

NÁRODNÍ STRATEGIE ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

NA OBDOBÍ 2026-2030

MPSV 2025



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

Obsah

Výklad používaných pojmů	3
Seznam zkratk	10
Úvod	12
1. Popis současného stavu a výzvy v sociálních službách	15
1.1. Sít' sociálních služeb	17
1.2. Finanční zajištění sociálních služeb	27
1.3. Sociální práce a personální zajištění sociálních služeb	40
1.4. Podmínky poskytování sociálních služeb	49
1.5. Vybrané oblasti systému sociálních služeb	58
2. Strategická část	83
2.1. Strategický cíl A: Sít' sociálních služeb reaguje na nepříznivou sociální situaci obyvatel	85
2.2. Strategický cíl B: Efektivní systém financování sociálních služeb	87
2.3. Strategický cíl C: Rozvoj sociální práce v kontextu sociálních služeb	89
2.4. Strategický cíl D: Garantované podmínky poskytovaných sociálních služeb	93
2.5. Strategický cíl E: Sociální služby lépe reagují na potřeby uživatelů a demografický vývoj	96
3. Implementační část	102
Použité zdroje a literatura	107
Seznam příloh, tabulek, grafů	109

Výklad používaných pojmů

Akční plán je soubor plánovaných projektů a aktivit, jejichž prostřednictvím mají být naplněny cíle strategie. Akční plán může být součástí strategie (nebo jejího implementačního dokumentu), nebo se může jednat o samostatný dokument na tyto dokumenty navazující.

Ambulantní služby jsou služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Běžné prostředí – přirozené sociální prostředí je rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

Cíl je směr konání uvažování nebo směřování, na jehož konci je předem stanovitelný žádaný cílový stav.

Cílovou skupinou se z hlediska nastavení strategie (jejích cílů a opatření) rozumí osoba, skupina osob nebo instituce, na které bude mít realizace strategie zamýšlený dopad. Z hlediska komunikace se jedná o osobu, skupinu osob nebo instituce, jež mohou nebo by měly být (různými prostředky, nástroji a v různé intenzitě) informovány o průběhu, výstupech a výsledcích tvorby strategie. Cílová skupina z hlediska nastavení strategie nemusí být cílovou skupinou z hlediska komunikace a naopak.

Cílový stav je stav, který je předpokládán (nebo již nastal) ve chvíli dosažení cíle. Cílový stav by měl být pro daný případ jedinečný a nezaměnitelný, měřitelný, akceptovatelný pro ty, kteří se na jeho dosažení podílejí, realizovatelný a opatřený termíny zhotovení nebo dodání.

Dávky jsou majetkové převody ve prospěch jiného. Dávka v demokratické společnosti je nástrojem povinné (obligatorní, mandatorní) nebo dobrovolné (fakultativní, voluntérské, filantropické, sponzorské) redistribuce prostředků ve prospěch těch, kteří se nacházejí v sociálně znevýhodněné situaci a jejichž potřeby byly uznány jako legitimní. Dávky jsou peněžité či věcné povahy. Věcné dávky mohou mít povahu odměny nebo jsou součástí odměny (režijní jízdenky, deputátní uhlí apod.) či jsou poskytnuty k uspokojování určité potřeby. Peněžité dávky jsou obnosy vyplacené těm, kteří na ně mají nárok, nebo jimž byly přiznány úředním výrokem, nebo jimž byly poskytnuty jako dar, zpravidla od nestátních subjektů. (TOMEŠ, I.: Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál, 2010).

Deinstitucionalizace je proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnění života lidí se zdravotním postižením a umožnění běžného života, srovnatelného s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů (kde lidé nesdílejí určité zájmy nebo potřeby) a rozvoji komunitních sociálních služeb (ambulantní, terénní a pobytové formy). Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány

na potřeby klientů služeb a jejich sociální začleňování; uživatelé nejsou vystavováni institucionalizaci.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb.

Evaluace je proces hodnocení využívání prostředků z veřejných zdrojů, který napomáhá hospodárnosti při jejich čerpání. Jde o systematické a objektivní hodnocení probíhajících nebo dokončených strategií (nebo projektů, programů nebo politik), jejich uspořádání, implementace a výsledků. Cílem je určení významnosti a plnění cílů, rozvojové efektivnosti, účinku a udržitelnosti. Jde o proces stanovení důležitosti nebo významnosti určité aktivity, politiky nebo programu.

Finanční plán je proces plánování výnosů, nákladů a zisku, plánování cash-flow (plánování peněžních příjmů a výdajů), plánování aktiv (majetek organizace) a pasiv (zdroje krytí majetku).

Garantovaná nabídka služby je popis minimálního, organizací pro klienty a další relevantní zainteresované strany garantovaného, rozsahu, způsobu a podmínek poskytování služby.

Implementační / prováděcí dokument / plán implementace je dokument navazující na strategii, který vymezuje především postupy, aktivity, organizační strukturu, harmonogram a rozpočet realizace opatření a plnění cílů stanovených ve strategii.

Indikátor je kvantifikovaný cíl, respektive měřítko stavu plnění cíle nebo realizace aktivity. Indikátory slouží pro sledování (monitorování) průběhu a výsledku realizace strategie (programu, projektu).

Klient je synonymum pojmu uživatel sociální služby: osoba užívající sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Komunita je nejbližší, přirozené, běžné sociální prostředí; zahrnuje rodinu, sousedy, přátele, známé, a místa, kde lidé běžně žijí, pracují, vzdělávají se, sdílejí a realizují běžné sociální aktivity.

Komunitní péče je pomoc a podpora poskytovaná lidem se zdravotním postižením v komunitě s využitím sociálních služeb komunitního charakteru, veřejně dostupných služeb a neformální podpory.

Kompetencemi se rozumí souhrn znalostí a dovedností člověka (např. kompetence pracovníka, kompetence klienta apod.).

Koncepci se v kontextu strategického řízení rozumí strukturované vytyčení celkového směřování v dané oblasti. Koncepce obsahuje základní východiska a směřování, zatímco strategie je konkrétnější, vymezuje konkrétní cíle a jejich hodnoty. Koncepce může mít podobný charakter jako Politika, rozdíl je především v jejich časovém horizontu (koncepce má spíše krátkodobý až střednědobý horizont realizace, zatímco politika střednědobý až dlouhodobý horizont realizace).

Neformální podpora/péče je podpora, které se člověku se zdravotním postižením dostává od rodinných příslušníků, blízkých osob, zájmových a občanských organizací, spolků apod., nikoli od profesionálů a sociálních služeb.

Nepříznivou sociální situaci se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Odborné sociální poradenství je sociální služba, která je poskytována se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Opatření je nástroj implementace strategie, jehož prostřednictvím jsou naplňovány jednotlivé cíle. Opatření může mít podobu legislativních změn, programů nebo projektů, investic a finančních nástrojů, poskytování informací, vzdělávání apod.

Péče zahrnuje podporu i pomoc; jedná se o souhrn činností, k jejichž zvládnutí potřebuje klient spolupráci jiné osoby, nebo které není klient schopen vlastními silami zvládnout. K jejich zajištění je nezbytné, aby je za klienta vykonala ve vyšší míře či zcela jiná osoba.

Pobyťová služba je služba spojená s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Podpora je souhrn činností, k jejichž zvládnutí potřebuje klient spolupráci jiné osoby, míra působení jiné osoby je oproti pomoci nižší, klient je co nejvíce veden k samostatnosti.

Pomoc je souhrn činností, které klient není schopen vlastními silami zvládnout a k jejichž zajištění je nezbytné, aby je za klienta vykonala ve vyšší míře či zcela jiná osoba.

Popis poskytované služby je základní popis charakteristiky služby (kde, kdy, kým, jak v jakém rozsahu a za jakých podmínek je služba poskytována). Součástí popisu služby je i garantovaná nabídka služby.

Poskytovaná služba je jakákoliv služba, kterou organizace poskytuje (služba sociální, zdravotní apod.).

Potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu-homeostaze (Projekt Podpora procesů v sociálních službách Souhrnný Katalog potřeba kompetencí po doplnění Přípomínek. 30. 3. 2012).

Pracovníkem se rozumí pracovník v sociálních službách, sociální pracovník nebo jiný odborný pracovník definovaný dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který je v přímém kontaktu s klientem služby, nebo další zaměstnanec sociální služby.

Proces je soubor vzájemně provázaných činností, který využívá zdroje pro přeměnu vstupů na výstupy nebo produkty. Tento soubor činností je v organizaci realizován opakovaně (nejedná se o jednorázovou činnost). Proces lze popsat pomocí atributů procesu a má svého vlastníka.

Projekt je dočasné úsilí s cílem vytvořit unikátní produkt, službu nebo výsledek. Projekt má jasný cíl, začátek a konec.

Příspěvek na péči je nepojistná sociální dávka poskytována podle zákona o sociálních službách osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek na péči je určen na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci (osoba blízká, asistent sociální péče atd.) podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. Výše příspěvku na péči se odvíjí od stupně závislosti na pomoci jiné osoby, věku osoby (do 18 let nebo nad 18 let), případně dle existence podmínek pro přiznání zvýšení příspěvku na péči podle 11 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb.

Registrovanou službou se rozumí druh sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; dílčí organizační jednotka.

Služby sociální péče jsou služby napomáhající osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.

Služby sociální prevence jsou služby napomáhající zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Sociální služba je činnost nebo soubor činností dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Sociální začleňování je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Sociální vyloučení je vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.

Správce sítě sociálních služeb je instituce státní správy nebo samosprávy, případně jiná organizace vykonávající činnosti, odpovědnosti a pravomoci spojené s řízením sítě sociálních služeb a zajištěním realizace dohodnutých strategií v příslušném území a definovaném období v souladu s aktuálním plánem rozvoje sociálních služeb.

Strategie je (pojem z řeckého strategos, generál < stratos (vojsko, výprava) + agein, vést) soubor rozhodnutí, které vychází z daných zdrojů a z posouzení dané situace, zaměřený na dosažení cílové stavu.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb je výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb.

Stupně závislosti na pomoci jiné osoby vyjadřují míru závislosti osoby se zdravotním postižením na pomoci jiné fyzické osoby. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Posuzují se zvláště u osob do 18 let věku a u osob nad 18 let věku. U obou skupin jsou určeny čtyři stupně závislosti: I. stupeň (lehká závislost), II. stupeň (středně těžká závislost), III. stupeň (těžká závislost) a IV. stupeň (úplná závislost).

Terénní služby jsou služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Transformace je souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb v rámci deinstitucionalizace.

Typy zdravotního postižení zahrnují mentální, tělesná (pohybového ústrojí); smyslová postižení (zraková, sluchová, duální), včetně kombinovaných postižení a duševní

onemocnění. U osob se zdravotním postižením se mohou vyskytovat v různých stupních a v různých kombinacích (kombinované postižení).

Ústav/ústavní zařízení jsou instituce poskytující uživatelům nepřetržitou péči spojenou s ubytováním, stravováním a dalšími službami nahrazujícími běžný způsob života. V souvislostech transformace sociálních služeb je tímto pojmem myšlena pobytová sociální služba, v níž jsou lidé izolováni od širšího společenství, jsou nuceni ke společnému žití a jsou v ní vystaveni negativním účinkům institucionalizace. K těmto negativním účinkům patří bydlení ve speciálně určených budovách „pro postižené“, izolace lidí na základě společného znaku (typu zdravotního postižení, např. mentální postižení), potlačení individuality člověka, dodržování režimu zařízení, jasná hierarchie role klienta a role pracovníka. Princip ústavní péče spočívá v tom, že se člověk podřizuje systému instituce, a ne instituce člověku. Jedná se o historicky zažitý a používaný termín s pejorativní konotací charakterizující instituci.¹ Ústav sice nedefinuje jeho velikost, ale procesy izolace a procesy institucionalizace, nicméně u větších pobytových služeb je tendence k institucionalizaci vyšší. Z pohledu kumulativního naplnění výše uvedených kritérií se jedná o pobytovou sociální službu, která je poskytována 19 a více klientům na jednom místě, případně u služeb s menší kapacitou v daném místě, jde-li o společné prostory, nerozdělené na jednotlivé domácnosti pro maximálně 6 klientů.

Veřejnou službou se rozumí poskytování služeb ve veřejném zájmu občanů, kdy toto poskytování služeb je plně financováno nebo kofinancováno z veřejných zdrojů, tedy finančních a jiných zdrojů občanů spravovaných a přerozdělovaných volenými zástupci a zaměstnanci jejich agend na všech úrovních veřejné správy (státní správa i samospráva). Jde převážně o služby, které jsou občany shledány jako potřebné a prioritní, které by bez této podpory nebyly pro veřejnost a jejich klienty z různých důvodů dostupné vůbec nebo by byla jejich kvalita a rozsah výrazně omezen. Současně může jít také o služby, které mají rozvojový nebo inovativní charakter a lze předpokládat jejich budoucí pozitivní přínos pro občany a společnost. Poskytování veřejné služby předchází veřejný výběr poskytovatele těchto služeb. Výběr i samotné poskytování musí být efektivní, transparentní a nesmí pro poskytovatele této služby přinášet jiný zisk než ten, který bude reinvestován do rozvoje kvality, dostupnosti a efektivity poskytované veřejné služby s výsledkem prospěšným pro občany, kterým je veřejná služba určena (Veselka, J., Koldinská, J.).

Veřejný závazek představuje poslání, cíle, okruh osob a zásady registrované sociální služby.

Vize představuje popis žádoucího budoucího stavu, kterého je zapotřebí prostřednictvím realizace strategie dosáhnout. Jedná se o dopad naplnění globálního cíle. Vztahuje se na strategii jako celek. K naplnění vize by mělo dojít ve střednědobém či dlouhodobém horizontu (což nemusí být bezprostředně po ukončení realizace strategie).

Zadavatel veřejných služeb je subjekt veřejné správy, ať již státní správa či samospráva, která je současně i poskytovatelem sociálních služeb. Ve smíšeném modelu státní správy a samosprávy je nutné u úrovně krajů a obcí rozlišovat mezi působností přenesenou a samosprávnou, mezi finančními prostředky svěřenými státem (v případě dotačních řízení

¹ Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012, s. 81)

krajů) a vlastními prostředky, ať již mají svůj původ v rozpočtovém určení daní nebo v dalších příjmech obcí.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje podmínky pro poskytování sociálních služeb (rozsah a formu) a příspěvku na péči, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci kvality služeb a akreditaci vzdělávacích zařízení a programů pro pracovníky v sociálních službách

Závazek veřejné služby vzniká jako výsledek transparentního procesu poptávání a následného výběru nejvhodnějšího poskytovatele (poskytovatelů) veřejné služby na zajištění konkrétně definované poptávky zadavatele. Jako takový je smluvním zakotvením výsledné dohody spojené s procesem realizace, financováním, očekávaným výsledkem a vyhodnocením poskytování veřejné služby, které je uzavřeno mezi poskytovatelem a zadavatelem veřejné služby včetně stanovené odpovědnosti a povinností těchto stěžejních zainteresovaných stran. Závazek obsahuje přijetí odpovědnosti poskytovatele za konkrétně stanovené zajištění deklarované kvality, množství, dostupnosti a efektivity veřejné služby v daném období a území, pro které je vykonávání veřejné služby sjednáno. Závazek veřejné služby je veřejně dostupným dokumentem a jako takový je zadavatelem, občany a dalšími zainteresovanými stranami průběžně přezkoumáván a vyhodnocován (Veselka, J., Koldinská, J.).

Zdravotní postižení je postižení člověka, které v kombinaci s organizací společnosti, v níž osoba se zdravotním postižením žije, nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Pojem „osoba se zdravotním postižením“ je používán v právním systému České republiky odlišně pro účely vzdělávání, sociálního zabezpečení, zaměstnanosti, způsobilosti k právním úkonům či sociálních služeb. Dle definice Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením jsou za osoby se zdravotním postižením považovány ty, jež mají dlouhodobé tělesné, mentální, duševní nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plné a efektivní účasti ve společnosti rovnocenně s ostatními.

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DALYs	Disability-Adjusted Life Years (Ztracená léta života v důsledku nemoci)
EK	Evropská komise
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
MAS	Místní akční skupina
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
MZd	Ministerstvo zdravotnictví
NNO	Nestátní nezisková organizace
ORP	Obecní úřad obce s rozšířenou působností
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
POÚ	Obecní úřad obce s pověřeným obecním úřadem
RILSA	Research Institute for Labour and Social Affairs (Výzkumný institut práce a sociálních věcí, v. v. i.)
RPÚR	Rozpočtová pravidla územních rozpočtů
SDGs	Cíle udržitelného rozvoje
SPRSS	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
SPOD	Sociálně-právní ochrana dětí
SVL	Sociálně vyloučená lokalita
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚP ČR	Úřad práce České republiky
ÚV ČR	Úřad vlády České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. (Od 1.1.2025 Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. sloučen s Výzkumným ústavem bezpečnosti práce, v. v. i. a přejmenován na Výzkumný institut práce a sociálních věcí, v. v. i. se zkratkou RILSA.)
ZSPOD	Zákon o sociálně-právní ochraně dětí

Úvod

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2026–2030 (dále jen „NSRSS“) je základní rámcový dokument sociální politiky ČR, který navazuje na Národní strategii rozvoje sociálních služeb 2016-2025 a přináší střednědobý výhled na systém sociálních služeb v širším kontextu.

Cílem NSRSS je nejen navázat na předchozí strategii, ale rovněž akcentovat demografický vývoj obyvatelstva, nové trendy v oblasti poskytování sociálních služeb (mj. kdy dochází k podpoře transformace pobytových sociálních služeb a posílení ambulantních a terénních forem služeb apod.), legislativní proces (kdy ve sledovaném období dojde k novele zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“) – vládní a poslanecká novela zákona o sociálních službách) a dále obecně vývoj v území (např. ukončení financování sociálních služeb z individuálních projektů v roce 2025).

MPSV v souladu s ustanovením § 96 písm. b) zákona o sociálních službách zpracovává národní strategii rozvoje sociálních služeb, sleduje a vyhodnocuje její plnění a ve spolupráci s kraji určuje parametry dostupnosti sociálních služeb.

Novelou zákona o sociálních službách schválenou v červenci 2025 s účinností od 1. ledna 2026 zpracovává kraj střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na 5 let, počínaje 1. lednem 2028. V návaznosti na to zpracovává MPSV národní strategii rozvoje sociálních služeb na dobu 5 let, od 1. ledna 2029. Z tohoto důvodu bude NSRSS v roce 2028 přepracována.

NSRSS vznikla v průběhu roku 2024 a 2025 za účasti široké skupiny expertů v gesci MPSV. Koordinátorem činností byl Odbor koncepce sociálních služeb a sociální práce.

Tento strategický dokument byl vytvořen dle metodiky přípravy veřejných strategií zpracované pod vedením Ministerstvem financí ČR z roku 2012. Této metodice odpovídá struktura i forma zpracování materiálu. V rámci případných aktualizací v dalších letech je možné strategii doplnit a upravit dle aktuálního vývoje.

V analytické části strategie jsou uvedeny základní informace vykreslující daný problém a možnosti jeho řešení v širším kontextu. Některá analytická data, ze kterých poznatky uvedené v analýze vycházejí, jsou pro větší přehlednost dokumentu uvedeny v přílohách.

Účelem této strategie je nastavit systém sociálních služeb tak, aby odpovídal potřebám osob nacházejících se v nepříznivé životní situaci a vytvořil pro ně podmínky tak, aby mohly s využitím neformální péče co nejdéle setrvat ve svém přirozeném sociálním prostředí.

V logice Vize – Globální cíl – Strategické cíle – Opatření a na základě aktuálních analytických podkladů za diskuse s partnery je tato vize v tomto dokumentu rozpracována do podoby cílů a opatření, kterých je možné prostřednictvím působení sociálních služeb v horizontu let 2026-2030 dosáhnout.

Uživatelé strategie

Tato strategie vytváří rámec pro činnost subjektů nějakým způsobem zapojených do systému sociálních služeb v ČR. Jedná se o velmi široké spektrum aktérů od ústředních orgánů ČR přes poskytovatele sociálních služeb (příspěvkové organizace, NNO, ostatní typy organizací) až po příjemce, tj. klienty služeb.

Jednotlivé dílčí podklady a výstupy NSRSS byly předmětem odborných diskusí v rámci seminářů, konferencí apod. a pracovních jednání s dalšími zástupci aktérů, odborníků z oblasti sociálních a jiných veřejných služeb. Dotčená odborná veřejnost měla možnost se NSRSS zabývat rovněž prostřednictvím standardního vnitřního a vnějšího připomínkového řízení.

Terminologie

Ve strategii jsou používány standardní pojmy související s danou problematikou. Tyto pojmy jsou vymezeny zákonem o sociálních službách, případně dalšími navazujícími předpisy. Některé pojmy nemají jednoznačné vymezení, na což NSRSS ve svých odpovídajících částech reaguje a zrcadlí v některých opatřeních.

Zásadní pojmy NSRSS

- Sociální služby
- Poskytovatelé sociálních služeb
- Klienti sociálních služeb
- Zadavatelé sociálních služeb
- Neformální péče
- Neformální pečující
- Nepříznivá sociální situace

Strategické dokumenty

NSRSS využívá a v odpovídající míře odráží již přijaté strategické dokumenty:

- Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025,
- Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb jednotlivých krajů,
- Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025
- Strategie sociálního začleňování 2021–2030,
- Strategie rodinné politiky 2024-2030,
- Národní strategie ochrany práv dětí 2021-2029,

- Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030,
- Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025.

S ohledem na komplexnost problematiky NSRSS byly využity kromě uvedeného další relevantní zdroje (zprávy, analýzy apod.), které jsou specifikovány v příloze.

1. Popis současného stavu a výzvy v sociálních službách

Oblast sociálních služeb často klade vysoké nároky na multidisciplinární přístup, protože je poměrně tematicky rozsáhlá a vyžaduje mnohdy spolupráci napříč obory jako je např. zdravotnictví a školství.

V rozvinutém sociálním státě by měl systém sociálních služeb plnit zejména tyto funkce:

- aktivizační (podpora k převzetí odpovědnosti za řešení sociální situace, podpora osoby v možnosti zůstat co nejdéle v jeho přirozeném prostředí),
- integrační (začleňovací) – podpora při získávání hodnotných sociálních rolí, posilování sociálních vazeb a vztahů a při aktivním zapojení člověka do běžného života komunity
- ochranná (zejména ochrana práv klientů, ochrana zdravého vývoje dětí, fyzického a psychického zdraví a fungování rodin),
- koordinační (zajištění informovanosti, dostupnosti, poradenství v řešení sociální situace),
- kompenzační (vyrovnání nerovností),
- preventivní (předcházení vzniku či prohloubení stavu sociálního vyloučení),
- rehabilitační (kdy prostřednictvím činnosti sociální služby dochází k nápravě nepříznivé sociální situace a člověk se navrácí k běžnému způsobu života, který vedl před jejím vznikem).

Vytvořený systém by měl respektovat hodnoty a principy rovnosti, důstojnosti, svobody, solidarity, a participace, které historicko-politicky odpovídají evropskému společenskému prostoru

Za účelem jednoznačného vymezení hranic řešené problematiky a přehledné struktury bylo v NSRSS použito následovné rozdělení do šesti konkrétních tematických částí.

1. Síť sociálních služeb
2. Finanční zajištění sociálních služeb
3. Sociální práce a personální zajištění sociálních služeb
4. Podmínky poskytování sociálních služeb
5. Vybrané oblasti systému sociálních služeb
 - 5.1. Deinstitutionalizace
 - 5.2. Dlouhodobá péče a sociálně-zdravotní služby
 - 5.3. Využívání asistivních technologií v sociálních službách

- 5.4. Využívání AI a další inovace
- 5.5. Problematika bezdomovectví
- 5.6. Neformálně pečující
- 5.7. Ohrožené děti

1.1. Sít' sociálních služeb

Z legislativního hlediska je téma potřeb a jejich zjišťování upraveno jak v zákonem o sociálních službách, tak prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen „Vyhláška“). Přesto lze konstatovat, že postupy pro zjišťování potřeb a vlastně i otázka, jak vnímat potřeby samotné, se neseťkává s jednoznačnou a jednotnou podobou či odpovědí. Jak se v praxi rovněž ukazuje, ne vždy je zcela patrné, jakým způsobem se zjištění o potřebách – i s ohledem na presumované finanční náklady – „přetaví“ v kapacity (v rámci plánování sociálních služeb, SPRSS a sítě sociálních služeb) a nakolik se daří ve světle politických zákonitostí reagovat i na méně populární témata. Jak upozorňuje i Zpráva o stavu sociální politiky a sociálních služeb, nejednotné je pojetí a způsob „zjišťování potřeb“ a vůbec pojetí toho, co je považováno za samotnou potřebu. A doplňuje: „Dalším typickým znakem střednědobých plánů je, že analytické vstupy a zjišťované potřeby se systematicky nepropisují do návrhové části. Více než na potřebách obyvatel regionu se konkrétní formulace strategické části mohou zakládat na nedostatečné (politické) prioritizaci komunitních služeb v kombinaci s konzervativním přístupem krajských správců sítí k rozvoji obecně. Opatření střednědobých plánů jsou často spíše „udržovací“ a „optimalizační“, než rozvojová, která by odpovídala míře potřeb.“

Zpráva RILSA z června 2025 „Budoucí dostupnost, potřeby a možnosti financování sociálních služeb: scoping review“ (dále jen „Zpráva RILSA“) v podkapitole k dostupnosti sociálních služeb mj. uvádí, že „Nejběžnější je sledování aktuální dostupnosti (spíše než budoucí dostupnosti). Měření aktuální dostupnosti využívá několika různých postupů/nástrojů; nejčastější je stanovení podílu kapacit na populaci a výpočet existujícího „běžného stavu“ (jako medián, průměr, 70 centila a další). Tyto přístupy však běžně nereflektují vazbu „běžného“ k tomu žádoucímu, tj. k míře potřeb a jejímu uspokojení.“ Dále Zpráva RILSA zmiňuje, že univerzální dostupnost služeb je dosažitelná více mechanismy, které jsou z hlediska organizace služeb sekundární, měly by být podřízené cílům systému péče, plynoucím z klinicky definovaných cílů, vázaných na plánované dopady péče v životech lidí, které orientují (nebo měly by orientovat) zadávání a poskytování sociálních služeb. K tomu však bude nejprve nutné dokončit emancipaci systému sociálních služeb (a sociální práce) od „dávkového myšlení“, které již tři desetiletí podřazuje sociální služby smyslu a cílům sociálních pilířů.

Z hlediska kapacit sociálních služeb v krajích, z dosavadních zkušeností a monitoringu krajů, a obcí MPSV vyplývá, že některé služby nejsou vůbec k dispozici nebo se vyznačují nedostatečnou kapacitou. Samotné počty registrovaných služeb (viz **Příloha č. 1**– Počty registrovaných sociálních služeb podle druhů v krajích (dle exportu z registru k 28.11.2024)) anebo služeb zařazených v krajských sítích sice samozřejmě nevypovídají o (ne)naplnění existujících potřeb, nicméně podklady poskytnuté některými kraji při tvorbě této strategie dokladují, že určité rezervy a rozvojové plány u některých služeb existují. Toto je mimo jiné nakonec uvedeno i v Analýze financování sociálních služeb, kde se např. praví, že „kraje rovnoměrně nepokrývají potřeby občanů v daných regionech“ (str. 4) a současné kapacity sociálních služeb nepokrývají svým rozsahem potřebnost občanů ČR“ (str. 4).

Neméně podstatný otazník se pak objevuje též u sledování kapacit v ne zcela souměřitelných jednotkách.

Z hlediska sítě, sociálních služeb dle zákona o sociálních službách kraj mj. zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, dále zajišťuje dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se SPRSS“ a určuje síť sociálních služeb na území kraje, přičemž síť sociálních služeb je součástí SPRSS kraje. Od roku 2026 bude také MPSV určovat síť sociálních služeb s celostátním nebo nadregionálním charakterem. V dlouhodobějším horizontu se ukazuje, že byt' je v zákoně o sociálních službách uvedena obecná definice SPRSS i sítě služeb, dále je detailněji popsáno ve vyhlášce. v části

sedmé, k danému tématu jsou rovněž k dispozici MPSV zpracované metodiky a další metodické materiály, nejsou jednotlivé SPRSS i síť sociálních služeb a kritéria vstupu či zařazování/vyřazování do/z těchto sítí totožná. Vzhledem k tomu, že celá oblast plánování a síťování sociálních služeb je v samostatné působnosti krajů, existují v rámci ČR dílčí krajské subsystémy (situaci dokresluje i rozdílná platnost krajských SPRSS – viz **Příloha č. 1**), což nelze označit z hlediska celostátní strategie ideálním stavem.

Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory, podmínky pro vstup do sítě sociálních služeb na svém území definuje kraj v samostatné působnosti, kdy „podmínky vstupu do sítí, a především možnost odvolání proti výsledku řízení jsou mezi jednotlivými kraji rozdílné a netransparentní ... a ... zastoupení jednotlivých druhů sociálních služeb není mezi jednotlivými kraji porovnatelné, což však vychází z historického vývoje i rozdílnosti jednotlivých krajů. Pouze ty služby, které jsou v síti služeb zařazeny, mají nárok na veřejné finanční prostředky (tedy dotace, příspěvky zřizovatele apod.). Stát do tohoto procesu nemůže dle platné zákonné úpravy nijak zasahovat, obsazování sítě služeb konkrétními službami nemá soutěžní charakter a pravidla pro vstup do sítě, ale i pro opravné prostředky (např. odvolání proti rozhodnutí kraje) si stanoví konkrétní kraj dle svého uvážení. Mezi jednotlivými kraji tedy existují rozdíly mezi pravidly vstupu/výstupu ze sítě. Snahou MPSV bylo upravit vstup a výstup do sítě jednotně, nicméně v rámci posledního návrhu novely Zákona nebyl tento návrh přijat. Nadále tak existuje několik různých systémů (nikoli 14, jako je počet krajů, ale přibližně pět až sedm, protože se jednotlivé kraje při tvorbě pravidel vzájemně inspirovaly), vycházejících mimo jiné i z krajských specifik – důsledkem jsou pak nejednotné podmínky pro poskytovatele napříč kraji, což dělá v praxi problémy především poskytovatelům, kteří působí ve více regionech. Zastoupením jednotlivých druhů služeb nejsou kraje a jimi vytvořené sítě služeb porovnatelné, a to ani ty, které jsou svými charakteristikami obdobné (např. mají obdobný počet obyvatel či počet příjemců příspěvku na péči). Stávající síť samozřejmě částečně konzervují historický stav, kdy sociální služby v území vznikaly spíše nahodile, bez zjevného propojení na konkrétní potřeby obyvatel daného území. Toto je třeba při hodnocení sítí služeb reflektovat a obracet se spíše na aktuální a budoucí vývoj, který by měl potřeby v rámci území zjišťovat, vyhodnocovat a uspokojovat (s přihlédnutím k disponibilním zdrojům veřejných rozpočtů).“

Část sociálních služeb, které mají (by měly mít) charakter nadregionální nebo celostátní, je finančně podporována přímo z MPSV. Nicméně některé tyto služby nemají deklarovaný charakter a vlastně dosud ani neexistuje síť těchto služeb (v plánu od 1. 1. 2026) s jednoznačně určenými pravidly. Podrobnější přehled druhů těchto služeb za rok 2024 je k dispozici v **Příloha č. 1**.

Dotace ze státního rozpočtu (kapitoly MPSV) se pro tyto služby poskytuje k financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb. V dotačním řízení probíhají obdobné procesy jako pro služby poskytované na krajské úrovni. Poskytovatelé podávají

žádosti, probíhá hodnocení žádostí na základě daných kritérií a úspěšní žadatelé na základě Rozhodnutí o poskytnutí dotace a Pověření k poskytování sociálních služeb získávají dotaci.

Přístup zjišťování potřeb, i uchopení pojmu „potřeba“, je napříč kraji i obcemi různý. Mnohé kraje usilují o jednotný postup a zachycení (nenaplněných) potřeb v rámci svých plánovacích procesů, kdy pracují zejména s obcemi a poskytovateli. Rozdílnost v rámci ČR je nicméně zjevná a pramení z doby, kdy bylo plánování a posléze utváření sítě služeb svěřeno krajům do samostatné působnosti. Od této doby nejsou kraje vázány k tomu, aby se řídily konkrétněji stanovenými postupy (nad rámec zákona a vyhlášky), a to ani v podobě metodických materiálů zpracovaných MPSV v součinnosti s představiteli některých krajských úřadů anebo městských a obvodních úřadů. Někdy vázne i samotný sběr potřeb a přenos informací mezi jednotlivými články, úrovněmi a zapojenými aktéry plánování soc. služeb.

Zpráva RILSA „Budoucí dostupnost, potřeby a možnosti financování sociálních služeb: scoping review“ k tématu potřeb a jejich zjišťování uvádí, že „většina evidence týkající se „potřeb“ nehovoří o potřebách, jak jim rozumí sociální práce (specifické potřeby cílové skupiny, resp. individuální potřeby podpory), ale o velikosti cílové skupiny, velikosti sociálního problému, názorech veřejnosti, případně o potřebnosti služeb spíše než osob“ a potvrzuje variabilitu a nejednoznačnost pojetí a významu konceptu „potřeb“, kdy je „možné identifikovat alespoň čtyři významy konceptu „potřeb“, přičemž „nástroje a metody zjišťování potřeb vycházejí ze sociálního výzkumu a kombinují dostupná data (především administrativní a epidemiologická data).“

Náročnost celého procesu plánování rovněž zapříčiňuje menší flexibilitu ve změnách v síti a svou roli sehrává často i slabší provázanost mezi poskytovateli při řešení nepříznivé sociální situace u konkrétních osob. Známým problémem je nadužívání služeb v případech, kdy lze situaci řešit prostřednictvím jiných segmentů služeb. Jistou roli hraje i postoj veřejnosti, kdy nemusí být vždy nakloněna poskytování (zejména některých druhů služeb) v blízkosti svého bydliště.

Příčina chybějících či nedostatečných kapacit služeb je zapříčiněna rovněž nedostatkem personálu (započten směnný provoz u některých druhů služeb), náročným získáváním investic na opravy a výstavbu objektů pro sociální služby a celkovou nákladností takových projektů. Rozvoj sítě služeb je tak nutné prioritizovat (utlumovat méně prioritní oblasti). Důležité je též zmínit nemožnost komplexního řešení, kdy je třeba navázat mimo systém sociálních služeb (např. nedostatek sociálních bytů). K rozvoji kapacit nepřispívá ani do určité míry nepředvídatelné financování (MPSV, územně samosprávné celky), kdy není zřejmé, jaký rozvoj si může kraj dovolit bez dopadu do stávající sítě a podfinancování pověřených poskytovatelů. K tomu se přidává skutečnost, že jednotlivé instituce (poskytovatelé finančních prostředků), požadují různá data o poskytovaných službách – takový systém je náročný pro poskytovatele a současně neposkytuje srovnatelná data z jednotlivých zdrojů. Celkově lze nicméně konstatovat, že rozvoj potřebných kapacit je významně ovlivněn financováním sociálních služeb, kdy zajištění dostatečných kapacit služeb naráží na finanční limity. Důležité je přitom doplnit konstatování, že otázkou je do určité míry též efektivita vynakládání finančních prostředků, pokud nedochází k řádnému zjištění potřeb a jejich reflektování při stanovování kapacit, které budou nebo mají být financovány.

Kořeny problémů s odlišně koncipovanými krajskými sítěmi jsou dané logikou zákona o sociálních službách a svěřené působnosti krajům. Pokud jde o snahu zavedení podobných nebo srovnatelných přístupů v době, kdy krajům vznikla povinnost sítě sociálních služeb

určovat, i sahají problémy z části do minulosti U služeb s nadregionálním a celostátním charakterem lze příčiny problému hledat zejména v nízké míře reformování víceméně historicky daného stavu, nedostatečné podpory pro provedení změn a náročnosti provedení změn ve světle zachování dostupnosti služeb pro jejich klienty.

Vzhledem k nedostatečnému nebo nejednotnému zjištění potřeb nelze zcela adekvátně reagovat a promítnout je do žádoucích kapacit služeb. Při tom je třeba podotknout, že není možné zajistit vždy všechny potřeby v důsledku nedostatku finančních prostředků (zvláště pokud jsou neefektivně věnovány na služby reagující na nesprávně zjištěné potřeby), případně i při jejich nepředvídatelnosti a nevymahatelnosti a vzniká tak nutnost prioritizace. Politický kalkul (a případně už i zkrácené informace, které na jeho základě přicházejí z obcí) a přístup veřejnosti vedou k „neoblíbenosti určitých cílových skupin“ a v důsledku toho je pak kladen slabší důraz na řešení. Zřetelný je též fakt částečného přetížení systému klienty, kteří sociální služby fakticky (aktuálně) nepotřebují (resp. Nepotřebují přímo pobytové služby pramenící z historické povědomí, že senior „patří“ do domova pro seniory) a naopak (přežívání v léčebně dlouhodobě nemocných apod. např. u „neuro“ klientů). Svou roli bezesporu hrají rovněž nejednotná či nesrovnatelná data, s nimiž lze na úrovni ČR těžko pracovat a vycházet z nich při tvorbě NSRSS apod.

V současné době se můžeme setkat v různých krajích kromě „základní“ sítě i s dalšími druhy sítí, jak je uvedeno níže v následujících odstavcích. Odlišné podmínky a přístup k utváření sítě přirozeně působí potíže poskytovatelům sociálních služeb ucházejícím se o zařazení do sítě, popř. rozšíření kapacit v síti (nemluvě o skutečnosti, že některé kraje např. také na určitou dobu síť sociálních služeb mají uzavřenou a nepouštějí do ní nové poskytovatele), kdy musí také naplňovat různorodé požadavky související s financováním sociálních služeb zařazených v síti. Na rozdílné přístupy ke koncipování sítě poukazují též klienti služeb či zájemci o sociální služby a potýká se s nimi rovněž MPSV.

