

Zpráva o plnění systémových opatření v oblasti
„Koncepte podpory transformace pobytových sociálních
služeb v jiné typy sociálních služeb poskytované
v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální
začlenění uživatele do společnosti“
za období 2009 - 2010

Obsah

1. ÚVOD.....	3
2. VÝCHODISKA.....	4
3. POPIS SOUČASNÉHO STAVU	12
4. INDIVIDUÁLNÍ PROJEKT MPSV „PODPORA TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB“ A INTEGROVANÝ OPERAČNÍ PROGRAM.....	45
5. REALIZOVANÉ AKTIVITY ZAMĚŘENÉ NA PLNĚNÍ SYSTÉMOVÝCH OPATŘENÍ V ROCE 2009 A PRVNÍ POLOVINĚ ROKU 2010.....	53
6. ZÁVĚR	62
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	63

1. ÚVOD

Vláda České republiky usnesením č. 127 ze dne 21. února 2007 přijala dokument „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb poskytované v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ (dále jen „Koncepte podpory“). Tento strategický dokument stanoví cíle a opatření vedoucí k podpoře procesu transformace a deinstitucionalizace, který se v České republice již v praxi odehrává. Koncepte podpory je zaměřena na období 2007 – 2013, které je v souladu s programovacím obdobím Evropských strukturálních fondů, za pomoci kterých MPSV plánuje vybrané aktivity uskutečňovat.

Dokument je vypracován v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, tj. Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006 – 2008 a na léta 2008 - 2010, Bílou knihou v sociálních službách, zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „zákon o sociálních službách“) a Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením. Je vytvořen v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod.

Materiál vznikl na základě spolupráce s kraji a vybranými zařízeními sociálních služeb zapojenými do projektu MPSV „Podpora transformace sociálních služeb“ hrazeného z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost realizovaného od dubna 2009.

Dokument je úzce provázán s Národním akčním plánem k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009-2011 (dále jen „NAP“).

2. VÝCHODISKA

Koncepce podpory přijatá Usnesením vlády ČR č. 127 ze dne 21. února 2007 se věnuje dvěma základním **cílovým skupinám** bez jejich podrobnější specifikace. Byli jimi lidé se zdravotním postižením a senioři. Mezinárodní legislativní rámce i akademický výzkum dle vyjádření Zprávy Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči¹ vycházejí z rozdílného přístupu k pěti kategoriím uživatelů sociálních služeb, kterými jsou lidé s tělesným postižením, lidé s mentálním a kombinovaným postižením, lidé pokročilého věku a děti. S ohledem na situaci v oblasti institucionální péče v České republice je nutné zohlednit další cílovou skupinu, kterou jsou lidé s duševním onemocněním. Strategie MPSV se zaměřuje primárně na procesy nutné k realizaci transformace při zohlednění specifik jednotlivých cílových skupin.

Tisíce lidí ze všech výše uvedených cílových skupin žijí v České republice v ústavní - institucionální péči, jejímž deklarovaným cílem podle zákona o sociálních službách je zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. Institucionální péče je ovšem poskytována zejména ve velkokapacitních institucích, ve kterých je velice obtížné poskytovat službu tak, aby nedocházelo k negativním dopadům institucionalizace, sociálnímu vyloučení a porušování lidských práv.

Poskytovaná institucionální péče se pak dostává do rozporu mj. se základními zásadami zákona o sociálních službách: „...Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob²“.

Dle Zprávy Ad-hoc expertní skupiny Evropské komise o přechodu z institucionální na komunitní péči můžeme velkokapacitní zařízení, resp. ústav, definovat jako **instituční zařízení** s ubytovací kapacitou 30 a více míst. Čím je toto

¹ Zpráva Ad-hoc expertní skupiny Evropské komise o přechodu z institucionální na komunitní péči;

² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §2;

zařízení větší, tím je obtížnější zajistit poskytování služby podle reálných individuálních potřeb uživatelů a jejich zapojení do společnosti.

Velkokapacitní instituci nedefinuje pouze kapacita, ale sada dalších ukazatelů charakterizujících „institucionální kulturu“. **Institucionální kultura** je hodnocena z hlediska lidských práv, důstojnosti uživatelů, kvality jejich života a zdraví, autonomie a sociálního začlenění. Při popisu institucionální kultury je vhodné vycházet z pojmu „totální instituce“ sociologa E. Goffmana³. **Totální instituce** je podle Goffmana místo sloužící současně jako bydliště i pracoviště, v němž větší počet podobně situovaných jedinců odříznutých na delší dobu od vnější společnosti vede společně navenek uzavřený a formálně spravovaný způsob života⁴. Společným rysem totálních institucí je skutečnost, že pod jednou střechou a pod dohledem jediné autority se spojují všechny aktivity člověka za účelem naplňování proklamovaného cíle instituce. Dalším důležitým rysem je zpřetrhání rodinných, profesních a občanských svazků. „Člověku je zabráněno, aby své tělo, jednání, a dokonce i myšlení mohl držet stranou kontaktu s cizími osobami a věcmi. Nikdy není zcela sám, vždy je buď přímo vystaven pohledům druhých anebo nemůže tuto možnost alespoň vyloučit.“⁵ Lze proto hovořit o depersonalizaci existence člověka umístěného v totální instituci.⁶ Individuální volbu způsobu života lidí žijících v ústavech tedy významně ovlivňuje fakt, že jsou tzv. institucionalizováni. To se projevuje zejména strachem z běžného způsobu života a ztrátou kompetencí k fungování v běžné komunitě.

Pro potřeby procesu podpory transformace sociálních služeb byla převzata definice Evropské koalice pro komunitní život (European Coalition for Community Living), která popisuje pojem „ústav“ jako: „...jakékoli místo, ve kterém jsou lidé, kteří byli označeni jako postižení, izolováni, segregováni a/nebo nuceni žít pohromadě. Je to rovněž jakékoli místo, ve kterém lidé nemají moc nad svými životy, nebo jim je výkon této moci znemožněn, a nemohou konat vlastní každodenní rozhodnutí. Ústav není definován výlučně svou velikostí“.

Česká republika ratifikovala **Úmluvu o OSN o právech osob se zdravotním postižením** (dále jen „Úmluvu“), která na základě svého článku 45 odst. 2 dne 28. října 2009 vstoupila v platnost pro Českou republiku. Jedním z hlavních cílů této

³ GOFFMAN, E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin, 1968.

⁴ KELLER, J. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: Slon, 1996, 128-9 s.

⁵ KELLER, J. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: Slon, 1996, 128-9 s.

⁶ KELLER, J. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: Slon, 1996, 131 s.

Úmluvy je plné a efektivní zapojení lidí s postižením do společnosti. Garance výběru, kde a s kým budou lidé s postižením žít a zrušení institucí, které separují a segregují lidi s postižením od běžné komunity, eliminuje bariéry osob se zdravotním postižením. Pro implementaci Úmluvy zaměřené na podporu naplňování lidských práv, poskytování veřejných služeb na základě individuálních potřeb jednotlivce a pro naplnění možnosti volby způsobu života člověka ohroženého sociálním vyloučením Česká republika přistupuje k podpoře procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.

Článek 19 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením

Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti

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

- a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;
- b) osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším 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.

Proces **transformace sociálních služeb** můžeme definovat jako komplexní soubor vzájemně provázaných kroků a strategií vedoucí k zajištění takového způsobu života osob ohrožených sociálním vyloučením z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu, že při zapojení se do ekonomického, sociálního i kulturního života a zachování jeho kvality mohou žít v přirozené komunitě takovým

způsobem života, který je mezi jejich vrstevníky bez specifických potřeb považován za běžný.

Proces transformace sociálních služeb není možné nastavit bez zahájení deinstitucionalizace sociálních služeb. Podle definice mezinárodní organizace ENIL (European Network on Independent Living) je deinstitucionalizace politickým procesem umožňujícím přechod od ústavní péče k nezávislému životu. Skutečná deinstitucionalizace nastane, je-li lidem umístěným v ústavech dána možnost využít jiné způsoby organizování svých každodenních činností při poskytnutí:

- přijatelného a dostupného bydlení v komunitě;
- přístupu k veřejným službám;
- služeb osobní asistence;
- vzájemné podpory mezi lidmi v podobné situaci.

Deinstitucionalizace sociálních služeb je realizována mimo jiné procesem převodu velkokapacitní ústavní péče do domácností s maximální kapacitou 6 osob a souvisejících služeb zajišťujících denní programy s maximální kapacitou 36 osob při zajištění odpovídající kvality života uživatelů, jak je stanoveno v Doporučeném postupu MPSV č. 4/2009 Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče.

Pojem **komunitní služby** je podle definice ENIL politický přístup a soubor opatření vedoucí k tomu, že všechny veřejné služby jsou dostupné osobám s postižením v rámci běžné nabídky pro běžnou populaci. Toho je dosaženo prostřednictvím zajištění vhodného bydlení, vzdělávání, zdravotní péče, dopravy a zaměstnání namísto budování paralelních systémů (tj. institucí, speciálních škol, léčeben, zvláštních systémů dopravy, chráněných dílen atd.),

Kvalitu života podle Vávrové⁷ můžeme spojit s lokalitou, dostupností služeb, dostatečnou občanskou vybaveností a infrastrukturou, stejně jako s interpersonálními vazbami a sociálními vztahy. Naplněním kvality života pro potřeby procesu transformace a deinstitucionalizace je myšleno zachování stejného denního a životního režimu (cyklu) pro lidi ohrožené sociálním vyloučením z důvodu svého věku či zdravotního stavu, jako mají lidé bez handicapu.

V souvislosti s procesem transformace a deinstitucionalizace je třeba definovat základní vize v oblasti bydlení, zaměstnání, vzdělání a trávení volného času:

⁷ VÁVROVÁ, S. *Přínosy a úskalí transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb. Dni sociálního práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej na Univerzite Konstantina Filozova v Nitre.* Nitra: MPSV SR 2008, 170 – 176 s.

- V oblasti bydlení: lidé s postižením mají právo bydlet jako lidé většinové společnosti v domácnostech umístěných v běžné komunitě, kde je zajištěna individuálně určená potřebná míra podpory. Tyto domácnosti mohou být provozovány z hlediska sociálních služeb pod registrací domova pro osoby se zdravotním postižením či chráněného bydlení. Stejně tak mohou žít ve vlastních či jiných bytech, kde jim bude poskytována služba podpora samostatného bydlení, osobní asistence nebo pečovatelská služba.

- Zaměstnání: část dne mohou lidé s postižením trávit ve službách denních programů, které jsou analogií zaměstnání (např. denní stacionáře nebo denní programy pro službu domova pro osoby se zdravotním postižením), ve škole, či v zaměstnání. Domácnosti i zázemí pro denní programy by měly být umístěny v běžné zástavbě a vyhlížet stejně jako běžná domácnost široké veřejnosti.

- Trávení volného času: lidé využívají běžných veřejných zdrojů i v oblasti svých koníčků a volnočasových aktivit.

Pro potřeby transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb můžeme definovat **základní principy přechodu z institucionální na komunitní péči**. Ty jsou společné všem cílovým skupinám a lze je shrnout jako **princip humanizace, princip individualizace a princip služby v přirozeném prostředí člověka**. Na základě Zprávy Ad-hoc expertní skupiny Evropské komise o přechodu z institucionální na komunitní péči a při zohlednění zákona o sociálních službách,, Koncepce podpory a Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením můžeme tyto principy definovat podrobněji:

1. Existuje taková síť veřejných služeb, které jsou pro každého občana dostupné v té komunitě a regionu, ve kterém se nyní nachází, nebo ve kterém chce žít (má v něm např. osobní vazby);
2. Sociální služby reflektují individuální potřeby jednotlivce a jsou poskytovány v takovém rozsahu, jaký člověk reálně potřebuje;
3. Sociální služby reflektují denní i životní cyklus člověka;
4. Způsob života člověka s postižením při podpoře poskytované sociální službou je srovnatelný s běžným způsobem života jeho vrstevníků;
5. Sociální služby jsou poskytovány tak, že jsou dodržována lidská práva jednotlivce, a zároveň podporují jejich naplnění;

6. Uživatelé sociálních služeb jsou rovnoprávnými partnery v procesu transformace a jsou aktivně zapojováni do rozhodovacího procesu;
7. Při stanovení národních, regionálních a lokálních strategií a politik se zohledňuje nutnost prevence institucionalizace. Je podporována prevence převzetí péče ze strany institucí, neformální péče a služby sociální péče poskytované v prostředí běžné komunity;
8. Proces deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb je zohledněn i při investování do stávajících institucí. Realizované investice vedou ke snižování kapacit a k postupné deinstitucionalizaci ústavních zařízení;
9. Je podporováno prohlubování i zvyšování kvalifikace stávajících pracovníků služeb sociální péče i dalších pečujících osob;
10. Zdroje (investiční i provozní) jsou postupně převáděny z existujících velkokapacitních institucí na nové – komunitní služby;
11. Je důsledně podporována kontrola kvality poskytování sociálních služeb i samotného transformačního procesu;
12. Proces transformace a deinstitucionalizace vedoucí ke komunitní péči je zohledněn napříč všemi oblastmi politiky, jako je například zaměstnanost, vzdělání, zdraví, sociální politika apod. Mezi jednotlivými resorty je nastaven princip úzké meziresortní spolupráce;
13. Je průběžně zvyšováno povědomí o problematice transformačního procesu mezi širokou i odbornou veřejností a všemi relevantními aktéry procesu;

Na základě výše uvedených principů jsou v tomto dokumentu nově definovány cíle a opatření vedoucí k transformaci sociálních služeb.

Dlouhodobá zdravotně – sociální péče⁸

V oblasti seniorské problematiky je diskutována potřeba systému dlouhodobé péče, která zohlední zdravotní i sociální potřeby starých lidí. Koncept je založen na nutnosti provázání systému pobytových, terénních i ambulantních služeb, a to jak v oblasti sociálních služeb, tak zdravotní péče. Tuto systémovou změnu není možné

⁸ Kapitola byla zpracována na základě „Diskusního materiálu k východiskům dlouhodobé péče v České republice“, který vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) ve spolupráci s Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy (UK).

provést bez transformace velkokapacitních pobytových zařízení směřující ke vzniku komunitních center a rozvoji terénních služeb. Rozhodně se nejedná o vytváření nových kapacit stavbou velkokapacitních pobytových služeb pro seniory.

Národní program přípravy na stárnutí se v článku 6.12.⁹ vyjadřuje k postavení zdravotní a dlouhodobé péče následovně: „Většina zdravotní péče je v současnosti organizována na modelu akutní péče, který neodpovídá potřebám mnoha pacientů, zejména starších a chronicky nemocných. Prioritou a nedílnou součástí zdravotní politiky by proto měla být strategie rozvoje dlouhodobé péče. Důležitými požadavky pro systém dlouhodobé péče je kvalita, důstojnost, rovnost přístupu, možnost volby a flexibilita mezi formální a neformální péčí a mezi institucionální (ústavní) a domácí péčí, kdy institucionální péče je zajišťována pouze v zařízení s malou kapacitou. Integrální součástí dlouhodobé péče je paliativní péče, zájem o důstojnost a duchovní a sociální potřeby starších osob a pečovatelů“.

Přestože jednotlivé členské země EU potvrzují, že zajištění koordinace a kontinuity služeb považují za svou prioritu, v mnoha zemích zůstává tento úmysl pouze na úrovni deklarace. Patří sem zejména země bývalého postkomunistického bloku včetně České republiky. Nedostatečná koordinace zdravotnických a sociálních služeb je zdrojem nedostatečné funkčnosti služeb dlouhodobé péče a vede mj. k ekonomickým ztrátám.

Potřebu lépe koordinovat dlouhodobou péči zdůrazňuje také Národní plán přípravy na stárnutí, a to v článku 6.14.¹⁰ „Jednou z největších výzev v oblasti dlouhodobé péče je integrace zdravotních a sociálních služeb. Několik různých poskytovatelů a zdrojů financování ztěžuje zajištění kontinuity a komplexnosti péče. Rozdělení kompetencí a financování mezi několik systémů a poskytovatelů zvyšuje riziko fragmentace a nedostatečné koordinace služeb, nepřehlednosti systému pro klienty i poskytovatele, neflexibilních služeb a nejasné odpovědnosti za cíl a výsledky péče.“

Kontinuita a koordinace služeb jsou považovány za nezbytnou podmínku k tomu, aby služby dlouhodobé péče odpovídaly potřebám klientů, ale také přispívaly, respektive byly nezbytnou podmínkou pro efektivní využití zdrojů

⁹ MPSV.CZ: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 <http://www.mpsv.cz/cs/504>, říjen 2009

¹⁰ MPSV.CZ: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 <http://www.mpsv.cz/cs/504>, říjen 2009

vkládaných do dlouhodobé péče. Součástí tohoto procesu je koordinace služeb tak, aby vyhovovaly potřebám jednotlivých osob (case management).

Služby sociální péče jsou zajišťovány primárně prostřednictvím terénních služeb v přirozeném prostředí seniora, který bez ohledu na svůj věk a zdravotní potřeby může setrvat ve svém domově. Významnou roli v oblasti sociálních služeb hrají specializované denní stacionáře se zaměřením například na problematiku lidí s demencí a v oblasti zdravotnictví specializované ambulance. Týmy jednotlivých odborností (zejména sociální péče, geriatrické, paliativní či medicíny dlouhodobé péče) působí v rámci jednotlivých specializovaných pracovišť, ale jsou schopny také poskytovat služby dle potřeby v domácím prostředí a slouží též jako odborné konziliární zázemí pro ostatní poskytovatele dlouhodobé péče.

Služby pro osoby s duševním onemocněním

Také v oblasti služeb pro osoby s duševním onemocněním stojí Česká republika v současnosti před faktem, že v psychiatrických léčebnách je nejméně 3 000 - 4000 lůžek, která jsou de facto sociální. Několik stovek až tisícovek lidí pobývá ve zdravotnických zařízeních zejména proto, že pro ně není zajištěna jiná síť služeb.¹¹ Potřeby těchto pacientů zasahují jak do zdravotní péče, tak do sociálních služeb. Jedná se o seniory i o mladší pacienty, pro které nyní scházejí pobytové i terénní sociální služby, které by reagovaly na jejich psychická i sociální specifika. Na úrovni střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb krajů je tento problém zachycen a v některých případech i analyzován, ale dosud nejsou činěny konkrétní a systematické kroky, které by napomohly při odchodu těchto lidí z psychiatrických léčeben do běžného života a zajistily jim patřičnou podporu.

¹¹ viz Veřejný ochránce práv, Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben, září 2008.

