.
- Šiška, J. a Beadle-Brown, J. 2023. Progress on deinstitutionalisation and the development of community living for persons with disabilities in Europe: Are we nearly there?, Disability & Society, 38, 8, 1476–1495.

*Šiška, J. a Čáslava, P. 2021. Towards Community-based support services in Czechia: nearly there? In: Šiška, J. a kol. The Development, Conceptualisation and Implementation of Quality in Disability Support Services. Prague: Karolinum, 123–134.

Tabb, K. a Valdovinos, M. 2019. Experiencing Health Services Research in the Global South: a Collaborative Autoethnography of Two Social Work Researchers. *Global social welfare: research, policy & practice*, 6, 3, 189–198.

Thorová, M. a kol. 2019. Analýza potřebnosti sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra v Karlovarském kraji. Praha: NAUTIS. Dostupné na https://www.nautis.cz/wp-content/uploads/userfiles/analýza-final_ke_zverejneni.pdf

Třešňák, P. 2022. Kdo zabil Dorotu Š. Český stát potichu týrá své nejzranitelnější občany. *Respekt* 20. 11. 2022

Turner, T. a Priebe, S. 2002. Forget community care – reinstitutionalisation is here. *British Journal of Psychiatry*, 181, 253–257.

Turnpenny, A. a kol. 2018. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and Community-based services and practices across Europe. Project report. Brussels: Mental Health Europe. Dostupné na <https://kar.kent.ac.uk/64970/>

Vláda 2010. Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2010–2014. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné na <https://www.databaze-strategie.cz/cz/urad-vlady/strategie/narodni-plan-vytvareni-rovných-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-2010-2014?typ=download>

Vláda 2011. Úvodní zpráva České republiky o opatřeních přijatých k plnění závazků podle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. září 2011. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/372805/CRPD_text.pdf/906dc1f8-8301-d043-63e7-02ba4d516c1a

Vláda 2014. Replies of the Czech Republic to the list of issues, 15 December 2014. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/List_of_issues_EN_Czech_Republic_.pdf/45511db2-b148-837e-87fb-36e3f2585c65

Vláda 2015. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2015–2020. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné na <https://www.databaze-strategie.cz/cz/urad-vlady/strategie/narodni-plan-podpory-rovných-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-2015-2020?typ=download>

Vláda 2020a. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2021–2025. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné na <https://www.databaze-strategie.cz/cz/urad-vlady/strategie/narodni-plan-podpory-rovných-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-2021-2025?typ=download>

Vláda 2020b. Spojená druhá a třetí periodická zpráva České republiky o plnění závazků plynoucích z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením – schválena vládou České republiky dne 17. srpna 2020. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné na <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/>

Vláda 2023. Spojená (zkrácená) druhá a třetí periodická zpráva České republiky o plnění závazků plynoucích z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením schválená vládou České republiky dne 13. prosince 2023. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Spojen%C3%A1+druh%C3%A1+a+t%C5%99et%C3%AD+periodick%C3%A1+zpr%C3%A1va+%C4%8CR_final+231213.docx/9d7b6a0a-6363-a505-5890-16ec99b58925

Vojtíšek, P. 2019. Analýza potřeb pokrytí území sociálními službami. Fórum sociální politiky, 1, 2–7.

*VOP 2020a. Život klientů a klientek v domovech pro osoby se zdravotním postižením: výzkum veřejného ochránce práv 2020. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. Dostupné na <https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/Vyzkumy/6-2019-domovy-pro-osoby-s-postizenim.pdf>

*VOP 2020b. Dostupnost sociálních služeb pro děti s postižením a jejich rodiny: výzkum veřejného ochránce práv 2020. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. Dostupné na https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/Vyzkumy/11-2019_Vyzkum_soc-sluzby-pro-deti-s-postizenim.pdf

VOP 2023. Představení výzkumu veřejného ochránce k deinstitucionalizaci. Prezentace na konferenci „Můj život, moje volba aneb sebeurčení“, Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 30. 11. 2023.

*VOP 2024. Deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb – přístup krajů a Ministerstva práce a sociálních věcí ve strategických dokumentech. Výzkum veřejného ochránce práv 2023. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. Dostupné na https://www.ochrance.cz/dokument/deinstitucionalizace_a_transformace_socialnich_sluzeb/

Vočka, Z. 2018. Sociální služby jako služby obecného hospodářského zájmu? Sociální služby, 2, 14–16.

Vostatek, J. a kol. 2013. Financování a nákladovost sociálních služeb: Pobytové a terénní služby sociální péče. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

VVZPO 2016. Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2015. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Dostupné na <https://vlada.gov.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Zprava-o-plneni-opatreni-NPPRP-v-roce-2015.pdf>

VVZPO 2017. Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2016. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Dostupné na https://www.dataplan.info/img_upload/4e36a80711ec455e6b3aac5b8ea5eb4b/zprava-o-plneni-opatreni-npprp-v-roce-2016_1.pdf

VVZPO 2018. Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2017. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Dostupné na https://www.dataplan.info/img_upload/4e36a80711ec455e6b3aac5b8ea5eb4b/zprava-o-plneni-opatreni-npprp-v-roce-2017_1.pdf

VVZPO 2019. Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2018. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Dostupné na <https://vlada.gov.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Zprava-o-plneni-opatreni-NPPRP-za-rok-2018.pdf>

VVOZP 2020. Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2019. Praha: Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením. Dostupné na <https://vlada.gov.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Zprava-o-plneni-NPPRP-v-roce-2019.pdf>

VVOZP 2022. Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025 v roce 2021. Praha: Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením. Dostupné na <https://vlada.gov.cz/assets/ppov/vvozp/aktuality/Zprava-o-plneni-NPPRP-v-roce-2021.pdf>

VVOZP 2023. Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025 v roce 2022. Praha: Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením. Dostupné na <https://vlada.gov.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Zprava-o-plneni-NPPRP-v-roce-2022.pdf>

Výbor OSN 2015a. Committee on the Rights of Persons with Disabilities considers initial report of the Czech Republic. States News Service, 1 April 2015, Ženeva: Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Dostupné na <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2015/04/committee-rights-persons-disabilities-considers-initial-report-czech>