U služeb s nadregionálního nebo celostátního charakteru je mnohdy poukazováno na nesystémovost podpory zejména některých (druhů) služeb, neznalost jejich dosahu či míry reálného (spolu)zajištění dostupnosti v krajích, a zvláště v minulosti široce pojaté stanovení kritérií pro podporu těchto služeb přímo ze strany MPSV. Jsou tak vynakládány finanční prostředky, které by mohly být v některých případech u služeb s nadregionální/celostátní působností efektivněji využity, pokud by některé tyto služby byly poskytovány přímo na krajské úrovni, což by předpokládalo zhodnocení jejich potřebnosti v příslušném kraji.

Do značné míry se lze ztotožnit s některými závěry Analýzy segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory, která uvádí: „Systém tak, jak je nyní nastaven, principy transparentnosti, účelnosti a efektivnosti dostatečně nerespektuje. Přestože je stanoveno, že vstup do systému je možný pro poskytovatele všech právních forem a nákladovost sociálních služeb v rámci jednotlivých druhů by měla být srovnatelná (s přihlédnutím ke specifikům dané služby, například dané cílovou skupinou), z provedených analýz plyne, že tomu tak není. Jak mezi jednotlivými službami, tak mezi kraji existují významné rozdíly, které nelze přičíst odlišné struktuře obyvatel, kteří jsou příjemci příspěvků na péči či jiných tvrdých ukazatelů, ale spíše historickému vývoji a odlišnému způsobu financování jednotlivých druhů sociálních služeb. Síť služeb a jejich obsazování nejsou mezi kraji porovnatelné, vstup do sítě a možnosti odvolání jsou limitovány. Přestože je dlouhodobým cílem zachovat důstojnost člověka a umožnit mu zůstat co nejdéle v jeho přirozeném sociálním prostředí, není síť terénních služeb a kapacita pobytových služeb již v tuto chvíli dostatečná. Do budoucna bude tato nedostatečnost narůstat, a to především

kvůli demografickému vývoji (stárnutí obyvatelstva a zvyšující se podíl seniorské populace s demencí). Na výstavbu nových kapacit navíc nejsou k dispozici dostatečné veřejné finanční prostředky. Ani soukromí poskytovatelé, kteří by tento nedostatek mohli kompenzovat svými investičními vstupy do systému, nejsou k tomuto kroku motivováni. I zde navíc hrozí deficit odborného personálu. Z uvedeného je tedy zřejmé, že segment sociálních služeb tak, jak je nyní definován, není dlouhodobě udržitelný a do budoucna, i s ohledem na demografické predikce, přestane plnit svou úlohu vůči občanům ČR v potřebném rozsahu.

Z logiky věci lze předpokládat, že i do budoucna nebude obecně v ČR panovat soulad mezi poptávkou a nabídkou sociálních služeb, neboť finance vynakládané na tuto oblast nepokrývají celou množinu potřeb, a především jejich vynakládání není vždy zcela efektivní. Je také otázkou, nakolik se na financování sociálních služeb kromě zdrojů ze státního rozpočtu budou perspektivně podílet zejména kraje a obce, nakolik se do systému poskytování služeb zapojí soukromí investoři a zda např. bude kladen větší důraz na prevenci a individuální zodpovědnost každého občana za svoji situaci a zdraví.

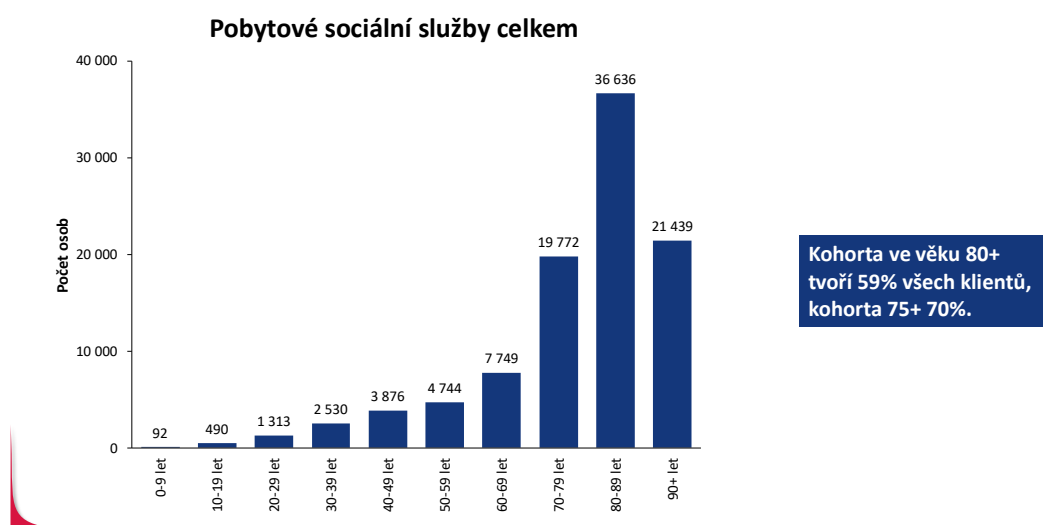
Viditelným trendem je bezesporu stárnutí populace a s tím v obecné rovině související poptávka po odpovídajících sociálních službách, a jejich možné nedostatečné kapacitě.

K tématu chybějících kapacit se vyjadřuje též Analýza financování sociálních služeb, kde se mj. uvádí: „Z podnětů z terénu (od krajů, obcí, poskytovatelů, ale i samotných klientů) plyne, že české sociální služby byly a jsou jak v investicích, tak i v razení běžných provozních nákladů dlouhodobě a výrazně podfinancovány“. Z tohoto důvodu MPSV na základě prognostických metod při využití mnoha různých faktorů, ukazatelů a proměnných vytvořilo modelaci, která vyjadřuje potřebný nárůst kapacit sociálních služeb, jež by pokryly nyní neuspokojenou poptávku po sociálních službách. Z výsledku modelace jednoznačně vyšlo, že současné kapacity všech sociálních služeb nepokrývají veškeré potřeby obyvatelstva ČR.

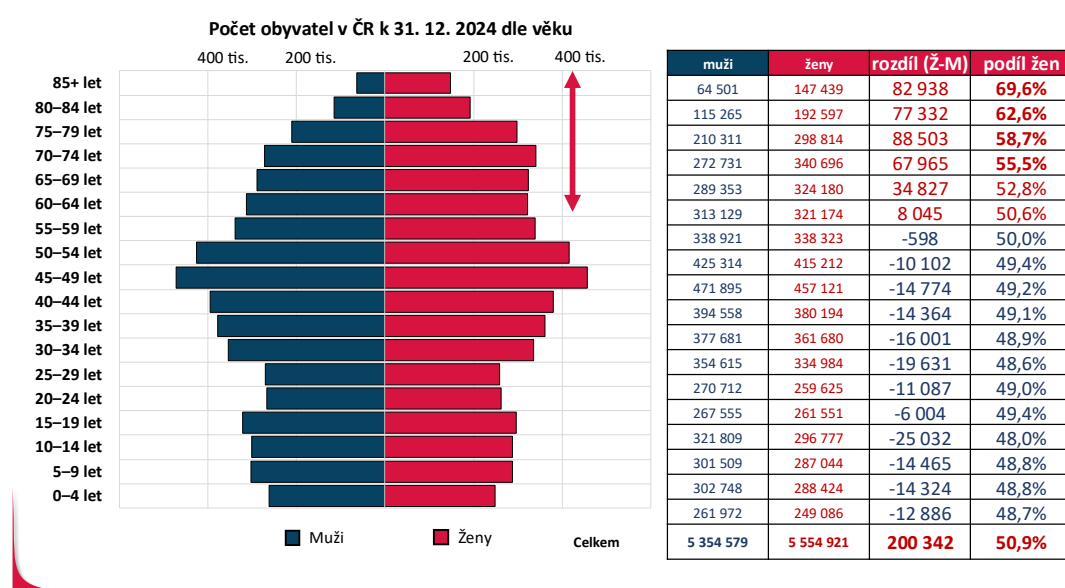
Věková struktura klientů pobytových sociálních služeb v roce 2024

Zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS), data MPSV – pobytové sociální služby

Zahrnuté služby: domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, chráněné bydlení, týdenní stacionáře



K prognóze dalšího vývoje dále Analýza financování sociálních služeb uvádí: „Od roku 1990 se střední délka života při narození prodloužila o šest a půl (ženy) až osm a půl let (muži).² Stárnutí populace je charakteristickým rysem demografického vývoje nejen v ČR, ale i v dalších zemích EU. Projevuje se růstem podílu i počtu lidí ve věku 65 let a starších a je nevyhnutelným důsledkem toho, že se méně lidí rodí a stále více se jich dožívá vyššího věku. V roce 2015 žilo v ČR 1,9 milionu obyvatel ve věku 65 let a vyšším, což představuje 18 % z celkového počtu.³ V roce 2030 to bude již 2,4 milionu obyvatel, blíží se ke čtvrtině, a v roce 2050 dokonce 3 miliony, což bude téměř 30 % ze všech osob žijících v ČR (střední varianta demografické prognózy ČSÚ z roku 2018). Současně se do roku 2050 ztrojnásobí počet osob ve věku 85 let a starších na téměř 0,5 milionu, tedy na téměř 2,5násobek aktuálního stavu, což bude představovat přibližně 5 % populace.“⁴



Zdroj: Český statistický úřad

Také analýza Boston Consulting Group Inovace péče ve stáří (Praha, leden 2024) uvádí: „Populace v ČR stárne, podobně jako v jiných vyspělých zemích: oproti výchozímu roku 2021 do roku 2035 přibude ~325 tis. obyvatel nad 65 let, a ubude na ~720 tisíc lidí v produktivním věku (30-50 let). Nejvíce bude přibývat lidí v nejstarší věkové skupině 80+, růstem 4,4 % ročně. Při pohledu do roku 2050 vidíme, že dále se bude tento problém více prohlubovat a v roce 2050 bude již 29 % populace v kategorii 65+. I přesto, že populace stárne a naděje dožití se zvyšuje, neprodlužuje se stejným tempem zdravá délka života. V současnosti je naděje

² Veřejná databáze, Naděje dožití a pravděpodobnost úmrtí 2018. ČSÚ [online]. [cit. 2019-06-27]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEMD002&filtr=G%7EF_M%7EF_Z%7EF_R%7EF_P%7E_S%7E_U%7E301_null_&skupId=1289&z=T&f=TABULKA&katalog=30845&pvo=DEMD002&c=v3~8_RP2018.

³ ČSÚ. Věkové složení obyvatelstva - 2018. Praha: Český statistický úřad, 2019. [cit. 2019-05-20] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-g598foxrzn>

⁴ ČSÚ. Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2018 [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4> (str. 47).

zdravého dožití seniorů v ČR v 65 letech věku 7,6 let, což je o 2,1 let pod průměrem EU. Se stárnoucí populací rostou také objemy potřeb ve stáří. Potřeba péče je intenzivnější a nákladnější právě pro nejstarší věkové skupiny (80+), a to zejména v péči o tělesné zdraví a v poskytování přístřeší... V současné době pokrývá financování z veřejných zdrojů přibližně 85 % finančních nákladů na péči o seniory. Pokud se poměr veřejných výdajů na zdravotní péči k HDP vrátí na stabilní před-kovidovou úroveň ~7,6 % a bude zachován poměr výdajů na péči o seniory, veřejné zdroje nebudou stačit o 60-70 mld. CZK“. „Naopak počet lidí v produktivním věku mezi 30-50 lety se do roku 2035 zmenší o téměř 720 tisíc“ (str. 14). „Dynamika stárnutí se mezi lety 2035 a 2050 ještě více zrychlí, kdy přibude dalších ~590 tis. seniorů, což činí celkový nárůst o ~910 tis. od roku 2021 na ~29% celkové populace. Do roku 2050 nejvyšší nárůst zaznamená věková skupina 65-80 let, silné populační ročníky, které nadále zvýší tlak na zdravotní a sociální systémy“.

Podle materiálu Zajištěné nové kapacity dlouhodobé péče v ČR, kapitoly Sociální služby „V základní variantě vychází nedostatek lůžek v pobytových sociálních službách v rozmezí 11 000–15 000. Toto číslo je na spodní hranici toho, co je nutné dobudovat do časového rámce 2034–2038, a počítá s posílením komunitních ošetrovatelských služeb a jiné podpory. Vedle toho je spočítána ještě realistická varianta, která představuje nutné kapacity pro udržení stávajícího systému do 2034–2039, kdy při zohlednění z demografických projekcí ČSÚ a navyšování prevalence vážných chronických nemocí vychází počty chybějících lůžek v pobytových sociálních službách 27 800–35 700. Tyto modelace ÚZIS tedy korespondují s odhady Asociace poskytovatelů sociálních služeb.

Co se týče terénních služeb, k roku 2035 bude na aktuální úrovni uspokojení potřeb nutné vybudovat dalších 4 450 kapacit, což odpovídá počtu klientů, které lze v jeden moment obsloužit při průměrné době, která je potřeba na jednu osobu. Tyto terénní služby zahrnují osobní asistenci, pečovatelskou službu a terénní variantu odlehčovací služby. Aktuálně chybějící kapacity nejsou zohledněny, protože není možné získat dostatečně důvěryhodná a kompletní data – velká část neuspokojené poptávky není nikde zachycena, protože služby odmítnuté klienty nevykazují.“

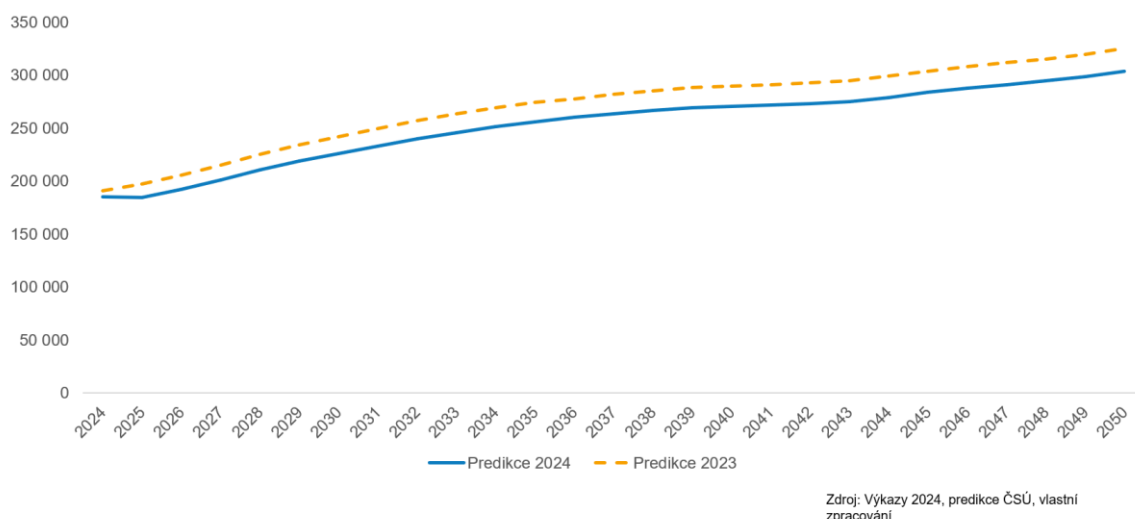
Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory mj. uvádí, že „Pro udržení stávajícího pokrytí se musí do roku 2050 vybudovat 27,6 tis. lůžek v pobytových sociálních službách.“

V predikci vývoje lůžkových kapacit do roku 2050 (výsledky byly získány analýzou časové řady využitím $ARIMA(p,d,q)$ 9 modelů (Hyndman & Athanasopoulos, 2018) ve statistickém softwaru R pro zachování stávající vybavenosti, kdy je nyní 17,75 lůžek v domovech pro seniory na 1 000 obyvatel nad 65 let, bude potřeba zvýšit počet lůžek v následujících 30 letech o 17 928 (z 37 048 v roce 2018 na 54 976 v roce 2050, za předpokladu střední varianty demografického vývoje). Domovy se zvláštním režimem: V případě zachování vybavenosti na stávající úrovni by v roce 2050 při střední variantě demografického vývoje bylo potřeba 29 789 lůžek, což znamená dobudovat dalších 9 714 lůžek v příštích 30 letech.

Odlehčovací služby: minimálně pro zachování současného stavu bude potřeba zvýšit počet míst na 19 004, tj. v příštích 30 letech je nezbytné dobudovat 6 197 míst v odlehčovacích službách.

Denní stacionáře: Pokrytí populace denními stacionáři je v současnosti na úrovni 3,14 místa na 1 000 obyvatel nad 65 let. V roce 2050 by se pro zachování této vybavenosti musel počet míst rozšířit na 9 837. V každém případě bude muset dojít k rozšíření počtu míst v následujících 30 letech, a to minimálně o 3 208.

Nárůst počtu klientů po letech



Snahou MPSV bylo ve volebním období 2021-2025 prostřednictvím novely zákona o sociálních službách upravit oblast plánování/síťování sociálních služeb, především co se týče propojení s územím ORP a posílení oblasti sociální práce a garance sítě. Vzhledem ke skutečnosti, že připravovaná „velká“ novela nebyla v daném období připravena, zůstává v uvedených tématech – alespoň na poli legislativy (samozřejmě kromě tzv. poslanecké novely) – setrvalý stav. Do budoucna lze nicméně předpokládat, že s ohledem na přetrvávající problémy a jejich naznačené důsledky v poskytování sociálních služeb budou tato témata znovu otevřena.

MPSV v oblasti nelegislativní začalo ve spolupráci s odborníky pracovat v rámci projektové činnosti na přípravě Metodiky plánování a síťování sociálních služeb – metodika by měla být využita pro kultivaci prostředí v oblasti plánování sociálních služeb, vytváření sítě a měla by rozvinout téma potřebnosti kapacit sociálních služeb v území.

Dále se přepokládá uskutečnění změn v dotačním programu B – nadregionální/celostátní služby a významným posunem se pravděpodobně stane v legislativně nově zhmotněná kompetence MPSV vytvářet síť těchto služeb (od roku 2026), kdy bude nezbytné – podobně jako na krajské úrovni – stanovit jednoznačnější kritéria pro vstup/výstup do/ze sítě a vyřešit otázku, jakým způsobem naložit se službami, které jsou finančně podporovány z dotačního programu B.

Podobu sítí, ať už krajských, či národní sítě, přitom bezpochyby ovlivní objem finančních prostředků, které budou v jednotlivých letech k dispozici ze státního rozpočtu a dále také – v případě krajských sítí – to, jakou měrou budou přispívat na financování služeb v krajských sítích samotné kraje a jak se podaří zapojit či motivovat ty obce, které se dosud příliš na spolufinancování sociálních služeb nepodílejí, aby tak učinily.

U stanovení cílového stavu ve výhledu pěti a deseti let se vycházelo z materiálů ČSÚ, dále statistických ročenek MPSV a dat z IT systémů MPSV, z aktuálních strategických plánů MPSV v oblasti sociálního začleňování, sociálních služeb, rodinné a seniorské politiky a sociálně právní ochrany dětí. Vycházelo se také ze strategických dokumentů MZd, Úřadu vlády aj. na základě objektivních kritérií, jako je demografický vývoj obyvatelstva; počty a struktura příjemců příspěvku na péči, nezaměstnanost, vývoj v oblasti závislostí aj., je výsledkem potřebnost pro roky 2025 a 2030, přičemž se vycházelo z reálné kapacity v roce 2019.“

Tabulka č. 1: Přehled druhů služeb a jejich kapacit, kterým byla v dotačním řízení B pro rok 2024 poskytnuta dotace

Druh služby	Počet služeb	Forma pobytová (lůžka)	Forma ambulantní (úvazky)	Forma terénní (úvazky)
Odborné soc. poradenství	68		283,381	30,242
Osobní asistence	3			81.156
Pečovatelská služba	1			53,152
Tísňová péče	7			153,191
Odlehčovací služby	6	42	12,054	44,945
Centra denních služeb	1		27,625	
Denní stacionáře	1		14,077	
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	3	55		
Domovy pro seniory	11	413		
Domovy se zvláštním režimem	9	312		
Raná péče	6		40,328	4,213
Telefonická krizová pomoc	16			103,094
Tlumočnické služby	5		35,942	31,488
Azylové domy	3	41		
Domy na půl cesty	2	26		
Krizová pomoc	4	18	1,34	15,9
Služby následné péče	16	197	19,035	
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	6		85,106	

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	5		37,449	1,948
Terapeutické komunity	14	276		
Terénní programy	4			35,423
Sociální rehabilitace	30	40	133,815	14,165

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, MPSV

1.2. Finanční zajištění sociálních služeb

V poslední dekádě došlo v České republice k výraznému nárůstu výdajů na sociální služby, především v důsledku růstu platů a mezd pracovníků a rozšiřování kapacit. Personální náklady tvoří až 73 % celkových výdajů. Přestože objem prostředků roste, podíl výdajů na HDP zůstává nižší než v jiných veřejných sektorech (například zdravotnictví či školství) a je pod evropským průměrem. Hlavním zdrojem financování zůstávají veřejné rozpočty (stát, kraje, obce), avšak stále častěji se diskutuje o potřebě diverzifikace zdrojů.

V odborné debatě se opakovaně objevují apely na větší zapojení soukromých zdrojů, například uživatelských úhrad, PPP projektů nebo pojištění dlouhodobé péče. Chybí však hlubší analýza rizik a zkušeností ze zemí, které od PPP projektů již ustupují. Diskutuje se také o zavedení pojištěneckého modelu financování dlouhodobé péče, který by měl přinést větší stabilitu a předvídatelnost, nicméně existuje nejistota ohledně jeho konkrétního nastavení a dopadů. Další možností je optimalizace podílu zdravotního pojištění na financování sociálně-zdravotních služeb, kde je aktuálně podíl zdravotních pojišťoven nízký.

Klíčovým nástrojem financování je příspěvek na péči, jehož kupní síla je však pro osoby s vysokou mírou potřeb nedostatečná. Probíhá debata o jeho transformaci na individuální rozpočty nebo oddělení dávky pro pečující a dávky pro úhradu služeb. Problémem zůstává i způsob určování míry potřebné podpory – současný systém čtyř stupňů závislosti neumožňuje dostatečnou individualizaci a nereflexuje skutečné potřeby uživatelů. Inspirací může být slovinský model, kde se rozsah péče stanovuje v hodinách týdně a není zpětně převáděn na stupně závislosti.

Z hlediska udržitelnosti a stability systému chybí v české evidenci doklady o skutečné neudržitelnosti financování z veřejných zdrojů. Často se pouze extrapoluje růst nákladů bez komplexnějšího pohledu na vývoj ekonomiky a dalších sektorů. Klíčovým požadavkem zadavatelů je vytvoření stabilního a předvídatelného prostředí pro financování, což by měl zajistit buď pojištěnecký model, nebo posílení role veřejných rozpočtů.

V zahraničí se prosazují modely univerzálně dostupné sociální péče financované dominantně z veřejných zdrojů, které zajišťují rovný přístup bez finančních bariér. Česká debata je však méně informovaná mezinárodními trendy a často chybí vyvážená nabídka návrhů na řešení krize v sociální péči, včetně řešení prostřednictvím veřejných rozpočtů. Chybí také komplexní ekonomické analýzy typu cost-effectiveness, které by umožnily srovnávat různé modely financování z hlediska dopadů na uživatele.

Evidence dokládá, že výdaje veřejných rozpočtů na sociální služby se mezi lety 2013 a 2023 zdvojnásobily (viz **Příloha č. 2**). Nejvyšší růst zaznamenaly dotace MPSV, zatímco podíl krajů a obcí rostl pomaleji. Shoda panuje na tom, že trend zvyšujících se nároků na financování bude pokračovat, a to jak v souvislosti se zachováním stávající dostupnosti, tak s rozvojem služeb v oblastech, kde je dostupnost nízká.

Svébytnou variantou diverzifikace zdrojů je zavedení pojišťeneckého modelu, který by měl zajistit nové zdroje mimo existující veřejné rozpočty. Většina návrhů však hovoří o kvazi-pojišťovacím modelu, který je spíše obdobou povinných odvodů než klasického soukromého pojištění.

Pokud jde o příspěvek na péči, jeho výše neumožňuje lidem s vyšší mírou potřebné podpory zajistit potřebný objem a intenzitu péče, což vede k tzv. péčové chudobě. Řešením může být nejen zvýšení příspěvku, ale i změna systému úhrad za péči a individualizace posuzování potřeb.

Z hlediska systémových opatření zůstává klíčové:

- Zavést víceleté financování, které umožní stabilní plánování a rozvoj služeb.
- Zajistit jednotné vykazování dat napříč úrovněmi řízení pro zvýšení transparentnosti a efektivity.
- Zlepšit efektivitu využívání veřejných prostředků prostřednictvím jasných kritérií a srovnatelnosti nákladovosti služeb.

Revize směrných čísel pro rozdělování dotací mezi kraje je nezbytná, neboť stávající systém neodpovídá aktuálním potřebám a vede k nerovnoměrnému přerozdělování prostředků. Pozitivním posunem je návrh nového modelu přerozdělování, který zohledňuje reálnou potřebu v území a je založen na mapování potřeb a střednědobém plánu rozvoje služeb.

V oblasti financování zdravotní části služeb došlo k významnému posunu přijetím novely zákona o sociálních službách, která zakotvuje integraci sociálních a zdravotních služeb a nastavuje jasná pravidla pro jejich financování a poskytování.

Analýzy z posledních let potvrzují, že systém financování sociálních služeb v ČR je vícezdrojový, avšak dlouhodobě čelí výzvám v oblasti stability, předvídatelnosti a efektivity. Doporučuje se zavedení mandatorního výdaje na sociální služby, posílení role příspěvku na péči a zajištění odpovídajícího odměňování pracovníků. Klíčovým úkolem do budoucna je nastavit systém, který bude odpovídat rostoucím potřebám společnosti a umožní individualizovanou podporu klientů.

Financování sociálních služeb je vícezdrojové. Zdroje na pokrytí celkových nákladů tvoří dotace ze státního rozpočtu (dotace MPSV), úhrady klientů, příspěvek na péči, dotace z rozpočtu územně samosprávných celků (krajů a obcí), úhrady od zdravotních pojišťoven, evropské zdroje a ostatní zdroje.⁵

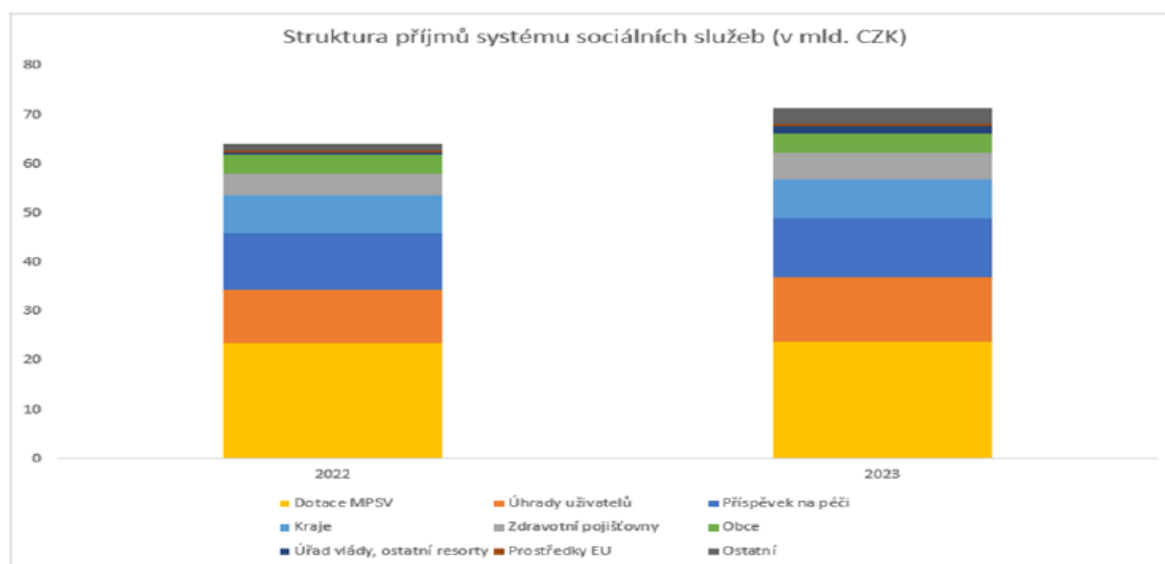
⁵ Pokud se jedná o zdroje z veřejných rozpočtů, nejčastěji jsou využívány tyto:

- Dotace přidělená kraji ze státního rozpočtu (MPSV) v souladu s § 101a zákona o sociálních službách, kraj tyto obdržené dotační prostředky dále „přerozděluje“ formou dotací (viz dále),
- Dotace z rozpočtu kraje, kterou kraj poskytuje v souladu s RPÚR, a to zpravidla formou tzv. programové dotace, nebo individuální dotace („ad hoc“),

Analýza MPSV (2019a) uvádí, že „největší podíl na celkových nákladech sociálních služeb představují náklady na mzdy a platy pracovníků, které představují 73 %“ (MPSV 2019a: 3).

Zpráva RILSA „Budoucí dostupnost, potřeby a možnosti financování sociálních služeb: scoping review“ v podkapitole Možnosti financování sociálních služeb mj. zmiňuje, že „Běžně se hovoří o nutnosti změny financování sociálních služeb kvůli rozvojovým nárokům a v kontextu „udržitelnosti“. Neudržitelnost financování systému sociálních služeb z veřejných rozpočtů se přitom neodvozuje pouze od nároků na rozvoj v kontextu různých výzev, ale někdy již od prostého trendu růstu nákladů v uplynulé dekádě a jeho extrapolace. Evidence přitom neobsahuje doklady o neudržitelnosti financování sociálních služeb z veřejných zdrojů. Neobsahuje ani vyvážené a kontextualizované výhledy, kdy by se odhadoval spolu s modely růstu nákladů současně také růst národního hospodářství, vývoj v dalších odvětvích služeb a dalších ukazatelů hospodářství.

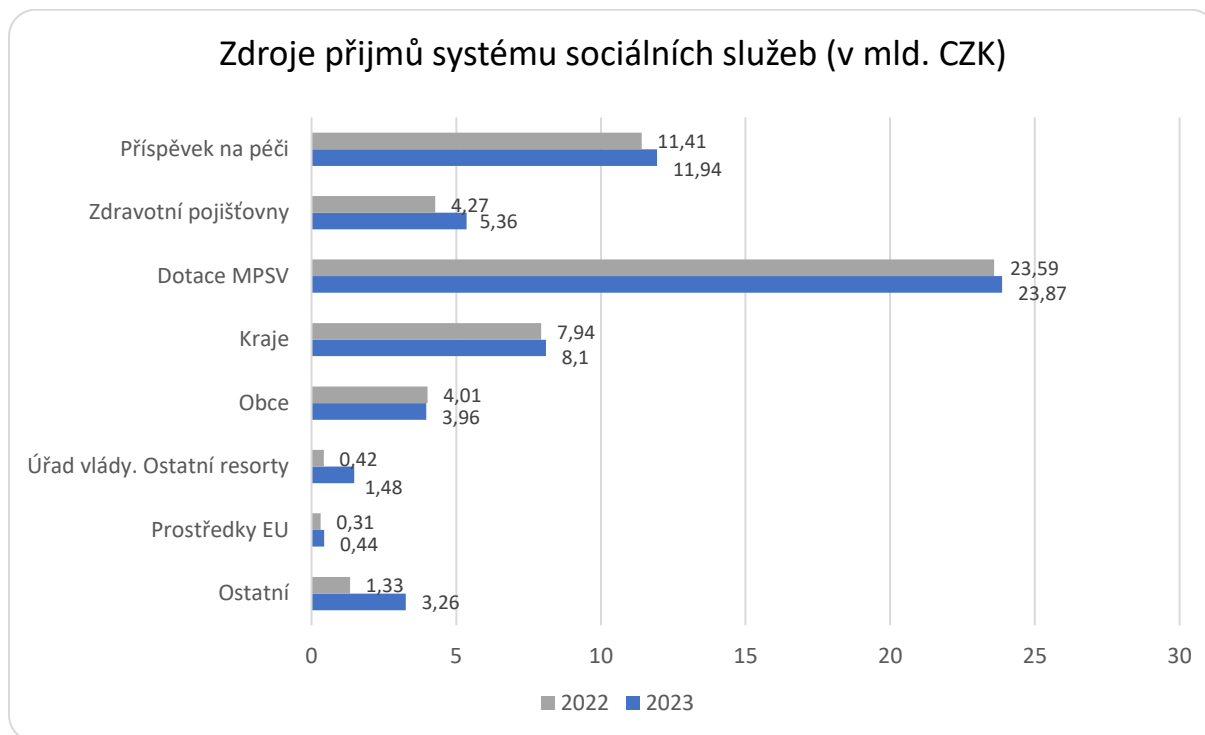
Graf č. 1: Struktura příjmů sociálních služeb (v mld. CZK)



Zdroj: OKslužby – poskytovatel, MPSV

- Dotace z rozpočtu obce, poskytovaná též v souladu s RPÚR,
- Dar (zpravidla poskytovaný ze strany obcí) na základě darovací smlouvy uzavřené podle § 2055 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů,
- Úplata za objednané služby, resp. určité kapacity služeb na základě smlouvy (objednávky) uzavřené podle zákona č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek, ve znění pozdějších předpisů,
- Úplata za služby realizovaná na základě smlouvy o vertikální spolupráci uzavřené v souladu s § 11 ZZVZ,
- Úplata za služby realizovaná na základě smlouvy o horizontální spolupráci uzavřené v souladu s § 12 ZZVZ,
- Finanční příspěvek na náklady služby zajišťované v rámci spolupráce obcí na základě § 46 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), ve znění pozdějších předpisů,
- Příspěvek zřizovatele na provoz příspěvkové organizace poskytovaný v souladu s RPÚR, a to jak ze státního rozpočtu (MPSV), tak i z územních rozpočtů (kraje, obce).

Zdroj: *Způsob zapojení místních samospráv do financování činnosti Agentury pro sociální začleňování*, Agentura pro sociální začleňování, únor 2025.

Graf č. 22: Zdroje příjmů systému sociálních služeb (v mld. CZK)

Zdroj: OKslužby – poskytovatel, MPSV

Financování sociálních služeb na regionální úrovni zajišťují od roku 2015 v samostatné působnosti kraje, kterým se poskytuje dotace z MPSV

Dotace ze státního rozpočtu se poskytovateli sociální služby poskytuje jen na úhradu nezbytně nutných nákladů provozované sociální služby. Dotaci ze státního rozpočtu poskytuje MPSV na základě § 101a zákona o sociálních službách krajům, které pak následně tuto dotaci přerozdělují sociálním službám, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Jedná se o sociální služby, které kraj v rámci své samostatné působnosti vybral na základě zjištěné potřeby dle § 95 zákona o sociálních službách. Výše dotace určuje MPSV na základě procentuálního podílu, který je zákonem stanovený (resp. stanovený přílohou k zákonu o sociálních službách) pro každý kraj zvlášť, tzv. směrných čísel.

Směrná čísla jsou číselné ukazatele, které určují, kolik financí bude přiděleno na sociální služby v jednotlivých krajích. Dle „Metodiky MPSV ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb” - Příloha č. 1 k Příkazu ministra č. 13/2011 směrným číslem rozumí výše dotace v úhrnu pro jednotlivý kraj v rámci programu podpory A⁶ a pro MPSV v rámci programu podpory B⁷ tak, jak ji upravuje ustanovení § 101, odst. 5 zákona o sociálních službách. Objem finančních prostředků určený na sociální služby na daný rok se dle nich přerozdělí.

Směrná čísla se využívala již před jejich zákonným zafixováním. MPSV je stanovilo v roce 2011 na základě algoritmů schválených vedením resortu a po schválení částky celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok. Byl nutný každoroční přepočítání směrných čísel, což nezaručovalo plnou stabilitu systému financování sociálních služeb, zároveň tento princip umožňoval flexibilnější změny a zohledňování priorit státu (což může být výhoda i nevýhoda). **Od roku 2015** bylo směrné číslo stanoveno **vypočtem průměru poskytnuté dotace jednotlivým krajským úřadům za roky 2012–2014**. Směrná čísla byla přijata jako **přechodné opatření**, které mělo za cíl, zajistit alespoň na následující tři roky, po nabití účinnosti novely zákona o sociálních službách (od 1. 1. 2015), stabilitu ve financování. Tehdy stanovená směrná čísla jsou však platná beze změny dosud.