3. POPIS SOUČASNÉHO STAVU

Systém sociálních služeb je s účinností od 1. 1. 2007 v České republice upraven zákonem o sociálních službách a vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona. V důsledku výrazné změny legislativy došlo k řadě posunů, které se přímo dotýkají transformace a deinstitucionalizace sociální péče. Jedná se zejména o zavedení těchto základních principů:

- každému člověku je garantováno bezplatné sociální poradenství;
- rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob;
- pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování;
- sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

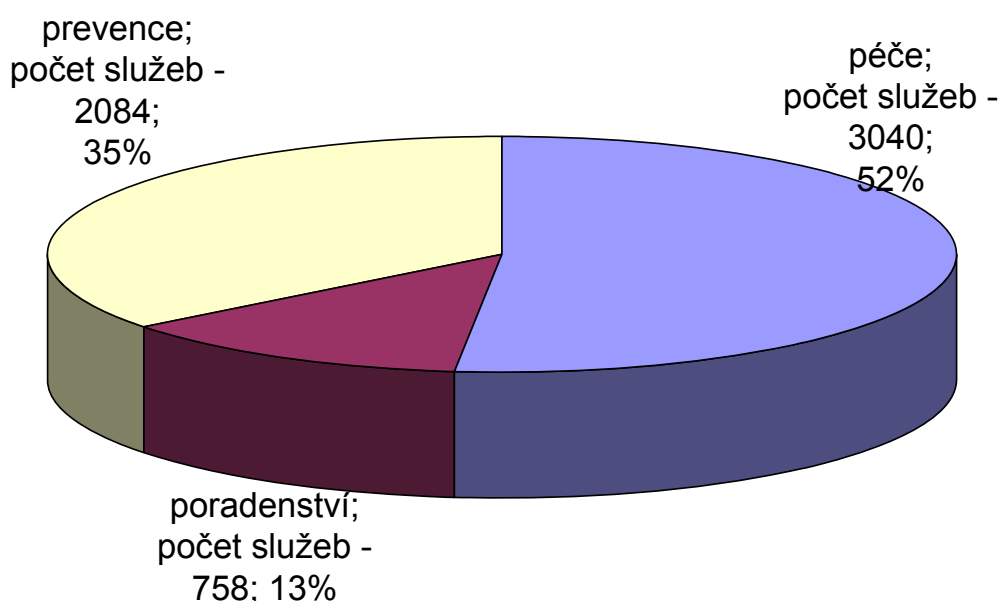
Zároveň nově nastavený systém sociálních služeb:

- přináší takové mechanismy, které by měly sociálním službám umožnit pružně reagovat na potřeby uživatelů či zájemců o služby;
- nabízí velmi pestrou nabídku jednotlivých druhů sociálních služeb, ze které si člověk může svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí;
- vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druzích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji;
- lidem, kteří jsou z důvodu věku nebo zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, je poskytována sociální dávka – příspěvek na péči;
- garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené jejich individuálním potřebám.

Sociální služby jsou členěny do tří základních oblastí:

- Sociální poradenství, které je obvykle specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech poskytovaných sociálních služeb.
- Služby sociální péče zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby. Zároveň mají umožnit lidem v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto není možné s ohledem na jejich fyzický a psychický stav, zajistit důstojné prostředí a zacházení.
- Služby sociální prevence slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy.

Graf - počet sociálních služeb dle jednotlivých skupin vedených v registru poskytovatelů služeb



Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Důležitým principem systému sociálních služeb je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob.

Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Celkové náklady systému sociálních služeb činily v roce 2009 přibližně 26 mld. Kč, tj. přibližně 0,72 % HDP. Na celkových nákladech se podílejí uživatelé služeb svými úhradami 35 %, územní samosprávy 25 %, státní rozpočet 30 % a fondy veřejného zdravotního pojištění 3 % (obvykle při souběhu zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory, domovech osoby se zdravotním postižením a domovech se zvláštním režimem).

Podíl jednotlivých zdrojů financování se liší dle skupiny sociální služby, přičemž státní dotace je zásadním zdrojem financování především u služeb sociálního poradenství, v nichž představuje téměř více než 56% podíl všech zdrojů financování. U služeb sociální péče jsou nejpodstatnějším finančním zdrojem úhrady od uživatelů služeb.

Zdroje financování sociálních služeb v rozdělení dle skupin sociálních služeb

Zdroje financování	celkový součet v Kč	celkem v %	služby sociální péče	služby sociální prevence	služby sociálního poradenství
Dotace MPSV 2010	6 657 714 000	29,27%	27,50%	43,49%	56,03%
Příspěvky od úřadů práce	78 026 989	0,34%	0,25%	1,26%	1,11%
Dotace od obcí	589 966 448	2,59%	1,90%	9,37%	8,86%
Příspěvek zřizovatele - obce	1 647 673 022	7,24%	7,77%	1,70%	3,95%
Příspěvek zřizovatele - kraje	1 019 892 383	4,48%	4,71%	1,47%	5,51%
Úhrady od uživatelů	10 192 162 329	44,81%	49,13%	4,27%	0,67%
Fondy zdravotních pojišťoven	1 023 975 222	4,50%	4,95%	0,26%	0,14%
Resorty státní správy celkem	156 635 999	0,69%	0,06%	7,35%	4,41%
Dotace od krajů	407 849 291	1,79%	0,93%	10,53%	8,31%
Strukturální fondy	112 772 843	0,50%	0,09%	4,73%	2,82%
Jiné zdroje	860 652 008	3,78%	2,71%	15,57%	8,18%
Celkem	22 747 320 534	100%	100%	100%	100%

Kromě uvedeného zdroje financování Dotace MPSV 2010, který je údajem o výši přidělených dotací MPSV na poskytování sociálních služeb k 30. 4. 2010, jsou ostatní zdroje pouze uvedeným předpokladem zdrojů financování v roce 2010, který poskytovatelé na základě svých zkušeností uvedli v žádostech o dotaci.

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Sociální služby jsou poskytovány přibližně 500 000 klientům, tj. cca 5 % populace České republiky. Síť sociálních služeb není na území ČR zcela rovnoměrná. Služby jsou lépe dostupné v městských aglomeracích. Systém zajištění sítě služeb odpovídající potřebám obyvatel je založen na plánování sociálních služeb, které vychází z hodnocení potřeb obyvatel, kapacitních možností

poskytovatelů a cílů veřejné správy. Plánování sociálních služeb je povinností krajských samospráv.

V sociálních službách pracuje téměř 56 000 pracovníků (v přepočtu na celé pracovní úvazky). Pracovníci v sociálních službách reprezentují cca 1,2 % z celkového počtu zaměstnaných v ČR. Z tohoto počtu je 39 000 pracovníků v přímé péči, což znamená, že zabezpečují službu v přímém kontaktu s klientem.

Procesy transformace a deinstitucionalizace se dotýkají především služeb sociální péče, konkrétně těchto druhů služeb:

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Chráněné bydlení
- Odlehčovací služby
- Podpora samostatného bydlení
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Sociálně terapeutické dílny
- Sociální rehabilitace.

Nepřímo výše uvedené procesy zasahují také osobní asistenci a pečovatelské služby, kde se předpokládá nárůst poptávky po nich, a dále některé služby sociální prevence, např. ranou péči, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, a rovněž služby odborného sociálního poradenství.

Využívání služeb

Způsob, jakým jsou klienti přijímáni do služeb, je rovněž upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Lidé si službu volí na základě vlastního výběru a preferencí, značnou roli hraje i místní dostupnost.

Mechanismy přijímání uživatelů do služby jsou jedním z faktorů, které mohou výrazně ovlivnit budoucí nastavení sociálních služeb. Cílem je, aby si lidé mohli

vybírat službu, kterou skutečně potřebují, nikoliv službu, která je jim nabízena bez další alternativy, jako tomu bývá v případě zajištění péče a podpory pro osoby se zdravotním postižením.

Pracovníci zařízení sociálních služeb

V zařízeních sociálních služeb vykonávají odbornou činnost:

- sociální pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách,
- zdravotničtí pracovníci,
- pedagogičtí pracovníci,
- manželští a rodinní poradci a
- další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Počet pracovníků (celé úvazky) v letech 2008 až 2010

rok	2008	2009	2010
zaměstnanci (celé úvazky)	54 652,63	59 557,47	55 986,41

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

V sociálních službách z hlediska struktury pracovníků jednoznačně dominuje kategorie „pracovníků v sociálních službách“ – 46 %, následuje kategorie tzv. „ostatních pracovníků“, což jsou především provozně technické profese a vedoucí pracovníci – 31 %. Zdravotničtí pracovníci představují 13 % a sociální pracovníci 7,5 % z celkového počtu přepočtených pracovních úvazků.

Z hlediska podílu druhů služeb na zaměstnávání pracovníků převažují pobytové služby sociální péče (tj. 65 % pracovníků).

Dalším druhem sociální služby podílejícím se výrazně na zaměstnávání pracovníků sociálních služeb je pečovatelská služba (11 % z celkového počtu pracovníků). Ostatní druhy služeb pak zaměstnávají podíly pracovníků v řádu jednotek procent.

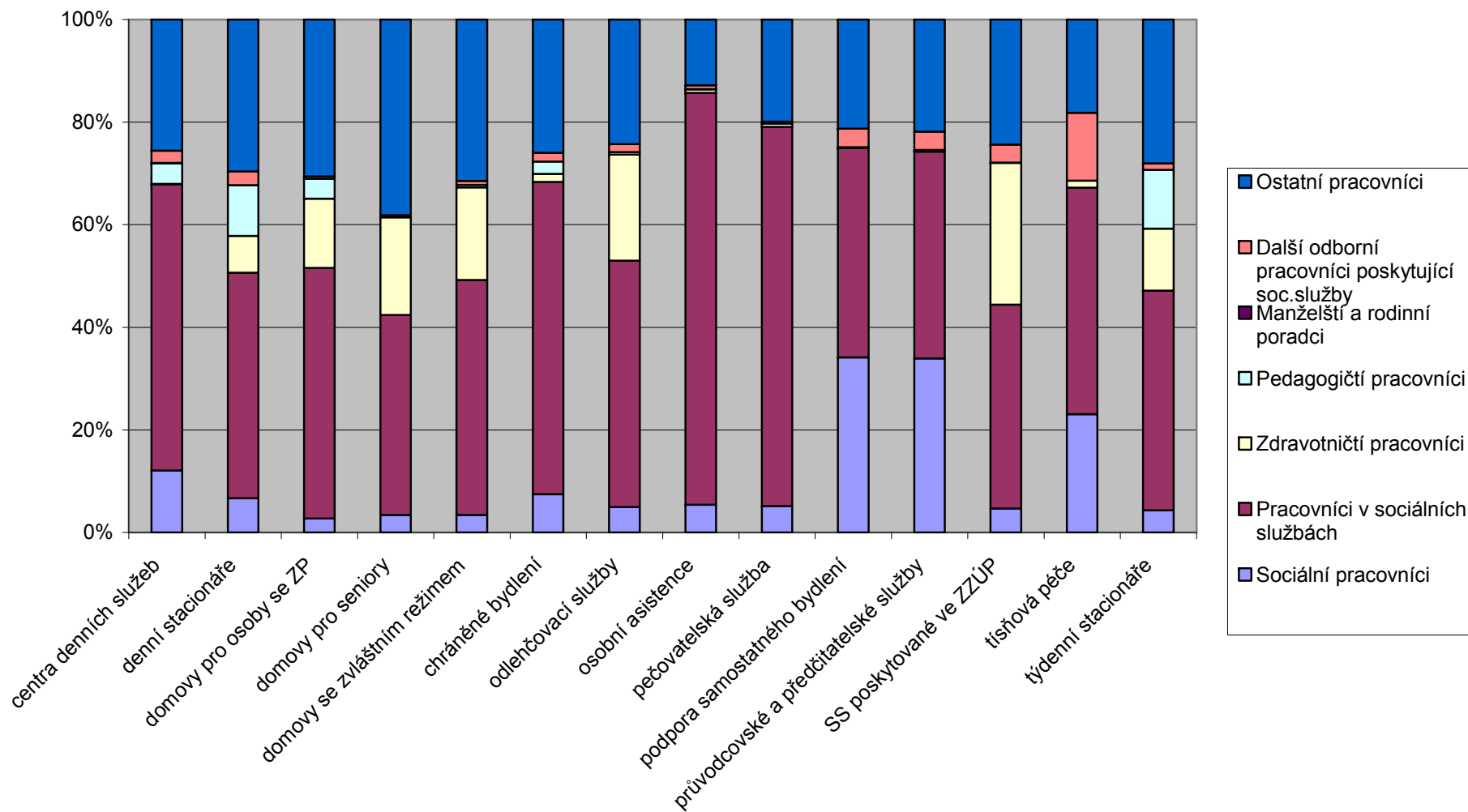
Následující tabulka a grafy uvádí počty pracovníků dle uvedených kategorií v jednotlivých druzích služeb v roce 2010.

druh služby	zaměstnanci (celé úvazky):							celkem
	sociální pracovníci	pracovníci v sociálních službách	zdravotničtí pracovníci	pedagogičtí pracovníci	manželští a rodinní poradci	další odborní pracovníci poskytující SS	ostatní pracovníci	
azylové domy	100	158	2	5	0	7	164	435
centra denních služeb	47	218	0	16	0	9	100	390
denní stacionáře	113	746	122	168	0	45	503	1 697
domovy pro osoby se ZP	273	4 916	1 357	394	0	45	3 075	10 061
domovy pro seniory	693	7 889	3 841	7	1	87	7 711	20 228
domovy se zvláštním režimem	190	2 566	1 011	26	1	44	1 761	5 599
domy na půl cesty	15	16	0	2	0	1	14	48
chráněné bydlení	71	576	15	22	0	16	246	946
intervenční centra	18	0	0	0	0	1	2	21
kontaktní centra	105	40	10	5	1	30	52	243
krizová pomoc	55	21	0	2	2	9	24	112
nízkoprahová denní centra	19	41	1	0	0	1	46	109
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	206	203	0	36	0	16	159	620
noclehárny	18	104	0	0	0	3	59	183
odborné sociální poradenství	669	62	11	17	125	75	284	1 243
odlehčovací služby	70	673	290	7	0	22	340	1 401
osobní asistence	95	1 412	12	1	0	13	226	1 758
pečovatelská služba	313	4 484	37	0	0	25	1 207	6 067
podpora samostatného bydlení	14	17	0	0	0	2	9	42
průvodcovské a předčitatelské služby	10	11	0	0	0	1	6	28
raná péče	119	11	2	43	1	17	72	265
služby následné péče	40	14	1	2	0	9	19	86
SAS pro rodiny s dětmi	126	60	0	29	1	11	66	292
SAS pro seniory a osoby se ZP	110	128	2	13	0	24	141	417
sociálně terapeutické dílny	31	114	1	16	0	18	106	285
sociální rehabilitace	269	344	17	29	0	50	265	975
soc. služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	43	368	257	0	0	32	226	928
telefonická krizová pomoc	37	11	1	0	1	2	36	86

terapeutické komunity	44	22	2	8	0	21	30	127
terénní programy	244	130	3	3	0	30	105	514
tísňová péče	17	33	1	0	0	10	14	76
tlumočnické služby	8	10	0	0	0	8	11	36
týdenní stacionáře	29	285	81	76	0	9	187	667
Celkový součet	4 211	25 685	7 075	929	132	693	17 263	55 986

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Graf - struktura pracovníků - služby sociální péče



Financování

Při výpočtu nákladovosti jednotlivých služeb a jejich následném srovnávání je třeba uvažovat odlišné charakteristiky každé skupiny sociálních služeb i jednotlivých služeb v rámci jedné skupiny. Nákladovost sociálních služeb, a služeb sociální péče především, se liší s ohledem na rozdílnou náročnost péče poskytovanou jednotlivým uživatelům. Uživatelé s vyšší mírou závislosti na pomoci jiné fyzické osoby vyžadují k zajištění svých potřeb specifitější způsoby práce a poskytované péče oproti uživatelům služeb s nízkou mírou závislosti, což dále souvisí s přiznaným stupněm příspěvku na péči, tedy strukturou uživatelů dané služby. Odlišná nákladovost služeb vyplývá také z dalších okolností. Mezi nejvýznamnější řadíme následující ukazatele:

- 1) geografická poloha služby v rámci ČR i v rámci jednoho kraje způsobuje s ohledem na náklady na vytápění a spotřebu elektrické energie výrazné rozdíly v souvislosti s technickým stavem budov;
- 2) vlastní charakter zařízení sociálních služeb, jeho technický stav a stáří budov, v nichž jsou sociální služby zajišťovány;
- 3) socio-demografická situace v dané lokalitě¹² či regionu, z níž také vyplývají potřeby pro poskytování daných typů sociálních služeb s ohledem na různou strukturu uživatelů sociálních služeb;
- 4) personální zabezpečení služby, zejména stupeň potřebné kvalifikace pracovníků v přímé péči vůči specifickým metodám sociální práce a péče zajišťované uživatelům dané služby.

Nákladovost pobytových služeb můžeme také srovnávat z hlediska nákladů na jedno lůžko za dané časové období. Z tohoto hlediska se jako průměrně nejnákladnější pobytová sociální služba jeví sociální rehabilitace s nákladovostí více než 61 tisíc Kč za měsíc a lůžko. Naopak služby chráněného bydlení ze srovnání vycházejí jako nejlevnější s náklady přibližně 14 tisíc Kč za měsíc a lůžko. Tento údaj ale může být zkreslený vlivem různých faktorů. Během procesu transformace, který v České republice postupně probíhá již několik let, z ústavních zařízení do služeb chráněného bydlení odcházeli nejprve uživatelé s nízkou mírou podpory a služba pro tuto cílovou skupinu tak je výrazně levnější oproti domovům pro osoby se zdravotním postižením s náklady cca 28 tisíc Kč za měsíc a lůžko. Další zkreslení ve smyslu

¹² Potřeby vyplývající ze socio-demografické analýzy dané lokality/regionu jsou deklarovány v krajských strategiích rozvoje sociálních služeb a prostřednictvím schvalovaných krajských plánů rozvoje sociálních služeb jako samosprávných aktech se stávají určující pro vlastní nastavení sítě sociálních služeb. Krajské plány rozvoje sociálních služeb jsou také povinnou přílohou souhrnné žádosti kraje o dotaci ze státního rozpočtu

snížení nákladů na měsíc a lůžko vzniká rovněž účelovou registrací bývalých domovů – penzionů pro důchodce a domů s pečovatelskou službou jako chráněného bydlení pro cílovou skupinu seniorů.