Výbor OSN 2015b. Závěrečná doporučení k úvodní zprávě České republiky. Ženeva: Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Třinácté zasedání 25. března – 17. dubna 2015. Dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Zaverecna_doporuceni_Vyboru_OSN_pro_prava_osob_se_ZP_CZ.pdf/d42c33c2-05f9-6018-e62b-fc47ac31676f

Výbor OSN 2017. General comment No. 5 (2017) on living independently and being included in the community. Ženeva: Výbor OSN pro osoby se zdravotním postižením. Dostupné na <https://digitalibrary.un.org/record/513415?ln=en&v=pdf>

Výbor OSN 2019. Seznam otázek před předložením spojené druhé a třetí periodické zprávy Česka. Ženeva: Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Dostupné na https://www.ochrance.cz/uploads-import/projekt_ESF/00_2020_VA/WEBINARE/06_17_Realizace_prava_lidi_s_postizenim..._CRPD/11_Vybor_OSN_pro_prava_OZP_seznam_otazek.pdf

Výbor OSN 2022. Pokyny pro rušení ústavů pro osoby se zdravotním postižením vztahující se i na mimořádné situace. Ženeva: Výbor OSN pro osoby se zdravotním postižením. Dostupné na <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-10/CZ-CRPD-DI-Guidelines.pdf>

WHO 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health. Ženeva: World Health Organisation. (český překlad dostupný na https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkf_cz.pdf)

Wolfensberger, W. a Tullman, S. 1989. A brief outline of the principle of Normalisation. In: Berchin, A. a Walmsley, J. (red.) Making Connections: Reflecting on the Lives and Experiences of People with Learning Difficulties. A Reader. London: Hodder and Stoughton. 211–219.

Yanow, D. 2007. Interpretation in Policy Analysis: On Methods and Practice. Critical Policy Studies, 1, 1, 110–22.

Yanow, D. 2015. Making sense of policy practices: Interpretation and meaning. In: Fischer, F. a kol. (red.) Handbook of critical policy studies. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, 401–421.

Zaviršek, D. a Fischbach, S. 2023. Independent Living in Post-Socialist Countries: Between Familialism, Deinstitutionalisation, and Reinstitutionalisation. The International Journal of Disability and Social Justice, 3, 1, 96–113.

Žárský, M. a kol. 2023. Územní analýza potřeb obyvatel MČ Praha 6 z hlediska služeb sociální péče. Dostupné na https://www.praha6.cz/cs/assets/prilohy/uzemni_analyza_potreb_obyvatel_mc_praha_6_final_aa7a88a8db.pdf

Žárský, M. a Wija, P. 2017. Územní analýza potřeb obyvatel MČ Praha 6 z hlediska služeb sociální péče a zdravotně sociálních služeb. Dostupné na https://www.praha6.cz/cs/assets/prilohy/analyza_potreb_obyvatel_pha_6_14_7_2017_tisk3_1_6f6e3b5121.pdf

Seznam zkratek

- ANED** – Academic Network of European Disability Experts
AKČR – Asociace krajů České republiky
ČSÚ – Český statistický úřad
ČTK – Česká tisková kancelář
DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením (druh sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
DZR – domov se zvláštním režimem (druh sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
EEG – European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care (Evropská expertní skupina pro přechod od institucionální ke komunitní péči)
ENIL – European Network on Independent Living (Evropská síť pro nezávislý život)
HMP – Hlavní město Praha
CHB – chráněné bydlení (druh sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
JČK – Jihočeský kraj
JMK – Jihomoravský kraj
KHK – Královéhradecký kraj
KVK – Karlovarský kraj
LK – Liberecký kraj
MDAC – Mental Disability Advocacy Center
MSK – Moravskoslezský kraj
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
NCPTSS – Národní centrum podpory transformace sociálních služeb
NRZP ČR – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
OA – osobní asistence (druh sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
OHCHR – Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Úřad vysokého komisaře OSN pro lidská práva)
OK – Olomoucký kraj
OSN – Organizace spojených národů
OZP – osoba/y se zdravotním postižením
PAK – Pardubický kraj
PAS – porucha autistického spektra
PLK – Plzeňský kraj
PSB – podpora samostatného bydlení (druh sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
SČK – Středočeský kraj
SPRSS – střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
TS – týdenní stacionář (druh sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
ÚK – Ústecký kraj
VOP – Veřejný ochránce práv (Ombudsman)
VVOZP – Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením
VVZPO – Vládní výbor pro zdravotně postižené občany
VYS – Kraj Vysočina
ZK – Zlínský kraj
ZP – zdravotní postižení
ZTP – zvlášť těžké postižení
ZTP/P – zvlášť těžké postižení s průvodcem
24/7 – péče 24 hodin, 7 dní v týdnu

Přílohy

Příloha 1

Oprava překladu článku 19, odst. 2. a 3., resp. b) a c)

Anglický originál:

States Parties to this Convention recognize (...) by ensuring that:

2. Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including personal assistance necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community;
3. Community services and facilities for the general population are available on an equal basis to persons with disabilities and are responsive to their needs.

Dosavadní překlad:

Státy (...) zajistí, aby:

- 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.

Opravený překlad:

Státy (...) zajistí, aby:

- 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.

Příloha 2

Vize a cíle Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025

Vize

V ČR existuje flexibilní síť sociálních služeb, která pomáhá řešit potřeby osob nacházejících se v nepříznivé sociální situaci a je financována transparentním, efektivním a spravedlivým systémem.

Strategický cíl A

Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí.

- *Specifický cíl A.1*

Vytvořit a realizovat plán přechodu od ústavní péče k podpoře v komunitě s pomocí terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb komunitního typu.

- *Specifický cíl A.2*

Vytvořit podmínky pro zajištění potřebných kapacit sociálních služeb komunitního typu terénní, ambulantní i pobytové formy.

- *Specifický cíl A.3*

Zajistit ochranu práv a kvality života lidí v ústavních pobytových službách po dobu přechodu od ústavní péče v péči poskytovanou v komunitě.