⁶ Program podpory pro oblast regionálních služeb

⁷ Program podpory zacílen na nadregionální, celostátní a specifické služby

Tabulka č. 2: Směrná čísla a související další ukazatele (data za rok 2023)

Kraj	Směrné číslo	Přidělené finance (Kč)	Počet obyvatel	Podíl obyvatelstva	Příspěvek na obyvatele (Kč)
Praha*	8,08	2 006 467 337 Kč	1 730 039	12,70%	1 160
Jihočeský	6,67	1 656 328 853 Kč	702 121	6,00%	2 359
Jihomoravský	9,21	2 287 074 774 Kč	1 337 628	11,25%	1 710
Karlovarský	3,4	844 305 562 Kč	333 610	2,71%	2 531
Královéhradecký	5,46	1 355 855 403 Kč	595 755	5,11%	2 276
Liberecký	4,14	1 028 066 185 Kč	493 350	4,13%	2 084
Moravskoslezský	11,99	2 977 418 734 Kč	1 245 462	10,91%	2 391
Olomoucký	7,81	1 939 419 542 Kč	661 507	5,81%	2 932
Pardubický	5,37	1 333 506 138 Kč	573 124	4,87%	2 327
Plzeňský	4,86	1 206 860 304 Kč	694 188	5,63%	1 739
Středočeský	10,93	2 714 194 058 Kč	1 614 892	13,36%	1 681
Ústecký	9,71	2 411 237 356 Kč	872 606	7,44%	2 763
Vysočina	5,3	1 316 123 377 Kč	548 765	4,75%	2 398
Zlínský	7,07	1 755 658 920 Kč	607 279	5,33%	2 891
<i>Celkem</i>	<i>100</i>	<i>24 832 516 543 Kč</i>	<i>12 010 326</i>	<i>100,00%</i>	

Legenda: Červená – nízká hodnota (čím sytější, tím nižší), modrá – vysoká hodnota (čím sytější, tím vyšší)

Zdroj: Vlastní zpracování MPSV, 2025

Tabulka č. 2 ukazuje mj. následující:

- Nejvýraznější disproporce vykazují data u Prahy a Středočeského kraje, kraje s nejvyšším počtem obyvatel, ale velmi nízkými finančními částkami přidělované na 1 obyvatele. O něco méně – ale podobně – si stojí Jihomoravský kraj. (Obecně jde o bohaté regiony. Centra (Praha, méně i Brno) ale zároveň kumulují řadu sociálních problémů z postavení oblasti, kam se řada jevů přirozeně „stahuje“.)
- Opačný trend vykazují data u Zlínského kraje. Ten má naopak velmi málo obyvatel a vysokou částku na 1 obyvatele.
- Podobně Karlovarský kraj. (Ten však dlouhodobě trpí vysokou kumulací sociálních problémů.)
- Nejvyšší příspěvek na 1 obyvatele vykazují data u Olomouckého kraje.

Nevýhody aktuálních směrných čísel:

- Směrná čísla nereflktují aktuální potřebnost v rámci sociálních služeb. Reálně a aktuálně nezohledňují některé aspekty regionů jako je počet obyvatel v seniorském věku, počty osob bez přístřeší, počet osob se zdravotním znevýhodněním, průměrnou výši mezd, příp. další parametry.
- Mezi kraji jsou veliké a neodůvodněné rozdíly. To vede k vnímané nespravedlnosti systému mezi kraji i poskytovateli. (viz **Tabulka č. 2**)

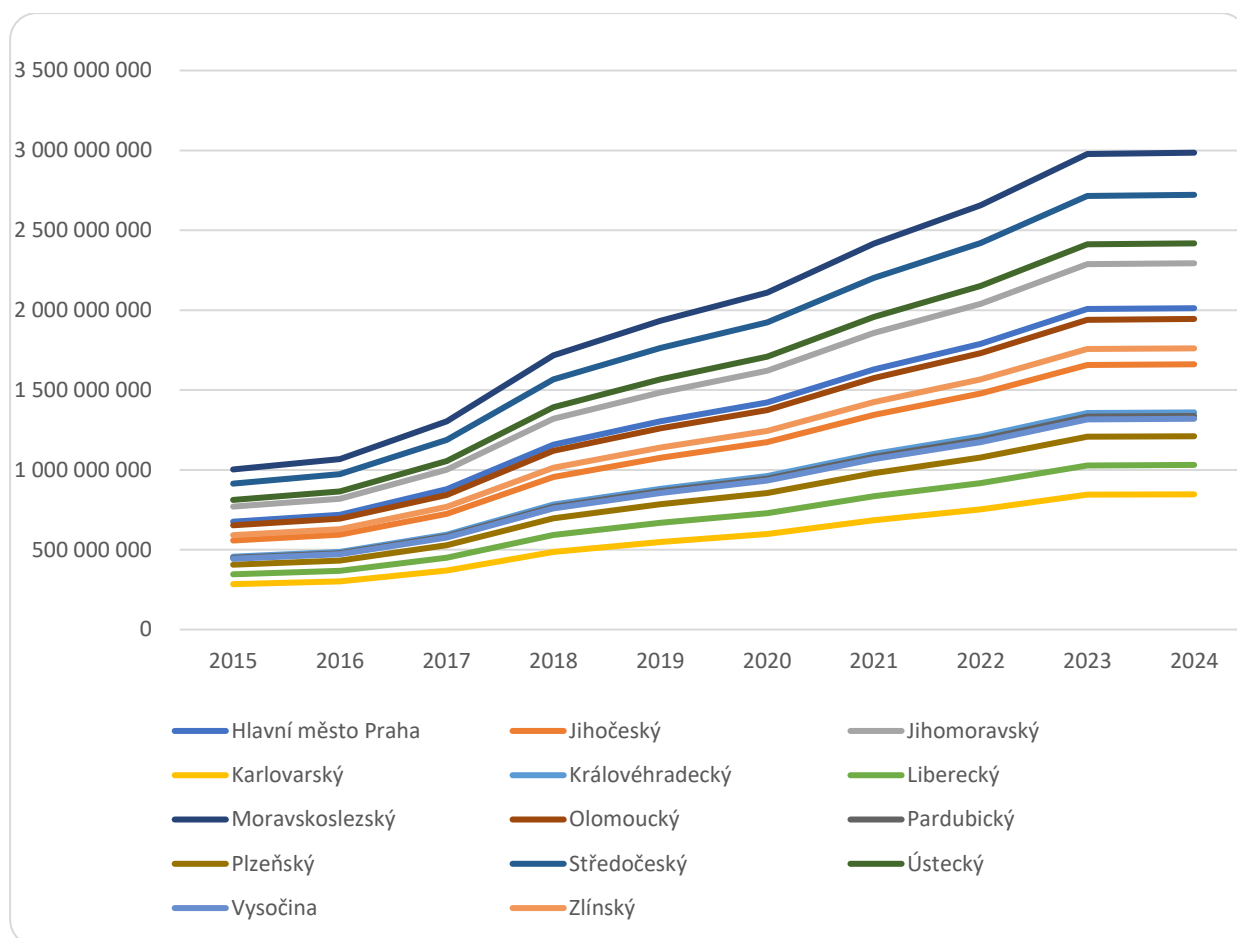
- Přestože byla koncipována jako dočasné řešení, je směrné číslo dlouhodobě beze změny. Měnit jej navíc lze pouze legislativní úpravou, finální částky pak také výší celkového rozpočtu, který se mezi kraje rozděluje.

Výhody směrných čísel:

- Staly se srozumitelným a stabilním nástrojem pro predikci a přerozdělování finančních prostředků na sociální služby, zejména pro kraje.
- Posilují odpovědnosti krajů skrze přesun dotačního řízení na kraje a umožňují díky principu subsidiarity cílit pomoc z úrovně bližší klientům systému.

Nevýhody jsou dlouhodobě vyzdvihovány řadou aktérů. **Pro budoucí záměry novelizace zákona o sociálních službách je výzvou jejich konstrukci upravit tak, aby v první řadě reflektovala reálnou potřebnost obyvatel jednotlivých krajů v rámci systému sociálních služeb.**

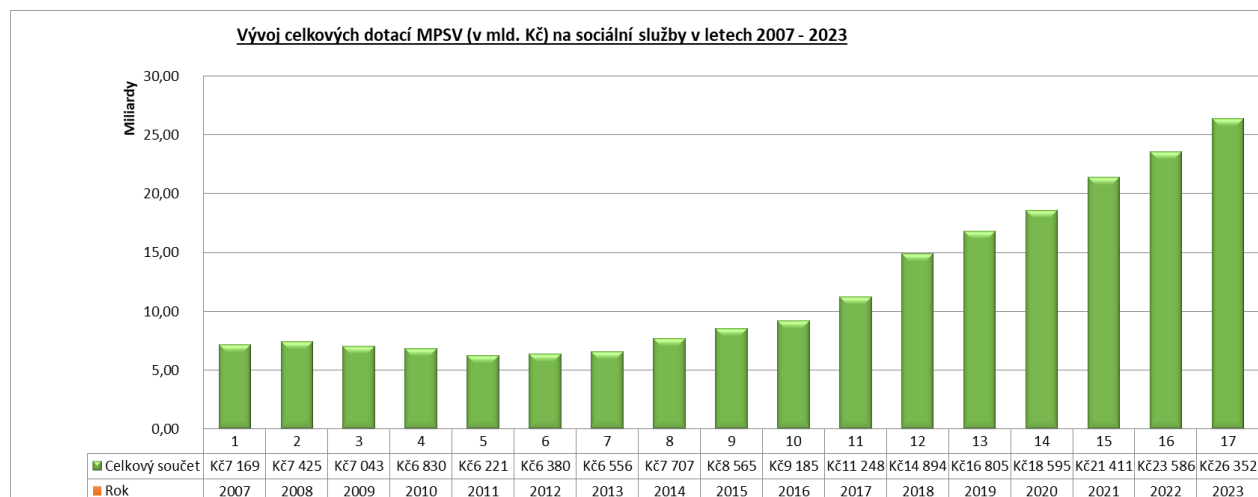
Graf č. 33: Vývoj dotace MPSV na podporu poskytování sociálních služeb dle krajů v letech 2014–2024 (v Kč)



Zdroj: MPSV, OK služby – poskytovatel

Dotace státního rozpočtu dlouhodobě kryje zhruba 40 % celkových nákladů. Jednoznačným trendem je neustálý nárůst výše této dotace, což dokladuje následující **Graf č. 44. 4** a **Tabulka č. 3**.

Graf č. 44: Vývoj celkových dotací MPSV (v mld. Kč) na sociální služby v letech 2007–2023



Zdroj: OKslužby – poskytovatel, MPSV

Tabulka č. 3: Dotace na podporu poskytování sociálních služeb z příslušné kapitoly státního rozpočtu pro rok 2025 (v Kč)

Kapitola státního rozpočtu	2023	2024	2025
Nadregionální služby (program B)	1 520 210 324	1 521 000 000	1 800 000 000
Prostředky pro kraje	24 832 516 543	24 900 000 000	26 007 733 456
Celkem	26 352 726 867	26 421 000 000	28 487 733 456

Zdroj: OKslužby – poskytovatel, MPSV

Z dotace na sociální služby, kterou poskytuje MPSV, lze hradit pouze uznatelné náklady, kterými jsou primárně osobní náklady, náklady na energie, nájmy, náklady na povinné školení pracovníků v přímé péči apod. **Největší podíl na celkových nákladech sociálních služeb představují náklady na mzdy a platy pracovníků, které přesahují 70 %.**

Jelikož proces přerozdělení dotace probíhá v samostatné působnosti krajů, nemůže MPSV, dle současného legislativního prostředí, do tohoto procesu nijak zasahovat. Dále i vyúčtování dotace od koncových příjemců (sociálních služeb) není zasíláno MPSV, ale krajům, které dotaci poskytly.

V roce 2024 byla poslaneckou novelou zákona o sociálních službách **zákonně ukotvena síť celostátních a nadregionálních služeb**, kterou bude (nová pravidla pro financování budou platit od ledna 2026) sestavovat MPSV. Patřit do ní takové potřebné služby, které nemohou zajistit kraje, jejichž síť nadregionální síť doplňuje. Definování nadregionální sítě zákonem (což doposud v explicitní podobě chybělo) vyjadřuje, že závazek státu, který se k ní hlásí, počítá s ní a je připraven ji financovat.

Finanční zapojení krajů a obcí a MPSV do financování systému sociálních služeb

Příloha č. 3 vyjadřuje přepočtení finančního zapojení krajů a obcí a MPSV do financování systému sociálních služeb v roce 2023 na 1 obyvatele daného kraje. Z dostupných dat tedy vyplývá, že přístup krajů (i obcí) k podílení se na financování sociálních služeb je napříč republikou rozdílný. Výzvou pro budoucí období je tedy vést diskusi se zástupci krajských a obecních samospráv o tom, jak systém financování sociálních služeb nastavit do budoucna, aby byl spravedlivý, stabilní a udržitelný.

Neexistence normativního systému pro stanovení nákladovosti sociálních služeb

Pokud porovnáme financování jiných veřejných služeb (zdravotnictví, školství a některé segmenty kultury), pak mají sociální služby z hlediska využití veřejných zdrojů přísnější kritéria a podmínky.⁸ V oblasti sociálních služeb **neexistuje** oproti školství a zdravotnictví **nákladový či normativní systém**, který by sám o sobě kontroloval efektivní využití veřejných zdrojů. Lze konstatovat, že sociální jevy a potřeby nejsou tak jednoduše popsitelné a dávají volbu nad využitím služeb klientovi, tudíž normativní vyjádření jednotlivých potřeb a jejich uspokojení je složitější než v případě jiných veřejných služeb. Zároveň platí, že existuje a přetrvává nejednotnost přístupů jednotlivých krajů a obcí, a to v podobě:

A. Rozdílného přístupu krajů ke stanovení nákladovosti služeb:

- na základě skutečnosti předchozích let (včetně valorizace);
- na základě výpočtu na jednotku kapacity.

Kraje zpravidla kombinují oba přístupy, tj., při stanovení nákladovosti na základě skutečnosti se zohledňují změny (inflace, změna úhradové vyhlášky, změna výše příspěvku na péči apod.), při stanovení nákladovosti výpočtem zohledňují relevanci výpočtu vůči skutečnosti předchozího období.

B. Rozdílného přístupu krajů k pojetí vyrovnávací platby:

- strop nákladů služby,
- rozdíl nákladů a úhrad.

C. Rozdílného přístupu krajů k zapojení obcí do financování služeb:

- povinný podíl obcí → předpokládaný podíl obcí;
- u všech služeb → u nových služeb;
- vůči všem obcím → vůči ORP a zřizovatelům;
- míra spolufinancování určená skutečností předchozích období → výpočtem;
- dopad na službu řešen snížením dotace kraje → zvýšením dotace kraje → neřešen.

⁸ Cit dle *Financování sociálních služeb v České republice*, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, únor 2020.

Například Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb a dalších aktivit v Moravskoslezském kraji na léta 2024–2026 podíl, v jakém se mají obce podílet na oprávněné provozní ztrátě především nově zaváděných kapacit sociálních služeb, určuje a také limity maximální výše oprávněných provozních nákladů. V současnosti je finanční podíl obcí pro nové kapacity nastaven takto:⁹

- Minimálně 35% oprávněné provozní ztráty v rámci
 - odborného sociální poradenství, pobytové sociální služby s výjimkou azylových domů a domovů se zvláštním režimem pro osoby bez přístřeší a odlehčovací služby.
- Minimálně 25% oprávněné provozní ztráty v rámci
 - azylových domů a domovů se zvláštním režimem pro osoby bez přístřeší,
 - ambulantních a terénních sociálních služeb s výjimkou sociální rehabilitace pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, podpory samostatného bydlení pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, osobní asistence, pečovatelské služby a odlehčovací služby.
- Minimálně 15% oprávněné provozní ztráty v rámci
 - osobní asistence, pečovatelské služby, sociální rehabilitace pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, podpory samostatného bydlení pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, odlehčovací služby v terénní, ambulantní a pobytové formě.

Zároveň lze konstatovat, že výše popsaný stav je „podpořen“ dosavadní absencí bližších jednotlicích parametrů ze strany MPSV (viz například § 105a vyhlášky 505/2006 Sb.: „*Prováděcí právní předpis stanoví obvyklé náklady na jednotlivé sociální služby s ohledem na regionální specifika sociálních služeb.*“).

Socio-ekonomické podmínky

- Došlo k zásadnímu zvýšení základních platových tarifů (a tím i dalších složek platů), ke zvýšení příplatků a ke zvyšování mezd ve stejném odvětví (v důsledku působení trhu práce).
- Došlo k významnému zvýšení počtu osob požadujících péči, resp. sociální služby, a to v důsledku stárnutí populace, zejména osob starších 80 let.
- Došlo ke zvýšení počtu osob trpících demencí¹⁰, a tím ke zvýšení nároků na poskytovanou péči.

⁹ Zdroj: *Způsob zapojení místních samospráv do financování činnosti Agentury pro sociální začleňování*, Agentura pro sociální začleňování, únor 2025.

¹⁰ Česká alzheimerovská společnost v roce 2020 odhadovala, že v Česku žije přibližně 183 tisíc lidí s demencí. Tento počet ale dramaticky roste a do roku 2030 se očekává, že se tento počet zvýší na zhruba 383 tisíc. Zdroj: <https://www.ozp.cz/aktuality/aktualita-pacientu-s-alzheimerem-pribyva-a-naklady-rostou>

- Došlo ke zvýšení kapacit sociálních služeb (zejména služeb sociální péče), tyto nové kapacity však nejsou vytvářeny uměle, ale jako reakce na zvyšující se poptávku po těchto službách.
- Došlo ke zhoršení struktury klientů sociálních služeb ve smyslu zásadního navýšení počtu osob, které jsou zcela či velmi výrazně závislé na poskytované péči.
- V důsledku výše uvedeného dochází k prokazatelnému navyšování počtu zaměstnanců v sociálních službách jako reakci na zhoršující se zdravotní stav a soběstačnost cílových skupin.

Sjednocení monitoringu a vykazování dat

Digitalizace sociálních služeb představuje zásadní proměnu způsobu, jakým jsou tyto služby poskytovány, spravovány a hodnoceny. V současné době je kladen důraz na aplikaci digitálních technologií, jejichž cílem je zlepšit kvalitu života klientů a systémovou efektivitu. Evidence based přístup je základem tohoto procesu, neboť umožňuje zakládat rozhodování na objektivních datech a prokázaných výsledcích. Evidence based přístup hraje klíčovou roli v zajištění kvality sociálních služeb a zlepšení výsledků pro uživatele. Sběr a analýza dat mohou umožnit poskytovatelům identifikovat osvědčené postupy, monitorovat pokrok a hodnotit efektivitu různých intervencí. V rámci sociálních služeb se tento přístup začíná implementovat, avšak vyžaduje další podporu a rozvoj systémů sběru dat.

Přestože digitalizace přináší množství výhod, doprovázejí ji i specifické výzvy. Technologické překážky zahrnují nedostatečnou infrastrukturu v některých regionech a osvojování nových technologií pracovníky, kteří často nemají dostatečné znalosti a dovednosti. Legislativní otázky, jako je například ochrana osobních údajů, se stávají stále důležitějšími. Finanční překážky, uváděné jako hlavní limitující faktor, zahrnují vysoké počáteční investice do technologií a školení, což může být pro mnohé poskytovatele služeb značným problémem.

Aby bylo možno čelit stávajícím výzvám digitalizace, je klíčové nastavit jasné strategické cíle a opatření. To zahrnuje vytvoření rámců pro rozvoj digitálních systémů, standardizaci datových sběrných metod a prevenci digitální propasti mezi státem a regiony, resp. různými regiony a skupinami obyvatelstva či jednotlivými subjekty. Je také nezbytné podporovat spolupráci mezi odborníky na IT, sociálními pracovníky a uživateli, aby se zajistilo, že vyvíjené technologie budou nejen vysoce funkční, ale také uživatelsky přívětivé. Je rovněž zásadní, aby se rozvíjela kultura inovací, která podpoří efektivní přístup k technologiím a maximální využití dat pro lepší rozhodování a poskytování služeb.

V posledních letech došlo k významnému pokroku v oblasti digitalizace sociálních služeb. IT systémy jako jsou elektronické systémy pro správu klientských dat, online platformy pro komunikaci s uživateli a aplikace pro sledování kvality služeb se začínají stávat standardem. Ukazuje se, že digitalizace pomáhá poskytovatelům sociálních služeb lépe monitorovat a hodnotit efektivitu služeb, stejně jako zajišťovat větší transparentnost a odpovědnost.

Informační systém sociální služeb – potřeba řešení

V současné době není nastaven systém trvalého zjišťování potřeb obyvatel, resp. cílových skupin, jejichž potřeby by bylo vhodné uspokojovat prostřednictvím sociálních služeb, a existující data – přičemž je velká variabilita požadavků na data, které po poskytovatelích systém požaduje (MPSV, kraje, obce, zřizovatelé, donoři) – jsou rozdílně využívána, což ještě zvýrazňuje existence de facto

14 systémů v jednotlivých krajích. Jakkoli je působnost při zajišťování sociálních služeb řešena v § 92-96 zákona o sociálních službách, je v těchto paragrafech stanovena pouze orientačně a bez konkrétních podmínek implementace. Dále chybí vazby na podzákoné předpisy, které by sjednocovaly terminologii i datové struktury a umožňovaly tak výměnu dat mezi MPSV, krajem a obcí a umožnily provádění srovnávacích analýz. V této oblasti je velký prostor pro efektivizaci a digitalizaci při vykazování a sdílení dat, které souvisí s poskytováním sociálních služeb. „*Analýza potenciálu digitalizace a zefektivnění procesů v sociálních službách v ČR*“, kterou pro Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR vypracovala společnost Ernst & Young¹¹, přinesla mj. následující zjištění:

- „Duplicitně se provádí několik sociálních šetření při řízení o přiznání příspěvku na péči a zároveň při posouzení stavu klienta pro potřeby rozhodnutí o přijetí do služby. Účel těchto šetření je přitom z podstaty shodný. Vhodné by bylo realizovat šetření pouze jednou. Předpokladem je garance kvality takového šetření.“
- Volné kapacity sociálních služeb nejsou sledovány, není známá ani reálná poptávka po nich. Možnost získat informace o volných kapacitách alespoň na sociálních odborech obcí byv budoucnu zefektivnilo využití kapacit a umožnilo jejich lepší plánování.“

MPSV v současné době realizuje v rámci OPZ+¹² systémový projekt „*Zvýšení efektivity systému sociálních služeb*“, jehož cílem je (1.) **zkvalitnit informační a datovou základnu agend** sociální oblasti se zaměřením na sledování potřeb klientů sociálních služeb, nastavení metrik pro měření efektivity sociálních služeb a snížení administrativní zátěže poskytovatelů, a dále (2.) **participovat na implementaci Jednotné datové základny v prostředí MPSV. Výstupem projektu bude zpracovaný soubor analytických dokumentů pro přípravu nového informačního systému („IS“)** a poskytování součinnosti pro implementační projekt sekce 1 v rámci kterého by měla proběhnout veřejná zakázka na výběr dodavatele IS a jeho vlastní realizace.

Dobrou praxi pro naplnění daného cíle je možné vnímat i na příkladu Slovenska, kdy v tamním zákoně, který upravuje problematiku sociálních služeb, **je zaveden Informační systém sociálních služeb, ve kterém jsou shromažďované údaje o sociálních službách, aby byly aktuální, ověřitelné a relevantní** pro potřeby zjišťování skutkového stavu v oblasti sociálních služeb, zkvalitňování procesu střednědobého plánování a rozvoje sociálních služeb a jejich financování, a to jak na úrovni samosprávy, tak i státu¹³.

¹¹ K dispozici zde: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/vydavame/odborna-publikacni-cinnost/analiza-potencialu-digitalizace-final.pdf>.

¹² Operační program Zaměstnanost plus

¹³ Viz Zákon č. 448/2008 Z. z. (Zákon o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) v znění neskorších předpisů).

1.3. Sociální práce a personální zajištění sociálních služeb

Poddimenzování počtu pracovníků v sociálních službách a dalších pracovníků

Příloha č. 4 poskytuje informace o stavu pracovníků v sociálních službách (přepočtený úvazek) v letech 2019–2023 (statistické údaje z aplikace OK Služby – poskytovatel).

S odkazem na přílohu č. 4, při srovnání s celkovým počtem registrovaných sociálních služeb, respektive klientů těchto služeb, je zjevné, že personální zajištění sociálních služeb pracovníky v sociálních službách není zcela vyhovující.

Také z dalších získaných analýz vyplývá, že ve všech službách chybí kvalifikovaný personál, nedochází k dostatečnému navyšování pracovníků. Nejvíce zaměstnanců chybí na pozici pracovník v sociálních službách a ve zdravotnických profesích. Dle dotazníkové šetření Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen „APSS“) je důvodem nedostatku pracovníků ve službách především fakt, že chybí finance na adekvátní odměňování zaměstnanců, a to je jeden z důvodů např. u pracovníků v sociálních službách, proč jsou sociální služby nuceny přijímat pracovníky s tou nejnižší přijatelnou kvalifikací (dle zákona o sociálních službách). Pokud se tedy nezlepší odměňování personálu v sociálních službách, nelze očekávat nárůst kvalifikovaných pracovníků.

APSS připravila dotazníkové šetření (zpracováno v dokumentu NEDOSTATEK PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, odkaz: [vyhodnoceni-nedostatek-pracovniku-10-2023.pdf](#)), jehož cílem bylo zjistit, kolik aktuálně chybí v sociálních službách pracovníků s ohledem na jednotlivé pracovní zařazení. Zároveň APSS ČR zjišťovala informace o aktuálním počtu pracovníků ukrajinské národnosti v sociálních službách. Dotazníkové šetření probíhalo ve dnech 17.–31. října 2023, přičemž APSS získala odpovědi od 677 zařízení sociálních služeb.

APSS sdružuje celkem 1 319 zařízení sociálních služeb, z toho 677 organizací se zapojilo do dotazníkového šetření, což je 51 %. Celkem 59 % dotázaných organizací se potýká s nedostatkem pracovníků. Největší nedostatek pracovníků pociťují v organizacích zřizovaných krajem (65 %), církví (64 %) a NNO, obchodních společnostech aj. (61 %). Nejvíce pracovníků chybí na pozici „pracovník v sociálních službách“, celkem postrádají 953 pracovníků. Následují zdravotnické profese, ve kterých chybí 517 pracovníků, a dále THP a manuální pracovníci, kterých chybí 311.

Organizace, které se zapojily do dotazníkového šetření, uvedly celkem 2 063 chybějících pracovníků napříč pracovním zařazením. Kvalifikovaným odhadem sociální služby v České republice postrádají přibližně 3 000 pracovníků. Nejčastěji zmiňují pracovníky v sociálních službách (1 306) a zdravotnické pracovníky (708). v případě srovnání počtu chybějících pracovníků v jednotlivých krajích chybí nejvíce pracovníků poskytovatelům sociálních služeb v Hlavním městě Praze (307, resp. 420), Středočeském kraji (282, resp. 387) a Jihomoravském kraji (273, resp. 374). Naopak nejméně pracovníků postrádají poskytovatelé v Libereckém kraji (71, resp. 98), Karlovarském kraji (75, resp. 103) a Jihočeském (84, resp. 115).

Celkem 35 % organizací, které se zapojilo do dotazníkového šetření, zaměstnává pracovníky ukrajinské národnosti. Jedná se o 731 pracovníků ukrajinské národnosti, z toho je v režimu dočasné ochrany (váleční uprchlíci) 321 osob, tj. 44 %. Dle kvalifikovaného odhadu 5 poskytovatelů sociálních služeb v České republice zaměstnávají zhruba 1 000 pracovníků ukrajinské národnosti.

Přehledná data přináší níže uvedená **Tabulka č. 4**, kde je uveden nedostatek pracovníků v jednotlivých krajích dle pracovního zařazení.

Tabulka č. 4: Nedostatek pracovníků v jednotlivých krajích dle pracovního zařazení

	Pracovníci v sociálních službách		Sociální pracovníci		Zdravotnické pracovníci (všeobecná sestra, lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut aj.)		Pedagogičtí pracovníci		THP pracovníci (administrativní pracovník, ekonom aj.) a manuální pracovníci (řidič, údržbář, kuchař, pracovník úklidu, prádelny aj.)	
	Počet chybějících pracovníků	Kvalifikovaný odhad za celý sektor	Počet chybějících pracovníků	Kvalifikovaný odhad za celý sektor	Počet chybějících pracovníků	Kvalifikovaný odhad za celý sektor	Počet chybějících pracovníků	Kvalifikovaný odhad za celý sektor	Počet chybějících pracovníků	Kvalifikovaný odhad za celý sektor
Hlavní město Praha	157	215	58	79	57	78	4	5	32	44
Jihočeský kraj	28	38	14	19	25	34	2	3	16	22
Jihomoravský kraj	123	168	45	62	66	90	10	14	30	40
Karlovarský kraj	31	42	21	29	15	21	3	4	5	6
Kraj Vysočina	48	66	4	6	53	72	0	0	35	48
Královéhradecký kraj	52	71	9	12	32	44	1	1	13	17
Liberecký kraj	42	57	9	12	12	16	2	2	7	10
Moravskoslezský kraj	76	104	11	15	37	50	0	0	32	44
Olomoucký kraj	53	72	8	10	24	33	1	1	21	28
Pardubický kraj	51	70	9	13	19	26	1	1	41	55
Plzeňský kraj	48	66	10	13	26	36	1	1	12	16
Středočeský kraj	154	211	15	21	74	101	3	4	37	50
Ústecký kraj	40	54	28	38	41	56	3	4	23	32
Zlínský kraj	51	70	13	17	38	51	0	0	10	14
Celkem	953	1 306	252	345	517	708	30	41	311	426

Zdroj: OKslužby – poskytovatel, MPSV

Dalším dotazníkovým šetřením APSS vyhodnotila spokojenost zaměstnanců v sociálních službách.

Spokojenost zaměstnanců v sociálních službách je klíčovým faktorem ovlivňujícím kvalitu poskytovaných služeb. V rámci šetření se APSS zaměřila na různé aspekty pracovního prostředí, profesního rozvoje a celkové hodnocení podmínek zaměstnanců v této oblasti.

Cílem bylo zjistit, jak pracovníci hodnotí svou práci, zda mají dostatečné podmínky pro její výkon, jak vnímají možnosti profesního růstu, finanční ohodnocení a také kvalitu vztahů na pracovišti. Podrobnou analýzu z roku 2025 je možné nalézt zde: [a4-vyhodnoceni-spokojenosti-zamestnancu-2025-final.pdf](#) .

K výše uvedenému lze uvést, že mzdy/platy pracovníků v sociálních službách se pohybují na hranici minimální mzdy (podle Národní soustavy povolání (NSP.cz) se hrubý měsíční plat pohybuje od 19 500 do 40 040 Kč, průměrná mzda (Q1/2025, ČR): 46 924 Kč, medián mezd (Q1P2025, ČR): 38 385 Kč, minimální mzda: 20 800 Kč).

Poddimenzování počtu sociálních pracovníků působících v sociálních službách a pojetí role sociálních pracovníků

Příloha č. 5 poskytuje informace o stavu sociálních pracovníků v sociálních službách (přepočtený úvazek) v letech 2019–2023 (statistické údaje z aplikace OK Služby – poskytovatel).

V návaznosti na současnou NSRSS na období 2016–2025 a dle statistických údajů shromážděných MPSV poddimenzování počtu sociálních pracovníků působících v sociálních službách a problémy s tímto spojené nadále trvají. Podle statistických údajů z aplikace OK Služby – poskytovatel bylo evidováno podle přepočtených úvazků 7 138 sociálních pracovníků za rok 2019 a 8 364 sociálních pracovníků za rok 2023 (sociální pracovníci s pracovní smlouvou a dohodou o pracovní činnosti). Je evidentní, že sociálních pracovníků ve službách je také nedostatek, a že potřeby klientů nemohou být satureovány a celkově sociální práce není vykonávána v potřebném rozsahu a kvalitě.

Příčiny problému: Podmínky ke kvalitnímu výkonu profese sociální práce nejsou v současné legislativě dostatečně ukotveny, jelikož nejsou jasně vymezeny pozice sociálních pracovníků ani garance kvality výkonu sociální práce vůči klientům.

Je tedy nutné definovat roli sociálního pracovníka v soc. službách obecně a časem možná i ve vztahu k jednotlivým druhům služeb. Zajistit, aby zaměstnanec na pozici sociálního pracovníka vykonával sociální práci, pokud možno bez kumulací s jinými technickohospodářskými či manažerskými a obdobnými činnostmi, které jsou z hlediska konzistence i kapacit sociálního pracovníka v důsledku problematické. Zajistit dobré finanční ohodnocení sociální práce, k pozitivním změnám postupně dochází, ale jsou zde rizika, např. dopady gender pay gap, neboť se jedná o feminizovanou profesi, viz aktivity Úřadu vlády (Zápisy z jednání Výboru „Záznam o hlasování per rollam 2/2024“ - podněty k odměňování v sociálních službách a k odměňování sociálních pracovníků - zápisy uvedeny zde: [Zápisy z jednání Výboru | Vláda České republiky](#)). Sociální pracovníci nejsou dostatečně zapojováni do samotného procesu poskytování sociálních služeb (např. v rámci individuálního plánování se podílí na jednání se zájemcem o sociální službu, dále už nejsou do procesu poskytování sociálních služeb v kontextu případové práce příliš zapojeni). Často v pobytových sociálních službách má klíčovou pozici zdravotnický pracovník a sociální pracovník poskytuje intervence spíše nahodile, není tedy hlavním garantem případového procesu při poskytování sociální služby. Přitom právě sociální pracovník má být blízko k pracovníkům v sociálních službách. Sociální pracovník je též nositelem procesu koordinace a zajišťuje efektivní spolupráci mezi různými aktéry a institucemi, aby byla pomoc klientům co nejúčinnější. Je nutné nastavit činnosti a procesy, na kterých se bude sociální pracovník aktivně podílet, podchytit podobu koordinace a oborové i mezioborové spolupráce.

Prioritou je návrh legislativních změn v oblasti sociální práce, které poskytnou sociálním pracovníkům vhodné podmínky pro výkon profese.

Sociální práce ve veřejné správě

Tato oblast pokrývá problematiku rolí různých subjektů při poskytování sociálních služeb a zprostředkování další pomoci. To se týká nejen výkonu sociální práce, ale i oblasti vzájemné spolupráce mezi aktéry, kteří pomoc poskytují, jejich koordinace a sdílení informací. Oblast zahrnuje spolupráci poskytovatelů sociálních služeb, státních institucí nebo obcí či krajů (case

management na úrovni obcí s rozšířenou působností (dále jen „ORP“), České správy sociálního zabezpečení (dále jen „ČSSZ“) a Úřadu práce ČR (dále jen „ÚP ČR“) (dávky), další subjekty systému sociální ochrany (zdravotnická a školská zařízení, justice a další).

Nedostatky ve fungování koordinace na území obcí a její ukotvení v systému poskytování sociální ochrany

Ustanovení § 92 zákona o sociálních službách uvádí, že „*obecní úřad obce s rozšířenou působností na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob; přitom spolupracuje s krajskou pobočkou Úřadu práce a krajským úřadem.*“

Současné vymezení koordinace nemá však mimo uvedeného § 92 blíže stanovený rozsah a obsah, chybí jeho podrobnější legislativní upřesnění v podobě požadavků na spolupráci a propojení s dalšími subjekty v poskytování sociálních služeb.

Analýza uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí, včetně zvážení organizačních podmínek a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody¹⁴ realizovaná VÚPSV z roku 2018 uvádí, že příčinou potíží, byť pravděpodobně nikoliv nepřekonatelnou bariérou, s širším začleněním case managementu do sociální práce na obecních úřadech, může být **nedostatečné legislativní zakotvení sociální práce na obecních úřadech**. Tataž doporučení přinesly i výstupy projektu Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR¹⁵ realizovaný MPSV v letech 2023–2025, které zmiňují potřebu bližšího ukotvení v legislativě.

Ukotvení pozice koordinátorů podpory v systému poskytování sociální ochrany

MPSV realizovalo v letech 2023–2025 projekt Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR, jehož jedním cílem bylo pilotovat pozici koordinátora podpory na obcích s rozšířenou působností a dále zprostředkovat sociálním pracovníkům bez rozdílu jejich působení v systému sociální ochrany ucelené vzdělávání zaměřené na témata case managementu a koordinace s cílem připravit je v oblasti znalostí a dovedností na kvalitní výkon této činnosti. Transparentnější ukotvení role koordinace podpory jako součásti sociální práce v systému poskytování sociální ochrany se dlouhodobě ukazuje jako potřebné a další kroky by měly vést k jejich etablování a zvyšování jejich počtů v systému. Na podporu koordinace jejím zavedením do běžných pracovních náplní sociálních pracovníků by do budoucna měl pomoci i zákon o sociálních pracovnících.

Potřebu ukotvení pozice koordinátorů podpory v systému pojmenovává například Analýza uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální

¹⁴ [Analýza uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí včetně zvážení organizačních podmínek a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody - RILSA](#)
HUBÍKOVÁ, Olga. Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2018. ISBN 978-80-7416-334-0. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_445.pdf

¹⁵ [Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR](#), (re. č. CZ.03.02.02/00/22_004/0001320, spolufinancováno z OPZ+)

práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí, včetně zvážení organizačních podmínek a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody realizovaná VÚPSV z roku 2018, která uvádí, že agenda a kompetence sociálních pracovníků obce legislativně vymezeny poměrně obecně, což umožňuje různé interpretace účelu sociální práce jak ze strany samotných sociálních pracovníků, tak i jejich zaměstnavatelů, představitelů samospráv a přirozeně veřejnosti. Navrhují proto upřesnit pozici sociálního pracovníka tak, aby se pro svoji činnost koordinační a další činnosti v rámci využívání metody case managementu měl o co opřít.

Pilotáž realizovaná v projektu „Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR v letech 2024-2025“ také jednoznačně prokázala užitečnost role koordinátora v sítích služeb a doporučuje tuto roli sociálního pracovníka veřejné správy v systému posílit. Kromě legislativních nástrojů to znamená vytvářet lepší podmínky pro financování těchto sociálních pracovníků a zlepšování podmínek pro nárůst úvazků a efektivnější využívání jejich odborných kapacit.

A ke stejnému závěru směřují i „Výsledky z analýzy situace klíčových problémů a možností řešení v sociální podpoře osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících“¹⁶, jež vydala v roce 2023 Aliance pro individualizovanou podporu. Z analýzy vyplynulo, že by bylo přínosné zavedení koordinátora podpory jako typové pozice sociálního pracovníka na obcích s rozšířenou působností, protože rozvíjený prvek koordinace péče může zásadně přispět k lepší orientaci, a tím i včasnější a efektivnější podpoře osob. Lidé, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, i klienti služeb budou vědět, kam se obrátit o radu a pomoc, a dostanou ji v co nejkratší možné době.

