

**METODIKA ZPRACOVÁNÍ
PLÁNŮ TRANSFORMACE POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍ
V OBLASTI PÉČE O OHROŽENÉ DĚTI**

MANUÁL PRO ŽADATELE O GRANT NA INDIVIDUÁLNÍ PROJEKTY V RÁMCI
PROGRAMU FONDŮ EHP 2009 - 2014 CZ04 OHROŽENÉ DĚTI A MLÁDEŽ



2014



Obsah

1. Úvod.....	4
1.1. Účel a cíl metodiky.....	4
2. Základní východiska pro zpracování plánu transformace.....	11
2.1. Východiska reformy systému péče o ohrožené děti	11
2.2. Aktuální legislativní úpravy a jejich zohlednění v procesu transformace	13
2.2.1. <i>Nový občanský zákoník a související právní normy</i>	14
2.2.2. <i>Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí</i>	17
2.2.3. <i>Zákon o zdravotních službách</i>	21
2.2.4. <i>Novela zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních</i>	22
2.3. Vývoj počtu dětí v institucionální péči v České republice	24
2.4. Nejvýznamnější rizika systémového charakteru	27
2.4.1. <i>Diskontinuita rozhodování na úrovni zřizovatele</i>	28
2.4.2. <i>Roztříštěnost systému řízení a metodického vedení</i>	28
3. Přípravná fáze (výběr zařízení, ustavení týmů).....	32
3.1. Zpracování věcného záměru transformace	32
3.2. Kritéria výběru zařízení pro zařazení do procesu transformace	33
3.3. Ustavení projektového týmu	34
3.3.1. <i>Řídící tým</i>	35
3.3.2. <i>Pracovní týmy</i>	36
3.3.3. <i>Expertní spolupráce</i>	40
3.3.4. <i>Monitorovací skupina</i>	40
4. Analytická fáze	42
4.1. Analýza potřeb klientů.....	42
4.2. Analýza pobytové péče.....	44
4.3. Srovnávací analýza.....	46
5. Návrhová část plánu transformace I (definice sítě služeb a způsob transformace pobytových zařízení).....	48
5.1. Zaměření zřizovaných organizací a jejich pozice v síti služeb	51

5.2.	Typ zařízení a společné znaky (zásady) všech typů zařízení	52
5.2.1.	Základní zásady činnosti transformovaných služeb	53
5.2.2.	Typ I: Terénní služba s ambulantní a pobytovou složkou	55
5.2.3.	Typ II: Odborné (specializované) centrum	55
5.2.4.	Typ III: Nízkokapacitní pobytová služba pro děti	56
5.2.5.	Typ IV: Pobytová služba pro celé rodiny	57
5.3.	Právní a věcné aspekty činnosti jednotlivých typů služeb	58
5.3.1.	Oprávnění a podmínky činnosti poskytovatele sociální služby	59
5.3.2.	Oprávnění a podmínky činnosti osoby pověřené k výkonu sociálně-právní ochrany	62
5.3.3.	Oprávnění a podmínky činnosti poskytovatele zdravotní služby	66
5.3.4.	Oprávnění a podmínky činnosti školského zařízení	67
5.3.5.	Financování činnosti poskytovatele sociálních služeb	68
5.3.6.	Financování činnosti osob pověřených k výkonu sociálně-právní ochrany	69
5.3.7.	Financování činnosti poskytovatele zdravotních služeb	70
5.3.8.	Financování činnosti školských zařízení	72
5.3.9.	Zákonné požadavky na personální obsazení a odbornou způsobilost	74
5.3.10.	Kapacita služby	78
5.3.11.	Požadavky na infrastrukturu, materiální a technické vybavení ..	80
5.3.12.	Standardy kvality	82
5.4.	Doporučení vhodné právní formy pro jednotlivé typy služeb	84
6.	Návrhová část plánu transformace II - dílčí plány transformace zařízení	88
6.1.	Zaměření služby, zásady činnosti a kapacita	89
6.2.	Změna personální struktury služby	90
6.3.	Nastavení procesů v rámci zařízení	92
6.4.	Materiální a technické vybavení	93
6.5.	Oblast financování v plánu transformace zařízení	94
6.6.	Výstup plánu transformace zařízení: soubor opatření a harmonogram ..	94
7.	Návrhová část plánu transformace III - náklady transformace	96
7.1.	Využití finančních zdrojů poskytovaných z rozpočtu zřizovatele	98

7.2. Náklady transformace	101
8. Návrhová část plánu transformace IV - přechod od plánování k realizační fázi	105
9. Další oblasti řešené plánem transformace	110
9.1. Komunikace.....	110
9.1.1. <i>Komunikace se zaměstnanci zařízení</i>	111
9.1.2. <i>Komunikace s klienty, veřejností a marketing služeb</i>	113
9.2. Řízení rizik	114
9.3. Horizontální kritéria	115
9.4. Zahraniční spolupráce	115
10. Výstup plánu transformace (soubor opatření a harmonogram procesu transformace).....	117
11. Monitoring procesu transformace	119
12. Procesní schéma aktivit	120
13. Seznam zkratk	122
14. Vybraná literatura a odkazy.....	124

1. Úvod

1.1. Účel a cíl metodiky

Metodika zpracování plánu transformace pobytových zařízení v oblasti péče o ohrožené děti (dále jen „metodika“) je určena územním samosprávným celkům, které plní zřizovatelskou funkci k pobytovým zařízením pro děti ve školské, zdravotnické a sociální oblasti, tedy krajům a vybraným statutárním městům¹. Další cílovou skupinou jsou kraje či statutárními městy zřizované nebo založené organizace (dále jen „zřizované organizace“). Metodika poskytuje informace pro účely:

- Zpracování žádosti o grant na individuální projekt v rámci programu Fondů EHP 2009 – 2014 CZO4 – Ohrožené děti a mládež (dále jen „žádost o grant“) **po obsahové stránce**².
- Přípravu podkladů pro rozhodování zastupitelstva a rady příslušného územního samosprávného celku v rámci procesu transformace pobytových zařízení v oblasti péče o ohrožené děti.
- Zpracování komplexního plánu transformace institucionální péče o ohrožené děti a mládež (dále jen „plán transformace“) předpokládajícího, že služby pobytových zařízení se stanou součástí integrované a multidisciplinární sítě terénních a ambulantních a pobytových služeb pro děti a jejich rodiny.
- Udržitelnosti projektu, resp. následné realizace tohoto plánu. Z Fondů EHP je podpořeno **vytvoření plánu transformace**. Co se týče realizační fáze, zaměřuje se metodika především na využitelné zdroje (lidské, materiální,

¹ Hlavní město Praha, statutární města: Brno, Liberec, Ostrava a Plzeň.

² Formální náležitosti, formuláře žádosti a přílohy budou předmětem vyhlášení výzvy, dostupné na <http://www.eeagrants.cz/cs/programy/ehp-fondy-2009-2014/czo4-ohrozene-deti-a-mladez>, (navštíveno dne 2. dubna 2014), nebo jsou obsaženy v „Příručce pro příjemce grantu z programu CZO2, CZO4 atd.“, verze platná od 13. března 2014 (dále jen „Příručka pro příjemce“), která je k dispozici na <http://www.eeagrants.cz/cs/zakladni-informace/metodicke-dokumenty/pokyny> (navštíveno dne 2. dubna 2014).

finanční) a informace o možných formách finanční podpory realizační fáze (dostupné v době zpracování metodiky).

Podmínkou podpory žádosti o grant je:

- Zahrnout do plánu nejméně tři pobytová zařízení zřizovaná žadatelem, nebo všechna pobytová zařízení, pokud zřizovatel zřizuje pouze jedno nebo dvě pobytová zařízení pro děti.
- Koncipovat plán transformace tak, aby při jeho následné realizaci došlo k výraznému snížení pobytové kapacity (počtu lůžek) zřizovaných organizací zapojených do procesu transformace, a to minimálně o 50 % v první fázi, tj. po dobu následné realizace podpořeného transformačního plánu. Součástí plánu by však měl být i výhled dalšího omezování pobytové kapacity, resp. definice účelu využití zbývajících lůžkové kapacity. V tomto ohledu je preferováno, aby tato pobytová kapacita sloužila zejména pro zajištění odborné pomoci umožňující souběžný pobyt dítěte s rodiči nebo jinými osobami dítěti blízkými. V kapitole 5. 2. této metodiky jsou uvedeny možné koncepty transformovaných zařízení (služeb).

V případě krajů (statutární města s výjimkou Hlavního města Prahy zřizují vždy pouze jedno pobytové zařízení pro děti) je doporučeno zpracovat návrhovou část plánu transformace ve dvou úrovních, a to **zřizovatele** a příslušných **zařízení**. Tento přístup neznamená duplicitní pořizování totožných podkladů³. Zatímco na úrovni zařízení je věnována hlavní pozornost vnitřním procesům v rámci organizace (složení týmu, procesy uvnitř organizace, kvalita služby atd.), na úrovni zřizovatele jde o otázky příslušející zřizovateli nebo společně všem zařízením (právní ukotvení služby, financování, nakládání s majetkem). Jejich součástí je

³ Některé okruhy jsou společné, je však vždy zřetelně rozděleno, co probíhá na úrovni zřizovatele a co na úrovni služby. Jako příklad lze uvést otázku financování. Nastavení finančních toků z rozpočtu kraje, resp. koncept financování celé sítě je v kompetenci zřizovatele. Zajištění efektivního nakládání s těmito prostředky je spojeno s nastavením procesů uvnitř zařízení. Náklady transformačního procesu se vyčísľují jednak na úrovni konkrétního zařízení, ale souhrnně u zřizovatele, který k nákladům jednotlivých zařízení připočte výdaje související s analytickou částí, řízením projektu a monitorovacími mechanismy.

rovněž rozhodnutí o budoucím zaměření konkrétního zařízení a jeho pozici v krajské síti služeb pro ohrožené děti a jejich rodiny.

V tomto ohledu disponují kraje velmi širokými kompetencemi. Nejde jen o samotnou zřizovatelskou funkci, ale rovněž o odpovědnost za vytváření sítí služeb ve všech klíčových oblastech:

- **Sociální**, v níž kraj podobu sítě definuje prostřednictvím střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb⁴ a následně ji ovlivňuje především aktivní účastí v řízení o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb⁵. Kraj (resp. krajský úřad) je zároveň orgánem registrace poskytovatelů sociálních služeb, obdobnou úlohu má i v řízeních o vydání pověření k výkonu sociálně-právní ochrany pro právnické a fyzické osoby.⁶ Zároveň je kraj metodickým orgánem vůči orgánům sociálně-právní ochrany dětí na úrovni obecních úřadů obcí s rozšířenou působností (dále jen „OSPOD“), které jsou klíčovým orgánem při volbě opatření na ochranu dětí (k roli OSPOD více v kapitole 2. 2. metodiky).
- **Školské**, kde jsou kraje (s výjimkou několika zařízení) dominantním zřizovatelem dětských domovů⁷, mohou tedy rozhodovat o počtu zařízení a základních parametrech jejich činnosti (prostřednictvím zřizovací listiny, jejíž součástí je i stanovení hlavní a doplňkové činnosti těchto školských právnických osob). Kraje z vlastních rozpočtových prostředků financují provoz dětských domovů včetně investic (osobní náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu prostřednictvím tzv. normativu).

⁴ § 95 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁵ § 101 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁶ § 49 a násl. zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. V případě vzniku nových zařízení sociálně-právní ochrany a jejich pracovišť na území kraje (pokud má osoba pověřená k výkonu sociálně-právní ochrany sídlo v jiném kraji a rozhodnutí vydává jiný krajský úřad) se krajský úřad formou závazného stanoviska vyjadřuje k rozhodnutí. Závazné stanovisko je odůvodněno zejména **potřebami poskytování sociálně-právní ochrany na území kraje**. Hlediska potřebnosti zařízení tedy krajský úřad logicky zohledňuje i v případě, kdy je sám příslušný k rozhodnutí.

⁷ § 181 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen „školský zákon“).

- **Zdravotnické**, kde jsou kraje v pozici nejvýznamnějšího zřizovatele ústavních zařízení pro nejmenší děti (dětských domovů pro děti do 3 let věku)⁸. V případě činnosti těchto domovů jsou rozhodujícím finančním zdrojem **příspěvky zřizovatele**, tedy tzv. vlastní finanční prostředky kraje. Kraje spolupracují se zdravotními pojišťovnami při výběru smluvních poskytovatelů zdravotních služeb.⁹ Krajský úřad zároveň rozhoduje o oprávnění poskytovat zdravotní služby ve správním obvodu kraje.¹⁰

V těchto základních třech věcných liniích (gescích) je zpracována i tato metodika. Přestože je zpracování plánu transformace podpořeného z Fondů EHP zaměřeno primárně na cílovou skupinu dětí do 3 let věku, tedy na pobytová zařízení ve zdravotnické oblasti, není vyloučeno (a z mnoha ohledů je to i doporučeno), aby se součástí procesu stala i ústavní zařízení pro starší děti (dětské domovy ve školské oblasti). Proces deinstitucionalizace má úzkou vazbu i na oblast sociální. Podmínky terénní práce s rodinami a dětmi upravuje především sociální legislativa, stejně jako úpravu činnosti orgánů sociálně-právní ochrany dětí na všech úrovních. Transformace pobytových zařízení v sociální oblasti je předmětem jiné formy podpory¹¹, a nemůže být proto souběžně financována prostřednictvím Fondů EHP. Jde však o procesy úzce související a v základních východiscích a cílech shodné.

Předchozí výčet poukazuje na největší hendikep současného systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti v České republice, kterým je **rezortní roztržštěnost**. Mezi významné příležitosti a přínosy procesu transformace pobytových zařízení na úrovni územních samospráv je dosažení **integrovaného přístupu** k řešení situace ohrožených dětí a rodin, alespoň na úrovni příslušného kraje či města. Současný systém je na centrální i regionální úrovni rozdělen do několika gescí, s tím, že v jejich rámci existuje silná tendence akcentovat jeden faktor potřeb dítěte

⁸ Jde o oficiální název zařízení dle § 43 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. V praxi jsou užívána různá označení, např. kojenecký ústav nebo dětské centrum, charakter těchto zařízení je však ve většině případů v zásadě totožný.

⁹ Dostupné např. na <http://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy>, navštíveno dne 30. března 2014.

¹⁰ § 15 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

¹¹ Podrobné informace jsou dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/7058>, navštíveno dne 18. března 2014.

(zdravotní, vzdělávací atd.). Dítě má však vždy potřeby komplexní (celostní). S realizací integrovaného přístupu souvisejí některé problémy, jejichž řešení přesahuje rozhodovací kompetence zřizovatele. Jde zejména o **legislativu** upravující činnost příslušného zařízení. Stávající právní úprava nevyklučuje, aby došlo ke změně typu služby, a tak k přechodu služby z jednoho systému do druhého. Zřizovatel tak navíc může využít aktuální zdroje a s jejich pomocí zřídit novou službu dle platných pravidel. Oproti tomu stav, kdy zřizovaná organizace vykonává současně činnosti ve více oborech, znamená zvýšenou zátěž pro zřizovatele i organizaci, vyplývající z rozdílného pojetí **základních zásad práce a přístupu ke klientovi** a (z hlediska praktické činnosti) z odlišné úpravy některých detailních záležitostí jednotlivými obory (odborná způsobilost, standardy kvality, vykazování a financování výkonů atd.). V metodice je proto věnována pozornost i tomuto aspektu procesu transformace a jsou nabídnuty možnosti, jak těmto zákonným podmínkám i v rámci nového (integrovaného) systému dostat.

Odborná literatura (Delap, 2011) uvádí pět hlavních změn, které je nutno provést pro omezování pobytové péče:

1. zvýšit politickou vůli k provedení změn, a to pomocí strategií, jako je získávání veřejné podpory pro deinstitucionalizaci, prokázání efektivity alternativních forem péče a externího tlaku ze strany dárců¹² (tyto aspekty jsou popsány zejména ve třech úvodních kapitolách metodiky),
2. je nezbytné změnu řádně naplánovat a financovat, včetně investic do systémů dětské péče a ochrany dětí obecně (této problematice se věnuje především část 5. metodiky),
3. zabývat se základními příčinami, které vedou ke ztrátě rodičovské péče (část 4. metodiky),
4. zavést řádnou regulaci a řízení pobytové péče, aby bylo zajištěno, že další finance a úsilí půjdou jen do skutečně potřebných zařízení, zavést vhodné

¹² V českých poměrech si lze pod tímto pojmem představit nejen sponzory, ale i daňové poplatníky či samotného zřizovatele, z jehož rozpočtu je služba zřizována.

- systemy k zajištění toho, že do pobytové péče budou přicházet pouze ty děti, které tento druh péče potřebují (části 4. až 6. metodiky),
5. vytvořit další formy péče, jako je například péče pěstounské, aby pobytová služba byla jen jednou z mnoha možností při zabezpečení dětí bez rodičovské péče (opatření v této oblasti jsou popsána v části 2. metodiky).

Všechny tyto změny (s různou mírou podrobnosti) je nutno v plánu transformace, jehož vznik je podpořen grantem, definovat, naplánovat a odpovídajícím způsobem popsat. Metodika se přitom nevěnuje jen otázkám čistě „technickým“. Každé lidské konání (transformační proces nevyjímaje) je ovlivněno postojem jedince k dané záležitosti. Proces transformace pobytových zařízení znamená (jako každá, byť plánovaná, změna) významný zásah do zavedeného stereotypu. Může být doprovázen pocitem nejistoty či ohrožení. Metodika se proto přiměřeně věnuje rovněž otázkám smyslu transformačního procesu (co je cílem procesu, jaké jsou alternativy, resp. co se stane, pokud vše zůstane „při starém“ atd.) a způsobu komunikace s klienty, pracovníky i širší veřejností.

Metodika s ohledem na udržení přiměřeného rozsahu uvádí jen některá statistická data, některé z argumentů a poznatků. Poskytuje základní přehled o záležitostech, kterým je nutno se během procesu transformace věnovat, aniž by si činila ambici na vyčerpávající popis (zpracovatelé a realizátoři plánu jistě odhalí celou řadu dalších problémů, které je nutno řešit) a zároveň na návrh jediného možného řešení. Jde o dokument inspirativní, obsahující možné postupy ve formě **doporučení**. Kraj nebo město s využitím vlastních zkušeností a znalostí místních podmínek může uplatnit odlišné postupy a procesy, samozřejmě při dodržení cílů a parametrů transformace směrem k deinstitucionalizaci. Pro účely tohoto „hledání“ je v metodice uvedeno množství odkazů na další relevantní dokumenty, které se podrobně věnují příslušné záležitosti či aspektu transformačního procesu.

Výstupem zpracovaného plánu transformace je dlouhodobá, zřizovatelem podporovaná a udržitelná¹³ strategie deinstitucionalizace péče o ohrožené děti (do jaké míry předložený projekt naplňuje tento požadavek je jedním z hodnotících kritérií žádosti). Přestože zřizovatel může rozhodnout v rámci úvodní fáze o tom, že do procesu transformace zařadí jen některá zařízení, představuje výzva unikání příležitost vytvořit komplexní systém péče o ohrožené děti v daném regionu. Zpracování plánu transformace je pro kraj či statutární město rovněž příležitostí získat středně- či dlouhodobý strategický dokument, na jehož základě může příslušná samospráva přijímat rozhodnutí nejen ve vztahu ke zřizovaným organizacím, ale také ve vztahu k rodinné politice, sítím služeb, prioritám výdajů z krajského či městského rozpočtu atd. Součástí úvodní fáze realizace projektu by mělo být také strategické rozhodnutí o zastavení investic do vzniku nových ústavních zařízení, jejich rozšiřování nebo realizace nákladných rekonstrukcí. Investice by měly směřovat již do nově definovaného systému péče o ohrožené děti a podpory rodin s dětmi. Proces transformace není omezen pouze na změnu služeb poskytovaných současnými pobytovými zařízeními, ale zaměřuje se na skutečnou deinstitucionalizaci, tedy změnu celkového přístupu k řešení situace ohrožených dětí a jejich rodin v příslušné obci či regionu.

¹³ Příručka pro příjemce, s. 35. Celkový cíl a výsledky projektu jsou monitorovány ze strany zprostředkovatele i po skončení programu. Lhůta udržitelnosti je stanovena v právním aktu o přidělení finančních prostředků a její výše je obecně stanovena na 5 let po schválení závěrečné zprávy projektu.

2. Základní východiska pro zpracování plánu transformace

2.1. Východiska reformy systému péče o ohrožené děti

Česká republika je zemí s velkou tradicí institucionální péče. Systémy, v nichž je péče o ohrožené děti a ochrana dětí zajišťována, mají své kořeny v 50. a 60. letech 20. století¹⁴, a v mnoha ohledech neodpovídají změnám společenským podmínkám, současným vědeckým poznatkům, nárokům na moderní péči o děti a požadavkům vyplývajících z mezinárodních úmluv, k jejichž dodržování se Česká republika zavázala¹⁵. Tyto systémy nevytvářejí rovné příležitosti pro každé dítě bez ohledu na jeho původ, zdravotní či sociální znevýhodnění. Z tohoto důvodu v posledních patnácti letech schválila vláda několik strategií k provedení reformy systému péče o ohrožené děti. Aktuálním dokumentem je **Národní strategie ochrany práv dětí „Právo na dětství“** a na ni navazující Akční plán k naplnění Národní strategie ochrany práv dětí pro období let 2012 – 2015.¹⁶ Oba dokumenty byly vládou schváleny v roce 2012. Cíle reformy jsou definovány takto:

- Vznik systému zajišťujícího důslednou ochranu práv dětí a naplňování jejich potřeb, který zajistí zvyšování kvality života dětí a rodin, eliminuje diskriminaci a nerovný přístup k dětem.
- Vytvoření podmínek pro zabezpečení výchovy a všestranného rozvoje dítěte v jeho přirozeném rodinném prostředí nebo v náhradním rodinném prostředí.
- Změna orientace systému směrem k prevenci, díky čemuž odpadne nákladná, v mnoha případech neúčinná, práce s dlouhodobě neřešenými problémy.
- Zvýšení kvality systému zavedením standardů kvality a sjednocením postupů práce s ohroženými dětmi a rodinami.

¹⁴ Dědictvím této minulosti není jen síť pobytových zařízení, ale především přístupy k právům dětí, postavení a role orgánů, které za ochranu práv dětí odpovídají atd.

¹⁵ Jde zejména o Úmluvu o právech dítěte (publikována ve sbírce zákonů pod č. 104/1991 Sb.), Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (sdělení č. 10/2010 Sb. m.s.) atd., na něž navazuje celá řada dalších dokumentů. Jejich výčet je uveden v Národní strategii ochrany práv dětí „Právo na dětství“.

¹⁶ Dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/14308>, navštíveno dne 6. března 2014.

- Vytvoření alternativ k umisťování dětí do náhradní péče (systematická práce s rodinami a jejich podpora), zejména pak do péče institucionální (podpora náhradní rodinné péče).

Znamenají tyto cíle úplný konec pobytové péče v České republice či zařízení, která ji v současné době poskytují? Odpověď zní: nikoliv, je však nutné, aby také tento segment služeb (stejně jako ostatní složky systému) prošel významnými změnami. Je nepochybné, že pro některé děti bude služba pobytové péče vhodnou alternativou (např. pro „teenagery“, kteří již chtějí žít samostatně a vyjádřili negativní názor ohledně přechodu do náhradní rodinné péče). V části věnované deinstitucionalizaci péče definuje Národní strategie ochrany dětí „Právo na dětství“ klíčové aktivity takto (cíl 10):

- Vytvoření systému podpory rodin a sítě terénních, ambulantních a respitních a dalších služeb, který umožní v maximální míře zajistit péči o děti v rodinném nebo náhradním rodinném prostředí.
- Transformace stávajících zařízení ústavní péče na poskytovatele terénních, ambulantních a respitních a dalších služeb na základě transformačních plánů zpracovaných jednotlivými zařízeními nebo jejich zřizovateli za spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany, poskytovateli služeb a dalšími relevantními subjekty. Součástí transformačních plánů zařízení bude otázka využití a přesměrování personálních a materiálních kapacit a finančních zdrojů.
- Provedení opatření v systému péče o ohrožené děti vedoucí k legislativnímu ukotvení věkové hranice, pod níž nelze děti umisťovat do ústavní péče.
- Specializace péče, snižování kapacit pobytových zařízení a legislativní omezení doby nařízené ústavní péče včetně zkrácení lhůt pravidelného přezkoumávání důvodu pro její nařízení.

Odpovědnost za naplnění těchto cílů nesou společně Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“), Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „MZ“), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen „MŠMT“) a v legislativních otázkách rovněž Ministerstvo spravedlnosti.

Deinstitutionalizace péče zásadně neznamená, že je dítě zbavováno odborné podpory a pomoci. Tyto služby však jsou oproti ústavnímu systému klientovi „doručovány“ a na základě individuálního plánu poskytovány v přirozeném (rodinném) prostředí. Je tak eliminován hlavní negativní faktor, který představují fatální a mnohdy trvalé **dopady ústavní péče na vývoj dítěte**. Tato metodika se podrobně otázce vlivu ústavní péče na dítě nevěnuje, je dostatečně prokázán (zejména u malých dětí) a popsán v desítkách či stovkách domácích i zahraničních odborných publikacích. Při projednání cílů transformace institucionální péče v orgánech samosprávy je však vhodné zdůraznit na prvním místě tento zásadní aspekt významu individuální rodinné péče na zdárný vývoj dítěte. Proces transformace by neměl být aktivitou „vynucenou“ vývojem v souvisejících systémech (např. reakcí na rozvoj náhradní rodinné péče a s tím související pokles dětí v ústavní péči, nebo na legislativní změny atd.), ale vědomým postupem zohledňujícím vědecké poznatky a trendy směřující k vytvoření vyspělého systému péče o ohrožené děti v České republice. Současně znamená deinstitutionalizace přechod k přirozené péči o znevýhodněné osoby realizované v komunitním prostředí. Nejde přitom o návrat do doby před vznikem ústavů, kdy představovaly posun v oblasti poskytování odborné péče, ale o další krok v poskytování kvalitnější péče a to způsobem pro klienta příznivějším. Jde zároveň o reakci na změnu společenských podmínek, kdy jsou upřednostňována a respektována přirozená individuální práva jedince, a není primárně prosazována kolektivní péče a výchova.

2.2. Aktuální legislativní úpravy a jejich zohlednění v procesu transformace

V uplynulých třech letech bylo přijato několik zákonů (novel zákonů), které upravují či mění postupy při ochraně dětí. Tato kapitola přináší přehled nejvýznamnějších změn, které jsou relevantní **pro celkové pojetí plánu transformace**. Podrobnější právní úpravy, které je nutno zohlednit v rámci přípravy návrhové části plánu transformace, jsou popsány zejména v 5. a 6. části této metodiky.

