

**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

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>3</b>
1.1	Relevantní legislativní a strategické dokumenty.....	4
<b>2</b>	<b>Definice a analýza řešeného problému</b> .....	<b>6</b>
2.1	Osoby se zdravotním postižením v sociálních službách – prioritní skupina .....	9
<b>3</b>	<b>Vize a základní strategické směřování Akčního plánu a konečný stav po jeho implementaci</b> ..	<b>15</b>
3.1	Strategické cíle Akčního plánu .....	16
<b>4</b>	<b>Popis cílů a opatření v jednotlivých strategických oblastech</b> .....	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Pravidla monitorování a vyhodnocování</b> .....	<b>29</b>
	<b>Příloha: Použité zkratky</b> .....	<b>30</b>

# 1 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<sup>1</sup>. Zároveň respektuje aktuální poznatky při tvorbě strategií z učebních textů Strategické řízení a plánování z roku 2018, zpracovaných Ministerstvem pro místní rozvoj v rámci projektu STRATeduka<sup>2</sup>.

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 – stanovení strategických cílů – stanovení specifických cílů – stanovení opatření – popis způsobu implementace – hodnocení výstupů a výsledků. Deinstitucionalizace je proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální péče o osoby se zdravotním postižením v péči poskytované v přirozeném prostředí uživatele tedy v komunitě. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k opouštění poskytování sociálních služeb v rámci nevyhovujících prostor např. zámků a rozvoji menších sociálních služeb komunitního charakteru. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování.

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 řešen 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 „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy

---

<sup>1</sup> Ministerstvo financí CR (2012) Metodika přípravy veřejných strategií. MF CR. Praha.

<sup>2</sup> STRATeduka – vzdělávací program ke strategickému řízení ve veřejné správě (CZ.03.4.74/0.0/0.0/15\_019/0003984).

sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společností“.

## 1.1 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 (MZ, 2013),
- Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (MZ).

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.).

## 2 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:**

Zatímco na ideové úrovni je stále více akcentována změna paradigmatu poskytování sociálních služeb v České republice, není tento zrychlující se trend doprovázen důslednou analytickou činností, která by indikovala potřebné přípravné kroky pro úspěšné provedení změn a zasadila celý proces do rámce současného stavu veřejných financí České republiky. Zanedbání komplexního ekonomického přístupu k této důležité problematice, se netýká pouze oblasti zajištění finančních prostředků, ale také nepřipravenosti trhu práce na změněné potřeby v sektoru sociálních služeb (kvalitativní i kvantitativní povahy) a v neposlední řadě pak přípravy manažersko-organizačních modelů, které by přinesly odpovědi na konkrétní otázky pro zajištění provozu komunitní služby. To pak vedlo k nekonzistenci celého procesu, jehož výsledkem je, že musíme v současné době v ČR konstatovat, že stále **přetrvává poskytování pobytových sociálních služeb formou „nekomunitního“ charakteru**. Toto konstatování je ovšem nutné doplnit konstatováním, že stále chybí i legislativní vymezení zde používaného pojmu „komunitní“ a vychází se z definic obsažených v dokumentech nelegislativního charakteru. Výše uvedené konstatování platí i přesto, že se počet sociálních služeb komunitního charakteru (pobytových, terénních, ambulantních) dlouhodobě zvyšuje. Zároveň je ze statistik MPSV patrné, že parametrické vymezení sociálních služeb komunitního charakteru je zúženo na počet uživatelů (kapacitu služby), bez ohledu na procesy a způsob péče o uživatele těchto služeb, tedy na další kritéria charakterizující sociální služby, které jsou zmiňovány v souvislosti s komunitním charakterem.

Zřejmé však je, že sociálních služeb komunitního charakteru je s ohledem na dobu implementace procesů deinstitutionalizace v ČR nízký počet. Lidé (skupiny osob vykazující zvláštní zranitelnost) si tak nemohou zvolit prostředí komunitních služeb, které jsou schopny lépe udržet styl života, snáze vytvářet prostředí respektující právo na soukromí a právo vykonávat volbu a kontrolu nad svými životy.