Nedostatky ve fungování koordinace v systému sociální ochrany

Z pohledu nedostatků ve fungování koordinace v systému sociální ochrany se mimo jiné ukazuje potřebnost nastavení vhodné spolupráce, rolí jednotlivých subjektů v ní a kvalitního sdílení dat mezi nimi ve prospěch řešení nepříznivých životních sociálních situací klientů.

Analýza dostupnosti služeb pro lidi s poruchou autistického spektra v ČR a v Evropě¹⁷ realizovaná v roce 2018 spolkem Naděje pro děti úplňku, z.s. uvádí, že pro rodiče je obtížné z jednotlivých „kousků skládačky“ poskládat obraz, ve kterém se orientují. Často tak ztrácí čas, než se dostanou k neefektivnějšímu řešení své situace. Včasná prevence eskalace nepříznivé situace a následně efektivnější koordinace podpory pomůže získat potřebné informace k rozhodování o zajištění potřebné péče. Dále zmiňují, že v České republice je také prostor ke zlepšení integrace sociálních a zdravotních služeb.

Cestou ke zlepšení v současné době narážíme na potřebu, kterou identifikuje Aliance pro individualizovanou podporu ve své „Analýze situace klíčových problémů a možností řešení v sociální podpoře osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících“¹⁸ realizovanou v roce 2023 – a to **posílit a rozšířit povinnost zapojení a spolupráce** kromě obcí a krajů i na další subjekty např. ÚP ČR, ČSSZ nebo poskytovatele sociálních služeb. I když zákon o sociálních službách ukládá krajům i obcím povinnost koordinovat poskytované sociální služby, ostatní subjekty v systému sociální ochrany povinnost

¹⁶ [Sborník Příklad-dobře-praxe-koordinovane-podpory-a-case-managementu-na-obcich.pdf](#)

¹⁷ [Deti-uplnku-analyza-dostupnosti-sluzeb_e.pdf](#)

¹⁸ [Model individualizované podpory_final_barvy-obrazky_PO KOREKTUŘE verze 1](#)

vzájemné spolupráce nemají. Není ani nastaven nástroj pro sdílení potřebných informací a není v potřebné míře upravena spolupráce zdravotních a sociálních služeb.

Na nedostatky ve **sdílení informací mezi jednotlivými subjekty systému** sociální ochrany poukazuje současně několik subjektů a jejich analýz, včetně poznatků z realizace projektu „Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR.“ Při pilotáži modelů koordinace shodně identifikovali koordinátoři podpory i zástupci poskytovatelů sociálních služeb potřebu upravit pravidla pro mlčenlivost dle pravidel GDPR¹⁹.

Výsledky z analýzy kvalitativních případových studií o výkonu sociální práce v přenesené působnosti realizované VÚPSV roce 2016, konkrétně v rámci Výzkumu spolupůsobení přenesené a samostatné působnosti subjektů veřejné správy při zajišťování dostupnosti sociálních služeb a sociální práce²⁰ hovoří o tom, že chybí dostatečná výměna informací a doporučení mezi jednotlivými subjekty.

O tom, že je nezbytné zajistit a legislativně upravit povinnost sdílení informací mezi relevantními aktéry a institucemi veřejné správy – zejména ÚP, ČSSZ, obcemi a kraji, lékaři a zdravotnickými zařízeními, zdravotními pojišťovnami, poskytovateli sociálních služeb, vzdělávacími institucemi a příslušnými ministerstvy hovoří i výsledky Analýzy situace klíčových problémů a možností řešení v sociální podpoře osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících²¹ realizované v roce 2023 Aliancí pro individualizovanou podporu.

Nedostatečná spolupráce mezi subjekty sociální ochrany

Studie APSS z roku 2023 s názvem „Jaké změny jsou nutné pro správné fungování terénních sociálních služeb v České republice“²² dává příklad rozvinutého systému fungování sítí ve Velké Británii, kde v místních komunitách působí tzv. local area coordinators – místní koordinátoři, kteří pomáhají jak jednotlivcům, tak celým rodinám identifikovat jejich silné stránky, rozvinout vizi dobrého života a najít řešení jejich problémů. Pro plnění těchto cílů vytvářejí místní sítě spolupracujících subjektů, jež tvoří zachytivé sítě pro občany řešící nepříznivé životní situace.

Naproti tomu je popisována situace v ČR, kdy výsledky z „Analýzy kvalitativních případových studií o výkonu sociální práce v přenesené působnosti“²³ realizované VÚPSV v roce 2016 hovoří o tom, že v ČR má nastavení spolupráce mezi pracovníky obce a zástupci dalších subjektů relevantních pro řešení nepříznivé sociální situace převážně charakter předání nebo ověřování informací o klientovi, spíše okrajově probíhá koordinace nebo nastavení společného postupu intervence při řešení jeho nepříznivé situace.

Doplňují je výsledky z „Analýzy uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí, včetně zvážení organizačních podmínek

¹⁹ Nařízení EU, které stanovuje jednotná pravidla pro ochranu osobních údajů

²⁰ [vv_012.pdf](#)

²¹ [Model individualizované podpory_final_barvy-obrazky_PO KOREKTUŘE verze 1](#)

²² [a4-fincovani-terenni-sluzby-2023-final.pdf](#)

²³ [WP4.pdf](#)

a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody²⁴, realizované VÚPSV v roce 2018, kde v rámci kvalitativních rozhovorů dotazovaní vedoucí a sociální pracovníci obecních úřadů referovali o různých zkušenostech, co se týče ochoty poskytovatelů sociálních služeb, ÚP ČR, zdravotnických zařízení atd. se účastnit např. případových konferencí. Někde je problém přesvědčit sociální pracovníky úřadu práce, jinde se nechťejí účastnit některé sociální služby a všeobecně je problém s účastí lékařů či sociálních pracovníků zdravotnických zařízení. V této souvislosti stojí ale za to zmínit i zkušenosti druhé strany, a to zástupců služeb či NNO či různých projektů, kteří se v rámci poskytování různých forem pomoci v situaci dlouhodobé péče snaží navazovat kontakty a spolupráci se sociálními pracovníky obecních úřadů. Účastníci výzkumu měli v tomto ohledu poměrně bohaté a často i dlouholeté zkušenosti a podle jejich výpovědí zaznamenávají kolísavou ochotu sociálních odborů/oddělení spolupracovat, včetně zkušeností vysloveně negativních.

Doporučení APSS²⁵ z roku 2020 k řešení této situace navrhuje postup spočívající ve vytvoření trvalé odborné platformy pro teoretické vymezení zásad spolupráce multidisciplinárního týmu, obecném **vymezení témat a oblastí spolupráce**, stanovení rolí a dílčích činností jednotlivých zainteresovaných subjektů, stanovení obecného vymezení zásad spolupráce (např. principů přístupu ke klientovi, způsobu vedení dokumentace, zásad pro předávání informací, rolí jednotlivých aktérů atp.). **Potřebu vymezení role** v rámci systému zabezpečování potřeb klientů z řady cílových skupin zmiňují znovu v analýze s názvem Jaké změny jsou nutné pro správné fungování terénních sociálních služeb v České republice z roku 2023.

To vše ještě doplňují výsledky Analýzy situace klíčových problémů a možností řešení v sociální podpoře osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících realizované v roce 2023 Aliancí pro individualizovanou podporu, která k tomu přidává **poptávku po standardizaci** a zavedení nástrojů koordinace ze všech možných stran a předcházení situacím, kdy problémy vyplývající z chybějící koordinace podpory by byly případně nahrazeny situacemi, kdy jednoho klienta koordinuje více institucí.

Nedostatky v zasíťování Úřadu práce ČR v systému poskytování sociální ochrany

Výsledky z Analýzy uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí, včetně zvážení organizačních podmínek a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody²⁶, realizované VÚPSV v roce 2018 přichází se zjištěním,

²⁴ [Analýza uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí včetně zvážení organizačních podmínek a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody - RILSA](#)

HUBÍKOVÁ, Olga. *Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2018. ISBN 978-80-7416-334-0. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_445.pdf

²⁵ [ROLE SOCIALNIHO PRACOVNIKA NEW_FINAL.pdf](#)

²⁶ [Analýza uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí včetně zvážení organizačních podmínek a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody - RILSA](#)

HUBÍKOVÁ, Olga. *Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2018. ISBN 978-80-7416-334-0. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_445.pdf

že v oblasti dostupnosti zdrojů a možností zajištění spolupráce různých subjektů vnímali respondenti jako **nejslabší místo součinnosti s ÚP ČR**.

Sociální pracovníci/respondenti dle zpracovatelů analýzy vnímali jako těžko uskutečnitelná setkání v CM týmech sociálních pracovníků na obcích, na kontaktních pracovištích ÚP ČR a poskytovatelů služeb. Místy sociální pracovníci obcí referovali o tom, že v zájmu toho, aby se mezi nimi a sociálními pracovníky kontaktních pracovišť ÚP ČR udržela alespoň minimální spolupráce, snaží se na sociální pracovníky „nevyvíjet tlak“. Tento postup však v některých případech nabyl až podobu rezignace na určité formy pomoci, spojené zejména s obhajováním práv klientů. Někdy též spolupráce narážela na to, že sociální pracovníci těchto dvou subjektů, obce a ÚP ČR, sledují odlišné cíle.

Nastavení, hlavně rozsah spolupráce, se v různých lokalitách liší. Častým modelem je jen poměrně málo intenzivní spolupráce, v podstatě určená tím, co je v daném případě nejnutnější, aby se řešení případu daného klienta nepozastavilo, ale nad toto minimum pracovníci obou subjektů často další aktivity nevyvíjejí.

Uvedené skutečnosti jsou v kontextu změn, které vychází ze zákona č. 300/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony (dále jen „zákon č. 300/2025 Sb.“) a týkají se do budoucích let fungování ÚP ČR. Na ÚP ČR dochází postupně k digitalizaci a automatizaci procesů, jejichž cílem je, aby byl do budoucna potřebný co nejmenší zásah ze strany zaměstnanců obce a ÚP ČR se postupně přiblížil občanům rozšířeným poradenstvím a komplexním přístupem k řešení jejich sociální situace. K obdobnému nastavení spolupráce by mělo dojít i v rámci převádění agendy příspěvků na péči pod ČSSZ.

Nové nastavení spolupráce subjektů sociální ochrany v rámci agendy vyřizování příspěvků na péči v kontextu připravovaných změn na ČSSZ

Výsledky z „Analýzy situace klíčových problémů a možností řešení v sociální podpoře osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících“²⁷ realizované Aliancí pro individualizovanou podporu v roce 2023 uvádějí, že z více než 1,4 milionu lidí, které ve svém posledním šetření v roce 2018 identifikoval ČSÚ jako osoby se zdravotním postižením, pobíralo příspěvek na péči celkem 357 200 osob.

V navazující fázi se předpokládají změny v oblasti posuzování zdravotního stavu na základě revize kritérií posuzování (zejména v oblasti příspěvku na péči). Výzvou pro budoucnost bude ale též celkové nastavení agendy příspěvků na péči tak, **aby korespondovala se skutečnou soběstačností člověka**, k čemuž musí dopomoci i správné a efektivní nastavení spolupráce napříč různými subjekty – a to včetně neformálních pečujících a poskytovatelů sociálních služeb.

Změny plynoucí ze zákona č. 300/2025 Sb. budou vyžadovat metodické nastavení spolupráce i v rámci sdílení informací, neboť tato potřeba vyvstane i ze strany sociálních pracovníků ČSSZ

²⁷ [Model individualizované podpory](#)

před provedením kontroly seznámit s aktuálními informacemi k případu, a uvedená novela zákona o sociálních službách v této věci počítá, že vzhledem k rozšíření okruhu subjektů (fyzické a právnické osoby), od kterých mohou být získávány informace potřebné pro rozhodování o příspěvku na péči, bude potřebné i rozšíření mlčenlivosti zaměstnanců obcí a krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb. Zákonem č. 300/2025 Sb., dochází ke sjednocení veškeré posuzovací činnosti, jehož cílem je **efektivnější koordinace činnosti a spolupráce odborníků podílejících se na posuzování zdravotního stavu a jeho dopadů na fungování posuzované fyzické osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí.**

Reforma je tudíž výzvou pro nové uchopení a nastavení spolupráce mezi širokým spektrem subjektů sociální ochrany najednou a šance na využití odborných metod sociální práce včetně case managementu a koordinace ve prospěch zajištění potřeb občanů i efektivního fungování systému sociálních služeb.

1.4. Podmínky poskytování sociálních služeb

Úroveň poskytovaných sociálních služeb je ovlivněna řadou proměnných, východisek a komponent. Patří mezi ně dostupnost sociálních služeb, naplňování zákonných požadavků, kvalifikovaný a dostatečný počet zaměstnanců, zajištění finančních prostředků, a také zapojení klientů a dalších relevantních aktérů do fungování služby. Funkční systém vyžaduje právní rámec, metodickou podporu a efektivní kontrolu.

Registrace sociálních služeb

Zákon o sociálních službách a jeho prováděcí předpisy vstoupily v platnost v roce 2006 s vysokým očekáváním. Nový právní rámec byl považován za nezbytnou hybnou sílu a za katalyzátor změny směřující k posílení právního a sociálního postavení klientů a ke zvyšování kvality sociálních služeb²⁸. Registrace sociální služby, jejíž podmínky jsou upraveny v §§ 79–87 zákona o sociálních službách, je základním předpokladem pro poskytování služeb, představuje vstupní garanci kvality.

Proces registrace vykazuje dílčí systémové nedostatky, zejména nejednotný přístup registrujících orgánů a nízkou personální kapacitu pro zajištění nejen registrací, ale zejména pro výkon jejich kontrol. K 12.2.2025 je v ČR registrováno 5 848 sociálních služeb, které poskytuje 2 199 poskytovatelů. Registrační agendu těchto služeb a poskytovatelů vyřizuje celkem 41 osob v přepočtených úvazcích ve výši 37,6 úvazku²⁹.

V souvislosti s nedostatečnou kapacitou a nejednotným přístupem registračních orgánů souvisí i problematika nedostatečných sankčních mechanismů. Podle zákona o sociálních službách (§ 82a a § 82b) je registrující orgán oprávněn kontrolovat plnění podmínek stanovených pro registraci u poskytovatelů sociálních služeb, kterým vydal rozhodnutí o registraci.

Registrující orgán je oprávněn ukládat poskytovatelům sociálních služeb opatření k odstranění nedostatků zjištěných při kontrole. Poskytovatel je povinen tato opatření splnit ve lhůtě stanovené orgánem. Zákon zároveň umožňuje kontrolu i u fyzických a právnických osob bez registrace, pokud existuje podezření, že poskytují sociální služby neoprávněně.

Ustanovení § 107 zákona o sociálních službách jsou vymezeny přestupky a sankce za porušení povinností, včetně poskytování služeb bez oprávnění, v jiném rozsahu, než je uvedeno v rozhodnutí o registraci, nesplnění zákonné lhůty pro podání žádosti o zrušení registrace a neplnění oznamovací povinnosti.

V praxi přetrvává ke kontrolám nejednotný přístup. Některé registrující orgány kontrolní činnost neprovádějí, jiné nezahajují řízení o přestupku, a to i v případech, kdy byly zjištěny pochybení. Problematika přestupků úzce souvisí s nelegálním poskytováním sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí od roku 2018 usiluje o právní úpravy, které by zamezily porušování zákona v této oblasti.

²⁸ str. 14, 15, *Hodnocení kvality sociálních služeb prizmatem aktérů, 2022*

²⁹ *Data Registru poskytovatelů sociálních služeb a personálního zajištění registrátorských úřadů.*

Jedním z kroků ke zpřesnění podmínek poskytování péče je již shora zmíněné vydání zákona č. 300/2025 Sb., který s účinností od 1. 1. 2026 mění § 83 a nově stanovuje, že asistent sociální péče může současně poskytovat pomoc nejvýše třem osobám ve stupni III (těžká závislost) a jedné osobě ve stupni IV (úplná závislost). Tato úprava má za cíl omezit neformální a neregulované poskytování péče, které často probíhá mimo rámec zákona.

Neregistrované služby představují závažné riziko pro zranitelné občany, jelikož nejsou pod dohledem inspekčních orgánů. To zvyšuje pravděpodobnost zanedbání péče či ohrožení života klientů. Nejčastější rizika souvisejí s nedostatečnou kvalifikací personálu a chybějícím vybavením. Ošetřovatelské úkony často provádějí osoby bez odborného vzdělání, což může vést k nesprávné péči a závažným zdravotním komplikacím.

Veřejný ochránce práv při svých návštěvách opakovaně zjistil závažná pochybení, jako je nedostatečná nebo nevyhovující strava, absence prevence malnutrice, nedbalé nakládání s léky, laická péče, omezování pohybu klientů, prohlubování inkontinence, nedůstojné hygienické podmínky a nerespektování práva na soukromí.³⁰

V roce 2024 bylo v České republice vedeno 21 správních řízení se subjekty podezřelými z poskytování sociálních služeb bez registrace. Přestože se problematika nelegálního poskytování služeb dlouhodobě řeší a dochází k legislativním úpravám, neregistrované subjekty nadále působí. Tyto subjekty vytvářejí nerovné podmínky na trhu sociálních služeb a představují riziko pro zranitelné občany.

Zákon o sociálních službách v **průběhu poskytování sociálních služeb** vyžaduje od poskytovatele dodržování zákonem **stanovených povinností**. Současně zákon o sociálních službách taxativně vymezuje skutkovou podstatu přestupků, jichž se poskytovatel může dopustit při poskytování sociálních služeb. Povinnosti poskytovatele se zaměřují jak na oblast **procesu poskytování sociálních služeb**, tak i na **oblast ochrany lidských práv**. Stanovené povinnosti musí vést k vytváření takových podmínek v sociálních službách, které budou klientům garantovat důstojné zacházení a ochranu před zneužíváním. I přesto, že právní úprava oblast ochrany práv klientů sociálních služeb obsahuje, a v roce 2024 patřily mezi nejčastější nedostatky zjištěné inspekcí poskytování sociálních služeb porušení ustanovení §§ 73 – 77 a porušení povinnosti § 88 písm. c), která požaduje vytváření podmínek pro naplňování práv osob a zamezení střetů zájmů klientů sociálních služeb se zájmy poskytovatele sociální služby, nebylo žádné z 6 zahájených řízení o přestupku zaměřeno na oblast zaměřenou na porušování lidských práv.

Významnou oblastí ochrany lidských práv je oblast podávání a vyřizování stížností. I toto téma je součástí právní úpravy sociálních služeb od roku 2006. MPSV bylo v roce 2024 doručeno 138 podnětů a stížností. V rámci zpracování přijatých podání ministerstvo v roce 2024 předalo 8 podnětů Krajským úřadům. V souvislosti s přímou inspekční činností bylo krajským úřadům předáno další 7 podnětů (konkrétní zjištění z inspekční činnosti, které nespádají do předmětu inspekce ani do kompetence agendy odboru). Do roku 2025 neexistoval nástroj na prověření stížností nezávislým orgánem. Novelizací zákona o sociálních službách (zákon č. 38/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, dále jen „zákon č. 38/2025 Sb.“) byl ukotven tzv. stížnostní mechanismus a byla doplněna nová povinnost poskytovatele s předmětem ochrany a respektu soukromí, důstojnosti a integrity osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, a to včetně přestupku.

³⁰ Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. op. cit., str. 5. [cit. 02-20-2025]

Inspekce

Kvalita poskytovaných sociálních služeb je ověřována při výkonu **inspekce poskytování sociálních služeb**, kterou provádí u poskytovatelů sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, a u poskytovatelů sociálních služeb uvedených v § 84 zákona o sociálních službách MPSV. V roce 2024 (viz **Tabulka č. 5**) provedlo MPSV 114 inspekci poskytování sociálních služeb (k 31. 12. 2024 bylo v České republice registrováno cca 6 000 sociálních služeb). Z uvedeného vyplývá, že při této frekvenci by provedení inspekci u všech registrovaných sociálních služeb trvalo cca 50 let, což je naprosto nepřiměřená doba. Tedy **státní dozor nad kvalitou poskytovaných sociálních služeb je nedostatečný**. Ministerstvo je oprávněno ukládat poskytovateli sociálních služeb opatření k odstranění nedostatků zjištěných při inspekci a provádět následnou inspekci. V roce 2024 byly provedeny 3 následné inspekce. Tedy i **státní dozor nad plněním uložených opatření k odstranění nedostatků zjištěných při inspekci je nedostatečný**.

Tabulka č. 5: Provedené inspekce poskytování sociálních služeb

Druh inspekce	2020	2021	2022	2023	2024
Inspekce v plném rozsahu	0	0	2	2	0
Inspekce v základním rozsahu	80	95	137	144	111
Následné inspekce	0	3	1	2	3
Počet inspekci celkem	80³¹	98³²	140	148	114

Zdroj: MPSV

Vzhledem k 33 druhům sociálních služeb, rozličným skupinám osob, kterým jsou určeny a jejich rozdílným nepříznivým sociálním situacím, jsou povinnosti poskytovatelů sociálních služeb uvedené v §§ 88 a 89 zákona o sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb z velké části definovány obecně. Jednotlivá ustanovení je tak třeba vždy vykládat ve vztahu ke konkrétní zjištěné situaci a jejím okolnostem. To klade velké nároky na čas potřebný k vyhodnocení zjištěných skutečností a zpracování kontrolních zjištění a na schopnosti správně a současně jednotně aplikovat platnou právní úpravu tak, aby bylo dosaženo jejího účelu a nedošlo k poškození práv a právem chráněných zájmů zúčastněných stran.

Inspekce provádí zaměstnanci státu zařazení k výkonu práce na MPSV. Jediným předpokladem pro výkon služby na pozici inspektora je vysokoškolské vzdělání. V současné době je dostačující vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském studijním programu. Schopnosti provádět zjištění, prokázat je a uvědomit si o jakou situaci se jedná, nejsou jednotné, mezi inspektory jsou rozdíly.

³¹ Výkon inspekci v místě poskytování sociální služby byl omezen s ohledem na epidemiologickou situaci COVID-19 z důvodu dodržení všech příslušných protiepidemiologických opatření, pokynů a nařízení tak, aby nedošlo k ohrožení zdraví a života zúčastněných osob možnou nákazou COVID-19 zaměstnanci MPSV.

³² Totéž

Segment sociálních služeb se vyvíjí dynamicky, což vyžaduje průběžné reagování na nové poznatky a identifikaci systémových nedostatků. V oblasti registrace sociálních služeb lze příčiny problémů rozdělit do několika klíčových oblastí:

- **Nedostatečné metodické vedení**

MPSV neposkytuje registrujícím orgánům dostatečně závazné metodické vedení. Doporučené postupy nejsou právně vymahatelné, což vede k rozdílnému výkladu a aplikaci pravidel napříč kraji.

- **Absence sankčních mechanismů**

Chybí nástroje, kterými by MPSV mohlo vymáhat jednotný postup krajských úřadů při výkonu přenesené působnosti. To se projevuje zejména v oblastech, které nejsou jednoznačně legislativně upraveny.

- **Nedostatečná personální kapacita**

Počet zaměstnanců na registrujících orgánech neodpovídá rozsahu agendy. To negativně ovlivňuje rychlost a kvalitu vyřizování žádostí, schvalování změn i výkon kontrol.

- **Zastaralé technické řešení registru**

Registr poskytovatelů sociálních služeb je veden v listinné podobě, elektronická verze obsahuje pouze dílčí data, která nejsou pravidelně aktualizována. Neexistuje jednotný systém sběru a interpretace dat, což komplikuje správu i kontrolu.

- **Nejednotný přístup k neregistrovaným subjektům**

Přetrvává rozdílný přístup registrujících orgánů k řešení případů nelegálního poskytování služeb. V některých případech nedochází ani k zahájení správního řízení, přestože byla zjištěna pochybení.

Na identifikované příčiny legislativně reagují následující úpravy zákona o sociálních službách, které je nutné v následujícím období podpořit v implementaci:

- Zákon č. 38/2025 Sb. – zavedení § 81a

Cit: “Poskytovatel sociálních služeb musí plnit podmínky registrace podle § 79 odst. 1 po celou dobu poskytování služby.” Tím se posiluje odpovědnost poskytovatelů a kontrola kvality.

- Zákon č. 300/2025 Sb.

Ruší povinnost předkládat ověřené kopie dokladů o vzdělání, čímž zjednodušuje proces registrace. Poskytovatelé mají zároveň povinnost hlásit změny týkající se údajů v registraci.

Připravovaná změna zákona o sociálních službách³³, která zavádí jednotný elektronický registr a ruší povinnost vedení listinné podoby. Tím dochází k narovnání právního rámce pro všechny registrující orgány a ke snížení administrativní zátěže.

V oblasti **kvality a garance podmínek v průběhu poskytování sociálních služeb** lze identifikovat tyto příčiny definovaného problému. I když zákon o sociálních službách definuje povinnosti poskytovatele s důrazem na ochranu práv klientů, nebyli do roku 2025 součástí právní úpravy povinnost za přestupek se zaměřením na respektování a ochranu práv osob, kterým jsou poskytovány sociální služby. Nebylo tudíž možné zahájit řízení o přestupku v této oblasti. Zákonem definované povinnosti poskytovatele obsahovaly a obsahují povinnost, podle které je poskytovatel povinen vytvářet takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská a občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby. Tato povinnost však není provázána se skutkovou podstatou přestupku. Chyběl tedy přestupek, který by trestal ponížení člověka a zásahy do důstojnosti osob, kterým je poskytována sociální služba a které nelze stíhat prostřednictvím trestního práva.

Další oblastí, která byla nedostatečně ošetřena, byla problematika podávání a vyřizování stížností. Oblast stížností, která je nedělitelnou součástí standardů kvality i zákonných povinností poskytovatele, se však do roku 2025 zaměřovala na podávání a vyřizování stížností vůči poskytovateli sociální služby, nebyla zákonem upravena možnost podání žádosti o prošetření vyřízení stížnosti nezávislému orgánu. Současně nebyla stanovena MPSV povinnost podanou žádostí o prověření stížnosti se zabývat.

Nedostatečný výkon **inspekce poskytování sociálních služeb** je ovlivněn jednak nedostatečným počtem inspektorů ve vztahu k počtu registrovaných sociálních služeb (k 31. 1. 2024 bylo zřízeno 52 systemizovaných míst (viz **Tabulka č. 6**) vč. 2 vedoucích zaměstnanců a z toho bylo obsazeno 38) a současně rozsáhlým předmětem inspekce (je poměrně časově náročné vyhodnotit všechny podklady, zjištěné situace, zpracovat protokol a stanovit závěry).

Zákonem č. 38/2025 Sb. bylo vypuštěno ustanovení, které dosud upravovalo bližší složení inspekčního týmu (minimální počet inspektorů). Ministerstvu tato úprava umožňuje lépe využít stávající personální kapacity inspektorů, není např. nutné do pobytové sociální služby vždy posílat vždy tři inspektory.

Tabulka č. 6: Systemizovaná místa určená pro výkon inspekce poskytování sociálních služeb

	2020	2021	2022	2023	2024
Vytvořená místa	61	61	57	53	52
Obsazená místa	47	41	41	37	38

Zdroj: MPSV

³³ v době příprav strategie senátní tisk č. 162

Nejednotný výkon inspekcí (rozdílné posuzování obdobných situací) je z velké části způsoben chybějícími výklady zákona ve vztahu k inspektorům a jejich sdílení tak, aby bylo zajištěno sjednocení a kontinuita postupů.

Nejsou nastaveny vstupní požadavky, principy a předpoklady (odborná způsobilost) nutné pro výkon služby na pozici inspektor poskytování sociálních služeb. Inspektoři nejsou jednotným způsobem zaškolováni a neprocházejí systematickým a řízeným systémem dalšího vzdělávání tak, aby docházelo k podpoře jejich fungování a zvyšování jejich kompetencí

Na základě identifikovaných příčin v oblasti registrace, kvality a garance podmínek poskytování sociálních služeb a inspekce jejich poskytování lze vymezit klíčové dopady současného stavu na politiku a praxi v této oblasti.

V oblasti registrace sociálních služeb lze důsledky shrnout do níže uvedených bodů:

1) Právní nejistota a oslabení výkonu veřejné správy

V oblasti registrace sociálních služeb vede nedostatečná garance jednotného postupu registrujících orgánů k právní nejistotě poskytovatelů. Chybí předvídatelnost rozhodování o udělení registrace i její kontrole, což oslabuje výkon přenesené působnosti státu v oblasti vstupu do systému sociálních služeb. Tento stav zároveň vytváří prostor pro působení neregistrovaných subjektů, které se vyhýbají regulaci a ohrožují zdraví a životy zranitelných osob.

V roce 2024³⁴ bylo v České republice kontrolováno 21 subjektů, kde bylo přijato podezření, že nelegálně poskytují sociální služby. Nejvíce kontrol bylo vedeno v roce 2024 v Moravskoslezském kraji. Nedostatečná koordinace mezi MPSV a kraji způsobuje, že některé neregistrované subjekty dlouhodobě unikají postihu.

2) Nerovnoměrné zatížení a omezená kapacita registrujících orgánů

Nedostatek personálního zajištění registrujících orgánů vede k výrazným rozdílům ve výkonu kontrol. Dle dat k 12. 2. 2025 připadá v průměru na jednoho registrátora 156 registrovaných služeb. Jsou situace, kdy na jeden plný úvazek připadá 80 služeb, ale existují i takové případy, kdy připadá 301 služeb na 35 pracovníků

Tato nerovnoměrnost způsobuje, že v některých krajích je služba kontrolována přibližně jednou za 3 roky, zatímco jinde až za 65 let. Garance dodržování podmínek registrace v průběhu poskytování je tímto výrazně oslabena, v některých případech až znemožněna.

3) Nedostatečná koordinace kontrolních mechanismů

Chybí pravidelná spolupráce mezi institucemi oprávněnými k výkonu dílčích kontrol, jako jsou Hasičský záchranný sbor, inspektoráty práce, hygienické stanice apod. Nedostatečná koordinace dostupných mechanismů snižuje efektivitu kontrol a umožňuje neregistrovaným subjektům přizpůsobovat se systému bez odpovídajícího dohledu.

³⁴ data krajských úřadů hlášená MPSV 2x ročně

4) Nedostatky informačního systému

Veřejně dostupný Registr poskytovatelů sociálních služeb vykazuje závažné nedostatky. Dochází k chybám při sehrávání dat, jejich pozdní aktualizaci, nejednotnosti datových struktur a absenci výpovědní hodnoty. To vede k meziročním statistickým výkyvům v počtu a kapacitě služeb, které neodpovídají skutečnému stavu. Chybějící informace o výmazech a změnách v oblasti registrace snižují transparentnost systému.

5) Omezené využívání sankčních mechanismů

Nedostatečný výkon kontrol, vedení přestupkových řízení a užívání sankcí vede k nerovnému prostředí v poskytování sociálních služeb. V důsledku toho mají subjekty, které poskytují služby nelegálně, vysokou schopnost dlouhodobě působit mimo zákonný rámec.

V oblasti kvality a garance podmínek v průběhu poskytování sociálních služeb absence postihu v oblasti špatného zacházení s klienty sociálních služeb ve formě správně právní vedla k nemožnosti postihovat efektivně situace, kdy poskytovatel postupoval proti povinnosti klienta chránit, a současně i jednání konkrétní osoby z důvodu nevyhovujících podmínek, které poskytovatel vytvořil, či z důvodu výsledku, který byl způsoben více faktory. Stát tedy nemohl tyto situace postihovat a zabránit jejich opakování v budoucnu a v neposlední řadě i dostát tak požadavkům mezinárodních dokumentů.

V oblasti podávání a vyřizování stížností na poskytovanou sociální službu umožňovala prozatímní pravidla definovaná zákonem o sociálních službách podat stížnost poskytovateli, popř. dalším subjektům a proti stížnosti nebylo možné podat žádost o prošetření vyřízení stížnosti. Zejména veřejný ochránce² práv usiloval o zakotvení stížnostního mechanismu, jelikož nebylo možné podat opravný prostředek proti vyřízení stížnosti ze strany poskytovatele. Současně poukazyval na skutečnost, že inspekce poskytování sociálních služeb stížnosti přijímaly jako podnět pro případné provedení inspekce poskytování sociálních služeb, a nikoliv jako povinný pokyn pro prošetření podané žádosti o prošetření vyřízení stížnosti. Z důvodu nekonkrétně a neuceleného zpracování celého procesu podávání a vyřizování stížností v zákonné podobě, nebyly jednoznačně stanovené lhůty pro poskytovatele a další subjekty k vyřízení stížností, nebyla stanovena povinnost spolupráce dílčích subjektů v rámci procesu vyřizování stížností a tím nebyla dána jistota v celém systému a vymahatelnost. I přesto, že byla přijata novelizovaná právní úprava, která dosud chybějící nástroje obsahuje, je třeba pracovat na implementaci a vyhodnocování účinnosti a vhodnosti nové právní úpravy, aby byly identifikované problémy minimalizovány.

Vliv **inspekce poskytování sociálních služeb** na udržení či rozvoj kvality sociálních služeb nezasahuje většinu poskytovaných sociálních služeb. V roce 2024 bylo nejvíce inspekce uskutečněno v Domovech se zvláštním režimem, Domovech pro osoby se zdravotním postižením a Domovech pro seniory (viz **Tabulka č. 7**). Vysoká frekvence inspekce v těchto typech sociálních služeb je způsoben stanovením priority MPSV s důrazem na provádění inspekce v sociálních službách, které primárně využívají osoby, které jsou nejvíce ohroženy na svých právech vzhledem ke svému statusu křehké a nejvíce zranitelné osoby.

V některých druzích sociálních služeb nebyly v posledních pěti letech provedeny inspekce vůbec. Existují i pobytové sociální služby, které byly v provozu např. již v roce nabytí účinnosti zákona o sociálních službách, a přesto v nich dosud nebyla provedena inspekce.

Tabulka č. 7: Počty provedených inspekcí podle druhu sociální služby

Druh sociální služby	2020	2021	2022	2023	2024
Domovy pro seniory	14	32	26	23	20
Domovy se zvláštním režimem	10	13	23	28	23
Pečovatelská služba	15	13	20	12	14
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	1	2	8	25	20
Odborné sociální poradenství	5	9	7	9	3
Sociální rehabilitace	5	3	6	7	5
Chráněné bydlení	3	3	3	9	10
Osobní asistence	3	5	7	3	5
Denní stacionáře	4	3	7	3	1
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	3	2	7	1	0
Odlehčovací služby	2	3	3	4	4
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	0	3	3	4	2
Sociálně terapeutické dílny	4	1	1	2	1
Noclehárny	5	1	2	0	0
Krizová pomoc	0	1	4	2	0
Centra denních služeb	3	0	1	1	1
Terénní programy	0	0	1	3	0
Azylové domy	0	0	1	3	0
Podpora samostatného bydlení	0	1	2	1	0
Raná péče	0	0	2	1	0
Sociálně aktivizační služby pro seniory a OZP	0	0	2	1	2
Nízkoprahová denní centra	1	0	0	2	0
Tlumočnické služby	1	1	0	1	0
Kontaktní centra	1	1	1	0	0
Tísňová péče	0	0	2	0	0
Služby následné péče	0	1	1	0	0
Telefonická krizová pomoc	0	0	0	1	0
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	0	0	0	1	1
Týdenní stacionáře	0	0	0	1	0
Domy na půl cesty	0	0	0	0	1
Intervenční centra	0	0	0	0	1

Zdroj: OKslužby – poskytovatel, MPSV

Obdobná zjištění jsou jednotlivými inspektory vyhodnocována různými způsoby, některé situace nejsou řešeny vůbec nebo jsou řešeny zcela marginální skutečností, kontrolní zjištění jsou chybně interpretována, je vyžadován nepřiměřeně dlouhý čas ke zpracování protokolu o inspekci, zjištění jsou zaznamenána tak, že následně působí problém při vyřizování námitek nebo v navazujícím správním řízení, protokoly o inspekci jsou nepřiměřeně rozsáhlé a někdy obsahují i nesrozumitelné zápisy kontrolních zjištění. Není všemi inspektory plně využíváno možností platné právní úpravy, existuje několik rozdílných praxí při provádění inspekci, což způsobuje nepředvídatelnost jednání kontrolního orgánu. Dochází k rozporům při určování smyslu a významu ustanovení právních předpisů, vyvstává nutnost i jednoduchá kontrolní zjištění s někým dalším konzultovat.

1.5. Vybrané oblasti systému sociálních služeb

Deinstitucionalizace

Jedním z hlavních směrů deinstitucionalizace je vytvoření pružnějších a individuálně zaměřených sociálních služeb, které reflektují potřeby klientů a jejich rodin či osob blízkých, které často neformálně pečují, v jejich každodenním životě. Očekává se pokračující, i když pravděpodobně pozvolný, přesun těžiště podpory do komunity.

Hlavní směr vývoje bude spočívat v posilování a rozšiřování terénních služeb (jako je osobní asistence, podpora samostatného bydlení, pečovatelská služba) poskytovaných v přirozeném prostředí klientů – tedy tam, kde si sami zvolí žít. Cílem je, aby lidé měli snadnější přístup k běžnému životu ve své komunitě.

Tam, kde podpora v domácím prostředí nebude stačit, očekává se rozvoj dalších typů služeb. Půjde zejména o ambulantní služby (např. centra denních služeb, sociální rehabilitace) a malokapacitní služby komunitního typu (jako chráněné v běžné zástavbě). Tyto služby by se měly zaměřovat na rozvoj schopností, sociální začleňování a podporu samostatnosti v každodenním životě mimo domov.