2.2.1. Nový občanský zákoník a související právní normy

V současném období lze bezesporu za nejvýznamnější legislativní změnu označit nový občanský zákoník, který nabyl účinnosti dne 1. ledna 2014¹⁷. Nový občanský zákoník (dále jen „n. o. z.“) zrušil dosavadní zákon o rodině z roku 1963¹⁸, a nově upravil nejen otázky rodičovské péče, vztahů mezi dětmi a rodiči, osvojení atd., ale také všech náhradních forem péče o dítě, tedy náhradní rodinné péče (poručenská péče, péče jiné fyzické osoby, pěstounská péče) a ústavní výchovy. N. o. z. vymezuje v § 971 institut ústavní výchovy jako opatření využitelné v nezbytných případech, zejména tehdy, kdy dříve učiněná opatření nevedla k nápravě. **Přednost má svěření dítěte do péče fyzické osoby.** Preference náhradní rodinné péče se odráží i v dalších ustanoveních n. o. z. (např. § 958: „Pěstounská péče má přednost před péčí o dítě v ústavní výchově“, obdobně je formulováno také např. ustanovení § 953, které se zabývá svěřením dítěte do péče jiné fyzické osoby atd.).

Nově byla do oblasti ústavní výchovy zařazena i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc¹⁹. **Ústavní výchovu** lze nařídit nejdéle na dobu tří let (v případě zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na 6 měsíců), s možností prodloužení. Nejméně jednou za 6 měsíců je však soud povinen zkoumat, zda trvají důvody pro nařízení tohoto opatření. Soudům byla svěřena pravomoc označit v rozhodnutí o nařízení ústavní výchovy zařízení, do jehož péče má být dítě svěřeno.

Soud přitom „dbá na umístění dítěte co nejblíže bydlišti rodičů nebo jiných osob dítěti blízkých“.²⁰ Toto ustanovení lze uvést jako příklad změny, kladoucí nároky

¹⁷ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

¹⁸ Zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině

¹⁹ V dosavadním § 46 odst. 2 zákona o rodině byla zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc postavena na úroveň náhradní rodinné péče: „Před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda (...) nelze zajistit náhradní rodinnou péčí nebo péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které mají přednost před péčí ústavní“.

²⁰ § 971 n. o. z., osoba blízká je definována v § 22 n. o. z. jako příbuzný v řadě přímé a sourozenec. N.o.z. v tomto ustanovení vyslovuje tzv. vyvratitelnou právní domněnku, podle níž se „má za to, že

na větší flexibilitu sítě zařízení pro výkon ústavní výchovy a na nutnost spolupráce mezi jednotlivými složkami systému. Významnou roli přitom hraje OSPOD, který připravuje návrhy a podklady pro rozhodnutí soudu. Je nutné, aby zařízení ve vztahu k OSPOD zajišťovala předávání informací o nabídce služeb zařízení, cílové skupině a aktuální volné kapacitě. Mělo by dojít také k případným změnám lokalizace služeb. Stávající praxe, kdy jsou děti s nařízenou ústavní výchovou vzdáleny od svých rodin mnoho desítek či stovky kilometrů, nové právní úpravě neodpovídá²¹. Tato skutečnost komplikuje i systematickou sociální práci OSPOD a dalších služeb s těmito dětmi (tzv. návštěvy v zařízení se pak stávají v některých případech formální záležitostí).

N. o. z. zachoval možnost využití pobytových zařízení při **předběžné úpravě poměrů dítěte**²², tedy v situaci, kdy se dítě ocitne v nedostatku řádné péče, ohrožení života, normálního vývoje či jiných důležitých zájmů. Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních (dále jen „z. z. ř.“), stanovuje maximální délku předběžné úpravy poměrů dítěte na jeden měsíc²³, s tím, že ji lze nařídít pouze na návrh OSPOD. Mezi „formy vhodného výchovného prostředí“ však byla zařazena také pěstounská péče na přechodnou dobu (v tomto případě může délka předběžného opatření činit 3 měsíce). Krizovou pomoc dítěti tak je možno zajišťovat rovněž v (náhradním) rodinném prostředí (bližší informace o tomto typu péče jsou uvedeny v kapitole 2. 2. 2.). Pro účely předběžné úpravy poměrů dítěte je nutno zachovat určitou pobytovou kapacitu. Pobyt dítěte v zařízení by však měl být spojen s velmi intenzivní (terénní) sociální prací a hledáním dlouhodobějšího řešení situace dítěte, prioritně v rodinném (případně náhradním rodinném) prostředí.

osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí“. Z tohoto důvodu je při vyhodnocování situace dítěte a rodiny ze strany OSPOD hodnoceno i širší rodinné (resp. sociální) prostředí dítěte.

²¹ Mohou samozřejmě nastat případy, kdy vzdálenost dítěte od prostředí, které na něj negativně působilo, bude v zájmu dítěte, mělo by jít však o jasné zdůvodněné (tedy výjimečné) případy.

²² § 924 n. o. z.

²³ § 451 a násl. z. z. ř. „Předběžné opatření“ lze prodloužit, ovšem tak, aby jeho celková doba nepřesáhla 6 měsíců celkového trvání.

Z výše uvedeného je zřejmé, že n. o. z. klade velký důraz na **zachování přirozených vazeb a vztahů dítěte** s vlastní rodinou, s výjimkou případů, kdy jsou takové vazby prokazatelně proti zájmům dítěte. V takové situaci je však na místě pozastavení či omezení rodičovské odpovědnosti, nebo (u závažného porušení) úplné zbavení rodičů této odpovědnosti.

S tím souvisí i pojetí institutu **osvojení** (§ 794 a násl. n. o. z.), který je vyhrazen pro případy, kdy dítě od svých rodičů již zcela zřejmě nemůže nic očekávat, zejména od nich nemůže očekávat jejich zájem o ně samé a jejich řádnou péči. Zároveň má být samozřejmostí vzetí náležitého zřetele k přání a názoru dítěte, pokud je schopno takto uvažovat.²⁴ U závažných zásahů do života dítěte (ústavní výchova) a statusových změn (osvojení) se vždy zkoumá, zda není na místě jiné, pro dítě příznivější řešení²⁵, a zároveň, zda bylo ze strany odpovědných orgánů vyvinuto dostatečně úsilí, které by těmto zásahům předešlo. Tyto zásady se promítají například do novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí (viz následující kapitolu).

Zájem dítěte jako přední hledisko rozhodování soudu je zdůrazněno v celé řadě ustanovení n. o. z. (kromě již zmíněných případů např. v otázkách vztahů mezi dítětem a rodičem atd.). Jako vodítko pro praktické **stanovení nejlepšího zájmu dítěte** lze využít Obecný komentář č. 14 k Úmluvě o právech dítěte (OSN, 2013), který uvádí tyto (z hlediska hierarchie zcela srovnatelné) faktory:

- a) názory dítěte,
- b) identita dítěte,
- c) ochrana rodinného prostředí a udržování vztahů,
- d) péče, ochrana a bezpečí dítěte,
- e) zranitelné postavení dítěte,
- f) právo dítěte na zdraví,

²⁴ Důvodová zpráva k novému občanskému zákoníku (konsolidovaná verze), s. 196. Dostupné na: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf>, navštíveno dne 22. března 2014.

²⁵ Podobné principy jsou však uplatňovány i v případě dospělých, např. při omezení svéprávnosti.

g) právo dítěte na vzdělání.

Je-li tedy např. zabezpečováno ze strany systému péče o ohrožené děti právo dítěte na zdraví nebo na vzdělání, je nutné zároveň pracovat s jeho identitou, názorem²⁶, dbát na ochranu rodinného prostředí, udržování vztahů s blízkými osobami atd. Nová právní úprava osobnostních práv a rodinného práva v n. o. z., spolu s aplikací dříve přijatých a pro Českou republiku závazných mezinárodních úmluv, vytvářejí základní legislativní rámec pro stanovení cílů sítě služeb pro ohrožené rodiny a děti. Prioritou je zajištění rodinného prostředí a zachování přirozených vazeb dítěte (je-li to v jeho zájmu), aniž by bylo zbavováno potřebné (v některých případech i specializované) péče. Tyto cíle je nutno respektovat i při definici sítě služeb pro ohrožené děti a jejich rodiny a v rámci procesu transformace pobytových služeb.

2.2.2. Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí

Významné změny do systému péče o ohrožené děti vnesla rovněž novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí (dále jen „ZSPOD“), účinná od 1. ledna 2013²⁷. Novela klade důraz na **preventivní činnost OSPOD**. Při výkonu a realizaci opatření sociálně-právní ochrany mají přednost ta, která zabezpečí řádnou výchovu a příznivý vývoj dítěte v jeho rodinném prostředí a není-li to možné v náhradním rodinném prostředí.²⁸ OSPOD přijímá opatření na ochranu dítěte na základě objektivně zjištěných informací (k tomu slouží komplexní vyhodnocení situace dítěte a rodiny). Na základě vyhodnocení je zpracováván **individuální plán ochrany dítěte** (dále jen „IPOD“)²⁹, nástroj a záznam definující proces a systém sociální práce s rodinou a dítětem, která je koordinována ze strany

²⁶ Např. podle § 867 n. o. z. poskytne soud dítěti před rozhodnutím, které se dotýká jeho zájmu, „potřebné informace, aby si mohlo vytvořit vlastní názor a tento sdělit. Není-li podle zjištění soudu dítě schopno informace náležitě přijmout nebo není-li schopno vytvořit si vlastní názor nebo není-li schopno tento názor sdělit, soud informuje a vyslechně toho, kdo je schopen zájmy dítěte ochránit, s tím, že se musí jednat o osobu, jejíž zájmy nejsou v rozporu se zájmy dítěte; o dítěti starším dvanácti let se má za to, že je schopno informací přijmout, vytvořit si vlastní názor a tento sdělit. Názoru dítěte věnuje soud patřičnou pozornost.“ Obdobnou úpravu obsahuje i § 8 odst. 2 ZSPOD.

²⁷ Zákon č. 401/2012 Sb.

²⁸ § 9a ZSPOD.

²⁹ § 10 odst. 3) ZSPOD

OSPOD. Tento plán popisuje příčiny ohrožení dítěte (zdrojem informací je předchozí vyhodnocení situace dítěte a rodiny), cíl práce s rodinou a dítětem, jaké kroky k tomu cíli povedou a kdo a v jakém čase bude tyto kroky činit. IPOD je připravován na multidisciplinárním základě, v ideálním případě v úzké spolupráci s rodinou a dítětem. Opatření IPOD jsou navrhována s důrazem na setrvání dítěte v péči rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte. Z hlediska plánování sítě služeb a jejího fungování je důležité, že podle tohoto plánu postupuje nejen OSPOD, ale i další subjekty³⁰, které zajišťují péči o dítě (promítá se např. i do dohod o výkonu pěstounské péče). Údaje získávané z vyhodnocování situace dítěte a rodiny a následně zpracovaného IPOD by se proto měly stát jedním z významných podkladů pro zpracování plánu transformace, jeho následnou realizaci a průběžnou korekci nastavení sítě služeb. Další nástroj multidisciplinární spolupráce představují případové konference. Ty jsou nedílnou součástí procesu předcházejícímu přijetí opatření (resp. podání návrhu), které závažným způsobem zasáhne do života dítěte či rodiny (nařízení ústavní výchovy, svěření dítěte do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, omezení či zbavení rodičovské odpovědnosti atd.). V případě, že OSPOD hodlá podat soudu návrh tohoto typu, je povinen poskytnout potřebnou pomoc rodičům nebo jiným osobám odpovědným za výchovu dítěte, zvážit, zda nejsou k dispozici jiná (mírnější) řešení, uspořádat k tomuto účelu zmíněnou případovou konferenci atd.³¹ Tento postup se samozřejmě netýká situací, kdy je dítě v akutním ohrožení života či zdraví, při hledání dlouhodobějšího řešení situace dítěte je však vždy aplikován.

Další změnou, která se začala významně projevovat v praxi, je rozvoj a vyšší **podpora náhradní rodinné péče** (pěstounské péče, pěstounské péče na přechodnou dobu, poručnické péče atd.). Vychází se přitom ze zásady, kterou jsou OSPOD v praxi povinny uplatňovat, že pro každé dítě, které je nuceno opustit vlastní rodinu, je ihned zahájen proces vyhledávání a zprostředkování náhradní

³⁰ Podle § 42a ZSPOD jsou povinna postupovat v souladu s IPOD zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, dle § 1 odst. 4 zákona o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních spolupracují s OSPOD v souladu s IPOD také školská zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a střediska výchovné péče.

³¹ Postup je podrobně popsán v § 14 ZSPOD.

rodinné péče³². Zvýšení podpory pěstounské péče a odstranění nedostatků, které bránily praktické aplikaci pěstounské péče na přechodnou dobu (tento institut byl do právního řádu zaveden již v roce 2006), vedlo v průběhu roku 2013 k meziročnímu zvýšení počtu dětí, jimž se podařilo zajistit péči v náhradním rodinném prostředí o 17,5 % (na konci roku 2013 vyrůstalo v pěstounských rodinách cca 12 700 dětí, ve stejném období předchozího roku 10 800). Zvýšil se i počet pěstounských rodin (o cca 10 %, v současné době působí v ČR 9 700 pěstounských rodin, z toho více než 120 se specializuje na pěstounskou péči na přechodnou dobu). Pěstounskou péči na přechodnou dobu prošlo v roce 2013 cca 250 dětí³³. Šlo zejména o děti do 3 let věku. Přes počáteční skepticismus některých skupin k efektu těchto změn, je nutno konstatovat, že se budou zcela jistě promítat do klesajícího počtu dětí, pro něž bude nezbytné zajistit péči formou pobytové péče, potažmo do podoby sítě služeb pro ohrožené děti. (viz kapitolu 2.3.).

V předchozí kapitole byla zmíněna role **pěstounské péče na přechodnou dobu** při nutnosti okamžitého řešení situace dítěte (předběžné úpravě poměrů dítěte). Podle § 27a odst. 7 ZSPOD může soud svěřit dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu na:

- a) dobu, po kterou nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat,
- b) dobu, po jejímž uplynutí může dát matka souhlas k osvojení³⁴ nebo po kterou může rodič souhlas k osvojení odvolat³⁵, nebo
- c) po dobu nabytí právní moci rozhodnutí soudu o tom, že souhlasu rodičů k osvojení není třeba.

³² Ze zákona byla mj. vypuštěna kategorie dětí „vhodných pro náhradní rodinnou péči“. Má se za to, že každé dítě umístěné v pobytovém zařízení je „vhodné“ pro náhradní rodinnou péči.

³³ Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/17105/TZ_230114a.pdf, navštíveno dne 23. března 2014.

³⁴ Dle § 813 n. o. z. může matka osvojovaného dítěte dát souhlas s osvojením nejdříve šest týdnů po narození dítěte.

³⁵ Dle § 817 n. o. z. lze „souhlas k osvojení odvolat po dobu tří měsíců ode dne, kdy byl dán“. Oproti původní úpravě, kdy bylo možno souhlas s osvojením prohlásit rovněž před orgánem sociálně-právní ochrany, dnes je nutno tento souhlas učinit prohlášením vůči soudu.

Pěstounská péče na přechodnou dobu může trvat maximálně rok. Bylo již řečeno, že v současné době se tento typ náhradní rodinné péče využívá zejména při řešení situace nejmenších dětí, tedy stejné cílové skupiny, na níž se zaměřují pobytové služby dětských domovů pro děti do 3 let věku. Také u těchto domovů jde o krátkodobou pomoc dítěti, které se posléze navrácí do své rodiny, nebo přechází do nové rodiny osvojitelů. Podle aktuálních údajů Ústavu zdravotnických informací a statistik (dále jen „ÚZIS“)³⁶ se 50,7 % dětí umístěných v domovech vrací do vlastní rodiny, 22,9 % nalézá péči formou osvojení. Téměř dvě třetiny dětí, které se vrací do rodiny, jsou v dětském domově méně než 2 měsíce. Pobyty přesahující 6 měsíců jsou spíše výjimkou (cca 20 % dětí). U osvojení se souhlasem rodičů je doba pobytu v dětském domově pro děti do 3 let věku u 80,4 % dětí kratší než šest měsíců. Složitější je situace u dětí, které čekají na tzv. „právní volnost“, kde je vedeno řízení o zbavení rodičovské odpovědnosti nebo práva dát souhlas k osvojení. Zvláštní pozornost pak vyžaduje skupina cca 15 % dětí, které v tomto typu pobytového zařízení stráví první tři roky života a poté přecházejí do (školských) dětských domovů nebo do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Tyto děti zpravidla vyžadují pravidelnou zdravotní (ošetřovatelskou) péči.

Jak bylo uvedeno výše, i pro tyto děti však bude systém sociálně-právní ochrany trvale vyhledávat možnost zajištění péče v rodinném prostředí. Tedy nejen pro děti, kterým se již dnes daří zajistit pěstounskou péči na přechodnou dobu, ale i pro děti, u nichž je předpoklad řízení delšího než jeden rok (zde připadá v úvahu „klasická“ dlouhodobá pěstounská péče) a také pro děti, které vyžadují vyšší míru podpory z důvodu zdravotního či kombinovaného znevýhodnění. Na všechny tyto cílové skupiny dětí se bude zaměřovat zvýšená pozornost OSPOD, je proto třeba je zohledňovat i při plánování sítě služeb.

Součástí této sítě je rovněž rychle se rozvíjející segment služeb pro **doprovázení náhradní rodinné péče** (viz kapitolu 5. 3. 2.), jehož činnost je podporována

³⁶ Dostupné na: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-kojeneckych-ustavu-detskyh-domovu-pro-deti-do-tri-let-dalsich-zarizeni-pro-deti-roce-2012>, navštíveno dne 25. března 2014.

nově zavedeným státním příspěvkem na výkon pěstounské péče. V souvislosti se zavedením systému služeb doprovázení výkonu náhradní rodinné péče došlo v novele ZSPOD ke změnám v úpravě činnosti **osob pověřených k výkonu sociálně-právní ochrany**. Kromě rozšíření okruhu pověření o výše uvedené služby, jde zejména o změny v činnosti zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Novela ZSPOD zároveň zavedla pro tyto služby povinnost řídit se standardy kvality sociálně-právní ochrany, a to nejpozději k 31. prosinci 2014. Kritéria pro úpravu hodnocení standardů upravuje podrobně vyhláška č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí (dále jen „prováděcí vyhláška k ZSPOD“).

2.2.3. Zákon o zdravotních službách

V roce 2011 došlo k přijetí nového zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „ZZS“), který nahradil původní právní úpravu z roku 1966.³⁷ Ani nový zákon nepřinesl zásadní změny či významnější rozšíření předchozí strohé právní úpravy činnosti tzv. zvláštních dětských zařízení (kojeneckých ústavů). Dětským domovům pro děti do 3 let věku věnuje ZZS jen dvě obecná ustanovení (§ 43 a § 44 zákona), přičemž § 44 řeší otázku příspěvku na úhradu zaopatření dítěte umístěného do zařízení ze strany osob povinných výživou (tedy zejména rodičů). § 43 konstatuje, že „v dětských domovech pro děti do 3 let věku jsou poskytovány zdravotní služby a zaopatření dětem zpravidla do 3 let věku, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Zaopatřením se rozumí stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost. Dětské domovy pro děti do 3 let věku mohou poskytovat též „ubytování ženám v průběhu těhotenství, je-li z důvodů nepříznivé životní situace ohroženo jejich zdraví“.³⁸ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, definuje

³⁷ Zákon č. 20/1966, o péči o zdraví lidu.

³⁸ Další podmínky činnosti upravuje např. zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, podle něhož jsou dětské domovy v provozním řádu povinny upravit režim dne zohledňující věkové a fyzické zvláštnosti dětí a režim stravování. Provozního řád schvaluje svým rozhodnutím příslušný orgán ochrany veřejného zdraví.

nároky na složení personálu domova, vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální vybavení zdravotnických zařízení, obsahuje výčet zdravotnické techniky, která musí být v tomto typu zařízení k dispozici. Na rozdíl od právních úprav v příbuzných oblastech nejsou definovány zásady poskytování služby, zejména ve vztahu k dětem. K dispozici je tak pouze právně nezávazný a tematicky neúplný metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví z roku 2005.³⁹

Dalším problémem právní úpravy činnosti tohoto typu zařízení je úzké zaměření na řešení jedné z potřeb dítěte, tj. zajištění zdravotní péče. To lze demonstrovat na příkladu nároku na obsazení pozic (či spíše pozice) sociálních pracovníků ve vyhlášce č. 92/2012 Sb. Vyhláška stanovuje počet 1,0 úvazku sociálního pracovníka na každých 50 lůžek dětského domova pro děti do 3 let věku. Přitom minimálně třetina dětí je do zařízení umístěna z čistě sociálních důvodů, u dalších jde o kombinaci zdravotních a sociálních důvodů.⁴⁰ Takto koncipovaná služba neodpovídá současným nárokům na komplexní zabezpečení potřeb dítěte. Na stranu druhou, obecná právní úprava spolu s faktorem dominantního financování z rozpočtu zřizovatele (blíže v kapitole 5. 3. 1.), paradoxně znamená, že proces transformace dětských domovů pro děti do 3 let věku – oproti školským zařízením - nemusí narážet na překryvy právní úpravy činnosti či kolize rozdílných systémů, a klíčovými pro úspěšný proces je pochopení a vůle zřizovatele k omezení stávajícího provozu a vytvoření služby reagující na potřeby dětí a rodin.

2.2.4. Novela zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních

Pro činnost pobytových ústavních zařízení ve školské oblasti je klíčovou normou zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních (dále jen „ZVÚOV“), který prošel v posledních letech dvěma významnými novelizacemi.

³⁹ Č.j. 24039/2005. Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku.

⁴⁰ Dostupné na www.uzis.cz, navštíveno dne 11. března 2014.

Novela z roku 2012⁴¹ si dala za cíl snížit počet dětí v ústavní péči tím, že bude kladen větší důraz na prevenci a poradenství.⁴² Výčet účelu a působnosti těchto **zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy** (§ 1 ZVÚOV) byl rozšířen o:

- a) spolupráci s rodinou dítěte a poskytování pomoci této rodině při zajišťování záležitostí týkajících se dítěte, včetně rodinné terapie a nácviku rodičovských a dalších dovedností nezbytných pro výchovu a péči v rodině,
- b) podporu při přechodu dítěte do jeho původního rodinného prostředí nebo jeho přemístění do náhradní rodinné péče,
- c) spolupráci s orgány sociálně-právní ochrany dětí v souladu s individuálním plánem ochrany dětí (§ 1, odst. 4 ZVOÚV).

Stejně tak u **středisek výchovné péče** (dále jen „SVP“) byl zdůrazněn cíl „zachovat a posílit rodinné vazby dítěte a zamezit odtržení dítěte z jeho rodinného prostředí“. SVP může nově zajišťovat také terénní služby⁴³, zejména v rodinném nebo školním prostředí klienta. Podle § 116 školského zákona je SVP považováno za školské poradenské zařízení, primárním zřizovatelem je MŠMT. Zřídit SVP může i kraj, ovšem pouze za předpokladu, že prokáže potřebné finanční, materiálové a personální zabezpečení tohoto školského zařízení.⁴⁴

K další významné novelizaci, která je součástí tzv. doprovodného zákona k novému občanskému zákoníku⁴⁵, došlo s účinností od 1. ledna 2014. Novela reagovala na přenos kompetencí v oblasti výkonu ústavní výchovy, které dosud příslušely diagnostickým ústavům, na soudy (dříve rozhodoval o umisťování dětí do dětských domovů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů včetně jejich následného přemísťování diagnostický ústav). Naprostá většina dětí (83,5 %) v dětských

⁴¹ Zákon č. 333/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

⁴² Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR 2010 – 2013, tisk 574/O, s. 14.

⁴³ § 16 ZVÚOV

⁴⁴ § 181 školského zákona

⁴⁵ Zákon č. 303/2013 Sb., část čtyřicátá devátá

domovech je do zařízení umístěna právě na základě nařízení ústavní výchovy (viz tabulku č. 1). Diagnostika dítěte (pokud je jí třeba) bude prováděna diagnostickým ústavem přímo v zařízení, kde je dítě na základě rozhodnutí soudu umístěno. Odpadá tak opakovaná změna prostředí (již dříve byla stanovena věková hranice pro děti procházející diagnostickým ústavem na minimálně 6 let).

Tab. č. 1.: Důvod umístění dětí do dětských domovů ve školním roce 2012/2013

Ústavní výchova	Ochranná výchova	Předběžné opatření	Žádost rodičů	Dobrovolně prodloužený pobyt	Celkem
3706	1	272	5	458	4442

Zdroj: SocioFactor (2014)

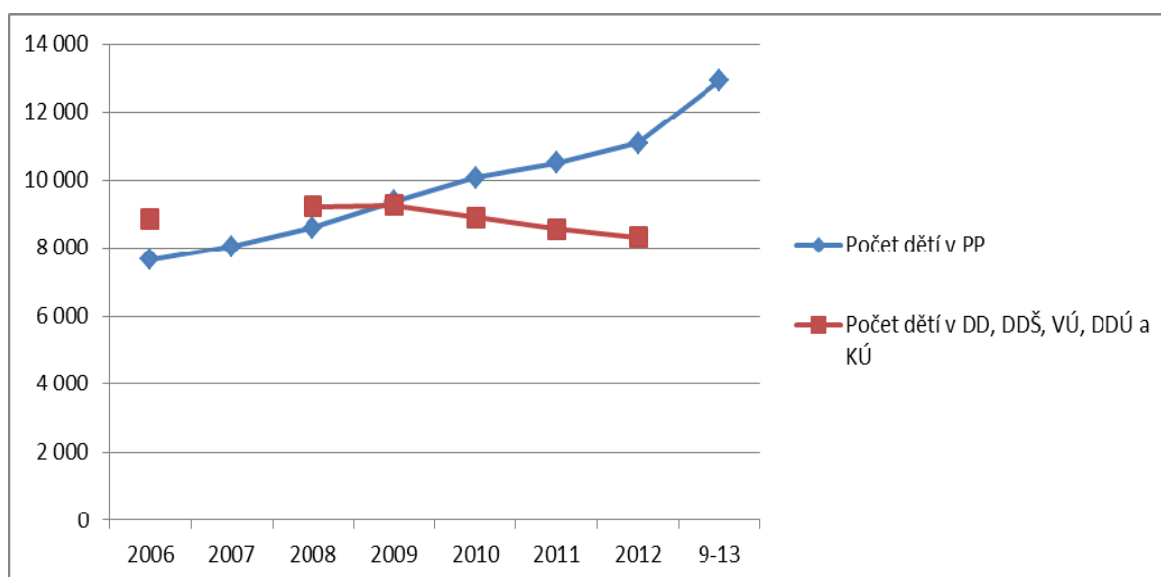
2.3. Vývoj počtu dětí v institucionální péči v České republice

Většina výše uvedených zákonných opatření vede k uplatňování a dodržování tzv. „gate keepingu“. Pro tento pojem zatím bohužel neexistuje vhodný český ekvivalent, nicméně používá se v původní jazykové podobě v řadě dalších oblastí (médiu, zdravotnictví atd.) a znamená doslovně vystavění bariér, které zamezí snadnému propouštění klienta do méně vhodného typu péče (pro účely tohoto textu péče ústavní). Co se týče péče o ohrožené děti, lze ve velmi zjednodušené formě říci, že jde o systém, který usiluje o řešení situace dítěte a rodiny co nejpríznivějšími prostředky (tedy pozitivními bariérami), a zároveň vede k postupnému osamostatňování klienta od závislosti na službě. V praxi se tento princip promítá mj. v přednostní volbě opatření zajišťujících péči o dítě v rodinném prostředí.⁴⁶ Systém musí aktivně hledat možnosti, jak takovou péči dítěti zajistit a podporovat, teprve v případě vyčerpání všech možností je využito řešení např. formou pobytové péče.