S výše uvedeným bezprostředně souvisí také **přístup státu ve způsobu financování sociálních služeb**. Ačkoliv byly od roku 2006 alokovány finanční prostředky na podporu deinstitutionalizace 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 prostřednictvím

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 prostřednictvím 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.

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

Nedokončené změny a nedostatečná příprava komplexního zajištění nových kapacit komunitních sociálních služeb mohou způsobit celkové snižování kompetencí a soběstačnosti lidí žijících v těchto zařízeních, riziko ztráty jejich osobní identity, stylu života apod. Z nedávné zkušenosti z procesu deinstitucionalizace je zřejmé, že nedostatečně zajištěné (naplánované) návazné služby mohou způsobit i po úspěšném návratu člověka vykazujícího zvláštní zranitelnost do jeho přirozeného prostředí (vlastního bytu) fatální selhání podpory vedoucí k situaci, kdy se tento člověk ocitne bez potřebné odborné podpory. Nedostatečné množství řádně fungujících sociálních služeb komunitního charakteru, především v málo obydlených oblastech ČR může snížit kvalitu života a následně i způsobovat sociální vyloučení znevýhodněných lidí. To ovšem neznamená, že na národní, krajské i místní úrovni bude beze změn pokračovat poskytování sociálních služeb v nezměněné podobě. Všechny sociální služby mají zákonem danou povinnost individuálního přístupu ke svým uživatelům. Z toho jasně vyplývá povinnost provádět průběžné vyhodnocování způsobů poskytování sociálních služeb a na základě toho upravovat způsob poskytování směrem k posilování individualizace péče. (změny dispozice v rámci interiérů, posilování klientského přístupu – participace uživatelů služeb na nastavování procesu poskytování soc. služby, maximalizace rozhodovací kompetence uživatele podle jeho skutečných schopností a podobně)

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. Potřeby znevýhodněných lidí se tak neřeší jednotně a komplexně.

Historické přístupy k poskytování sociálních služeb stále ovlivňují poskytování sociálních služeb směrem k institucionálnímu pojetí. I to má dílčí vliv na přetrvávající způsob poskytování služeb v zařízeních nenaplňujících parametry (nelegislativně) stanovené v materiálech MPSV pro určení komunitního charakteru. Zvýšená potřeba pocitu jistoty a předvídatelnosti v dostupnosti kvalitních služeb se pak projevuje uzavřeností české společnosti vůči změnám.

To vytváří riziko pro pokračování a akceleraci celého procesu deinstitutionalizace a blokuje změnu filozofie systému a principů práce s lidmi žijícími v nepříznivé sociální situaci, která by měla být zaměřená na permanentní hledání nejvhodnějších forem poskytování péče v prostředí, ze kterého tito lidé pochází a kde může být profesionální pomoc lépe poskytována s důrazem na naplnění jejich práv a potřeb, na právo na nezávislý život, jakož i právo být začleněn do běžné společnosti, a tím zvyšovat kvalitu svého života.

V České republice je deinstitutionalizace vnímána jako „proces, ve kterém dochází k přechodu institucionální péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitutionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci.“ (MPSV. Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0)..<sup>3</sup> Jejich provoz je zajištěn tak, aby byly co nejefektivněji využity dostupné zdroje. V současné době je největší překážkou rozvoje sociálních služeb nepřipravenost trhu práce na požadavky sektoru sociálních a zdravotně sociálních služeb.