Plánování a poskytování služeb by se mělo více zaměřovat na skutečné individuální potřeby, přání a cíle konkrétního člověka a jeho rodiny. Očekává se snaha o větší flexibilitu služeb, aby lépe reagovaly na rozmanité životní situace.

I nadále se realisticky očekává, že významná část péče bude poskytována rodinami a blízkými osobami (neformálními pečujícími). Proto bude nezbytné aktivně rozvíjet systém jejich podpory – např. dostupnější odlehčovací služby, poradenství, finanční podporu a lepší sladění s formálními službami. Bez této podpory je systém dlouhodobě neudržitelný.

Kraje budou i nadále hrát zásadní roli v plánování sítě služeb a jejich financování (zejména prostřednictvím dotací). Nezbytná bude také pokračující a prohlubující se spolupráce s NNO a dalšími poskytovateli, stejně jako podpora místních komunitních projektů a transformujících se zařízení.

Realisticky lze očekávat, že zajištění dostupné a kvalitní podpory v komunitě pro osoby s vysokou mírou potřebné podpory zůstane velkou výzvou, pokud nedojde k systémovým změnám. Současné nastavení financování (např. příspěvek na péči vs. úhrady za pobytové služby) a legislativy často neumožňuje těmto lidem plně využívat komunitní alternativy.

Celý očekávaný pozitivní vývoj je silně podmíněn realizací systémových změn. Bez úpravy financování (které musí zvýhodňovat komunitní služby), změn v legislativě (umožňujících flexibilnější a individualizovanou podporu) a celkové reorganizace architektury služeb bude pokrok pomalý, nerovnoměrný a bude obtížné naplnit cíle nezávislého života pro všechny.

Očekává se pokračující trend směřující ke komunitní péči s důrazem na individualizaci a podporu v přirozeném prostředí, ale jeho reálné tempo a úspěšnost, zejména pro lidi s komplexnějšími potřebami, budou záviset na ochotě a schopnosti realizovat nezbytné systémové reformy

financování a legislativy. Důležitá bude také podpora neformálních pečujících a efektivní spolupráce všech aktérů.

Aktuálně probíhá projekt zaměřený na podporu transformačních procesů s plánovaným ukončením v roce 2026³⁵. Hlavním finančním zdrojem pro samotnou transformaci pobytových zařízení na služby komunitního typu jsou v současnosti právě strukturální fondy EU.

Současná praxe, kdy mnoho zařízení prochází pouze částečnou transformací (tj. jen část klientů se přemístí do nových komunitních služeb a původní velká budova zůstává v provozu s ostatními klienty), je identifikována jako problematická. Tento přístup celý proces transformace prodlužuje a finančně prodražuje. Je potřeba změnit strategii financování tak, aby finanční zdroje (zejména z EU fondů, ale i národních) směřovaly primárně k podpoře transformace celé konkrétní služby či zařízení najednou, nikoli jen její části.

Revize stávajících opatření poukazuje především na potřebu efektivnějšího a cílenějšího využívání finančních prostředků (podpora kompletních transformací) a na nutnost promyšleného plánování alternativního využití opuštěných institucionálních budov pro jiné než pobytové účely. Zároveň zdůrazňuje nutnost posilovat zapojení klientů a orientovat proces na budování komplexních komunitních podpůrných systémů

Nedostatečný důraz je kladen na promyšlené a účelné využití budov ústavních zařízení poté co je klienti opustí. Často hrozí riziko, že budou opět využity pro pobytové služby, byť třeba pro jinou cílovou skupinu. Je zapotřebí klást větší důraz na jiné využití těchto transformovaných objektů. Pokud je budova dobře dostupná (dopravně, občanská vybavenost), měla by být přednostně využita pro jiné veřejně prospěšné služby, které nemají pobytový charakter (např. komunitní centra, ambulantní služby, startovací byty, administrativa apod.), a nikoli pro další pobytovou péči.

Současný proces transformace se primárně zaměřuje na osoby se zdravotním postižením. Je zapotřebí, aby tito lidé měli reálnou možnost aktivně se podílet na komunitním plánování sociálních služeb v místě, kde žijí.

Proces transformace by měl být více zaměřen na podporu vzniku funkčních sítí sociálních služeb v daných regionech a měl by klást důraz na rozvoj terénních, ambulantních a pobytových komunitních služeb jako primární formy podpory.

Transformační projekty jsou často projekty investičními tím, jak se orientují na výstavbu nových objektů pro poskytování služeb. Investiční projekty navíc trvají léta kvůli časově náročným úkolům spojeným se stavebním řízením a realizací výběrových řízení na dodavatele ve všech fázích investičních projektů. Stává se, že někdy v transformačních procesech chybí přístupy zaměřené na člověka.

³⁵ Projekt: Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v ČR, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_004/0000724, je spolufinancovaný z prostředků Evropského sociálního fondu plus prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost plus a státního rozpočtu České republiky.

Pro pokračování transformačních projektů je potřeba začít počítat s využíváním pronájmů a bydlení v běžných bytech. Dále je potřeba se vyvarovat výstavbě malých zařízení, které nevedou k posílení sociálního začlenění, které je dáno zejména vybudováním pozitivních sociálních vazeb s lidmi z místní komunity a získáním sociálně hodnotných rolí v běžné společnosti. Je potřeba do transformačních projektů zakomponovat požadavek na posilování sociálního začleňování.

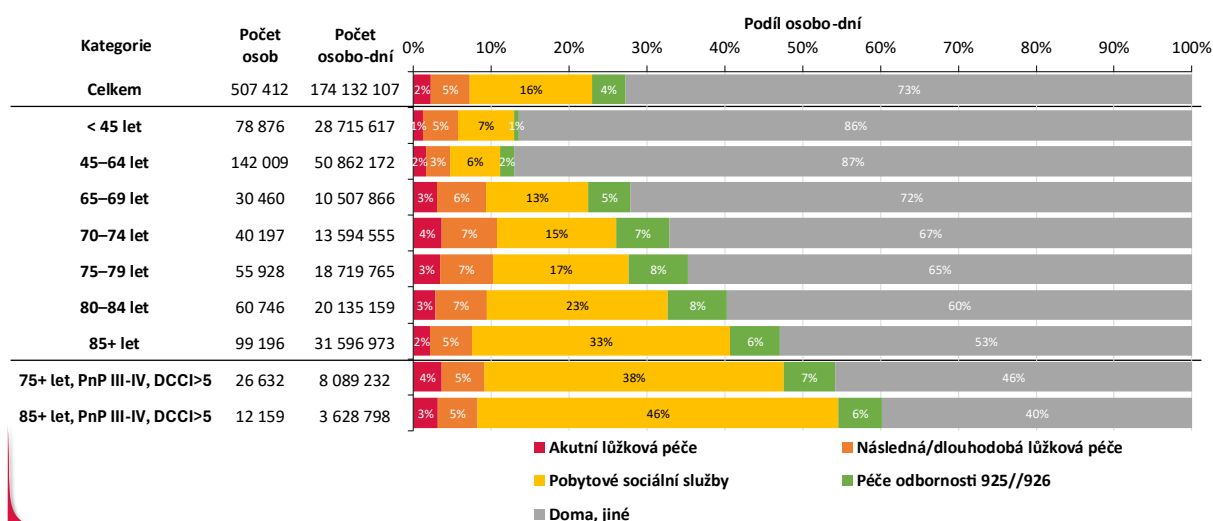
Dlouhodobá péče a sociálně-zdravotní služby

Dlouhodobá péče představuje široké spektrum **osobních, sociálních a zdravotních služeb** a podpory, které zajišťují, že osoby s významnou ztrátou vnitřní kapacity (v důsledku duševního nebo fyzického onemocnění či postižení) si mohou udržet funkční schopnosti v souladu se svými základními právy a lidskou důstojností³⁶. Jsou poskytovány jak **neformálně** (rodinou, přáteli, sousedy), tak **formálně** (profesionálními pečovateli a organizacemi). Tato péče může probíhat **v přirozeném prostředí osob** (doma) s podporou terénních služeb (např. pečovatelské služby, domácí zdravotní péče, osobní asistence, odlehčovací služby, ambulantní péče) nebo **institucionálně** v zařízeních, jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem či léčebny dlouhodobě nemocných. Tato oblast se významně prolíná s dalšími tematickými oblastmi a její řešení vyžaduje úzkou součinnost Ministerstva zdravotnictví a dalších resortů.

Uživatelé sociálně-zdravotní podpory v roce 2024: koncept ošetřovacích dnů („osobo-dní“)

Zdroj dat: NRHZS 2010–2024;

MPSV/ČSSZ – data o pobytových sociálních službách, příspěvcích na péči dle stupně závislosti (PnP, I–IV) a invalidních důchodech dle stupně invalidity (ID, I–III)



Ačkoli jsou služby dlouhodobé péče dostupné i mladším osobám se zdravotním postižením, potřeba dlouhodobé péče dramaticky roste s věkem. Stárnutí populace, multimorbidita (souběžný výskyt více chronických onemocnění) a rostoucí závislost na pomoci druhé osoby vedou ke zvýšeným nárokům na systém péče. Demografické predikce ukazují, že podíl osob nad 65 let výrazně poroste, což bude mít zásadní dopad na kapacity a financování služeb.

³⁶ World Health Organization. (2022). *Long-term care*. <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>

Česká populace nadále stárne, což potvrzuje rostoucí podíl osob ve vyšších věkových kategoriích – ke konci roku 2022 tvořily osoby nad 60 let téměř 26 % obyvatelstva, osoby ve věku 65+ představovaly 20,4 % a osoby ve věku 80+ pak 4,3 %³⁷. K 1. 1. 2023 tvořily osoby ve věku 65+ již 20,5 % obyvatelstva (2,21 milionu osob), osoby ve věku 75+ představovaly 8,7 % (941 tis. osob) a osoby ve věku 85+ pak 1,8 % (199 tis. osob)³⁸. Tyto trendy jednoznačně potvrzují potřebu posílení a rozvoje segmentu dlouhodobé péče.

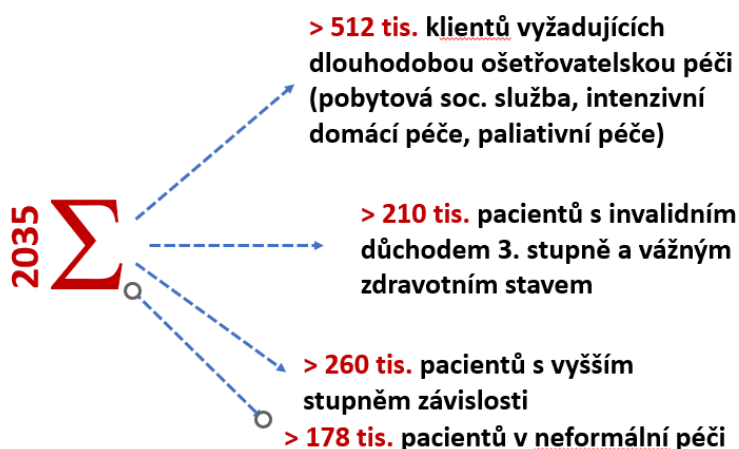


³⁷ RIA – sněmovní tisk 704 - Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

³⁸ Český statistický úřad. (2023). *Projekce obyvatelstva České republiky 2023–2100*. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2023-2100\[1\]\(https://www.czso.cz/documents/10180/20566069/1417-10k01.1.pdf\)](https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2023-2100[1](https://www.czso.cz/documents/10180/20566069/1417-10k01.1.pdf))

Predikce počtu uživatelů sociálně-zdravotní podpory: 2035

**Dostupnost a
kvalita sociálně
zdravotních
služeb se bude v
roce 2035
dotýkat více než
804 tis. občanů**



Zásada 18 Evropského pilíře sociálních práv stanovuje, že "Každý má právo na cenově dostupné a kvalitní služby dlouhodobé péče, zejména služby domácí a komunitní péče". Převážná část této péče je v ČR zajišťována neformálně, zejména rodinnými příslušníky. Intenzivní neformální péče je spojena s vyšší mírou duševního zatížení, snížením možnosti pracovního uplatnění a negativními dopady na osobní život pečujících.

V této souvislosti je klíčové rozvíjet koncept sdílené péče, který propojuje neformální a profesionální péči. Cílem je, aby pečující nebyli na péči sami, mohli využívat dostupné služby, které jim umožní pečovat déle, zdravěji a s menším dopadem na jejich vlastní život. Kombinace podpory ze strany služeb a komunitních zdrojů přispívá k udržení pečujících na trhu práce, zvyšuje kvalitu života a prokazatelně prodlužuje dobu, po kterou jsou schopni péči poskytovat.

Současný systém čelí problémům fragmentace péče, duplicitám, mezerám v poskytovaných službách a administrativní zátěži. Nedostatečná informovanost klientů a slabá spolupráce mezi profesionály brání efektivnímu řešení komplexních potřeb. Řešení těchto problémů vyžaduje systémové změny, posílení koordinace a podporu sdílené péče jako udržitelného modelu dlouhodobé podpory.

V průměru v zemích OECD, pro které jsou údaje k dispozici, uvedlo v roce 2019 přibližně 13 % osob ve věku 50 let a více, že poskytují neformální péči alespoň jednou týdně. Podíl lidí ve věku 50 let a více poskytujících neformální péči se blížil nebo překračoval 20 % v Belgii, Rakousku, České republice, ve Spojeném království a Německu byl nižší než 10 %. Jedním z hlavních důvodů identifikovaného rozdílu je přístup k dobrovolnictví. Rozdíly byly také v intenzitě poskytované péče. Nejnižší míra denní péče byla zaznamenána ve Slovenské republice a Lotyšsku. Česká republika patří mezi státy, kde je péče poskytována v průměrné a vyšší intenzitě ve srovnání s ostatními zeměmi OECD. Intenzivní péče je spojena se snížením zapojení do pracovního procesu u neformálních pečujících v produktivním věku, vyšší mírou chudoby a vyšší prevalencí duševních problémů. V zemích, kde má dobrovolnictví tradici a je hojně rozšířeno je intenzita četnost neformální péče nižší.³⁹

³⁹ OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Formální péče je poskytována profesionálními pečovateli a organizacemi (veřejného i soukromého sektoru). V Českém prostředí je dlouhodobá péče spojována s problematikou sociálně – zdravotních služeb, kterou zásadně upravila novela zákona o sociálních službách a zákona o zdravotních službách účinná od 1.března 2025.⁴⁰

Data z oblasti poskytování péče sociální i zdravotní péče ukazují na potřebnost tvorby a koordinace sociálně zdravotních služeb, o čemž svědčí počty a struktura klientů sociálních služeb a počet příjemců pobírající příspěvek na péči. Z celkového počtu 424 057 osob pobírající příspěvek na péči je 22 % umístěno v pobytových sociálních službách, kde 17 % osob je ve III. a IV. stupni závislosti (zdroj: ÚZIS, MPSV).

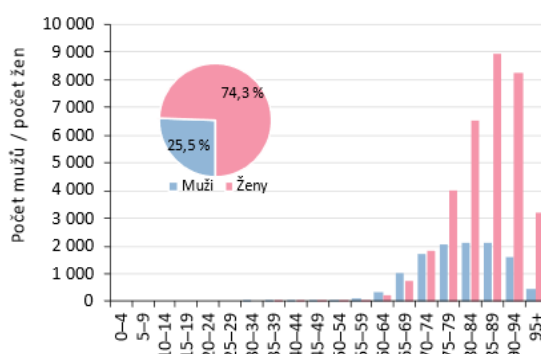
Dle dostupných dat v roce 2022 využívalo pobyt v sociálních službách cca 93 302 klientů, kdy 47 % je zastoupeno v domovech pro seniory (DS), z nichž téměř 2/3 je polymorbidních, klienti v závažném a velmi závažném stavu. Domovy pro seniory zajišťují z 56 % péči o klienty v závažném a velmi závažném stavu. Celkem 76 % klientů služeb jsou ve III. a IV. stupni závislosti na péči.

1) Domovy pro seniory: struktura klientů v roce 2022

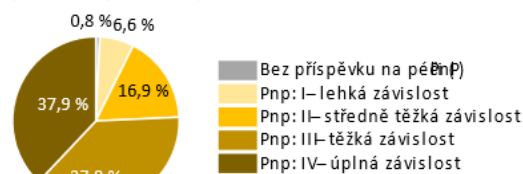
Zdroj: MPSV, pobytové sociální služby + příspěvek na péči včetně stupně závislosti; NRHZS

Demografická struktura:

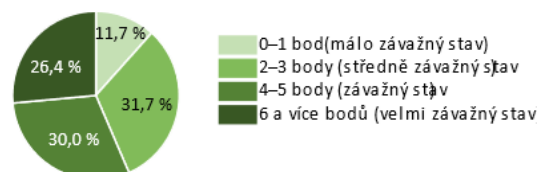
Věk	N (%)	Průměr (SD)	Medián (IQR)
Muži	11 631 (25,5 %)	80 ± 9	81 (74–88)
Ženy	33 840 (74,3 %)	86 ± 8	87 (81–91)
Celkem	45 573 (100 %)	84 ± 8	85 (79–90)



Příspěvek na péči + stupeň závislosti:



Polymorbidita – komorbiditní index (DCCI):



Zdroj: ÚZIS, MPSV

Podobný obrázek je i v domovech se zvláštním režimem (DZR). Domovy se zvláštním režimem zajišťují péči o 46 % klientů v závažném a velmi závažném stavu. Péče je poskytována z 84 % lidem ve III. a IV. stupni příspěvku na péči. Je třeba si zde uvědomit, že část segmentu je určena pro lidi s duševním onemocněním, u nichž bývá příspěvek na péči nižší a stejně tak je tomu i s polymorbiditami. Oba typy zařízení (DD, DZR) mají kapacitu cca 47 259 lůžek.

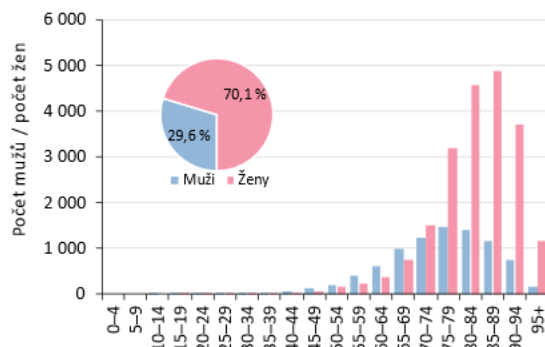
⁴⁰ Zákon č. 38/2025 Sb.

2) Domovy se zvláštním režimem: struktura klientů v roce 2022

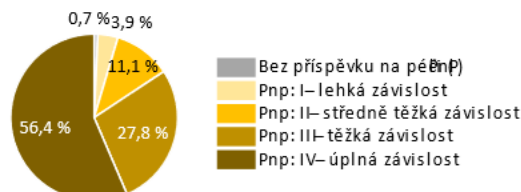
Zdroj: MPSV, pobytové sociální služby + příspěvek na péči včetně stupně závislosti; NRHZS

Demografická struktura:

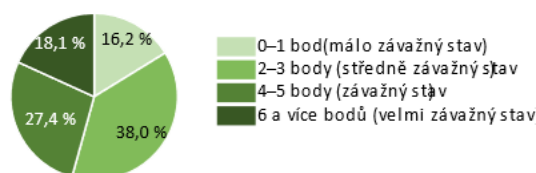
Věk	N (%)	Průměr (SD)	Medián (IQR)
Muži	8 771 (29,6 %)	75 ± 12	77 (68-84)
Ženy	20 753 (70,1 %)	83 ± 9	84 (78-89)
Celkem	29 609 (100 %)	80 ± 11	82 (75-88)



Příspěvek na péči + stupeň závislosti:



Polymorbidita – komorbiditní index (DCCI):



Zdroj: ÚZIS, MPSV

V kontextu demografického stárnutí se jednou z klíčových výzev stává podpora osob s potřebou dlouhodobé péče v jejich přirozeném prostředí, včetně integrace služeb dlouhodobé péče umožňující individualizovanou podporu (ve které je v centru zájmu člověk, jeho přání a potřeby) v komunitě.

Integrované poskytování sociální a zdravotní péče v České republice se potýká s řadou výzev, které vyplývají z rozdílného nastavení obou systémů a z praktických zkušeností poskytovatelů i uživatelů služeb, zejména:

- péče je organizována v rámci dosud nesourodého systému služeb zdravotní a sociální péče a někdy i jiných druhů podpory, jako je bydlení a místní aktivity. Toto odlišení má objektivní důvody spočívající v odlišných cílech obou systémů. Zatímco sociální služby jsou koncipovány jako péče zajišťující podporu soběstačnosti a předcházející sociálnímu vyloučení (dopomoc se zvládnutím základních životních potřeb a další služby podporující sociální začleňování), zdravotní služby jsou koncipovány zejména jako péče o zdravotní stav (předcházení, odhalování a léčba nemocí a jiných poruch zdravotního stavu).
- Sociální a zdravotní služby fungují do značné míry odděleně, s odlišnými legislativními rámci, financováním, metodikami a často i s nedostatečnou vzájemnou komunikací a koordinací. To vede k duplicitám, mezerám v péči a administrativní zátěži pro klienty i poskytovatele. Toto přináší v praxi určité problémy, zejména tam, kde se oba systémy setkávají u jednoho uživatele. Pro uživatele služby může být v praxi komplikované zajistit si z obou systémů současně přesně takovou kombinaci služeb, která odpovídá jeho potřebám. Tento problém nastává u všech forem poskytování péče, tj. u forem ambulantní, terénní (domácí) i pobytové (institucionální).
- Nedostatečná provázanost je také ve sdílení informací. Chybí jednotný informační systém, který by umožňoval sdílení relevantních dat o klientech mezi sociálními a zdravotnickými pracovníky. To komplikuje komplexní posuzování potřeb a plánování péče.
- Nedostatečná osvěta odborné i laické veřejnosti, informovanost a vzdělávání v oblasti. Laická veřejnost chybí dostatečné povědomí o možnostech a kompetencích obou stran.

Mnohdy však povědomí je nedostatečné i mezi profesionály (u zdravotníků o kompetencích a možnostech v sociálních službách a naopak).

- Financování sociálních a zdravotních služeb je odlišné, což může bránit v zavádění inovativních modelů péče, které by prolínaly oba sektory.
- Oba sektory se potýkají s nedostatkem kvalifikovaného personálu, což ztěžuje poskytování individualizované a komplexní péče.
- Stigmatizace a předsudky o kompetencích a možnostech systémů. Vnímání některých problémů jako čistě zdravotních nebo čistě sociálních může vést k tomu, že se přehlídí vzájemná provázanost a potřeba komplexního přístupu.

Novelizace zákona o sociálních službách a zákona o zdravotních službách přináší základní rámec koordinace potřebné péče z obou segmentů na úrovni klienta. U koordinace ambulantní a terénní formy služeb v současné době již nastavení spolupráce mezi oběma rovinami péče v rámci některých poskytovatelů existuje nebo vzniká, neboť dosavadní legislativní nástroje takovému nastavení a realizaci kooperace vytvářejí pouze minimální překážky. U pobytové (institucionální) formy služeb takové nastavení umožnil a zakotvil až změnový zákon č. 38/2025 Sb.

Pozitiva této právní úpravy lze shrnout v několika bodech:

- Zavádí se systém koordinace služeb formou poskytování v režimu sociálně-zdravotní služby.
- Sociálně-zdravotní služby může zajišťovat poskytovatel sociálních služeb v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením, centrech duševního zdraví nebo v zařízeních odlehčovacích služeb.
- Poskytovatel sociálních služeb, který se rozhodne sociálně-zdravotní služby poskytovat, musí mít registraci k poskytování některé z výše uvedených sociálních služeb a zároveň oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách. Tímto dochází k narovnání podmínek, jak na straně poskytování soc. služeb, tak na straně zdrav. služeb, za účelem kvality a bezpečí těchto služeb.
- Vzniká nová zdravotní služba založená na ošetrovacím dnu, sociálně zdravotní lůžková péče.
- Zavádí se povinnost zajistit zdravotní péči v rozsahu ošetrovatelské péče poskytovatelům pobytových sociálních služeb v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a zařízeních odlehčovacích služeb, a to přímo v rámci sociálně-zdravotní služby (na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb a oprávnění k poskytování sociálních služeb), zprostředkováním domácí ošetrovatelské péče na základě smlouvy s poskytovatelem zdravotních služeb, nebo oznámením potřeby zajištění ošetrovatelské péče pojišťovně a následným umožněním poskytování zdravotních služeb.
- Narovná se prostředí výjimek poskytování zdravotních služeb bez oprávnění v sociálních službách i výjimky poskytování sociální služby bez registrace v rámci zdravotnických zařízeních lůžkové péče.
- Upravují se kompetence pracovníků sociálních službách, novela zavádí novou volitelnou základní činnost pro pečovatelské služby a osobní asistence pomoci při zvládání běžných úkonů péče o zdraví.

Klíčové pro implementaci změnového zákona o sociálně-zdravotní péči bude:

- vytvoření koordinačních mechanismů na úrovni jednotlivých poskytovatelů, a i v území na lokální a regionální úrovni. Tak aby bylo možné zajistit koordinaci péče, byla nastavena jasná pravidla po výměnu informací a řešení konkrétních případů.
- Systémové vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků v oblasti sociálně-zdravotní problematiky a vzájemné provázanosti služeb. Důležitá je také osvěta pro veřejnost.
- Nastavení financování, které bude motivovat k integraci služeb a k zavádění inovativních přístupů např. formou projektové podpory z národních i evropských zdrojů.
- Aktivní participace klientů a jejich rodin na plánování a hodnocení péče. Propojení neformální a formální péče s cílem co nejdelšího setrvávání osob závislých na péči v jejich přirozeném prostředí.

Změnový zákon přináší také podporu neformální péče a rozšíření kompetencí pracovníků v sociálních službách ukotvením nové základní činnosti do prováděcího právního předpisu – pomoc při zvládání běžných úkonů péče o zdraví; za tyto úkony se nepovažují činnosti, které lze provádět pouze v rámci poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v domácím prostředí. Klíčové bude definování rozsahu a obsahu pomoci při zvládání běžných úkonů péče o zdraví a zajištění vzniku potřebného specializovaného vzdělávání, které definuje změnový zákon.

Do oblasti integrované sociální a zdravotní péče lze v ČR řadit i následující oblasti:

- Adiktologie a drogová problematika
- Oblast hospicové a paliativní péče
- Oblast péče o děti s život ohrožující diagnózou
- Oblast péče o pacienty se vzácnými onemocněními
- Oblast péče o duševní zdraví
- Koordinovaná rehabilitace

Tedy služby, kde jsou sociální a zdravotní služby přirozeně poskytovány a koordinovány na úrovni klienta dle jeho individuálních potřeb. Rozvojem sociálně-zdravotních služeb a osvětou odborné i laické veřejnosti i v oblasti přirozeně integrovaných služeb dochází ke zlepšení podmínek jejich poskytování, dostupnosti a kvality. Klíčové je tento trend podporovat a rozvíjet přirozenou koordinaci služeb a sdílení informací při poskytování péče.

Dalším klíčovým faktorem je řešení situací, které mají podpořit setrvání lidí s vyšší mírou závislosti na péči v domácím prostředí. Většinou potřebuje větší rozsah zdravotních úkonů, které zajišťuje neformální pečující. V těchto případech dochází k tomu, že neformální pečující zůstávají na péči zcela sami, bez možnosti střídání nebo potřebné podpory. To vede k přetížení pečujících osob, omezuje jejich schopnost dlouhodobě péči poskytovat a zároveň zvyšuje riziko vyčerpání, zdravotních komplikací a sociální izolace. Je proto nezbytné hledat systémová řešení, která umožní flexibilní kombinaci zdravotní a sociální podpory v domácím prostředí, včetně rozvoje sdílené péče a dostupnosti služeb, které umožní pečujícím udržet si vlastní životní rovnováhu. Jedním z kroků pro zlepšení jejich situace je rozšíření možnosti poskytování sociálně – zdravotních služeb ve vybraných ambulantních službách a rozšíření kompetencí pracovníků v sociálních službách o pomoc s úkony péče o zdraví. Implementace těchto změn by měla pozitivně ovlivnit zátěž vysokou neformálních pečujících.

Pro funkčnost celého systému je klíčová role koordinace již stávajících kapacit a aktérů. Aplikace dobré praxe z lokální úrovně do širšího měřítka.

Důsledky výše definovaných problémů:

Fragmentace péče a obtížná orientace pro klienty. Uživatelé služeb mají v praxi komplikované zajistit si z obou systémů současně přesně takovou kombinaci služeb, která odpovídá jejich potřebám. Tento problém nastává u všech forem poskytování péče – ambulantní, terénní (domácí) i pobytové (institucionální).

Duplicity v péči, mezery v poskytovaných službách a administrativní zátěž pro klienty i poskytovatele. To vede k neefektivnímu využívání zdrojů a snížení kvality péče.

Nízké využívání dostupných služeb ze strany klientů z důvodu neznalosti. Nedostatečná spolupráce mezi profesionály, která brání efektivnímu řešení komplexních potřeb klientů.

Využívání asistivních technologií v sociálních službách

Asistivními technologiemi (dále jen „AT“) jsou pomůcky, které podporují osoby s různými typy postižení nebo omezeními v každodenním životě. Uplatňují se v oblastech mobility, smyslového vnímání, kognitivních funkcí, komunikace, bezpečnosti, vzdělávání, práce i volného času. Přispívají ke zvýšení soběstačnosti, prevenci zhoršení stavu a snižování nákladů na péči.

AT lze členit do celé řady oblastí a dle různých kritérií a aspektů. Mezi základní klasifikaci patří rozdělení podle zdravotního postižení, účelu, povahy, fyzikální podstaty, životních oblastí, stupně nebezpečnosti, samostatné využitelnosti a na technologie pasivní a aktivní. V podrobnostech ohledně členění AT lze odkázat na „Strategii aplikace asistivních technologií v oblasti deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb“⁴¹, která je výstupem projektu MPSV Rozvoj systému sociálních služeb (o tomto dokumentu viz níže).

Novým trendem v oblasti AT je integrace prvků umělé inteligence přímo do zařízení, která uživatelé běžně používají. Příkladem jsou chytré náramky schopné detekovat pád a vyhodnotit rizikové chování, nebo senzory s prediktivní funkcí, které upozorňují na změny v denním režimu klienta. Tyto technologie umožňují personalizovanější péči, včasné zásahy a efektivnější využití kapacit. Je však třeba zajistit, aby jejich zavádění bylo doprovázeno jasnými pravidly pro ochranu soukromí, etiku a interoperabilitu s dalšími systémy.

Využívání AT představuje klíčový nástroj pro modernizaci a zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb a neformální péče. AT umožňují osobám se zdravotním postižením a seniorům žít důstojněji, soběstačněji a bezpečněji, a zároveň přispívají k efektivnějšímu využívání kapacit služeb i lidských zdrojů.

⁴¹ K dispozici zde: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/Strategie-aplikace-AT_FIN.pdf/4a5c5789-4485-1e36-227b-17560589f341?t=1720435254521

Zavedení systematické podpory využívání AT v sociálních službách přináší následující přínosy:

- Zvýšení soběstačnosti uživatelů: AT pomáhají klientům zvládat každodenní činnosti, snižují závislost na lidské asistenci a podporují jejich aktivní zapojení do života komunity.
- Zlepšení kvality péče: Technologie umožňují přesnější sledování potřeb klienta, zvyšují bezpečnost a umožňují individualizaci péče.
- Podpora neformálních pečujících: AT ulevují rodinným pečujícím, zvyšují jejich schopnost zvládat péči a přispívají ke snížení stresu a vyhoření.
- Zvýšení dostupnosti služeb: Díky AT lze některé formy podpory poskytovat i na dálku, což je zásadní v regionech s omezenou dostupností služeb.
- Efektivní využití veřejných zdrojů: Investice do AT může vést ke snížení nákladů na dlouhodobou péči a optimalizaci provozu služeb.
- Podpora inovací a technologického rozvoje: Využívání AT vytváří prostor pro spolupráci s výzkumnými institucemi, startupy a soukromým sektorem.
- Reakce na demografické výzvy: Stárnutí populace a rostoucí počet osob se zdravotním postižením vyžaduje nové formy podpory, které AT efektivně doplňují.
- Soulad s evropskými politikami: Podpora AT je v souladu s Evropskou strategií pro osoby se zdravotním postižením a principy inkluze a rovnosti.

Zařazení tohoto cíle do Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2026–2030 je nezbytným krokem k vytvoření moderního, dostupného a udržitelného systému péče, který odpovídá potřebám současnosti.

Požadavky pro dobré fungování AT

K tomu, aby mohly AT na úrovni poskytovatelů sociálních služeb dobře fungovat, musí být podle J. Pejšové⁴² při jejich nasazení nezbytně splněny důležité požadavky, které dané zařízení musí mít:

- Dobrou počítačovou síť, která je řízená a monitorovaná – musí nejen fungovat, ale také upozornit, že např. že v některém pokoji přestaly fungovat senzory;
- Rozumně stabilní a rychlý internet (nebo jinou síť přenášející data);
- Informační systémy, které si mezi sebou dokážou předávat data – každá informace má být člověkem vložena jen jednou;
- Promyšlený systém řízení kybernetické bezpečnosti – neboť o bohatství svých dat je potřebné se starat stejně dobře jako o jiný majetek.

AT a strategické materiály MPSV

- **Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025**
 - SWOT analýza – AT jsou zmíněny jakožto příležitost jako moderní technologie pro poskytování sociálních služeb.

⁴² Následující výčet požadavků je převzat z článku Pejšová, J.: Technologie v sociálních službách. Seznamte se s asistivními technologiemi 1. díl. Sociální služby listopad 2022.

- Potenciální „výzvou“ je **otázka AT a stanovení materiálně-technického vybavení sociálních služeb** – požadavky na AT definovány již v minulosti součástí věcných podmínek výzvy IROP – nástroj REACT-EU, viz Doporučený postup 4/2021Věcné podmínky výzvy IROP č. 101 dle REACT-EU⁴³ - níže jsou uvedeny prvky AT, které byly v příslušných podmínkách uvedeny jako „potřebné a žádoucí finančně podporovat u DZR pro rozvoj těchto služeb“.

Tabulka č. 8: Využívané prvky AT

Prvky AT	Vysvětlení účelu	Využití pro DZR
Lůžkový senzor	Indikace pohybů na lůžku	Povinné
Senzor IoT	Indikace „změny stavu předmětu“ používaného uživatelem	Doporučené
Panik tlačítko	Stacionární tlačítko k přivolání pomoci	Povinné
Spínací aktor 230V	Vzdálené spínání proudových obvodů	Doporučené
Senzor PIR	Indikace pohybu	Doporučené
Magnetický kontakt	Detekce „otevřeno/zavřeno/sklopeno...“	Doporučené
Telemedicínský „set“: - Váha - Tlak/Tep - SPO2 - Glykémie	Bezdrátový přenos měřených hodnot s cílením na neinvazivní technologie	Doporučené
Tablet, tabletový stůl	min. 1 tablet/tabletový stůl na 10 klientů. SH/HW musí být uzpůsoben cílové skupině klientů, tak aby jej mohli ovládat. Tablet/tabletový stůl musí mít možnost připojení na internet skrze Wi-Fi	Doporučené

Zdroj: MPSV

Další analytické výstupy MPSV k tématu AT

Analýza podpory deinstitucionalizace sociálních služeb prostřednictvím asistivních technologií (2020)

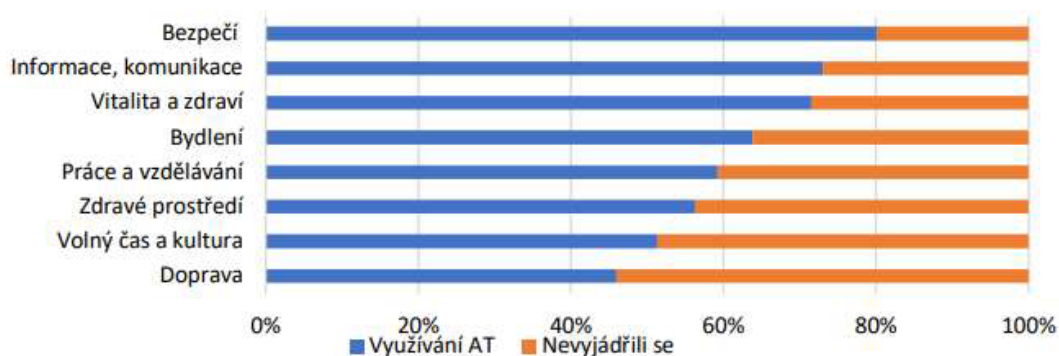
Bylo osloveno cca 800 sociálních služeb zaměřených na pomoc seniorům a zdravotně postiženým.

