**Akční plán k přechodu sociálních služeb k péči poskytované na komunitní bázi a k větší individualizaci péče a k podpoře deinstitucionalizace sociálních služeb v ČR**

**pro období 2023–2025**

**Obsah**

[**1** **Úvod** 3](#_Toc131162061)

[**1.1** **Relevantní legislativní a strategické dokumenty** 4](#_Toc131162062)

[**2** **Definice a analýza řešeného problému** 6](#_Toc131162063)

[**2.1** **Osoby se zdravotním postižením v sociálních službách – prioritní skupina** 9](#_Toc131162064)

[**3** **Vize a základní strategické směřování Akčního plánu a konečný stav po jeho implementaci** 14](#_Toc131162065)

[**3.1** **Strategické cíle Akčního plánu** 15](#_Toc131162066)

[**4** **Popis cílů a opatření v jednotlivých strategických oblastech** 16](#_Toc131162067)

[**5** **Pravidla monitorování a vyhodnocování** 27](#_Toc131162068)

[**Příloha: Použité zkratky** 28](#_Toc131162069)

# **Úvod**

Akční plán k přechodu sociálních služeb k péči poskytované na komunitní bázi a k větší individualizaci péče a k podpoře deinstitucionalizace sociálních služeb pro období 2023–2025 (dále jen „Akční plán pro DI“) byl vytvořen podle metodiky přípravy veřejných strategií z roku 2012[[1]](#footnote-1). Zároveň respektuje aktuální poznatky při tvorbě strategií z učebních textů Strategické řízení a plánovaní z roku 2018, zpracovaných Ministerstvem pro místní rozvoj v rámci projektu STRATeduka[[2]](#footnote-2).

Akční plán pro DI je postaven na potřebě transformace sociálních služeb, která zahrnuje soubor procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče zejména v přirozeném prostředí člověka a snižování počtu lůžek v zařízeních nekomunitního charakteru. Jeho struktura vychází z následující logiky: analýza současného stavu – strategické cíle – specifické cíle – opatření – způsob implementace – hodnocení výstupů a výsledků. Deinstitucionalizace je proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji sociálních služeb komunitního charakteru. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování. Klienti nejsou vystavováni institucionalizaci.

Tento Akční plán pro DI se předkládá na základě potřeby pokračovat v prosazování a podpoře inkluze osob znevýhodněných z důvodu věku či zdravotního stavu, tedy zejména seniorů a osob se zdravotním postižením, a na základě potřeby deinstitucionalizace sociálních služeb, a to prostřednictvím konkrétních opatření. Navazuje na Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016 až 2025 (dále jen „NSRSS“), a to zejména v kontextu naplnění strategického cíle zajištění přechodu od institucionálního modelu péče o seniory a osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí. Tento akční plán je koncipován na tříleté období (2023-2025). Proces deinstitucionalizace sociálních služeb pro děti a osoby s duševním onemocněním je řešena v rámci jiných strategických dokumentů na mezinárodní a na národní úrovni viz kapitola 1.1 Relevantní legislativní a strategické dokumenty.

Ministerstvo práce a sociálních věcí podporuje proces deinstitucionalizace sociálních služeb svými projekty již od roku 2007, kdy byl přijat usnesením vlády České republiky č. 127 dokument „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“.

## **Relevantní legislativní a strategické dokumenty**

Tento Akční plán pro DI navazuje na řadu dokumentů. Mezi základní mezinárodní a vládní dokumenty patří následující:

*Mezinárodní závazky a doporučení vztahující se k tématu:*

**Závazné:**

* Mezinárodní pakt o občanských a politických právech; OSN, 1966,
* Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech; OSN,1966,
* Úmluva o lidských právech a základních svobodách (tzv. „Evropská úmluva“); Rada Evropy, 1950,
* Evropská sociální charta; Rada Evropy, 1961,
* Úmluva o právech osob se zdravotním postižením; OSN, 2006,
* Úmluva o právech dítěte; OSN, 1989,
* Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, OSN, 1984.

**Doporučující:**

* Všeobecná deklarace lidských práv;
* Směrnice o náhradní péči o děti (rezoluce Valného shromáždění OSN č. A/RES/64/142);
* Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020;
* Strategie Rady Evropy pro práva dítěte (2016-2021);
* Doporučení Výboru ministrů členským státům Rady Evropy Rec(2005)5 o právech dětí žijících v pobytových zařízeních;
* Doporučení Výboru ministrů členským státům Rady Evropy CM/Rec(2010)2 o deinstitucionalizaci a životě v běžné společnosti pro děti s postižením;
* Doporučení Výboru ministrů členským státům Rady Evropy CM/Rec(2011)12 o právech dětí a sociálních službách vstřícných k dětem i jejich rodinám;
* Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí,
* Deklarace o duševním zdraví (RE, EU)
* Zásady OSN pro seniory.
* Obecný komentář Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením č. 5: Článek 19: Nezávislý život a být začleněn do běžné společnosti, 2017

*Vládní strategie obsahující závazek k deinstitucionalizaci:*

* Koncepce rodinné politiky,
* Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2019–2022,
* Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025,
* Strategie sociálního začleňování na léta 2021–2030,
* Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025,
* Koncepce sociálního bydlení ČR 2015–2025,
* Národní strategie ochrany práv dětí 2021–2029 (MPSV),
* I. Akční plán k naplnění národní strategie ochrany práv dětí 2021–2024 (MPSV),
* Strategie reformy psychiatrické péče 2013 (MZd, 2013),
* Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030 (MZd).

Plán využívá i další dokumenty, výstupy a analýzy. V první řadě využívá výzkumné
a analytické studie vzniklé v rámci individuálních projektů MPSV či z vlastní výzkumné činnosti tohoto i dalších spolupracujících resortů. Podpůrným zdrojem informací jsou i různé strategie na úrovni krajů (krajské plány vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, akční plány rozvoje sociálních služeb, strategie transformace příspěvkových organizací krajů, strategie péče o ohrožené děti a rodiny aj.), případně analýzy a výzkumné zprávy (Děti v ústavech pro osoby se zdravotním postižením – výzkumná zpráva Lumos 2018, Dětské domovy pro děti do 3 let věku: Počty dětí, nákladnost péče, doporučení dalšího postupu – Lumos 2018 aj.).