⁴⁶ Blíže k pojmu a principům „gatekeepingu“ např. UNICEF (2003).

Vlivem legislativních úprav, provedených v posledních letech (viz předchozí kapitolu), a rozšířením možností pro řešení situace ohrožených dětí, dochází v České republice k postupnému snižování počtu dětí v institucionální péči a nárůstu počtu dětí, jimž se daří nalézt zázemí v náhradních rodinách (viz graf č. 1). Přestože může docházet k určitým výkyvům v závislosti na demografickém vývoji nebo faktorech ovlivňujících stabilitu rodin, lze očekávat, že tento trend bude pokračovat.

Graf č. 1.: Vývoj počtu dětí v ústavní výchově a náhradní rodinné péči v České republice v letech 2006 - 2013



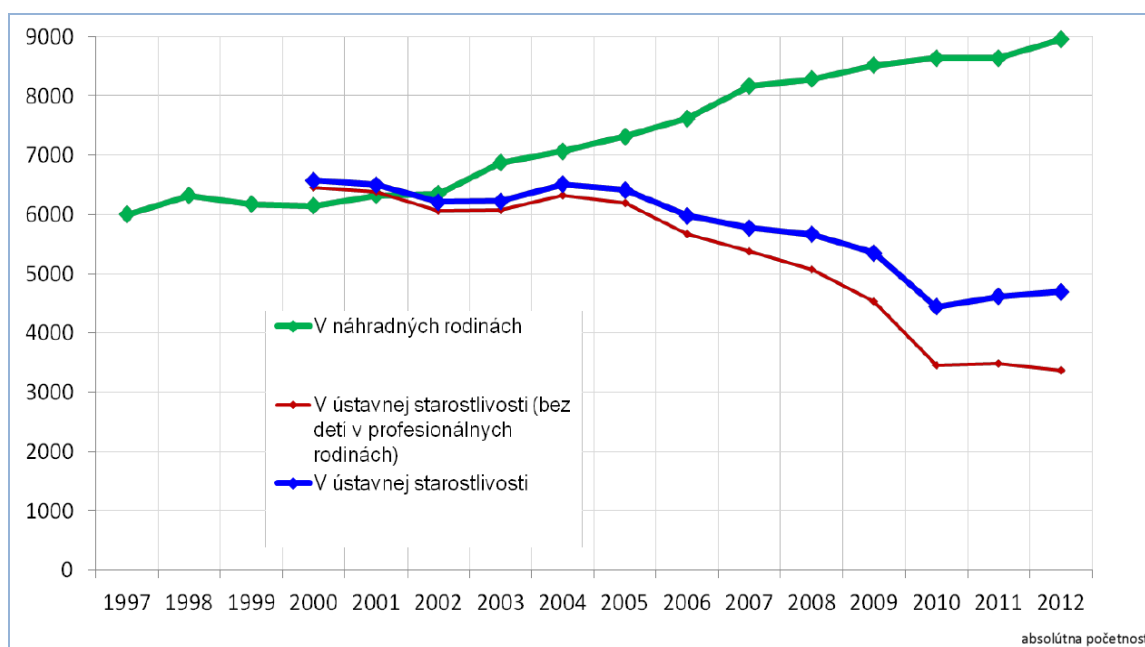
Zdroj: MPSV

Jako další ukazatel pro potvrzení tohoto trendu mohou sloužit data o obsazenosti jednotlivých typů pobytových zařízení pro děti. Podle aktuálních údajů činila průměrná obsazenost školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy ve školním roce 2012/2013 průměrně 75 % (MPSV, 2014). U dětských domovů pro děti do 3 let věku jsou k dispozici údaje za rok 2012, kdy byla vykazována cca 20% kapacitní rezerva.⁴⁷

⁴⁷ <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-kojeneckych-ustavu-detskych-domovu-pro-deti-do-tri-let-dalsich-zarizeni-pro-deti-roce-2012>, navštíveno dne 25. března 2014.

Dlouhodobější zahraniční zkušenost může posloužit k posouzení, zda jde o jev dočasný nebo trvalý. Jako ideální příklad pro srovnání se jeví Slovensko, tedy země s totožnou výchozí pozicí po roce 1989, kde k podobným změnám, které jsou dnes realizovány v České republice, došlo s několikaletým předstihem. Slovenský systém funguje již od roku 1997 integrovaně (dětské domovy a kojenecké ústavy byly již v roce 1997 převedeny do gesce Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny SR). Z grafu č. 2 je patrné, že dochází dlouhodobě ke snižování počtu dětí v institucionální péči v závislosti na rozvoji náhradní rodinné péče.⁴⁸

Graf č. 2.: Vývoj počtu dětí v ústavní výchově a náhradní rodinné péči na Slovensku v letech 1997 - 2012⁴⁹



Slovensko počítá s dalším pokračováním deinstitucionalizace, a to jak v oblasti sociálních služeb obecně, tak pobytové péče o děti, o čemž svědčí např. vládní Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej

⁴⁸ K vývoji na Slovensku, ale i dalších evropských zemích (Polsko, Dánsko, Velká Británie) více Novák, & Paleček, & Matoušová-Šmídová, & Vyskočil, & Zuman, & Bubleová (2013)

⁴⁹ Zdroj: Marošiová, & Bohovicová, & Šumšalová, & Žilínčíková, (2012)

starostlivosti v Slovenskej republike⁵⁰, nebo Národní akčný plán deinštitucionalizácie⁵¹.

V České republice je hlavní překážkou pro pokračování tohoto vývoje nedostatek terénních a ambulantních odborných služeb, které by rodinám pomáhaly nepříznivou situaci řešit, případně zajišťovaly rodinám (i náhradním) podpůrné a odborné služby při péči o děti se zvýšenou potřebou podpory. Tato síť může vznikat nejen transformací současných pobytových zařízení, ale také na zcela jiných základech (aktivity nevládního sektoru, rozšiřování okruhu činností poskytovatelů sociálních služeb atd.). Rozšiřování těchto služeb umožní dalším dětem, aby se vyhnuly ústavní péči. V případě tohoto vývoje může dojít k paradoxní situaci, kdy na straně jedné bude existovat nevyužitá kapacita (odborná, personální) stávajících pobytových zařízení, a vedle toho bude vznikat „paralelní“ systém, který zajistí dětem, rodinám a také orgánům, které jsou odpovědné za jejich ochranu, potřebné služby. **Odstranění tohoto nesouladu je dalším z důvodů pro transformaci stávajících pobytových zařízení pro péči o děti.**

2.4. Nejvýznamnější rizika systémového charakteru

V České republice jsou k dispozici zkušenosti s transformací zařízení určených osobám se zdravotním či mentálním postižením.⁵² Proces komplexní transformace pobytových zařízení ve školské a zdravotnické oblasti na krajské (obecní) úrovni však bude první aktivitou tohoto druhu. Jako u každé „pilotní“ aktivity bude realizační tým narážet na řadu překážek systémového charakteru.

⁵⁰ Dostupné na: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>, navštíveno dne 25. března 2014.

⁵¹ Dostupné na: http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/narodny-plan-deinstitucionalizacie_en.pdf, navštíveno dne 25. března 2014.

⁵² Bližší informace jsou dostupné např. na <http://www.mpsv.cz/cs/7058>, navštíveno dne 24. března 2014.

2.4.1. Diskontinuita rozhodování na úrovni zřizovatele

Zřizovatelem zařízení a realizátorem plánu transformace je orgán územní samosprávy, odpovědnost za rozhodování tedy nesou volení představitelé. Transformační proces je dlouhodobou záležitostí a bude (včetně realizace) rozložen minimálně do dvou volebních období příslušného zastupitelstva.⁵³ Doba realizace projektu podpořeného grantem z Fondů EHP, resp. doba vyčleněná pro zpracování plánu transformace, vytváří dostatečný prostor pro kvalitní přípravu celého procesu, včetně systematické práce a komunikace s klienty, stávajícími i budoucími pracovníky a širší odbornou veřejností. Investice do zpracování plánu transformace má však smysl pouze v případě, že se promítne do realizační fáze. Nelze samozřejmě predikovat, jaké bude složení krajského nebo městského zastupitelstva v následujících obdobích. Základem pro prevenci rizika diskontinuity přijatých rozhodnutí (jejich případné revokace) je intenzivní komunikace a nalézání širší shody ke schválení a provedení změn (tedy nejen na půdorysu aktuální koalice), širší zapojení členů zastupitelstva do pracovních týmů či monitorovacího mechanismu a komunikace s občanskou společností. Zapojení širší veřejnosti do procesu transformace, vysvětlování cílů a získávání podpory veřejnosti a spolupráce občanské společnosti je jednak projevem transparentnosti celého procesu a zároveň ideální „prevencí“ dopadů možných „politických výkyvů“ na proces transformace.

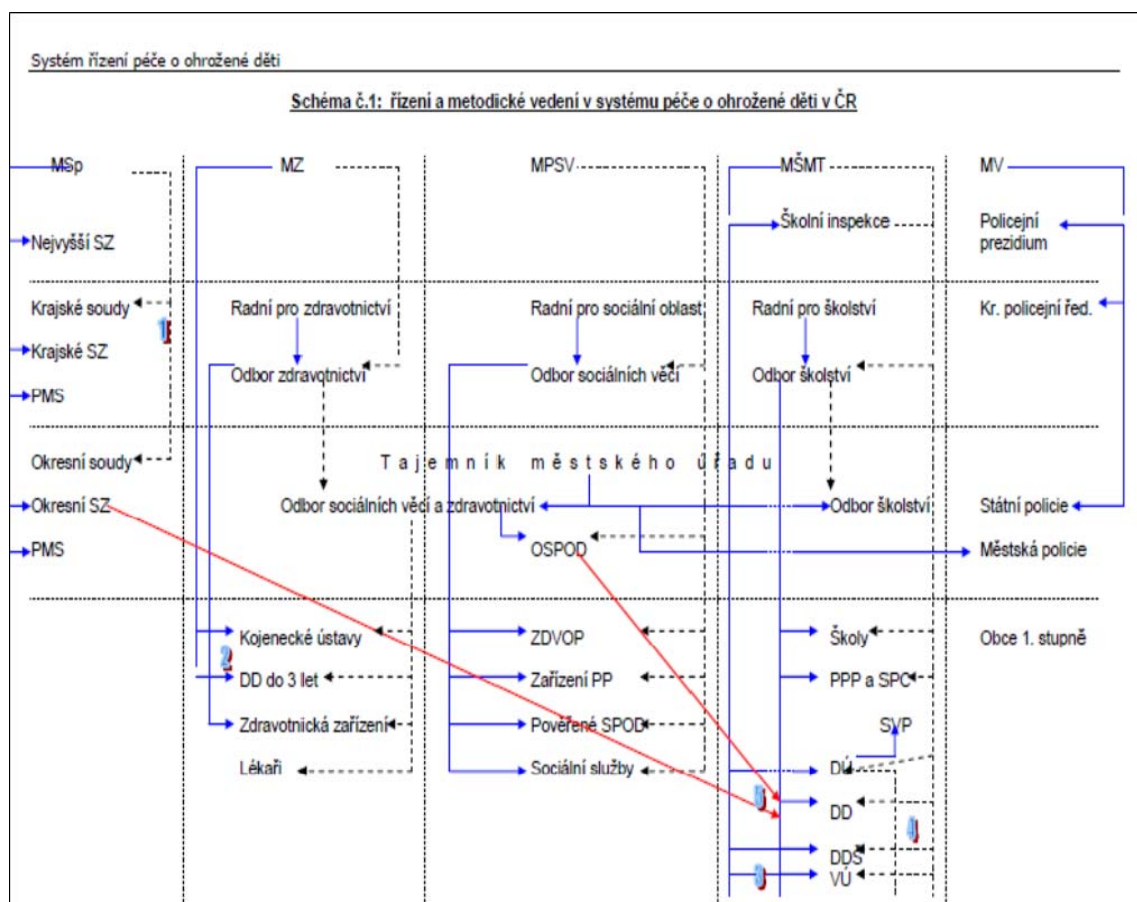
2.4.2. Roztříštěnost systému řízení a metodického vedení

Výkon veřejné správy a veřejných služeb v České republice se vyznačuje poměrně detailní regulací nejen právními normami, ale i dalšími směrnici a metodickými materiály ústředních orgánů. Velké množství předpisů vede k jejich vzájemnému překryvu a v některých případech i rozporu. Vzhledem k tomu, že k těmto rozporům dochází i v rámci jediného oboru, lze předpokládat, že o to intenzivnější bude tento faktor v případě mezioborového (multidisciplinárního) procesu.

⁵³ V případě statutárních měst, kde volby proběhnou na podzim tohoto roku je možné, že proces zpracování plánu transformace a jeho následné realizace bude probíhat v rámci jednoho volebního období.

Roztříštěnost systému péče o ohrožené děti je detailně zdokumentována.⁵⁴ Jejím důsledkem je nepřehledná řídicí a metodická struktura (viz graf č. 3) včetně toků financování (viz graf č. 4). Neexistuje jednotná metodická a datová základna, podle které by se měřila efektivita, účelnost a hospodárnost celého systému. Proces transformace by měl tyto složité struktury alespoň **na regionální a místní úrovni zjednodušit**. Součástí zpracování systému může být i grafické zpracování vztahů v oblasti řízení a financování. Pokud výstupem návrhu bude podobné (či dokonce složitější) schéma, je nutné se k nastavení těchto procesů a vazeb znovu vrátit a přepracovat je.

Graf č. 3.: Systém řízení péče o ohrožené děti v České republice



Pro usnadnění procesu transformace je nutné (ihned na jeho počátku) se v rámci celého projektového týmu a jeho součástí (které musí být složeny mezioborově)

⁵⁴ Křístek, & Pavlovová, & Bittner, & Vyhnánek (2010). Z tohoto dokumentu jsou citovány rovněž grafy č. 1 a 2.

tento integrovaný systém bude i nadále ovlivňován podobnou situací na centrální úrovni.

Národní strategie ochrany práv dětí „Právo na dětství“ počítá s provedením legislativních úprav vedoucích ke sjednocení systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti a posílení koordinační role MPSV (cíl 12 strategie). Má rovněž dojít k novému legislativnímu vymezení role obcí a krajů v oblasti ochrany práv dětí. Tyto aktivity by měly vyústit v přijetí **komplexní právní úpravy**, která zahrne nastavení základních principů práce systému, mechanismy podpory rodin, systém náhradní rodinné péče, činnost veřejné správy v oblasti ochrany práv dětí a pravidla činnosti poskytovatelů služeb pro děti a rodiny („Zákon o podpoře rodin, náhradní rodinné péči a systému ochrany práv dětí“ a novely dalších souvisejících zákonů). Vznik této normy je předmětem jiné aktivity financované z Fondů EHP (tzv. předem definovaný projekt MPSV). V rámci přípravy plánu transformace je doporučeno vycházet nejen z aktuální právní úpravy (která je v metodice detailně popsána), ale sledovat a reagovat na nově vznikající novou právní úpravu. Vzhledem k délce legislativního procesu nelze předpokládat, že nový zákon bude schválen do doby ukončení projektu, tj. zpracování plánu. Mohou se však promítnout do jeho následné realizace. Je rovněž nepochybné, že obě tyto aktivity financované z programu Fondů EHP CZ04 Ohrožené děti a mládež se budou vzájemně ovlivňovat a doplňovat díky aktivitám MPSV. V současné době je možné konstatovat, že nová právní úprava bude vycházet z principů Národní strategie ochrany práv dětí „Právo na dětství“, n. o. z., a přístupu orientovaného na nejlepší zájem dítěte, jak vyplývá z Úmluvy o právech dítěte.

3. Přípravná fáze (výběr zařízení, ustavení týmů)

3.1. Zpracování věcného záměru transformace

Transformace pobytových zařízení v oblasti péče o děti je procesem, v jehož rámci budou opakovaně přijímána rozhodnutí na úrovni samosprávných orgánů kraje či obce (rady i zastupitelstva). Bylo již řečeno, že základní podmínkou úspěšného procesu je **politická vůle k provedení změn a její kontinuita**. Prvním krokem je proto zpracování **věcného záměru transformace (transformačního procesu)** a jeho projednání a schválení zastupitelstvem kraje nebo statutárního města. Záměr by měl obsahovat zejména tyto informace:

- a) cíle a důvody transformačního procesu (je možno využít informace uvedené v kapitole 2. této metodiky a dokumenty, na něž je odkazováno),
- b) výběr zařízení zařazených do transformačního plánu (viz kapitolu 3. 2.),
- c) jasné stanovení odpovědnosti za proces transformace (koordinátor procesu, ustavení projektového týmu, viz kapitolu 3. 3.),
- d) monitorovací mechanismus (monitorovací tým, uložení povinnosti podávání zpráv orgánům samosprávy v pravidelných intervalech, např. jednou za 4 měsíce v souvislosti s podáváním průběžné zprávy o projektu⁵⁵, atd.).

Základní záměr by měl být samosprávou kraje či statutárního města projednán před podáním žádosti o grant (pro podání žádosti bude stanoven termín v intervalu 2 – 3 měsíce od vyhlášení výzvy). Časový prostor, během něhož bude probíhat hodnocení žádosti (opět v řádech měsíců), je možno využít pro případné detailnější dopracování záměru a jeho předložení zastupitelstvu kraje nebo statutárního města, tak aby v případě schválení žádosti o grant bylo k dispozici kladné či negativní rozhodnutí vrcholného samosprávného orgánu v otázce transformace pobytových zařízení. Toto rozhodnutí je nezbytné pro uzavření smlouvy a zahájení realizace projektu.

⁵⁵ Příručka pro příjemce, s. 29

3.2. Kritéria výběru zařízení pro zařazení do procesu transformace

Podmínkou podpory zpracování plánu transformace je zařadit do něj všechna pobytová zařízení pro děti zřizovaná žadatelem (pokud zřizuje jedno nebo dvě zařízení), nebo minimálně tři zařízení (v případě většího počtu zřizovaných organizací). Vzhledem k výši grantu (minimálně 170 000 EUR, maximálně 250 000 EUR) a jeho zaměření jde o významnou příležitost vytvořit strategický dokument, který se bude na základě jasně definovaných podkladů a dat zabývat nejen budoucností příslušných pobytových zařízení, ale celým systémem péče o ohrožené děti a rodiny (mezi podporované aktivity patří analýza potřeb klientů, vzdělávací aktivity pro širší odbornou veřejnost atd.). Z tohoto důvodu se doporučuje, aby byla do plánu zařazena **všechna pobytová zařízení pro děti** zřizovaná žadatelem, tedy nejen „zdravotnické“ dětské domovy pro děti do tří let věku, ale i „školské“ dětské domovy a další pobytové služby (definice pobytové služby je uvedena v části 4. 2. metodiky). Pokud se žadatel rozhodne z jakéhokoli důvodu zařadit do plánu jen některá zařízení, musí toto rozhodnutí zdůvodnit v rámci žádosti o grant⁵⁶. Možnými kritérii výběru pro zařazení zařízení do plánu transformace mohou být například:

- a) cílová skupina, (žadatel se rozhodne zaměřit plán pouze na cílovou skupinu nejmenších dětí a zařadí do plánu pouze dětské domovy pro děti do 3 let věku)⁵⁷,
- b) perspektiva zařízení (do plánu jsou zařazena zařízení, s jejichž existencí žadatel do budoucna počítá)⁵⁸,

⁵⁶ Příloha č. 5 žádosti: „Žadatel zdůvodní, na základě jakých kritérií provedl výběr a zároveň uvede důvody pro nezařazení některých zařízení do procesu transformace“.

⁵⁷ Tento přístup má však řadu rizik. Jedním z nich je např. péče o sourozenecké skupiny. V současné době jsou v některých případech sourozenci stále ještě oddělováni právě z důvodu zaměření služby na vymezenou věkovou skupinu. Je také nutno řešit návaznost služeb. Typickým případem jsou děti, pro něž je v určitém období možno zajistit podporu v přirozeném prostředí, ale po dosažení určitého věku je k dispozici služba pouze ve formě institucionální péče.

⁵⁸ K tomu např. Delap, 2011: „Není vždy možné přeměnit velké domovy na domovy pro malé skupiny. Často je schůdnější uzavřít velká zařízení a zřídit jinou formu péče na jiném místě (ať již zařízení rodinné péče nebo domovy pro malé skupiny“. V této souvislosti je nutné připomenout, že pojmem velký domov jsou v tomto případě označována zařízení se 12 a více lůžky.

- c) lokalita (zřizovatel se rozhodne řešit síť služeb v menším regionu, než je celý územní obvod kraje),
- d) způsob financování služby (současný i předpokládaný),
- e) další kritéria definovaná zřizovatelem.

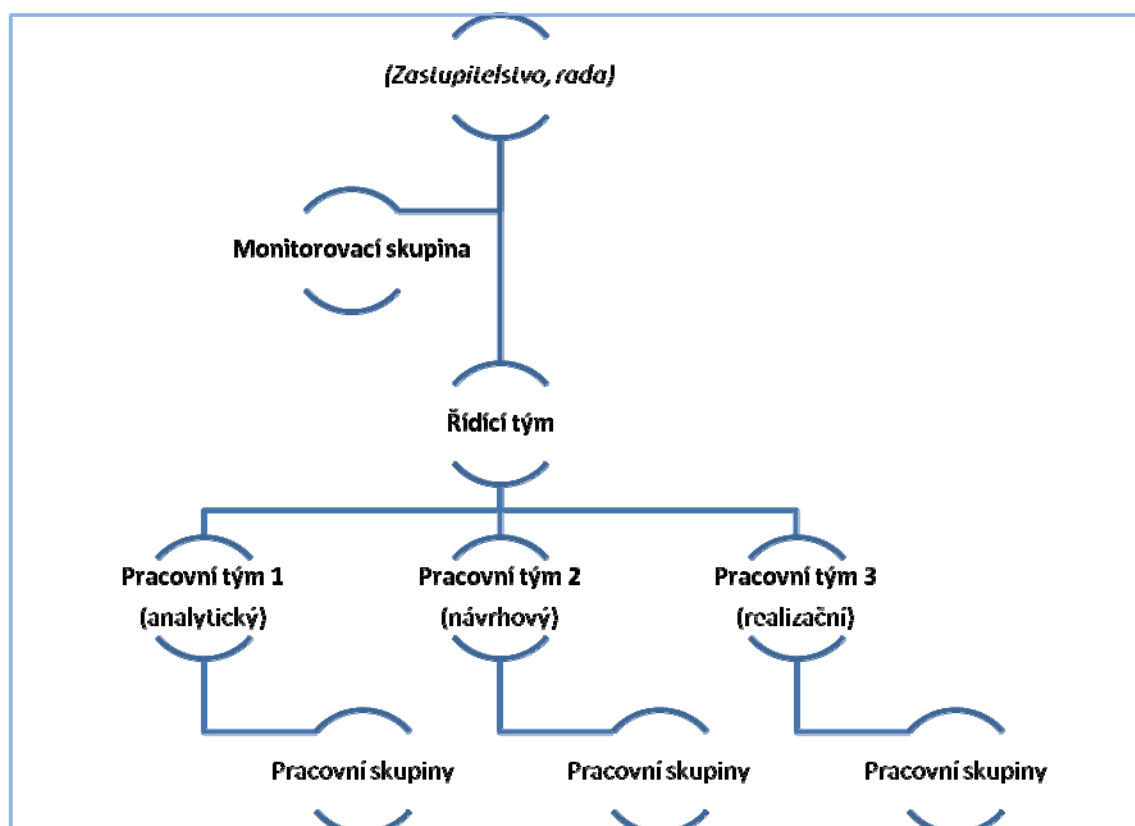
3.3. Ustavení projektového týmu

Součástí rozhodnutí zastupitelstva o schválení věcného záměru transformace je také ustavení **projektového týmu** se zřetelně definovanými kompetencemi. Organizační struktura řízení projektu je i jedním z kritérií hodnocení žádosti o grant. Již byla zdůrazněna nutnost ustavení týmu na mezioborovém základě. Zároveň se doporučuje **hierarchická struktura** projektového týmu (viz graf č. 5), který sestává z:

- a) řídicího týmu,
- b) minimálně třech pracovních týmů (analytický, návrhový, realizační),
- c) pracovních skupin (zřizovaných dle potřeby),
- d) nezávislého monitorovacího mechanismu.

Tento přístup umožňuje ustanovit menší týmy a skupiny a zároveň zapojit do procesu transformace široký okruh osob. Dosavadní zkušenosti z obdobných procesů ukazují, že mnohačetné skupiny jsou neefektivní a ztrácí mnoho energie kompetenčními záležitostmi nebo vnitřní komunikací. Doporučení je koncipováno tak, aby každý z dílčích týmů mohl čítat maximálně 7 členů. Přenos informací je zajištěn prostřednictvím účasti jednoho zástupce týmu nebo pracovní skupiny v týmu na „vyšší“ úrovni. V rámci nastavení pracovních postupů je nutno klást důraz na jasnou formulaci výstupů jednotlivých týmů a skupin a zřetelnou osobní i týmovou odpovědnost. Ta se promítá i do vztahu mezi projektovým týmem a zastupitelstvem, které jmenuje **koordinátora činnosti projektového týmu**. Příslušný kraj či statutární město může samozřejmě dle vlastních zkušeností a podmínek využít strukturu odlišnou.