⁴³ K dispozici na zde:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/V%C4%9Bcn%C3%A9_podm%C3%ADnky_v%C3%BDzvy+IROP+%C4%8D.+101+dle+REACT-EU_final+%281%29.pdf/f3039976-8cc6-e679-23cb-a3e7f3113d78

Graf č. 55: Celkový podíl využívání asistivních technologií v oblastech života v rámci sociální služby (v řádcích N = 503)

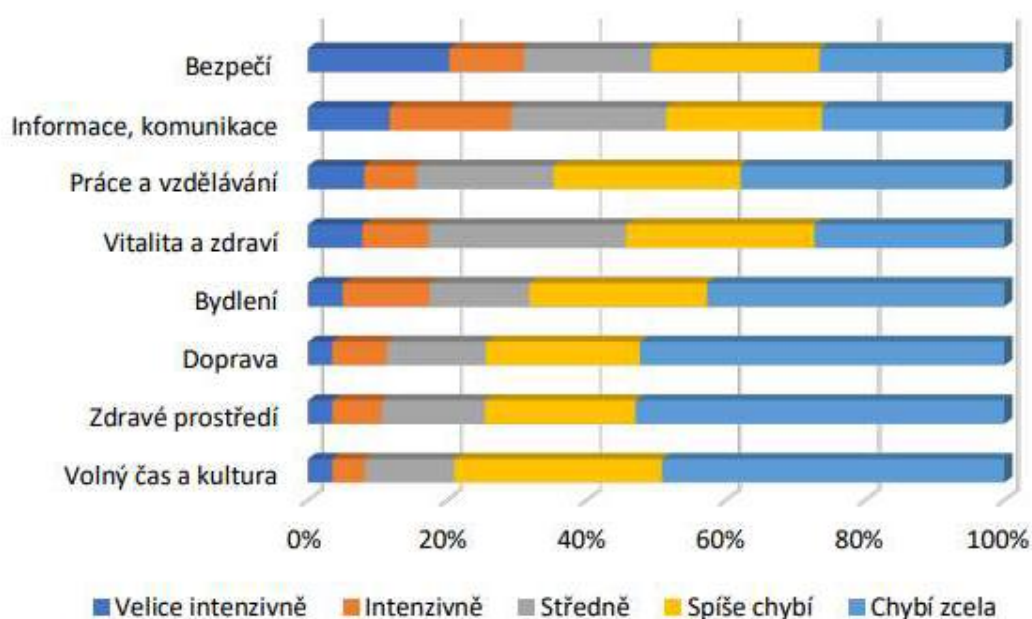
Graf: Celkový podíl využívání asistivních technologií v oblastech života v rámci sociální služby (v řádcích N=503)



Zdroj: MPSV

Graf č. 66: Podíl intenzity využívání asistivních technologií v oblastech života v rámci sociálních služeb (%)

Graf: Podíl intenzity využívání asistivních technologií v oblastech života v rámci sociálních služeb (%)



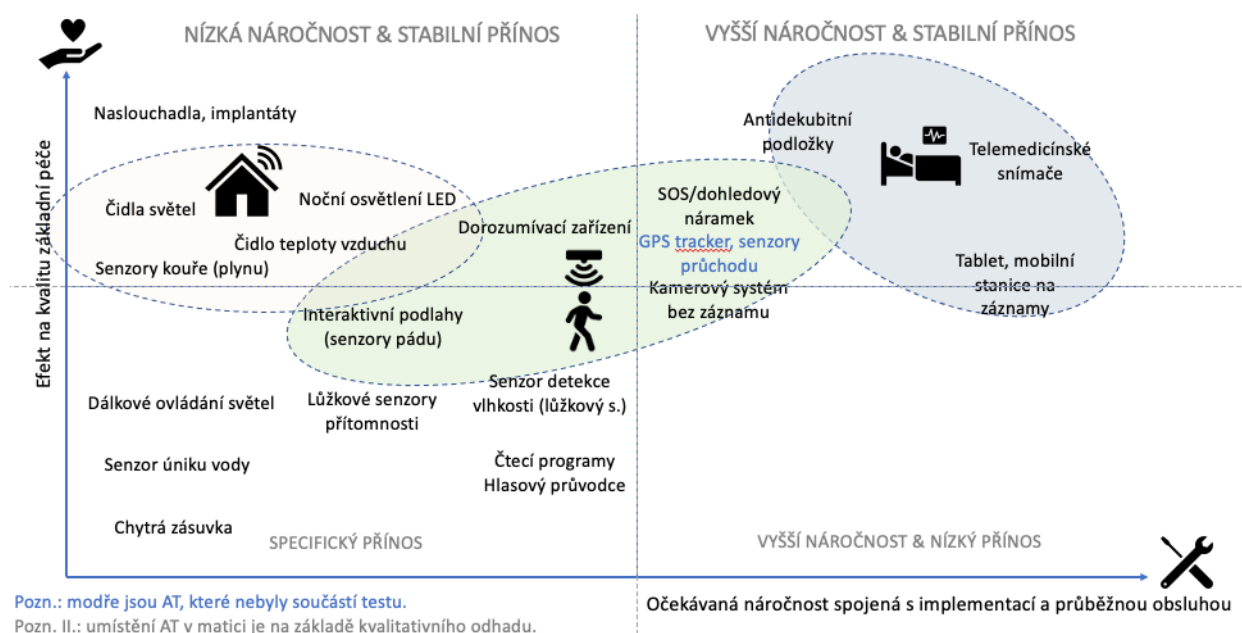
Zdroj: MPSV

Výzkum zaměřený na asistivní technologie v zařízeních sociálních služeb určených pro seniory (2021)

Do výzkumu byla zapojena tři zařízení v různých částech ČR. Zařízení byla vybrána tak, aby v nich rozdílnou měrou bylo zastoupené využívání různých AT.

- Zjišťovat povědomí a postoje k možnosti implementace a využití AT v rámci základní péče o klienty.
- Zmapovat, posoudit a vyhodnotit příležitosti, kde by konkrétní AT mohly přidat reálnou hodnotu v kontextu každodenního provozu DZR / DS, tj. kde by tyto technologie umožnily pracovníkům lépe a efektivněji zvládat péči o klienty.
- Zmapovat, posoudit a vyhodnotit překážky, které by mohly zabránit smysluplnému nasazení konkrétních technologií v DZR / DS.

Graf č. 77: Výsledky výzkumu



Zdroj: MPSV

Spíše doporučené AT

- Detektory, hlásiče (kouře)

Považováno obecně za standard, který by měl patřit do základního vybavení pobytových zařízení. Může zachránit život i zabránit škodám. Přestože se v praxi objevují případy, kdy se alarm spustí omylem, nic to nemění na jeho vnímané užitečnosti.

U senzoru úniku plynu se řada pracovníků necítí být kompetentní vyjádřit. Obecně ale panuje shoda, že jakékoliv obdobné senzory zvyšující bezpečnost jsou užitečné.

- Senzorové ovládání dveří

Na chodbách jednoznačně usnadňuje pohyb klientům i pracovníkům, za předpokladu, že se budou otevírat bezpečně.

- Ovladače – čidla světla, dálkové ovládání světla

Na chodbách je využitelné světlo na čidlo: personál ani klienti si nemusí rozsvěcet, což je zjednodušení. Čidla jsou vhodná určitě i do prostor mimo oddělení, kde se běžně klienti nepohybují.

Na pokojích je vhodné světlo na dálkové ovládání (intenzity) světla a noční – tedy citlivější – osvětlení, případně s možností volby intenzity.

- Chytrý SOS náramek (hodinky)

Vhodné především pro seniory – klienty DS. Zásadní požadované parametry na náramek nebo doplněk na lokalizaci a přivolání pomoci:

- Detekovat a signalizovat pád
- GPS funkce a lokalizace + signalizace v případě opuštění zařízení u klientů s horší orientací či demencí
- Tísňový alarm / SOS tlačítko, přivolání pomoci (pro seniory / klienty, kteří jsou orientovaní)
- Případně ještě voděodolnost takového zařízení
- Tablety (mobilní stanice k využití pro zapisování údajů o klientech)

Tablety představují možnost, jak zjednodušit a zefektivnit záznam informací.

Zároveň ale panují obavy, aby pracovníci takové zařízení zvládli ovládat, aby nedošlo k jeho poškození v rámci manipulace „v terénu“ - za pochodu nebo na pokojích klientů.

Strategie aplikace AT v oblasti deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb (2022)

Syntetický dokument, jehož cílem je poskytnout ucelený pohled na prostředí v ČR související s problematikou podpory zdravého stárnutí s využitím AT. Tento výstup současně poskytuje přehled o současném stavu AT a jejich využití ve vazbě na platný právní, technický a ekonomický rámec. Dokument se rovněž zaměřuje na demografické ukazatele, které jsou klíčové pro individuálně určené potřeby současných seniorů, ale také nastupující generaci v preseniorském věku a dalších skupin.

Strategie se mj. věnuje těmto oblastem:

- deskripci principů asistovaného života, a to od samotných základních paradigmat, přes legislativní rámec, až po oblast zásahu do života a jeho kvality při používání AT jako takových (tím se zabývá samostatná část o etice a lidských právech);
- hledání dobrých praxí, které se v současné době využívají v zahraničí (Malta, Německo, Francie, Itálie, Švédsko, Dánsko), kdy řada zemí používá AT jako standardní součást péče a jejich využívání je někde dokonce hrazeno z veřejných rozpočtů či pojištění;
- diferenciaci cílových skupin a druhů péče se zaměřením na sociologický, technologický a legislativní kontext ČR, na což pak navazuje technologický rámec a zevrubný popis vlastní realizace a využití podle jednotlivých cílových skupin;

- příležitosti a překážky, které AT přináší a se kterými je nezbytné pracovat při zvažování budoucích řešení, a podle nichž potom navrhuje metodiku, která určuje způsoby hodnocení vhodnosti AT podle cílových skupin a systému hodnotících kritérií;
- oblast financování, která dotváří rámec implementace AT do běžné péče, aby se mohly stát standardem a nikoliv inovací.

Strategie předkládá náměty pro další postup:

- 1) Rozpracovat analýzu možností nasazení AT v jednotlivých druzích sociálních služeb (tj. řešit praktickou aplikaci ve stávající síti);
- 2) Analyzovat možnosti certifikace AT pro využití v sociální oblasti a navrhnout rámec akreditačních a certifikačních procesů, včetně akreditační a certifikační autority a vyhodnocení silných a slabých stránek tohoto řešení;
- 3) Analyzovat použitelnost možností financování AT v připravovaném legislativním prostředí a navrhnout úpravy a doplnění stávajících nástrojů;
- 4) Rozšířit analýzy zahraničních řešení, zejména o oblasti propojení zdravotnické, sociální a komunální oblasti a jejich podílu na poskytování AT a jejich financování klientům;
- 5) Připravit podklady pro nezbytné legislativní úpravy a související metodické postupy pro praktickou aplikaci v sociální oblasti.

Inovace péče ve stáří. Technologickou inovací k zajištění kvality života a péče o stárnoucí populaci ČR

Na výše uvedený dokument nazuje analýza BCG z ledna 2024, která vytipovala **sedm prioritizovaných technologií**, které doporučuje systematicky zavádět v následujících letech, a to:

V oblasti domácí soběstačnosti a bezpečnosti seniorů:

- zlepšení poskytování proaktivní i reaktivní domácí asistence díky napojení domácností seniorů na dálkový monitoring s přístupem k datům ze senzorů: senzory pádu, detekce pohybu, monitoring aktivity seniorů a detekce iregularit, monitoring kouře, hodnot CO₂, průtoku vody a aktivity spotřebičů s napojením na asistenční službu;
- zajištění většího bezpečí a komfortu dožití v domácí péči díky nositelným multifunkčním ochranným zařízením monitorujícím aktivitu seniorů s možností přivolání okamžité pomoci;
- podpora sociálního začlenění a duševního zdraví seniorů skrze komunikační technologie umožňují seniorům udržovat kontakt s rodinou, přáteli a komunitou, což napomáhá jejich sociální integraci a pozitivně ovlivňuje jejich duševní zdraví.

V oblasti zkvalitnění institucionální péče:

- zvýšení bezpečnosti a optimalizace personálních zdrojů skrze: senzorový monitorovací systém a kamerové systémy detekující pohyb, přítomnost osob, aktivitu, proleženiny, spánek, pády seniorů a GPS lokátory;

- zlepšení prevence a zjednodušení práce pečovatelského personálu skrze: monitoring vitálních funkcí jako tlak, teplotu, podvýživu, glykémii a srdeční činnost s podporou telemedicínské platformy.

V oblasti prevence:

- zpřístupnění lékařské péče a snížení zátěže na zdravotní systém skrze telemedicínu, domácí lékařskou diagnostiku videokonzultace;
- prevence a efektivní management onemocnění oběhové soustavy seniorů skrze hodinky a senzory pro monitoring kardiovaskulárních nemocí.

Tyto technologie mohou dle analýzy v roce 2035 ušetřit v České republice až 31 mld. Kč z potřebných finančních nákladů, až 10 tisíc potřebné lůžkové kapacity a až 11 tisíc z potřebných kapacit personálu. To znamená, že dokážou pokrýt očekávaný nedostatek v rozsahu 50 až 70 % podle typu potřeby. K dosažení těchto úspor je dle analýzy nutné kumulativně do roku 2035 proinvestovat cca 24 miliard korun.

Využívání AI a další inovace

Podpora inovací v sociálních službách přispívá k naplňování principů rovnosti, dostupnosti a udržitelnosti. Umělá inteligence (dále jen „AI“) může v sociálních službách přinést pozitivní změny. Může například napomoci zefektivnit správu informací, což může ulehčit pracovníkům v jejich každodenní práci. Díky AI mohou být služby více přizpůsobené potřebám jednotlivých klientů, zejména těch s různými druhy postižení. AI může rovněž zlepšit komunikaci pro lidi s omezenými komunikačními schopnostmi a přispět k lepší prevenci a včasnému zásahu v případě zdravotních nebo sociálních problémů. a nakonec AI nabízí nové možnosti pro vzdělávání a rozvoj pracovníků v této oblasti. Celkově má tedy AI potenciál významně přispět ke zlepšení kvality a dostupnosti sociálních služeb.⁴⁴

Rozvoj digitálních technologií a AI otevírá nové možnosti pro zefektivnění a zkvalitnění sociálních služeb a neformální péče v domácím prostředí. Využití AI může významně přispět k lepší dostupnosti informací, individualizaci péče, predikci potřeb uživatelů a optimalizaci kapacit systému.

Využívání AI reaguje na demografické a společenské výzvy, jako je stárnutí populace, rostoucí počet osob se zdravotním postižením a nedostatek pracovníků v sociálních službách vyžadují nové, efektivní a udržitelné přístupy. Inovace, včetně AI, umožňují zvládat rostoucí poptávku po péči bez nutnosti lineárního navyšování personálních kapacit. AI může pomoci zjednodušit přístup k informacím, zefektivnit plánování péče a podpořit rozhodování pracovníků. AI může pomoci přizpůsobit péči konkrétním potřebám jednotlivce a podpořit jeho aktivní zapojení do rozhodování. Automatizace rutinních úkolů (např. vyhledávání informací, vyhodnocování dat, plánování služeb) uvolňuje kapacitu pracovníků pro přímou práci s klienty. Využití dat přispívá k transparentnosti, efektivitě a odpovědnému řízení systému.

Digitalizace a využívání AI jsou prioritami EU v oblasti sociální politiky, zdravotnictví i veřejné správy. 1. srpna 2024 vstoupil v platnost evropský akt o umělé inteligenci (akt o AI), jehož cílem je podpořit odpovědný rozvoj a zavádění umělé inteligence v EU. Dokument se zabývá

⁴⁴ Viz Pšejová, J.: Má umělá inteligence budoucnost v sociálních službách? Sociální služby prosinec 2023. Stojí za zmínku, že se jedná o odpověď AI (konkrétně ChatGPT).

potenciálními riziky pro zdraví, bezpečnost a základní práva. Stanoví vývojářům a provozovatelům jasné požadavky a povinnosti týkající se konkrétního využití umělé inteligence a zároveň snižuje administrativní a finanční zátěž pro podniky. Akt o AI zavádí jednotný rámec ve všech členských státech EU založený na definici AI zaměřené na budoucnost a na přístupu založeném na posouzení rizik. Digitální strategie EU – „Evropa připravená na digitální věk“ a iniciativa Evropské komise „AI for Public Good“ potvrzují, že AI a digitalizace nejsou pouze technologickým trendem, ale strukturální prioritou EU, která má přímý dopad na kvalitu života občanů, efektivitu veřejné správy a udržitelnost sociálních systémů.

Národní strategie umělé inteligence v České republice (2019)⁴⁵

Strategie byla připravena v úzké spolupráci Ministerstva průmyslu a obchodu, jako hlavního gestora, s veřejnými, soukromými i výzkumnými subjekty, širokou odbornou veřejností a se zapojením sociálních partnerů.

Problematiky sociálních služeb se dotýká kapitola 5. *Opatření k řešení dopadů AI na trh práce a sociální systém*, jejímž gestorem je MPSV, viz konkrétní uvedený nástroj: Využití AI v sociálních službách, především k usnadnění života jejich uživatelům, zkvalitnění péče, či pomoci klientům zůstat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí.

Příklad využití AI z praxe

Při úvahách o využití prvků AI se nabízí jejich využití v určitých oblastech sociální práce či odborného sociálního poradenství. Jako velmi inspirativní lze spatřovat projekt „*Využití prvků umělé inteligence při poskytování odborného sociálního poradenství*“, který realizovala (06/2020–05/2023) Univerzita Hradec Králové – Ústav sociální práce Filozofické fakulty s neziskovou organizací Občanské poradenské středisko, o. p. s. a se subdodavatelem technologie obchodní společnost Artin, spol. s r. o. zaměřující se na vývoj komunikační platformy (chatbot/voicebot) v českém jazykovém prostředí. Cílem projektu bylo uzpůsobení komunikační platformy na bázi chatbot/voicebot pro účely poskytování odborného sociálního poradenství v ČR. Pro naplnění cíle byla vytvořena znalostní databáze pro komunikační platformu chatbot/voicebot využitelná pro odborné sociální poradenství poskytované na veřejné informační síti internet. Chatbot by měl být nástrojem, který pomůže stávajícím lidským zdrojům (odborným poradcům) adaptovat se na rostoucí množství práce (rostoucí velikost cílových skupin řešících nezaměstnanost, ztrátu bydlení, předlužení, ...). Nicméně samotné nahrazení člověka strojem v této oblasti stále není aktuální. Poradenství v sociální práci je založeno na poradenském rozhovoru, přičemž součástí tohoto nástroje je lidský vztah mezi poradcem (sociálním pracovníkem) a uživatelem služby. Rovněž z hlediska etiky je nutné požadovat, aby o člověku nerozhodoval stroj ale člověk.

Dalším příkladem může být projekt „*SocioCare – péče s (umělou) inteligencí*“ (organizace Meridiem Centrum Péče, s. r. o.; červen 2021–květen 2023), cloudové řešení (není vyžadován server na straně poskytovatele sociální služby), kdy na jedné straně je aplikace běžící ve webovém prohlížeči, kde se zadávají opakující se i jednorázové úkony, dlouhodobé i krátkodobé úkony, úkony pro různé skupiny klientů současně i pro jednotlivé klienty individuálně. Na druhé straně je aplikace na chytrém telefonu, kterou má u sebe pracovník přímé péče (pečovatel, ale i pracovník aktivizace či rehabilitace) a která mu napovídá, jaké úkony má provést – u daného klienta a v daném čase. Na pozadí běží sofistikovaný systém, který všechny požadavky na úkony kombinuje dohromady. Vše je podpořeno i umělou inteligencí, která dává doporučení ohledně časové optimalizace péče.⁴⁶

⁴⁵ K dispozici zde: https://vlada.gov.cz/assets/evropske-zalezitosti/umela-inteligence/NAIS_kveten_2019.pdf

⁴⁶ Cit dle KATALOG INOVACÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH přihlášených do 2. ročníku CENY INOVACE v sociálních službách, APSS, Vydání první, červen 2024, s. 89-90.

Problematika bezdomovectví

Na základě sčítání osob bez domova (2019, 2022) se ukazuje, že počet osob bez domova se mírně zvyšuje. Zatímco v dubnu 2019 žilo v ČR přibližně 11 600 osob bez střechy, v dubnu 2022 se tento počet zvýšil o 3 %, což znamená přibližně 12 000 osob bez střechy. Tento nárůst lze přičíst zejména nedostatečné schopnosti společnosti reintegrovat dlouhodobé bezdomovce, jelikož došlo k růstu právě u osob bez domova po dobu delší než dva roky. Co se týká osob v azylových domech, dle sčítání z roku 2019 bylo odhadnuto, že v těchto zařízeních žilo 6 135 osob, zatímco podle Sčítání lidu, domů a bytů z roku 2021 zde bylo zaznamenáno 5 981 osob. Údaj o počtu osob bez domova v azylových domech je stabilní a nedošlo k výrazným změnám, což naznačuje, že systém azylových domů zůstává na podobné kapacitě.

Řešení prevence bezdomovectví je i jedním z cílů navrhovaného Zákona o podpoře bydlení (Zákon o poskytování některých opatření v podpoře bydlení). Hlavním cílem tohoto zákona je zavedení systémové podpory, získání a udržení bydlení pro osoby v bytové nouzi a osoby ohrožené bytovou nouzí, a zvýšení dostupnosti nájemního bydlení.

Demografické změny v české společnosti jsou zřejmé — klesá porodnost a lidé žijí déle. To vede ke zvětšení podílu starší generace v populaci a ke stárnutí populace, obdobně jako v jiných vyspělých zemích světa. Tyto demografické změny se promítají i do situace osob bez domova, neboť stárnoucí populace zvyšuje tlak na kapacity sociálních služeb, včetně azylových domů a jiných forem podpory. Starší lidé bez domova čelí větším zdravotním rizikům a obtížnějšímu získání stabilního bydlení, což vyžaduje zásahy zaměřené na věk-specifickou podporu. Zpráva o vyloučení z bydlení uvádí (Klusáček, 2024), že skoro polovinu (120 z 265 tisíc) z nejohroženějších osob, tedy lidí v nájemním bydlení ohrožených ztrátou bydlení, tvoří děti do 18 let a senioři/seniorky se věku 65 a více let. v roce 2024 žilo na ubytovnách pravděpodobně přibližně 19 600 osob, z toho 3 000 dětí a 2 500 seniorů/seniorek ve věku 65 a více let, v azylových domech to bylo 2000 dětí (Klusáček, 2024).

V lednu 2024 vláda schválila novelu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jejímž cílem je mimo jiné rozšíření poskytování sociálních služeb v azylových domech na osoby, „které s ohledem na závislost na návykových látkách aktuálně nedokážou abstinovat, a osobám, které pro potřeby doléčení přechodně vyžadují klid na lůžku, avšak jejich zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci“. V současné době chybí data ohledně využívání sociální služby azylového domu i pro nově rozšířenou cílovou skupinu, na což se chce MPSV v následujícím období zaměřit.

Neformálně pečující

V České republice má v posledních 5-ti letech v obecné populaci občanů starších 18 let každý pátý zkušenost s péčí o osobu blízkou se sníženou soběstačností v rozsahu minimálně 20 hodin týdně po dobu minimálně jednoho roku, dle dotazníkového šetření Pečující v ČR (MPSV 2024). Těch, kteří jsou jako pečující osoby uváděni v rámci příspěvku na péči, je výrazně méně (okolo 250 000 pečujících ve všech typech závislostí na péči). Péče se nejvíce týká žen ve věku 50-64, tedy v období přípravy na stárnutí a odchod do starobního důchodu, tedy v době, kdy opuštění zaměstnání z důvodu péče může být velice náročné. Někdy tyto ženy patří také do sendvičové generace, kdy mají děti do 15 let a současně pečují o prarodiče. Na péči se podílejí i muži, a to 4 z 10 pečujících, což je více než je obvyklé v zemích EU. Pečování ať v roli pečujícího nebo opečovávaného se týká každého občana a je součástí rodinného života. Míra péče je variabilní, a tudíž i potřebná míra podpory. Neformální péče v ČR po obecném dotazníkovém šetření potřebuje analyticky monitorovat, jak ve svém charakteru, tak v potřebnosti konkrétní podpory. Od roku 2025 bude cíleně neformální péče součástí Strategie rodinné politiky MPSV, která má za cíl koordinovaně a komplexně uchopit téma péče o osobu blízkou – neformální péče.

V roce 2024 došlo k novele zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., kdy se neformální pečující stali cílovou skupinou sociálních služeb. Jejich definice je právě součástí novely. Současně došlo k navýšení příspěvku na péči. Současně byl navýšen starobní důchod pro dlouhodobě pečující, který je vypočítáván z průměrné mzdy a zajišťuje všem, kteří dlouhodobě pečovali důstojné stárnutí. Byla zavedena diferenciací příspěvku na péči ve IV. stupni pro osoby, kterým poskytuje pomoc poskytovatel vybraných pobytových sociálních služeb, a pro osoby, kterým je poskytována péče jiným způsobem. Tím došlo k výrazné podpoře neformálně pečujících. Podpora neformálně pečujících je součástí komplexního přístupu, který má za cíl podporu života lidí s intelektovým či tělesným znevýhodněním v jejich přirozeném prostředí, a to zejména s podporou sdílené péče, protože jak dotazníkové šetření ukazuje, nikdo by neměl být na péči sám, a to z důvodu významného zhoršení psychického, fyzického zdraví i sociální izolace, která může vést k osamělosti pečující osoby.

Téma neformálních pečujících nemá zatím pevné ukotvení ve vlastním strategickém dokumentu. v současné chvíli díky schválení zákona přichází překlenovací období, kdy je důležité kromě strategie, která bude součástí Strategie pro rodinnou politiku MPSV, vytvořit nástroje na podporu stávajícího bottom up systému podpořeného projektovými výzvami OPZ+ a prioritami některých krajů či obcí. Cílem je vytvořit ve všech krajích ČR důstojné podmínky v rámci integrovaného systému podpory pro neformální pečující s možností volit míru péče, vlastní seberealizace, práce a péče o psychické a fyzické zdraví, a to v rámci komunity, kde žijí. K péči potřebují neformální pečující finance, vzdělávání, odborné poradenství a psychoterapeutickou podporu. Dlouhodobá péče o osobu blízkou ve IV. stupni závislosti má charakter pracovního úvazku. Důležité je akcentovat potřebu plánovaného odpočinku pečujících i zastupitelnosti, a to formou odlehčovacích služeb a přenastavit jejich aktuální vysokou finanční náročnost a malou dostupnost. v některých případech odlehčovací služby s vyšší mírou zdravotní péče (dle míry zdravotního stavu a speciálních potřeb opečovávaného). Odlehčovací služby potřebují nastavit systém hodnocení kvality a přehled o dostupnosti. Současně je třeba vytvořit systém podpory a zastoupení pečující osoby v krizové situaci, která je náhlá a pečujícím nepřetržitě způsobuje vysokou míru stresu při péči.

Ohrožené děti

K 31. 12. 2022 žilo v České republice 2 095 489 osob mladších 18 let, což představuje 19,35 % celkové populace (viz **Tabulka č. 9**). Trendy posledních let ukazují mírný nárůst podílu dětské populace na celkovém počtu obyvatel (ČSÚ, 2023).

Tabulka č. 9: Počet dětí v podílu na populaci (%)

Rok	Počet dětí	Podíl na populaci (%)
2019	1 975 121	18,54
2020	1 999 465	18,70
2021	1 981 145	18,88
2022	2 002 981	19,24
2023	2 095 489	19,35

Zdroj: ČSÚ, 2023

Orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) evidovaly ke konci roku 2022 celkem 134 105 případů, což odpovídá 6,4 % dětské populace. Tato čísla reflektují především nárůst případů týkajících se sociálně-ekonomických problémů a rizikového chování dětí (MPSV, Výroční zpráva 2023).

Podíl domácností ohrožených příjmovou chudobou dosahoval v roce 2021 hodnoty 8,9 %. Nejvíce ohroženy jsou domácnosti tvořené osamělými rodiči a dětmi (ČSÚ, 2022). Tato situace má přímý dopad na poptávku po sociálních službách, včetně krizové pomoci a nízkonákladového bydlení.

V České republice je v rámci systému sociálních služeb zajištěna podpora ohroženým dětem a jejich rodinám prostřednictvím různorodých typů služeb, které reagují na specifické potřeby těchto cílových skupin. Tyto služby pomáhají předcházet sociálnímu vyloučení, podporují rodiny v krizových situacích a zajišťují bezpečné a stabilní prostředí pro děti. Mezi klíčové patří služby zaměřené na prevenci, poradenství, krizovou pomoc či dlouhodobou podporu. Jedná se o Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, Azylové domy, Intervenční centra, Sociální rehabilitace, Domovy pro osoby se zdravotním postižením a Raná péče.

Kromě zmíněných služeb je v České republice dostupná také specifická podpora v **terapeutických komunitách** pro osoby se závislostí, z nichž některé umožňují pobyt i matkám s dětmi. Jejich kapacita se však u matek s dětmi počítá pouze na několik uživatelů v rámci celé ČR, což je naprosto nedostačující a řádově neodpovídá poptávce po tomto typu služby.

Dle několika šetření provedených přímo MPSV, nebo externími subjekty na základě zadání MPSV v posledních letech (2019-2023) vyplývá, že klíčové problémy zahrnují:

Nedostatek krizových služeb: v ČR chybí garantovaná síť krizových center pro rodiny v akutní nouzi (MPSV, Koncepce SPOD 2022). Stejně tak chybí služby krizového bydlení pro rodiny v bytové nouzi, kdy ztráta bydlení je rukou v ruce s neschopností rodičů zajistit dítěti dostatečnou péči jedním z nejčastějších důvodů umisťování dětí do náhradní rodinné i ústavní péče (MPSV 2023).

Nízké kapacity terénních služeb: Odhaduje se, že pouze 30 % ohrožených rodin má přístup ke kvalitním terénním programům (Výzkum MPSV, 2021).

Absence koordinace: Neexistence jednotné platformy pro spolupráci mezi poskytovateli služeb vede ke zbytečnému překrývání činností nebo naopak ke vzniku mezer v nabídce podpory (MPSV, Analýza 2023).

Výše uvedená data jsou také v souladu s výzkumem společnosti Sociofaktor, která roku 2022 provedla pro MPSV šetření mezi samotnými pracovníky OSPOD. Výsledky šetření ukazují, že tito pracovníci vnímají zásadní deficity v systému podpory rodin a dětí. Konkrétní výsledky naleznete v **Tabulka č. 10** a **Tabulka č. 11**.

Tabulka č. 10: Deficity systému služeb pro ohrožené děti a rodiny identifikované pracovníky OSPOD napříč všemi kraji ČR

Definice problému	Popis problému	Příčiny problému	Důsledky problému
Nedostatek dostupných a kapacitně vyhovujících služeb pro rodiny s dětmi.	Pracovníci SPOD identifikovali, že klíčové služby, jako terapeutické služby, asistované kontakty, krizová pomoc, sociální/nízkonákladové bydlení, a další, jsou nedostupné nebo mají nedostatečnou kapacitu.	Nedostatečné financování, nízká kapacita existujících služeb, nevhodné rozmístění služeb v rámci regionu, nedostatek kvalifikovaného personálu a absence dlouhodobého plánování.	Zvyšuje se počet dětí umisťovaných mimo rodinu, prodlužuje se návrat dětí zpět do rodiny, rodiny čelí většímu stresu a zátěži, což vede k horší spolupráci s OSPOD.
Nízká dostupnost specializovaných služeb pro děti s psychickými problémy.	Dětský psycholog, dětský psychiatr a diagnostická centra jsou kapacitně nedostačující a těžko dostupné, což ztěžuje diagnostiku a terapii dětí se specifickými potřebami.	Nedostatek odborníků, nízké investice do specializovaných služeb, rostoucí poptávka po specializované péči.	Děti nemají přístup k adekvátní odborné pomoci, což může vést k prohlubování problémů v jejich vývoji, chování a integraci.
Nedostatečné kapacity krizového a nízkonákladového bydlení.	Krizové bydlení a azylové domy nejsou dostatečně kapacitní, což ohrožuje rodiny s dětmi, které čelí bezdomovectví nebo jiným krizovým situacím.	Nízký počet zařízení, nedostatečné financování, nízká podpora rozšiřování kapacit stávajících zařízení.	Rodiny zůstávají bez střechy nad hlavou, což negativně ovlivňuje stabilitu rodinného prostředí, vzdělávání a zdraví dětí.

Zdroj: MPSV

V průběhu výzkumu se ukázalo, že kromě průřezových obtíží, se v některých krajích objevují témata specifická pro daný region. Zároveň se však také ukázalo, že v některých krajích se daří řešit deficit systému specifickým, či inovativním způsobem.

Tabulka č. 11: Specifické deficity systémů služeb pro ohrožené rodiny a děti identifikované v jednotlivých krajích

Kraj	Specifické obtíže	Specifická řešení
Středočeský kraj	Významná potřeba řešení dluhů a zadlužení rodin, bytová nestabilita, odmítání materiální pomoci.	Implementace Cochemského modelu v opatrovnických sporech, podpora dohod mezi rodiči.
Pardubický kraj	Potřeba služeb pro mladé dospělé opouštějící náhradní rodinnou péči a ústavní výchovu.	Zapojení programů pro mladé dospělé, kteří opouštějí péči, včetně mentorství.
Jihočeský kraj	Narušené rodinné vztahy kvůli generačním rozdílům a výchovným problémům.	Podpora rodičovsko-dětských vazeb a zlepšení rodinné dynamiky.
Ústecký kraj	Problémy s kriminalitou a závislostmi u dětí, důraz na preventivní programy.	Zavádění preventivních strategií a programů prevence závislostí.
Karlovarský kraj	Nedostatek azylového bydlení a nízkoprahových zařízení, potřeba mobilních služeb.	Rozvoj mobilních sociálních služeb, včetně nočních center a azylového bydlení.
Moravskoslezský kraj	Důraz na destigmatizaci závislostí a zapojení přirozených sítí pomoci.	Destigmatizace pomoci při závislostech, podpora komunitních sítí.
Olomoucký kraj	Specifická podpora pastorační péče a nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.	Rozšíření ambulantních služeb a podpora nízkoprahových zařízení.
Zlínský kraj	Významné zaměření na programy sociálního bydlení a její dopady na děti.	Rozvoj programů sociálního bydlení jako reakce na bytovou nestabilitu.

Zdroj: MPSV

Ústavní výchova

Ústavní výchova je dlouhodobě kritizována pro svou roztržitost, nákladnost a problémy při naplňování potřeb a práv dětí. Na konci roku 2022 bylo v ústavní péči 6 215 dětí. Interní šetření pracovníků MPSV, kteří v průběhu let 2019-2022 navštívili přes 200 zařízení ústavní výchovy prokázalo, že děti v mnoha zařízeních, včetně těch ze systému sociálních služeb (DOZP) nejsou dostatečně připravovány na samostatný život, či život s co nejnížší mírou podpory. Samostatnou kapitolou je pak dle zjištění pracovníků MPSV podpora rodičů dětí s postižením, kdy nástupem dítěte do povinné školní docházky přichází rodina o možnost podpory službami ranné péče, přičemž většinou nedostávají žádnou další podporu od školských zařízení, kde se děti vzdělávají. Tuto problematiku shrnuje **Tabulka č. 12** (vlastní výzkum pracovníků MPSV realizovaný mezi roky 2020–2023, nebo studie společnosti Sociofactor (2022) zpracovaná pro MPSV).

Tabulka č. 12: Deficity institucionální péče dle výzkumu společnosti Sociofaktor

Oblast deficitu	Popis deficitu	Důsledky deficitu
Dostupnost odborné péče	Nedostatek dětských psychologů, psychiatrů a terapeutických služeb.	Opožděná nebo nedostatečná podpora duševního zdraví dětí.
Podpora rodičovských kompetencí	Chybí komplexní programy na podporu rodičovských dovedností a práci s rodinami.	Ztížený návrat dětí do původního rodinného prostředí.
Možnosti vzdělání a integrace	Omezený přístup ke kvalitnímu vzdělání a socializačním programům.	Horší integrace dětí do společnosti a jejich rozvoj.
Volnočasové a peer programy	Nedostatek volnočasových aktivit a podpůrných peer programů.	Omezená schopnost dětí vytvářet zdravé vztahy a sledovat pozitivní vzory.
Krizová infrastruktura	Nedostatečně rozvinutá síť krizových a nízkoprahových zařízení.	Omezená podpora dětí v akutních krizových situacích.
Participace dětí	Nedostatečné zapojení dětí do rozhodovacích procesů a ochrana jejich práv.	Nízká míra participace dětí a omezení jejich pocitu kontroly nad vlastním životem.

Zdroj: Sociofaktor, 2022

2. Strategická část

Logika a intervence, hierarchie cílů strategie

Základní vize, ke které strategie směřuje, je zformulována do střednědobého globálního cíle, který by měl být do roku 2030 naplněn. Tento globální cíl je pak dekomponován do jednotlivých strategických cílů, které reagují na definované problémy v jednotlivých tematických oblastech v záběru strategie.

Strategické cíle se pak rozkládají na několik specifických cílů (dle komplexnosti dané oblasti se jedná o dva až čtyři specifické cíle) a ty jsou pak naplňovány prostřednictvím konkrétních opatření.

Opatření jsou nejnižší hierarchickou úrovní cílů a vyjadřují jednotnou ucelenou aktivitu, jejíž realizace přispívá k naplnění příslušného specifického cíle. Na úrovni opatření budou stanovené indikátory, jejichž naplnění u všech příslušných opatření povede ke splnění daného specifického cíle.

Splnění všech specifických cílů povede k naplnění příslušného strategického cíle a naplnění všech strategických cílů povede ke splnění globálního cíle. Naplnění globálního cíle přispěje k přiblížení se definované vizi.

Souhrnně jsou cíle a opatření k dispozici v

6: Implementační tabulka.

Vize a základní strategické směřování

Vize: Sociální služby v ČR jsou dostupné a napomáhají v rámci dostupných finančních zdrojů řešit potřeby osob nacházejících se v nepříznivé sociální situaci.

Vzhledem k neustále se měnícím potřebám společnosti i jednotlivců je nutné klást důraz na flexibilní síť sociálních služeb, která průběžně reaguje na vnější vlivy. I velmi dobře postavený systém, který však bude strnule zafixován na aktuální stav, bude během několik let neefektivní a neúčelný. **Centrem pozornosti sociálních služeb musí být jejich uživatel,** který je podrobněji charakterizován prostřednictvím specifikace nepříznivé sociální situace, ve které se ocitl.

Globální cíl: Nastavit udržitelný systém dostupných sociálních služeb s důrazem na přirozené sociální prostředí.