# **Definice a analýza řešeného problému**

Problém, ze kterého tento Akční plán pro DI vychází je definován následovně:

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

**Společné příčiny** problému pro všechny koncové příjemce:

V současné době v ČR stále ***přetrvávají sociální pobytové služby nekomunitního charakteru***. Přesto, že počet sociálních služeb komunitního charakteru (pobytových, terénních, ambulantních) se dlouhodobě zvyšuje, není jich v ČR dostatečné množství, a to zejména v málo osídlených oblastech. Zároveň ze statistik MPSV je patrné, že charakter sociálních služeb komunitního charakteru je zúžen na počet uživatelů, bez ohledu na procesy a způsob péče o tyto lidi. Tedy bez ohledu na další kritéria sociální služby komunitního charakteru. Přesný počet sociálních služeb komunitního charakteru (ve smyslu definovaném v tomto Akčním plánu pro DI), není jasný.

Zřejmé však je, že ačkoliv statistiky MPSV nezahrnují přesnější vymezení sociálních služeb komunitního charakteru, je jejich počet v ČR nízký. Lidé (skupiny osob vykazující zvláštní zranitelnost) si tak nemohou zvolit a udržet styl života, na který jsou zvyklí či nemohou být umístěni do prostředí respektující právo na soukromí a právo vykonávat volbu a kontrolu nad svými životy a činit všechna rozhodnutí, která se jejich životů týkají, včetně jejich životního stylu.

S touto příčinou bezprostředně souvisí také ***přístup státu ve způsobu financování sociálních služeb***. Stále chybí jasná preference finanční podpory sociálních služeb komunitního charakteru. Ačkoliv byly od roku 2006 finanční prostředky na podporu deinstitucionalizace sociálních služeb, nebyla tato podpora nastavena celostátně a systémově (nebyl vytvořen účelově vázaný dotační titul na podporu transformačních procesů a na zřizování sociálních služeb komunitního charakteru). Finance byly alokovány prostřednictví Evropského fondu pro regionální rozvoj. Přímá podpora deinstitucionalizace sociálních služeb za účelem sociálního začleňování byla patrná především ve výzvě 7, 49 a 77 Deinstitucionalizace sociálních služeb za účelem sociálního začleňování I., II., III. (celkem bylo vyčerpáno 1 830 646 793,3 Kč) vyhlášených v rámci IROP 2014 - 2020 a pak prostřednictví individuálních projektů MPSV „Podpora transformace sociálních služeb“ a „Transformace sociálních služeb“ financovaných z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (celkem bylo vyčerpáno 82 487 880 Kč). Následně MPSV realizovalo individuální projekt „Rozvoj systému sociálních služeb“ (způsobilé náklady 78 872 718 Kč), který byl podpořen v rámci Operačního programu Zaměstnanost.

Zároveň je pro poskytovatele sociálních služeb značně nejistá forma ročního financování, což omezuje investice do rozvoje a dalšího zkvalitňování sociálních služeb.

**Společné důsledky** problému pro všechny koncové příjemce:

Stále nedokončený proces deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb, a tedy převaha sociálních služeb nekomunitního charakteru, způsobují celkové snižování kompetencí a soběstačnosti lidí žijících v těchto zařízeních, riziko ztráty jejich osobní identity, stylu života apod. Nedostatečné množství sociálních služeb komunitního charakteru, především v málo obydlených oblastech ČR může snížit kvalitu života a následně i způsobovat sociální vyloučení znevýhodněných lidí.

Nedostatečná preference financování sociálních služeb komunitního charakteru a jednoleté a nenárokové financování neumožňují rozvoj těchto služeb.

Resortismus, a tedy různé postoje, možnosti a kompetence jednotlivých aktérů způsobují nejednotná stanoviska k procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Důsledkem pak je absence klientského přístupu. Do popředí se nedostává klient, ale soupeřící či nejednotné hodnoty všech aktérů. Potřeby znevýhodněných lidí se tak neřeší jednotně a komplexně.

Historie ČR v současné době stále ovlivňuje pojetí sociálních služeb s převažujícími ústavními prvky. Důsledkem je přetrvávající způsob poskytování služeb v ústavních zařízeních a uzavřenost české společnosti vůči změnám. To vytváří riziko pro nastartování celého procesu deinstitucionalizace a blokuje změnu filozofie systému a principů práce s lidmi žijícími v nepříznivé sociální situaci, která by měla být zaměřená na skutečně kvalifikovanou profesionální pomoc orientovanou na naplnění jejich práv a potřeb, na právo na nezávislý život, jakož i právo být začleněn do běžné společnosti, a tím zvyšovat kvalitu jejich života.

**Základní pojmy:**

**Deinstitucionalizace sociálních služeb** - „proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji sociálních služeb komunitního charakteru. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování klienti nejsou vystavováni institucionalizaci.“[[3]](#footnote-3)

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

## **Osoby se zdravotním postižením v sociálních službách – prioritní skupina**

Osoby se zdravotním postižením jsou velmi často omezovány nabídkou podpory a služeb, a to bez ohledu na jejich individuální potřeby a zájmy. Od roku 2007, s účinností zákona č. 108/2006, o sociálních službách, který definoval základní druhy sociálních služeb, lze sledovat vývoj v jejich struktuře a počtu. **Kapacita lůžek pobytové služby domovů pro osoby se zdravotním postižením klesla** v období od roku 2007 do roku 2022 o 4 865 lůžek, tj. celkem **o 29 %.** Naproti tomu **počet lůžek v pobytové službě chráněné bydlení vzrostl** od roku 2007 do roku 2022 o 2 481, tj. nárůst **o více než 100 %.** Přesto se jedná o stále vysoké číslo ústavních pobytových služeb a nízký počet služeb respektujících právo osob žít ve svém přirozeném prostředí.