---

<sup>3</sup> MPSV. Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0

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

Osoby se zdravotním postižením jsou velmi často omezovaly nabídkou podpory a služeb, a to bez ohledu na jejich individuální potřeby a zájmy. Od roku 2007, s účinností zákona č. 108/2006 Sb., 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 nekomunitních 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	14 396	13 978	13 820	13 423	12 926	12 707	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	2 818	2 667	2 743	2 956	3 214	3 556	3 898	4 014	4 104	4 063	4 252	4 607	4 655
Centra sociálně rehabilitačních služeb	408	644	991	862	862	1 053	1 046	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
<b>Celkem</b>	<b>23 664</b>	<b>26 665</b>	<b>27 313</b>	<b>27 790</b>	<b>28 142</b>	<b>29 307</b>	<b>30 370</b>	<b>32 012</b>	<b>33 130</b>	<b>35 146</b>	<b>36 326</b>	<b>37 297</b>	<b>37 923</b>	<b>39 265</b>	<b>41 509</b>	<b>42 581</b>

Počet sociálních služeb komunitního charakteru lze jako statistický údaj sledovat od roku 2015<sup>4</sup>, 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 přirozeného sociálního prostředí	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

Na základě analýzy 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** (např. odchází do přirozeného domácího prostředí nebo dále odchází do jiné pobytové služby).

<sup>4</sup> Sledování sociálních služeb komunitního charakteru je omezeno pouze na kapacitu lůžek, jedná se tedy o takové služby, jejichž kapacita je menší než 19 lůžek.

Dále lze sledovat počet jednolůžkových, dvoulůžkových a tří – a vícelůžkových pokojů v pobytových sociálních službách, přičemž pokoje o tři a více lůžkách jsou jedním ze znaků nekomunitního 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<sup>5</sup>

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 %

<sup>5</sup> Zdroj: statistické ročenky MPSV

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 nekomunitních sociálních služeb, avšak skutečnost, že stávající právní úprava nezná pojem „sociální služba komunitního charakteru“, může činit určité problémy při systematickém vyhodnocování kvality procesu přechodu nekomunitních sociálních služeb do sociálních služeb komunitního charakteru.

K 30. 6. 2023 proběhla úplná transformace ve 27 zařízeních. Jedná se o pobytová zařízení, která byla věcně podporována MPSV při realizaci projektů podaných v rámci výzev IROP 2014–2020. Od té doby se nastavuje další plán (programové období) pro podporu transformace v ČR.

MPSV v roce 2023 vyhlásilo nové výzvy v rámci Národního plánu obnovy, výzva č. 44 je zaměřená na Modernizaci a rozvoj pobytových služeb sociální péče a č. 43 na Zvyšování kapacit nepobytových komunitních sociálních služeb. Dále MPSV připravilo výzvu č. 36 OPZ+ s názvem Transformace pobytových sociálních služeb. Výzva je zacílena na podporu a rozvoj procesů uvnitř služby, která prochází transformačním procesem. Tyto projekty jsou doplňkovými aktivitami k investičním záměrům především krajů, na které bude možné žádat finance z IROP. MMR v roce 2023 připravuje vyhlášení 2 výzev na podporu deinstitucionalizace. Jedná se konkrétně o 58. výzvu IROP – Deinstitucionalizace sociálních služeb – SC 4.2 (MRR) a 59. výzvu IROP – Deinstitucionalizace sociálních služeb – SC 4.2 (PR). Jedná se o uzavřené výzvy, kraje dopředu zjišťovaly svoji absorpční kapacitu a vytipovaly vhodné objekty k transformaci.

Podpurným systémovým projektem MPSV pro proces transformace v ČR je z OPZ+ Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v ČR (dále jen projekt Transformace), reg. č: CZ.03.02.02/00/22\_004/0000724, doba realizace 2023-26. Některá z dále uvedených opatření se budou realizovat prostřednictvím tohoto projektu.

Projekt Transformace poskytuje konzultace pro zřizovatele a poskytovatele sociálních služeb při přípravném procesu a následně je provází celým procesem transformace a hodnotí samotné transformační plány zařízení, která budou žádat o finanční podporu z IROP. S účinností od 1. dubna 2022 vydalo MPSV dokument Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace (dále jen Kritéria) který byl vytvořen za účelem nastavení jednotných a transparentních podmínek pro realizaci projektů sloužících k transformaci sociálních služeb v České republice. Účelem Kritérií je jednoznačně stanovit a odlišit tak, co jsou a co nejsou sociální služby komunitního charakteru.