Jedná se o konkrétně pojmenovaný aspekt formulované vize, který navíc reflektuje jednotlivé dále uvedené strategické cíle. Splnění tohoto cíle je realistické v období platnosti strategie, tj. do roku 2030.

Nastavený systém musí být dlouhodobě udržitelný, nejen finančně, ale i institucionálně a politicky. Sociální služby musí být pro uživatele dostupné, a to místně, časově, kapacitně, finančně odpovídající standardu kvality. NSRSS zahrnuje i podporu neformální péči, což tento globální cíl jasně vystihuje. Konkrétnější zacílení intervence sociálních služeb se i v globálním cíli vymezuje nepříznivou sociální situací osob. Aby bylo dosaženo dlouhodobé udržitelnosti, což souvisí s flexibilitou uvedenou ve vizi, **je nutné zaměřit se i na pojetí a realizaci sociální práce. Sociální práce je v současném systému sociálních služeb výrazně podhodnocena a poddimenzována,** což může při neprovedení potřebných změn vést ve střednědobém horizontu ke zhroucení celého systému.

2.1. Strategický cíl A: Síť sociálních služeb reaguje na nepříznivou sociální situaci obyvatel

Cílem je zajistit, aby sociální služby byly efektivněji řízené, a to prostřednictvím plánování sociálních služeb, které umožňuje předcházet duplicitám, identifikovat chybějící služby a lépe využívat veřejné prostředky.

Specifický cíl A1: Efektivní systém plánování sociálních služeb.

Cílem je posilovat dostupnost a schopnost sociálních služeb reagovat na potřeby obyvatel. Záměrem je vytvořit funkční síť služeb, která bude flexibilní, dlouhodobě udržitelná a sociální služby se stanou cílenějšími a reagujícími na nové výzvy ve společnosti.

Opatření A1.1: Zajištění podpory a sjednocení procesů zjišťování potřeb zájemců/žadatelů o soc. služby a uživatelů soc. služeb.

Cílem je vytvořit metodiku, která se bude zabývat zjišťováním potřeb obyvatel, které je možné uspokojit prostřednictvím sociálních služeb, a to ideálně celkem na třech úrovních, které jsou zásadní z hlediska systému sociálních služeb: na úrovni obcí s rozšířenou působností, na úrovni krajů/krajských úřadů a na úrovni státu. Metodika bude věcně vycházet z výstupů již realizovaných projektů, zejména bude navazovat na výstupy projektu „Zajištění podpory střednědobého plánování sociálních služeb na krajské úrovni“ (Registrační číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0007263), které bude aktualizovat a rozvíjet dle aktuálních potřeb. Metodika bude využita pro kultivaci prostředí v oblasti plánování sociálních služeb s tím, že dotační podpora bude úžeji propojena se zjišťováním potřeb.

Opatření A1.2: Podpora krajů při sjednocování plánovacích období

Cílem je dospět k prodloužení období pro platnost střednědobých krajských plánů na 5 let a zároveň sjednotit podle roků plánovací období jednotlivých krajů. Opatření reaguje na dlouhodobé praktické zkušenosti, z nichž je zřejmé, že při důsledném vedení procesu plánování není z hlediska vynaložené energie, času a finančních prostředků efektivní ani přínosné plánovat v 3letém období. Co se týče různé doby platnosti (plánovacího období) podle jednotlivých let, sjednocení na jednotné roky by přineslo možnost lépe koordinovat poskytování služeb a zprehlednit celý systém sociálních služeb v ČR.

Opatření A1.3: Podpoření plánování sociálních služeb v rámci sociálních odborů obecních úřadů obcí s rozšířenou působností

Cílem opatření je posílit plánování sociálních služeb v rámci správních obvodů obcí s rozšířenou působností tak, aby plánování sociálních služeb postupně probíhalo ve všech SO ORP. To by umožnilo lepší zajištění celého plánovacího procesu včetně koordinace mezi jednotlivými aktéry a optimalizace finančních a lidských zdrojů pro tento proces, ale i samotné poskytování sociálních služeb. Podpoření plánování sociálních služeb v rámci SO ORP je klíčovým krokem k dosažení efektivnějšího a udržitelnějšího systému, který bude reagovat na měnící se potřeby obyvatel.

Opatření A1.4: Vymezení podmínek/kritérií pro síť soc. služeb s celostátním/nadregionálním charakterem

Sociální služby s celostátním nebo nadregionálním dosahem hrají důležitou roli v zajišťování dostupnosti podpory pro specifické cílové skupiny obyvatel napříč územím České republiky. Vzhledem k jejich specifickému postavení a rozsahu působnosti je nezbytné stanovit jasná kritéria, která umožní efektivní plánování, financování a koordinaci těchto služeb v rámci širší sítě sociální pomoci. Tyto služby by měly reagovat na potřeby cílových skupin, jejichž podpora není, resp. nemůže být dostatečně zajištěna na krajské nebo obecní úrovni. Cílem je vytvořit jasně definované podmínky/kritéria pro vstup/výstup do/ze sítě služeb s celostátním/nadregionálním charakterem, kdy bude jednoznačně zřejmé, které služby do této sítě spadají a mohou být ze strany MPSV finančně podpořeny.

2.2. Strategický cíl B: Efektivní systém financování sociálních služeb

Specifický cíl B1: Efektivní systém financování sociálních služeb

Opatření B1.1: Posílení spolufinancování sociálních služeb ze strany krajů a obcí

Nastavit spolufinancování krajů a obcí. Definovat míru zapojení, popis transferu. Ukotvení výpočtu podílu obce/kraje na základě např. počtu obyvatel, míry využívání služeb, typu služby (komunitní, pobytová, prevence) či ekonomické síly území.

Opatření B1.2: Sjednocení pravidel a metodiky financování sociálních služeb mezi státem a kraji

Zajistit transparentní, předvídatelný a koordinovaný systém financování sociálních služeb napříč úrovněmi veřejné správy prostřednictvím sjednocení pravidel, metodik a odpovědností mezi státem a kraji. Vydefinovat uznatelné a neuznatelné náklady. Nastavit stejná pravidla i pro sít služeb s celostátním a nadregionálním charakterem.

Opatření B1.3: Sjednocení systému vydávání pověření SGEI a úprava výpočtu vyrovnávací platby

Zajistit jednotný, transparentní a právně ukotvený systém vydávání pověření službám obecného hospodářského zájmu (SGEI) napříč kraji a MPSV. Vytvořit centrální elektronický registr vydaných pověření. Zavést jednotný formulář. Vycházet z kalkulace oprávněných nákladů a přiměřeného zisku. Zohlednit náklady na provoz, investice, výpůjčky, snížené nájem apod.

Opatření B1.4: Navržení nástroje na bázi pojištění

Zajistit udržitelné spolufinancování vybraných typů sociálních služeb prostřednictvím pojišťovacího mechanismu, který by doplňoval veřejné financování a zohledňoval individuální rizika a potřeby. Zmapování zahraničních modelů (např. německé pojištění dlouhodobé péče).

Opatření B1.5: Navržení nástroje na posouzení komplexní a finanční a majetkové situace klienta

Zajistit spravedlivé a efektivní nastavení úhrad za sociální služby na základě reálné finanční a majetkové situace klienta, nikoli pouze příjmu. Vymezení pojmu „komplexní situace“ (příjem, majetek, nemovitosti, úspory, závazky, výdaje). Nastavení pravidel pro využití dat z registrů (např. CRÚ, katastr nemovitostí).

Opatření B1.6: Transformace systému financování: od ročních dotací k programovému modelu

Porovnat programové financování a dotační financování. Vyhodnotit, co je výhodnější a jak by se dalo aplikovat. Vyhodnocení zahrnuje výběr vhodných typů služeb, stanovení víceletých smluvních rámců (např. 3 roky) a stanovení indikátorů výkonnosti a mechanismů kontroly.

Opatření B1.7: Revize systému směrných čísel s důrazem na více faktorový model a územní potřeby

Zajistit spravedlivější a flexibilnější přerozdělování finančních prostředků na sociální služby mezi kraje prostřednictvím aktualizace směrných čísel, která budou reflektovat reálné potřeby obyvatelstva a specifika jednotlivých území. Zahrnutí více ukazatelů (např. demografická struktura, míra využívání služeb, míra sociálního vyloučení, predikce potřebnosti), využití dat z metodik zjišťování potřeb obyvatelstva na úrovni ORP, krajů a státu. Možnost úpravy alokace v průběhu roku na základě aktuálních potřeb v území (např. migrační vlna, mimořádné události), vytvoření rezervního fondu pro mimořádné potřeby.

Opatření B1.8: Finanční podpora rozvoje a zkvalitňování materiálně-technické základny sociálních služeb

Finančně podporovat rozvoj a zkvalitňování materiálně-technické základny sociálních služeb prostřednictvím investičních finančních prostředků směřující na ze státního rozpočtu (dotace MPSV).

Specifický cíl B2: Systém financování sociálních služeb založen na základě objektivních dat

Opatření B2.1: Zavedení jednotného identifikátoru klienta

Opatření B2.2: Zavedení normativu na lůžko a hodiny péče

Opatření B2.3: Zavedení bonifikace pro komunitní služby

Specifický cíl B3: Sjedení monitoringu a vykazování dat

Opatření B3.1: Analýza stávajících datových zdrojů

Provést analýzu a revizi existujících datových zdrojů a systémů, které se využívají na různých úrovních (MPSV, kraje, obce).

Opatření B3.2: Vývoj jednotného datového standardu

Vytvořit a zavést standardizované terminologie a datové struktury, které umožní efektivní sdílení a využívání dat mezi různými subjekty v systému sociálních služeb.

Opatření B3.3: Digitalizace a automatizace reportingových procesů

Zavést elektronické platformy pro reportování a vykazování, které umožní poskytovatelům snadno a rychle sdílet potřebná data s příslušnými institucemi.

Opatření B3.4: Systém sledování volných kapacit

Vyvinout a implementovat systém pro sledování dostupnosti volných kapacit sociálních služeb na úrovni obcí, který bude pravidelně aktualizován a veřejně dostupný.

2.3. Strategický cíl C: Rozvoj sociální práce v kontextu sociálních služeb

Dostatečně neřešenou oblastí je téma personálního zajištění sociálních služeb. Nezbytnými součástmi tohoto strategického cíle je navýšení počtu pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a technickohospodářských pracovníků a zvyšování jejich odborných kompetencí. Praktickým dopadem na uživatele sociálních služeb by mělo být kromě jiného to, že jim budou poskytovány služby v dostatečné míře a bude pro ně dostatečně srozumitelné, jaké pomoci a podpory se jim má dostat, a bude pro ně k dispozici odpovídající personál.

Sociální práce je stěžejním nástrojem nejen sociálních služeb, ale sociálního začleňování obecně, uplatňuje se ve veřejné správě i v resortu ministerstva spravedlnosti, školství, ale i zdravotnictví a dalších. Sociální práce jako profese je vysoce odborná a odpovědná, dosud však postrádá jednotné legislativní ukotvení.

Odbor koncepce sociálních služeb a sociální práce připravuje návrhy na úpravu výkonu sociální práce, odborné způsobilosti sociálního pracovníka a podpory jeho celoživotního vzdělávání. Nezbytnými součástmi podpory sociální práce jsou osvětová činnost a informování široké veřejnosti. Podstatnou roli hraje i posílení institucionálního rámce výkonu sociální práce, posílení rolí obcí, provázání povinné součinnosti i potřeba ujednání metodických postupů či upevnění oborové a mezioborové spolupráce.

Pro výkon plnohodnotné, funkční a adresné sociální práce je nezbytné zajistit výkon sociální práce dostatečným počtem kvalifikovaných sociálních pracovníků. Dostupná sociální práce významně přispěje k průběžnému monitorování nepříznivých sociálních situací v území včetně specifických potřeb obyvatel ohrožených sociálním vyloučením.

Početně velmi zastoupeným (regulovaným) povoláním je v oblasti sociálních služeb pozice pracovníků v sociálních službách. Na tyto pracovníky jsou také kladeny velmi vysoké nároky a zároveň jsou tyto pozice jedny z nejhůře odměňovaných, neboť se velmi často jejich mzdy/platy pohybují na hranici minimální mzdy.

Proto je nezbytné tuto problematiku systémově řešit a zvýšit i atraktivitu a prestiž tohoto povolání. Současně je nutné upravit kvalifikační předpoklady této pozice k navýšení počtu pracovníků a uskutečnit změny v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

Dosud byla pouze okrajově byla věnována pozornost zajištění dostatečného množství technickoadministrativních pracovníků, kteří jsou pro chod sociálních služeb také velmi důležití.

Pro naplnění cílů bude vycházeno z dostupných analýz potřeb pracovníků a poskytovatelů soc. služeb (zdroje: APSS, KÚ a další) a poznatků z dosud realizovaných pilotáží zaměřených na koordinaci v obcích. Bude vypracován návrh změn potřebných právních předpisů, které budou následně postoupeny do legislativního procesu. Bude vypracován návrh předpisů nelegislativní povahy (metodiky apod.).

Specifický cíl C1: Navýšení počtu pracovníků působících v sociálních službách

Opatření C1.1: Navržení odpovídajícího odměňování pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a technickohospodářských pracovníků

MPSV si je vědomo především nedostatku pracovníků v sociálních službách, ačkoliv kvalifikační požadavky na výkon tohoto povolání nejsou vysoké, jedná se zároveň o náročnou práci, která vyžaduje i osobnostní předpoklady, a především zájem o uživatele, kterými jsou zranitelní spoluobčané – senioři, lidé se zdravotním či mentálním znevýhodněním a další. MPSV spolupracuje s organizacemi, které se snaží zlepšit podmínky pro výkon pečovatelské profese. V posledních letech dochází k nárůstu zájmu o práci pečovatelky z řad uprchlic z Ukrajiny, kterým MPSV vychází vstříc díky zákonu „Lex Ukrajina“. Ten umožňuje zrychlený proces uznání kvalifikace u některých pozic a tím rychlejší začlenění uprchlíků na trh práce.

MPSV se nadále bude věnovat podpoře sociálního dialogu mezi odbory a zaměstnavateli, který je důležitou součástí zajištění sociálního smíru ve společnosti a napomáhá zajišťovat rozvoj a prosperitu. MPSV bude pokračovat ve vyjednávání a tripartitním dialogu na úrovni pracovních týmů RHSD, bude předkládat návrhy na změny v oblasti příplatků a benefitů zaměstnanců pracujících v sociálních službách.

Opatření C1.2: Návrh legislativní změny upravující nároky na odbornou způsobilost pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků

U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce dosažení co nejdůstojnějšího způsobu jejich života. V tomto ohledu je sociální práce stěžejní profesí v mnoha oblastech jejího působení, nejenom v sociálních službách. Sociální práce jako profese je tedy vysoce odbornou činností zasahující do života klientů. Neodborný přístup může klienta poškodit a snížit bezpečí ve společnosti. V tomto ohledu je více než vhodné zajistit podporu a rozvoj sociální práce.

Odbor koncepce sociálních služeb a sociální práce připravuje návrhy na úpravu výkonu sociální práce, odborné způsobilosti sociálního pracovníka a podpory jeho celoživotního vzdělávání. Návrhy bude konzultovat s ostatními resorty, zástupci profesních spolků sociálních pracovníků a dalšími odborníky, což umožní předložit legislativní návrh v této oblasti na základě konsenzuální shody klíčových partnerů.

V rámci tohoto opatření bude také připravena novela zákona č. 108/2006, o sociálních službách, která bude upravovat kvalifikační požadavky pracovníků v sociálních službách. Např., po vzoru některých nelékařských povolání, dojde k předložení návrhu na zpřístupnění povolání pracovníka v sociálních službách VOŠ a VŠ studentům sociální práce po dokončení druhého semestru a zletilým studentům pečovatelských středoškolských oborů po dokončení 3. ročníku bez nutnosti absolvovat kvalifikační kurz. Dále po jednání s MZd navrhne MPSV zpřístupnění povolání pečovatele kvalifikovaným sanitářům. Ve spolupráci s NPI se připravuje nový středoškolský odbor s výučním listem a závěrečnou zkouškou „Pečovatel“. MPSV předloží návrh na změny v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách a změny v akreditačním systému podle zákona o sociálních službách.

Opatření směřuje ke zkvalitnění poskytování sociálních služeb, k podpoře kompetencí a dovedností zaměstnanců.

Specifický cíl C2: Rozvoj sociální práce ve veřejné správě

Sociální práce představuje důležitý nástroj realizace sociální politiky státu, jehož prostřednictvím je zajišťována podpora jednotlivcům a skupinám osob ohroženým sociálním vyloučením. Vzhledem k narůstající složitosti sociálních problémů, proměnám demografické struktury i rostoucím nárokům na efektivitu a cílenost intervencí je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost systémovému rozvoji tohoto oboru – tedy oboru sociální práce.

Opatření C2.1: Finanční podpora rozvoje sociální práce ve veřejné správě

Cílem MPSV je zajistit dostupnost sociální práce, tzn. mimo jiné (soc. služby, ÚP ČR a oblasti působnosti dalších rezortů) též výkon sociální práce v přenesené působnosti, v území co nejbližší potřebným. K tomu je nutné, aby ve státním rozpočtu byla alokována dostatečná výše finančních prostředků pro účelově vázanou dotaci na výkon sociální práce, její kvalitu, rozvoj a podporu.

MPSV bude také usilovat o lepší zacílení stávajících finančních prostředků na sociální práci či o sjednocení pravidel odměňování, které je dnes velmi segmentované.

Také bude vyjednávat o sjednocení financování sociálních pracovníků ve veřejné správě a sociálních službách nebo o dalších možnostech lepší finanční podpory sociální práce napříč různými resorty.

Opatření C2.2: Odstranění bariér ve fungování koordinace na území obcí a její ukotvení v systému poskytování sociální ochrany

Záměrem je vytvořit jednotný srozumitelný rámec pro výkon koordinace jako odborné činnosti, posílit její metodickou oporu a podpořit i její dostupnost a kvalitu napříč územím. Stejně důležité je jednoznačně definovat roli koordinátora péče a pomoci a jeho postavení v systému, včetně odpovídajících kompetencí a odpovědností, a to především v kontextu zákona o sociálních službách.

Opatření C2.3: Síťování a rozvoj spolupráce subjektů sociální ochrany

Cílem je vytvoření či zkvalitnění systému spolupráce v souladu s kompetencemi jednotlivých subjektů sociální ochrany na místní i regionální úrovni. Podporována má být i systematická výměna informací s důrazem na ochranu osobních údajů, společné metodické postupy a podpora zavádění koordinovaného přístupu při zajištění podpory občanům. Smyslem je vytvořit prostředí, v němž budou jednotlivé části systému propojeny, informované a schopné pružně reagovat na aktuální i dlouhodobé potřeby obyvatelstva. Tyto změny jsou též předpokladem pro udržitelný výkon kvalitních a na člověka orientovaných služeb.

Realizováno bude skrz analyzování současného stavu spolupráce mezi zapojenými subjekty, mapování bariér v komunikaci a sdílení informací mezi sociálními, zdravotními, školskými a dalšími službami, včetně identifikace legislativních, technických a organizačních překážek. V návaznosti na zjištěné pak návrhem modelu sdílení informací, optimální spolupráce a propojení s existujícími systémy (např. eGovernment, zdravotnické registry).

V gesci MPSV dále zůstává zajištění koordinačních a komunikačních platform na národní úrovni, spočívající v pravidelných setkáváních zástupců MPSV, státních resortů vykonávajících činnosti v oblasti sociální práce, krajů, obcí a poskytovatelů pro sdílení zkušeností, identifikaci bariér

a návrhů řešení koordinované spolupráce či s provazbou na komunitní plánování a tvorbu krajských strategií.

Toto opatření je klíčové pro vytvoření jednotného a efektivního rámce spolupráce mezi veřejnou správou a poskytovateli sociálních služeb.

2.4. Strategický cíl D: Garantované podmínky poskytovaných sociálních služeb

Specifický cíl D1: Jednotný a efektivní systém registrace poskytovatelů sociálních služeb

Cílovým stavem je vybudování jednotného elektronického systému pro podávání žádostí o registraci, změny registrace a její zrušení prostřednictvím on-line nástrojů. Je nutné sjednotit postupy krajských úřadů a MPSV při registraci sociálních služeb prostřednictvím závazných pravidel a metodické podpory.

Opatření D1.1: Návrh jednotného a efektivního systému registrace poskytovatelů sociálních služeb

Opatření směřuje ke snížení administrativní zátěže, vytvoření plně elektronického systému. Cílem je zjednodušit podávání žádostí o registraci, její změny a zrušení. Cílem je také zjednodušení a sjednocení postupů napříč kraji a zvýšení transparentnosti celého procesu.

Opatření D1.2: Aktualizace a zavedení závazné metodiky a pravidelné setkávání /školení pro pracovníky v oblasti registrace

Opatření se zaměřuje na sjednocení aplikační praxe prostřednictvím aktualizované metodiky s výkladem zákonných požadavků a modelovými příklady. Důraz je kladen na pravidelná školení a výměnu zkušeností mezi pracovníky krajských úřadů a MPSV.

Specifický cíl D2: Posílení ochrany práv klientů v sociálních službách

Opatření D2.1: Realizace systémové podpory v oblasti ochrany práv klientů v sociálních službách

V platné a účinné úpravě zákona o sociálních službách jsou ukotveny požadavky na ochranu a respekt soukromí, důstojnosti a integrity osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, dále pak je zaveden stížnostní mechanismus. Současně však platí i další povinnosti poskytovatele a kritéria standardů kvality sociálních služeb, které cílí na podporu a ochranu práv klientů. Je třeba tedy ze strany MPSV rozvíjet informovanost a osvětu v této oblasti, zpracovat výkladový komentář, zaměřit se na implementaci nástrojů včetně průběžného vyhodnocování těchto nástrojů v praxi poskytování sociálních služeb.

V rámci tohoto opatření budou realizovány postupné kroky k implementaci stížnostního mechanismu v sociálních službách. Bude zpracována analýza současného stavu stížnostního a podnětového mechanismu, vytvořena metodika stížnostního a podnětového mechanismu včetně realizace pilotáže, bude se pracovat na výkladových stanoviscích.

V oblasti implementace nového přestupku a povinnosti bude fungovat pracovní skupina MPSV, která bude konzultačním prostorem pro vznik nového doporučeného postupu. Plnění nové povinnosti bude průběžně vyhodnocováno na základě vyhodnocování inspekční činnosti za kalendářní rok, výstupy budou diseminované.

Opatření D2.2: Vytvoření indikátorů oblast kvality sociálních služeb

V současnosti chybí mezi vykazovanými údaji poskytovatelů data za oblast kvality sociálních služeb. Případně jsou zjišťovány dílčí informace. Pro úplnost zjišťovaných dat o poskytovaných sociálních službách je nezbytné doplnit i oblast kvality sociálních služeb.

Proto bude fungovat pracovní skupina, která zpracuje návrh indikátorů za oblast kvality sociálních služeb, která zpracuje návrh indikátorů včetně metodických listů pro oblast kvality sociálních služeb. Proběhne pilotáž a následně bude předán návrh nových indikátorů do zapracování do celého systému vykazování.

Specifické cíle D3: Efektivnější systém inspekci**Opatření D3.1: Legislativní vymezení kvalifikačních požadavků na výkon profese inspektora**

Novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů upravující kvalifikační požadavky na výkon profese inspektora na základě výsledků předchozích analýz (Analýza stávajících činností inspekci sociálních služeb v rámci projektu „Zvýšení efektivity systému sociálních služeb“, registrační číslo projektu: CZ.03.02.02/00/22_004/0004236).

Opatření D3.2: Návrh udržitelného systému vstupního a průběžného vzdělávání inspektorů

Komplexní a systematické vzdělávání inspektorů zahrnující vstupní a průběžné vzdělávání. Pro vstupní vzdělávání bude vytvořena metodika a zpracovány vzdělávací materiály. Metodika i vzdělávací materiály budou aktualizovány na základě požadavků z praxe. Průběžné vzdělávání inspektorů bude vycházet z jejich individuálních potřeb a aktuálně vzešlých potřeb (např. změna legislativy). Pro průběžné vzdělávání bude vytvořena metodika a zpracovány vzdělávací materiály. Metodika i vzdělávací materiály budou pravidelně aktualizovány. Opatření bude realizováno za pomoci expertů a pracovníků MPSV. Realizace tohoto opatření by měla být financována z projektu „Systém inspekci sociálních a dalších služeb“, registrační číslo projektu: CZ.03.02.02/00/22_004/0005414, jehož realizace byla schválena.

Opatření D3.3: Návrh jednotného a transparentního procesu vedení a vyhodnocování inspekci

Cílem je sjednocení praxe kontrolní činnosti inspektorů a vytvoření kvalitního systému inspekci sociálních služeb. Bude vytvořena závazná metodika, která bude pravidelně aktualizována. Budou vytvořeny další metodické materiály (postupy, výklady, doporučení, které budou pravidelně aktualizovány.

Opatření D3.4: Navýšení počtu inspektorů sociálních služeb zařazených v rámci státní služby do MPSV

Postupné navýšování počtu inspektorů sociálních služeb na celkový počet 80 služebních míst/zaměstnanců. Každý rok v rámci změn v oblasti systemizace bude navýšen počet o 5–8 služebních míst. Pro realizaci tohoto opatření bude nutný závazek vlády ČR a spolupráce MV a MF.

Opatření D3.5: Podpora vzniku nezávislého inspektorátu sociálních služeb v rámci resortu práce

Bude vytvořen samostatný inspektorát sociálních služeb, který vznikne mimo organizační strukturu MPSV, popř. jiného již existujícího orgánu veřejné správy. V ČR je cca 6000 sociálních služeb, které podléhají inspekci, při tomto počtu kontrolovaných subjektů již může mít smysl vytvořit samostatný kontrolní orgán, který se bude zaměřovat pouze na tuto oblast.

2.5. Strategický cíl E: Sociální služby lépe reagují na potřeby uživatelů a demografický vývoj

Pro tematickou oblast transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením jsou ve Strategii uvedeny cíle E1 a E2. Tyto cíle a na ně navazující opatření budou dále rozvedeny v akčních plánech pro deinstitucionalizaci. Akční plány pro deinstitucionalizaci jsou implementačním nástrojem naplňování Strategie pro tuto oblast.

MPSV se mimo jiné zavazuje k úplné transformaci příspěvkových organizací, jejichž je MPSV zřizovatelem, do roku 2033.

MPSV bude usilovat o zákaz přijímání nových klientů do nekomunitních služeb od roku 2040.

Specifický cíl E1: Lidé se zdravotním postižením mají přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším službám komunitního charakteru, včetně osobní asistence, které jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňují izolaci nebo segregaci (viz Úmluva čl.19 b)

Opatření E1.1: Zajištění a rozvoj sítě dostupných komunitních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením (dětí i dospělých) a programů na podporu rodin, osob blízkých a osob se zdravotním postižením v komunitě a ukotvení systému využívání finančních zdrojů

Opatření E1.2.: Zvýšit informovanost veřejnosti a klíčových aktérů o přínosech deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb a podpořit pozitivní vnímání osob se zdravotním postižením v komunitě

Opatření E1.3: Poskytování sociálních služeb je pro každého člověka s postižením plánované a koordinované na základě vyhodnocení jeho potřeb

Specifický cíl E2: Lidé se zdravotním postižením mají možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít, nejsou nuceni žít ve specifickém prostředí (viz Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – článek 19 a)

MPSV bude usilovat o zákaz přijímání nových klientů do nekomunitních služeb od roku 2040.

Opatření E2.1: Všechny přímořízené organizace MPSV mají do roku 2027 (v souladu s principy deinstitucionalizace a Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením) hotové plány transformace původních zařízení do mixu komunitních, tj. terénních, ambulantních, případně komunitních pobytových služeb

MPSV se mimo jiné zavazuje k úplné transformaci příspěvkových organizací, jejichž je MPSV zřizovatelem, do roku 2033.

Opatření E2.2: Všechna pobytová zařízení nekomunitního charakteru pro osoby se zdravotním postižením bez ohledu na zřizovatele mají do roku 2028 (v souladu s principy deinstitucionalizace a Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením) jasnou vizi své úplné transformace do mixu komunitních terénních, ambulantních a případně pobytových služeb komunitního charakteru

Opatření E2.3: Implementace monitorovacího systému transformace a deinstitucionalizace v letech 2026–2028

Specifický cíl E3: Efektivní implementace nástrojů zacílených na koordinaci sociálně-zdravotních služeb a jejich průběžnou optimalizaci

Opatření E3.1: Zajištění metodické podpory aktérům v oblasti koordinace sociálně-zdravotních služeb prostřednictvím informovanosti a osvěty

Cílem opatření je posílit informovanost a kompetence aktérů v oblasti získání oprávnění, zajištění poskytování a koordinace sociálně-zdravotních služeb prostřednictvím vzdělávacích aktivit, sdílení příkladů dobré praxe a identifikace bariér. Opatření přispívá k lepší orientaci v systému a podpoře spolupráce mezi sektory.

Opatření E3.2: Průběžný přezkum účinnosti nové právní úpravy v oblasti dlouhodobé péče a zajistit její optimalizaci

Opatření se zaměřuje na systematické vyhodnocování dopadů nové legislativy v oblasti dlouhodobé péče a poskytování služeb na sociálně – zdravotních služeb ve spolupráci s klíčovými aktéry. Cílem je získávat relevantní data, identifikovat problémy v praxi a navrhnout úpravy, které povedou k efektivnějšímu a udržitelnému systému péče.

Opatření E3.3: Vymezení pomoci při běžných úkonech péče o zdraví a vytvoření systému specializovaného vzdělávání

Založení meziresortní pracovní skupiny k přípravě změn ve vyhlášce, vydefinování pomoci v běžných úkonech péče o zdraví, zpracování metodiky k běžným úkonům péče o zdraví v rámci sociálních služeb dle změnového zákona, vytvoření vzdělávacího programu pro pracovníky, kteří budou tuto volitelnou základní činnost vykonávat.

Specifický cíl E4: Dostupné a efektivní využívání asistivních technologií seniory a osobami se zdravotním postižením

Asistivní služby by měly být dostupné bez ohledu na socioekonomický status jejich uživatelů. Asistivní technologie podpoří kvalitu života jejich uživatelů a zároveň sníží tlak na pobytové sociální služby / napomohou optimalizovat personální kapacity v pobytových sociálních službách. Zařazení tohoto cíle je nezbytným krokem k vytvoření moderního, dostupného a udržitelného systému péče, který odpovídá potřebám 21. století.

Opatření E4.1: Analýza možnosti využití AT v sociálních službách

Toto opatření se zaměřuje na systematizaci a zkvalitnění využívání asistenčních technologií (AT) v sociálních službách, včetně jejich ověřování a podpory důvěryhodnosti.

Analýza současného stavu využívání AT.

Opatření E4.2: Návrh programů dotací a finanční podpory pro poskytovatele sociálních služeb a osoby se zdravotním postižením a seniory, které jim umožní zakoupit potřebné AT

Cílem je vytvořit dostupný a spravedlivý systém podpory pro pořízení AT, které zvyšují soběstačnost, bezpečnost a kvalitu života.

- a) Vytvoření cíleného dotačního programu MPSV
- b) Podpora komunitního sdílení AT

Opatření E4.3: Zvýšení povědomí o AT a jejich výhodách mezi profesionály v sociálních službách, neformálními pečujícími a širokou veřejností

Cílem je podpořit informovanost, důvěru a motivaci k využívání AT jako nástroje pro zvýšení soběstačnosti, bezpečnosti a kvality života.

Organizovat vzdělávací semináře a workshopy pro pracovníky v sociálních službách, aby se seznámili s různými typy AT a jejich využitím v praxi. Spustit informační kampaně zaměřené na širokou veřejnost s cílem zvýšit znalosti o asistivních technologiích, jejich dostupnosti a výhodách pro zlepšení kvality života.

Specifický cíl E5: Efektivnější a kvalitnější poskytování sociálních služeb prostřednictvím integrace nástrojů umělé inteligence (AI)

Tento specifický cíl přináší příležitost vytvořit moderní, pro klientsky orientovaný a datově řízený systém sociálních služeb, který bude lépe reagovat na potřeby současné i budoucí společnosti. Cíl směřuje k tomu, aby se uživatelé mohli snadněji orientovat v dostupných službách a udržovat si své životní standardy v přirozeném prostředí.

Opatření E5.1: Zkvalitnění přístupu uživatelů k informacím o sociálních službách pomocí AI

Cílem je využít umělou inteligenci ke zjednodušení, zpřesnění a personalizaci informací pro uživatele sociálních služeb, jejich rodiny, pečující osoby i odborníky.

Opatření E5.2: Rozvoj péče o uživatele sociálních služeb prostřednictvím analýzy dat a prediktivních modelů

Cílem je využít moderní datové nástroje k lepšímu plánování, cílení a individualizaci péče, a tím zvýšit její efektivitu a dostupnost.

Podporovat školení pro pracovníky sociálních služeb v oblasti využívání AI nástrojů pro efektivnější komunikaci a záznamy o klientech, což povede ke zlepšení koordinace péče.

Opatření E5.3: Podpora samostatnosti uživatelů a jejich schopnost zůstat v přirozeném prostředí za pomoci AI

Podpořit implementaci chytrých domácích technologií a asistivních technologií, která budou využívat AI k monitorování a podpoře denních aktivit uživatelů, jako je například automatizované osvětlení, zabezpečovací systémy nebo zdravotní monitorování.

Podpořit školení a podporu pro rodiny, neformálně pečující osoby a pečovatele v oblasti využívání technologií AI, které jim pomohou lépe porozumět potřebám uživatelů a efektivněji je podporovat v jejich každodenním životě.

Specifický cíl E6: Sociální služby lépe reagují na potřeby osob bez domova a ohrožené ztrátou bydlení

Novelou zákona o sociálních službách je umožněno poskytovat sociální službu azylový dům také osobám, které s ohledem na závislost na návykových látkách aktuálně nedokážou abstinovat, a osobám, které pro potřeby doléčení přechodně vyžadují klid na lůžku, avšak jejich zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci. Tento posun reaguje na realitu v terénu a potřebu větší flexibility při řešení bezdomovectví, avšak zároveň přináší nové výzvy pro poskytovatele sociálních služeb. Cílem tohoto opatření je získat přehled o aktuálním stavu poskytování této sociální služby, identifikovat konkrétní bariéry, limity i příklady dobré praxe.

Opatření E6.1: Zmapování stavu, identifikace bariér a návrhy řešení při poskytování sociální služby azylový dům osobám bez přístřeší s komplexními potřebami

Průzkum a analýza poskytování sociální služby azylový dům osobám bez přístřeší s komplexními potřebami mezi poskytovateli sociálních služeb i jejich uživateli.

Specifický cíl E7: Kvalitnější informační podpora neformálních pečujících

Opatření E7.1: Dostupné a srozumitelné informace pro neformálně pečující o možných formách podpory – web, kampaň

Vytvoření specializovaného portálu pro neformálně pečující s přehlednými informacemi o dostupných službách, dávkách, právních nárocích apod. Pravidelná aktualizace obsahu ve spolupráci s MPSV, krajskými úřady, místními akčními skupinami a poskytovateli služeb.

Specifický cíl E8: Sociální služby jsou zaměřené na naplňování potřeb dětí a rodin v nepříznivé situaci

Sociální služby musí reflektovat specifické potřeby dětí a rodin, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci – ať už v důsledku sociálního vyloučení, bytové nouze, znevýhodnění rodiče, nebo jiných okolností, které zvyšují riziko narušení rodinného prostředí dítěte. Důležité je posílení preventivní funkce služeb, rozvoj odbornosti pracovníků při práci s dětmi a rodiči a zakotvení takových podmínek a činností, které umožní udržet dítě v přirozeném prostředí nebo mu včas poskytnout přiměřenou podporu.

Opatření E8.1. Rozvoj kompetencí pracovníků sociálních služeb k práci s cílovou skupinou děti do 18 let věku

Vzhledem ke specifikům práce s dětmi a rodinou je vhodné vytvořit kompetenční rámec, který definuje potřebné kompetence pro pracovníky v přímé péči (sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách), kteří působí ve službách, jejichž cílovou skupinou jsou děti do 18 let. Tyto kompetence by měly být popsány ve třech rovinách: znalostní, dovednostní a postoje.

Opatření E8.2: Návrh metodického doporučení pro pracovníky pobytových služeb sociální péče, jejichž klienty jsou děti, za účelem nastavení vhodných podmínek pro jejich vývoj, včetně přípravy dětí na samostatný život

Děti by měly být v pobytových službách vnímány jako samostatní klienti s vlastními potřebami. Zvláštní důraz je třeba klást na podmínky, ve kterých děti v těchto zařízeních žijí, resp. na to, aby odpovídaly vývojové úrovni dítěte, včetně přípravy dětí na samostatný život, mj. formou individuálního plánování. Vznikne proto metodika, jejíž cílovou skupinou budou pracovníci pobytových služeb, která se bude těmto tématům věnovat. Týkat se bude i dětí, které budou i v dospělosti závislé na pomoci, či asistenci další osoby.

Opatření E8.3: Metodické doporučení pro poskytovatele vybraných druhů sociálních služeb pro práci s rodinou při přípravě dětí se zdravotním postižením na samostatný život

Jedním z pilířů prevence budoucí závislosti dítěte na sociálním systému je včasná práce s rodinou zaměřená na rozvoj autonomie dítěte. V řadě případů se však ukazuje, že rodiče často nemají dostatečné informace, dovednosti či vzory, jak dítě vést k soběstačnosti. Do standardní činnosti služeb, jako je raná péče, SAS, osobní asistence nebo sociální rehabilitace, by proto měly být výrazněji začleněny aktivity, které přímo podporují rodiče v této oblasti. Je tedy nutné definovat do nabídky vybraných sociálních služeb (DOZP, Sociální rehabilitace, SAS, OA, Pečovatelská služba atd.) činnosti, které jsou zaměřené na podporu rodičů při rozvíjení autonomie jejich dětí.