Tabulka 1 Kapacita sociálních služeb pro OZP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kapacita sociálních služeb |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| (počet lůžek ve vybraných zařízeních sociálních služeb) |
| Druh zařízení | **2007** | **2008** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| kapacita | Kapacita | Kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita | kapacita |
| Domovy pro osoby se zdravotním postižením | 16 638 | 15 113 | 14 552 | 14396 | 13 978 | 13 820 | 13 423 | 12926 | 12707 | 12 402 | 12 231 | 11 999 | 11 854 | 11 763 | 11 768 | 11 773 |
| Domovy se zvláštním režimem | 3 829 | 7 396 | 8 223 | 8 822 | 9 727 | 10 740 | 12 048 | 14 354 | 15 494 | 17 784 | 18 853 | 20 075 | 20 904 | 22 192 | 24 092 | 25 193 |
| Chráněné bydlení | 2 087 | 2 503 | 2 591 | 2818 | 2 667 | 2743 | 2 956 | 3 214 | 3 556 | 3 898 | 4 014 | 4 104 | 4 063 | 4 252 | 4 607 | 4 568 |
| Centra sociálně rehabilitačních služeb | 408 | 644 | 991 | 862 | 862 | 1053 | 1046 | 673 | 537 | 283 | 361 | 299 | 320 | 286 | 274 | 308 |
| Týdenní stacionáře | 702 | 1 009 | 956 | 892 | 908 | 951 | 897 | 845 | 836 | 779 | 867 | 820 | 782 | 772 | 768 | 739 |
| **Celkem** | **23 664** | **26 665** | **27 313** | **27 790** | **28 142** | **29 307** | **30 370** | **32 012** | **33 130** | **35 146** | **36 326** | **37 297** | **37 923** | **39 265** | **41 509** | **42 581** |

Počet sociálních služeb komunitního charakteru lze jako statistický údaj sledovat od roku 2015[[4]](#footnote-4), zároveň je monitorován údaj o odchodu klientů z pobytové služby domov pro osoby se zdravotním postižením do přirozeného prostředí. Od roku 2015 do roku 2021 odešlo ze služby do přirozeného prostředí celkem 867 klientů a do pobytové sociální služby komunitního charakteru za stejné období celkem 1 077 klientů.

Tabulka 2 Počet odešlých klientů z pobytových sociálních služeb pro OZP

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Druh zařízení** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021**  |
| Do přirozeného sociálního prostředí | Do pobytové sociální služby Komunitního charakteru | Do přirozeného sociálního prostředí | Do pobytové sociální služby Komunitního charakteru | Do přirozeného sociálního prostředí | Do pobytové sociální služby Komunitního charakteru | Do přirozeného sociálního prostředí | Do pobytové sociální služby Komunitního charakteru | Do přirozeného sociálního prostředí | Do pobytové sociální služby Komunitního charakteru | Do přirozeného sociálního prostředí | Do pobytové sociální služby Komunitního charakteru | Do pobytové komunitní sociální služby | Do pobytové sociální služby Komunitního charakteru |
| Domovy pro osoby se zdravotním postižením | **157** | **330** | **146** | **159** | **113** | **98** | **90** | **113** | **165** | **102** | **90** | **159** | **106** | **116** |

Dle dat ze statistických ročenek MPSV lze konstatovat, že **zařízení pobytových sociálních služeb** (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, chráněná bydlení, centra sociálně rehabilitačních služeb) **opouští každoročně v průměru 3 000 klientů**.

Dále lze sledovat počet jednolůžkových, dvoulůžkových a tří – a vícelůžkových pokojů v pobytových sociálních službách, přičemž pokoje o tří a více lůžkách jsou jedním ze znaků ústavního charakteru služby. Z tabulky lze vidět, že **počet tří – a vícelůžkových pokojů mírným tempem klesá zejména u služeb týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením**.