Náklady na vybrané druhy pobytových sociálních služeb

Druh služby	Počet lůžek	Náklady celkem v Kč	Náklady na lůžko za rok v Kč	Náklady za lůžko na měsíc v Kč
domovy pro osoby se zdravotním postižením	13 836	4 664 460 168	337 125	28 094
domovy pro seniory	37 696	9 889 608 662	262 352	21 863
domovy se zvláštním režimem	8 396	2 653 824 935	316 082	26 340
chráněné bydlení	2 626	451 416 124	171 903	14 325
odlehčovací služby	1 520	662 648 704	435 953	36 329
sociální rehabilitace	599	440 594 324	735 550	61 296
týdenní stacionáře	998	283 047 894	283 615	23 635

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Pro celkový rozbor situace je též nutné sledovat nákladovost sociálních služeb v závislosti na právní formě jejich poskytovatelů. Pod typem právní formy NNO jsou pro potřeby této analýzy zahrnuta občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a církevní právnické osoby. Pro ukazatel nákladovosti v tomto dělení poskytovatelů je důležité současně sledovat srovnání nákladů dané sociální služby v přepočtu na plánovaný počet uživatelů druhu služby. Podmínkou pro objektivní zhodnocení je porovnání těchto ukazatelů opět s danými regionálními podmínkami, často popsanými v krajských plánech rozvoje sociálních služeb.

Náklady na vybrané druhy sociálních služeb dle právní formy zřizovatele

Druh služby	Právní forma	Celkový plánovaný počet uživatelů/rok	Celkové roční náklady v Kč	Náklady na jednoho uživatele služby za rok v Kč
centra denních služeb	příspěvkové organizace krajů a obcí	518	35 057 690	67 679
	NNO	8 232	126 495 533	15 366
	města a obce	420	8 281 010	19 717
denní stacionáře	příspěvkové organizace krajů a obcí	2 112	326 360 193	154 527
	NNO	2 965	360 581 348	121 613

	fyzické osoby	35	12 887 172	368 205
	města a obce	43	2 655 920	61 766
	obchodní společnosti	10	1 329 090	132 909
domovy pro osoby se zdravotním postižením	příspěvkové organizace krajů a obcí	13 115	4 449 037 975	339 233
	NNO	573	181 770 193	317 225
	organizační složky státu	120	33 652 000	280 433
domovy pro seniory	příspěvkové organizace krajů a obcí	33 796	8 660 988 516	256 273
	NNO	4 282	1 080 224 832	252 271
	fyzické osoby	75	8 716 347	116 218
	města a obce	116	26 524 360	228 658
	obchodní společnosti	360	113 154 607	314 318
domovy se zvláštním režimem	příspěvkové organizace krajů a obcí	7 229	2 238 976 128	309 721
	NNO	1 229	351 914 152	286 342
	fyzické osoby	32	7 206 000	225 188
	obchodní společnosti	337	62 927 449	186 728
chráněné bydlení	příspěvkové organizace krajů a obcí	1 831	277 621 136	151 623
	NNO	862	163 170 899	189 293
	fyzické osoby	11	4 205 189	382 290
	města a obce	65	6 418 900	98 752
odlehčovací služby	příspěvkové organizace krajů a obcí	2 511	210 345 911	83 770
	NNO	7 711	408 729 442	53 006
	města a obce	457	24 339 020	53 258
	organizační složky státu	10	960 000	96 000
	obchodní společnosti	600	18 274 331	30 457
osobní asistence	příspěvkové organizace krajů a obcí	245	13 648 328	55 707
	NNO	7 131	566 398 408	79 428
	fyzické osoby	105	5 810 427	55 337
	města a obce	20	1 396 722	69 836
	obchodní společnosti	25	1 915 000	76 600
pečovatelská služba	příspěvkové organizace krajů a obcí	56 638	1 094 846 773	19 331
	NNO	34 142	775 226 605	22 706
	družstva	100	1 744 000	17 440
	fyzické osoby	983	17 394 270	17 695
	města a obce	23 720	363 993 427	15 345
	obchodní společnosti	1 759	40 209 076	22 859
podpora samostatného bydlení	příspěvkové organizace krajů a obcí	30	2 470 785	82 360
	NNO	289	15 288 630	52 902

průvodcovské a předčitatelské služby	NNO	1 923	13 045 275	6 784
	obecně prospěšné společnosti	1 053	12 102 275	11 493
	občanská sdružení	870	943 000	1 084
raná péče	příspěvkové organizace krajů a obcí	322	12 972 542	40 287
	NNO	7 287	126 700 006	17 387
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	příspěvkové organizace krajů a obcí	1 935	6 053 143	3 128
	NNO	81 492	183 496 233	2 252
	města a obce	108	700 209	6 483
sociálně terapeutické dílny	příspěvkové organizace krajů a obcí	225	18 339 262	81 508
	NNO	1 163	94 177 493	80 978
sociální rehabilitace	příspěvkové organizace krajů a obcí	385	4 318 348	11 216
	NNO	22 099	426 987 741	19 322
	družstva	16	5 835 000	364 688
	města a obce	134	2 962 447	22 108
	obchodní společnosti	18	490 788	27 266
tísňová péče	příspěvkové organizace krajů a obcí	420	8 413 334	20 032
	NNO	1 953	28 138 107	14 408
	obchodní společnosti	200	2 904 000	14 520
tlumočnické služby	NNO	20 306	24 384 886	1 201
týdenní stacionáře	příspěvkové organizace krajů a obcí	591	178 981 232	302 845
	NNO	479	104 066 662	217 258

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Příspěvek na péči

Osobám, které jsou z důvodu věku nebo zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby, je poskytován **příspěvek na péči** (dále jen „PnP“), který je určen k posílení kompetencí osob závislých na pomoci jiné osoby a pečujícího prostředí tak, aby každý individuálně mohl zvolit pro něj nejúčelnější způsob zajištění potřeb.

Sociální služby jsou poskytovány přibližně 700 000 klientům, tj. cca 7 % populace České republiky. Populace osob se zdravotním postižením v ČR čítá 1 015 548 osob (2007), tj. 9,78 % celkového počtu obyvatelstva¹³. Z toho plyne, že ne každé osobě se zdravotním postižením je poskytována sociální služba.

¹³ Zdroje: ČSÚ. *Výběrové šetření zdravotně postižených VŠPO 07*

Součástí systému pomoci a podpory je totiž zajištění péče a pomoci neformálními způsoby, tj. především z prostředí rodiny a dalších blízkých osob. Zároveň se předpokládá využití veřejných zdrojů, tedy sociálních služeb.

Počet příjemců Příspěvků na péči – děti

V měsíci březnu 2010 bylo dětem vyplaceno celkem 20 695 dávek, což představuje zhruba 7 % z celkového počtu vyplacených dávek.

Z hlediska pohlaví převažují u dětských příjemců PnP příjemci mužského pohlaví, (více než 60 %).

Z hlediska struktury příjemců PnP dle stupně závislosti je v I. stupni 31 %, ve II. stupni 19 %, ve III. stupni 25 % a ve IV. stupni 25 % příjemců.

	PnP 1		PnP 2		PnP 3		PnP 4		celkem
	děti		děti		děti		děti		
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	
ČR	3 673	2 702	2 510	1 443	3 157	2 100	3 111	1 999	20 695

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Počet příjemců Příspěvků na péči – dospělí

V měsíci březnu 2010 bylo dospělým vyplaceno celkem 276 335 dávek.

Z hlediska pohlaví převažují u příjemců PnP - dospělí ženy, které reprezentují téměř 67% příjemců PnP.

Z hlediska struktury příjemců PnP dle stupně závislosti je v I. stupni 38 %, ve II. stupni 31 %, ve III. stupni 20 % a ve IV. stupni 11 % příjemců.

	PnP 1		PnP 2		PnP 3		PnP 4		celkem
	dospělí		dospělí		dospělí		dospělí		
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	
ČR	30 867	75 269	30 236	54 301	19 859	34 038	10 878	20 887	276 335

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Příspěvek na péči dle způsobu použití

PnP dle způsobu použití je sledován podle níže uvedených kritérií:

Způsob péče	Celkem	Podíl na celkovém počtu vyplácených PnP/osob pobírajících PnP
a. Jako pečující je uvedena jedna fyzická osoba – osoba blízká	156 032	52,76 %
b. Jako pečující je uvedena jedna fyzická osoba – jiná osoba	16 760	5,67 %
c. Jako pečující je uvedena fyzická osoba – více osob	40 961	13,85 %
d. Jako pečující je uveden jeden registrovaný poskytovatel soc. služeb	52 891	17,88 %
e. Jako pečující je uveden registrovaný poskytovatel sociálních služeb – více poskytovatelů	1 032	0,35 %
f. Jako pečující je uvedena kombinace péče fyzické osoby a registrovaného poskytovatele sociálních služeb	27 970	9,45 %
Celkem	295 754	100%

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Z hlediska způsobu použití je zcela zjevné, že PnP je využíván především při zajištění péče fyzickou osobou, tj. nejčastěji členem rodiny. U poskytovatelů sociálních služeb je využíván PnP jako zdroj úhrady odebrané péče v cca 28 % případů. Především ve smyslu prosazování sdílené péče je způsob využití PnP v kombinaci neformální péče a profesionálního poskytovatele velmi nízký.

Jedním z cílů transformace a deinstitucionalizace je právě posílení sdílené péče, tedy kombinace formální a neformální péče.

Příspěvek na péči dle věku a stupně závislosti

PnP dle věku sledujeme ve čtyřech základních věkových kategoriích:

- děti do 18 let
- dospělí 19 až 65 let
- mladší senioři 66 až 75 let
- starší senioři 76 let a více

Z hlediska těchto kategorií je zcela zjevné, že PnP je fakticky seniorskou dávkou. Pro účely lepší přehlednosti byla opět zvolena **indexace na 10 000 obyvatel, a to vždy v dané věkové kategorii.**

Kategorie osob	Index v I. stupni	Index v II. stupni	Index ve III. stupni	Index v IV. stupni	Index celkem
Děti do 18 let	40	25	33	33	131
Dospělí 19 až 65 let	31	32	22	12	86
Senioři 66 až 75 let	201	149	84	42	476
Senioři 76 a více let	1 033	738	462	277	2 510

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Počet služeb sociální péče vedených v registru poskytovatelů sociálních služeb

Druh služby sociální péče	počet služeb
centra denních služeb	107
denní stacionáře	274
domovy pro osoby se zdravotním postižením	232
domovy pro seniory	485
domovy se zvláštním režimem	179
chráněné bydlení	153
odlehčovací služby	264
osobní asistence	219
pečovatelská služba	816
podpora samostatného bydlení	36
průvodcovské a předčitatelské služby	41
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	135
tísňová péče	18
týdenní stacionáře	81
Celkem	3 040

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

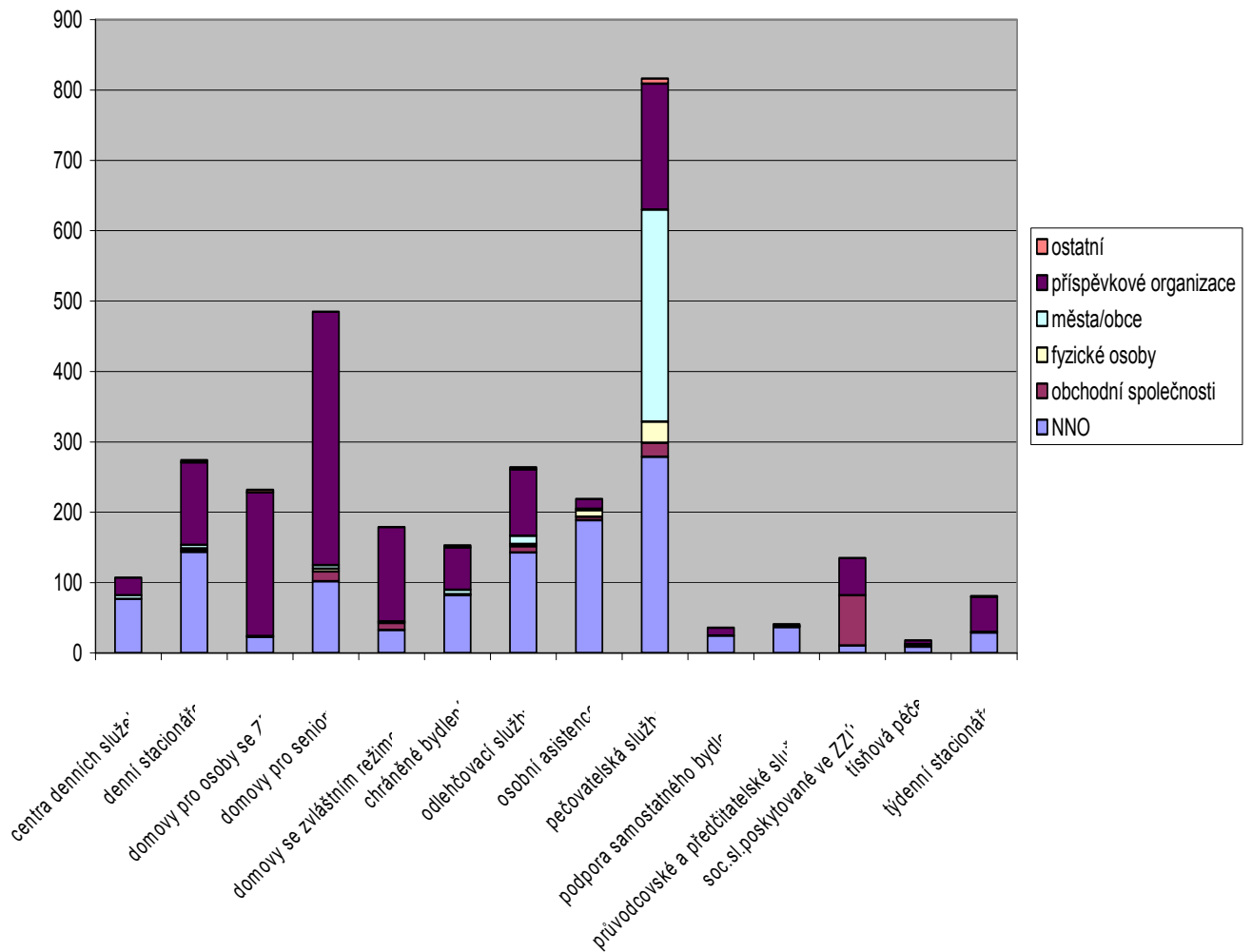
Počet služeb sociální péče vedených v registru poskytovatelů sociálních služeb dle právní formy poskytovatele sociální služby

Druh služby ¹⁴	NNO	obchodní společnosti	fyzické osoby	města/obce	příspěvkové organizace	ostatní
centra denních služeb	77	0	0	5	25	0
denní stacionáře	144	2	3	5	117	3
domovy pro osoby se zdravotním postižením	23	1	0	0	204	4
domovy pro seniory	102	14	4	5	360	0
domovy se zvláštním režimem	33	10	2	0	134	0
chráněné bydlení	82	0	2	6	60	3
odlehčovací služby	143	9	3	12	94	3
osobní asistence	189	5	9	2	14	0
pečovatelská služba	279	20	30	301	179	7
podpora samostatného bydlení	25	0	0	0	11	0

¹⁴ NNO – nestátní nezisková organizace (především se jedná o občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby); Obchodní společnosti – především se jedná o společnosti s ručením omezeným, akciové společnosti, družstva; Příspěvkové organizace – především se jedná o příspěvkové organizace zřizované městy a kraji; Města/obce – případy, kdy služby poskytuje přímo obec či město vlastní organizační složkou bez právní subjektivity; Ostatní – např. organizační složky státu, školské právnické osoby.

průvodcovské a předčitatelské služby	37	1	1	0	2	0
sociální služby poskytované ve zdravot. zařízeních ústavní péče	11	71	0	0	53	0
tísňová péče	9	1	2	1	5	0
týdenní stacionáře	29	1	0	0	50	1
Celkem	1 183	135	56	337	1 308	21

Graf - Počet služeb vedených v registru poskytovatelů soc. služeb dle právní formy poskytovatele



Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Pobytové, ambulantní služby – lůžka

Kapacita sociálních služeb, které z titulu způsobu zajištění služby vyžadují pobytovou formu, je nejlépe postižitelná prostřednictvím kvantifikace počtu lůžek a jejich obloženosti, tj. využití.

Počet lůžek dle skupin sociálních služeb (rok 2010)

skupina služby	počet lůžek
služby sociální péče	66 267
- z toho pobytové	65 052
- z toho ambulantní	1 215
služby sociální prevence - pobytové	4 679
Celkový součet	70 946

Počet lůžek dle jednotlivých druhů sociálních služeb (rok 2010)

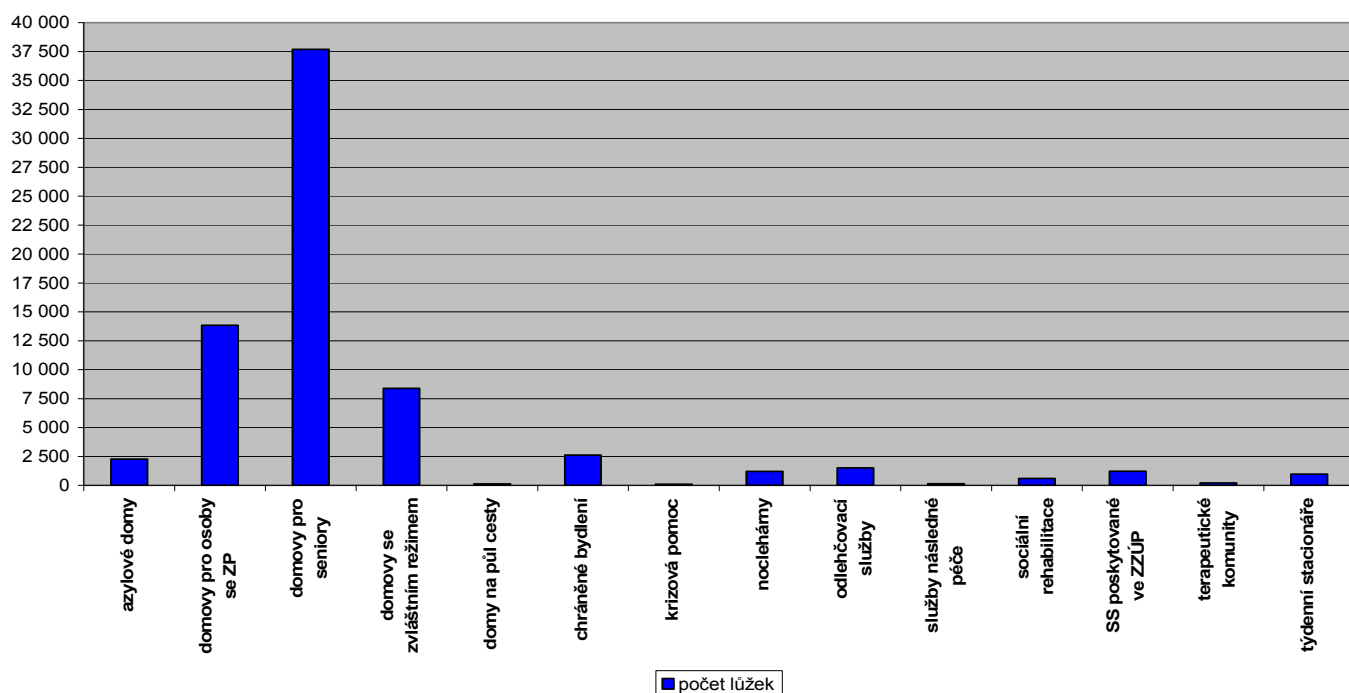
Níže uvedená tabulka ukazuje, že převažujícím druhem služby z hlediska kapacity počtu lůžek jsou domovy pro seniory. K této kategorii lze připočítat také kapacity domovů se zvláštním režimem, ve kterých je poskytována služba především seniorům. Kapacita těchto služeb činí celkem 46 092 lůžek, což znamená, že jedno lůžko připadá na 31 osob ve věku vyšším než 65 let. S ohledem na očekávaný demografický vývoj lze předpokládat, že již ve střednědobém horizontu nebude tato kapacita dostačovat. Při vytváření nových služeb pro seniory však stále nejsou reflektovány trendy komunitních služeb.