Graf č. 5: Doporučená struktura projektového týmu



3.3.1. Řídící tým

Veškeré činnosti v rámci projektu koordinuje řídicí tým s přímou odpovědností vůči radě a zastupitelstvu. Jednání řídicího týmu by se měl pravidelně zúčastňovat i zástupce monitorovacího mechanismu. S ohledem na výše uvedené je doporučeno následující složení týmu:

1. člen samosprávy odpovědný za sociální oblast,
2. člen samosprávy odpovědný za oblast školství (a to i v případě, že součástí transformačního procesu nebudou zařízení ze školské oblasti),
3. člen samosprávy odpovědný za oblast zdravotnictví (a to i v případě, že součástí transformačního procesu nebudou zařízení ze zdravotnické oblasti),
4. zástupce „analytického“ pracovního týmu,
5. zástupce „návrhového“ pracovního týmu,

6. zástupce „realizačního“ pracovního týmu,
7. nezávislý expert.

Široké zastoupení členů samosprávy ze všech tří klíčových oblastí je důležité pro přenos informací do orgánu samosprávy, které budou v jednotlivých fázích přijímat zásadní rozhodnutí. Jeden z výše uvedených členů samosprávy by měl být jmenován koordinátorem celého procesu s odpovědností za úspěšný průběh projektu (i dalších etap transformace). Z mnoha ohledů se jako ideální jeví koordinační role člena samosprávy (radního, zástupce primátora), který odpovídá za **sociální oblast**. Byla již zmíněna úzká návaznost na oblast sociálních služeb včetně procesu transformace pobytových zařízení, kde určitou část cílové skupiny tvoří také děti⁵⁹. Jde o děti s potřebou vysoké míry podpory a rizikem, že celý svůj život stráví v institucionální péči. Byla rovněž zmíněna klíčová role orgánů sociálně-právní ochrany. Významnou součástí podpory pro ohrožené rodiny a děti je také sociální práce, která je rovněž v gesci sociální oblasti.

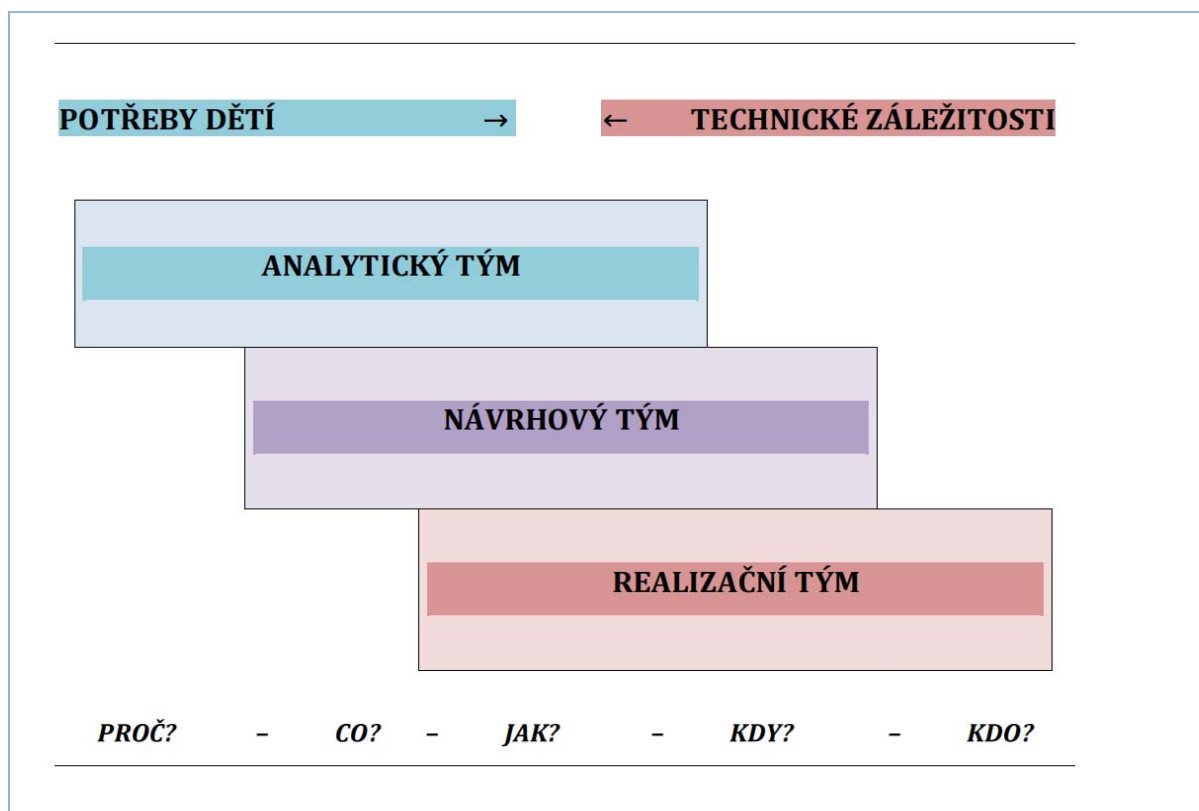
3.3.2. Pracovní týmy

Vzhledem k charakteru procesu je doporučeno vytvořit minimálně tři pracovní týmy (analytický, návrhový, realizační), z nichž každý ponese odpovědnost za jednu z fází projektu (resp. procesu). U každého pracovního týmu jsou proto definovány základní činnosti. Co se týče složení těchto týmů, je navržen okruh pracovníků krajského úřadu příp. magistrátu, nezávislých odborníků, zástupců zařízení atd., kteří by se měli činnosti příslušného pracovního týmu pravidelně účastnit. Není přitom vyloučeno, aby jeden odborník byl členem více pracovních týmů. Složení týmů by mělo respektovat dva základní okruhy otázek, které budou během procesu transformace řešeny: definice potřeb dětí a způsob jejich naplnění (tedy mj. také technické a realizační záležitosti). První okruh otázek je nutno akcentovat v části analytické, druhý především v části realizační. Návrhový tým by měl oba tyto okruhy propojit.

⁵⁹ V domovech pro osoby se zdravotním postižením v České republice je v současné době umístěno kolem 850 dětí, což představuje cca 7 % klientů.

Definice potřeb dětí a rodin, která se následně promítá do návrhové části, by měla směřovat k dosažení určitého ideálu. Bývá častým jevem, že pro určitý technický detail dochází k rezignaci na optimální nastavení cíle projektu, kvality služby či sítě služeb. Takto složitý proces je samozřejmě spojen s řadou překážek a komplikací. Ty by však neměly ovlivňovat úsilí pracovních týmů hned na počátku (výsledkem bude zjištění, že „to vlastně nejde“). Oproti tomu realizátor (člověk odpovědný za technické, právní, ekonomické provedení, veřejné zakázky, investice atd.) by měl pracovat s již jasně definovanými postoji a cíli. V realizační fázi znamená opětovné nastolování otázek o smyslu procesu krok zpět, může vést k průtahům a demotivaci zbývajících členů týmu. To ovšem neznamená, že jeden z týmů by se měl zaměřit výhradně na otázky potřeb dětí bez ohledu na proveditelnost a další výhradně na technické záležitosti bez ohledu na potřeby dětí (viz graf č. 6).

Graf č 6.: Okruhy otázek řešené v rámci jednotlivých pracovních týmů



Samostatnou otázkou je účast zástupců **zařízení** zařazených do procesu transformace. Ta je důležitá ve všech fázích s ohledem na nutný přenos informací ve vztahu k zařízení. Nemělo by se však stát, že pracovní tým nebo skupina budou složeny výhradně ze zástupců zařízení a pracovníků krajského úřadu (magistrátu). Pokud má být vytvořena síť služeb otevřená potřebám klientů, je nutné vnášet do činnosti všech týmů a celého procesu transformace „vnější pohled“, tedy podněty lidí, kteří nejsou součástí úzkého vztahu zřizovatel – zřizovaná organizace.

Pracovní tým 1: Analytický

Pracovní tým 1 je odpovědný zejména za **analytickou část** procesu transformace (je popsána v části 4. této metodiky). Tento tým se zabývá zejména:

- a) definicí přístupů v rámci celého procesu (s ohledem na práva dětí a jejich potřeby),
- b) za sběr a vyhodnocování dat,
- c) rešerše dokumentů, získávání informací z obdobných procesů,
- d) způsob provedení analýz včetně vyhodnocení (popis analytické metody, okruh subjektů a cílových skupin, podoba položených otázek, formulace hypotéz atd.),
- e) výstupy analýz ve vztahu k návrhové části plánu.

Tým spolupracuje s případnými externími dodavateli, podílí se na zadání práce externím dodavatelům (již ve fázi vypsání veřejné zakázky) a na kontrole průběhu prací, hodnotí výstupy a výsledky práce externích dodavatelů. Členy tohoto týmu mohou být například:

- a) relevantní odborní pracovníci krajského úřadu (magistrátu), kteří mají přístup ke zdrojům dat, využívají tato data ke své práci a jsou schopni je vyhodnocovat,
- b) odborníci v oblasti ochrany práv dětí, vývojových potřeb dětí, identity dítěte, zjišťování názoru dítěte, vzdělávacích a zdravotních potřeb dítěte,

- c) odborníci v oblasti kvality služeb pro děti a rodiny,
- d) konzultanti výzkumného procesu (zástupci akademické obce, výzkumných pracovišť, sociologických společností atd.),
- e) experti z praxe (zástupci zařízení, poskytovatelů služeb, nevládních organizací, atd.),
- f) zástupci uživatelů služeb.

Pracovní tým 2: Návrhový

Pracovní tým 2 odpovídá za **zpracování plánu transformace** na úrovni zřizovatele i zařízení. Jde o klíčovou aktivitu z hlediska poskytnutého grantu. Pro jednotlivá zařízení či věcné tematické okruhy mohou být zřízeny dílčí pracovní skupiny. V této pracovní skupině by měl být vždy zastoupen člen pracovního týmu (případně může činnost pracovní skupiny vést). Ve vztahu k externím dodavatelům vykonává „návrhový“ tým obdobný okruh činností jako tým analytický. Členy týmu odpovědného za návrhovou část mohou být například:

- a) relevantní odborní pracovníci krajského úřadu (magistrátu), kteří se podílejí na plánování a síťování služeb, řízení či kontrole jejich činnosti,
- b) odborníci na jednotlivé aspekty činnosti služeb (odborníci v oblasti ochrany dětí, zaměření a kvality služeb, odborníci na procesy změn, právník, ekonom atd.),
- c) experti z praxe (zástupci zařízení, poskytovatelů služeb, nevládních organizací, atd.),
- d) zástupci uživatelů služeb.

Pracovní tým 3: Realizační

Přestože samotná realizace transformace není předmětem grantové podpory, musí na vytvoření plánu logicky navazovat. Proto je doporučeno s předstihem ustavit i realizační tým, přestože jeho klíčová odpovědnost nastane až ve fázi **udržitelnosti projektu**. Pohled z perspektivy budoucího realizátora

transformace může přinášet velmi cenné informace již ve fázi plánování. Členy realizačního týmu mohou být například:

- a) relevantní odborní pracovníci krajského úřadu (magistrátu) a další odborníci se zkušeností s realizací obdobných procesů,
- b) odborníci na jednotlivé aspekty procesu realizace (projektový manažer, expert na fundraising, na veřejné zakázky, investice, kvalitu služeb, řízení rizik atd.),
- c) experti z praxe (zástupci zařízení, poskytovatelů služeb, nevládních organizací, atd.),
- d) zástupci uživatelů služeb.

3.3.3. Expertní spolupráce

Již ve fázi zpracování žádosti o grant je nutno formou kvalifikovaného odhadu rozhodnout o dělbě práce mezi „interní“ členy pracovních týmů, případné nezávislé experty a případné externí dodavatele. V závislosti na tomto odhadu je nutné vyčlenit v rámci žádosti příslušné finanční prostředky. Co se týče expertní spolupráce, je možno využít experty domácí i zahraniční. Zejména v případě zahraničních expertů, jejichž účast na činnosti pracovních týmů bude časově limitována, je nutno definovat předem jasná očekávání. Součástí projektových aktivit mohou být i v omezené míře také studijní cesty do relevantních zařízení v České republice a zahraničí.

V souvislosti s výběrem expertů je nutno zdůraznit, že experty s nenahraditelnou osobní zkušeností jsou i **děti** (příp. dospělí, kteří v dětství prošli náhradní rodinnou péčí či ústavní péčí), rodiče, náhradní rodiče atd., tedy osoby, které přinášejí pohled klienta služby. Je dobrou praxí tyto cílové skupiny do činnosti pracovních týmů aktivně zapojovat.

3.3.4. Monitorovací skupina

Realizace projektu bude monitorována ze strany zprostředkovatele programu, jemuž bude příjemce grantu podávat pravidelné zprávy o realizaci projektu.

Zároveň se doporučuje zřídit monitorovací mechanismus (monitorovací skupinu) procesu transformace i na úrovni regionu či města. Proces transformace tak nabyde větší transparentnosti a bude do něj vtažen širší okruh osob. Členy této skupiny mohou být například:

- a) zástupci klientů,
- b) zástupci občanské společnosti,
- c) členové zastupitelstva (i z řad politických subjektů, které netvoří aktuální koalici),
- d) nezávislí experti.

Doporučení ve vztahu k žádosti o grant:

V rámci žádosti o grant se doporučuje vyčlenit finanční prostředky mj. na:

- 1. Management projektu (max. 10 % uznatelných výdajů).*
- 2. Činnost pracovních týmů (tyto týmy budou zajišťovat vlastní činností výše uvedené aktivity, v případě využití expertů a konzultačních služeb jsou odpovědné za kontrolu dodaných podkladů).*
- 3. Činnost nezávislých expertů a konzultantů (pokud budou pro projekt využíváni).*
- 4. Činnost externích dodavatelů (pokud budou pro projekt využíváni).*

4. Analytická fáze

Na přípravnou fázi, která se zaměřuje na rozhodovací procesy na úrovni samosprávných orgánů a ustavení organizační struktury projektu, navazuje fáze analytická. Již ve fázi přípravy věcného záměru transformace budou pro argumentaci využívány analytické podklady. Může jít však o podklady, které popisují skutečnost na republikové úrovni bez zohlednění specifík příslušného regionu, nebo dokumenty zaměřující se jen na některé aspekty procesu transformace. Před samotným započítím prací na níže popsanych analýzách by však měla být prvním krokem (v gesci analytického pracovního týmu) **řešení** dostupných statistik, výzkumů a analýz a prověření jejich využitelnosti pro návrhovou část projektu, a definice chybějících informací a podkladů.

4.1. Analýza potřeb klientů

Prvním z dokumentů, který slouží pro nastavení budoucí sítě služeb pro práci s ohroženými dětmi a rodinami (potažmo transformovaných zařízení) je analýza potřeb klientů. Tato analýza by se měla zaměřit především na příčiny, **proč děti přicházejí o péči rodičů** a jsou umísťovány do pobytových zařízení. V tomto ohledu může být využit kazuistický přístup, tedy ve spolupráci s orgány sociálně-právní ochrany na základě spisových dokumentací, resp. vyhodnocení situace dítěte a rodiny analyzovat za určité časové období případy, v nichž došlo k odebrání dítěte z rodiny a jeho následnému umístění do pobytové péče.

Pozornost by měla být věnována skutečností, zjištěným obdobnými výzkumy na republikové úrovni. Jako příklad lze zmínit Sociodemografickou analýzu (SocioFactor, 2013), která mj. prokázala úzkou souvislost mezi chudobou a odebráním dětí z rodin. V této souvislosti je nutno zmínit, že podle § 971 n. o. z. „nedostatečné bytové poměry nebo majetkové poměry rodičů nebo osob, kterým bylo dítě svěřeno do péče, nemohou být samy o sobě důvodem pro rozhodnutí soudu o ústavní výchově, jestliže jsou jinak rodiče způsobilí zabezpečit řádnou výchovu dítěte a plnění dalších povinností vyplývajících z jejich rodičovské

odpovědnosti“. Vzhledem k neexistenci systému sociálního (existenčního) bydlení je však toto ustanovení v praxi obtížně naplnitelné. Analýza potřeb klientů by se proto měla zaměřit i na tyto faktory.

Inspirativní může být v tomto ohledu rovněž výzkum provedený v roce 2011 na Slovensku, který se zabýval důvody odebrání dětí z rodin v období let 2006 – 2010 (Mikloško, 2011). Výzkum konstatoval, že nejohroženější skupinou jsou děti ve věku od 0 do 3 let a od 10 do 15 let. Nejčastějším důvodem pro odebrání dítěte z rodiny bylo zanedbávání péče ze strany rodičů, ztráta bydlení, závislost rodičů na návykových látkách, ztráta zaměstnání rodičů. Na straně dětí jde o důvody reaktivního charakteru, kdy (starší) dítě na nepříznivou situaci v rodině reaguje záškoláctvím, poruchami chování, úteků z domova atd. Rizikovým faktorem je neúplnost rodiny a na stranu druhou velký počet členů rodiny. Je přitom určitým paradoxem, že pouze 50 % dětí odchází z rodiny ve stejném termínu se sourozenci.⁶⁰ Výzkum přitom poukázal na opakující se cyklus v rámci různých generací jedné rodiny: matky, kterým byla v minulosti nařízena ústavní výchova, mají 52 krát větší pravděpodobnost, že jim bude odebráno dítě, než matky ostatní.

Analýzu potřeb je možnost členit dle věkových kategorií dětí, ovšem nikoliv z hlediska administrativního⁶¹, ale z hlediska potřeb, které jsou s příslušným věkem spojeny. Zvláštní pozornost by měla být věnována dětem, které jsou aktuálně v pobytové péči umístěny a dětem, které v minulosti ústavní péčí prošly (co se s nimi dělo po opuštění pobytové péče, zda nedocházelo k opakovanému pobytu atd.). Z výše uvedeného popisu příčin odebrání dětí z rodin vyplývá nutnost zaměřit analýzu nejen na samotné děti, ale také na rodiče (jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte) a širší sociální prostředí.

⁶⁰ K podobnému výsledku došla detailní Analýza systému péče o ohrožené děti v Pardubickém kraji z roku 2010. Téměř 90 % dětí v ústavní péči v Pardubickém kraji mělo nějakého sourozence, avšak sourozence ve stejném zařízení uvádělo pouze 42 %. U více než poloviny sourozeneckých skupin byly přetrhány vazby mezi sourozenci.

⁶¹ Podle zažitého stereotypu, že děti do 3 let jsou „v gesci“ zdravotnictví, děti do 3 do 18 let v „péči“ školství a někde mezi tím se pohybuje oblast sociální.

Analýza bude zpravidla zpracována pro celé území kraje, je však možno provést detailnější členění podle správních obvodů obcí s rozšířenou působností (nebo několika správních obvodů). U služeb specializovaných na úzkou cílovou skupinu se analýza může zaměřit na potřeby této cílové skupiny v rámci několika regionů nebo celé České republiky.

Výstupem této části analytického procesu bude definice opatření, která povedou k prevenci odebrání dětí z rodin včetně návrhu potřebných služeb v daném území se zaměřením na oblasti (jde o demonstrativní výčet):

- a) systematické práce s rodinami,
- b) naplňování potřeb dětí s různými typy znevýhodnění (zdravotní, mentální, sociální atd.),
- c) podpory náhradní rodinné péče,
- d) sociálního bydlení.

4.2. Analýza pobytové péče

Analýzu pobytové péče je nutno zadat z úrovně zřizovatele, aby byla zaručena srovnatelná metodika provedení a výstupů. Analýza by se měla zaměřit nejen na zřizované organizace zařazené do procesu transformace, ale na pobytovou péči na území kraje (města) obecně. Pobytová péče je definována ve Směrnici náhradní péče o děti (OSN, 2011, bod 29 písm. c/) jako „péče poskytovaná v jakémkoliv skupinovém uspořádání v jiném než rodinném prostředí, například v azylových domech, kde je zajištěna péče v naléhavých případech, v tranzitních centrech při mimořádných situacích, a všechny ostatní formy krátkodobé a dlouhodobě péče v pobytových zařízeních včetně domovů pro skupiny dětí.“ Podle této definice spadají v podmínkách České republiky do pobytových zařízení nejen všechny typy školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, domovy do 3 let věku, lůžkové psychiatrie pro děti a domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale rovněž zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, střediska výchovné péče, azylové domy, týdenní stacionáře, odlehčovací služby atd. Odborná literatura uvádí

i další charakteristické rysy pobytové péče (Delap, 2011), které předchází výčet poněkud zužují:

- život ve skupině zpravidla čítající nejméně pět dětí,
- péče poskytovaná 24 hodin denně, sedm dní v týdnu mimo domov dětí,
- péče ve speciálně navržených či určených zařízeních,
- o zařízení se starají pracovníci bez příbuzenského vztahu k dětem umístěným v zařízení,
- zařízení se zpravidla řídí stanovenými nebo písemnými pravidly a postupy,
- péče je spojena s omezeným kontaktem s rodinami dětí,
- obecně je poskytování péče ukončeno, jakmile dítě dosáhne 18 let věku.

Analýza pobytových služeb může vycházet ze širšího pojetí Směrnice pro náhradní péči (tedy včetně různých typů sociálních služeb), nebo z citovaného užšího pojetí (pobytová zařízení, která naplňují výše uvedené znaky). Dalším rozlišovacím znakem může být, zda pobytová zařízení nahrazují nebo jen doplňují rodičovskou péči (jde např. jen o odlehčovací službu, během níž je dítě v pravidelném kontaktu s rodiči a po jejímž skončení se k rodičům vrací, aniž by došlo k narušení vazeb). Jednoznačné vymezení skupiny služeb a zařízení, jíž se bude analýza pobytové péče zabývat, je důležité pro určení rozsahu zjišťovaných dat, potažmo návrhové části plánu transformace.

Analýza pobytových služeb slouží nejen zřizovateli, ale také managementu jednotlivých zařízení (např. jako podklad pro stanovení procesních pravidel uvnitř organizace). Analýza zařízení je zaměřena na potenciál zařízení účastnit se procesu transformace a schopnosti zaujmout v nově koncipované síti služeb pro rodiny a děti úlohu vyplývající z definovaných potřeb těchto cílových skupin. Tato část analytického procesu by měla obsahovat zejména:

- a) jednoznačný popis činností a výkonů organizace (reálný stav poskytovaných činností),
- b) skladbu klientů,

- c) náklady služby (ve vztahu k řešení konkrétní potřeby dítěte),
- d) personální audit (počet pracovníků, náplň činnosti, věková a vzdělanostní struktura, možnost profesního rozvoje, potenciál rekvalifikace atd.),
- e) procesní audit,
- f) ekonomický stav zařízení,
- g) potenciál zařízení z hlediska lokality (dostupnosti služby), možnosti dalšího rozvoje služby, jejího převedení do terénní a ambulantní formy atd.

Výstupem této části analýzy je zjištění, zda a co může pobytové zařízení pro nově definovanou síť služeb nabídnout.

4.3. Srovnávací analýza

Obě předchozí analýzy (potřeb klientů a pobytové péče) jsou podkladem pro vytvoření analýzy **srovnávací**. Na jedné straně jsou k dispozici definované potřeby klientů, na straně druhé potenciál stávajících pobytových zařízení. Výstupem srovnávací analýzy, která je klíčovým podkladem pro návrhovou část plánu transformace, je zejména:

- a) definice sítě služeb pro práci s ohroženými dětmi a rodinami v příslušném regionu (popis potřebných typů služeb, jejich zaměření a kapacit),
- b) modelové srovnání nákladů na řešení situace dítěte a rodiny prostřednictvím různých způsobů intervencí a služeb,
- c) srovnání této potřebnosti se zdroji a potenciálem zařízení,
- d) vyhodnocení míry zapojení stávajících pobytových zařízení do nově definované sítě služeb, orientační stanovení možné cílové skupiny transformované služby,
- e) návrh dalších opatření ve vztahu k vytvoření komplexní sítě služeb (opatření na podporu dalších poskytovatelů služeb).

Srovnávací analýza může poskytnout vodítka a informace nejen pro stanovení dalšího postupu zřizovatele vůči zařízením, ale rovněž o potřebnosti dalších aktivit vedoucích k vytvoření deinstitutionalizované sítě služeb pro ohrožené děti a jejich

rodiny. Veškeré analytické materiály je proto vhodné koncipovat širěji, resp. tak, aby kraji či obci přinesly všechny potřebné informace, které nemůže čerpat z jiných analytických dokumentů.

Doporučení ve vztahu k žádosti o grant:

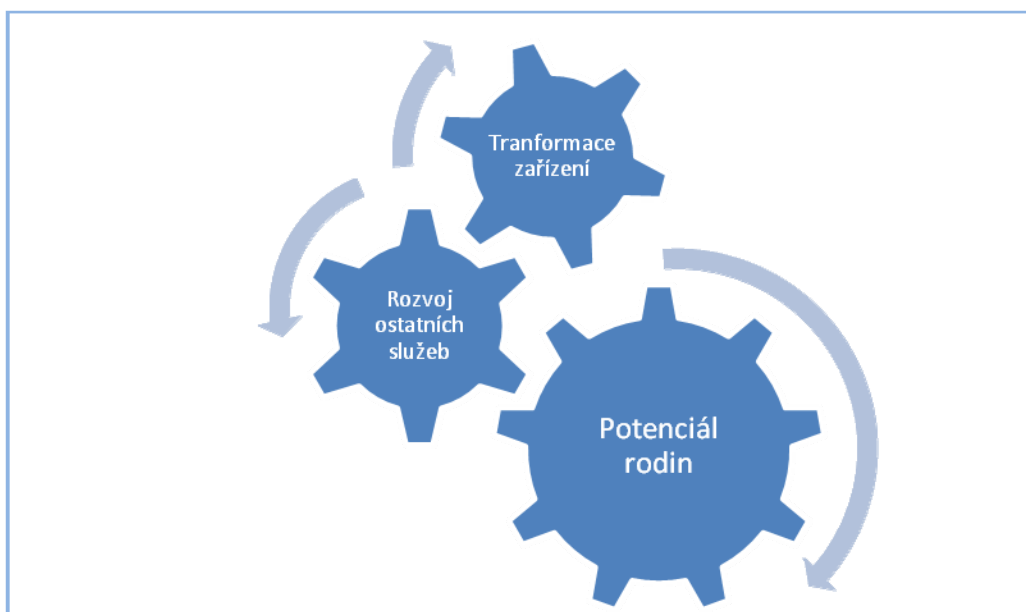
V rámci žádosti o grant se doporučuje vyčlenit finanční prostředky mj. na:

- 5. Zpracování rešerší, sběr statistických dat.*
- 6. Zpracování analýz, personálních auditů, procesních auditů atd. (osobní náklady, expertní spolupráce).*
- 7. Zhodnocení výsledků analýz, konzultace spojené s definováním závěrů a zjištění a výstupů ve vztahu k návrhové části.*

5. Návrhová část plánu transformace I (definice sítě služeb a způsob transformace pobytových zařízení)

Základním výstupem návrhové části plánu transformace je soubor opatření (a jejich harmonogram), který povede k vytvoření **multidisciplinární sítě terénních a ambulantních služeb pro děti a rodiny s dětmi**⁶². Opatření související s transformací stávajících pobytových zařízení, jsou pouze jednou ze součástí vytvoření této sítě. Následující část metodiky se vzhledem k zaměření grantu věnuje především tomuto procesu, neopomíjí však ani procesy související. Jak již bylo uvedeno, není vyloučeno, že kraj či město dojde k závěru, že určité služby bude nutno zřídit na jiném než transformačním základě např. podporou rozšíření činnosti stávajících poskytovatelů terénních a ambulantních služeb nebo vznikem zcela nových služeb. Často bývá opomíjena skutečnost, že hlavní potenciál je nutno hledat v rodinách samotných. K jeho využití vedou nejen poskytované služby, ale i metody práce příslušných orgánů, motivační a komunikační strategie atd. Všechny tyto složky se navzájem ovlivňují (viz graf č. 7).