Strategický cíl B

Zajistit dlouhodobou udržitelnost financování sociálních služeb, která bude odpovídat potřebám uživatelů.

- *Specifický cíl B.1*

Zefektivnit systém financování.

- *Specifický cíl B.2*

Upravit systém financování podle jednotlivých úrovní: stát, kraj, obec.

- *Specifický cíl B.3*

Zajistit adekvátní financování sociálních služeb, jejichž součástí je zdravotní péče.

- *Specifický cíl B.4*

Posílit roli příspěvku na péči ve financování sociálních služeb.

- *Specifický cíl B.5*

Zajistit odpovídající odměňování sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

- *Specifický cíl B.6*

Zajistit dostatečný objem finančních prostředků na sociální služby ve formě mandatorního výdaje státního rozpočtu.

Strategický cíl C

Prostřednictvím dostupných sociálních a zdravotních služeb naplňovat potřeby uživatelů/ pacientů.

- *Specifický cíl C.1*

Zákonně vymežit konkrétní druhy/parametry sociálních služeb, jejichž součástí je zdravotní péče ve vztahu k potřebám uživatelů.

- *Specifický cíl C.2*

Vymežit kompetence aktérů v oblasti sociálních služeb, jejichž součástí jsou zdravotní služby.

- *Specifický cíl C.3*

Zajistit personální zdroje pro sociální služby, jejichž součástí je zdravotní péče.

- *Specifický cíl C.4*

Zajištění personálních zdrojů sociálních pracovníků působících ve zdravotnictví a podpora multidisciplinárního přístupu v rámci case managementu.

Strategický cíl D

Zlepšit postavení pečujících osob a pečující rodiny.

- *Specifický cíl D.1*

Zvýšit sociálně-finanční zabezpečení pečujících osob.

- *Specifický cíl D.2*

Zvýšit podporu pečujících osob prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb.

- *Specifický cíl D.3*

Zlepšit informovanost a vzdělávání pečujících osob, opečovávaných osob a veřejnosti.

- *Specifický cíl D.4*

Zvýšit podporu neformálních pečovatelů ze strany veřejné správy.

Strategický cíl E

Upravit nastavení systému inspekcí s důrazem na sledování kvality sociálních služeb.

- *Specifický cíl E.1*

Legislativně vymezit požadavky na kvalitu sociálních služeb.

- *Specifický cíl E.2*

Zajistit jednotný přístup inspekce.

- *Specifický cíl E.3*

Nastavit možnosti zvyšování kvality sociálních služeb.

Strategický cíl F

Upravit způsob vstupu do systému sociálních služeb.

- *Specifický cíl F.1*

Upravit systém registrací poskytování sociálních služeb.

- *Specifický cíl F.2*

Definovat personální a materiální standardy pro jednotlivé sociální služby.

Strategický cíl G

Rozvoj sociální práce a profese sociálního pracovníka. Rozvoj povolání pracovníků v sociálních službách.

- *Specifický cíl G.1*

Legislativně upravit výkon sociální práce a celoživotní vzdělávání sociálních pracovníků.

- *Specifický cíl G.2*

Institucionálně a finančně podpořit rozvoj sociální práce.

- *Specifický cíl G.3*

Zvyšování prestiže sociální práce prostřednictvím osvěty a informování.

- *Specifický cíl G.4*

Rozvoj povolání pracovníků v sociálních službách.

Strategický cíl H

Vytvářet síť sociálních služeb, které reagují na nepříznivou sociální situaci obyvatel.

- *Specifický cíl H.1*

Provázat střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb a síťování sociálních služeb s jejich financováním.

- *Specifický cíl H.2*

Vymezit a nadále podporovat síť nadregionálních sociálních služeb.

- *Specifický cíl H.3*

Posílit provázanost mezi obecní, krajskou a národní úrovní v oblasti střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb.

Strategický cíl I

Zajistit jednotné chápání a používání základních pojmů včetně revize současných druhů sociálních služeb.

- *Specifický cíl I.1*

Jednoznačně vymezit základní pojmy v zákonech, vyhláškách a metodických pokynech.

- *Specifický cíl I.2*

Rozšířit jednotný výklad pojmů do cílových skupin.

- *Specifický cíl I.3*

Revize současných druhů sociálních služeb.

Strategický cíl J

Podporovat tripartitní vyjednávání v oblasti rozvoje sociálních služeb.

- *Specifický cíl J.1*

Naplňovat cíle sektorové dohody pro sociální služby.

- *Specifický cíl J.2*

Pokračovat v jednání s partnery při realizaci Národní strategie rozvoje sociálních služeb.

Příloha 3

Cíle Akčního plánu 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

Strategický cíl A

Na základě analytického vyhodnocení stávajících právních norem připravit legislativní řešení pro podporu rozvoje infrastruktury sociálních služeb na komunitní bázi.

- *Specifický cíl A1*

Připravit potřebné legislativní řešení pro podporu rozvoje sociálních služeb na komunitní bázi: služba komunitního charakteru a služba nekomunitního charakteru, včetně úpravy materiálně-technického standardu pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou v novele zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Strategický cíl B

Vytvořit podmínky pro svobodnou volbu klienta o směřování další pomoci, podpory a péče s důrazem na respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, samostatnosti a práva začlenění do společnosti.

- *Specifický cíl B1*

Vytvořit systém jednotného postupu a včasné informovanosti o systému služeb a podpory v komunitě již při zjištění nepříznivé sociální a zdravotní situace či před propuštěním osoby s duševním onemocněním, se zdravotním postižením a seniora ze zdravotnických služeb.

- *Specifický cíl B2*

Zajistit koordinovanou činnost (case management) směřující k podpoře klienta, a to za účasti všech dostupných zdrojů (rodina, odborníci, sociální a zdravotní služby apod.) včetně podpory vzdělávání všech aktérů v souladu s metodikou vycházející ze specifického cíle B1.

Strategický cíl C

Podpořit změny komunitního modelu poskytování sociálních služeb směrem k modelu komunitnímu.

- *Specifický cíl C1*

Vytvoření meziresortní a mezioborové komise pro hodnocení a monitorování procesu deinstitucionalizace a pro jeho vyhodnocování.