Tabulka 3: Počet tří – a vícelůžkových pokojů u pobytových služeb pro OZP[[5]](#footnote-5)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Druh zařízení** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Kapacita služby (počet lůžek) | z toho počet tří – a vícelůžkových pokojů | % lůžek z celkové kapacity, které zabírají tří-a vícelůžkové pokoje  | Kapacita služby (počet lůžek) | z toho počet tří – a vícelůžkových pokojů | % lůžek z celkové kapacity, které zabírají tří-a vícelůžkové pokoje  | Kapacita služby (počet lůžek) | z toho počet tří – a vícelůžkových pokojů | % lůžek z celkové kapacity, které zabírají tří-a vícelůžkové pokoje  |
| Týdenní stacionáře | 836 | 100 | 35,65 % | 779 | 76 | 27,21 % | 868 | 82  | 25,23 % |
| Domovy pro osoby se zdravotním postižením | 12 707 | 1 264 | 33,16 % | 12 402 | 1 181 | 28,38 % | 12 231 | 1 064 | 27,38 % |
| Domovy se zvláštním režimem | 15 494 | 1 379 | 28,01 % | 17 784 | 1 651 | 26,04 % | 18 853 | 1 613 | 26,57 % |
| Chráněné bydlení | 3 556 | 43 | 4,05 % | 3 898 | 88 | 7,00 % | 4 014 | 72 | 8,72 % |
| Centra sociálně rehabilitačních služeb | 537 | 50 | 32,22 % | 283 | 49 | 48,76 % | 361 | 32 | 54,29 % |
|  | **2018** | **2019** | **2020** |
| Kapacita služby (počet lůžek) | z toho počet tří – a vícelůžkových pokojů | % lůžek z celkové kapacity, které zabírají tří-a vícelůžkové pokoje  | Kapacita služby (počet lůžek) | z toho počet tří – a vícelůžkových pokojů | % lůžek z celkové kapacity, které zabírají tří-a vícelůžkové pokoje  | Kapacita služby (počet lůžek) | z toho počet tří – a vícelůžkových pokojů | % lůžek z celkové kapacity, které zabírají tří-a vícelůžkové pokoje  |
| Týdenní stacionáře | 820 | 75 | 25,73 % | 782 | 72 | 26,21 % | 772 | 59  | 23,19 % |
| Domovy pro osoby se zdravotním postižením | 11 999 | 964 | 25,85 % | 11 854 | 990 | 26,67 % | 11 763 | 896 | 23,55 % |
| Domovy se zvláštním režimem | 20 075 | 1 681 | 24,15 % | 20 904 | 1 582 | 22,07 % | 22 192 | 1 612 | 20,84 % |
| Chráněné bydlení | 4 104 | 67 | 6,21 % | 4 063 | 64 | 7,11 % | 4 252 | 70 | 4,80 % |
| Centra sociálně rehabilitačních služeb | 299 | 34 | 49,16 % | 320 | 38 | 51,56 % | 286 | 33 | 49,30 % |
|  |  |  |  |
|  | **2021** |  |  |
|  | Kapacita služby (počet lůžek) | z toho počet tří – a vícelůžkových pokojů | % lůžek z celkové kapacity, které zabírají tří-a vícelůžkové pokoje  |  |  |  |  |  |  |
| Týdenní stacionáře | 768 | 63 | 23,44 % |  |  |  |  |  |  |
| Domovy pro osoby se zdravotním postižením | 11 768 | 814 | 23,20 % |  |  |  |  |  |  |
| Domovy se zvláštním režimem | 24 092 | 1 658 | 24,40 % |  |  |  |  |  |  |
| Chráněné bydlení | 4 607 | 68 | 6,10 % |  |  |  |  |  |  |
| Centra sociálně rehabilitačních služeb | 274 | 38 | 43,80 % |  |  |  |  |  |  |

Uvedené údaje sice dokládají probíhající proces transformace ústavních sociálních služeb. Nicméně vzhledem k tomu, že není závazně a jednoznačně vymezen v rámci typologie sociálních služeb typ sociální služby komunitního charakteru, nelze kvalitně a systematicky vyhodnotit proces přechodu ústavních sociálních služeb do sociálních služeb komunitního charakteru.

Úplná transformace proběhla ve 20 zařízeních (stav k 19. 3. 2019). Jedná se o ústavní zařízení, která byla věcně podporována MPSV v rámci projektů uvedených v následující podkapitole. Od té doby se nastavuje další plán (období) pro podporu transformace v ČR.

# **Vize a základní strategické směřování Akčního plánu a konečný stav po jeho implementaci**

Vize Akčního plánu pro DI vychází z již zmíněné NSRSS, konkrétně z cíle *zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby znevýhodněné z důvodu věku či zdravotního stavu, tedy zejména seniorů a lidí se zdravotním postižením, k podpoře osob v přirozeném prostředí*. Tento Akční plán DI je koncipován zejména v rámci oblasti sociálních služeb. Ať už z důvodu sociálního vyloučení, zdravotního, mentálního či jiného postižení, nebo věku. Předpokladem je, že jakékoliv znevýhodnění zásadním způsobem ovlivňuje život člověka a má dopady nejen na samotné koncové příjemce (klienty sociálních služeb), ale i jejich rodiny a společnost. Nepříznivé důsledky je však možno do určité míry eliminovat systémem opatření.

Vzhledem k šíři této problematiky jsou strategické cíle specifikovány do dvou základních úrovní: 1) legislativní a 2) nelegislativní. Obě roviny se vztahují k výše uvedené vizi – transformace ústavní péče ve služby komunitního charakteru.

Na základě legislativních i nelegislativních aspektů jsou definovány jednotlivé strategické cíle, označené A až E. Přičemž do legislativní části spadá cíl A, a do nelegislativní části cíl B až E. Důvodem je komplexnost nelegislativního charakteru, který je dále rozčleněn na oblast metodickou (cíl B), implementační (cíl C a D) a komunikační (cíl E).

Všechny uvedené strategické cíle Akčního plánu přechodu zahrnují specifické cíle, které vycházejí z definovaných problémů u jednotlivých skupin klientů. V následující kapitole jsou konkrétní specifické cíle rozpracovány a způsob jejich naplnění je definován konkrétními opatřeními.

Způsob stanovení specifických cílů a jednotlivých opatření vycházel jak z předchozí analytické části, tak z diskusí se členy pracovní skupiny pro tvorbu tohoto Akčního plánu přechodu.

Tento akční plán nemůže z hlediska kompetencí jednotlivých resortů řešit všechny oblasti, které se vážou k deinstitucionalizaci, ale zaměřuje se pouze na segment sociálních služeb.

Cílem Akčního plánu pro DI je nastavit proces tak, aby v roce 2030 byla kapacita domovů pro osoby se zdravotním postižením z 80 % celkové kapacity komunitního charakteru a zároveň, aby v roce 2025 byly legislativně ukotveny podmínky pro podporu vzniku služeb komunitního charakteru.

Dílčím cílem je mít v roce 2025 v průběhu realizace 40 transformačních plánů pobytových sociálních služeb v rámci čerpání finančních prostředků z IROP 2021-27.

## **Strategické cíle Akčního plánu**

Jak je v přechozí kapitole uvedeno, v rámci Akčního plánu přechodu jsou identifikovány cíle dle jejich legislativního a nelegislativního charakteru a jsou označeny písmenem A až F. Konkrétně se jedná o následující strategické cíle:

1. Legislativní strategické cíle
	1. Na základě vyhodnocení stávajících norem připravit legislativní řešení pro podporu rozvoje infrastruktury sociálních služeb na komunitní bázi
2. Nelegislativní strategické cíle
	1. Vytvořit podmínky pro svobodnou volbu klienta o směřování další pomoci, podpory a péče s důrazem na respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, samostatnosti a práva začlenění do společnosti.
	2. Podpořit změny ústavního modelu poskytování sociálních služeb v model komunitní.
	3. Zajistit dostupnou finanční podporu v průběhu implementace procesu deinstitucionalizace sociálních služeb.
	4. Zvýšit obecné povědomí o důležitosti deinstitucionalizace sociálních služeb.