Graf č. 7: Zdroje pro vytvoření systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti



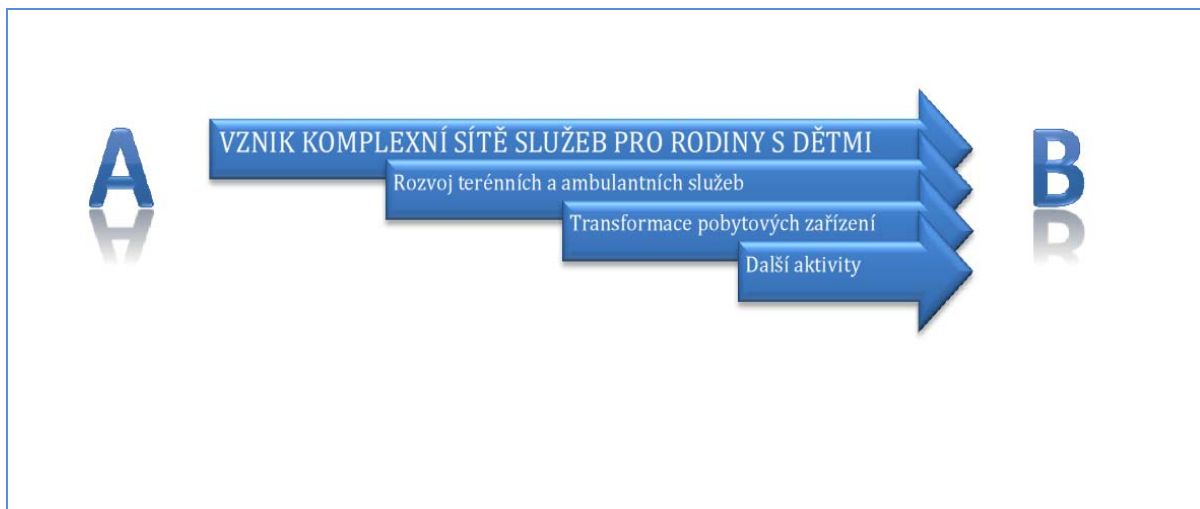
⁶² Detailní popis transformace konkrétního zařízení je výstupem další návrhové části, zpracovávané na úrovni zařízení.

Návrh opatření v rámci plánu transformace by se měl tedy zaměřit na všechny zmíněné oblasti:

- a) transformace pobytových zařízení,
- b) rozvoj stávajících poskytovatelů ostatních typů služeb a vznik zcela nových služeb,
- c) potenciál samotných rodin.

Z tohoto důvodu se doporučuje zpracovat návrhovou část plánu transformace ve dvou úrovních, zřizovatele a jednotlivých zařízení (výstupem je ovšem ucelený dokument). Jde v zásadě o popis procesu směřujícího z „bodu A“, kterým je současný stav sítě služeb pro ohrožené děti, do „bodu B“, jímž je integrovaný a deinstitucionalizovaný systém služeb pro rodiny a děti (viz graf č. 8). Součástí tohoto procesu je také obdobný postup na úrovni zařízení, které se z původního poskytovatele pobytové péče stává (transformovaným) poskytovatelem služeb pro rodiny a děti. Zároveň však budou tento proces ovlivňovat i další aktivity probíhající vně současného systému pobytových zařízení pro ohrožené děti, například rozvoj dalších poskytovatelů služeb, kteří budou rovněž participovat na vzniku nového systému.

Graf č 8: Proces transformace na úrovni komplexní sítě služeb a jednotlivých zařízení



Plán transformace na úrovni kraje popisuje proces transformace v širším kontextu, zatímco plány transformace zařízení jsou „prováděcími dokumenty“ pořizovanými především pro účely plánování vnitřních procesů uvnitř organizace. Kraj může při vytváření plánu transformace zohledňovat další koncepce a strategie nebo dokumenty, které standardně nebo povinně zpracovává (např. již zmíněný střednědobý plán rozvoje sociálních služeb). Podklady a okruhy definované v této metodice, lze v tomto ohledu považovat za **minimální doporučený obsah plánu transformace**.

Rozsah takových „mimotransformačních“ opatření vyplyne z analýzy potřeb a srovnávací analýzy. Součástí komplexní strategie deinstitucionalizace však není pouze odpověď na otázku „co se stávajícími zařízeními?“, ale především, „co udělat proto, aby se omezila potřeba institucionální péče?“. Je proto přirozené a účelné, že se návrhová část rozšíří i o opatření směřující mimo systém stávajících pobytových zařízení pro děti.

Proces zpracování návrhu opatření na úrovni zřizovatele i zařízení by zároveň měl dodržovat jasnou hierarchii priorit:

- 1. Zájmy a potřeby klientů (zejména dětí)**
- 2. Potřeby pracovníků**
- 3. Infrastruktura**

Je vážnou překážkou transformačního procesu, pokud se první položenou otázkou stane: „jak budeme využívat budovu?“. Infrastruktura je pouze nástrojem, neměla by se stát faktorem ovlivňujícím a upozadujícím potřeby klientů. Je třeba počítat s tím, že tyto druhy rozhodnutí nepatří mezi „populární“, zvláště jde-li o budovu historickou, kde ústav sídlí dlouhá desetiletí.⁶³ Mnohé z těchto objektů však neodpovídají standardům péče o děti v 21. století. Zásadní rekonstrukce může být nákladnější než vybudování zcela nového zázemí. Jedním z významných faktorů

⁶³ Zároveň je nutno hledat a v plánu transparentně definovat způsob nakládání s nepotřebným majetkem. Spekulace (byť nepodložené) o možném účelovém zcizení majetku jsou jedním z argumentů používaných s cílem zastavit nebo zpomalit proces transformace.

při rozhodování by měla být také otázka **dostupnosti služby**, a to nejen ve formě terénní a ambulantní, ale i pobytové. Je tedy zcela na místě i otázka redislokace služby.⁶⁴

Před zahájením práce na návrhové části je proto nutno specifikovat roli jednotlivých aktérů procesu a stanovit:

- a) vymezení věcných okruhů, jimiž se bude plán zabývat,
- b) strukturu plánu (co bude zpracováno na úrovni zřizovatele, co na úrovni zařízení),
- c) detailní postup zpracování transformačního plánu,
- d) způsob definice cílů a opatření,
- e) způsob popisu aktivit a stanovení odpovědnosti za jejich realizaci (úkol, termín, odpovědnost, zdroje atd., viz část 10. této metodiky),
- f) způsob zpracování harmonogramu.

Je zároveň nutno identifikovat potřebné právní kroky (rozhodování samosprávných orgánů, právní úkony na úrovni zařízení atd.).

5.1. Zaměření zřizovaných organizací a jejich pozice v síti služeb

Jak bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, zaměřuje se následující část metodiky především na otázky spojené s transformací pobytových zařízení. V případě, že zpracovatel narazí v průběhu vytvoření návrhové části plánu na jakýkoliv limit ze strany zařízení, je na místě přejít do širšího okruhu plánovaných opatření a hledat alternativní opatření pro vznik potřebné služby. Přestože základní právní úprava činnosti pobytových zařízení spadajících do jedné oblasti je shodná (ZZS, ZVÚOV atd.), tyto služby ve skutečnosti vykazují velké rozdíly co do kapacity, způsobu poskytování služby i organizačního začlenění (např. některé dětské domovy pro děti do 3 let věku jsou jedním z oddělení nemocnice, jiné fungují jako samostatné

⁶⁴ V kapitole 2. 2. 1. byla zmíněna nová úprava ústavní výchovy v § 971 n. o. z., podle níž by ústavní výchova (pobytová péče obecně) měla probíhat co nejbližší bydliště rodičů dítěte nebo osob dítěti blízkých.

ústavy, u dalších převažuje činnost odpovídající spíše zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc atd.). Výchozí pozice zařízení bude zmapována prostřednictvím analýzy pobytové části, možnost jejich začlenění do sítě služeb potom prostřednictvím srovnávací analýzy. Na základě těchto dokumentů a především s důrazem na potřeby klientů se doporučuje v rámci plánu transformace stanovit základní směr, jímž se bude konkrétní zařízení v tomto procesu ubírat. Tento směr lze definovat prostřednictvím několika základních typů (transformovaných) služeb.

5.2. Typ zařízení a společné znaky (zásady) všech typů zařízení

Tato metodika nabízí jako určité vodítko pro rozhodování čtyři základní koncepty (typy) služeb, které ve všech případech zahrnují terénní, ambulantní a pobytovou složku (viz graf č. 9, dominantní činnost je graficky zvýrazněna):

- Typ I: Terénní a ambulantní služba (s nezbytnou pobytovou složkou)
- Typ II: Odborné (specializované) centrum
- Typ III: Nízkokapacitní pobytová služba pro děti
- Typ IV: Pobytová služba pro celé rodiny

Graf č. 9.: Porovnání jednotlivých typů služeb z hlediska hlavního zaměření jejich činnosti

Typ I	TERÉN		AMBULANCE	(POBYT)
Typ II	TERÉN	AMBULANCE		POBYT
Typ III	TERÉN	AMBULANCE	POBYT	
Typ IV	TERÉN	AMBULANCE	POBYT	

Na těchto příkladech jsou demonstrovány různé aspekty doprovázející proces transformace. Žadatel může se znalostí místních podmínek, podoby stávající sítě pro ohrožené děti a jejich rodiny a také výchozího stavu stávajících zařízení, využít jiný model, nebo navržené typy zařízení kombinovat. I takto modifikované služby

by se však měly řídit stejnými principy a zásadami, jak jsou definovány v následující části této kapitoly.

5.2.1. Základní zásady činnosti transformovaných služeb

V této kapitole je formulováno několik základních zásad, jimiž by se mělo nastavení služby (bez ohledu na právní, finanční, personální a technické aspekty, které budou popsány v následujících kapitolách), vždy řídit. Prostřednictvím těchto zásad lze formulovat i všechna opatření obsažená v plánu transformace a následně jejich pomocí monitorovat, zda jsou základní cíle transformace naplňovány. Jde o tyto zásady:

Zásada č. 1:

Služby důsledně dodržují lidská práva a svobody, zejména práva dětí, včetně práva na soukromí, důstojnost a rodinný život.

Zásada č. 2:

Dítě je středem zájmu služby, jeho prosperita je prvořadým zájmem služby a veškeré úsilí je zaměřeno na efektivní řešení situace jednotlivého dítěte.

Zásada č. 3

Je uplatňován přístup směřující k osamostatnění klienta (od závislosti na službě), podporující rodinu a rozvoj jejích kompetencí.

Zásada č. 4

S rodinou a dalšími blízkými osobami dítěte pracuje služba jako s celkem. Zásadně nedochází k separaci sourozenců, pokud to není v zájmu dítěte.

Zásada č. 5

Prostřednictvím služby je udržován kontakt dítěte s přirozeným sociálním prostředím, a pokud neexistuje omezení ve formě rozhodnutí soudu, také sounáležitost s rodiči a dalšími blízkými osobami (součástí je možnost společného

pobytu dítěte a rodiče v pobytovém zařízení nebo pravidelný osobní styk s rodiči)⁶⁵.

Zásada č. 6:

Služby mohou být zaměřeny na různé cílové a věkové skupiny dětí. Ve všech případech však jde o služby **multidisciplinární**, která dokáží reagovat na **všechny potřeby dítěte**. Součástí multidisciplinárního týmu nejsou jen specialisté, ale i pracovníci služeb komunitních.

Zásada č. 7:

Jde o služby, které **navazují na běžné komunitní služby** (vzdělávací, zdravotní, volnočasové), měly by je doplňovat (případně zajišťovat přístup dětí s určitým znevýhodněním do těchto služeb) a nikoliv nahrazovat či dublovat.

Zásada č. 8

Ve službě dochází k pravidelnému vyhodnocování situace dítěte a výsledků služby s cílem dosažení soběstačnosti (omezení závislosti na službě).

Zásada č. 9

Pro dítě je vždy vybrána nejvhodnější forma pomoci podle jeho potřeb, v souvislosti s jejich vývojem může dítě procházet bez administrativních překážek jednotlivými formami služby (propustnost služby).

Zásada č. 10

Službou je podporována účast dítěte v rozhodování o věcech, které se ho týkají, s ohledem na jeho věk a rozumovou vyspělost.

Vzhledem k tomu, že součástí některých služeb bude rovněž pobytová složka a v metodice se pracuje s termíny „dlouhodobá“ a „krátkodobá“ pobytová péče, je třeba vyložit i obsah a princip těchto pojmů. U starších dětí jsou za dlouhodobou

⁶⁵ Stávající systém často nahlíží na kontakt dítěte s rodiči z perspektivy práva rodiče stýkat se s dítětem, zároveň je však nezadatelným právem dítěte udržovat pravidelné osobní kontakty s oběma rodiči a dalšími blízkými osobami.

péči považovány pobyty přesahující 6 měsíců, u mladších dětí je nutno uvažovat o výrazně kratších časových limitech (zejména u dětí umístěných do zařízení ihned po narození). Hovoří-li se proto v metodice o krátkodobém pobytu dítěte, jde zpravidla o několik týdnů, tedy dobu potřebnou pro překonání aktuální krizové situace nebo pro poskytnutí pomoci rodině formou odlehčovací péče.

5.2.2. Typ I: Terénní služba s ambulantní a pobytovou složkou

Prvním z typů (transformovaného) zařízení je poskytovatel terénní služby pro děti a rodiny s dětmi, který nabízí také ambulantní formu pomoci a disponuje případně rovněž určitou (velmi malou) pobytovou kapacitou (poskytovatel však může působit pouze na terénní a ambulantní bázi a budova slouží jako zázemí služeb). Případná pobytová kapacita slouží především pro odlehčovací pobytové služby, nebo pro pobyt dětí, které vyžadují okamžitou pomoc. Terénní a ambulantní formou mohou být poskytovány například služby:

- a) praktické podpory rodin v nepříznivé situaci (podpora rozvoje rodičovských kompetencí, podpora vedení domácnosti),
- b) pomoci s vedením domácnosti, péčí o dítě, při výchově dětí (poradenství, doprovázení, praktický nácvik dovedností v přirozeném prostředí klienta),
- c) pomoci při péči o děti se zdravotním znevýhodněním (ošetřovatelská péče a další zdravotní služby, které lze poskytovat v rodinném prostředí), tedy flexibilní terénní tým pro podporu dětí s postižením a jejich rodin v jejich domácnostech,
- d) sdílené péče (péče rodiny o děti s kombinovaným postižením a potřebami ve spolupráci s garantovanou pobytovou službou - přesně naplánovanou),
- e) doprovodného týmu pro mladé dospělé po odchodu z péče,
- f) doprovázení a pomoci rodinám vykonávajícím náhradní rodinnou péči.

5.2.3. Typ II: Odborné (specializované) centrum

Typ č. II reprezentuje poskytovatele odborných mezioborových služeb pro děti a rodiny (sociální pracovník, pediatr, psycholog, terapeut, psychiatr), primárně na

terénní a ambulantní úrovni. Jde o služby, které se zaměřují na děti, které potřebují zvýšenou míru podpory pro jejich zdravotní, mentální či kombinované postižení, tedy děti, které nepotřebují akutní lékařskou péči (tu zajišťují komunitní zdravotnická zařízení), ale dlouhodobou podporu ve formě intenzivní ošetrovatelské péče, rehabilitace, odlehčovací péče v kombinaci s dalšími odbornými službami. Součástí činnosti poskytovatele je i nácvik dovedností pečujících osob a jejich vzdělávání, případně i vzdělávací činnosti ve vztahu k dalším pracovníkům v systému. Pobytová kapacita je využívána především pro souběžný pobyt dítěte s rodičem (např. v době intenzivní odborné pomoci, kterou by bylo neefektivní poskytovat v přirozeném rodinném prostředí), případně jako odlehčovací (příp. i krizová) služba pro děti s vysokou mírou podpory. Další z činností může být systematická podpora náhradních rodin, které zajišťují péči o děti s výše uvedenými potřebami.

5.2.4. Typ III: Nízkokapacitní pobytová služba pro děti

Typ III. označuje zařízení, která jsou převážně určena pro pobyt samotných dětí (bez doprovodu blízké dospělé osoby), jimž je zároveň zajišťována odborná péče. V tomto případě by mělo jít o zařízení s nízkou kapacitou (do 12 lůžek), neboť lze předpokládat, že klienty zařízení budou děti vyžadující intenzivní pomoc a péči. Dostupné výzkumy ukazují, že domovy pro menší skupiny mohou při pečlivém zhodnocení potřeb dětí poskytovat vysoce kvalitní péči (Delap, 2011). Tato zařízení mohou být využita pro různé cílové skupiny (vzhledem k nízké kapacitě vždy pro jednu z těchto cílových skupin), např.:

- a) pro starší děti s výchovnými problémy, které nechtějí či nemohou být se svými rodinami a vyjádřili se negativně i k otázce případné náhradní rodinné péče,
- b) pro děti, které dočasně nebo dlouhodobě potřebují specializovanou pobytovou péči (dětí s autistickou poruchou, se závažnou duševní poruchou, starší děti s výchovnými problémy, děti se závislostmi atd.), zařízení by se mělo profilovat pro jednu z takto úzce ohraničených cílových skupin,
- c) děti, které vyžadují intenzivní pomoc a péči z důvodu traumatu, které prožily ve vlastní rodině (týrání a zneužívání, rodičovský konflikt), a to formou

krátkodobého pobytu, po dobu, než bude nalezena vhodná péče v náhradním rodinném prostředí.

Může jít rovněž o **zařízení dlouhodobé individualizované péče** (služba pro klienty se specifickými potřebami nebo kombinací potřeb), tedy služba dlouhodobého bydlení s trvalou pomocí a velmi nízkou kapacitou (4 – 6 klientů), odpovídající spíše klasickému bytu. Služba má i terénní a ambulantní složku, která pracuje systematicky s rodinou, zejména v době, kdy je dítě umístěno v zařízení a je plánován jeho návrat do rodinného prostředí. Služba napomáhá vytvořit předpoklady pro návrat dítěte. Může jít rovněž o podporované bydlení pro věkovou skupinu 16+ (samostatné bydlení s doprovázející službou), kde se služba podílí na přípravě dítěte na samostatný život.

5.2.5. Typ IV: Pobytová služba pro celé rodiny

Další z typů poskytovatele, který v současném systému chybí, je pobytová služba pro celé rodiny. Vzhledem k neexistenci sociálního bydlení⁶⁶ se rodiny s dětmi často ocitají (přestože jim jinak pomáhá např. sanační služba) v bezvýchodných situacích. Ztráta bydlení je způsobena či doprovázena i dalšími negativními sociálními jevy. Tato služba plní nejen funkci existenčního bydlení pro osoby v bytové nouzi, ale zároveň zajišťuje systematickou sociální práci s rodinou směřující k úpravě poměrů v rodině a jejího návratu do přirozeného prostředí. Jde tedy zpravidla o krizový krátkodobý pobyt dítěte a alespoň jedné osoby jemu blízké (v systému však chybí především služby **pro celé rodiny**). Služba může touto formou poskytovat pomoc případně i ženám-matkám, které se staly obětí domácího násilí, osamělým rodičům s dětmi (tedy i otcům). Kromě zajištění

⁶⁶ Koncepce bydlení ČR do roku 2020 předpokládá „vznik komplexního řešení sociálního bydlení s využitím institutu tzv. bytové nouze. Bytovou nouzi je nutno definovat prostřednictvím sociální situace, resp. událostí, ve které se oprávněné osoby nacházejí, a to ve spojení s neuspokojenou bytovou potřebou.“ Práce na tomto návrhu však od doby vzniku této koncepce příliš nepokročily. Ovšem i v případě, že vznikne podobný systém, budou vždy potřeba krizové služby řešící okamžitou nepříznivou situaci rodin s dětmi a také služby, které budou zajišťovat systematickou sociální práci s rodinami v bytové nouzi. Zmíněná koncepce je dostupná na: <http://www.mmr.cz/cs/Stavebni-rad-a-bytova-politika/Bytova-politika/Koncepce-Strategie/Koncepce-bydleni-CR-do-roku-2020>, navštíveno dne 17. března 2014.

pobytu se služba zaměřuje na nácvik rodičovských kompetencí, sociálních dovedností, poskytuje odborné sociální poradenství a spolupracuje s dalšími subjekty, které jsou klíčové pro řešení situace rodiny.

5.3. Právní a věcné aspekty činnosti jednotlivých typů služeb

V rozhodovacím procesu na úrovni zřizovatele o zaměření jednotlivých služeb (a zároveň budoucího nasměrování transformovaných zařízení) bude hrát důležitou roli několik **základních praktických otázek**: forma oprávnění k činnosti, dopad zvolené formy činnosti na financování služby, požadavky na personální obsazení služby a odbornou způsobilost pracovníků, otázka kapacity služby a požadavků na infrastrukturu, technické a materiální vybavení. Tato kapitola se věnuje podrobnému rozboru těchto právních a věcných aspektů v několika základních kategoriích služeb:

- a) poskytovatel sociální služby,
- b) osoba pověřená k výkonu sociálně-právní ochrany (zejména zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a služby doprovázení náhradní rodinné péče),
- c) poskytovatel zdravotních služeb (zejména tzv. zvláštní ambulantní péče),
- d) školská právnická osoba.

Výstupem návrhové části plánu transformace by mělo být optimální právní a věcné ukotvení služby (optimální z hlediska možností, které platný právní řád nabízí). Stávající podmínky činnosti služeb ve výše uvedených kategoriích jsou porovnány s návrhy typů „nových“ služeb, uvedených v předchozí kapitole. Výsledkem je doporučení, na jakém základě je možno transformované či nově vzniklé služby poskytovat a také stanovení míry omezení, kterou stávající pobytová zařízení pro ohrožené děti mají proto, aby se transformovala do jednoho z těchto „nových“ typů služeb.

5.3.1. Oprávnění a podmínky činnosti poskytovatele sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „ZSS“), poskytuje poměrně široký okruh oprávnění k poskytování služeb pro děti a rodiny s dětmi. Základní členění, které je významné i z hlediska financování, hovoří o sociálním poradenství, službách sociální péče a službách sociální prevence. Transformované zařízení může poskytovat služby například formou níže uvedených druhů sociálních služeb (jde o demonstrativní výčet, v závorce je uvedeno příslušné ustanovení ZSS, které blíže upravuje základní činnosti služby).

I. Služby sociální péče (částečně hrazené klientem). Cílovou skupinou těchto služeb jsou zpravidla osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Co se týče cílové skupiny dětí a rodin s dětmi, může jít zejména o:

- Osobní asistence (§ 39 ZSS), která se zaměřuje na různé formy pomoci osobě se sníženou soběstačností a poskytuje se v přirozeném sociálním prostředí této osoby.
- Odlehčovací služby (§ 44 ZSS), jejich cílem je zajistit nezbytný odpočinek fyzické osobě, která pečuje o osobu se sníženou soběstačností.
- Denní a týdenní stacionáře (§ 46 a 47 ZSS).
- Chráněné bydlení (§ 51 ZSS), které může mít formu individuálního nebo skupinového bydlení.

Mezi službami sociální péče je nutno zmínit také domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48 ZSS), které představují jediný typ služby v sociální oblasti, kde může být vykonávána ústavní výchova, zajišťována tzv. výchovná opatření formou pobytové péče dle § 13a ZSPOD nebo vykonávána předběžná opatření podle z. z. ř. Domovy pro osoby se zdravotním postižením (dříve ústavy sociální péče) jsou dnes především velkými ústavními zařízeními, která procházejí obdobným transformačním procesem, jaký je popisován v této metodice. Není však vyloučeno

(a je to také cílem procesu transformace sociálních služeb), aby tento domov byl velmi malým pobytovým zařízením (např. pro 4 dětské klienty s poruchami autistického spektra) koncipovaným jako součást poskytovatele komplexních terénních a ambulantních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením.

II. Služby sociální prevence (z nichž některé jsou ze zákona poskytovány bezplatně). Tyto služby napomáhají 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. Co se týče cílové skupiny ohrožených dětí a jejich rodin, může jít zejména o následující druhy služeb:

- Raná péče (§ 54 ZSS), bezplatná terénní služba (popřípadě doplněná ambulantní formou), poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo je jeho vývoj ohrožen z důvodu nepříznivého zdravotního stavu (jde zejména o sociálně-terapeutické činnosti).
- Azylové domy (§ 57 ZSS), které poskytují pobytové služby osobám v nepříznivé sociální situaci, spojené se ztrátou bydlení.
- Domy na půli cesty (§ 58 ZSS), poskytující pobytové služby pro osoby do 26 let věku, které opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, případně jiná zařízení.
- Krizová pomoc (§ 60 ZSS), bezplatná terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji situaci vlastními silami.
- Intervenční centra (§ 60a ZSS), poskytující mj. pomoc osobě ohrožené násilným chováním (tzv. domácí násilí), sociální služby intervenčního centra jsou poskytovány bezplatně jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové.

- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (§ 62 ZSS), poskytující bezplatné terénní nebo ambulantní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohrožených společensky nežádoucími jevy, cílem služby je „zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace“.
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (§ 65 ZSS) jsou bezplatné terénní popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobé krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují rizika dalšího ohrožení vývoje.
- Terénní programy (§ 69 ZSS) jsou bezplatně poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života, nebo jsou způsobem tohoto života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.
- Sociální rehabilitace (§ 70 ZSS), která je definována jako „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“. Jde o bezplatnou službu.