- *Specifický cíl C2*

Poskytovat metodickou podporu zadavatelům, zřizovatelům a poskytovatelům sociálních služeb v oblasti DI jako systému, včetně procesů transformace jednotlivých služeb komunitního charakteru.

- *Specifický cíl C3*

Vytvořit systém pro průběžné monitorování a evaluování procesu deinstitucionalizace.

Příloha 4

Cíle a opatření Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2010–2014

Cílem opatření pro příští období je pokračovat v započatém procesu reformy sociálních služeb. Je třeba systematicky napomáhat zahájené transformaci pobytových zařízení sociálních služeb. Neméně důležité je do budoucna legislativně i věcně zajistit ekonomickou vyváženost a stabilitu celého systému sociálních služeb.

- *Opatření 6.1*

Připravit a uskutečnit vhodnou propagační kampaň na podporu vzniku a rozvoje sociálních podniků s využitím odborné podpory Tematické sítě pro rozvoj sociální ekonomiky.

- *Opatření 6.2*

Využít evaluací globálních grantů MPSV zaměřených na podporu sociálního podnikání pro zpracování návrhu podpory a infrastruktury pro rozvoj sociálního podnikání jako příležitosti a cesty k plnohodnotnému pracovnímu uplatnění osob se zdravotním postižením.

- *Opatření 6.3*

Navrhnout optimální podobu a strukturu sítě poradenství a podpory pro vznik a rozvoj sociálních podniků.

- *Opatření 6.4*

Vyhodnotit výsledky individuálního projektu zaměřeného na proces transformace pobytových zařízení sociálních služeb a tyto výsledky implementovat do praxe poskytování sociálních služeb v České republice.

- *Opatření 6.5*

Na základě výsledků komplexní analýzy v oblasti sociálních služeb přijmout legislativní a jiná opatření směřující ke stabilitě a udržitelnému rozvoji sociálních služeb.

- *Opatření 6.6*

V rámci dotačního řízení podporovat takové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, které jim umožní setrvat v domácím prostředí, coby prevence proti jejich umístění v rezidenčních zařízeních.

Příloha 5

Cíle a opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2015–2020

Cíl

Vytvářet podmínky pro to, aby osoby se zdravotním postižením mohly žít co nejvíce samostatně ve svém přirozeném domácím prostředí.

- *Opatření 6.1*

Zanalyzovat a revidovat rámec pro poskytování a využití asistivních technologií a pomůcek pro osoby se zdravotním postižením a souvisejících služeb pro zlepšení poskytování veřejných služeb.

- *Opatření 6.2*

Nalézt systémové řešení posuzování potřeb lidí s potřebou dlouhodobé péče a legislativně ho ukotvit.

- *Opatření 6.3*

Do rámce investiční podpory sociálního bydlení zahrnout také podporu upravitelných bytů umožňujících bezbariérové užívání.

- *Opatření 6.4*

Pokračovat v podpoře transformace ústavních zařízení pro osoby se zdravotním postižením, včetně zařízení, kde dosud transformace těchto ústavů nezačala.

- *Opatření 6.5*

Připravovat vězněné osoby s mentálním postižením a duševním onemocněním na jejich přechod do společnosti po ukončení výkonu trestu.

Cíl

Zajišťovat přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, dalším podpůrným komunitním službám a rezidenčním službám.

- *Opatření 6.6*

Vytvořit materiálně technický standard sociálních služeb, který nastaví bazální prostředí (minimální hranici) pro poskytování sociálních služeb a bude podmínkou registrace těchto služeb.

- *Opatření 6.7*

V rámci strategických dokumentů podporovat takové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, které jim umožní setrvat v domácím prostředí, coby prevence proti jejich umístění v rezidenčních zařízeních (terénní služby pro jednotlivé cílové skupiny, zejména služby osobní asistence, pečovatelské, tlumočnické, průvodcovské a předčitatelské služby). Podporu zaměřit na dostatečné pokrytí celého území ČR včetně venkovských oblastí.

- *Opatření 6.8*

Vypracovat a realizovat individuální projekt MPSV zaměřený na podporu transformace sociálních služeb a komunitních služeb. Jeho kontrola bude řízena dle nastavení ESF.

Cíl

Zajišťovat financování sociálních služeb, které reflektují potřeby osob se zdravotním postižením.

- *Opatření 6.9*

Provést analytickou studii o změně financování sociálních služeb s cílem analyzovat zrušení dotačního řízení pro poskytovatele sociálních služeb. Analyzovat možnost financovat sociální služby prostřednictvím klientů nebo na základě veřejného pojištění.

- *Opatření 6.10*

Na základě analytické studie o změně financování sociálních služeb připravit návrh odpovídající právní úpravy financování sociálních služeb.

- *Opatření 6.11*

Zavést do financování sociálních služeb pravidla Evropské Komise pro poskytování veřejné podpory slučitelné s vnitřním trhem, a to formou výpočtu výše dotace pomocí institutu vyrovnávací platby dle Rozhodnutí SGEI, především u služeb sociálního poradenství a prevence.

Cíl

Podporovat vzdělávání a rozvoj pracovníků působících v systému sociálních služeb při poskytování podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením.

- *Opatření 6.12*

Připravit systémový návrh pro plánování a rozvoj v oblasti kvalifikačních kurzů a akreditovaných kurzů celoživotního vzdělávání včetně stanovení priorit v oblasti vzdělávání.

- *Opatření 6.13*

Připravit návrh novely právní úpravy vzdělávání podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, prostřednictvím nastavení vzdělávání podle potřeb pracovníků vyplývajících z technik a konceptů péče a podpory, které jsou realizovány danými organizacemi.

- *Opatření 6.14*

Podporovat vzdělávání pracovníků v sociálních službách a na obcích formou projektů financovaných z fondů EU.

- *Opatření 6.15*

Podporovat zázemí pro výkon sociální práce na obcích, zejména se zvláštním zřetelem na potřeby osob se zdravotním postižením.