# **Popis cílů a opatření v jednotlivých strategických oblastech**

|  |
| --- |
| **Strategický cíl A** |
| **Na základě vyhodnocení stávajících norem připravit legislativní řešení pro podporu rozvoje infrastruktury sociálních služeb na komunitní bázi** |

Plnění opatření je bez legislativního ukotvení neúplné – priorita komplexní podpory setrvání znevýhodněných, zranitelných osob v jejich přirozeném prostředí, komunitě a udržení kvality jejich života musí být synergické, udržitelné ve stávajícím systému, aby sekundárně nebyli klienti traumatizováni změnami, vytržením ze „známého“ prostředí.

Proto je třeba legislativně ukotvit zásadu, z níž vyplývá, že u seniorů a osob se zdravotním postižením má vždy přednost zajištění sociálních služeb umožňujících jejich setrvání doma v přirozeném prostředí před zajištěním služeb pobytového charakteru, a zároveň přesné vymezení znaků souvisejících s kvalitou života a zdravotním stavem, kdy je legitimní nabídnout klientovi využít vhodnou pobytovou sociální službu. Zde je nutno zvážit nejen formu sociální služby, ale i umísťování těchto osob nejen dle jejich potřeb, ale také věku, respektive zamezit mísení seniorů s mladými dospělými apod.

|  |
| --- |
| **Specifický cíl A1** |
| Připravit potřebné legislativní řešení pro podporu rozvoje sociálních služeb na komunitní bázi: služba komunitního charakteru a služba ústavního charakteru, včetně úpravy materiálně-technického standardu pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou v novele zákona č. 108/2006, o sociálních službách.  |
| *V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou uvedeny tři formy poskytování sociálních služeb – pobytové, ambulantní a terénní. Nejsou však rozlišeny dle toho, zda se jedná o ústavní či o komunitní* charakter *služby. Vzhledem k cíli Akčního plánu pro DI, který je spojen s procesem přechodu od ústavní péče k podpoře uživatelů služeb doma v přirozeném prostředí jejich rodiny a komunity, je zásadní tyto pojmy jasně vymezit, a to včetně jednotného nastavení parametrů typů těchto služeb. Jasné vymezení parametrů (kritérií) komunitní služby je důležité také ve vazbě na financování sociálních služeb, na monitorování sociálních služeb a na vyhodnocování plnění Akčního plánu pro DI a NSRSS.**Další pojem související s deinstitucionalizací je pečující osoba. Její role pro deinstitucionalizaci patří mezi zásadní, neboť zdravotně znevýhodněné osoby mohou s podporou pečující osoby zůstat ve svém přirozeném prostředí. Tím dochází také k naplnění principu subsidiarity, který předpokládá, že rodina by měla být první, kdo v péči nastupuje, pokud je to možné. Z toho důvodu je nutné pečující osoby (tedy ty, kdo pečují, poskytují pomoc a podporu v rodinném prostředí o osobu blízkou) legitimně zakotvit v systému služeb komunitního charakteru se všemi souvisejícími právy a oprávněními.* *Zároveň je třeba v zákoně č. 108/2006, o sociálních službách právně ukotvit zásadu, z níž vyplývá, že u seniorů, osob se zdravotním postižením (včetně duševního) a ohrožených dětí má vždy přednost zajištění služeb komunitního charakteru umožňujících jejich setrvání doma v přirozeném prostředí před zajištěním služeb ústavního charakteru, které mají podle vědeckých poznatků prokazatelně negativní dopad na kvalitu života a jeho další vývoj. Jedná se o předpoklad, díky kterému bude proces DI jednak nastartován, jednak respektován zadavateli i poskytovateli sociálních služeb.**Východiskem k řešení problému, tzn. řešení nepříznivé sociální situace některých seniorů, osob se zdravotním postižením, osob s duševním onemocněním a skupin ohrožených dětí* a mladých *dospělých do 26 let, kteří jsou závislí na náhradní péči anebo kteří opouštějí náhradní péči, kteří nemají možnost žít nezávislým způsobem života, by mohly být sociální služby. Ty však mají v současné době vysoko prahově nastavenou cílovou skupinu či jiné podmínky poskytování tak, že jsou kvůli těmto bariérám pro tyto skupiny nepřístupné. Příkladem takových služeb jsou např. domy na půli cesty, které poskytují pobytovou službu zletilým osobám do 26 let věku. Snížení věkové hranice u této služby by však mohlo přispět k řešení situace dospívajících dětí v nepříznivé sociální situaci vyplývající z toho, že z různých důvodů musely opustit rodinu, jsou však natolik kompetentní, že jsou schopny bydlet samy s podporou pomáhajícího pracovníka bez nutnosti umístění do náhradní péče. Obdobné překážky jsou kladeny i dospívajícím lidem se zdravotním postižením, kteří jsou závislí na ústavní péči, pro něž by mohlo být východiskem a příležitostí k nezávislému životu snížení věkové hranice pro poskytování služby chráněného bydlení či podpory samostatného bydlení.**Na druhou stranu by měla úprava parametrů sociálních služeb, a to pobytových sociálních služeb, zabránit tomu, aby byly tyto služby nadměrně využívány k dlouhodobým pobytům např. dětí se zdravotním postižením mimo vlastní rodinu. Nejrizikovějšími pobytovými službami, u nichž je potřebná garance proti opakujícím a prodlužujícím se pobytům dítěte mimo rodinu nastavit, je zejména kombinace týdenních stacionářů a odlehčovací služby poskytované formou pobytové služby. Cílem by mělo být vždy spojení formální a neformální péče.**V plánování dostupných služeb je nutno zohlednit znalosti o potřebách identifikované sociálními pracovníky na obecních a krajských úřadech. Například při odchodu mladých lidí z ústavních zařízení, ale i při opouštění dalších zařízení po mnohaletém pobytu, bydliště klienta může být už jen formální.* |