Kapacita domovů pro osoby se ZP se již v současnosti jeví jako dostatečná a poptávka po tomto druhu služby má spíše klesající tendenci.

druh pobytové/ambulantní sociální služby	počet lůžek
azylové domy	2 272
domovy pro osoby se zdravotním postižením	13 836
domovy pro seniory	37 696
domovy se zvláštním režimem	8 396
domy na půl cesty	124
chráněné bydlení	2 626
krizová pomoc	106
noclehárny	1 215
odlehčovací služby	1 520
služby následné péče	141
sociální rehabilitace	599
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	1 225
terapeutické komunity	222
týdenní stacionáře	968
Celkový součet	70 946

Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Graf - počet lůžek dle druhu soc.služby (rok 2010)



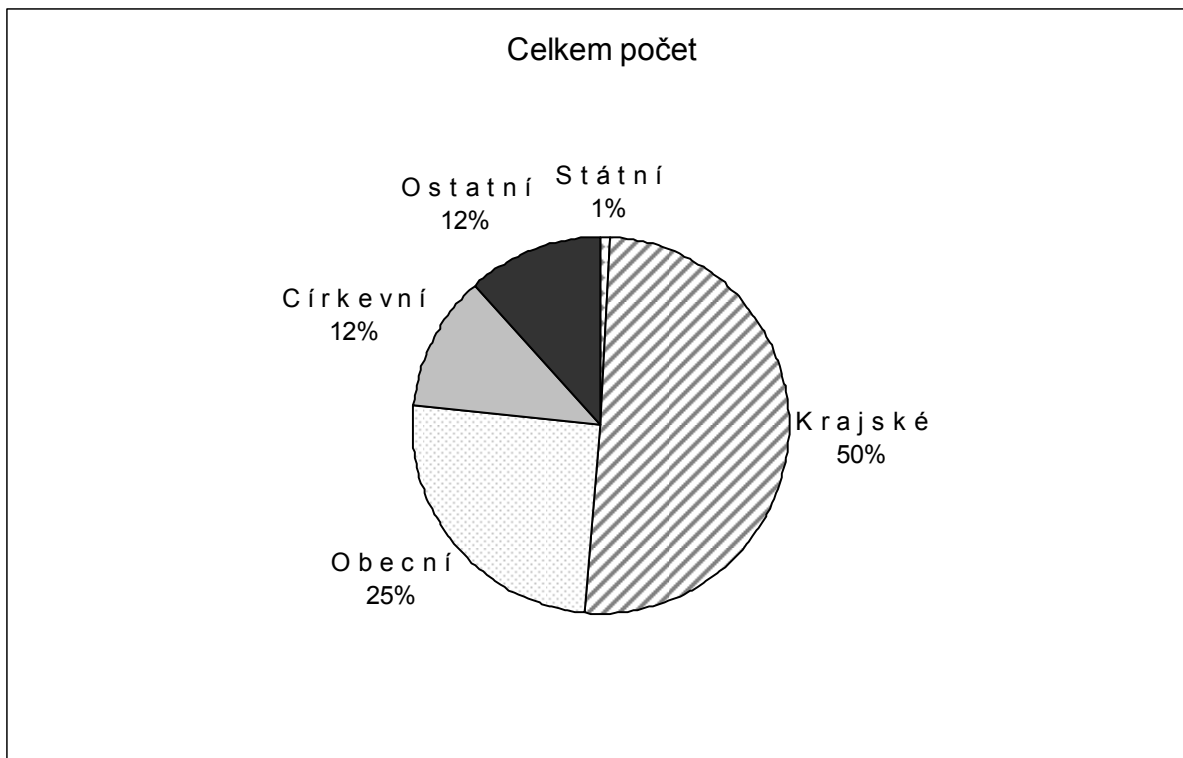
Zdroj: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010

Služby sociální péče dle zřizovatelů sociálních služeb (2010)

Druh sociální služby	Státní	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní
Týdenní stacionáře	1	36	10	13	11
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	5	159	32	13	9
Domovy pro seniory	0	190	161	69	34
Domovy se zvláštním režimem	0	90	41	11	23
Chráněné bydlení	2	42	15	14	43
Celkem počet	8	517	259	120	120

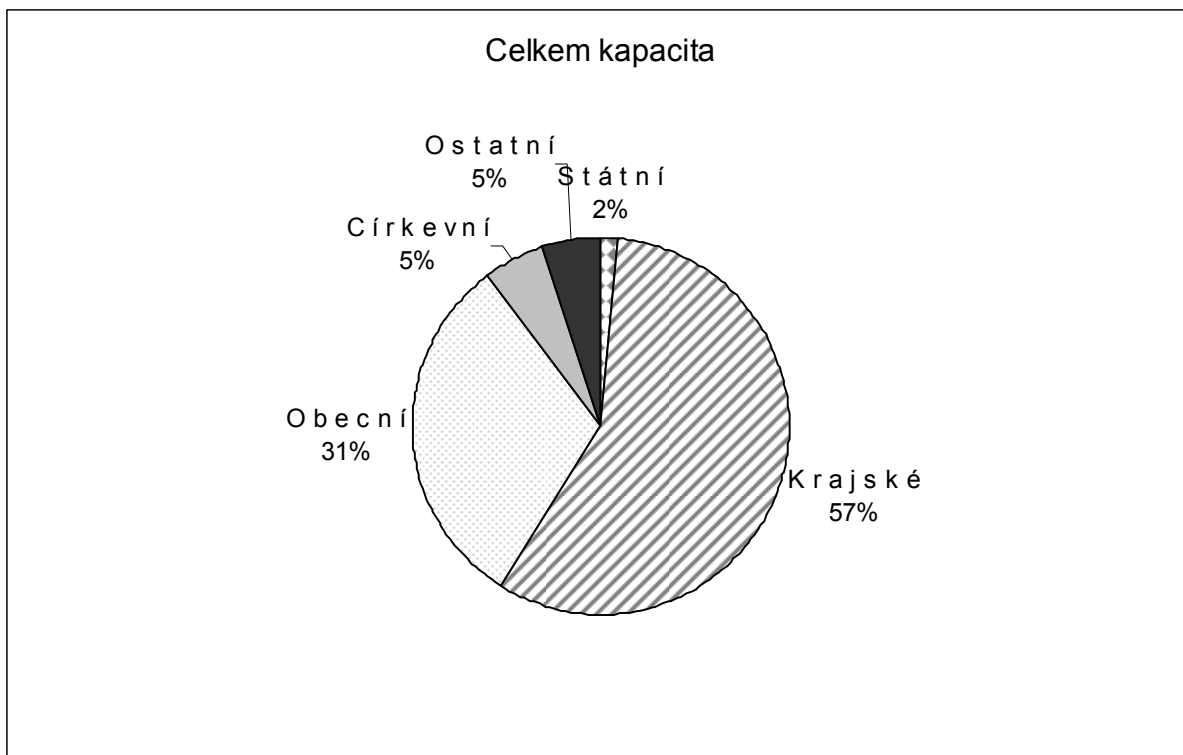
Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Přibližně 75 % stávajících zařízení pobytových služeb sociální péče (domovy pro osoby se ZP, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, chráněné bydlení) je zřizováno kraji nebo obcemi (viz Statistická ročenka za rok 2009).

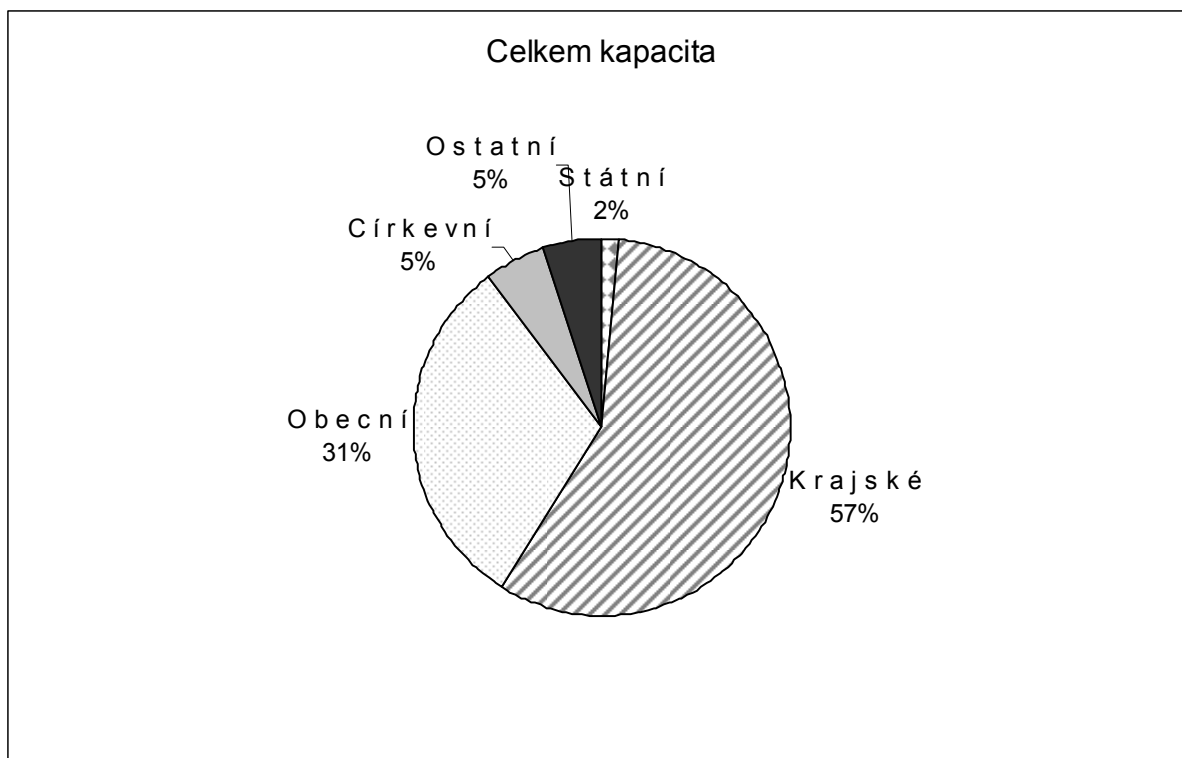


Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Z hlediska kapacity zajišťují krajská a obecní zařízení sociální péče (domovy pro osoby se ZP, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, chráněné bydlení) 88 % z celkového počtu lůžek.



Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009



Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Problematika způsobilosti k právním úkonům z hlediska transformace sociálních služeb

S principy podpory naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb, ale nejen jich, úzce souvisí problematika způsobilosti k právním úkonům.

Současný systém právní ochrany dospělých lidí s mentálním nebo jiným zdravotním postižením je založený na překonaném postoji k lidem s postižením jako k objektům sociální a charitativní péče. Zbavování způsobilosti k právním úkonům lze označit za extrémně restriktivní způsoby právní ochrany, které brání rozvoji individuálních schopností lidí s postižením a objektivně je vylučují ze společnosti. Z těchto důvodů je současný systém nejen v odborné literatuře¹⁵ ostře kritizován jako zastaralý a nevyhovující. Kritika tohoto systému je založena jednak na změně paradigmatu postoje k lidem s postižením (tzv. sociální model postižení v protikladu k medicínskému modelu), tak změně paradigmatu právní ochrany lidí s duševním postižením (tzv. podporované rozhodování v protikladu k náhradnímu rozhodování).

¹⁵ Srov. Marečková, J., Matiaško, M. Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání. Otázka opatrovnictví dospělých. Praha: Linde, 2010.

Základním právním východiskem je Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, konkrétně čl. 12 a 13.

Článek 12 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením

Rovnost před zákonem

1. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, znovu potvrzují, že osoby se zdravotním postižením mají kdekoli právo na uznání jejich osoby jako subjektu práva.
2. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají, že osoby se zdravotním postižením mají, na rovnoprávném základě s ostatními, právní způsobilost ve všech oblastech života.
3. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou odpovídající opatření, aby umožnily osobám se zdravotním postižením přístup k asistenci, kterou mohou pro uplatnění této právní způsobilosti potřebovat.
4. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí, aby všechna opatření, která se týkají uplatnění právní způsobilosti, poskytovala, v souladu s mezinárodním právem v oblasti lidských práv, odpovídající a účinné záruky zamezující zneužití. Tyto záruky musí zajistit, aby opatření týkající se uplatnění právní způsobilosti respektovala práva, vůli a preference dané osoby, zabraňovala konfliktu zájmů a nevytvářela prostor pro nežádoucí ovlivňování, byla přiměřená a odpovídala situaci dané osoby, byla uplatňována po nejkratší možnou dobu a podléhala pravidelnému přezkumu odpovědným, nezávislým a nestranným orgánem nebo soudem. Tyto záruky musí být rovněž přiměřené stupni, jakým uvedená opatření ovlivňují práva a zájmy dané osoby.
5. S výhradou ustanovení tohoto článku, státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou veškerá odpovídající a účinná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily rovné právo vlastnit nebo dědit majetek, spravovat své finanční záležitosti a mít rovný přístup k bankovním půjčkám, hypotékám a dalším formám finančních úvěrů, a zajistí, aby osoby se zdravotním postižením nebyly svévolně zbavovány svého majetku.

Článek 13 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením

Přístup ke spravedlnosti

1. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí osobám se zdravotním postižením účinný přístup ke spravedlnosti na rovnoprávném základě s ostatními, mimo jiné i prostřednictvím procedurálních a věku odpovídajících úprav, s cílem usnadnit jim účinné plnění jejich role jako přímých nebo nepřímých účastníků a svědků při všech soudních řízeních, a to i ve fázi vyšetřování a předběžného řízení.
2. S cílem napomoci zajištění účinného přístupu osob se zdravotním postižením ke spravedlnosti, budou státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, podporovat odpovídající proškolení osob, které pracují v oblasti justiční správy, včetně pracovníků policie a vězeňské služby.

Instituty zbavování a omezování způsobilosti k právním úkonům, které jsou typické pro státy střední a východní Evropy¹⁶, jsou ostře kritizovány Evropským soudem pro lidská práva. Z judikatury tohoto soudu lze dovodit, že eventuální zásah do sféry způsobilosti k právnímu jednání člověka by měl být výjimečný a měl by být individualizován (tzv. funkční test).¹⁷ Obdobně jako Evropský soud pro lidská práva napadá instituty zbavování a omezování, tak soudní praxi kritizuje Ústavní soud České republiky. Ústavní soud ostře vystoupil zejména proti:

- a. Institutu zbavení způsobilosti k právním úkonům (nálezn Ústavního soudu ČR, sp. zn. I. US 557/09). Podle Ústavního soudu jde o „*relikt starého režimu a z ústavněprávního hlediska velmi problematický institut*.“ Ústavní systém České republiky totiž garantuje právo na zachování lidské důstojnosti, které vylučuje, „*aby s člověkem bylo zacházeno jako s objektem či předmětem*“. Ve svém odůvodnění Ústavní soud mimo jiné odkázal na křesťanskou sociální etiku a princip subsidiarity zakotven v encyklice *Quadragesimo Anno* z roku 1931.
- b. Soudní praxi zbavování způsobilosti k právním úkonům (nálezy Ústavního soudu ČR, sp. zn. II. ÚS 2630/07, sp. zn. I. US 557/09 a sp. zn. IV. ÚS 3102/08). Ústavní soud opakovaně zdůraznil, že při rozhodování o zásahu do způsobilosti k právním úkonům musí soud důsledně aplikovat test proporcionality, který

¹⁶ Jde zejména o státy, kde soukromé právo bylo pod vlivem ruského (sovětského) soukromého práva. Nicméně pro státy východní Evropy, jejichž právo bylo pod silným sovětským vlivem, je typické, že zbavování a omezování způsobilosti k právním úkonům nenahradily více inkluzivním systémem ani v nových kodifikacích (Rusko, Ukrajina, Albánie). V západních zemích se o nutnosti reformovat opatrovnictví diskutuje od 80. let minulého století, legislativní reformy pak následují záhy koncem osmdesátých a začátkem devadesátých let (Švédsko, Německo, Rakousko), podporované rozhodování se rozvíjí v Kanadě v devadesátých letech. Další státy pak reformují své systémy po roce 2000 (Japonsko – 2000, Velká Británie – 2005, Francie – 2009) a jiné státy pod vlivem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (Španělsko – 2010, Maďarsko – 2010).

¹⁷ Srovn. rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva za roky 2008-2010: *Shtukaturov proti Rusku*, *X. proti Chorvatsku*, *Salontaji-Drobnjak proti Srbsku*, *Zehentner proti Rakousku*, *Kiss proti Maďarsku*.

Ústavní soud vyložil v nálezu sp. zn. IV. ÚS 412/04. Dále Ústavní soud velmi kritizoval soudní rozhodování, které označil, i s ohledem na statistiky, za formální.

Řada uživatelů, resp. poskytovatelů pobytových sociálních služeb se v souvislosti se snahou o zrovnoprávnění svých klientů pokouší o částečné či úplné navrácení způsobilosti k právním úkonům, které bude odpovídat jejich skutečným schopnostem. Jedním z deklarovaných cílů sociálních služeb je podpora samostatnosti jejich uživatelů. Rozvoj schopností vedoucích k samostatnosti je ale do jisté míry limitován tímto právním stavem, kdy míra omezení způsobilosti neodpovídá nově osvojeným schopnostem (např. v oblastech hospodaření s penězi, nakupování, zaměstnávání, uzavření manželství, výkonu volebního práva apod.) a dosažení změny je velmi obtížné. Jejich úsilí se setkává s pojetím institutu omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům jako trvalého, neměnného stavu, který se neřídí tím, jakým způsobem se mění životní situace člověka (psychická, sociální a zdravotní).