Parametry pro přípravu transformačních plánů jsou uvedeny v tomto dokumentu včetně nezbytných příloh jako je např. Studie proveditelnosti. Kritéria jsou zveřejněna na webových stránkách MPSV <https://www.mpsv.cz/kriteria-socialnich-sluzeb-komunitniho-charakteru-a-kriteria-transformace-a-deinstitucionalizace> . Vzhledem k tomu, že proces transformace je velmi dynamický je nutné počítat s aktualizací výše zmíněných dokumentů.

Vydaná podoba Kritérií i souvisejících příloh vychází z činnosti Konzultační skupiny k deinstitucionalizaci zřízené MPSV, jakož i ze společných jednání MPSV se zástupci krajských úřadů a velmi úzce navazuje na předchozí verze Kritérií určených pro výzvy Integrovaného regionálního operačního programu (IROP) a Operačního programu Zaměstnanost (OPZ), která byla schválena Evropskou komisí v roce 2012.

### **3 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 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 institucionální 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 deinstitutionalizaci, ale zaměřuje se pouze na segment sociálních služeb.

Cílem Akčního plánu pro DI je připravit proces DI tak, aby mohla v navazujícím období vláda na základě komplexních relevantních podkladů schválit kroky směřující k cíli, kdy v roce 2030 dosáhne kapacita komunitního charakteru u domovů pro osoby se zdravotním postižením 80 % z celkové kapacity tohoto druhu soc. služby. Dalším cílem je, 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.

### **3.1 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 E. Konkrétně se jedná o následující strategické cíle:

1) Legislativní strategické cíle

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

2) Nelegislativní strategické cíle

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.

C. Podpořit změny nekomunitního modelu poskytování sociálních služeb v model komunitní.

D. Zajistit dostupnou finanční podporu v průběhu implementace procesu deinstitucionalizace sociálních služeb.

E. Zvýšit obecné povědomí o důležitosti deinstitucionalizace sociálních služeb.

## 4 Popis cílů a opatření v jednotlivých strategických oblastech

### Strategický cíl A

**Na základě analytického vyhodnocení stávajících právních 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 nekomunitního charakteru, včetně úpravy materiálně-technického standardu pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou v novele zákona č. 108/2006 Sb., 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 nekomunitní či o komunitní charakter služby. Vzhledem k cíli Akčního plánu pro DI, který je spojen s procesem přechodu od institucionální 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. Jasně 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 deinstitutionalizací je pečující osoba. Její role pro deinstitutionalizaci patří mezi zásadní, neboť zdravotně znevýhodněné osoby mohou s podporou pečující osoby zůstat ve svém přirozeném prostředí. 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.*

*Snahou MPSV je podpora především ambulantních a terénních sociálních služeb, které seniorům a osobám se zdravotním postižením umožní jejich setrvání doma, tedy v přirozeném prostředí, před zajištěním služeb pobytového charakteru. S tím souvisí nutnost vymezení znaků souvisejících s kvalitou života a zdravotním stavem, kdy je legitimní nabídnout klientovi využít vhodnou pobytovou sociální službu.*

*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 institucionální 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 institucionálních 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 nekomunitního 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 nedostupnosti ambulantních a terénních sociálních služeb osobám se zdravotním postižením, seniorům a ohroženým dětem, jejich rodinám a dospívajícím nezaopatřeným dětem.

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 a vymezit pojmy: sociální služba komunitního charakteru a sociální služba nekomunitního charakteru, včetně úpravy materiálně-technického standardu pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou v novele zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 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 Q4	MPSV	Kraje, obce, NNO, KVOP, zástupci klientů, poskytovatelů sociálních služeb a další partneři	MPSV	0 Kč Financování bude zajištěno v rámci rozpočtové kapitoly 313

### Strategický cíl B

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

### **Specifický cíl B1**

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

#### **Opatření B1.1**

Vytvořit meziresortní metodiku v oblasti postupu vzájemné informovanosti o dostupných možnostech podpory a edukace péče u výše uvedených cílových skupin.