III. Odborné sociální poradenství (§ 37 odst. 3 ZSS) je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob např. v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího

násilí, atd. Tato služba zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

U většiny z výše uvedených druhů sociálních služeb jsou součástí jejich poskytování:

- a) základní sociální poradenství,
- b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Z výše uvedeného přehledu je patrné, že právní úprava poskytování sociálních služeb nabízí poměrně širokou nabídku různých typů oprávnění k činnosti ve vztahu k ohroženým dětem a jejich rodinám a tedy řadu příležitostí pro poskytovatele působící v transformovaném systému péče o ohrožené děti.

5.3.2. Oprávnění a podmínky činnosti osoby pověřené k výkonu sociálně-právní ochrany

U některých typů služeb pro ohrožené rodiny a děti nalzáme základní právní úpravu v ZSPOD. Tento stav je způsoben rozdílnou dobou vzniku ZSPOD (1999) a ZSS (2006), do budoucna se však počítá s logickým sjednocením obou systémů služeb. Jako základní vodítko při rozhodování, zda jako formu oprávnění pro činnosti ve vztahu k ohroženým rodinám využít možnost registrace sociálních služeb nebo získání pověření k výkonu sociálně-právní ochrany, může sloužit především „Doporučení Ministerstva práce a sociálních věcí k posouzení otázek souběhu poskytování služeb na základě pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí a na základě registrace sociální služby“ ze dne 31. ledna 2013 (č. j. 2013/6907-211, dále jen „doporučení“). Doporučení bylo vydáno v návaznosti na schválenou novelu ZSPOD účinnou od 1. ledna 2013, která přinesla řadu změn v právní úpravě činnosti osob pověřených k výkonu sociálně-právní ochrany (dále jen „pověřené osoby“). Doporučení konstatuje, že na činnost osob pověřených k výkonu sociálně-

právní ochrany lze nahlížet jako na sociální službu svého druhu. Podle doporučení je konkrétní fyzická a právnická osoba oprávněna vykonávat činnost v tom rozsahu, k němuž ji bylo příslušné veřejnoprávní oprávnění uděleno, **aniž by k výkonu této činnosti bylo nezbytné současné udělení oprávnění podle druhého zákona.** Například u sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi (§ 65 zákona o sociálních službách) jsou cílovou skupinou rodiny s dětmi. Není tedy nutné mít zároveň pověření k výkonu sociálně-právní ochrany v oblasti pomoci rodičům a poradenství rodičům dle § 48 odst. 2 písm. a) ZSPOD. A naopak, pokud fyzická či právnická osoba disponuje pověřením k výkonu sociálně-právní ochrany, není nutná registrace sociální služby. To ovšem nevylučuje, aby subjekt, který disponuje pověřením k výkonu sociálně-právní ochrany, byl zároveň poskytovatelem sociálních služeb. Například zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc jsou často zároveň registrována jako poskytovatelé služby sociální rehabilitace dle ZSS.

Na základě tohoto doporučení lze rozdělit činnosti vykonávané v rámci pověření k výkonu sociálně-právní ochrany na ty, které se zcela či částečně kryjí s určitým druhem sociální služby a na ty, které zákon o sociálních službách nepokrývá a k jejich výkonu je vždy nutné pověření k výkonu sociálně-právní ochrany.

Činnosti, které lze vykonávat výhradně na základě pověření k výkonu sociálně-právní ochrany:

- a) Vyhledávání dětí vhodných do náhradní rodinné péče a jejich oznamování OSPOD (§ 48 odst. 1 písm. h/ ZSPOD).
- b) Činnost zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (§ 48 odst. 2 písm. c/ s odkazem na § 39 a § 42 a násl. ZSPOD).
- c) Výchovně-rekreační tábory pro děti dle (§ 48 odst. 2 písm. c/ s odkazem na § 39 a § 43 ZSPOD).
- d) Uzavírání dohod o výkonu pěstounské péče (§ 48 odst. 2 písm. d/ s odkazem na § 47b ZSPOD).

- e) Zajišťování přípravy žadatelů o zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče k přijetí dítěte do rodiny, kterou jinak zajišťuje krajský úřad, provádění přípravy žadatelů o zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče a poskytování odborného poradenství a pomoc těmto žadatelům, poskytování poradenské pomoci fyzickým osobám vhodným stát se osvojiteli nebo pěstouny a pomoci osvojitelům nebo pěstounům související s osvojením dítěte nebo svěřením dítěte do pěstounské péče (§ 48 odst. 2 písm. e/ s odkazem na § 19a odst. 1 písm. c/ a § 11 odst. 2) ZSPOD).
- f) Poskytování výchovné a poradenské péče při výkonu pěstounské péče a sledování výkonu pěstounské péče osobě pečující a osobě v evidenci, s níž pověřená osoba uzavřela dohodu o výkonu pěstounské péče (§ 48 odst. 2 písm. f/ s odkazem na § 47b ZSPOD).

Z hlediska procesu transformace je nutné podrobněji zmínit především zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a služby, které se zabývají doprovázením náhradní rodinné péče (dále jen „doprovázející organizace“, ve výše uvedeném výčtu pověření jsou pod písm. d/ a f/).

Právní úprava činnosti **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc** (dále jen „ZDVOP“) prošla významnými změnami v souvislosti s novelou ZSPOD z roku 2012. Došlo k úpravě odborné způsobilosti pro výkon práce v této službě, stanovení maximální kapacity a doby pobytu dítěte v zařízení a došlo rovněž ke standardizaci kvality sociálně-právní ochrany zajišťované ZDVOP (s odloženou účinností k 31. prosinci 2014). Okruh činností ZDVOP byl rozšířen o povinnost „spolupracovat s rodinou dítěte a poskytnout této rodině pomoc při vyřizování a zajišťování záležitostí týkajících se dítěte, zajistit jim terapii, nácvik rodičovských a dalších dovedností, které rodič nebo jiná osoba odpovědná za výchovu dítěte nezbytně potřebuje pro péči a výchovu dítěte, a to v souladu s individuálním plánem ochrany dítěte zpracovaným orgánem sociálně-právní ochrany“ (§ 42a, odst. 1, písm. h/ ZSPOD). V této souvislosti je vhodné zmínit i další činnosti, které má ZDVOP (kromě zaopatření dítěte, spočívajícího v ubytování, stravování a ošacení) zajišťovat:

- a) výchovná péče,
- b) poskytnutí zdravotních služeb,
- c) poskytování poradenství dítěti, jeho rodičům nebo osobám odpovědným za výchovu dítěte,
- d) pomoc při přípravě dětí na školní vyučování a doprovod dětí do školy,
- e) vytváření podmínek pro zájmovou činnost dětí,
- f) poskytovat odbornou péči dítěti prostřednictvím sociálního pracovníka a psychologa.

Další službou, která nemá obdobu v ZSS a je nutno ji poskytovat výhradně na základě pověření k výkonu sociálně-právní ochrany, je činnost tzv. **doprovázející organizace**. Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí rozšířila formy podpory náhradních rodin (vedle již fungujícího systému dávek pěstounské péče) o zákonný nárok pěstounů⁶⁷ na:

- a) odlehčovací služby při péči o svěřené dítě⁶⁸,
- b) psychologickou, terapeutickou nebo jinou odbornou pomoc,
- c) právo na zprostředkování nebo zajištění bezplatné možnosti se vzdělávat (toto právo je spojeno s povinností pěstounů absolvovat každoročně stanovený rozsah dalšího vzdělávání),
- d) právo na pomoc při zajištění další základní povinnosti pěstounů, a to „udržovat, rozvíjet a prohlubovat sounáležitost dítěte s osobami dítěti blízkými, zejména s rodiči a umožnit styk rodičů s dítětem v pěstounské péči, pokud soud rozhodnutím nestanoví jinak“.

Podrobnosti o poskytovaných službách jsou upraveny dohodou o výkonu pěstounské péče. Tuto dohodu, kterou je povinen mít každý pěstoun, může uzavřít každý obecní řad, krajský úřad a také další fyzické a právnické osoby, které mají k uzavírání dohod zvláštní pověření. Činnost a stabilita těchto služeb je zajištěna

⁶⁷ § 47a ZSPOD

⁶⁸ Jazykem zákona: „právo na poskytnutí pomoci při zajištění osobní péče o svěřené dítě“.

prostřednictvím státního příspěvku na výkon pěstounské péče ve výši 48 000 Kč ročně na jednu dohodu o výkonu pěstounské péče, na jehož výplatu má nárok subjekt, který s pěstounem dohodu uzavřel a který zajišťuje jeho doprovázení.

5.3.3. Oprávnění a podmínky činnosti poskytovatele zdravotní služby

V kapitole 2. 2. 3. byla popsána stávající právní úprava činnosti dětských domovů pro děti do 3 let věku. Poskytování zdravotní péče ohroženým dětem však může probíhat i ve zcela jiných formách. Podle § 10 ZZS lze zdravotní služby poskytovat ve vlastním sociálním prostředí pacienta (domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče), nebo formou ambulantní péče (§ 7 ZZS), která je poskytována mj. jako:

- a) primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel,
- b) specializovaná ambulantní péče, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče,
- c) stacionární péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

Bylo již zmíněno, že cílem procesu transformace není zbavit děti jakékoliv formy odborné péče, včetně péče zdravotní. Je zároveň nutné zdůraznit, že zdravotní péče by měla primárně (stejně jako u ostatních dětí) probíhat v běžných komunitních zdravotních službách (tedy v ordinacích lékařů, nemocnicích, rehabilitačních a fyzioterapeutických pracovištích nebo na dalších specializovaných pracovištích zdravotních služeb). ZZS v § 11 stanoví, že zdravotní služby mohou být poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb; to ovšem neplatí v případě zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí. Zdravotní služby mohou být dle

téhož ustanovení poskytovány v zařízeních sociálních služeb podle ZSS. Významný aspekt finanční, který je spojen s přesunem poskytování zdravotní péče z dětských domovů pro děti do 3 let věku do jiných forem, je popsán v kapitole č. 5. 3. 7.

5.3.4. Oprávnění a podmínky činnosti školského zařízení

Oprávnění k činnosti školských zařízení řeší především školský zákon, který s poměrně zřetelnou hierarchií stanovuje, jaká zařízení jsou zřizována na úrovni obce, kraje a ministerstva. V úvodní části metodiky bylo zmíněno, že kraje mohou podle § 181 školského zákona zřizovat i další typy školských zařízení, jejichž primárním zřizovatelem je ministerstvo (například SVP), musí však prokázat potřebné finanční, materiální a personální zabezpečení tohoto plánovaného školského zařízení.

Na stranu druhou, na základě novelizace ZVÚOV z roku 2012 může dětský domov spolupracovat s rodinou dítěte a poskytovat jí pomoc, včetně rodinné terapie a nácviku rodičovských dovedností a dalších dovedností pro výchovu a péči v rodině. Zároveň dětské domovy poskytují podporu při přechodu dítěte do jeho původního rodinného prostředí nebo jeho přemístění do náhradní rodinné péče. Rozšíření činností tedy není limitováno z hlediska oprávnění takovou činnost vykonávat, jako spíše nastavením ostatních systémů (zejména financování).

Obecně však může školská právnická osoba vedle své hlavní činnosti vykonávat rovněž **činnost doplňkovou**, přičemž jde o činnosti navazující na její hlavní činnost nebo činnosti sloužící k účelnějšímu využití odbornosti jejích zaměstnanců a majetku. Doplňková činnost nesmí být provozována způsobem, který by omezoval hlavní činnost školské právnické osoby nebo ohrožoval její kvalitu, rozsah a dostupnost. Doplňková činnost nesmí být financována z prostředků státního rozpočtu (normativ), je tedy nutné hledat jiné zdroje financování.

5.3.5. Financování činnosti poskytovatele sociálních služeb

Již bylo zmíněno, že na úhradě vybraných sociálních služeb se podílejí klienti, kteří k tomuto účelu pobírají nepojistnou dávku v podobě příspěvku na péči (objem této dávky se ročně pohybuje mezi 18 – 20 mld. Kč). Výše úhrady je limitována vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Nárok na příspěvek na péči má v zákonem stanovených případech (§ 7 ZSS) přímo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb a mimo to také („školský“) dětský domov. Činnost registrovaných poskytovatelů sociálních služeb je kromě úhrad klientů financována především účelovou dotací ze státního rozpočtu. Podklady pro návrh na výši dotace jednotlivým službám připravuje kraj. Výsledný návrh připravuje dotační komise, jejíž činnosti se kromě zástupců ústředních orgánů účastní také členové dotační komise delegovaní kraji, obcemi, zaměstnavateli a odbory. V roce 2014 je ve státním rozpočtu vyčleněno na tyto dotace 7,4 mld. Kč (v roce 2013 to bylo 6,5 mld.). O prioritách tohoto dotačního řízení vypovídají principy uplatněné v aktuálním roce, mezi něž patří např.⁶⁹:

- a) analýza střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jakožto podkladů pro poskytování dotací,
- b) podpora terénních a ambulantních služeb sociální péče,
- c) podpora sociálních služeb zaměřených na podporu dětí ohrožených sociálním vyloučením, včetně podpory jejich případných pěstounských rodin a dále sociálních služeb zaměřených na jednotlivce ohrožené předlužením a s tím souvisejícími sociálně nežádoucími jevy,
- d) podpora pobytových služeb sociální péče realizující kroky vedoucí k deinstitutionalizaci a humanizaci,
- e) nenavyšování kapacit pobytových služeb sociální péče.

⁶⁹ Dostupné na <http://www.mpsv.cz/files/clanky/16312/Principy.pdf>, navštíveno dne 1. dubna 2014.

ZSS předpokládá od roku 2015 **převod dotačního řízení na úroveň krajů**. Je tedy reálné, že v rámci transformačního procesu budou mít kraje mnohem větší prostor pro rozhodování o prioritách a podpoře služeb. I nadále se však bude vycházet ze střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb. Je proto doporučeno, aby se výstupy plánu transformace promítly i do tohoto dokumentu.

5.3.6. Financování činnosti osob pověřených k výkonu sociálně-právní ochrany

Sociálně-právní ochrana dětí je dle § 58 ZSPOD poskytována bezplatně. Z tohoto důvodu jsou v oblasti sociálně-právní ochrany zavedeny mechanismy financování služeb pověřených osob, založené na zákonném nároku na poskytnutí zdrojů (při splnění stanovených podmínek). Tyto zdroje jsou určeny pro dva typy služeb:

- a) zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc,
- b) doprovázející organizace (osoby pověřené k uzavírání dohod o výkonu pěstounské péče a doprovázení osob pečujících a osob v evidenci⁷⁰ při výkonu pěstounské péče).

Zřizovatelé zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc mají dle § 42g ZSPOD nárok na státní příspěvek ve výši 22 800 Kč měsíčně za každé dítě, jemuž zařízení poskytuje pomoc. Tento příspěvek se krátí v době nepřítomnosti dítěte v zařízení delší než 2 po sobě jdoucí dny. Zařízení má dále nárok na příspěvek na úhradu pobytu a péče, který hradí rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte. Výše tohoto příspěvku činí nejvýše 1,6 násobek životního minima. V roce 2013 činil objem státního příspěvku pro zřizovatele ZDVOP, který je poskytován z rozpočtu MPSV, cca 200 mil. Kč.

Pro druhý z okruhů pověřených osob, působících v oblasti náhradní rodinné péče, je určen státní příspěvek na výkon pěstounské péče, který je § 47d ZSPOD

⁷⁰ Jde o legislativní zkratky označující v případě „osoby pečující“ pěstouny, poručníky, kteří osobně pečují o děti a dále osoby, jimž bylo dítě svěřeno do tzv. předpěstounské či „před“ poručenské péče. „Osobou v evidenci“ je označován pěstoun na přechodnou dobu.

stanoven na 48 000 Kč ročně na každou uzavřenou dohodu o výkonu pěstounské péče. Ze státního příspěvku jsou hrazeny zákonem stanovené typy pomoci a služeb ve vztahu k pěstounům a dětem svěřeným do pěstounské péče. Objem státního příspěvku na výkon pěstounské péče, který je vyplácen prostřednictvím Úřadu práce ČR z rozpočtu kapitoly MPSV činí ročně kolem 0,5 mld. Kč.

Principy nakládání se státním příspěvkem souvisejí se způsobem zajištění služby⁷¹. Služba poskytující pomoc náhradním rodinám může probíhat v několika režimech (i z hlediska financování). Pěstoun může být zároveň klientem sociální služby (například proto, že sám jako rodič pečuje o vlastní nebo osvojené dítě se zdravotním postižením). Doprovázející organizace mohou být nejen poskytovateli, ale i zprostředkovateli péče. To znamená, že do systému poskytování služeb lze zapojit i další služby a organizace, které budou potřebnou pomoc zajišťovat formou „subdodávky“ pěstounské rodině nebo svěřenému dítěti. Doprovázející organizace může státní příspěvek užívat na úhradu vlastní činnosti nebo právě na nákup těchto externích služeb. Zpravidla půjde o služby odlehčovací nebo o odborné a terapeutické služby.

5.3.7. Financování činnosti poskytovatele zdravotních služeb

Z hlediska financování je jedním z přínosů procesu transformace diverzifikace zdrojů určených na úhradu zdravotní péče. Úhradu služeb upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který v § 15 odst. 15) stanoví že „zdravotní služby poskytované v dětských domovech pro děti do 3 let věku zdravotnickými pracovníky, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb v tomto zdravotnickém zařízení, se hradí z rozpočtu zřizovatele“. Dalším zdrojem financování jsou příspěvky na úhradu zaopatření dítěte umístěného

⁷¹ Podrobné informace obsahuje „Normativní instrukce MPSV č. 11/2013, Státní příspěvek na výkon pěstounské péče podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů“, ze dne 10. 4. 2013, a zejména „Normativní instrukce č. 17/2013, Kontrola čerpání státního příspěvku na výkon pěstounské péče podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, ve znění pozdějších předpisů“, ze dne 1. 10. 2013. Obě normativní instrukce jsou dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/7256>, navštíveno dne 16. března 2014.

v dětském domově pro děti do 3 let věku a popřípadě též jeho průvodce, který hradí osoby povinné vůči dítěti výživou. Při stanovení výše příspěvku se zohledňuje jeho věk dítěte s přihlédnutím k jeho specifickým potřebám a s tím související náročnost poskytovaného zaopatření (§ 44 ZZS). Výši příspěvku stanovuje prováděcí právní předpis (Vyhláška MZ č. 56/2012 Sb., o příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce v dětském domově pro děti do 3 let věku).

Již bylo uvedeno, že transformovaná organizace může poskytovat odborné služby jinou (nepobytovou) formou, např. prostřednictvím tzv. zvláštní ambulantní péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním dle § 22 tohoto zákona. Do této kategorie spadá:

- a) domácí zdravotní péče**, poskytovaná na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,⁷²
- b) zdravotní péče ve stacionářích** (poskytovaná na základě doporučení ošetřujícího lékaře),
- c) zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb.**⁷³

Výši úhrady upravuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami⁷⁴. Při hrazení tohoto typu péče existují určité limity, spočívající především v jednání se zdravotními pojišťovnami a aktuální podobě tzv. úhradové vyhlášky. Změna formy poskytování zdravotních služeb však na základě aktuální právní úpravy znamená i přístup k dalším typu finančního zdroje ve formě veřejného zdravotního pojištění. S ohledem na výše citovanou úpravu zákona o veřejném zdravotním pojištění však subjekt poskytující tyto zdravotní služby nemůže být zároveň dětským domovem

⁷² Tato péče může být indikována i ošetřujícím lékařem, jde-li o paliativní péči.

⁷³ Na základě stejné právní úpravy je vykovávána a hrazena „ošetřovatelská péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu poskytovatelé pobytových sociálních služeb uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou“.

⁷⁴ Například omezení doby domácí péče na 3 měsíce (ovšem s možností prodloužení) atd.

pro děti do 3 let věku, neboť zdravotní péči (byť v rozšířené podobě) by nadále hradil zřizovatel.

5.3.8. Financování činnosti školských zařízení

Provoz školských zařízení v oblasti péče o ohrožené děti je zabezpečován dvěma základními finančními zdroji:

- a) prostředky státního rozpočtu, tzv. normativy, určenými zejména na financování osobních nákladů (v roce 2013 šlo o 1,16 mld. Kč, tyto prostředky tvoří cca 77 % příjmů zařízení, poskytovaných z veřejných rozpočtů),
- b) prostředky zřizovatele, které jsou určeny především na financování běžného provozu (v roce 2013 bylo z krajských rozpočtů poskytnuto 347 mil. Kč, což představuje cca 23% podíl na prostředcích poskytovaných z veřejných rozpočtů).

Vedle toho jsou dalším zdrojem financování prostředky hrazené rodiči a dalšími osobami odpovědnými za výchovu dítěte prostřednictvím tzv. úhrady za péči (§ 27 a násl. ZVÚOV). Při výběru formy poskytované činnosti prostřednictvím služeb školského zařízení je nutno zvážit dva faktory. Prvním z nich je skutečnost, že většina prostředků (normativů) je poskytována ze státního rozpočtu a je vázána právě na činnost školského zařízení. Druhým faktorem je poměrně vysoká míra právní regulace při nakládání s těmito prostředky. Podrobnosti stanovuje vyhláška č. 492/2005 Sb., o krajských normativech. V případě dětského domova je jednotkou výkonu 1 lůžko (§ 1 písm. v/ vyhlášky)⁷⁵. Kraj na základě strukturovaného procesu, který je podrobně popsán v citované vyhlášce, stanoví tzv. krajské normativy pro jednotlivé typy škol a školských zařízení, které zřizuje. Tyto normativy (resp. jejich souhrn) jsou základem pro stanovení souhrnné částky,

⁷⁵ U ostatních typů škol a školských zařízení (včetně SVP) je základní jednotkou žák nebo dítě, jemuž je poskytována služba.

kterou kraj na provoz škol a školských zařízení získává ze státního rozpočtu. Kraj se od jasně stanoveného výpočtu může odchýlit v odůvodněných případech o 10 %, platí však zásada, že může provést toto zvýšení krajského normativu, pokud je toto zvýšení zabezpečeno v celkovém objemu finančních prostředků přidělených kraji prostřednictvím republikových normativů.

Na rozdíl od zdravotnických zařízení je tedy „manévrovací“ prostor kraje výrazně omezen. S tím souvisí i důležité ustanovení § 181 školského zákona (zmíněné již v předchozích částech metodiky), podle něhož je zřízení jiného typu zařízení, než je touto právní normou vyhrazeno krajům, vázáno mj. na prokázání finančního zabezpečení jeho činnosti ze strany kraje.

V případě školských zařízení tak bude pro realizaci transformačního procesu školských zařízení připadat spíše v úvahu postupné rozšiřování služeb formou tzv. doplňkové činnosti. Co se týče otázky financování, stanoví § 135 školského zákona základní zásadu, že prostředky získané doplňkovou činností lze použít jen k úhradě výdajů doplňkové činnosti (o hlavní činnosti a činnosti doplňkové se účtuje odděleně).

Tab. č. 2: Přehled systémových zdrojů sloužících k financování služeb s uvedením základní právní úpravy

Typ služby	Právní předpis	Systémové finanční zdroje
Poskytovatel sociální služby	ZSS, vyhl. č. 505/2006 Sb.	Dotace pro poskytovatele sociálních služeb, úhrada ze strany klientů služby
ZDVOP	§ 42b, § 42g a násl. ZSPOD	Státní příspěvek pro zřizovatele ZDVOP, příspěvek na úhradu pobytu a péče
Doprovázející organizace	§ 47d ZSPOD	Státní příspěvek na výkon pěstounské péče

(Zdravotní) domácí péče	zák. č. 48/1997 Sb., vyhl. č. 134/1998 Sb.	Úhrada zdravotní pojišťovny
(Zdravotní) ambulantní péče	zák. č. 48/1997 Sb., vyhl. č. 134/1998 Sb.	Úhrada zdravotní pojišťovny
Dětské domovy pro děti do 3 let věku	§ 15 zák. č. 48/1997 Sb. , § 44 ZZS, vyhl. č. 56/2012 Sb.	Příspěvek zřizovatele, příspěvek na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce
Dětský domov	§ 27 ZVÚOV, § 162 zák. č. 561/2004 Sb., vyhl. č. 492/2005 Sb.	Normativ, příspěvek zřizovatele, úhrada za péči ze strany rodičů

5.3.9. Záonné požadavky na personální obsazení a odbornou způsobilost

Dalším významným aspektem procesu transformace je otázka personálního obsazení služby a s tím spojených zákonných nároků na složení týmu služby a jeho odbornou způsobilost. Plán transformace se musí zabývat i předpokladem, že služba procházející procesem transformace bude po určitou dobu souběhu činností nucena splňovat nároky na personální obsazení a odbornou způsobilost pracovníků vyplývající z podmínek výkonu stávající činnosti i podmínek nově poskytované služby. Jednotlivé oblasti se přitom mohou lišit rozdílnými nároky. Tato kapitola se zaměřuje na základní porovnání zákonných požadavků na personální obsazení a odbornou způsobilost pracovníků daného typu služby a především na otázku, zda znamenají významnou překážku transformace zařízení. Na úrovni zařízení pak bude následně řešeno, zda těmto požadavkům vyhovuje složení stávajícího týmu a konkrétní pracovníci (viz kapitolu č. 7.2.).

Porovnání současných zákonných nároků na početnost a složení týmu je uvedeno v tabulce č. 3. Z ní je zřejmé, že v sociální oblasti je zajištění odpovídajícího personálního obsazení řešeno individuálně prostřednictvím „přiměřenosti“, jejíž kontrola je předmětem (státní) inspekce kvality sociálních služeb (resp. kvality

sociálně-právní ochrany). Odpovídající personální zajištění služby je posuzováno rovněž již v předstihu v rámci řízení o registraci sociální služby nebo vydání pověření k výkonu sociálně-právní ochrany (žadatel dle § 49 ZSPOD předkládá seznam pracovníků včetně dokladu o prokázání jejich odborné způsobilosti), následné inspekce a kontroly se zaměřují na skutečnost, zda jsou tyto podmínky naplňovány i v praxi. V případě sociálních služeb jsou údaje o personálním zabezpečení obsaženy v registru poskytovatelů sociálních služeb (§ 85 ZSS), poskytovatel jednou ročně tyto informace aktualizuje (kontrolu správnosti provádí krajský úřad). U pověřených osob se personální obsazení sleduje průběžně, pověřená osoba je povinna do 15 dnů hlásit příslušnému krajskému úřadu každou změnu. V oblasti pověřených osob představuje určitou formou stanovení počtu pracovníků (v závislosti na kapacitě a počtu dětí), rovněž ustanovení § 42 ZSPOD, podle něhož může jeden zaměstnanec ZDVOP současně zajišťovat osobní péči nejvýše o 4 děti svěřené do péče zařízení. Zároveň i pro ZDVOP platí standardy kvality sociálně-právní ochrany.