Příloha 6

Cíle a opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2021–2025

Hlavní cíle

- Vytvářet podmínky pro to, aby osoby se zdravotním postižením mohly žít co nejvíce samostatně ve svém přirozeném sociálním prostředí.
- Podporovat rozvoj sítě terénních a ambulantních služeb umožňující osobám se zdravotním postižením žít běžným životem v místní komunitě.
- Podporovat rozvoj a dostupnost pomůcek a zdravotnických prostředků.

5.1 Cíl: Podpora samostatného života osob se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí, zejména setrvání v prostředí domácím.

Každá osoba se zdravotním postižením má právo na život v přirozeném domácím prostředí, ne vždy má však dostatek informací o skladbě a dostupnosti sociálních služeb ani o dalších možných formách podpory a příležitostech k tomu, aby mohla toto právo realizovat. Sociální pracovník na obci by měl být proto podrobně obeznámen se situací ve svém regionu v oblasti sociálních služeb, dostupnosti bydlení, zaměstnávání atd. Je také nezbytné podporovat výstavbu upravitelných bezbariérových bytů a provádět osvětu veřejnosti o alternativních formách podpory v komunitě.

• Opatření 5.1.1

Provádět osvětu týkající se poskytování péče typu home sharing (sdílená péče v rámci rodin) za pomoci prezentace příkladů dobré praxe.

• Opatření 5.1.12

V rámci sociální práce na obcích s rozšířenou působností koordinovat podporu osob se zdravotním postižením.

• Opatření 5.1.13

Podporovat zázemí pro výkon sociální práce na obcích se zřetelem na potřeby osob se zdravotním postižením.

• Opatření 5.1.4

Do rámce investiční podpory bydlení zahrnout upravitelné byty umožňující bezbariérové užívání.

• Opatření 5.1.5

Ve venkovských oblastech vytvářet podmínky pro vznik a rozvoj sociálních farem, které jsou partnerem komunitní práce a jedním z míst podpůrné služby na venkově, kde osoby se zdravotním postižením žijí ve svém známém a přirozeném prostředí, a které se stává i bezpečným bodem pro jejich sociální fungování.

5.2 Cíl: Dostupné sociální služby v rámci celého území České republiky.

Dostupné a kvalitní sociální služby napomáhají osobám se zdravotním postižením zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života. Je proto nezbytné přijmout opatření, která by podpořila funkčnost a kvalitu celého systému sociálních služeb a stabilitu jeho financování.

• Opatření 5.2.1

Legislativně upravit vymezení sociálních služeb tak, aby měly jasně definovanou náplň a aby se nepřekrývaly.

• Opatření 5.2.2

Vytvořit a právně ukotvit personální a materiálně technický standard sociálních služeb, který nastaví minimální hranici pro poskytování sociálních služeb a bude podmínkou jejich registrace.

- *Opatření 5.2.3*

Zavést institut supervize v sociálních službách.

- *Opatření 5.2.4*

Legislativně zakotvit nástroj, který by státu umožnil reálně ovlivňovat dostupnost sociálních služeb.

- *Opatření 5.2.6*

Vypracovat návrh financování sociálních služeb formou tzv. pojištění na péči.

5.3 Cíl: Podpora deinstitucionalizace pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením.

Podpora procesů deinstitucionalizace a transformace je pro osoby se zdravotním postižením nezbytným předpokladem naplňování práva na samostatný a nezávislý život. Jejich cílem je umožnění zvolit si svobodně místo svého bydliště, podílet se na životě společnosti a zastávat běžné společenské role.

- *Opatření 5.3.1*

Pokračovat v deinstitucionalizaci pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením, včetně zařízení, kde dosud deinstitucionalizace nezačala.

5.4 Cíl: Dostupné informace pro osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny o možnostech péče a podpory.

Pro kvalitní poskytování péče je nezbytné zajistit dostatečnou informovanost pečujících osob včetně rozvoje znalostí v oblasti etiky při poskytování této péče. Výkon péče je velice náročnou činností, a to nejen s ohledem na vysoké nároky na zajištění kvalitní péče, ale i vzhledem k odpovědnosti, která se zajišťováním péče souvisí.

- *Opatření 5.4.1*

Zpracovat informační materiály pro pečující osoby týkající se jejich postavení, jejich práv a povinností a zajistit distribuci těchto materiálů.

5.5 Cíl: Dostupné kvalitní pomůcky a zdravotnické prostředky.

Kompenzační pomůcky a zdravotnické prostředky přispívají k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti, k výkonu zaměstnání, přístupu ke vzdělávání, ale i k zajištění sebeobsluhy. Proto by měla být podporována jejich dostupnost jak faktická, tak finanční, a měla by být zajištěna i informovanost zaměstnanců Úřadu práce ČR v rámci poskytování příspěvku na zvláštní pomůcku. S ohledem na technologický vývoj je nezbytné podporovat také výrobce pomůcek a rozvoj nových technologií a oblast výzkumu a vývoje, a to prostřednictvím národního programu či fondů EU.

- *Opatření 5.5.1*

Podporovat finanční dostupnost zvláštních pomůcek pro osoby se zdravotním postižením.

- *Opatření 5.5.2*

Pravidelně informovat zaměstnance Úřadu práce ČR o zvláštních pomůčkách, na které lze poskytnout příspěvek na zvláštní pomůcku.

- *Opatření 5.5.3*

Podporovat finanční dostupnost zdravotnických prostředků pro osoby se zdravotním postižením.

- *Opatření 5.5.4*

Podporovat vývoj a výrobu kompenzačních pomůcek a zdravotnických prostředků pro osoby se zdravotním postižením zejména prostřednictvím finančních prostředků z fondů EU.

5.6 Cíl: Podpora tlumočnických služeb pro osoby se sluchovým postižením.

Pro zajištění dostupnosti informací i osobám se sluchovým postižením prostřednictvím tlumočení do českého znakového jazyka je nutné podporovat vzdělávání tlumočnicků českého znakového jazyka, a to jak finančně, tak systémově. Nezbytné je také zajistit dostupnost vzdělávání v tomto jazyce na všech stupních vzdělávací soustavy, včetně vzdělávání celoživotního. Bez zajištění vhodného prostředku komunikace může

být ohrožena kvalita či dostupnost vzdělávání pro osoby se sluchovým postižením. Pro zajištění kvalitní výuky v českém znakovém jazyce je vhodné zakotvit referenční rámec, který by sloužil jako nástroj pro nastavování standardů pro použití českého znakového jazyka ve vzdělávání.