Z přijetí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením i z judikatury Evropského soudu pro lidská práva a Ústavního soudu ČR vyplývá jednoznačná nezbytnost změny legislativy, která by mj. podpořila zrovnoprávnění klientů pobytových zařízení sociálních služeb a dalších osob omezených na svých právech. A to zejména tím, že by došlo ke zrušení institutů zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům, které by byly nahrazeny jinými instituty vybudovanými zejména na principech podporovaného rozhodování.

Počet žijících osob omezených na způsobilosti k právním úkonům s platným trvalým pobytem v České republice podle krajů

KRAJ	POČET k 6.8.2008	POČET k 31.03.2009	POČET k 21.10.2009
Hlavní město Praha	348	368	391
Jihočeský	209	230	258
Jihomoravský	257	268	279
Karlovarský	158	171	190
Královéhradecký	310	338	373
Liberecký	96	106	120
Moravskoslezský	571	613	656
Olomoucký	246	259	280
Pardubický	311	331	352

Plzeňský	221	237	259
Středočeský	492	528	580
Ústecký	437	454	475
Vysočina	208	214	226
Zlínský	194	215	230
Celkem živých osob s omezenou způsobilostí a platným trvalým pobytem	4058	4 332	4 669

Zdroj: Data poskytnutá Min. vnitra pro MDAC na základě žádosti o informaci

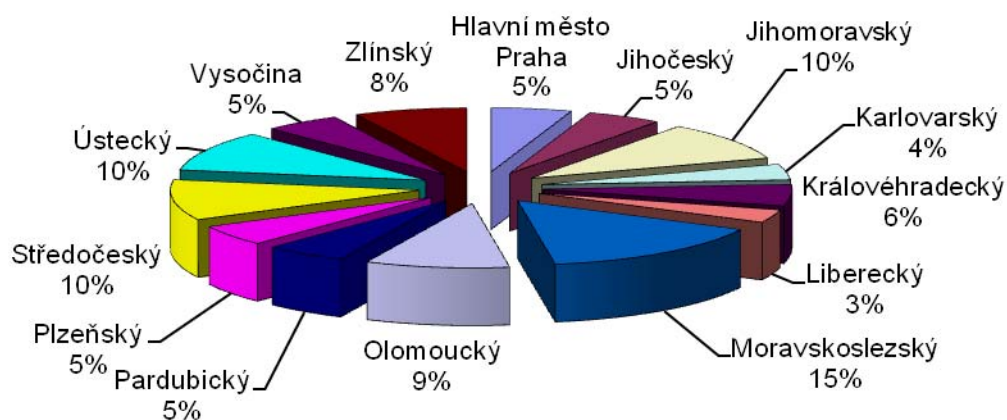
Počet žijících osob zbavených způsobilosti k právním úkonům s platným trvalým pobytem v České republice podle krajů

KRAJ	POČET k 6.8.2008	POČET k 31.03.2009	POČET k 21.10.2009
Hlavní město Praha	1229	1 278	1 325
Jihočeský	1097	1 148	1 232
Jihomoravský	2419	2 443	2 494
Karlovarský	916	949	998
Královéhradecký	1299	1 334	1 364
Liberecký	738	799	819
Moravskoslezský	3690	3 766	3 850
Olomoucký	2316	2 353	2 365
Pardubický	1323	1 330	1 349
Plzeňský	1253	1 287	1 316
Středočeský	2461	2 517	2 583
Ústecký	2454	2 499	2 574
Vysočina	1152	1 211	1 259
Zlínský	1835	1 841	1 858
Celkem živých osob zbavených způsobilosti s platným trvalým pobytem	24 182	24 755	25 386

Zdroj: Data poskytnutá Min. vnitra pro MDAC na základě žádosti o informaci

Z výše uvedených tabulek vyplývá, že zbavení i omezení způsobilosti k právním úkonům je přes veškerou kritiku stále velmi používaným nástrojem a oba instituty mají co do počtu osob, vůči kterým jsou použity, vzrůstající tendenci.

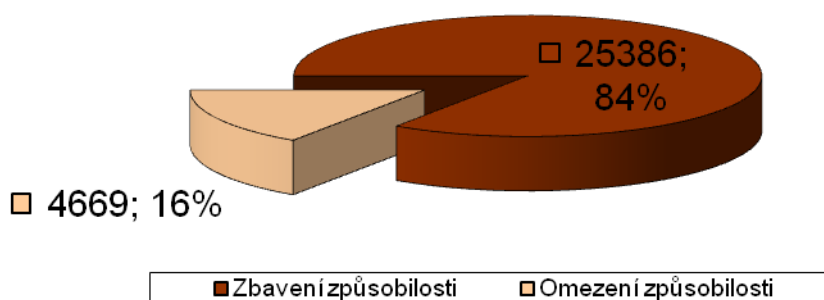
Zbavení způsobilosti k právním úkonům podle krajů: říjen 2009



Zdroj: Data poskytnutá Min. vnitra pro MDAC na základě žádosti o informaci

Graf vypovídá o podílu počtu osob zbavených způsobilosti k právním úkonům podle krajů vůči celkovému počtu osob zbavených způsobilosti k právním úkonům v říjnu 2009. Počty obyvatel jednotlivých krajů nejsou zohledněny.

Srovnání počtu lidí omezených na způsobilosti a zbavených způsobilosti k právním úkonům: říjen 2009



Zdroj: Data poskytnutá Min. vnitra pro MDAC na základě žádosti o informaci

Graf znázorňuje poměr počtu osob zbavených způsobilosti k právním úkonům a omezených na způsobilosti k říjnu 2009.

Změny ve vybraných druzích pobytových služeb sociální péče v letech 2007 – 2009

Na základě Koncepce podpory i dalších dílčích procesů na úrovni jednotlivých krajů dochází postupně ke změnám ve struktuře jednotlivých sociálních služeb.

Následující tabulky a grafy vycházejí z údajů uvedených v tabulkách 6.4 Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí z let 2007, 2008, 2009 (údaje za rok 2009 poskytnuty Odborem analýz a statistik MPSV před vydáním Statistické ročenky).

Změny ve službách domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení v letech 2007 – 2009 jako důsledek transformačního procesu

Počet domovů pro osoby se zdravotním postižením dle zřizovatele v letech 2007 - 2009

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – počet	2007	2008	2009
Církevní	10	14	13
Krajské	151	163	159
Obecní	32	35	32
NNO a ostatní	7	8	9
Státní	5	5	5
Celkem	205	225	218

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Počet služeb chráněného bydlení dle zřizovatele v letech 2007 - 2009

Chráněné bydlení - počet	2007	2008	2009
Státní	1	2	2
Krajské	25	38	42
Obecní	14	16	15
Církevní	12	16	14
NNO a ostatní	18	41	43
Celkem	70	113	116

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Počet domovů pro osoby se zdravotním postižením v letech 2007 - 2009 je kolísavý. Počet chráněných bydlení má oproti tomu pomalu vzrůstající tendenci, a to hlavně v případě chráněného bydlení poskytovaného příspěvkovými organizacemi krajů a tzv. ostatními právními formami organizací.

Kapacity domovů pro osoby se zdravotním postižením v letech 2007 - 2009

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – kapacita (lůžka)	2007	2008	2009
Státní	898	893	868
Krajské	13 189	12 083	11 690
Obecní	2 139	1 633	1 491
Církevní	225	248	224
NNO a ostatní	187	256	279
Celkem	16 638	15 113	14 552

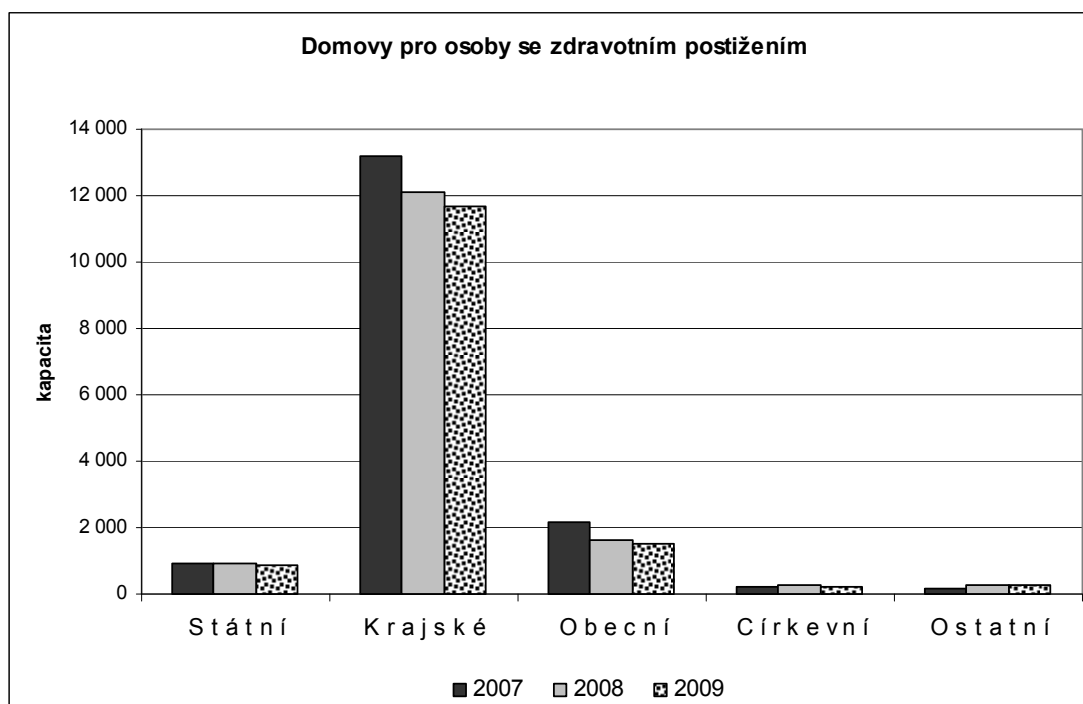
Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Kapacity služeb chráněného bydlení v letech 2007 - 2009

Chráněné bydlení – kapacita (lůžka)	2007	2008	2009
Státní	28	38	41
Krajské	1 161	1 224	1 337
Obecní	565	520	515
Církevní	112	171	164
NNO a ostatní	221	550	534
Celkem	2 087	2 503	2 591

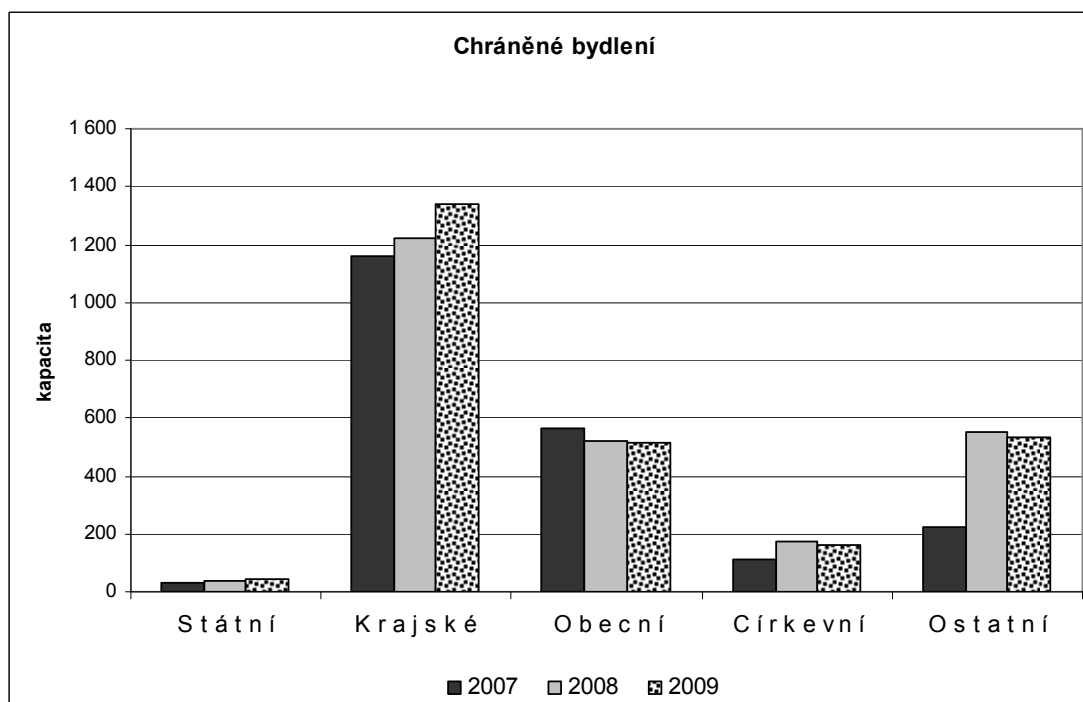
Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Vývoj kapacit domovů pro osoby se zdravotním postižením v letech 2007 – 2009 dle zřizovatele



Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Vývoj kapacit chráněného bydlení v letech 2007 – 2009 dle zřizovatele



Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Z hlediska kapacity dochází v domovech pro osoby se zdravotním postižením k postupnému poklesu počtu lůžek v případě všech typů zřizovatelů s výjimkou tzv.

ostatních (z 16 638 lůžek v roce 2007 na 14 552 lůžek v roce 2009), celkově o více než 2 000 lůžek. To může být způsobeno:

- celkovou snižující se poptávkou po tomto druhu služeb,
- postupujícím procesem humanizace, kdy jsou postupně snižovány kapacity vícelůžkových pokojů i jednotlivých budov domovů pro osoby se zdravotním postižením,
- transformací ústavních typů služeb, kdy klienti odcházejí žít do chráněného bydlení nebo jiného běžného prostředí.

O změnách v poskytování sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením svědčí i postupný nárůst kapacity chráněného bydlení, a to zejména u krajských poskytovatelů (téměř 176 lůžek v rozmezí let 2007 – 2009) a tzv. ostatních (nárůst o 313 lůžka). Nárůst kapacity chráněného bydlení provozovaných tzv. ostatními, mezi kterými jsou započítány i nestátní neziskové organizace, může svědčit o pružné reakci těchto subjektů na poptávku po konkrétní službě.

Změny ve službách domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem v letech 2007 – 2009

Počet domovů pro osoby seniory dle zřizovatele v letech 2007 - 2009

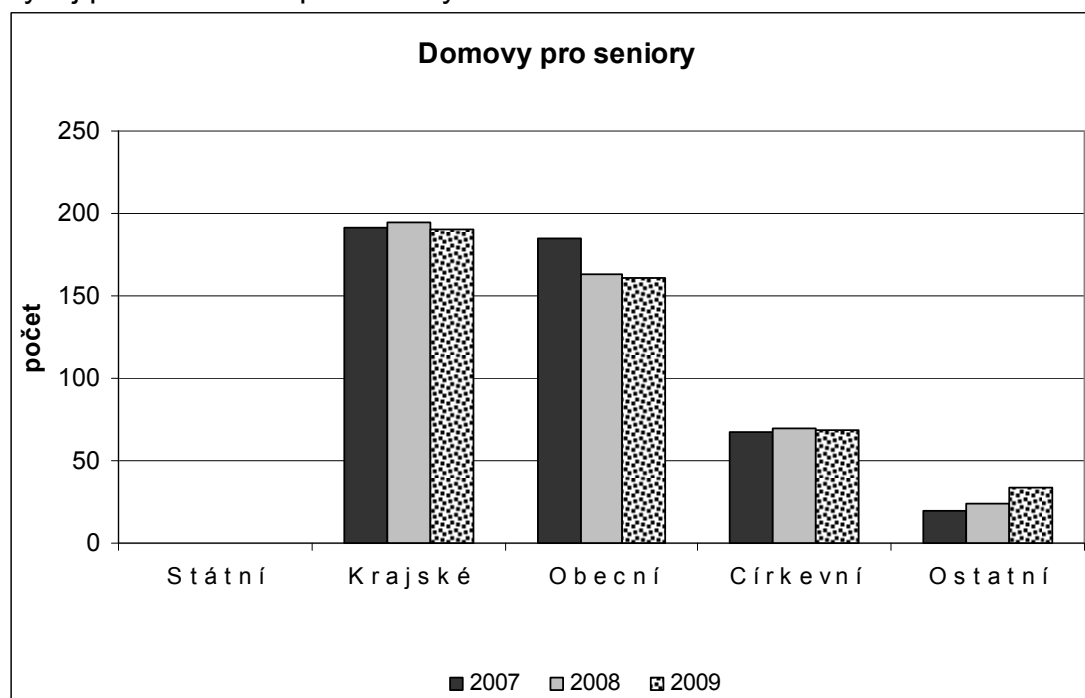
Domovy pro seniory - počet	2007	2008	2009
Státní	0	0	0
Krajské	191	195	190
Obecní	185	163	161
Církevní	67	70	69
Ostatní	20	24	34
Celkem	463	452	454

Počet domovů se zvláštním režimem dle zřizovatele v letech 2007 - 2009

Domovy se zvláštním režimem - počet	2007	2008	2009
Státní	0	0	0
Krajské	43	86	90
Obecní	17	36	41
Církevní	5	9	11
Ostatní	10	19	23
Celkem	75	150	165

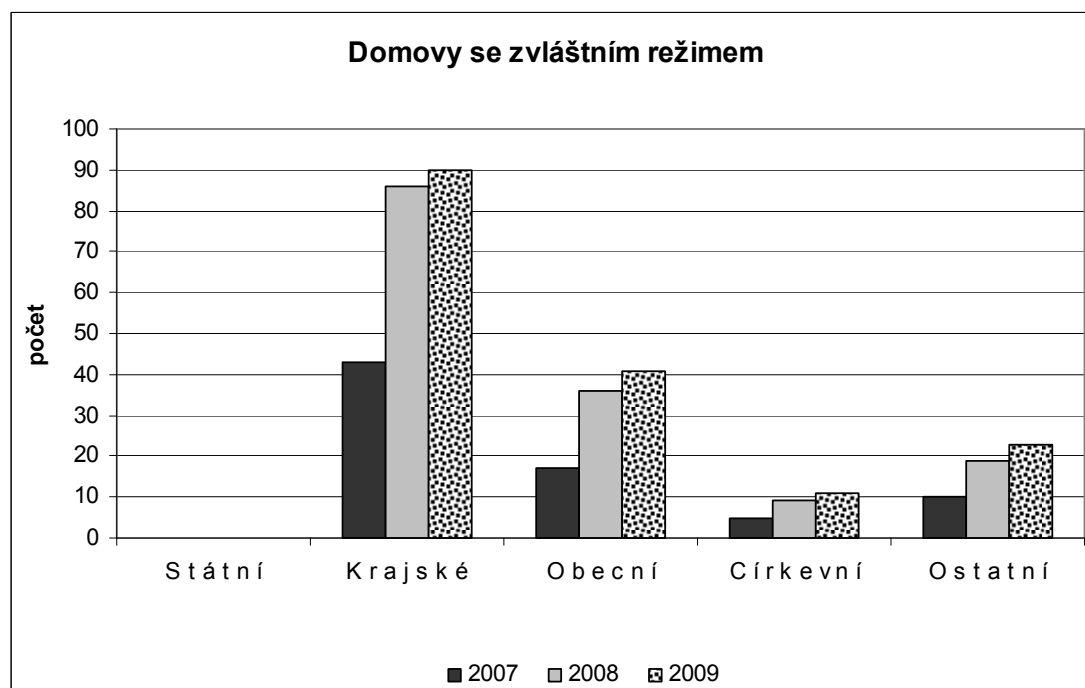
Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Vývoj počtu domovů pro seniory v letech 2007 – 2009 dle zřizovatele



Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Vývoj počtu domovů se zvláštním režimem v letech 2007 – 2009 dle zřizovatele



Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Počet domovů pro seniory se v letech 2007 – 2009 postupně snižoval, a to jak z hlediska celkového počtu, tak v kategorii domovů pro seniory zřizovaných kraji a

obcemi. Oproti tomu došlo k nárůstu počtu těchto domovů provozovaných tzv. ostatními. Počet domovů se zvláštním režimem výrazně vzrostl, a to ve všech kategoriích jejich zřizovatelů.