Podpořit budoucího klienta v rozhodování o tom, zda je pro něj vhodná péče terénní, ambulantní nebo pobytová. Učinit opatření, aby nebyla pobytová sociální služba automaticky první volbou pro člověka závislého na péči.

Opatření bude řešeno v rámci systémového projektu MPSV Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR č.: CZ.03.02.02/00/22\_004/0001320. Cílem projektu je vytvoření podmínek pro aplikaci case managementu do systému sociální ochrany ČR na všech jeho úrovních, a to prostřednictvím přípravy a pilotního odzkoušení unifikovaného modelu koordinovaného přístupu, vč. poskytování související metodické podpory vybraným obcím s rozšířenou působností a posílením kompetencí relevantních aktérů, u nichž se koordinovaný přístupů očekává a vyžaduje více viz Opatření B2.1.

<b>Termín splnění</b>	<b>Odpovědnost</b>	<b>Spolupráce</b>	<b>Zdroj financování</b>	<b>Předpokládané finanční náklady</b>
2024 Q4	MPSV, MZ	Kraje, obce, NNO, zástupci klientů, poskytovatelů sociálních služeb a další partneři	MPSV – OPZ+	4 mil Kč (alokace určena pro vznik metodiky v rámci projektu)

### **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).

Opatření budou realizovat obce zapojené do systémového projektu, jejichž sociální pracovníci provedou pilotáž koordinovaného přístupu realizovaného v rámci své pracovní agendy. Vzdělávací akce jim budou hrazeny v rámci projektu.

Termín splnění	Odpovědnost	Spolupráce	Zdroj financování	Předpokládané finanční náklady
2025 Q2	MPSV	Kraje, obce, NNO, zástupci klientů, poskytovatelů sociálních služeb a další partneři	MPSV, OPZ+	0,5 mil. Kč (na vzdělávání, nejedná se o navýšení počtu zaměstnanců)

#### **Strategický cíl C**

## Podpořit změny nekomunitního modelu poskytování sociálních služeb směrem k modelu komunitnímu.

### Specifický cíl C1

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

*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 C1.1

MPSV vytvoří meziresortní a mezioborovou komisi pro hodnocení implementace procesu deinstitucionalizace (MPSV, MZ, MŠMT, MMR, MV, MF, Asociace krajů, SMS, SMO, ČMKOS, UZS, KVOP, asociace poskytovatelů, klientských organizací).

Výsledkem činnosti bude také vyhodnocení strategických dokumentů v oblasti transformace a deinstitucionalizace a jejich aktualizace zejména doplnění opatření a úkolů v oblasti efektivity využití dostupných zdrojů pro zajištění všech kapacit nových služeb, tak jak budou vznikat, respektive kapacit celého systému sociálních služeb v České republice (trh práce, veřejné rozpočty a další) .

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 OPZ+	3 mil. Kč (max. částka hrazená z projektu Transformace)

### Opatření C1.2

Zahrnout uživatele služeb a pečující osoby do procesu sledování a vyhodnocování kvality služeb a výstupy kontroly zveřejňovat srozumitelným způsobem běžné veřejnosti. MPSV ve spolupráci s KVOP vytvoří materiál ve formě snadného čtení např. obrázkový komiks pro klienty.

Termín splnění	Odpovědnost	Spolupráce	Zdroj financování	Předpokládané finanční náklady
2023 Q4	MPSV	profesní sdružení, zástupci pečujících osob, KVOP, patientské a klientské organizace	OPZ+	1 mil. Kč

## Specifický cíl C2

Poskytovat metodickou podporu zadavatelům, zřizovatelům a poskytovatelům sociálních služeb v oblasti DI jako systému, včetně procesů transformace jednotlivých služeb nekomunitního 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		OPZ+, SR (kofinancování)	30 24 mil. Kč ( projekt Transformace a agendová zam.) Pozn. Vypočtené náklady nezahrnují pouze náklady na ustavení týmu, ale také na jeho činnost po celou dobu běhu projektu.