- *Opatření 5.6.1*

Posílit finanční zajištění poskytování tlumočnických služeb do českého znakového jazyka a služeb simultánního přepisu mluvené řeči v rámci sociálních služeb.

- *Opatření 5.6.2*

Zajistit organizaci a financování vzdělávacího programu tlumočnicků českého znakového jazyka a stanovit systém uznávání kvalifikace programu tlumočnicků českého znakového jazyka. Zakotvit národní referenční rámec pro český znakový jazyk.

- *Opatření 5.6.3*

Podporovat vzdělávání v českém znakovém jazyce na všech stupních vzdělávací soustavy i v rámci celoživotního vzdělávání; podporovat výzkum a popis struktury českého znakového jazyka.

Příloha 7

Formulář Soc (MPSV) V 1–01



Ministerstvo práce a sociálních věcí
Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2

Sociální služby vyplněný výkaz doručí do **15. 2. 2024**

v elektronické podobě na MPSV - odboru programového financování a statistiky.

Kontaktní osoby: Ing. Aleš Soukup, e-mail: ales.soukup@mpsv.cz,
tel.: 950 192 371 a Bc. Petr Danko, e-mail: petr.danko@mpsv.cz,
tel.: 950 193 345

Ochrana důvěrnosti údajů je zaručena zákonem č. 89/1995 Sb.,
o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů.

Údaje se zjišťují pro potřebu MPSV.

Za ochranu důvěrnosti údajů zodpovídá MPSV.

Soc (MPSV) V 1-01

Schváleno ČSÚ pro MPSV
ČV 128/23 ze dne 28. 7. 2022
v rámci Programu statistických
zjišťování na rok 2023

Číslo zařízení ⁴⁾	Rok	IČO
	2023	

Registrační číslo (identifikátor) ¹⁾	Typ ²⁾ služby	Druh ³⁾ služby

Kód okresu ⁴⁾	Kód ORP ⁴⁾

ROČNÍ VÝKAZ o sociálních službách za rok 2023

Název sociální služby	
adresa	- ulice <input type="text"/> - obec <input type="text"/>
	PSČ <input type="text"/>
telefon	<input type="text"/>
	fax <input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>

Zřizovatel sociální služby (podle zřizovací listiny):

Výkaz vyplnil:	Jméno a příjmení	<input type="text"/>
	Telefon	<input type="text"/>
	E-mail	<input type="text"/>
	Datum	<input type="text"/>

1) Uvede se registrační číslo sociální služby.

2) Uvede se odpovídající kód dle charakteru zřizovatele sociální služby: "1" - státní (zřizuje MPSV), "2" - krajské (zřizuje kraj),
"3" - obecní (zřizuje obec, město), "4" - církevní, "5" - zapsané spolky (dříve občanské sdružení), "6" - fyzické osoby,
"7" - ostatní nestátní neziskové organizace (ČČK, Armáda spásy, ústav) "8" - ostatní (o.p.s., s.r.o., a.s., v.o.s. apod.).

3) Uvede se druhové označení sociální služby (A, B, C až Z6, viz. metodické vysvětlivky).

4) Údaje vyplňuje MPSV ČR

I. Kapacita pobytové sociální služby k 31. 12. sledovaného roku

		Číslo řádku	Počet lůžek
a		b	l
Kapacita sociální služby		21	
z toho počet lůžek v ústavním zařízení sociální služby		22	
Počet	1 lůžkových pokojů	24	
	2 lůžkových pokojů	25	
	3 a více lůžkových pokojů	26	

II. A Uživatelé (klienti) sledované pobytové sociální služby

		Číslo řádku	Počet uživatelů (klientů)	
a		b	2	
Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. předchozího roku		27		
Ve sledovaném roce uživatelé (klienti)	přijati	28		
	z toho počet uživatelů (klientů) podle §91a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách		28a	
	odešli	29		
	v tom	do přirozeného sociálního prostředí	29a	
		do pobytové komunitní sociální služby	29b	
		do ústavního zařízení pobytové služby sociální péče nebo jiné pobytové služby sociální prevence	29c	
		jinam	29d	
	zemřeli	30		
	z toho zemřeli bez schopnosti vypovědět smlouvu podle § 91b zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách		30a	
	po rozhodnutí soudu o (ne)připustnosti držení člověka v sociální službě		30b	
před rozhodnutím soudu o (ne)připustnosti držení člověka v sociální službě		30b		
Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. sledovaného roku (ř. 27+ř. 28-f. 29-f. 30)		31		
v tom	ve věku do 6 let	31a		
	ve věku 7 - 12 let	31b		
	ve věku 13 - 18 let	31c		
	ve věku 19 - 26 let	31d		
	ve věku 27 - 65 let	31e		
	ve věku 66 - 75 let	31f		
	ve věku 76 - 85 let	31g		
	ve věku 86 - 95 let	31h		
ve věku nad 96 let	31i			
z toho (z ř. 31)	trvale upoutaní na lůžko	32		
	mobilitní za pomoci druhé osoby nebo techn. pomůček	33		
z toho (z ř. 31) zařazení do	I. stupně závislosti	34b		
	II. stupně závislosti	34c		
	III. stupně závislosti	34d		
	IV. stupně závislosti	34e		
z toho (z ř. 31)	bez schopnosti vypovědět smlouvu podle § 91b zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	34f		
Průměrný věk uživatelů (klientů)		35		