|  |
| --- |
| **Opatření A1.1** |
| Realizace analýzy stávající situace s cílem identifikace potřebných legislativních změn na podporu přechodu z péče ústavního charakteru na péči komunitního charakteru a nastavit aplikační rámec změny včetně realizace veřejné diskuse s cílem nalezení národního konsensu.Součástí je i vytvoření analýzy rizik v přístupu osob se zdravotním postižením, seniorů a ohrožených dětí, jejich rodin a dospívajících nezaopatřených dětí k ambulantním a terénním sociálním službám. |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2023 Q3 | MPSV | Kraje, obce, NNO, zástupci klientů, poskytovatelů sociálních služeb a další partneři | MPSV – OPZ+ | 10 mil. Kč |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Opatření A1.2** |
| Připravit legislativní řešení pro vymezení pojmů: sociální služba komunitního charakteru a sociální služba ústavního charakteru, včetně úpravy materiálně-technického standardu pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou v novele zákona č. 108/2006, o sociálních službách. Ukotvení služby komunitního charakteru by mělo být pro službu pobytovou a ambulantní, včetně hlubšího zakotvení principu subsidiarity. Dále právně vymezit pojem „pečující osoba“. |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2023 Q3 | MPSV | Kraje, obce, NNO, KVOP, zástupci klientů, poskytovatelů sociálních služeb a další partneři | **MPSV** | 0 Kč |

|  |
| --- |
| **Strategický cíl B** |
| **Vytvořit podmínky pro svobodnou volbu klienta o směřování další pomoci, podpory a péče s důrazem na respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, samostatnosti a práva začlenění do společnosti** |

|  |
| --- |
| **Specifický cíl B1** |
| Vytvořit a zlepšit systém jednotného postupu a včasné informovanosti o systému služeb a podpory v komunitě již při zjištění nepříznivé sociální a zdravotní situace či před propuštěním osoby s duševním onemocněním, se zdravotním postižením a seniora ze zdravotnických služeb. |

|  |
| --- |
| **Opatření B1.1** |
| Vytvořit meziresortní metodiku v oblasti postupu vzájemné informovanosti o dostupných možnostech podpory a edukace péče u výše uvedených koncových příjemců.Podpořit budoucího klienta v rozhodování o tom, zda je pro něj vhodná péče terénní, ambulantní nebo pobytová. Učinit opatření, aby nebyla pobytová sociální služba první volbou pro člověka závislého na péči. Metodika nebude účinná, jestliže bude při její tvorbě identifikována potřeba navýšení úvazků na obecních a krajských úřadech a toto navýšení nebude zajištěno.  |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2023 Q4 | MPSV,MZ | Kraje, obce, NNO, zástupci klientů, poskytovatelů sociálních služeb a další partneři | MPSV – OPZ+ | 5 mil Kč (alokace určena pro vznik metodiky) |

|  |
| --- |
| **Specifický cíl B2** |
| Zajistit koordinovanou činnost (case management) směřující k podpoře klienta, a to za účasti všech dostupných zdrojů (rodina, odborníci, sociální a zdravotní služby apod.) včetně podpory vzdělávání všech aktérů v souladu s metodikou vycházející ze specifického cíle B1 |
| *Pro podporu setrvání klientů v přirozeném prostředí, komunitě je třeba garantovat klíčovou pozici sociálního pracovníka, a to i jako koordinátora spolupráce všech subjektů – sociálních služeb, dalších sociálních pracovníků a odborníků ostatních profesí. Sociální práci je třeba realizovat v místě faktického pobytu – tedy tam, kde je těžiště zájmů klienta – klient zde bydlí, studuje, pracuje, má rodinu.**Zajišťování sociální práce na obcích dlouhodobě neodpovídá potřebě plnohodnotné, funkční a adresné sociální práce. Tento cíl nelze splnit, pokud na obecních úřadech nebude výkon činností sociální práce v přenesené působnosti personálně dostatečně zabezpečen sociálními pracovníky splňujícími kvalifikaci dle zákona č. 108/2006 Sb. a zároveň zabezpečena dostupnost sociální práce pro osoby v nepříznivé sociální situaci.* *Je třeba zajistit dostatečné kapacity sociálních služeb (kvalifikovaný personál, místní dostupnost, peníze na investice a provoz atd.), jelikož potřeba služeb bude v souvislosti s demografickým vývojem extrémně narůstat a z terénu je patrné, že již současné kapacity sociálních služeb nestačí na uspokojení poptávky po nich.* |

|  |
| --- |
| **Opatření B2.1** |
| Zajistit koordinovanou činnost směřující k podpoře klienta, a to za účasti všech dostupných zdrojů (rodina, odborníci, sociální a zdravotní služby apod.). Za realizaci koordinované činnosti je odpovědný sociální pracovník obce, který zhodnotí společně s klientem jeho/její potřeby a opět spolu s klientem plánuje jednotlivé kroky k řešení jeho nepříznivé sociální situace. K plnění takto stanovených cílů a jejich hodnocení lze přizvat další aktéry tak, aby byla zajištěna koordinovaná činnost směřující ke komplexní podpoře klienta a využity všechny dostupné zdroje v okolí klienta. Součástí musí být i zapojení příslušných služeb (sociální služby, zdravotní služby vč. home care) a dalších lokálních zdrojů (stabilní sousedství). |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2025 Q2 | MPSV | Kraje, obce, NNO, zástupci klientů, poskytovatelů sociálních služeb a další partneři | MPSV, MV  | Dle metodiky z opatření B1.1 |
| **Strategický cíl C** |
| **Podpořit změny ústavního modelu poskytování sociálních služeb v model komunitní**  |