Specifický cíl E9: Podpora osob se zdravotním postižením při hledání a udržení zaměstnání v rámci systému sociálních služeb

Opatření E9.1: Připravit legislativní návrh, který bude obsahovat podporu osob se zdravotním postižením při hledání a udržení zaměstnání jako jednu z činností sociálních služeb

Opatření E9.2: Provést revizi stávajících metodik v této oblasti a vytvořit aktualizovanou metodiku reagující na změny v legislativě a vedoucí k uplatnitelnosti osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce

Opatření E9.3: Poskytovat odpovídající metodickou podporu zřizovatelům a poskytovatelům těchto sociálních služeb

3. Implementační část

Nositel a gestorem této strategie je Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Věcně strategie spadá do gesce vrchní ředitelky sekce rodinné politiky a sociálních služeb. Konkrétní koordinací implementace byl pověřen odbor 22 - Odbor koncepce sociálních služeb a sociální práce pod vedením ředitele tohoto odboru. Vlastní komunikaci se všemi zainteresovanými aktéry budou vykonávat pracovníci a pracovníci oddělení 229 - oddělení sociálních služeb a plánování. Závažné problémy budou řešeny s ředitelem odboru, problémy přesahující gesce MPSV pak s vrchní ředitelkou sekce rodinné politiky a sociálních služeb.

Schéma odpovědností za jednotlivé klíčové oblasti naplňování strategie je uvedeno v Implementační tabulce.

Pro každé opatření byly definovány indikátory, které jsou měřitelné, jako nástroj pro vyhodnocení plnění daného cíle. Při splnění všech indikátorů v uvedeném opatření bude dosaženo cíle stanoveného pro toto opatření.

Na této detailní úrovni jsou také určeny odpovědné osoby zajišťující splnění konkrétního úkolu. Zpravidla se jedná o odbor či oddělení MPSV, do kterého náplň konkrétního opatření věcně spadá. Pro plnění některých úkolů je nutná spolupráce s dalšími odbory, případně je počítáno s využitím externích expertů (spolupracující osoby). Na realizaci některých opatření se budou podílet i zástupci samospráv, zejména krajů a obcí. Odpovědné osoby za takové úkoly budou komunikovat se zástupci samospráv a budou s nimi plnění jednotlivých opatření koordinovat.

Implementační tabulka

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2026-2030

Vize: Sociální služby v ČR jsou dostupné a napomáhají v rámci dostupných finančních zdrojů řešit potřeby osob nacházejících se v nepříznivé sociální situaci.

Globální cíl: Nastavit udržitelný systém dostupných sociálních služeb s důrazem na přirozeném prostředí.

Strategický cíl	Specifický cíl	Opatření	Termín splnění	Gestor
Strategický cíl A: Síť sociálních služeb reaguje na nepříznivou sociální situaci obyvatel.	Specifický cíl A1: Efektivní systém plánování sociálních služeb.	Opatření A1.1: Zajištění podpory a sjednocení procesů zjišťování potřeb zájemců/žadatelů o soc. služby a uživatelů soc. služeb.	2029	MPSV/22/229
		Opatření A1.2: Podpora krajů při sjednocování plánovacích období.	2028	MPSV/22/229
		Opatření A1.3: Podpoření plánování sociálních služeb v rámci sociálních odborů obecních úřadů obcí s rozšířenou působností.	2030	MPSV/22/229
		Opatření A1.4: Vymezení podmínek/kritérií pro síť soc. služeb s celostátním/nadregionálním charakterem.	2026	MPSV/22/229

Strategický cíl B: Efektivní systém financování sociálních služeb.	Specifický cíl B1: Efektivní systém financování sociálních služeb.	Opatření B1.1: Návrh na posílení spolufinancování sociálních služeb ze strany krajů a obcí.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B1.2: Sjedenčení pravidel a metodiky financování sociálních služeb mezi státem a kraji.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B1.3: Sjedenčení systému vydávání pověření SGEI a úprava výpočtu vyrovnávací platby.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B1.4: Navržení nástroje na bázi pojištění.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B1.5: Navržení nástroje na posouzení komplexní a finanční a majetkové situace klienta.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B1.6: Návrh transformace systému financování: od ročních dotací k programovému modelu.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B1.7: Revize systému směrných čísel s důrazem na vícefaktorový model a územní potřeby.	2030	MPSV/22/229
	Specifický cíl B2: Systém financování sociálních služeb založen na základě objektivních dat.	Opatření B2.1: Zavedení jednotného identifikátoru klienta.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B2.2: Zavedení normativu na lůžko a hodiny péče.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B2.3: Zavedení bonifikace pro komunitní služby.	2030	MPSV/22/229
	Specifický cíl B3: Sjedenčení monitoringu a vykazování dat	Opatření B3.1: Analýza stávajících datových zdrojů.	2030	MPSV/22/229 MPSV/22/229
		Opatření B3.2: Vývoj jednotného datového standardu.	2030	MPSV/22/229
		Opatření B3.3: Digitalizace a automatizace reportingových procesů.	2030	MPSV/22/229 MPSV/22/229
		Opatření B3.4: Systém sledování volných kapacit.	2030	MPSV/22/229
Strategický cíl C: Rozvoj sociální práce v kontextu sociálních služeb.	Specifický cíl C1: Navýšení počtu pracovníků působících v sociálních službách.	Opatření C1.1: Navržení odpovídajícího odměňování pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a technickohospodářských pracovníků prostřednictvím podpory kolektivního vyjednávání v oblasti zvýšení platů, legislativních návrhů na změnu příplatků a benefitů.	2030	MPSV/22/228
		Opatření C1.2: Návrh legislativní změny upravující nároky na odbornou způsobilost pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků.	2030	MPSV/22/228
	Specifický cíl C2: Rozvoj sociální práce ve veřejné správě.	Opatření C2.1: Finanční podpora rozvoje sociální práce ve veřejné správě.	2030	MPSV/22/228
		Opatření C2.2: Odstranění bariér ve fungování koordinace na území obcí a její ukotvení v systému poskytování sociální ochrany.	2030	MPSV/22/228
		Opatření C2.3: Síťování a rozvoj spolupráce subjektů sociální ochrany.	2030	MPSV/22/228

Strategický cíl D: Garantované podmínky poskytovaných sociální služeb	Specifický cíl D1: Jednotný a efektivní systém registrace poskytovatelů sociálních služeb.	Opatření D1.1: Návrh jednotného a efektivního systému registrace poskytovatelů sociálních služeb	2030	MPSV/22/229
		Opatření D1.2: Aktualizace a zavedení závazné metodiky a pravidelné setkávání /školení pro pracovníky v oblasti registrace	2030	MPSV/22/229
	Specifický cíl D2: Posílení ochrany práv klientů v sociálních službách.	Opatření D2.1: Realizace systémové podpory v oblasti ochrany práv klientů v sociálních službách.	2029	MPSV/22/229
		Opatření D2.2: Vytvoření indikátorů oblast kvality sociálních služeb.	2030	MPSV/22/229
	Specifický cíl D3: Efektivnější systém inspekci	Opatření D3.1: Legislativní vymezení kvalifikačních požadavků na výkon profese inspektora.	2026	MPSV/26
		Opatření D3.2: Návrh udržitelného systému vstupního a průběžného vzdělávání inspektorů.	2030	MPSV/26
		Opatření D3.3: Návrh jednotného a transparentní procesu vedení a vyhodnocování inspekci.	2030	MPSV/26
		Opatření D3.4: Navýšení počtu inspektorů sociálních služeb zařazených v rámci státní služby do MPSV	2030	MPSV/26
		Opatření D3.5: Podpora vzniku nezávislého inspektorátu sociálních služeb v rámci resortu práce	2030	MPSV/26
Strategický cíl E: Sociální služby lépe reagují na potřeby uživatelů a demografický vývoj.	Specifický cíl E1: Lidé se zdravotním postižením mají přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším službám komunitního charakteru, včetně osobní asistence, které jsou nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňují izolaci nebo segregaci (viz Úmluva čl.19b)	Opatření E1.1: Zajištění a rozvoj sítě dostupných komunitních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením (dětí i dospělých) a programů na podporu rodin, osob blízkých a osob se zdravotním postižením v komunitě a ukotvení systému využívání finančních zdrojů.	2030	MPSV/22/229
		Opatření E1.2.: Zvýšit informovanost veřejnosti a klíčových aktérů o přínosech deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb a podpořit pozitivní vnímání osob se zdravotním postižením v komunitě.	2030	MPSV/22/229
		Opatření E1.3: Poskytování sociálních služeb je pro každého člověka s postižením plánované a koordinované na základě vyhodnocení jeho potřeb	2030	MPSV/22/229
	Specifický cíl E2: Lidé se zdravotním postižením mají možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s	Opatření E2.1: Všechny přímořízené organizace MPSV mají do roku 2027 (v souladu s principy deinstitucionalizace a Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením) hotové plány transformace původních zařízení do mixu komunitních tj. terénních, ambulantních, případně komunitních pobytových služeb	2030	MPSV/22/229

ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít, nejsou nuceni žít ve specifickém prostředí (viz Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – článek 19a)	Opatření E2.2: Všechna pobytová zařízení nekomunitního charakteru pro osoby se zdravotním postižením bez ohledu na zřizovatele mají do roku 2028 (v souladu s principy deinstitucionalizace a Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením) jasnou vizi své úplné transformace do mixu komunitních terénních, ambulantních a případně pobytových služeb komunitního charakteru.	2030	MPSV/22/229
	Opatření E2.3: Implementace monitorovacího systému transformace a deinstitucionalizace v letech 2026–2028	2030	MPSV/22/229
Specifický cíl E3: Efektivní implementace nástrojů zacílených na koordinaci sociálně-zdravotních služeb a jejich průběžnou optimalizaci.	Opatření E3.1: Zajištění metodické podpory aktérům v oblasti koordinace sociálně-zdravotních služeb prostřednictvím informovanosti a osvěty.	2030	MPSV/22/229
	Opatření E3.2: Průběžný přezkum účinnosti nové právní úpravy v oblasti dlouhodobé péče a zajistit její optimalizaci.	2030	MPSV/22/229
	Opatření E3.3: Vymezení pomoci při běžných úkonech péče o zdraví a vytvoření systému specializovaného vzdělávání	2030	MPSV/22/229
Specifický cíl E4: Dostupné a efektivní využívání asistivních technologií seniory a osobami se zdravotním postižením	Opatření E4.1: Analýza možnosti využití AT v sociálních službách.	2030	MPSV/22/229
	Opatření E4.2: Návrh programů dotací a finanční podpory pro neziskové organizace a osoby se zdravotním postižením a seniory, které jim umožní zakoupit potřebné AT.	2030	MPSV/22/229
	Opatření E4.3: Zvýšení povědomí o AT a jejich výhodách mezi profesionály v sociálních službách, neformálními pečujícími a širokou veřejností.	2030	MPSV/22/229
Specifický cíl E5: Efektivnější a kvalitnější poskytování sociálních služeb prostřednictvím integrace nástrojů umělé inteligence (AI)	Opatření E5.1: Zkvalitnění přístupu uživatelů k informacím o sociálních službách pomocí AI.	2030	MPSV/22/229
	Opatření E5.2: Rozvoj péče o uživatele sociálních služeb prostřednictvím analýzy dat a prediktivních modelů.	2030	MPSV/22/229
	Opatření E5.3: Podpora samostatnosti uživatelů a jejich schopnost zůstat v přirozeném prostředí za pomoci AI.	2030	MPSV/22/229
Specifický cíl E6: Sociální služby lépe reagují na potřeby osob bez domova a ohrožené ztrátou bydlení	Opatření E6.1: Zmapování stavu, identifikace bariér a návrhy řešení při poskytování sociální služby azylový dům osobám bez přístřeší s komplexními potřebami.	2030	MPSV/22/228
Specifický cíl E7: Kvalitnější podpora neformálních pečujících.	Opatření E7.1: Dostupné a srozumitelné informace pro neformálně pečující z oblasti služeb a dávek – web, kampaň.	2030	MPSV/27

Specifický cíl E8: Sociální služby jsou zaměřené na naplňování potřeb dětí a rodin v nepříznivé situaci	Opatření E8.1: Rozvoj kompetencí pracovníků sociálních služeb k práci s cílovou skupinou dětí do 18 let věku.	2030	MPSV/27
	Opatření E8.2: Návrh metodického doporučení pro pracovníky pobytových služeb sociální péče, jejichž klienty jsou děti, za účelem nastavení vhodných podmínek pro jejich vývoj, včetně přípravy dětí na samostatný život.	2030	MPSV/27
	Opatření E8.3: Metodické doporučení pro poskytovatele vybraných druhů sociálních služeb pro práci s rodinou při přípravě dětí se zdravotním postižením na samostatný život.	2030	MPSV/27
Specifický cíl E9: Podpora osob se zdravotním postižením při hledání a udržení zaměstnání v rámci systému sociálních služeb	Opatření E9.1: Připravit legislativní návrh, který bude obsahovat podporu osob se zdravotním postižením při hledání a udržení zaměstnání jako jednu z činností sociálních služeb	2027	MPSV/22
	Opatření E9.2: Provést revizi stávajících metodik v této oblasti a vytvořit aktualizovanou metodiku reagující na změny v legislativě a vedoucí k uplatnitelnosti osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce	2028	MPSV/22
	Opatření E9.3: Poskytovat odpovídající metodickou podporu zřizovatelům a poskytovatelům těchto sociálních služeb	2028	MPSV/22

Zdroj: MPSV

Použité zdroje a literatura

- **Analýza financování sociálních služeb, MPSV 2019**
- **Průša & Horecký 2019**
- **Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory, APSS a EY 2020**
- **Financování sociálních služeb v ČR – Fact sheets, APSS 2020**
- **Situační analýza k projektu Zvýšení efektivity systému sociálních služeb, 2023**
- **Analýza kapacit v oblasti služeb sociální péče, MPSV 2024**
- **Srovnání nákladovosti služeb pobytových a terénních na klienta**
- **Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025.** K dispozici na webu MPSV: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>
- **Národní strategie umělé inteligence v České republice (2019).** K dispozici na webu: https://vlada.gov.cz/assets/evropske-zalezitosti/umela-inteligence/NAIS_kveten_2019.pdf
- **Analýza potenciálu digitalizace a zefektivnění procesů v sociálních službách v ČR,** prosinec 2022. K dispozici na webu APSS: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/vydavame/odborna-publikacni-cinnost/analiza-potencialu-digitalizace-final.pdf>
- **Výstupy projektu Rozvoj systému sociálních služeb,** reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003739. K dispozici na webu: <https://www.mpsv.cz/web/cz/individualni-projekt-mpsv-rozvoj-systemu-socialnich-sluzeb/>
 - **Strategie aplikace asistivních technologií v oblasti deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb** Výstup projektu Rozvoj systému sociálních služeb. K dispozici na webu: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/Strategie-aplikace-AT_FIN.pdf/4a5c5789-4485-1e36-227b-17560589f341?t=1720435254521
 - **IdeaSense, s.r.o.: Výzkum zaměřený na asistivní technologie v zařízeních sociálních služeb určených pro seniory.** Závěrečné shrnutí. 10.11.2021.
- **SOCIOTRENDY: Analýza podpory deinstitucionalizace sociálních služeb prostřednictvím asistivních technologií:** Výstup projektu Život jako každý jiný, reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0002766, který byl realizován MPSV a financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím OPZ.
- **BCG: Inovace péče ve stáří. Technologickou inovací k zajištění kvality života a péče o stárnoucí populaci ČR,** leden 2024, K dispozici na webu: <https://web-assets.bcg.com/03/36/73dddf3246768a9c2cbcd1f8bf9c/bcg-inovace-pece-ve-stari.pdf>
- **Doporučený postup 4/2021 Věcné podmínky pro realizaci projektů v rámci programu Sociální infrastruktury se zvýšenou energetickou účinností (REACT-EU).** K dispozici

na webu:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/V%C4%9Bcn%C3%A9_podm%C3%ADnky_v%C3%BDzvy+IROP+%C4%8D.+101+dle+REACT-EU_final+%281%29.pdf/f3039976-8cc6-e679-23cb-a3e7f3113d78

- **NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU a RADY (EU) 2024/1689 ze dne 13. června 2024, kterým se stanoví harmonizovaná pravidla pro umělou inteligenci a mění nařízení (ES) č. 300/2008, (EU) č. 167/2013, (EU) č. 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 a (EU) 2019/2144 a směrnice 2014/90/EU, (EU) 2016/797 a (EU) 2020/1828 (akt o umělé inteligenci).** K dispozici na webu: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202401689
- Tisková zpráva EK ze dne 1. 8. 2024: v **platnost vstupuje akt o AI**. K dispozici na webu: https://commission.europa.eu/news/ai-act-enters-force-2024-08-01_cs
- **KATALOG INOVACÍ v SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH** přihlášených do 2. ročníku CENY INOVACE v sociálních službách, APSS, Vydání první, červen 2024
- **Data, informace a materiály poskytnuté jednotlivými kraji.**
- **Články v odborném časopisu Sociální služby:**
 - Pšejová, J.: **Technologie v sociálních službách Seznamte se s asistivními technologiemi 1. díl.** Sociální služby listopad 2022.
 - Pšejová, J.: **Má umělá inteligence budoucnost v sociálních službách?** Sociální služby prosinec 2023.
 - Lusková, D.: **Roboti a technologie v sociálních službách.** Sociální služby leden 2024.

Seznam příloh, tabulek, grafů

Přílohy

Příloha č. 1: Počty registrovaných sociálních služeb podle druhů v krajích (dle exportu z registru k 28.11.2024).....	111
Příloha č. 2: Struktura zdrojů financování sociálních služeb (v Kč), resp. vývoj v letech 2013–2023	112
Příloha č. 3: Přepočet finančního zapojení krajů a obcí a MPSV do financování systému sociálních služeb v roce 2023 na 1 obyvatele daného kraje	113
Příloha č. 4: Stav pracovníků v sociálních službách (přepočtený úvazek) v letech 2019–2023	114
Příloha č. 5: Stav sociálních pracovníků v sociálních službách (přepočtený úvazek) v letech 2019–2023	115

Tabulky

Tabulka č. 1: Přehled druhů služeb a jejich kapacit, kterým byla v dotačním řízení B pro rok 2024 poskytnuta dotace	25
Tabulka č. 2: Směrná čísla a související další ukazatele (data za rok 2023)	32
Tabulka č. 3: Dotace na podporu poskytování sociálních služeb z příslušné kapitoly státního rozpočtu pro rok 2025 (v Kč)	35
Tabulka č. 4: Nedostatek pracovníků v jednotlivých krajích dle pracovního zařazení	41
Tabulka č. 5: Provedené inspekce poskytování sociálních služeb	51
Tabulka č. 6: Systemizovaná místa určená pro výkon inspekce poskytování sociálních služeb	53
Tabulka č. 7: Počty provedených inspekcí podle druhu sociální služby	56
Tabulka č. 8: Využívané prvky AT	70
Tabulka č. 9: Počet dětí v podílu na populaci (%).....	79
Tabulka č. 10: Deficity systému služeb pro ohrožené děti a rodiny identifikované pracovníky OSPOD napříč všemi kraji ČR.....	80
Tabulka č. 11: Specifické deficity systémů služeb pro ohrožené rodiny a děti identifikované v jednotlivých krajích	81
Tabulka č. 12: Deficity institucionální péče dle výzkumu společnosti Sociofaktor	82

Grafy

Graf č. 1: Struktura příjmů sociálních služeb (v mld. CZK).....	29
Graf č. 2: Zdroje příjmů systému sociálních služeb (v mld. CZK)	30
Graf č. 3: Vývoj dotace MPSV na podporu poskytování sociálních služeb dle krajů v letech 2014–2024 (v Kč).....	34
Graf č. 4: Vývoj celkových dotací MPSV (v mld. Kč) na sociální služby v letech 2007–2023 ...	35
Graf č. 5: Celkový podíl využívání asistivních technologií v oblastech života v rámci sociální služby (v řádcích N = 503).....	71
Graf č. 6: Podíl intenzity využívání asistivních technologií v oblastech života v rámci sociálních služeb (%)	71
Graf č. 7: Výsledky výzkumu.....	72

Příloha č. 1: Počty registrovaných sociálních služeb podle druhů v krajích (dle exportu z registru k 28.11.2024)

	37b	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	54	55	56	57	58	59	60	60a	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
	OSP	OA	PS	TP	PPS	PSB	OS	CDS	DS	TS	DZP	DS	DZR	CHB		RP	TKP	TS	AD	DPC	KC	KP	IC	NDC	NZDM	N	SNP	SASRD	SASSOZP	STD	TK	TP	SR
Jihočeský	46	15	49	1	2	2	21	2	13	7	8	35	22	12	10	6	1	1	14	0	6	5	1	2	20	5	5	15	7	14	3	12	19
Jihomoravský	37	17	53	1	1	0	26	9	26	6	24	42	46	31	9	5	3	4	17	2	7	5	1	5	15	7	8	18	4	10	2	13	23
Karlovarský	19	7	24	2	1	3	8	1	5	2	8	21	16	5	7	2	1	0	5	1	3	3	1	3	14	3	1	11	3	3	0	8	7
Královohradecký	37	15	45	3	1	2	17	7	16	1	11	36	17	15	5	3	1	2	7	0	2	1	1	2	11	5	1	14	3	5	0	2	28
Liberecký	27	14	42	1	1	3	17	7	11	2	11	21	24	7	5	1	0	1	8	1	2	0	1	2	11	2	1	12	5	8	1	10	14
Moravskoslezský	63	25	65	1	0	18	48	13	39	2	29	72	55	33	16	7	0	2	33	5	5	4	2	12	35	15	13	27	12	25	2	38	41
Olomoucký	34	12	37	0	0	2	17	6	16	1	11	34	23	16	4	4	2	1	22	1	5	2	1	8	12	9	2	16	11	7	1	10	24
Pardubický	25	11	53	0	1	3	20	5	15	2	9	28	22	8	4	2	1	0	9	3	1	6	1	5	11	4	1	13	5	12	0	11	25
Praha	74	27	42	5	1	4	37	7	27	4	11	35	26	14	11	5	13	4	21	2	5	9	1	9	20	6	8	28	17	9	0	22	59
Plzeňský	29	7	44	2	2	0	18	2	10	1	12	24	22	5	9	3	1	2	10	1	3	3	1	2	7	3	2	18	12	6	1	11	12
Středočeský	68	25	94	1	0	7	61	2	45	10	31	75	57	23	17	4	5	1	15	2	5	4	3	10	20	6	2	35	23	12	3	17	28
Ústecký	64	14	52	0	1	9	23	1	22	3	33	40	41	29	11	1	2	5	26	3	9	4	1	10	44	11	3	39	11	23	1	38	34
Vysočina	20	8	41	1	1	3	25	6	24	2	10	26	26	13	8	3	1	1	8	1	3	1	1	1	16	2	2	8	1	9	1	5	23
Zlínský	24	16	37	0	0	4	28	6	19	2	17	40	27	19	9	3	1	3	13	2	4	1	1	6	17	5	2	14	5	11	0	9	24

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

Příloha č. 2: Struktura zdrojů financování sociálních služeb (v Kč), resp. vývoj v letech 2013-2023

Náklady		Struktura zdrojů financování sociálních služeb (v Kč) v letech 2013-2023									Meziroční růst nákladů na sociální služby (2013 - 2023)
ROK	Celkové náklady na soc. služby (v mld. Kč)	Příspěvek na péči	Úhrady uživatelů	Zdravotní pojišťovny	Dotace MPSV	Kraje	Obce	Úřad vlády, ostatní resorty	Prostředky EU	Ostatní	
2013	28,623	5 938 980 070	6 931 003 534	1 249 258 014	6 556 068 676	2 087 237 290	2 512 170 849	166 620 350	955 991 088	2 225 909 677	
2014	30,501	6 096 575 530	7 472 948 536	1 342 508 081	7 707 498 387	2 113 834 246	2 485 011 655	159 994 849	1 020 658 420	2 102 352 079	1,878
2015	32,068	6 373 007 023	7 650 822 428	1 478 243 654	8 565 000 000	2 736 981 041	2 626 388 853	151 175 986	589 121 296	1 898 084 846	1,567
2016	34,040	6 964 679 636	7 975 330 602	1 654 419 103	9 185 000 000	3 065 629 328	2 695 504 401	152 869 898	383 170 967	1 964 051 761	1,972
2017	38,763	7 592 648 732	8 140 909 224	1 967 159 970	11 248 986 004	3 917 537 782	2 867 111 153	161 068 929	849 322 320	2 019 011 035	4,723
2018	44,518	7 750 870 797	8 382 149 465	2 264 802 389	14 894 611 712	4 229 491 460	3 218 089 938	215 393 256	1 129 854 923	2 432 736 060	5,755
2019	49,322	8 228 298 644	8 834 890 226	2 697 261 559	16 805 611 712	5 133 382 706	3 466 683 114	271 287 446	1 036 473 896	2 848 135 700	4,804
2020	56,368	8 257 484 155	9 163 460 775	3 250 269 524	18 595 611 712	6 510 028 789	3 660 538 354	514 830 908	1 101 583 603	5 314 192 180	7,046
2021	61,871	8 257 594 110	9 206 294 803	3 707 762 701	21 411 611 712	8 062 113 116	3 792 253 833	408 704 928	491 163 466	6 533 501 331	5,503
2022	64,066	11 406 084 483	10 789 489 606	4 268 811 891	23 586 238 021	7 944 370 641	4 005 182 903	424 926 977	308 568 886	1 332 326 592	2,195
2023	71,459	11 936 793 311	13 050 276 187	5 362 533 360	23 873 861 965	8 096 574 743	3 959 618 599	1 480 000 000	439 012 774	3 260 000 000	7,393
Nárůst od r. 2013 celkem											42,836

Zdroj: MPSV

Příloha č. 3: Přepočet finančního zapojení krajů a obcí a MPSV do financování systému sociálních služeb v roce 2023 na 1 obyvatele daného kraje

Název kraje	Zdroje financování systému sociálních služeb v roce 2023			Počet obyvatel v daném kraji ke konci roku 2023 (zdroj Statistická ročenka)	Přepočet spolufinancování ze strany kraje na 1 obyvatele kraje (v Kč)	Přepočet spolufinancování ze strany obcí na 1 obyvatele kraje (v Kč)	Přepočet dotace poskytnuté MPSV kraji na 1 obyvatele kraje (v Kč)
	kraj	obce	dotace MPSV pro kraje				
Hlavní město Praha	2 577 400 738 Kč	548 549 540 Kč	2 006 467 337 Kč	1 384 732	1 861,30 Kč	396,14 Kč	1 448,99 Kč
Jihočeský	343 927 765 Kč	164 512 558 Kč	1 656 328 853 Kč	654 505	525,48 Kč	251,35 Kč	2 530,66 Kč
Jihomoravský	628 986 809 Kč	669 969 939 Kč	2 287 074 774 Kč	1 226 749	512,73 Kč	546,13 Kč	1 864,34 Kč
Karlovarský	227 910 576 Kč	59 154 608 Kč	844 305 562 Kč	295 077	772,38 Kč	200,47 Kč	2 861,31 Kč
Královéhradecký	325 103 828 Kč	218 223 546 Kč	1 355 855 403 Kč	556 949	583,72 Kč	391,82 Kč	2 434,43 Kč
Liberecký	144 895 729 Kč	161 317 248 Kč	1 028 066 185 Kč	450 728	321,47 Kč	357,90 Kč	2 280,90 Kč
Moravskoslezský	660 514 051 Kč	876 245 267 Kč	2 977 418 734 Kč	1 189 204	555,43 Kč	736,83 Kč	2 503,71 Kč
Olomoucký	512 012 482 Kč	87 072 596 Kč	1 939 419 542 Kč	632 864	809,04 Kč	137,59 Kč	3 064,51 Kč
Pardubický	487 605 865 Kč	187 962 209 Kč	1 333 506 138 Kč	530 560	919,04 Kč	354,27 Kč	2 513,39 Kč
Plzeňský	200 544 468 Kč	154 110 916 Kč	1 206 860 304 Kč	613 374	326,95 Kč	251,25 Kč	1 967,58 Kč
Středočeský	768 525 820 Kč	296 023 291 Kč	2 714 194 058 Kč	1 455 940	527,86 Kč	203,32 Kč	1 864,22 Kč
Ústecký	722 412 134 Kč	278 083 098 Kč	2 411 237 356 Kč	811 169	890,58 Kč	342,82 Kč	2 972,55 Kč
Vysočina	143 778 298 Kč	156 561 608 Kč	1 316 123 377 Kč	517 960	277,59 Kč	302,27 Kč	2 540,97 Kč
Zlínský	352 956 180 Kč	101 832 175 Kč	1 755 658 920 Kč	580 744	607,77 Kč	175,35 Kč	3 023,12 Kč
CELKEM	8 096 574 743 Kč	3 959 618 599 Kč	24 832 516 543 Kč	10 900 555	742,77 Kč	363,25 Kč	2 278,10 Kč

Zdroj: MPSV

Příloha č. 4: Stav pracovníků v sociálních službách (přepočtený úvazek) v letech 2019–2023

Součet z PREPOČUVAZEK	Popisky sloupců															
Popisky řádků	HKK	JHC	JHM	KVK	LBK	MPSV	MSK	OLK	PAK	PHA	PLK	STC	ULK	VYS	ZLK	Celkový součet
2019	2058,167	2241,8334	4012,4363	1128,2766	1736,6672	374,2594	5290,5404	2489,376	2188,7948	4663,8422	1762,8569	4694,5598	3891,0895	1768,811	2504,3532	40805,8637
činnosti pod dohledem soc. pracovníka	51,0479	48,2847	98,0288	34,9897	76,2975		117,8422	79,2821	37,7661	412,3366	45,0405	118,0469	244,6078	56,3108	26,7829	1446,6645
pečovatelská činnost	260,9997	338,8689	682,8565	118,7479	371,4025		527,1449	319,9463	267,7208	710,2222	272,5283	456,2319	308,0185	244,9564	324,1162	5203,761
přímá obslužná péče	1263,9885	1411,3532	2722,4948	827,2676	1030,1124	213,309	3839,0964	1694,3241	1542,5476	3284,5189	1143,3576	3646,4748	2845,3739	1193,3397	1572,2109	28229,7694
základní výchovná nepedagogická činnost	482,1309	443,3266	509,0562	147,2714	258,8548	160,9504	806,4569	395,8235	340,7603	256,7645	301,9305	473,8062	493,0893	274,2041	581,2432	5925,6688
2020	2165,3005	2424,2166	4194,2213	1137,0814	1782,0437	384,97	5393,8424	2548,1635	2281,3948	5153,1697	1831,5911	4857,4236	4027,0424	1912,3273	2455,3352	42548,1235
činnosti pod dohledem soc. pracovníka	51,1535	50,6585	122,3627	29,8082	60,7517		109,0184	85,1071	45,8789	525,8499	48,05	135,5413	213,0712	80,5157	36,5288	1594,2959
pečovatelská činnost	260,4032	357,2031	761,1628	137,1962	379,3485		566,2422	324,3198	295,112	736,511	288,9592	464,3852	316,0283	235,0776	321,9743	5443,9234
přímá obslužná péče	1334,3873	1523,122	2796,0492	825,8644	1063,6544	218,4674	3875,2551	1748,2607	1566,8568	3627,4798	1194,4831	3771,7947	2986,7716	1363,1052	1582,5839	29478,1356
základní výchovná nepedagogická činnost	519,3565	493,233	514,6466	144,2126	278,2891	166,5026	843,3267	390,4759	373,5471	263,329	300,0988	485,7024	511,1713	233,6288	514,2482	6031,7686
2021	2262,7503	2485,8545	4356,8283	1173,3594	1844,8625	382,6577	5443,9242	2651,2664	2293,8236	5598,3011	1887,6187	4896,9188	4126,1558	1991,7445	2619,1057	44015,1715
činnosti pod dohledem soc. pracovníka	56,7908	56,7785	120,2668	29,977	62,1457		101,5156	85,0854	50,0232	561,1927	47,6195	118,7935	232,7363	36,8865	40,8034	1600,6149
pečovatelská činnost	268,12	360,5671	754,4995	127,9925	367,7735		564,0393	320,4359	298,7369	819,8345	292,8082	472,8719	333,8094	260,9473	290,8215	5533,2575
přímá obslužná péče	1409,699	1580,5321	2898,2039	868,0131	1129,2927	226,696	3879,6407	1846,8503	1547,426	3937,5867	1243,7861	3779,0704	3039,2496	1433,5308	1749,8146	30569,392
základní výchovná nepedagogická činnost	528,1405	487,9768	583,8581	147,3768	285,6506	155,9617	898,7286	398,8948	397,6375	279,6872	303,4049	526,183	520,3605	260,3799	537,6662	6311,9071
2022	2369,9846	2452,5508	4377,1222	1205,8816	1834,5304	382,2102	5622,411	2650,6118	2407,55	6123,0388	2037,0318	5162,2642	4332,075	2084,229	2575,0054	45616,4968
činnosti pod dohledem soc. pracovníka	56,2053	52,4125	98,0879	61,6907	77,1076		95,2103	94,004	53,1109	582,7916	56,6787	117,2619	235,0373	75,4699	36,442	1691,5106
pečovatelská činnost	269,0175	363,8085	821,0202	130,308	351,8577		582,6199	339,3782	314,0682	801,3511	293,9191	526,7998	347,2211	233,6647	289,5057	5664,5397
přímá obslužná péče	1451,3083	1642,0714	2868,523	858,0497	1115,7068	225,644	4005,4861	1798,3956	1629,9223	4388,1241	1347,3967	3988,1039	3179,9304	1479,792	1713,7181	31692,1724
základní výchovná nepedagogická činnost	593,4535	394,2584	589,4911	155,8332	289,8583	156,5662	939,0947	418,834	410,4486	350,772	339,0373	530,0986	569,8862	295,3024	535,3396	6568,2741
2023	2464,8398	2602,0057	4649,8164	1247,7232	1883,9186	385,0727	5829,2501	2731,3781	2476,2329	6866,5712	1971,5248	5183,6068	4317,0461	2214,6179	2650,2234	47473,8277
činnosti pod dohledem soc. pracovníka	58,4498	59,5996	108,3842	67,188	83,6004		97,045	100,5171	52,9515	623,0374	62,5335	125,021	218,7775	66,4062	44,6211	1768,1323
pečovatelská činnost	297,2319	369,8305	959,8993	179,1632	331,0175		573,6003	363,2635	330,2037	846,8797	279,7582	529,5387	328,9654	272,9898	289,808	5952,1497
přímá obslužná péče	1522,0066	1757,2087	2992,0663	836,4754	1155,5439	224,3543	4178,6189	1824,9923	1676,2789	4998,0097	1312,3161	3990,2714	3141,5514	1624,6838	1744,5826	32978,9603
základní výchovná nepedagogická činnost	587,1515	415,3669	589,4666	164,8966	313,7568	160,7184	979,9859	442,6052	416,7988	398,6444	316,917	538,7757	627,7518	250,5381	571,2117	6774,5854

Zdroj: Statistické údaje z aplikace OK Služby – poskytovatel

Příloha č. 5: Stav sociálních pracovníků v sociálních službách (přepočtený úvazek) v letech 2019–2023

Součet z PREPOČUVAZEK Popisky sloupců																	
Popisky řádků		HKK	JHC	JHM	KVK	LBK	MPSV	MSK	OLK	PAK	PHA	PLK	STC	ULK	VYS	ZLK	Celkový součet
2019		341,2303	384,1924	729,7687	142,174	189,457	20,5911	864,2044	400,5696	402,2148	1503,475	299,9074	568,8518	573,6656	260,7914	457,6079	7138,7012
sociální pracovníci		341,2303	384,1924	729,7687	142,174	189,457	20,5911	864,2044	400,5696	402,2148	1503,475	299,9074	568,8518	573,6656	260,7914	457,6079	7138,7012
2020		356,7536	398,3463	769,0874	140,19	182,994	19,7212	894,8472	424,5605	397,1962	1549,329	297,3666	582,1879	585,5881	285,1805	468,445	7351,7936
sociální pracovníci		356,7536	398,3463	769,0874	140,19	182,994	19,7212	894,8472	424,5605	397,1962	1549,329	297,3666	582,1879	585,5881	285,1805	468,445	7351,7936
2021		413,5524	428,5131	763,4502	149,796	190,321	20,3868	927,8835	440,1109	403,8691	1717,319	299,2027	606,7498	592,4657	294,9878	485,476	7734,0826
sociální pracovníci		413,5524	428,5131	763,4502	149,796	190,321	20,3868	927,8835	440,1109	403,8691	1717,319	299,2027	606,7498	592,4657	294,9878	485,476	7734,0826
2022		411,1234	436,5623	758,9985	166,678	200,4	21,9899	956,3118	455,7153	425,4082	1772,457	315,8958	643,8485	609,4264	312,2453	482,7251	7969,7866
sociální pracovníci		411,1234	436,5623	758,9985	166,678	200,4	21,9899	956,3118	455,7153	425,4082	1772,457	315,8958	643,8485	609,4264	312,2453	482,7251	7969,7866
2023		416,7346	451,8281	806,3166	179,098	204,176	22,4911	1006,623	457,2839	465,5286	1924,92	317,0676	665,8375	610,923	328,6667	506,9631	8364,4583
sociální pracovníci		416,7346	451,8281	806,3166	179,098	204,176	22,4911	1006,623	457,2839	465,5286	1924,92	317,0676	665,8375	610,923	328,6667	506,9631	8364,4583

Zdroj: statistické údaje z aplikace OK Služby – poskytovatel