II. B Personální zabezpečení služby (vyplní pobytové, ambulantní i terénní sociální služby)

Pracovní pozice	Číslo řádku	Součet úvazků k 31. 12. sledovaného roku	Počet osob k 31. 12. sledovaného roku
a	b	3	4
Sociální pracovník	36		
Pracovník v sociálních službách	37		
Lékař	38		
Všeobecná sestra	39		
Ošetřovatel a sanitář	39a		
Další zdravotnický personál	39b		
Vychovatel	39c		
Speciální pedagog	39d		
Další pedagogičtí pracovníci	39e		
Manželský a rodinný poradce	39f		
Další odborní pracovníci (včetně supervizora)	39g		
Vedoucí pracovník	39h		
Administrativní pracovník, sekretářka	39i		
Účetní a ekonom	39j		
Ostatní pracovník (obslužný personál)	39k		
Jiné než výše uvedené	39l		

Poznámky:

--

ok	Sloupec 2: Řádek 31 (celkem) se musí rovnat součtu řádků 31a, 31b, 31c, 31d, 31e, 31f, 31g, 31h a 31i
ok	Sloupec 2: Součet řádků (27+ 28) minus součet řádků (29 + 30) musí být roven řádku 29.
ok	Sloupec 2: Součet řádků (29a + 29b + 29c + 29d) musí být roven řádku 29.
ok	Sloupec 2: Řádek 32 nesmí být větší než řádek 31.
ok	Sloupec 2: Řádek 33 nesmí být větší než řádek 31.
ok	Sloupec 2: Součet řádků (34b+34c+34d+ 34e) musí být roven nebo menší než řádek 34.
ok	Sloupec 2: Řádek 28a nesmí být větší než řádek 28.
ok	Sloupec 2: Řádek 27 nesmí být větší než sloupec 1 řádek 21.
ok	Sloupec 2: Řádek 31 nesmí být větší než sloupec 1 řádek 21.

ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 36.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 37.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 38.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39.
ok	Sloupec 4 nesmí být větší než sloupec 3 řádku 39a.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39b.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 1 řádku 39c.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39d.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39e.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39f.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39g.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39h.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39i.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39j.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39k.
ok	Sloupec 3 nesmí být větší než sloupec 4 řádku 39l.

III. Ekonomické ukazatele (vyplní pobytové, ambulantní i terénní sociální služby)						Soc (MPSV) V 1-01 str. 3/4
		Číslo řádku	Stav k 31. 12. v Kč			
a		b	5			
Příjmy celkem		40				ok Sloupec 5: Řádek 40 se musí rovnat součtu řádků 41, 41a, 41b, 41c, 41d, 41e a 41f
v tom	příjmy od uživatelů (klientů) z úhrad za poskytnuté ubytování a stravování	41				ok Sloupec 5: Řádek 42 se musí rovnat součtu řádků 43 a 44
	dotace od státu	41a				
	dotace od zřizovatele	41b				
	příjmy z vlastní činnosti	41c				
	příjmy od zdravotních pojišťoven	41d				
	příjmy z úhrad za poskytovanou péči	41e				
	ostatní příjmy	41f				
Výdaje celkem		42				
v tom	neinvestiční výdaje	43				
	investiční výdaje	44				
Přijaté dary (od právnických a fyzických osob)		45				

IV. Uživatelé (klienti) poskytované sociální služby (vyplní pobytové, ambulantní i terénní sociální služby)							
	Číslo řádku	Uživatelé (klienti)				Evidenční počet neuspokojených žádostí o sociální službu	
		děti a mládež do 18 let	dospělí		počet rodin		
			muži	ženy			
a	b	6	7	8	9	10	
Celkový počet	47				x		ok Řádek 47 sl. 6 musí být větší nebo se rovnat ř. 47a sl. 6
z toho počet uživatelů (klientů) podle §91a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	47a				x	x	ok Řádek 47 sl. 7 musí být větší nebo se rovnat ř. 47a sl. 7
Celkový počet rodin u SAS pro rodiny s dětmi	47b	x	x	x		x	ok Řádek 47 sl. 8 musí být větší nebo se rovnat ř. 47a sl. 8
							ok Řádek 47 - součet sl. 6, 7 a 8 se musí rovnat sl. 2 na ř. 31
							ok Řádek 47 sl. 6 se musí rovnat součtu ř. 31a, 31b a 31c sl. 2 na ř. 31

V. Krizová lůžka							
	Číslo řádku	Počet lůžek	Počet uživatelů				
			děti a mládež do 18 let	muži	ženy		
a	b	11	12	13	14		
Kapacita	48		x	x	x		Pokud jste zařízení poskytl nepobytovou službu, upozornění na chybu si nevšímejte (řádek 31 nevyplňujete)!!!
Počet umístěných osob	49	x					

VI. Činnost intervenčního centra		
	Číslo řádku	Celkový počet za sledovaný rok
a	b	15
Počet klientů	50	
z toho počet klientů, kterým byla poskytnuta pomoc	jednorázově	50a
	opakovaně	50b
Počet případů, ve kterých intervenční centrum poskytlo pomoc v návaznosti na vykázní ze společného bydliště	51	
Počet případů klientů s nezletilým dítětem	52	

Poznámky:

Metodické vysvětlivky k výkazu Soc (MPSV) V 1-01

Druh služby (uveďte se na str. 1 tohoto výkazu):

A - centra denních služeb, B - denní stacionáře, C - týdenní stacionáře, D - domovy pro osoby se zdravotním postižením, E - domovy pro seniory, F - domovy se zvláštním režimem, G - chráněné bydlení, H - azylové domy, I - domy na půl cesty, J - zařízení pro krizovou pomoc, K - nízkoprahová denní centra, L - nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, M - noclehárny, N - terapeutické komunity, O - sociální poradny, P - sociálně terapeutické dílny, Q - sociální rehabilitace, R - pracoviště rané péče, S - intervenční centra, T - zařízení následné péče, U - odlehčovací služby, V - osobní asistence, W - pečovatelská služba, X - podpora samostatného bydlení, Y - průvodcovské a předčitatelské služby, Z - sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, Z1 - sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, Z2 - tísňová péče, Z3 - tlumočnické služby, Z4 - kontaktní centra, Z5 - terénní programy a Z6 - telefonická krizová pomoc.

Poskytovatelé sociálních služeb nepobytových (ambulantní a terénní) vyplní pouze úvodní stranu a oddíly II. B, III. a IV.