|  |
| --- |
| **Specifický cíl C1** |
| Vytvoření meziresortní a mezioborové komise pro hodnocení a monitorování procesu deinstitucionalizace a pro jeho vyhodnocování. |
| *Deinstitucionalizace a individualizace péče v oblasti sociálních služeb je proces, který se dotýká nastavení sociální politiky v ČR jako takové, včetně nastavení dostupnosti služeb sociální ochrany a zároveň práv osob s handicapem. Proto je nutné vytvořit prostředí, kde se budou všichni aktéři participativně podílet na celkovém směřování systému.*  |

|  |
| --- |
| **Opatření C.1.1** |
| **MPSV vytvoří meziresortní a mezioborovou komisi pro hodnocení implementace procesu deinstitucionalizace (MPSV, MZ, MŠMT, MMR, MS, MV, MF, Asociace krajů, SMS, SMO, ČMKOS, UZS, KVOP, asociace poskytovatelů, klientských organizací).** |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
|  2023 Q2 | MPSV | Kraje, obce, NNO, KVOP, zástupci klientů, poskytovatelů sociálních služeb a další partneři | MPSV OPZ+ | 5 mil. Kč |

|  |
| --- |
| **Opatření C1.2** |
| Zahrnout uživatele služeb a pečující osoby do sledování a vyhodnocování kvality služeb a výstupy kontroly zveřejňovat srozumitelným způsobem běžné veřejnost  |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2023 Q4 | MPSV | profesní sdružení, zástupci pečujících osob, KVOP, pacientské a klientské organizace |  | 0 Kč |

|  |
| --- |
| **Specifický cíl C2** |
| Poskytovat metodickou podporu zadavatelům, zřizovatelům a poskytovatelům sociálních služeb v oblasti DI jako systému, včetně procesů transformace jednotlivých služeb ústavního charakteru**.**  |

|  |
| --- |
| **Opatření C2.1** |
| Na úrovni MPSV stanovit tým pracovníků odpovědných za poskytování relevantní metodické podpory směrem k dotčeným aktérům (zadavatelé, poskytovatelé sociálních služeb) v oblasti deinstitucionalizace a transformace.  |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2023 Q1 | MPSV |  | MPSV OPZ+, MF | 30 mil. Kč |

|  |
| --- |
| **Opatření C2.2** |
| Vytvoření podpůrných metodických pokynů pro oblast obhajoby práv a sebeurčení klientů |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2024 Q2 | MPSV | MSp, KVOP |  | 0 Kč |

|  |
| --- |
| **Specifický cíl C3** |
| Vytvořit systém pro průběžné monitorování a evaluování procesu deinstitucionalizace. |
| *Výsledky deinstitucionalizace nelze zjišťovat bez dat k tomu potřebných. Jedná se především o statistiky využívání služeb ústavního a komunitního charakteru ve vztahu ke všem koncovým příjemcům. Tato data budou sloužit nejen jako podklad pro přijímání systémových opatření k celkové optimalizaci systému, ale také jako základ pro komunikaci tématu směrem k odborné i široké veřejnosti. V současné době tato data chybí, sledování sociálních služeb komunitního charakteru probíhá od roku 2015, nicméně za komunitní sociální služby se považují ty služby, které nejsou ústavním zařízením. Ústavní zařízení jsou pro sledování statistických ukazatelů definovány jako sociální služby v návaznosti na jejich kapacitu, tzn. pokud v jedné budově/objektu/areálu je kapacita lůžek vyšší než 18. Vzhledem k výše popsaným kritériím sociální služby komunitního charakteru (viz specifický cíl A1) není tento způsob sledování dostačující a příliš nevypovídá o průběhu procesu transformace.* |
| **Opatření C3.1** |
| Zpracovat analýzu dostupných datových zdrojů o sociálních službách s ohledem na identifikaci dat využitelných pro monitorování procesu DI a případně navrhnout restrukturalizaci některých z těchto dat. Nastavení formy předávání dat od MPSV týmu řešícímu DI.  |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2023 Q4 | MPSV | Kraje | OPZ+ | 2 mil. Kč |

|  |
| --- |
| **Opatření C3.2** |
| Na základě provedené analýzy potřebných dat nutných k monitorování a vyhodnocování procesu DI bude vytvořen jednotný monitorovací systém s jasným a srozumitelným popisem všech sledovaných indikátorů. Před jeho spuštěním je doporučena pilotáž pro získání zpětné vazby o srozumitelnosti sledovaných indikátorů i o výpovědní hodnotě všech dat (zda vypovídají o skutečném výsledku DI).  |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2024 Q2 | MPSV | Kraje | OPZ+ | 2 mil. Kč |

|  |
| --- |
| **Opatření C3.3** |
| Vytvořit systém na sběr potřeb s celorepublikovým pokrytím, který není koncipován primárně ze strany kraje, ale v rámci celé ČR a využít stávající nastavené nástroje krajů, obcí a pacientských a klientských organizací. Součástí bude analýza všech dostupných zdrojových systémů a participantů. Analýza je komplexní, jak kvantitativního charakteru, tak i kvalitativního. Součástí bude i vytvoření centrálního registru služeb a žadatelů o službu. |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2025 Q2 | MPSV | Kraje, obce, pacientské a klientské organizace | MPSV – OPZ+, státní rozpočet | 20 mil. Kč |

|  |
| --- |
| **Strategický cíl D** |
| **Zajistit dostupnou finanční podporu v průběhu implementace procesu deinstitucionalizace sociálních služeb.**  |