### Opatření C2.2

Vytvoření podpůrných metodických pokynů pro oblast obhajoby práv a seburčení klientů

<b>Termín splnění</b>	<b>Odpovědnost</b>	<b>Spolupráce</b>	<b>Zdroj financování</b>	<b>Předpokládané finanční náklady</b>
2024 Q2	MPSV	KVOP	OPZ+	1 mil. 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 nekomunitního a komunitního charakteru ve vztahu ke klientům sociálních služeb. 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 institucionálním zařízením. Institucionální 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 včetně monitorování ekonomického aspektu 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 patientských 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, patientské a klientské organizace	MPSV – OPZ+, státní rozpočet kapitola 313 MPSV	20 mil. Kč

### Opatření C3.4

Vytvořit analýzu současného stavu systému sociálních služeb, tak aby bylo možno efektivně nasměrovat dostupné investiční prostředky, podrobně navrhnout implementační postup v širokém kontextu potřeb procesu deinstitucionalizace, a to včetně vyčíslení budoucích provozních nákladů a personálních potřeb.

Termín splnění	Odpovědnost	Spolupráce	Zdroj financování	Předpokládané finanční náklady
2024 Q2	MPSV	MMR, kraje, obce, NNO, klientské organizace	MPSV OPZ+	2 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 institucionální 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 v závislosti na finančních možnostech státního rozpočtu a v rámci dostupných zdrojů, především ze strukturálních fondů EU. 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. Následné financování provozu transformovaných sociálních služeb ze státního rozpočtu nebude na úkor stávajících sociálních služeb nekomunitního charakteru.*

*Veškeré výdaje budou hrazeny v rámci schválených výdajových limitů dotčených kapitol státního rozpočtu a **týkají se povinného kofinancování.***

#### Opatření D1.1

Zajistit v rámci rozpočtových možností veřejné finance pro potřebné investice včetně nastavení podmínek využití primárně z Integrovaného operačního programu 2021-2027 a z Národního plánu obnovy.

Pro implementaci Akčního plánu pro DI slouží primárně investiční výzvy z NPO a IROP. V rámci NPO byly připraveny výzvy zaměřené na Modernizaci a rozvoj pobytových služeb sociální péče a na Zvyšování kapacit nepobytových komunitních sociálních služeb. MMR připravuje vyhlášení 2 výzev na podporu Deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb. Jedná se o uzavřené výzvy, kraje dopředu zjišťovaly svoji absorpční kapacitu a vytipovaly vhodné objekty k transformaci. Provoz transformovaných zařízení musí být připraven způsobem, který zamezí zmaření realizovaných investic.

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 přínosu 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 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 přínosu deinstitucionalizace, a to nejen pro osoby se zdravotním postižením.

Termín splnění	Odpovědnost	Spolupráce	Zdroj financování	Předpokládané finanční náklady
Průběžně	MPSV		MPSV (OPZ+)	5 mil Kč (projekt Transformace)

#### Opatření E1.2

Organizovat konference, kulaté stoly a odborné semináře tematicky zaměřené na otázku deinstitucionalizace systému péče o cílové skupiny 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 (projekt Transformace)

## 5 Pravidla monitorování a vyhodnocování

**Odpovědné instituce uvedené v navržených opatřeních budou zpracovávat zprávu o plnění příslušných úkolů, a to v polovině průběhu realizace, tedy k srpnu 2024 a poté na konci, tedy do konce února 2026.**

Informace bude předložena vládě ČR. 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

ČMKOS – Českomoravská konfederace odborových svazů

ČR – Česká republika

DI – Deinstitutionalizace

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

ESF – Evropský sociální fond

EU – Evropská unie

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

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NNO – Nestátní neziskové organizace

NPO – Národní plán obnovy

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

OPZ+ – Operační program Zaměstnanost plus

OZP – Osoby se zdravotním postižením

SMO – Svaz měst a obcí

SMS – Sdružení místních samospráv

UZS – Unie zaměstnavatelských svazů