Poskytovatelé sociálních služeb poskytující služby v pobytové formě vyplní výkaz v celém rozsahu.

I. Kapacita sociální služby k 31. 12. sledovaného roku

Ř. 21 - uvádí se lůžková kapacita stanovená zřizovatelem; dojde-li během sledovaného roku z jakéhokoli důvodu ke změně kapacity (trvale i na přechodnou dobu), přiložte komentář do poznámkového oddílu.

Ř. 22 - Za ústavní je označena taková sociální služba (nebo její část) v návaznosti na její kapacitu (vyplňovaný počet lůžek), jestliže splňuje alespoň jednu z následujících podmínek: 1. v jedné budově/objektu (případně areálu nebo v místě blízkém) je kapacita lůžek (uživatelů) rovna nebo je vyšší než 19 lůžek; 2. kapacita je nižší než podle podmínky první, ale služba je poskytována v budově/objektu (případně areálu nebo v místě blízkém) s další pobytovou nebo ambulantní sociální službou a společná kapacita v budově/areálu (nebo v místě blízkém) přesahuje 19 lůžek. Za místo blízké je považována bezprostřední blízkost, např. za branou areálu, v sousedním domě.

II. A Uživatelé (klienti) sledované sociální služby

Ř. 27 a ř. 31 - údaje o počtech uživatelů jsou vykazovány podle OE "Denní záznamy".

Ř. 27 - rovná se počtu vykazovaných uživatelů uvedeného ve výkaze předchozího roku na ř. 31.

Ř. 28 - přijatým uživatelem je osoba, která po vydání rozhodnutí o přijetí skutečně nastoupí do zařízení.

Ř. 29 - rovná se součtu ř. 29a až 29d.

Ř. 29a - za přírozené sociální prostředí je podle § 3 písm. d) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, považována rodina a sociální vazby k osobám blízkým, dále domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. U pobytových služeb sociálních (např. domov pro osoby se zdravotním postižením) se jedná o osoby, které odešly ze zařízení zpět do rodiny, nebo si pronajaly byt a využívají jinou terénní nebo ambulantní sociální službu (např. podpora samostatného bydlení). U služeb sociální prevence (např. azylové domy) se jedná o osoby, které odešly z dané sociální služby do běžného bydlení.

Ř. 29b - za pobytové komunitní sociální služby se považují všechny sociální služby (nebo jejich část), které nejsou ústavním zařízením/kapacitami (definice ústavního zařízení je uvedena výše). Jedná se např. o odchod uživatele ústavní sociální služby do chráněného bydlení.

Ř. 29c - vymezení ústavního zařízení pobytové služby sociální péče je vymezeno v ř. 22. Za jinou pobytovou službu sociální prevence se považuje: krizová pomoc, sociální rehabilitace, azylové domy, domy na půl cesty, služby následné péče a terapeutické komunity.

Ř. 29d - jedná se o odchody výše neuvedené nebo neznámé.

Ř. 31 - rovná se součtu ř. 31a až 31i.

Ř. 32 a ř. 33 - vykazují se podle zdravotnické dokumentace.

Ř. 35 - uvádět na 1 desetinné místo.

II. B Personální zabezpečení služby

Poskytovatel v rámci personálního zabezpečení uvede všechny pracovníky, kteří se podíleli na chodu dané sociální služby. Tedy jak pracovníky zajišťující přímou péči, tak administrativně-technický personál. Poskytovatel uvede pouze zaměstnance služby dle zákoníku práce, tedy osoby pracující ve službě na pracovní smlouvu, dohodu o pracovní činnosti, případně dohodu o provedení práce.

Ř. 36 až ř. 39l sl. 3 - dohody o provedení práce přepočítejte na úvazky.

Ř. 36 až ř. 39l sl. 3 - za PS a DPČ uveďte průměrné přepočtené úvazky k 31. 12. sledovaného roku. Za pracovníky na DPP přepočítejte odpracované hodiny pracovníku na DPP za CELÝ ROK na přepočtené úvazky a vydělte 12ti - toto vydělené číslo připočítejte k počtu přepočtených úvazků za PS a DPČ.

III. Ekonomické ukazatele

Ř. 40 - celkové příjmy sociální služby, za kterou je výkaz vyplňován.

Ř. 40 - rovná se součtu ř. 41 až ř. 41f.

Ř. 41 - příjmy od uživatelů (klientů) z úhrad za poskytnuté ubytování a stravování (dospělých i mládeže).

Ř. 41a - uveďte se výše dotací poskytnutých přímo z rozpočtu MPSV a dotací poskytnutých příslušným krajským úřadem na základě rozhodnutí MPSV.

Ř. 42 - celkové výdaje na sociální službu, za kterou je výkaz vyplňován.

Ř. 42 - rovná se součtu ř. 43 a ř. 44.

Ř. 45 - přijaté sponzorské dary od právnických i fyzických osob (evidované jako ostatní nedaňové příjmy jinak nespecifikované - pol. 2329).

IV. Uživatelé (klienti) poskytované sociální služby

Ř. 47 - součet sl. 6, 7 a 8 se musí rovnat součtu sl. 2 na ř. 31. Za nepobytové sociální služby uveďte počet uživatelů (klientů) za sledovaný rok.

Ř. 47 sl. 10 - uveďte se evidenční počet neuspokojených žádostí o sociální službu k 31. 12. sledovaného roku.

V. Krizová lůžka

Ř. 48 - uveďte se počet krizových lůžek k 31. 12. sledovaného roku (krizové lůžko je poskytováno osobám, které se ocitnou v situaci bezprostředního ohrožení s maximální délkou pobytu 7 dní).

Ř. 49 - uveďte se počet osob, kterým byla ve sledovaném roce poskytnuta jednorázová či opakovaná možnost využít krizové lůžko.

VI. Činnost intervenčního centra

Ř. 51 - uveďte se počet případů, ve kterých intervenční centrum poskytlo pomoc ohrožené osobě v návaznosti na provedení vykazání ze společného obydlí podle § 44 a násl. zákona č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky.

**a.ba
ku.S**



www.abakus.cz
f: abakusnadacnifond