|  |
| --- |
| **Specifický cíl D1** |
| Zajistit veřejné finanční prostředky na sociální služby komunitního charakteru a jejich rozvoj. |
| *Pro splnění účelu Akčního plánu pro DI, který se zaměřuje na přechod z ústavní péče v sociální služby komunitního charakteru a na snížení počtu osob v sociálních zařízeních nekomunitního charakteru, je třeba také finančně podpořit vznik a rozvoj sociálních služeb komunitního charakteru. Výsledkem by pak mělo být zvýšení počtu sociálních služeb komunitního charakteru (terénních, ambulantních a pobytových) tak, aby byla dostatečně zajištěna dostupná síť sociálních služeb komunitního charakteru po celé České republice. Celý tento cíl vychází z principu průběžného navyšování podílu financí směřovaných do sociálních služeb komunitního charakteru a zároveň snižování podílu financí směřovaných do sociálních služeb ústavního charakteru.* |

|  |
| --- |
| **Opatření D1.1** |
| Vytvořit analýzu stávajícího stavu s cílem konkrétního zajištění nasměrování investic a následného provozu v sociálních službách s návrhem implementačního postupu a s vyčíslením i budoucích provozních nákladů.  |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2023 Q4 | MPSV | MMR, kraje, obce, NNO, klientské organizace | MPSV OPZ+ | 2 mil. Kč |

|  |
| --- |
| **Opatření D1.2** |
| Zajistit dostatek veřejných financí pro potřebné investice včetně nastavení podmínek využití. |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2025 Q4 | MPSV | MMR, MF | MPSV (NPO, SR), MMR (IROP) | 8 mld. Kč |

|  |
| --- |
| **Strategický cíl E** |
| **Zvýšit obecné povědomí o důležitosti deinstitucionalizace sociálních služeb.**  |

|  |
| --- |
| **Specifický cíl E1** |
| Systematicky informovat o negativech a limitech ústavní péče, jejích důsledcích na život a osobnost člověka, a tím podpořit obecné povědomí o důležitosti deinstitucionalizace sociálních služeb, a to jak směrem k odborné, tak k široké veřejnosti. |
| *Transformace systému vyžaduje náročná politická rozhodování a širší společenský konsensus. Pravděpodobnost přijetí pozitivních změn zvyšuje, pokud společnost rozumí tématu a je informována o škodlivých dopadech institucionální péče na život osob se zdravotním postižením a seniorů. Z tohoto důvodu je potřebné toto téma diskutovat nejen na úrovni odborné, ale i široké veřejnosti, u níž je potřebné zvyšovat celkově povědomí o otázce lidských práv.*  |

|  |
| --- |
| **Opatření E1.1** |
| Připravit osvětovou kampaň o důležitosti deinstitucionalizace v porovnání s důsledky života ve službách ústavního charakteru.  |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| Průběžně | MPSV |  | MPSV (OPZ+) | 5 mil Kč |

|  |
| --- |
| **Opatření E1.2** |
| Organizovat konference, kulaté stoly a odborné semináře tematicky zaměřené na otázku deinstitucionalizace systému péče o všechny koncové příjemce tohoto Akčního plánu pro DI. Kromě účasti českých odborníků se budou těchto akcí účastnit také zahraniční experti v této oblasti s cílem diskutovat směřování deinstitucionalizace, sdílet a šířit nejnovější poznatky v této oblasti, včetně příkladů dobré praxe ze zahraničí a na území ČR.  |
| **Termín splnění** | **Odpovědnost** | **Spolupráce** | **Zdroj financování** | **Předpokládané finanční náklady** |
| 2024 | MPSV |  | MPSV (OPZ+) ESF | 5 mil Kč |

# **Pravidla monitorování a vyhodnocování**

Odpovědné osoby uvedené v navržených opatřeních budou zpracovávat zprávu o plnění příslušných úkolů, a to v polovině průběhu realizace, tedy k srpnu 2O24 a poté na konci, tedy do konce února 2026. Informace bude předložena na Vládu. Vzhledem k rozvržení některých opatření do delšího časového období (např. 2023–2025) bude zpráva o plnění obsahovat údaje, zda k implementaci opatření již došlo, případně, v jaké fázi se nachází. Součástí zprávy o plnění jednotlivých opatření bude každá odpovědná osoba popisovat také případné problémy a jejich řešení při implementaci úkolů. V případě změn bude přistoupeno k aktualizaci.

Ve zmíněných průběžných monitorovacích zprávách bude obsažen přehled konkrétních opatření, činností a úkolů s vyznačením již splněných úkolů a úkolů, u kterých právě k realizaci dochází. Tento přehled bude také obsahovat vyznačený objem dosud vynaložených prostředků na naplňování akčního plánu.

# **Příloha: Použité zkratky**

AP – Akční plán

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s.

ČMKOS – Českomoravská konfederace odborových svazů

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DI – Deinstitucionalizace

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

DRZ – Domov se zvláštním režimem

ESF – Evropský sociální fond

IROP – Integrovaný regionální operační program

KVOP – Kancelář Veřejného ochránce práv

MF – Ministerstvo financí

MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NPO – Národní plán obnovy

NSRSS – Národní strategie rozvoje sociálních služeb

OPZ+ – Operační program Zaměstnanost plus

SMO – Svaz měst a obcí

SMS – Sdružení místních samospráv

UZS – Unie zaměstnavatelských svazů

WHO – Světová zdravotnická organizace

1. Ministerstvo financí CR (2012) *Metodika přípravy veřejných strategií.* MF CR. Praha. [↑](#footnote-ref-1)
2. STRATeduka – vzdělávací program ke strategickému řízení ve veřejné správě (CZ.03.4.74/0.0/0.0/15\_019/0003984). [↑](#footnote-ref-2)
3. Manuál transformace ústavů (Ministerstvo práce a sociálních věcí; 2013, s. 46) [↑](#footnote-ref-3)
4. Ačkoliv sledování sociálních služeb komunitního charakteru je omezeno pouze na kapacitu lůžek, jedná se tedy o takové služby, jejichž kapacita je menší než 19 lůžek. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zdroj: statistické ročenky MPSV [↑](#footnote-ref-5)