Kapacity domovů pro seniory dle zřizovatele v letech 2007 -2009

Domovy pro seniory – kapacita (lůžka)	2007	2008	2009
Státní	0	0	0
Krajské	21 190	19 520	18 194
Obecní	16 999	14 821	15 106
Církevní	2 654	2 517	2 640
Ostatní	775	875	1 332
Celkem	41 618	37 733	37 272

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

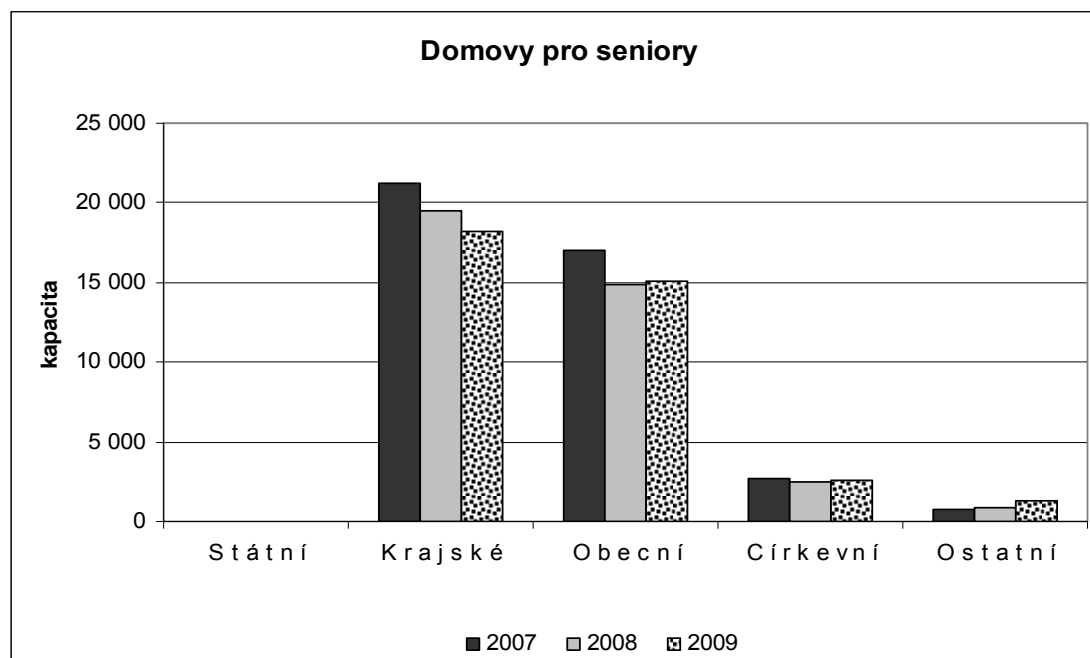
Kapacity domovů se zvláštním režimem dle zřizovatele v letech 2007 -2009

Domovy se zvláštním režimem – kapacita (lůžka)	2007	2008	2009
Státní	0	0	0
Krajské	2 472	4 351	4 788
Obecní	861	2 048	2 268
Církevní	139	211	266
Ostatní	357	786	901
Celkem	3 829	7 396	8 223

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

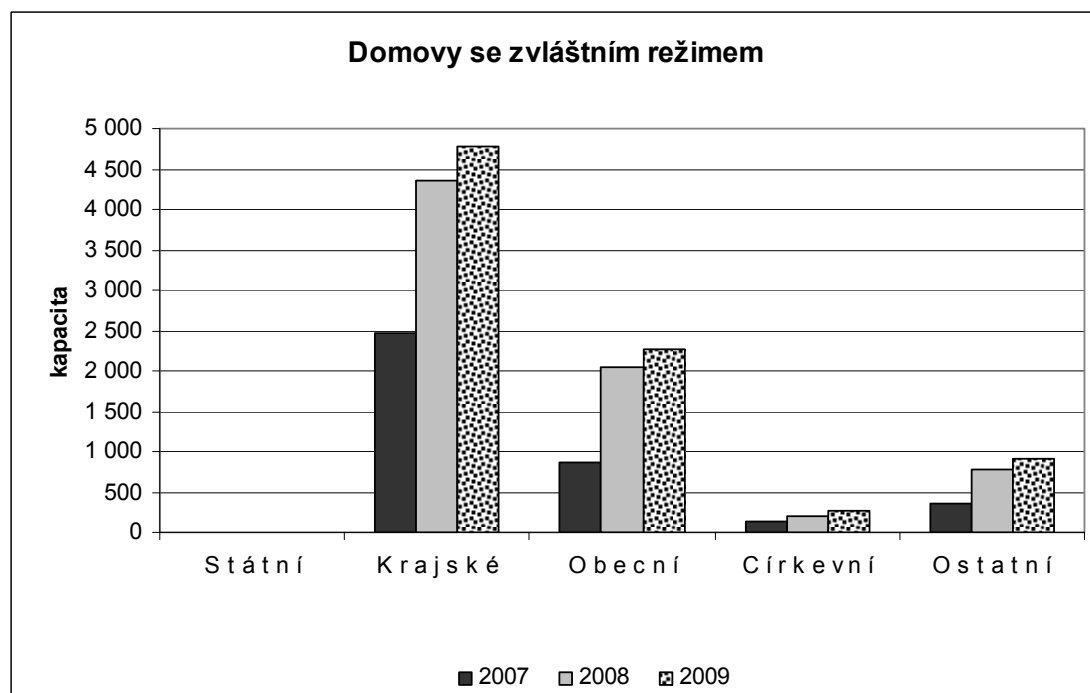
Kapacita domovů pro seniory se v letech 2007 – 2009 postupně snižovala, což odpovídá výše popsanému poklesu počtu samotných domovů. Pokles celkové kapacity domovů pro seniory byl o více než 4 tis. lůžek. Kapacita domovů se zvláštním režimem oproti tomu výrazně vzrostla, a to přibližně také o více než 4 tis. lůžek.

Vývoj kapacit domovů pro seniory dle zřizovatele v letech 2007 - 2009



Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Vývoj kapacit domovů se zvláštním režimem dle zřizovatele v letech 2007 - 2009



Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2009

Domovy se zvláštním režimem jsou na základě údajů uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb určeny z největší části pro osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Z tohoto důvodu jsou zde domovy

pro seniory a domovy se zvláštním režimem brány jako kapacity pobytových služeb pro seniory.

U domovů pro seniory zřizovaných kraji a obcemi lze sledovat snížení jejich kapacit v průběhu let 2007 – 2009; u domovů se zvláštním režimem těchto zřizovatelů je patrné navýšení kapacit. Výsledný součet kapacit domovů se zvláštním režimem a domovů pro seniory je v roce 2009 oproti roku 2007 v obou kategoriích zřizovatelů nižší.

Počet domovů pro seniory zřizovaných kraji zůstal v průběhu let 2007 – 2009 stejný; u domovů pro seniory zřizovaných obcemi je patrný pokles jejich počtu. Počet domovů se zvláštním režimem zřizovaných kraji i obcemi je v roce 2009 výrazně vyšší při porovnání s rokem 2007. Výsledný součet počtu domovů se zvláštním režimem i domovů pro seniory je u krajských zařízení výrazně vyšší v roce 2009 oproti roku 2007; u obecních zařízení je stejný.

Kapacity i počty domovů pro seniory i domovů se zvláštním režimem zřizovaných tzv. ostatními mají stoupající tendenci.

Z uvedených údajů se dají vysledovat určité tendence:

- Vznik nových pobytových služeb s nižší kapacitou - v případě krajských zařízení dochází ke snižování kapacit domovů pro seniory a navyšování kapacit domovů se zvláštním režimem za současného růstu počtu subjektů, které tyto služby poskytují
- Snaha o zkvalitnění služeb domovů pro seniory zřizovaných kraji – snižování kapacit může souviset také se snižováním počtu lůžek na vícelůžkových pokojích
- Nárůst kapacit specializovaných služeb, tj. domovů se zvláštním režimem
- Nárůst podílu sektoru tzv. ostatních (podnikatelské subjekty, nestátní neziskové organizace) na poskytování služeb pro seniory.

4. INDIVIDUÁLNÍ PROJEKT MPSV „PODPORA TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB“ A INTEGROVANÝ OPERAČNÍ PROGRAM

Transformační proces je v letech 2009 – 2013 podporován zejména prostřednictvím individuálního projektu MPSV „Podpora transformace sociálních služeb“ hrazeného z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím prioritní osy 4.3 Sociální integrace a rovné příležitosti Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Na tento projekt je alokováno celkem 136 250 000 Kč.

Všeobecným cílem projektu je na základě podrobných analýz a zmapování současné situace v oblasti služeb sociální péče zajistit komplexní systém podpory transformace služeb sociální péče, zajistit rozvojové plány vycházející z problematiky transformačního procesu, zvýšit informovanost o procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením, vytvořit systém vertikální a horizontální spolupráce mezi všemi dotčenými subjekty procesu transformace institucionální péče, podpořit proces zkvalitňování životních podmínek uživatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče a podpořit naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí.

Výstupy projektu směřují do pilotního zahájení procesu transformace ve vybraných nejvíce rizikových zařízeních ve všech krajích (mimo hl. m. Prahu), a to s podmínkou spolupráce se všemi zainteresovanými subjekty a podmínkou plnění zásad transparentního procesu transformace.

Usnesením rad krajů byla vybrána zařízení, která budou do projektu zapojena jako pilotní organizace a u nichž se zároveň předpokládá investiční finanční podpora (dále jen „vybraná zařízení“).

Zařízení vybraná kraji pro účast v projektu „Podpora transformace sociálních služeb“

č.	Název zařízení	Místo realizace – působnost služby/zřizovatel
1	Habrovanský zámek, příspěvková organizace	Jihomoravský kraj
2	Srdce v domě, příspěvková organizace	Jihomoravský kraj
3	Pístina - domov pro osoby se zdravotním postižením	Jihočeský kraj
4	Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské Lázních	Karlovarský kraj
5	Domov pro osoby se zdravotním postižením "Pata" Hazlov příspěvková organizace	Karlovarský kraj
6	Barevné domky Hajnice, příspěvková organizace	Královéhradecký kraj
7	Domov sociálních služeb Skřivany	Královéhradecký kraj

8	Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší	Královéhradecký kraj
9	Domov Sluneční dvůr, příspěvková organizace	Liberecký kraj
10	Domov pro osoby se zdravotním postižením Mařenice příspěvková organizace	Liberecký kraj
11	Marianum, příspěvková organizace	Moravskoslezský kraj
12	Harmonie, příspěvková organizace	Moravskoslezský kraj
13	Vincentinum - poskytovatel sociálních služeb Šternberk příspěvková organizace	Olomoucký kraj
14	Domov sociálních služeb Slatiňany	Pardubický kraj
15	Domov pod Kuňkou Ráby	Pardubický kraj
16	Domov na rozcestí Svitavy	Pardubický kraj
17	Domov pro osoby se zdravotním postižením Stod, příspěvková organizace	Plzeňský kraj
18	Bellevue, poskytovatel sociálních služeb (Ledce Šternberk)	Středočeský kraj
19	Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb	Středočeský kraj
20	Domov pro osoby se zdravotním postižením Hlíňany	Ústecký kraj
21	Ústav sociální péče Lobendava, příspěvková organizace	Ústecký kraj
22	Ústav sociální péče Jinošov, příspěvková organizace	Kraj Vysočina
23	Ústav sociální péče Ledec nad Sázavou	Kraj Vysočina
24	Ústav sociální péče pro mentálně postižené Těchobuz příspěvková organizace	Kraj Vysočina
25	Ústav sociální péče Křižanov, příspěvková organizace	Kraj Vysočina
26	Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová příspěvková organizace	Zlínský kraj
27	Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad - Salašská	Zlínský kraj

Pro neinvestiční aktivity byla dále vybrána zařízení, jejichž zřizovatelem je MPSV. Tato zařízení budou investičně podporována v rámci programu 113 110 - Rozvoj, obnova a provozování ICT resortních IS a pro proces transformace na ně bude zaměřena specifická strategie.

Zařízení přímo řízená MPSV – účastníci projektu „Podpora transformace sociálních služeb“

č.	Název zařízení	Místo realizace – působnost služby/zřizovatel
1	Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově	Středočeský kraj/MPSV ČR
2	Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hrabyni	Moravskoslezský kraj/MPSV ČR
3	Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež Zbůch	Píseňský kraj/ MPSV ČR
4	Ústav sociální péče pro zrakově postižené v Brně - Chrlících	Jihomoravský kraj/MPSV ČR
5	Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně - Králově poli	Jihomoravský kraj/MPSV ČR

Individuální projekt odboru sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV hrazený z prostředků Evropského sociálního fondu (dále jen „ESF“) se zaměřuje na zajištění neinvestiční složky deinstitucionalizace a transformace. Investiční složka bude u vybraných zařízení následně podpořena prostřednictvím Integrovaného operačního programu (dále jen „IOP“), oblasti intervence 3.1 Služby v oblasti sociální integrace.

IOP je jedním z investičních programů ČR zpracovaných v rámci Cílů Konvergence a Konkurenceschopnost pro programovací období 2007–2013. Tento program je financován z Evropského fondu pro regionální rozvoj (ERDF) a ze státního rozpočtu ČR, přičemž celkový objem finančních prostředků alokovaných pro IOP činí přibližně 1861,63 mil. EUR. Řídícím orgánem tohoto programu je Ministerstvo pro místní rozvoj ČR.

Podpora IOP je zaměřena na celé území ČR s výjimkou hlavního města Prahy, přesahy podpory směřující do hlavního města jsou umožněny pouze v minimálním rozsahu, a to ve třech z šesti prioritních os. IOP je koncipován jako program intervencí národního charakteru, které mají plošné a systémové zaměření a spadají do působnosti ústředních správních úřadů. IOP je komplementární k tematickým a regionálním operačním programům a navazuje na příslušné národní podpůrné programy.

Součástí IOP je oblast podpory zaměřená na „služby v oblasti sociální integrace“. Gestorem realizace této oblasti intervence je MPSV, které stanovilo tři prioritní okruhy. Jejich podpora bude provázána s neinvestiční formou dotací z Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost. Jednou z těchto aktivit je investiční podpora procesu a zavádění jednotného přístupu v transformaci pobytových zařízení sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb. Z tohoto programu mohou čerpat investiční prostředky prostřednictvím projektů krajů pouze

uvedená vybraná zařízení. Celkový objem prostředků, který může každý z krajů vyčerpat, je cca 100 mil. Kč.

Pro tuto výše uvedenou aktivitu je na podporu transformace vyčleněno necelých 56 mil. EUR. U jednotlivých projektů bude hrazeno 100 % celkových způsobilých výdajů projektu, v rámci podpory není vyžadována žádná finanční spoluúčasť ze strany příjemce dotace, tedy kraje nebo obce. Nemovitosti nabyté z projektu budou majetkem krajů.

Díky provázanosti projektu „Podpora transformace“ s investiční podporou z IOPu je možné zajistit reálné pilotní ověření deinstitucionalizace zařízení vedoucí od neinvestičních aktivit, mezi které patří zpracování komplexních transformačních plánů zařízení, zajištění odbornosti pracovníků, posouzení a provázení uživatelů přechodem do neústavního typu služeb až po realizaci investičních akcí, které povedou k deinstitucionalizaci v praxi. Podporováno bude zejména vytvoření sítě domácností s kapacitou do 6 uživatelů v běžné zástavbě a snížení kapacity některých objektů sociálních služeb za dodržení podmínek pro kapacitu sociální služby obsažených v Kritériích transformace.

Podstatná část aktivit projektu Podpora transformace bude zajištěna prostřednictvím externího dodavatele, který vytvoří tzv. „Národní centrum podpory transformace sociálních služeb“ (dále jen Národní centrum). Národní centrum bude zaštiťujícím subjektem celého procesu transformace a bude vytvářet jasnou strukturu organizace řízené podle pokynů MPSV. Dodavatel zajistí komplexní koordinaci a provádění činností v rámci aktivit projektu pod přímým řízením pracovníků MPSV.

V rámci projektu jsou již nyní vytvářeny tzv. transformační plány, které musí být plně v souladu se střednědobými plány rozvoje sociálních služeb vyplývajícími ze zákona o sociálních službách. V projektu budou zajištěny podrobné analýzy regionů, možností uživatelů i reálné situace v poskytovaných službách.

Pro účastníky projektu z vybraných zařízení a krajů probíhají vzdělávací programy pro management zařízení a pracovníky krajů, sociální pracovníky a pro pracovníky v přímé péči, které jsou zaměřeny zejména na řízení změn v organizaci, posuzování uživatelů a zvládnutí metod péče podle individuálních potřeb uživatelů.

Poskytovatelům je již nyní zajištěna průběžná odborná metodická podpora a vytvářen systém výměny dobré praxe. Zároveň jim bude prostřednictvím veřejné zakázky zajištěna supervize.

Metodiky vytvořené v projektu, stejně jako moduly vzdělávacích programů a vybrané semináře, budou k dispozici všem poskytovatelům a zřizovatelům sociálních služeb v České republice

Základní metodická idea projektu je zachování denního a životního režimu (cyklu) pro lidi se zdravotním znevýhodněním, který by měl být stejný, jako u lidí bez handicapu. Člověk s postižením bydlí v běžné domácnosti¹⁸, využívá veřejné služby, chodí do zaměstnání či školy nebo využívá obdobné služby denních programů¹⁹, stává se součástí místní komunity a žije obdobným způsobem života jako lidé bez zdravotního postižení. Senior žije ve vlastní domácnosti nebo zařízení komunitního typu. Domácnosti, zázemí pro denní programy i zařízení komunitního typu by měly být umístěny v běžné zástavbě a kopírovat způsob života běžného člověka bez zdravotního postižení. Díky službám transformovaným do malokapacitních domácností a služeb denních programů lidé s postižením žijí normálním způsobem života a nedochází ve vysoké míře k sociálnímu vyloučení a zároveň k tzv. přepečování. Služby jsou nastaveny pouze v té míře, kterou jejich klienti opravdu potřebují.