Oproti tomu poskytovatelé zdravotních služeb, resp. zdravotnická zařízení, mají minimální nárok na složení týmu taxativně vymezen vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, a to pro každý typ zdravotní služby samostatně. V tabulce č. 3 jsou uvedeny požadavky na stávající dětské domovy pro děti do 3 let, pro srovnání jsou však uvedeny i další typy zdravotních služeb.

Dětské domovy ve školské oblasti řeší podle vyhlášky č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních, otázku personálního zajištění prostřednictvím vnitřního řádu, jehož vzorová podoba (ovšem pouze ve formě struktury vzorového vnitřního řádu) je uvedena v příloze této vyhlášky. Kompetenci ke kontrole nad dodržováním podmínek stanovených ZVÚOV (resp. prováděcími předpisy) mají MŠMT (§ 35 ZVÚOV) a Česká školní inspekce, která podle § 174 školského zákona vykonává státní kontrolu dodržování právních předpisů, které se vztahují k poskytování vzdělávání a školských služeb.

Tab. č. 3: Porovnání minimálních personálních nároků u jednotlivých typů poskytovaných služeb

Typ služby	Právní předpis	Nároky na personální obsazení
Poskytovatel sociální služby	Vyhl. č. 505/2006 Sb., Příloha č. 2, kritérium standardů kvality č. 9a	Organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována.
ZDVOP	§ 42 odst. 4 ZSPOD	1 zaměstnanec může současně poskytovat osobní péči nejvýše o 4 děti.
Ostatní pověřené osoby	Vyhl. č. 473/2012 Sb., příloha č. 2, kritérium standardů kvality č. 6b	Organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené rozsahu poskytované činnosti a potřebám cílové skupiny.
Domácí péče	Vyhl. č. 99/2012 Sb.	Dětská sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokud je poskytována domácí péče dětem do 3 let.
Ambulantní péče	Vyhl. č. 99/2012 Sb.	Pokud je poskytována ambulantní zdravotní péče výhradně dětem, je zabezpečena lékaři a pracovníky nelékařských zdravotnických povolání se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí v oborech zaměřených na péči o děti (např. fyzioterapeut, klinický logoped, klinický psycholog atd.).
Dětské domovy pro děti do 3 let věku (na každých 50 lůžek)	Vyhl. č. 99/2012 Sb.	Dětský lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost 1,0 úvazku, dětská sestra bez dohledu 8,0 úvazku, všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent celkem 18,0 úvazku, ošetrovatel 3,0 úvazku, klinický psycholog bez dohledu 1,0 úvazku, klinický logoped bez dohledu - dostupnost, fyzioterapeut bez dohledu 0,5 úvazku a zdravotně - sociální pracovník nebo jiný odborný pracovník - sociální pracovník 1,0 úvazku.
Dětský domov	Vyhl. č. 438/2006 Sb.	Personální zabezpečení je řešeno v rámci vnitřního řádu domova.

Pro účely provedení definice týmu v plánu transformace (v úrovni systémových opatření) a plánu transformace konkrétního zařízení (pro naplánování konkrétních kroků ve vztahu ke složení týmu a jednotlivých pracovníků, naplánování vzdělávání, rekvalifikace, doplnění či částečné obměny týmu atd.) je podobné porovnání třeba provést i z hlediska požadované odborné způsobilosti pracovníků. Vzhledem k tomu, že jde o poměrně rozsáhlé právní předpisy, je v tabulce č. 4 uveden alespoň jejich základní přehled.

Pro účely zpracování plánu transformace je žádoucí zabývat se otázkou, jak velkou míru omezení znamenají tyto nároky ve vztahu k realizaci procesu transformace. V mnoha ohledech se odborná způsobilost opravňující k určité činnosti prolíná a **nepředstavují základní systémové omezení procesu transformace.** V zásadě lze konstatovat, že i v případě změny právní formy poskytované činnosti (např. na poskytovatele sociálních služeb, pověřenou osobu, jiný typ zdravotní služby atd.), splňují stávající pracovníci (z hlediska jejich odborné způsobilosti) základní podmínky pro působení v transformovaných službách.

Např. diplomovaná dětská sestra je odborně způsobilá nejenom pro činnost vykonávanou v dětském domově pro děti do 3 let věku, ale rovněž k poskytování zdravotních služeb bez odborného dohledu a indikace lékaře v domácím prostředí (ošetřovatelská péče, návštěvní služba atd.), vzdělávat rodiče nebo jiné zákonné zástupce dítěte ve výchově a ošetřovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích⁷⁶, splňuje však zároveň odbornou způsobilost k výkonu sociálně-právní ochrany u pověřené osoby. Co se týče sociálních služeb, ZSS v § 115 stanoví, že v sociálních službách působí nejen sociální pracovníci (resp. pracovníci v sociálních službách), ale také zdravotničtí, pedagogičtí a další odborní pracovníci, přičemž nároky na jejich odbornou způsobilost upravují příslušné rezortní předpisy.

K přehledu uvedenému v tabulce č. 4 je možno dodat, že společným znakem úpravy způsobilosti pro výkon povolání ve všech těchto oblastech je bezúhonnost a

⁷⁶ § 57 vyhl. č. 55/2011 Sb.

zdravotní způsobilost, odlišnosti jsou tedy zejména v oblasti požadavků na dokončené vzdělání (obory vzdělání).

Tab. č. 4: Požadavky na odbornou způsobilost pracovníků u jednotlivých typů poskytovaných služeb (přehled vybraných právních úprav)

Typ služby	Právní předpis
Poskytovatel sociální služby	§ 109 – § 117 ZSS
Pověřené osoby	§ 49a ZSPOD
Poskytovatel zdravotní služby	Zák. č. 95/2004 Sb. (lékaři), zák. č. 96/2004 Sb. (nelékařská zdravotnická povolání), vyhl. č. 55/2011 Sb. (činnosti zdravotnických pracovníků).
Školské zařízení	563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, § 18 ZVÚOV

5.3.10. Kapacita služby

Další otázkou, která bude řešena v rámci plánu transformace, je stanovení přiměřené kapacity služby. Základním podkladem pro stanovení kapacity jednotlivých služeb bude analýza potřeby, resp. srovnávací analýza. Tato část metodiky se zaměřuje na otázku, zda je zpracovatel plánu transformace v tomto ohledu nějak limitován z hlediska platných právních předpisů. V případě stanovení kapacity pobytové složky transformované služby je (bez ohledu na tyto zákonem stanovené podmínky, které mohou připouštět kapacitu vyšší) třeba respektovat základní zásady uvedené v předchozích částech metodiky, tzn., že by mělo jít o zařízení s nízkou pobytovou kapacitou, umožňující individuální přístup ke každému dítěti. Z tohoto pohledu existuje z hlediska právní úpravy jediné omezení a to v případě školských dětských domovů. ZVÚOV totiž stanovuje nejen

maximální, ale rovněž minimální kapacitu. Podle § 4 tohoto zákona lze v dětském domově zřídit nejméně 2 a nejvíce 6 tzv. rodinných skupin, s tím, že do skupiny může být zařazeno 6 až 8 dětí.⁷⁷ Ani tato podmínka však není absolutní: zřizovatel zařízení může v odůvodněných případech stanovit **nižší počet dětí** v těchto základních organizačních jednotkách, za předpokladu, že uhradí zvýšené náklady na činnost zařízení (v České republice již působí např. soukromé a církevní dětské domovy s kapacitou kolem 10 lůžek).

Další službou, u níž je stanovena maximální kapacita, jsou ZDVOP. Podle § 42 odst. 3 ZSPOD nesmí počet dětí umístěných ve ZDVOP přesáhnout 28, a to i v případě, že toto zařízení je umístěno ve více budovách. Tento počet může být překročen jen v případě, že do péče zařízení budou svěřeni sourozenci. K vysvětlení koncepce MPSV ke kapacitní otázce je dobré podotknout, že v rámci legislativního procesu novely ZSPOD z roku 2012 byly navrhovány výrazně nižší maximální kapacity ZDVOP (do 10 lůžek) a výsledná podoba zákona je kompromisem učiněným zákonodárci především s ohledem na stávající síť poskytovatelů. Na stranu druhou není stanovena minimální kapacita ZDVOP, takže nic nebrání tomu provozovat tato zařízení v souladu s požadavky na moderní krátkodobou pobytovou službu.

U ostatních pověřených osob a rovněž poskytovatelů sociálních služeb je otázka kapacity poskytované sociální služby řešena obdobným způsobem jako personální obsazení (a rovněž technické materiální vybavení), tedy nejprve v rámci procesu vydání pověření k výkonu sociálně-právní ochrany (registrace sociální služby) a následně prostřednictvím standardů kvality a jejich inspekce (kontroly „přiměřenosti“). Poskytovatel zdravotní služby není rovněž v otázce kapacity služby zásadně omezován, a to ani v případě pobytových zařízení. Kapacita některých dětských domovů pro děti do 3 let věku v některých případech významně překračuje maximální kapacity, které jsou považovány za limitní ve

⁷⁷ Návrh novely zákon z roku 2012 počítal se snížením maximálního počtu skupin na 4. V souladu s trendem příklonu k malokapacitním zařízením mělo dojít ke zrušení minimálního počtu skupin. Tento záměr však nebyl v legislativním procesu podpořen. Naopak dosavadní oprávnění MŠMT udělovat výjimkou z jakéhokoliv zákonem stanoveného počtu bylo nahrazeno oprávněním zřizovatele udělit výjimku pouze z nejnižšího počtu dětí ve skupině.

školské oblasti (v České republice působí několik kojeneckých ústavů, které mají sto a více lůžek).

Otázka zákonného vymezení kapacity služeb tedy rovněž nepředstavuje významnou překážku procesu transformace, zpracovatel plánu transformace se může plně orientovat podle potřeb klientů a požadavku na věcnou, regionální a časovou dostupnost služby.

Tab. č. 5: Minimální a maximální kapacita jednotlivých typů poskytovaných služeb

Typ služby	Minimální kapacita	Maximální kapacita
Poskytovatel sociální služby	Není stanovena	Není stanovena
ZDVOP	Není stanovena	28 dětí
Ostatní pověřené osoby	Není stanovena	Není stanovena
Dětské domovy pro děti do 3 let věku	Není stanovena	Není stanovena
Dětský domov	12 dětí	48 dětí

5.3.11. Požadavky na infrastrukturu, materiální a technické vybavení

Vymezení cílové skupiny služby a kapacity služby se odrazí také v požadavcích na potřebnou infrastrukturu a na materiální a technické vybavení služby. V „hierarchii“ opatření plánu transformace jsou technické záležitosti řazeny až na poslední místo. To by ovšem nemělo ovlivňovat kvalitu jejich naplnění a tudíž potřebu je dobře a detailně zpracovat (výše uvedená hierarchie stanovuje pořadí priorit, podle něhož je nutno formovat cíle procesu transformace). Jedním z rizik procesu transformace je přitom neschopnost oprostit se od vazby na budovu, a nahlížet na službu prostřednictvím objektu, kde byla dlouhá léta předtím poskytována pobytová služba. Bylo opakovaně zdůrazněno, že cílem transformace

je přiblížení služeb přirozenému prostředí klienta a na potřebnou infrastrukturu je třeba nahlížet pouze jako nástroj.

Co se týče nároků, které bude zpracovatel v této části transformačního plánu řešit, je nutno odlišovat dvě roviny:

- a) zákonné požadavky, hygienické normy atd., které jsou formou přehledu popsány v této kapitole,
- b) přizpůsobení těchto požadavků a norem potřebám klientů.

Například u prostor tedy nejde jen o jejich technické řešení, ale i vizuální podobu, aspekty zajišťující soukromí klienta a přívětivé prostředí, co nejvíce se blížící prostředí přirozenému, rodinnému (resp. individualizovanému). Sociální oblast řeší tuto otázku prostřednictvím standardů kvality a ustanoveními o „přiměřených materiálních, technických a hygienických podmínkách“. V případě poskytovatelů sociálních služeb jde o kritérium 13 standardů kvality (vyhl. č. 505/2006 Sb., o provedení některých ustanovení zákon o sociálních službách, příloha č. 2) u osob pověřených k výkonu sociálně-právní ochrany o kritérium 3 (prováděcí vyhláška k ZSPOD, přílohy 2 a 3). Kontrola této „přiměřenosti“ je opět předmětem inspekce kvality poskytování sociálních služeb, resp. sociálně-právní ochrany. Samotné registraci sociálních služeb (§ 79 ZSS) a vydání pověření k výkonu sociálně-právní ochrany (§ 49 ZSPOD) předchází doložení skutečnosti, že žadatel o tento typ oprávnění má k dispozici potřebné materiální a technické prostředky a splňuje hygienické podmínky stanovené pro poskytování příslušné služby.

V případě poskytovatelů zdravotních služeb obsahuje vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální vybavení zdravotnických zařízení, popis zázemí a taxativní výčet techniky, kterými musí poskytovatel disponovat. U školských zařízení je prozatím základní úpravou vyhláška č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních, která v části druhé (organizace a podmínky provozu) upravuje prostorové podmínky, vnitřní vybavení a materiální podmínky zařízení, odkazuje se rovněž na

hygienické předpisy, konkrétně vyhlášku č. 410/2005 Sb., o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení a provozoven pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých. Tato vyhláška je závazná rovněž pro osoby pověřené k výkonu sociálně-právní ochrany, konkrétně pro zařízení sociálně-výchovné činnosti a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc⁷⁸. Další podrobnosti může obsahovat vnitřní řád zařízení. Je pravděpodobné, že v budoucnu bude tato otázka rovněž řešena na bázi standardů kvality (k tomu viz následující kapitolu). Kromě zdravotnické oblasti jde tedy o poměrně volnou právní regulaci a potřebné vybavení si definuje s ohledem na potřeby klientů sám provozovatel služby.

Tab. č. 5: Požadavky na prostorové podmínky, technické a materiální vybavení jednotlivých typů poskytovaných služeb (přehled vybraných právních úprav)

Typ služby	Právní předpis
Poskytovatel sociální služby	§ 79 ZSS, vyhl.č. 505/2006 Sb., příloha č. 2, kritérium standardů kvality č. 13
ZDVOP	§ 49 ZSPOD, vyhl. č. 473/2012 Sb., příloha č. 3, kritérium standardů kvality č. 3, vyhl. č. 410/2005 Sb.
Doprovázející organizace	§ 49 ZSPOD, vyhl. č. 473/2012 Sb., příloha č. 2, kritérium standardů kvality č. 3
Poskytovatel zdravotní služby	Vyhl. č. 92/2012 Sb.
Školské zařízení	Vyhl. č. 438/2006 Sb., vyhl. č. 410/2005 Sb.

5.3.12. Standardy kvality

V předchozích kapitolách byly několikrát zmíněny standardy kvality. Jde o problematiku, která se prolíná všemi okruhy činnosti služby. V rámci

⁷⁸ Poskytovatelé služeb musí samozřejmě dodržovat i další hygienické předpisy, upravující specifické záležitosti, např. stravování.

transformačního procesu je nutno věnovat pozornost standardům kvality nejen jako nástroji pro sledování a zvyšování kvality poskytované služby (proces transformace se nemůže projevit ve snížení kvality aktuálně poskytovaných služeb, jde o riziko, s nímž je třeba cíleně pracovat), ale rovněž z hlediska rozdílného pojetí v jednotlivých oblastech.

Zatímco např. poskytovatelé pobytových sociálních služeb jsou již od roku 2007 ze zákona povinni naplňovat standardy kvality, pro školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy byla tato otázka řešena legislativně až novelou ZVÚOV z roku 2012, a to ve formě zmocnění pro MŠMT stanovit standardy kvality prováděcí vyhláškou (§ 41 odst. 1 písm. i/ ZVÚOV). Toto zmocnění prozatím nebylo využito.

V případě zdravotnických zařízení (dětských domovů pro děti do 3 let věku) je „hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí“.⁷⁹ Pro transparentní postupy v rámci zařízení je výhodné, pokud se postupuje podle jednotných standardů kvality. Poskytovatel, který bude zároveň poskytovat některou z forem zdravotních služeb, může využít určité benevolence ZZS a svou činnost upravit v souladu se standardy poskytovatelů sociálních služeb.

Novela ZSPOD č. 401/2012 Sb. zavedla obdobně standardy sociálně-právní ochrany dětí a povinnost jejich dodržování osobami pověřenými k výkonu sociálně-právní ochrany. Pověřené osoby jsou povinny dodržovat standardy nejpozději k 1. lednu 2015. Prováděcí vyhláška k ZSPOD upravila v přílohách č. 2 a 3 podrobná kritéria standardů. Kritéria jsou však nastavena jen pro ty druhy činností, které lze vykonávat výhradně na základě pověření a kde nedochází k výše popsanému překryvu mezi činnostmi pověřené osoby a poskytováním sociální služby. Kritéria jsou tak stanovena pro pověřené osoby vykonávající činnosti na základě dohod o výkonu pěstounské péče, příp. zajišťujících přípravu zájemců

⁷⁹ § 98 zákona č. 372/2011, o zdravotních službách.

o náhradní rodinnou péči (příloha č. 2 prováděcí vyhlášky k ZSPOD) a pro zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (příloha č. 3 prováděcí vyhlášky k ZSPOD). Z toho plyne, že držitel registrace sociální služby opravňující k sociální práci s ohroženými dětmi a rodinami, bude kvalitu své práce sledovat na základě standardů kvality sociálních služeb. V této oblasti by tedy nemělo docházet ke zbytečným duplicitám. Pro kontrolu dodržování standardů kvality sociálně-právní ochrany bude využit orgán, který působí v oblasti sociálních služeb, tedy inspekce kvality sociálních služeb.

Tab. č. 6: Přehled právní úpravy standardů kvality u jednotlivých typů služeb

Typ služby	Právní předpis
Poskytovatel sociální služby	§ 88 ZSS, vyhl. č. 505/2006 Sb., příloha č. 2
ZDVOP	§ 9a ZSPOD, vyhl. č. 473/2012 Sb., příloha č. 3
Doprovázející organizace	§ 9a ZSPOD, vyhl. č. 473/2012 Sb., příloha č. 2
Poskytovatel zdravotní služby	§ 98 ZZS
Školské zařízení	§ 41 ZVÚOV (prováděcí vyhláška prozatím nebyla vydána)

5.4. Doporučení vhodné právní formy pro jednotlivé typy služeb

V závěru této části metodiky je provedeno srovnání právní úpravy, financování a dalších podmínek činností jednotlivých (navrhovaných) typů služeb s ohledem na jejich budoucí podobu. I činnost plně transformované služby lze poskytovat souběžně v několika režimech, je však zřejmé, že v tomto případě bude docházet k překryvům úpravy a z toho plynoucím větším nárokům na provozovatele služby. Je zároveň nepochybné, že tento souběh bude (alespoň po určitou dobu) doprovázet proces transformace příslušného zařízení a že může v průběhu tohoto procesu docházet k modifikacím podmínek i z hlediska právní úpravy. Např.

v oblasti sociálních služeb je připravován nový systém registrace poskytovatelů sociálních služeb, který má zjednodušit dosavadní členění podle jednotlivých druhů služeb. Bylo již zmíněno plánované spojení úpravy činnosti sociálních služeb a osob pověřených k výkonu sociálně-právní ochrany. Tyto úpravy jsou však prozatím pouze v rovině věcného záměru, legislativní proces ještě nebyl zahájen. Z tohoto důvodu je ve srovnávací tabulce č. 7 uvedena stávající právní úprava, z níž bude zpracovatel plánu transformace vycházet (v závislosti na případných změnách pak může jednotlivá opatření v budoucnu upravovat).

Tab. č. 7: Přehled možného právního ukotvení služby u jednotlivých typů transformovaných služeb

Typ služby	Příklady možných typů právního ukotvení služby
Typ I	Poskytovatel sociální služby: např. raná péče, osobní asistence, sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, odborné sociální poradenství, sociální rehabilitace, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, terénní programy. Pověřená osoba: ZDVOP, doprovázející organizace. Poskytovatel zdravotní služby: domácí péče (§ 10 ZZS), případně ambulantní péče.
Typ II	Poskytovatel sociální služby: raná péče, odborné sociální poradenství. Pověřená osoba: ZDVOP Poskytovatel zdravotní služby: domácí péče, ambulantní péče
Typ III	Poskytovatel sociální služby: krizová pomoc, chráněné bydlení, dům na půli cesty, odborné sociální poradenství, Pověřená osoba: ZDVOP Poskytovatel zdravotní služby: domácí péče, ambulantní péče Školské zařízení: dětský domov
Typ IV	Poskytovatel sociální služby: azylové domy, sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, intervenční centrum, odborné sociální poradenství, sociální rehabilitace.

Zároveň výše uvedený rozbor ukazuje dva rozdílné procesy přechodu původní pobytové služby do služby transformované:

1. V případě **dětských domovů pro děti do 3 let věku** v zásadě nic nebrání tomu, aby se tato služba plně transformovala na poskytovatele sociálních služeb, případně osobu pověřenou k výkonu sociálně-právní ochrany.
2. U **dětských domovů** ve školské oblasti existují v současné době v řadě oblastí určitá omezení, která svědčí spíše pro postupnou transformaci formou rozšiřování doplňkové činnosti a současného omezování pobytové kapacity školského zařízení (i minimální kapacitu dětského domova, tzn. 12 dětí, lze za splnění zákonných podmínek snížit).

Tato omezení však nejsou signálem k rezignaci na transformaci těchto zařízení a jejich vyjmutí z procesu deinstitucionalizace péče o ohrožené děti. Jsou spíše ukazatelem, že pro jejich řešení v rámci plánu transformace a jeho následné realizace bude nutné vyčlenit větší prostor a hledat další alternativní řešení, jak tyto překážky překonat. Kraje a obce mají dostatečné nástroje k tomu, aby tyto změny promítly nejenom do základních strategických dokumentů, ale i do dílčí právních dokumentů, jako jsou např. zřizovací (zakladatelské) listiny organizací zřízených či založených územním samosprávným celkem.

Tab. č. 8: Zhodnocení míry omezení při přechodu stávajícího pobytového zařízení na jiný typ služby (poskytovatel sociálních služeb, pověřená osoba)

Typ pobytového zařízení	Aspekt transformace	Omezení
Dětský domov pro děti do 3 let věku	Oprávnění k činnosti	Zanedbatelné
	Financování	Zanedbatelné
	Personální obsazení a odborná způsobilost	Střední
	Kapacita služby	Zanedbatelné
	Standardy kvality	Zanedbatelné
Dětský domov	Oprávnění k činnosti	Zanedbatelné
	Financování	Vysoké
	Personální obsazení a odborná způsobilost	Střední
	Kapacita služby	Střední
	Standardy kvality	Zanedbatelné

6. Návrhová část plánu transformace II - dílčí plány transformace zařízení

Ve vazbě na celkový plán transformace zpracovaného na úrovni zřizovatele se dále v případě krajských zařízení doporučuje vytvořit detailní transformační plány jednotlivých zařízení (dále jen „plán transformace zařízení“). Statutární města zřizující jedno zařízení zpracují všechny (výše i níže popsané) postupy pravděpodobně v jediném dokumentu. Důvodem pro rozčlenění plánů transformace v případě krajů a krajských zařízení do dvou úrovní je skutečnost, že každé zařízení se může vydat jinou cestou, má jiné výchozí podmínky (součástí procesu mohou být jak zdravotnická, tak školská zařízení) a může tedy uplatnit diferencované postupy.

Plán transformace zařízení bude vznikat paralelně s plánem transformace na úrovni zřizovatele, resp. s mírným časovým odstupem, v reakci na návrhy a rozhodnutí ohledně typu (transformované) služby, její cílové skupiny, územní působnosti, finančních zdrojích atd. Plán transformace zařízení je detailním „prováděcím“ dokumentem, který se zabývá činnostmi, které musí zařízení v tomto procesu provést. Stejně jako je tomu u plánu na úrovni zřizovatele, nejsou jeho obsahem jen technické záležitosti. Přenos služeb (nebo části služeb) do terénní a ambulantní formy znamená větší otevření se nejen primární cílové skupině, již budou vždy děti, ale také skupině, s níž až dosud (některá) zařízení komunikovala jen prostřednictvím návštěv, tedy rodičů a dalších osob blízkých dítěti. I samotné děti se vůči službě budou ocitat ve zcela jiné pozici, než tomu bylo v případě jejich pobytu v ústavu. Bude docházet k odlišným postupům a způsobu naplňování potřeb cílových skupin, než tomu bylo v dosavadní činnosti služby. I v případě zachování určité pobytové kapacity bude vedle tradičních činností, jako je uspokojování materiálních potřeb dítěte, zajištění vzdělávání a zdravotní péče, věnována daleko větší pozornost otázkám identity dítěte, jeho vazbám na blízké osoby, spolupráci s rodinou, komunikaci s dítětem, zjišťování a respektování jeho názoru.

Všechny tyto skutečnosti mohou znamenat zásah do stereotypu, který je však pro pracovníky zařízení známý a tudíž bezpečný. V rámci plánu transformace zařízení je třeba naplánovat i způsob komunikace se zaměstnanci, resp. zabývat se otázkou motivace a jejich aktivního zapojení do procesu transformace.

6.1. Zaměření služby, zásady činnosti a kapacita

Rozhodnutí o zaměření služby a její cílové skupině bude řešeno na úrovni zřizovatele, to ovšem neznamená, že by mělo jít o rozhodnutí „ze shora“. V popisu realizačního týmu byl popsán mechanismus zapojení zástupců zařízení do pracovních týmů a skupin (nemusí jít přitom pouze o ředitele či ředitelky zařízení, ale také o další odborné pracovníce a pracovníky zařízení). Diskuse o dalším směřování služby by měla v rámci týmů zařízení proběhnout již ve fázi realizace analýzy pobytové péče a srovnávací analýzy. Zařízení by neměla být jen pasivním příjemcem rozhodnutí zřizovatele, ale mohou je aktivně ovlivňovat (samozřejmě v intencích cílů a zásad procesu transformace). Zařízení by mělo zvážit (s využitím již zmíněné analýzy) svůj potenciál podílet se na síti služeb pro ohrožené děti a stanovit si cíle svého působení v novém systému.

Podobné principy při zavádění změn by měly být uplatněny i v rámci zařízení. Transformace zařízení by neměla být jen souborem (ředitelem) nařízených opatření, ale procesem, na němž se podílí celý tým služby. Především řešení otázek poslání služby, zásad činnosti, přístupu ke klientovi, stanovení metod práce atd.⁸⁰, svědčí spíše týmové diskuse, tedy společné hledání cest a procesů vedoucích k dosažení požadované kvality práce. Tím není dotčena rozhodovací a řídicí pravomoc managementu organizace, zvláště v situacích, kdy tento způsob práce (a diskuse) nevede k žádoucímu výsledku.