Při identifikaci nákladů potřebných na provoz vybraných zařízení bylo na základě zahraničních zkušeností²⁰ a výstupů mezinárodních studií²¹ zjištěno, že při komplexní deinstitucionalizaci dochází v konečném důsledku ke snížení nákladů za poskytování sociálních služeb nebo jejich setrvání ve stávající výši, pokud se porovnání provádí na základě poměrných potřeb uživatelů a kvality péče při zhodnocení všech přímých a nepřímých nákladů a dlouhodobých výhod ze sociálního začlenění uživatelů.²² K navýšení nákladů dochází pouze během přechodného období (cca 1,5 roku), kdy probíhá stěhování uživatelů a zdrojů. Navýšení nákladů pro období procesu transformace má MPSV zájem podpořit v rámci dotačního programu.

¹⁸ Sociální služby poskytované formou domácnosti mohou mít registraci podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění jak na službu domov pro osoby se zdravotním postižením či chráněné bydlení, tak to mohou být vlastní či jiné byty uživatelů, kde jim bude poskytována služba podpora samostatného bydlení či osobní asistence

¹⁹ Pod pojmem denní programy se rozumí jak zaměstnání na volném trhu práce i obdobné aktivity a služby, jako jsou např. denní stacionáře nebo denní programy pro službu domova pro osoby se zdravotním postižením, chráněné dílny nebo i školní docházka.

²⁰ „Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči“ Tato zpráva byla načrtnuta skupinou nezávislých expertů, svolanou v únoru 2009 komisařem EU, Vladimírem Špidlou, aby projednala problémy reformy institucionální péče pro Evropskou komisi.

²¹ Například: WARD, H., HOLMES, L. A SOPER, J. (2008) *Costs and Consequences of Placing Children in Care*. London: Jessica Kingsley Publishers. Studie uvedla že průměrné týdenní náklady jednotky pro péči o dítě v ubytovacím zařízení jsou 4,5krát vyšší než v odděleném bydlení, 8krát než v pěstounské péči, 9,5krát než ve spřízněné rodině a 12,5krát než v rodině vlastní.

²² MANSELL J., KNAPP M., BEADLE-BROWN J., AND BEECHAM J. *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 2007

Zvýšení informovanosti o procesu transformace institucionální péče bude realizováno prostřednictvím mediální kampaně zajišťované externím dodavatelem.

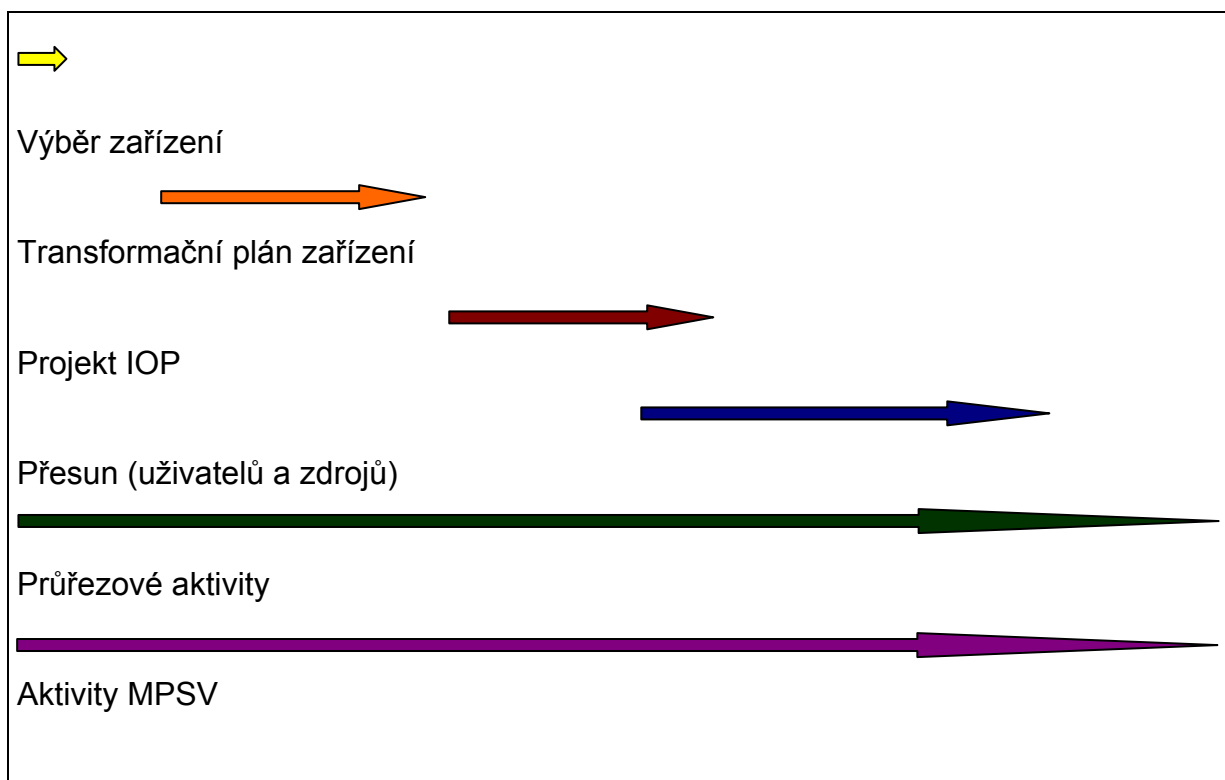
Přehled aktivit pilotního ověření transformace ve vybraných zařízeních

Zařízení zařazená do pilotního ověření transformace (tj. projektu „Podpora transformace“ a do výzvy IOP) budou procházet několika identifikovanými fázemi procesu.

S ohledem na specifika regionu je nutné konstatovat, že každé zařízení i každý kraj má odlišný přístup k plánování procesu i k samotnému průběhu transformace.

Při přípravě procesu transformace byla nejprve vybrána zařízení vhodná pro pilotní ověření procesu. Tato zařízení za podpory MPSV již nyní připravují své tzv. transformační plány, které jsou podkladem pro zpracování investičních projektů předkládaných v rámci IOP. Po vytvoření potřebného zázemí a jasně stanovené strategie (pro uživatele i personál) a na základě výstupů z nezbytných analýz a metodických materiálů je zajištěna v rámci zařízení příprava a následné přestěhování uživatelů a přesun všech důležitých zdrojů. Během tohoto procesu probíhají tzv. průřezové aktivity, jakými jsou například osvěta, řízení procesu a jeho sledování a vyhodnocování. Zároveň jsou realizovány vzdělávací programy pro pracovníky vybraných zařízení a krajů.

Fáze pilotní transformace zařízení

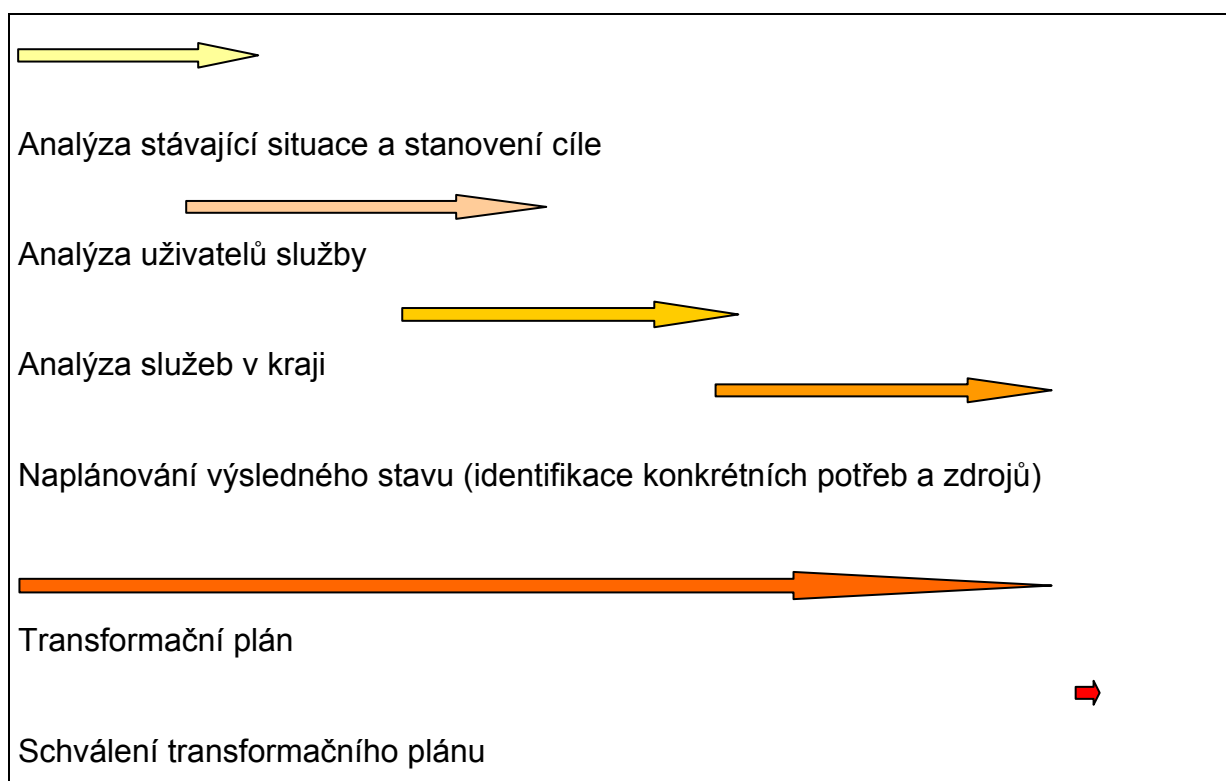


Tvorba transformačního plánu

Na základě analýzy zařízení a regionu a stanoveného cíle je navržena strategie procesu transformace, která je z důvodu transparentnosti procesu popsána v transformačním plánu. V návaznosti na stanovené strategie bude zařízení identifikované aktivity realizovat

Zařízení zmapuje současnou situaci (počet a struktura klientů, počet a struktura zaměstnanců, složení opatrovníků, stav a rozložení objektů, význam služby v daném místě apod.) a poté na základě kvalifikovaného odhadu a ve spolupráci se zřizovatelem a v souladu s prioritami střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje zvolí cíl transformace vzhledem k původnímu zařízení/objektům (např. opustit všechny objekty, které využívá, či transformovat část zařízení). Tento cíl musí být v souladu s Kritérii transformace, deinstitucionalizace a humanizace pobytových zařízení sociálních služeb (viz Doporučený postup MPSV č. 4 Kritéria transformace).

Transformační plán



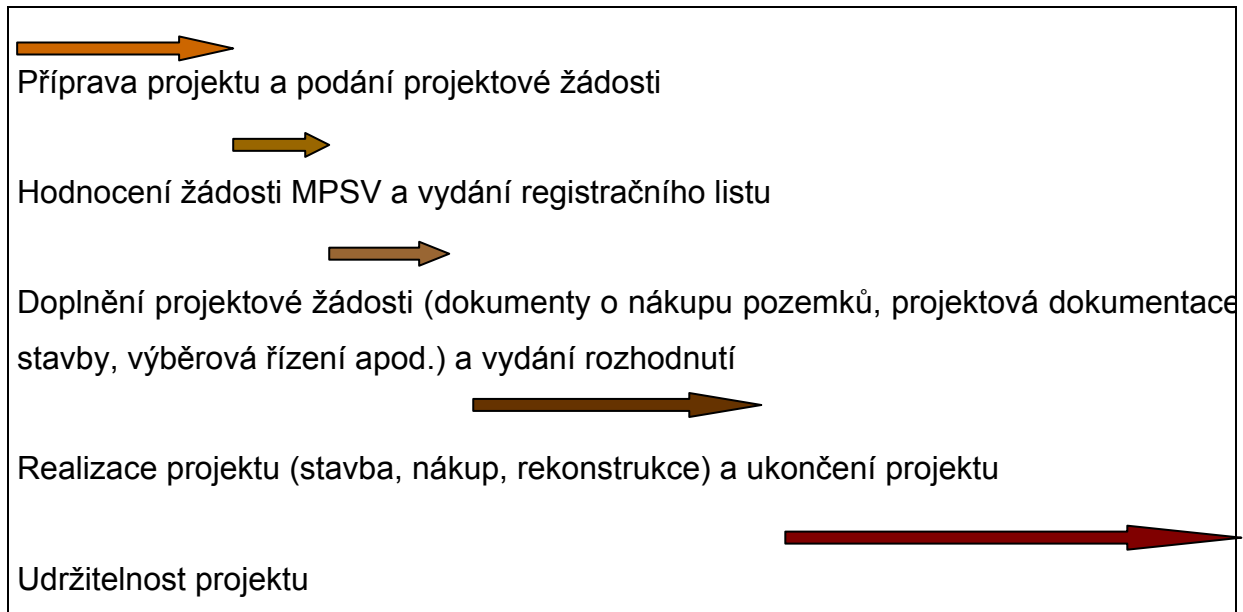
Na základě schváleného transformačního plánu připraví kraj ve spolupráci se zařízeními projektovou žádost na investiční prostředky do IOP. Žádost kraj podává včetně transformačního plánu schváleného MPSV nejpozději do 30. 6. 2013.

Po kontrole žádosti a vydání registračního listu kraj může nakupovat pozemky, připravovat projektovou dokumentaci stavby a provádět výběrová řízení na dodavatele

(blíže viz Příručka pro žadatele a příjemce IOP, oblast intervence 3.1, aktivita a). Po vydání rozhodnutí kraj může začít s realizací projektu (stavba, nákup či rekonstrukce budov).

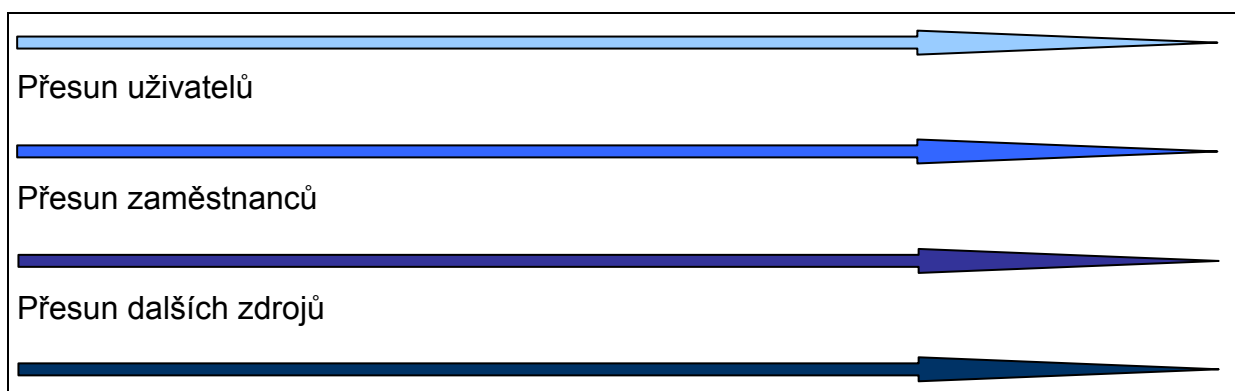
Po dokončení investičního projektu (nejpozději 30. 6. 2015) následuje pětiletá doba udržitelnosti tohoto projektu.

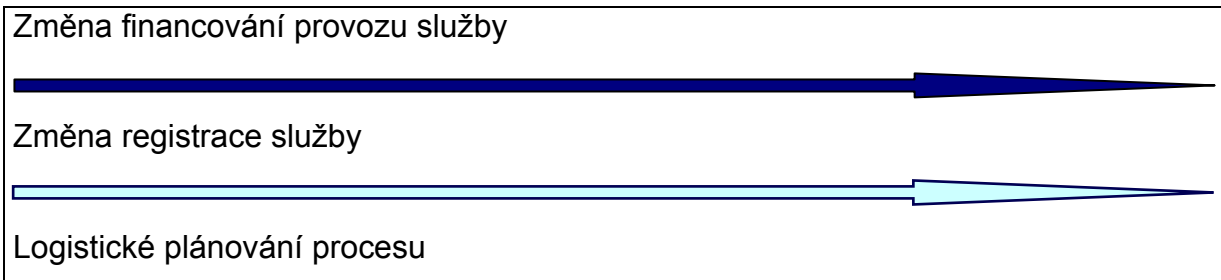
Projekt IOP



Zařízení dle schváleného transformačního plánu a investičního projektu kraje naplánuje a realizuje přípravu a přestěhování klientů a přesun zaměstnanců. Tento proces může probíhat průběžně s projektem IOP nebo v návaznosti na něj, a to v závislosti na potřebě investice do domácností pro uživatele. Zároveň s přesunem uživatelů a zaměstnanců musí mít poskytovatel naplánován i přesun zdrojů (financování služeb, využití původního vybavení zařízení apod.) a musí ho postupně realizovat.

Přesun uživatelů a zdrojů





5. REALIZOVANÉ AKTIVITY ZAMĚŘENÉ NA PLNĚNÍ SYSTÉMOVÝCH OPATŘENÍ V ROCE 2009 A PRVNÍ POLOVINĚ ROKU 2010

Proces podpory transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb zahrnuje velké množství aktivit, do jejichž realizace je zapojena řada resortů státní správy, samosprávy i dalších relevantních aktérů procesu. Je nutné zajistit, aby nedošlo k formalizaci a odkladům procesu transformace sociálních služeb a realizace probíhala na základě podpory veřejnosti a politického konsensu.

Realizací procesu transformace sociálních služeb je pověřeno Ministerstvo práce a sociálních věcí, které přímo odpovídá vládě za proces transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.

Pro naplňování stanovených cílů a opatření definovaných Konceptí podpory byly prostřednictvím MPSV realizovány **v období roku 2009 a 1. pol. 2010** zejména tyto aktivity:

- V srpnu 2009 byl projekt „Podpora transformace sociálních služeb“ (dále jen „Podpora transformace), schválen hodnotící komisí. Na projekt je alokováno celkem 136 250 000,- Kč. Cílem projektu je realizovat opatření stanovená Konceptí podpory transformace.
- V červenci 2009 byla vyhlášena kontinuální výzva k předkládání žádostí o finanční podporu v rámci Integrovaného operačního programu, Oblast intervence 3.1 Služby v oblasti sociální integrace, Aktivita a) investiční podpora procesu a zavádění jednotného přístupu v transformaci pobytových zařízení sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb zaměřená na investiční podporu transformace a deinstitucionalizace vybraných zařízení sociálních služeb. Na tyto aktivity je alokováno 1 338 502 000,- Kč.
- V rámci výzvy byl zveřejněn vzor Transformačního plánu pro vybraná zařízení sociálních služeb, jehož cílem je identifikovat údaje potřebné pro zajištění

optimálního procesu transformace vybraných zařízení. Na základě Transformačního plánu vybraného zařízení schváleného MPSV a radou příslušného kraje je možné žádat o investiční prostředky Integrovaného operačního programu.

- V roce 2010 probíhá příprava globálního grantu z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost k problematice podpory procesu transformace sociálních služeb.
- Informovanosti o procesu transformace a podpoře systému vertikální i horizontální spolupráce mezi relevantními subjekty se MPSV v roce 2009 věnovalo zejména prostřednictvím zajištění specializovaných seminářů a konferencí pořádaných pro zřizovatele a poskytovatele sociálních služeb, výzkumných záměrů a publikační činnosti, zveřejňováním dokumentů a informací na internetových stránkách MPSV a vystupování zástupců MPSV v médiích.
- MPSV při podpoře procesu transformace v ČR i regionech dlouhodobě a koncepčně spolupracuje v nastavení strategie transformace v České republice s organizací Lumos (dříve Children's High Level Group²³), která má praktické zkušenosti s deinstitutionalizací z mnoha zemí Evropy.
- K problematice deinstitutionalizace vybraných zařízení MPSV spolu s mezinárodní organizací Lumos připravilo a zajistilo sérii seminářů k vybraným tématům z oblasti transformace pro pracovníky krajských úřadů a poskytovatele sociálních služeb. Semináře byly věnovány zejména deseti krokům transformace, public relations celého procesu a možnosti financování celého procesu.
- Semináře k problematice právního postavení uživatelů sociálních služeb byly realizovány ve spolupráci s Ligou lidských práv a zástupci kanceláře Veřejného ochránce práv.
- V oblasti metodické podpory samotného zajištění procesu transformace v krajích a vybraných zařízení bylo realizováno:

²³ Nadace Children's High Level Group byla založena v roce 2005 Baronesou Emou Nicholson a spisovatelkou Joan Rowlingovou. Cílem této charity je zlepšení životních podmínek dětí v oblasti zdraví, vzdělávání a celkové kvality života. Organizace se snaží o tuto změnu především jednáním se zodpovědnými institucemi. Hlavním cílem Children's High Level Group v České republice je především deinstitutionalizace zařízení pobytových služeb a institucionální péče a změna legislativy.

Za rok 2009

- 7 dvoudenních seminářů, kterých se účastnili relevantní pracovníci krajských úřadů zodpovědní za proces transformace a deinstitucionalizace;
- 4 semináře pro 33 vybraných poskytovatelů sociálních služeb, kterých se účastnil vedoucí management těchto zařízení;
- 3 semináře pro transformační týmy zařízení zapojených do přípravné fáze projektu Podpora transformace;
- 2 setkání dobré praxe pro vybrané poskytovatele a zřizovatele sociálních služeb;
- 2 návštěvy dobré praxe ve Velké Británii pro zástupce krajů;
- 2 semináře pro žadatele do Integrovaného operačního programu;

Za první pololetí roku 2010

- 2 vícedenní semináře, kterých se účastnili relevantní pracovníci krajských úřadů zodpovědní za proces transformace a deinstitucionalizace;
 - 2 vícedenní semináře, vždy pro 2 skupiny, pro 33 vybraných poskytovatelů sociálních služeb, kterých se účastnil vedoucí management těchto zařízení;
 - 7 setkání pro pracovníky zařízení zapojených do přípravné fáze projektu Podpora transformace;
 - 3 setkání dobré praxe pro vybrané poskytovatele a zřizovatele sociálních služeb;
 - 2 návštěvy dobré praxe ve Velké Británii pro zástupce krajů;
 - 1 seminář pro příjemce do Integrovaného operačního programu;
 - 3 jednodenní semináře pro relevantní pracovníky krajských úřadů a pro relevantní pracovníky vybraných poskytovatelů.
- Během celého období probíhala konzultační a metodická setkání se zástupci krajů a vybraných poskytovatelů sociálních služeb zaměřená na proces transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.
 - Proces transformace a deinstitucionalizace byl prezentován na konferencích v ČR i zahraničí pořádaných různými subjekty.
 - V roce 2010 byl ustanoven resortní tým MPSV, který se napříč jednotlivými odbory a oblastmi sociálních věcí (kvalita sociálních služeb, jejich dostupnost,

oblast sociálních dávek, ucelená rehabilitace, rodinná politika apod.) věnuje problematice transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.

- V roce 2010 vznikla také monitorovací skupina projektu „Podpora transformace sociálních služeb“ a zároveň byla započata její činnost za účasti zástupců státní správy, samosprávy a vybraných odborníků z oblasti sociálních služeb.
- V jednotlivých krajích byly ustanoveny regionální transformační týmy zodpovědné za proces transformace v regionu. Součástí týmů je minimálně:
 - pracovník kraje zodpovědný za koordinaci procesu transformace a deinstitucionalizace služeb sociální péče;
 - pracovník kraje zodpovědný za investice do vybraných zařízení služeb sociální péče;
 - pracovník kraje zodpovědný za proces plánování a dostupnosti sociálních služeb;
 - ředitel vybraného zařízení a jeho zástupce;
 - další osoby, jejichž činnost souvisí s procesem transformace a deinstitucionalizace vybraných zařízení sociálních služeb v regionu (jsou to například starostové relevantních obcí, zástupci sociálních partnerů apod.), identifikované podle individuálních potřeb regionu;
- Ve vybraných zařízeních sociálních služeb byly vytvořeny tzv. multidisciplinární transformační týmy zodpovědné za proces transformace vybraného zařízení. Jejich členy jsou minimálně:
 - ředitel vybraného zařízení;
 - zástupce ředitele vybraného zařízení;
 - zástupce pracovníků v přímé péči o uživatele;
 - ekonom vybraného zařízení;
 - sociální pracovník;
 - zástupce kraje;
- Ve vybraných zařízeních započal proces hodnocení potřeb uživatelů a příprava tvorby transformačního plánu, na jehož základě budou poskytnuty investiční prostředky a realizován proces deinstitucionalizace vybraného zařízení.

- V listopadu 2009 byl zveřejněn dokument Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče (Doporučený postup MPSV č. 4), jehož hlavním záměrem bylo nastavit jasný rámec transformace vybraných zařízení služeb sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů, umožnit uživatelům sociálních služeb jejich aktivní zapojení se na trh práce a do společnosti a přispět k realizaci deinstitucionalizace pobytových zařízení sociálních služeb v České republice. Tento doporučený postup je pro vybraná zařízení zapojená do projektu „Podpora transformace“ a čerpání investičních prostředků z Integrovaného operačního programu závazný.
- V rámci probíhajícího procesu podpory transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb se ukázala nutnost identifikovat údaje, které je nezbytné znát pro vhodné směřování uživatelů do nových typů služeb. V listopadu 2009 byl proto zveřejněn Doporučený postup č. 7 - Základní zjišťované údaje pro posuzování uživatelů. Hlavním záměrem doporučeného postupu bylo nastavení rámce údajů potřebných pro posuzování uživatelů. Suma základních zjišťovaných údajů je závazná pro vybraná zařízení, jejichž transformace má být podpořena z IOP.
- V květnu 2010 MPSV zveřejnilo Doporučený postup č. 1/2010 Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů zaměřený na zhodnocení nutného rozsahu podpory v nových typech domácností.
- V září 2009 byla vyhlášena veřejná zakázka „Zajištění přípravné fáze pilotního ověřování transformace“, která je součástí projektu OP LZZ „Podpora transformace sociálních služeb“, na jehož další aktivity je úzce navázána. Předmětem veřejné zakázky je zajištění podpory pro přípravnou fázi projektu „Podpora transformace“ ve vybraných zařízeních sociálních služeb a ve vybraných krajích ČR. Podpora je zajišťována prostřednictvím pracovníků dodavatele, kteří působí přímo ve čtyřech vybraných zařízeních (Domov pod Kuňkou Ráby, Ústav sociální péče Jinošov, Domov sociálních služeb Slatiňany, Bellevue, poskytovatel sociálních služeb - Ledce).
- Přípravná fáze pilotního ověřování je zaměřena na nastartování některých aktivit procesu transformace ve výše uvedených zařízeních ještě před započítáním činnosti dalšího aktéra (Národního centra podpory transformace sociálních služeb) v projektu „Podpora transformace“, který pak následně

pokračování této aktivity převezme a získané zkušenosti využije v dalších regionech a zařízeních.

- Konkrétně jde o podporu pracovníků, uživatelů a managementu ve výše uvedených vybraných zařízeních, podporu tvorby plánů transformace těchto zařízení, zhodnocení jednotlivých kroků a přípravu podkladů pro zajištění pilotního ověřování deinstitucionalizace ve vybraných zařízeních v dalších krajích. Tento postup vede k eliminaci rizik, reálnému zhodnocení české praxe a hledání nejvhodnějších nástrojů a cest pro následnou činnost pracovních skupin, regionálních transformačních týmů a dalších aktivit projektu.
- V roce 2010 bylo zpracováno šest transformačních plánů vybraných zařízení (ÚSP Jinošov, DOZP Slatiňany, DOZP Stod, DOZP Hlíňany, ÚSP Lobedava, ÚSP Marianum), které budou následně investičně podpořeny v rámci čerpání IOP.
- Byly zřízeny webové stránky procesu podpory transformace <http://www.mpsv.cz/cs/7058>.
- V Registru poskytovatelů sociálních služeb, který je k dispozici na webových stránkách <http://iregistr.mpsv.cz>, jsou průběžně sledovány a aktualizovány základní údaje o poskytování sociálních služeb v České republice .
- V rámci činnosti MPSV proběhla aktualizace sledování statistických údajů pro rok 2009.
- Mediální výstupy týkající se transformace a deinstitucionalizace byly zařazeny do mediálního plánu MPSV.
- Pravidelná publicita procesu transformace a deinstitucionalizace je průběžně zajišťovaná pomocí odborných článků a tiskových zpráv MPSV, krajů ČR a vybraných zařízení sociálních služeb.
- Příkazem ministra č. 25/2008 ze dne 17. července 2008 byl zřízen odborný Panel expertů k problematice restriktivních opatření v rámci poskytování sociálních služeb (dále jen Panel), který je nezávislým, iniciačním a poradním orgánem MPSV v oblasti problematiky restriktivních opatření užívaných v rámci sociálních služeb v České republice. Panel předkládá náměty na řešení problematiky restriktivních opatření v rámci poskytování sociálních služeb a spolupracuje zejména s odborem sociálních služeb a dalšími útvary zabývajícími se problematikou sociálních služeb. Panel se v roce 2009 věnoval zejména definici problematiky restriktivních opatření, možnostem

změn zákona o sociálních službách s ohledem na potřeby uživatelů sociálních služeb a jednotlivým připravovaným výstupům výzkumu pro potřeby státu „Analýza a prognóza problematiky restriktivních opatření v zařízení sociálních služeb“.

- Na základě podnětu Panelu expertů k problematice restriktivních opatření v rámci poskytování sociálních služeb byla realizována studie „Problematika restriktivních opatření v sociálních službách ve světle mezinárodních závazků ČR“. Účelem studie bylo zmapovat a právně analyzovat současnou situaci právní úpravy týkající se restriktivních opatření. Ve studii byly analyzovány mezinárodní závazky České republiky v širším kontextu práv osob s postižením a seniorů s různými formami demencí. Studie se zabývá závazky ČR přijatými na půdě OSN, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní zdravotnické organizace a Rady Evropy a dokumenty Evropské unie. Součástí studie je dále stručná analýza právního řádu ČR a jeho soulad s mezinárodními dokumenty, jež jsou pro ČR závazné.
- V roce 2009 byl pro MPSV realizován výzkumný záměr „Analýza a prognóza problematiky restriktivních opatření v zařízení sociálních služeb“, který je zaměřen zejména na problematiku života lidí s rizikem v chování a specifickými potřebami v zařízeních sociálních služeb. Tento výzkumný záměr byl zajišťován Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí, v.v.i. a celková výše podpory na realizaci výzkumu byla 1 252 073,- Kč.
- Klíčovou aktivitou v oblasti řešení problematiky dostupnosti a plánování sociálních služeb vedoucí kromě jiného k podpoře procesu transformace, kterým se věnovalo MPSV, se staly Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012, jež vzala vláda na vědomí v září 2009. Transformace sociálních služeb zde byla identifikována jako jedno z klíčových témat.
- V roce 2009 započala činnost na přípravě Národního plánu rozvoje sociálních služeb. K tomuto účelu byla sestavena expertní pracovní skupina, která se nadále schází v průběhu roku 2010.
- Byly zanalyzovány a připomínkovány krajské střednědobé plány a poskytovány průběžné konzultace některým krajům při tvorbě jejich individuálních projektů v oblasti plánování. Kraje ve svých střednědobých plánech vyjádřily podporu procesu transformace, humanizace a

deinstitucionalizace procesu sociálních služeb a identifikovaly potřebnost systémových změn v této oblasti.

- V roce 2009 a 2010 proběhla setkání s pracovníky krajů zodpovědnými za plánování sociálních služeb a metodické návštěvy jednotlivých krajských úřadů. Rovněž byla uspořádána setkání za účelem zlepšení využitelnosti aplikací Registru poskytovatelů sociálních služeb pro plánování.
- V roce 2009 započala příprava individuálního projektu odboru sociálních služeb a sociálního začleňování zaměřeného na podporu procesů plánování, samotný projekt „Podpora procesů v sociálních službách“ byl zahájen v polovině roku 2010.
- V roce 2009 MPSV ČR vyhlásilo dotační řízení na podporu poskytování sociálních služeb místního a regionálního charakteru a služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter. Dotace ze státního rozpočtu (kapitoly MPSV ČR) se poskytují k financování běžných provozních výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje.
- S ohledem na realizované aktivity byla identifikována potřeba systémových změn v dotačním řízení pro rok 2010 a 2011 a dále potřeba změn zaměřených na zohlednění přechodného navýšení nákladů při procesu transformace a deinstitucionalizace v zařízeních, ve kterých proces transformace probíhá.
- V Operačním programu Lidské zdroje a zaměstnanost v prioritní ose 3 Sociální integrace a rovné příležitosti, v oblasti podpory 3.1 Podpora sociální integrace a sociálních služeb bylo vyhlášeno několik výzev pro předkládání grantových projektů, jimiž bylo možné podpořit aktivity zaměřené na proces transformace a deinstitucionalizace.
- V roce 2009 byly vyhlášeny výzvy pro předkládání grantových projektů v oblasti podpory 3.1 - Podpora sociální integrace a sociálních služeb s cílem sociálního začleňování sociálně vyloučených osob a osob ohrožených sociálním vyloučením, včetně odstraňování bariér v jejich přístupu ke vzdělávání a k zaměstnání, cestou zajištění a zvyšování dostupnosti, kvality a kontroly služeb. (č. 43 - alokace 129 mil. Kč, č. 45 – alokace 108 mil. Kč, č. 55 – alokace 200 mil. Kč).
- Dále byla vyhlášena průběžná výzva pro předkládání grantových projektů v oblasti podpory 3.1 – Sociální ekonomika (alokace 248 mil. Kč) a průběžná

výzva k předkládání individuálních projektů v Operačním programu Lidské zdroje a zaměstnanost pro kraje, mimo hlavního města Prahy, na kterou je alokováno 402 mil. Kč.

- MPSV v programu reprodukce majetku 113 310 - Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb 2007 – 2013 investičně podpořilo vybraná zařízení sociálních služeb s malou kapacitou.
- Byly realizovány stavební akce:
 - dům na půl cesty v Kostelci u Zlína (5 lůžek);
 - dům na půl cesty ve Zlíně (7 lůžek);
 - zahájení výstavby chráněného bydlení Přelouč pro Domov pod Kuňkou Ráby (9 lůžek);
 - zahájení rekonstrukce budovy s 5 lůžky – ÚSP Bystré u Poličky;
 - rekonstrukce Domova pro seniory Uherský Ostroh – 38 lůžek;
 - novostavba domova se zvláštním režimem – součást Domova pro seniory Albrechtice nad Orlicí – 24 lůžek;
- V oblasti podpory sociální ekonomiky vedoucí k rozšíření sítě denních programů pro osoby ohrožené sociálním vyloučením proběhlo 6 seminářů. Problematika podpory sociální ekonomiky byla dále prezentována pracovníky MPSV na konferencích dalších subjektů.
- V oblasti hodnocení kvality sociálních služeb proběhlo v letech 2009 a 2010 celkem 7 metodických dnů se zástupci krajských úřadů, 4 specializované semináře a 20 skupinových supervizí inspektorů kvality sociálních služeb.
- V roce 2010 probíhá příprava individuálního projektu MPSV hrazeného z prostředků ESF zaměřeného na problematiku ucelené rehabilitace, který má zajistit dostupnost a úzkou spolupráci odborníků, kteří budou schopni provádět odbornou diagnostiku – zejména neurologickou, psychiatrickou, psychologickou, sociální a pedagogickou.

6. ZÁVĚR

MPSV se v rámci dalšího období plánuje zaměřit na další aspekty transformačního procesu. Bude proveden výzkum a analýzy stavu institucionální a komunitní péče v České republice. Systém transformace a deinstitucionalizace v oblasti služeb pro osoby se zdravotním postižením, služeb pro seniory, služeb pro osoby s duševním onemocněním a transformaci systému péče o ohrožené děti bude postupně úzce provazován mezi jednotlivými aktéry procesu. MPSV v rámci projektu „Podpora transformace“ připraví a zajistí fungování systému poskytování metodické podpory v procesu transformace institucionální péče poskytovatelům a zadavatelům sociálních služeb a nastaví regionální a lokální strategie snižování kapacit zařízení sociálních služeb s prvky institucionální péče a vybudování sítě komunitních služeb. Pro podporu naplňování lidských práv uživatelů sociálních služeb bude připravován k ratifikaci Opční protokol Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AKČR – Asociace krajů ČR

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

DoZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

DSS – Domov pro seniory

DsZR – Domov se zvláštním režimem

ENIL – European Network on Independent Living

ESF – Evropský sociální fond

IOP – Integrovaný operační program

MF – Ministerstvo financí

MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MSp – Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NAP – Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009

OPLZZ – Operační program lidské zdroje a zaměstnanost

OS – Osobní asistence

PnP – Příspěvek na péči

PS – Pečovatelská služba

PSB – Podpora samostatného bydlení

SMO – Svaz měst a obcí

ÚSP – Ústav sociální péče