⁸⁰ Otázce zásad činnosti systému péče o ohrožené děti (jimiž by se měly řídit i všechny služby působící v tomto systému), je věnována úvodní kapitola této metodiky, nejsou zde proto opakovány. V zásadě jde o důsledné dodržování lidských práv a svobod, zejména práv dětí, individuální přístup ke každému klientovi, podpora samostatnosti a sociálního začlenění atd.

V návaznosti na data z analýzy potřeb (a na srovnávací analýzu) zařízení ve spolupráci se zřizovatelem definuje nejen cílovou skupinu a formu (typ) služby, ale také její plánovanou kapacitu ve všech složkách (kapacity terénní služby, ambulantní i pobytové). Po schválení těchto základních parametrů zřizovatelem přistoupí zařízení ke zpracování návrhu interních opatření vedoucích k naplnění všech těchto cílů. Tato opatření se dotknou několika základních oblastí: týmu služby, procesů v rámci činnosti služby, infrastruktury a vybavení, ekonomiky zařízení atd. Součástí procesu transformace na úrovni zařízení je rovněž intenzivní komunikace a to nejen se zaměstnanci zařízení, ale rovněž s klienty a dalšími cílovými skupinami. Této problematice se souhrnně věnuje kapitola č. 9 této metodiky.

Doporučuje se popsat všechny tyto aspekty písemnou formou s perspektivou, že takto nastavené postupy se stanou podkladem (či součástí) zavádění standardů kvality příslušné služby.

6.2. Změna personální struktury služby

V návaznosti na stanovený okruh nově poskytovaných služeb a předpokládané kapacity je v plánu transformace příslušného zařízení definován **tým služby** (početní složení, odbornost, struktura týmu, stanovení oprávnění a odpovědností atd.). Organizační struktura týmu je doplněna podrobným popisem jednotlivých pozic, tzv. **pracovními profily**. Pracovní profil popisuje, jakou kvalifikaci, praxi a dovednosti je nutno splňovat pro zastávání konkrétního pracovního místa. Pracovní profil není jen klasickou „náplní práce“, ale dokumentem, jehož prostřednictvím je možno definovat „ideálního“ kandidáta na příslušné pracovní místo. Tento dokument by měl obsahovat:

- a) popis činností, které budou na příslušné pracovní pozici vykonávány,
- b) oprávnění a odpovědnosti (např. řízení dalších pracovníků, zastupování služby ve vztahu ke klientům, rozhodování záležitostí týkajících se klientů atd.),
- c) požadavky na vzdělání, kvalifikaci a předchozí praxi,

- d) popis specifických dovedností a znalostí, kterými by měl příslušný pracovník disponovat,
- e) osobností a morální předpoklady (v tom jsou zahrnuty i otázky postoje k právům dětí, přístupu k dětem atd.).

Ze zpracované organizační struktury a zpracovaných pracovních profilů vychází návrh **personálních opatření** v rámci procesu transformace. Management zařízení bude mít k dispozici personální audit zařízení, zpracovaný v rámci analýzy pobytové péče. Výsledky auditu (tj. stávající personální obsazení a jeho potenciál) bude komparován s novou organizační strukturou a zpracovanými pracovními profily. Při zpracování tohoto plánu je nutno zohlednit změnu způsobu práce s klientem, např. skutečnost, že řada pracovníků služby bude vykonávat svoji práci v pozici klíčového (sociálního, odborného) pracovníka dítěte a rodiny⁸¹ a další skutečnosti, které zasáhnou do dosavadní praxe.

Cílem procesu je maximálně využít „pozitivní“ potenciál stávajících zaměstnanců, naplánovat a následně poskytnout podporu při jejich případném přechodu na jinou pozici. Je nutno pracovat i s eventualitou částečné obměny týmu. Pro některé pracovníky budou nové podmínky činnosti nevyhovující a rozhodnou se odejít, u dalších konstatuje nadbytečnost (nevyužitelnost) sám zaměstnavatel. V takovém případě je dobrou praxí pomoc při nalezení nového uplatnění (např. ve spolupráci se zřizovatelem).

Je zřejmé, že ne každý ze stávajících zaměstnanců nebo uchazečů o práci bude těmto „ideálním“ nárokům odpovídat. V takovém případě je pracovní profil vhodným podkladem:

- **u stávajících pracovníků** pro plán vzdělávání, rekvalifikace, výcviku určitých dovedností, případně pro plán převedení pracovníka na jinou pracovní pozici,

⁸¹ Tedy pracovníka v přímé práci, který koordinuje práci s dítětem a rodinou, je s dítětem a rodinou v intenzivním kontaktu, je odpovědný za naplňování individuálního plánu klienta.

- **u uchazečů** pro stanovení kritérií výběru, v případě přijetí pracovníka pro zpracování průběhu zaškolení (adaptačního plánu).

Část plánu transformace zařízení, která se věnuje otázce personálního zabezpečení služby, by měla obsahovat zejména:

- a) stanovení organizační struktury nově definované služby, včetně počtu pracovních míst, pracovních profilů jednotlivých pozic, povinností a oprávnění spojených s příslušnou pozicí,
- b) plán personálních opatření rozpracovaný detailně pro každého ze stávajících pracovníků zařízení (změny pracovních náplní, převeden na jinou práci, sloučení pozic atd.), včetně harmonogramu těchto opatření,
- c) plán rekvalifikace a dalšího vzdělávání pracovníků, resp. zpracování individuálních plánů rekvalifikace a vzdělávání obsahujících typ vzdělávání (výcviku), způsob zajištění, časový horizont atd.,
- d) plán výběrových řízení na obsazení pozic, které nelze obsadit využitím stávajících pracovníků (kritéria výběru, způsob hodnocení, předpokládané termíny výběrových řízení), stanovení odpovědnosti za proces zaškolení (jeho obsah bude stanoven individuálně v závislosti na kvalifikaci, zkušenostech a dovednostech uchazeče),
- e) kvalifikovaný odhad nákladů spojených s provedením personálních opatření.

6.3. Nastavení procesů v rámci zařízení

Další problematikou řešenou v rámci plánu transformace zařízení je nastavení vnitřních procesů, souvisejících s novým obsahem činnosti a nově uplatňovanými přístupy ke klientům. Management zařízení vychází z procesního auditu, který bude zpracován na úrovni zařízení. Cílem navržených opatření je optimalizace procesů v rámci organizace. Tato část plánu obsahuje zejména:

- a) popis jednotlivých procesů v rámci organizace (poskytované služby, jejich řízení, hodnocení výkonů a kvality výkonů, efektivita a ekonomika),
- b) stanovení procesních pravidel (kdo a co má dělat a kdy),
- c) stanovení pravomocí a odpovědnosti pro jednotlivé procesy,
- d) pravidla pro nakládání se zdroji organizace (materiální, technické, finanční),
- e) nastavení standardů kvality včetně systému hodnocení a zvyšování kvality poskytované služby.

6.4. Materiální a technické vybavení

Další součástí plánu transformace zařízení je řešení otázky potřebné infrastruktury, materiálního a technického vybavení nově poskytovaných služeb v závislosti na potřebách cílové skupiny, hygienických a dalších právních předpisech. Co se týče právní regulace této otázky, je v jednotlivých oblastech uplatňován rozdílný přístup. V plánu transformace zařízení je proto třeba popsat a vyčíslit nároky na budoucí techniku, úpravy prostor, materiální vybavení atd. Tyto informace jsou klíčové pro realizační fázi a vyčíslení nákladů realizační fáze. Při stanovení těchto nároků je samozřejmě nutno dbát na co nejefektivnější využití stávajících zdrojů.

Vzhledem k tomu, že proces transformace předpokládá přenos většiny služeb zařízení do terénní a ambulantní formy, je nutno toto zázemí a vybavení plánovat nejen s ohledem na sídlo služby, ale také s ohledem na činnosti vykonávané v přirozeném prostředí klienta (nároky na logistiku, vybavení pro práci v rodinách, možnost zapůjčení techniky a pomůcek osobám pečujícím o děti atd.).

Cílem tohoto procesu je:

- a) stanovit opatření k vytvoření prostředí a podmínek, které korespondují s rozsahem činností poskytovaných služeb a odpovídají potřebám cílové skupiny,

- b) definovat nároky na potřebnou infrastrukturu, dovybavení služby atd.,
- c) definovat nepotřebný majetek (rozhodnutí o nakládání s nepotřebným majetkem, zejména nemovitým, přísluší zřizovateli),
- d) provést kvalifikovaný odhad nákladů spojených s dosažením výše uvedených cílů.

6.5. Oblast financování v plánu transformace zařízení

Jako podklad pro celkové vyčíslení nákladů transformace (viz kapitolu 7)⁸², zpracovává zařízení v rámci plánu transformace několik výstupů:

- a) náklady na provoz služby před zahájením procesu transformace a po dosažení cílového stavu,
- b) plán přesměrování zdrojů v rámci zařízení,
- c) technická a právní opatření spojená s čerpáním finančních zdrojů jiného charakteru, než tomu bylo v dosavadní činnosti organizace (získávání zdrojů, účtování, vykazování, daňové otázky atd.)

6.6. Výstup plánu transformace zařízení: soubor opatření a harmonogram

Celkovým výstupem plánu transformace zpracovaného na úrovni zařízení je soubor opatření a harmonogram jejich realizace. Při zpracování tohoto výstupů se postupuje způsobem popsáním v části 10 této metodiky. Při definici těchto opatření je třeba stanovit ta, která se promítnou do souboru opatření na úrovni zřizovatele a ta, která lze označit za interní záležitost v rámci zařízení.

⁸² Stanovení nákladů na úrovni zařízení by mělo vycházet z principů popsanych v kapitole 7.2.

Doporučení ve vztahu k žádosti o grant

V rámci žádosti o grant se doporučuje vyčlenit finanční prostředky mj. na:

- 8. Činnost pracovních skupin v rámci zařízení, resp. činnost pracovníků, kteří zpracují plán transformace zařízení.*
- 9. Případné experty, kteří spolu se zařízeními jednoznačně definují charakter služby a v rámci plánu transformace navrhnou postupy vedoucí k dodržení všech právních a věcných aspektů činnosti a řešení otázky financování činnosti.*
- 10. Plánování a přípravu organizačních a procesních změn, zavedení standardů kvality atd.*
- 11. Vytvoření vzdělávacích plánů pracovníků zařízení.*
- 12. Realizaci vzdělávání zaměstnanců zařízení zohledňujícího připravované změny.*

7. Návrhová část plánu transformace III - náklady transformace

Tato část se zaměřuje na možné zdroje, které lze využít pro proces transformace. Otázky systémového financování byly popsány v předchozích kapitolách metodiky, tato část se zaměřuje především na otázku disponibilních zdrojů v rozhodovací pravomoci krajského či městského zastupitelstva a v kapitole 7. 2. rovněž na otázku způsobu vyčíslení nákladů transformace. Co se týče prostředků využitelných pro proces transformace, jde zejména o:

1. finanční prostředky, které jsou vynakládány v současné době na provoz pobytových zařízení a dalších služeb,
2. zdroje jednorázové (časově omezené) podpory, získané na základě grantů, dotací, tedy zejména prostředky ze Strukturálních fondů EU, Fondů EHP a obdobných programů na národní úrovni.

Velká pozornost je v této kapitole věnována prvnímu okruhu zdrojů, protože představují stabilní základ pro dlouhodobě udržitelný systém péče o ohrožené děti. Jednorázové zdroje by měly být použity výhradně na pokrytí tzv. transformačních nákladů, tedy na financování zvýšených výkonů služby v období souběhu staré a nové formy činnosti, vzdělávání pracovníků, potřebné investice do vybavení a infrastruktury atd. Praxe, kdy jsou dotační zdroje využívány na úhradu běžných, provozních, nákladů, vede k předčasnému ukončování aktivit po skončení projektu či vyčerpání jednorázové dotace. Oba tyto zdroje a jejich užití je nutno v celém procesu zřetelně oddělovat.

Při posuzování nákladů stávajícího a budoucího systému je nutno se v první řadě zaměřit na nákladovost jednotlivých typů pobytových služeb. Díky analýzám provedeným na národní úrovni⁸³ je k dispozici srovnání nákladů na jednotlivé typy služeb. V tabulce č. 9 jsou pro informaci uvedeny některé z nich (služby relevantní pro proces transformace na regionální a místní úrovni). Služba poskytovaná

⁸³ SocioFactor (2014), Křístek, & Pavloková, & Bittner, & Vyhnánek (2010).

v přirozeném prostředí dítěte a rodiny vychází z tohoto srovnání výrazně levněji (a to i případě, kdy stát zároveň podporuje pečující osoby, jako je tomu v případě pěstounské péče). Naopak služby poskytované formou pobytové péče jsou nejnákladnější (v tabulce jsou však uvedeny neinvestiční náklady, do nichž se vynaložené investice promítají jen částečně formou odpisů). Průměrné měsíční neinvestiční náklady na jednu dítě v ústavní výchově činí cca 36 000 Kč. Z tohoto pohledu lze označit dětské domovy pro děti do tří let věku za zařízení s vysoce nadprůměrnými náklady, dětské domovy ve školské oblasti se pohybují lehce pod tímto průměrem.⁸⁴ Náklady na děti, jimž je poskytována péče v rodinném prostředí prostřednictvím pěstounské péče jsou v průměru cca 2,5 krát nižší, na terénní služby vynakládají současné veřejné rozpočty v průměru desetinu toho, co na dítě umístěné v ústavní péči.

Tab. č. 9: Srovnání neinvestičních nákladů veřejných rozpočtů na jednotlivé typy péče o ohrožené děti (v Kč měsíčně)

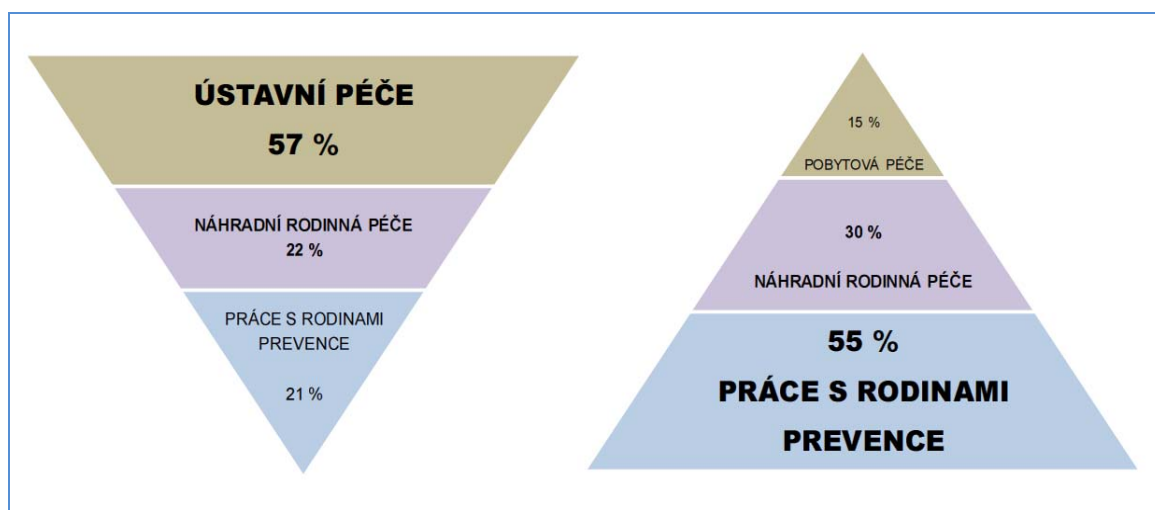
Typ zařízení	Náklady na lůžko	Náklady na dítě
Dětský domov pro děti do 3 let věku	35 686	46 667
Dětský domov pro děti do 3 let	25 654	31 856
Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	-	22 075
Pěstounská péče	-	15 220
Sociální práce s rodinou (terénní)	-	3 500

Stav v České republice koresponduje se statistikami a výzkumy provedenými na mezinárodní úrovni. Podle nich (výsledky jsou citovány v Delap, 2011), je péče ve velkých ústavech dvakrát dražší než domovy pro malé skupiny, třikrát až pětikrát dražší než pěstounská péče a přibližně osmkrát dražší než poskytování podpory

⁸⁴ Pro srovnání lze uvést také náklady školských zařízení zřizovaných MŠMT: u DDŠ činí 36 246 Kč, u VÚ 60 986 Kč a v případě DDÚ dokonce 95 929 Kč měsíčně. Součástí DDÚ jsou však i střediska výchovné péče, které mohou průměr na umístěné dítě zvyšovat (vykonávají rovněž ambulantní činnost). Pokud se provede přepočítání na prostou lůžkovou kapacitu, činí průměrné náklady i tak 82 725 Kč.

sociálních služeb pro ohrožené rodiny. Lze však zároveň předpokládat, že dopadem snižování kapacit a specializace zařízení budou průměrné náklady na pobytovou péči ještě vzrůstat. Tento nárůst by měl být vyrovnán snížením počtu dětí, které budou takovou péčí potřebovat. **Primárním cílem procesu transformace není snížit výdaje**, které jsou poskytovány na pomoc ohroženým dětem, ale jejich efektivnější využití v zájmu dětí. Jde tedy především o vytvoření podmínek pro systematickou preventivní práci a rovněž o realokaci zdrojů do forem péče (viz graf č. 10). V současné době je přes 50 % finančních prostředků vynakládáno právě do oblasti ústavní péče (jde o více než 3,5 mld. Kč ročně).

Graf č. 10: Realokace prostředků vynakládaných v rámci systému péče o ohrožené děti v České republice (současný a navrhovaný systém)



7.1. Využití finančních zdrojů poskytovaných z rozpočtu zřizovatele

Primární zdrojem pro dlouhodobě udržitelnou činnost transformované sítě služeb jsou finanční prostředky, jimiž je financována stávající činnost zařízení. Velká část z nich je poskytována přímo z rozpočtu kraje. Bylo již řečeno, že průměrné měsíční náklady na jedno dítě umístění v dětském domově pro děti do 3 let věku činí 46 667 Kč. Kraje a statutární města poskytují z vlastních příjmů formou příspěvku

zřizovatele cca 625 mil. Kč ročně (viz tabulku č. 10)⁸⁵. V řadě domovů je vedle zdravotní pobytové služby provozováno zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Na provoz zařízení zřízených při dětských domovech pro děti do 3 let věku je poskytováno Ministerstvem práce a sociálních věcí cca 110 mil. Kč ročně. V tomto segmentu služeb tak je k dispozici celkem přes 730 mil. Kč ročně.

Tab. č. 10: Přehled příspěvků zřizovatele dětským domovům pro děti do 3 let věku dle schváleného rozpočtu pro rok 2013

Zřizovatel	Příspěvek v Kč
Jihočeský kraj	4 500 000
Jihomoravský kraj	52 532 000
Karlovarský kraj	24 300 000
Královéhradecký kraj	43 169 000*
Moravskoslezský kraj	44 110 000
Olomoucký kraj	51 559 000
Pardubický kraj	43 900 000
Plzeňský kraj	15 186 000
Středočeský kraj	80 000 000
Ústecký kraj	64 576 000
Vysočina	27 544 000
Zlínský kraj	24 720 000
Statutární města celkem	173 389 000
CELKEM	625 185 000

* Celkový příspěvek pro organizaci Sdružení ozdravoven a dětských léčeben (dětský domov pro děti do 3 let věku je pouze jednou ze součástí této organizace).

⁸⁵ V případě statutárních měst je provoz částečně financován dotací ze státního rozpočtu. V roce 2013 činila tato dotace 28 851 000 Kč, tj. 93 068 Kč na jedno lůžko ročně. Dotace pokrývá průměrně necelých 14 % výdajů statutárních měst na financování těchto zařízení, zbytek je kryt vlastními příjmy města.

Bylo rovněž uvedeno, že v případě školských dětských domovů se kraje podílí na financování provozních nákladů a investic. Z hlediska transformace zařízení lze za disponibilní prostředky považovat především tyto příspěvky kraje jako zřizovatele. Ty představují podle schválených rozpočtů pro rok 2013 celkem 347 mil. Kč (viz tabulku č. 11).

Tab. č. 11: Neinvestiční výdaje rozpočtů územních samosprávných celků na provoz dětských domovů v roce 2013

Kraj	Neinvestiční příspěvek v Kč
Hlavní město Praha	16 671 000
Jihočeský kraj	24 512 000
Jihomoravský kraj	27 731 000
Karlovarský kraj	19 682 000
Královéhradecký kraj	17 370 000
Liberecký kraj	21 815 000
Moravskoslezský kraj	30 057 000
Olomoucký kraj	25 974 000
Pardubický kraj	11 656 000
Plzeňský kraj	23 188 000
Středočeský kraj	20 723 000
Ústecký kraj	68 474 000
Vysočina	21 449 000
Zlínský kraj	18 090 000
CELKEM	347 392 000

Celkově je tedy na úrovni krajů a statutární měst k dispozici kolem 1 mld. Kč ročně, o jejímž užití mohou kraje v rámci samostatné působnosti rozhodovat. Z pohledu využití vlastních rozpočtových prostředků zřizovatele je situace jednodušší

v případě dětských domovů pro děti do 3 let věku, kde je příspěvek zřizovatele naprosto dominantním zdrojem.

Podrobný rozbor dalších systémových finančních zdrojů spočívajících především v neinvestičních transferech ze státního rozpočtu a úhradách klientů (kapitoly 5.3.5. až 5.3.8 metodiky) navíc poukazuje na možnosti získání dalších zdrojů pro financování kvalitní péče o ohrožené děti ve všech uvedených systémech (s výjimkou školského). Transformace služby, jejíž součástí je i jiný formální základ poskytování služby (registrace k poskytování sociální služby, získání pověření k výkonu sociálně-právní ochrany či poskytování jiného typu zdravotní služby než je dětský domov pro děti do 3 let věku, jehož péče není hrazena zdravotními pojišťovnami), může znamenat přístup i k dalším finančním zdrojům.

Mezi další zdroje využitelné pro financování procesu transformace (realizační fáze) mohou sloužit výnosy získané z prodeje nepotřebného majetku. Na úrovni zařízení bude definováno, jaký majetek (movitý i nemovitý) bude služba používat při své další činnosti. Zřizovatel (u nemovitého majetku a movitých věcí větší hodnoty) rozhoduje o jejich dalším využití. Je dobrou praxí, pokud takto získané zdroje jsou využity ve prospěch zkvalitnění systému péče o ohrožené děti.

7.2. Náklady transformace

Přestože byla v předchozí kapitole popsána možnost určité diverzifikace zdrojů, měl by být proces transformace koncipován z hlediska nákladů na stávající a transformovanou síť služeb jako **v zásadě vyrovnaný**⁸⁶ (zdroje získané navíc lze využít pro další zkvalitňování služeb). Proces vyčíslení nákladů transformace bude vycházet z kvalifikovaného odhadu nákladů sítě zařízení pro ohrožené děti a rodiny a také z dílčích podkladů zpracovaných zařízeními (viz kapitolu č. 6. 5.). Dalším významným faktorem ovlivňujícím náklady transformace, je skutečnost, že v rámci realizace tohoto procesu, spojeného mj. s omezováním pobytových služeb,

⁸⁶ Absolutní výši nákladů budou samozřejmě ovlivňovat vnější faktory, jako je např. inflace, ekonomická rozvaha nákladů sítě služeb by je měla rovněž zohledňovat alespoň ve formě kvalifikovaného odhadu.

nelze vystavit děti a další cílové skupiny služeb riziku, že budou zbaveny potřebné péče, nebo dojde ke zhoršení její kvality. **Náklady transformace** je proto nutno vyčíslit v několika základních okruzích.

První z nich jsou náklady, které souvisí s **přípravou celého procesu**, jeho projednáním a naplánováním (včetně analytických dokumentů). Tyto náklady z větší části pokrývá grant z Fondů EHP.

Druhý okruh nákladů je spojen s **realizací procesu transformace**. Jde především o náklady na:

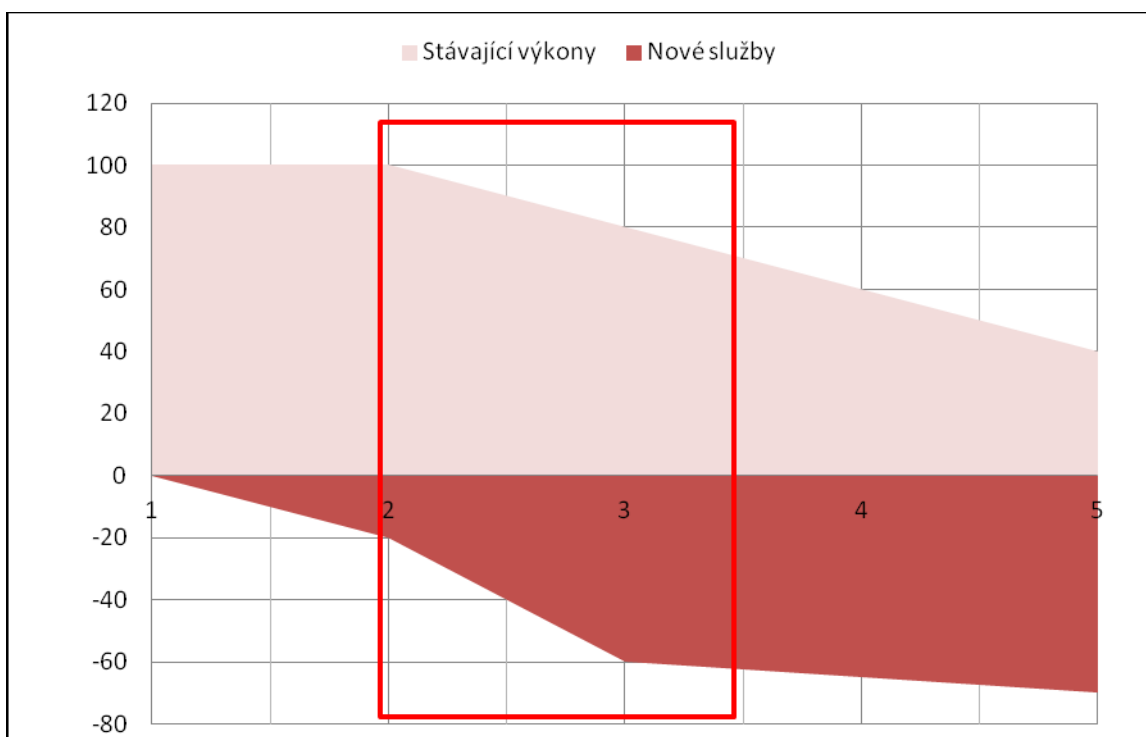
- rekvalifikace a vzdělávání pracovníků,
- řízení procesu transformace (pracovní týmy, řízení rizik), odborné zajištění procesu transformace (konzultace, činnost expertů), právní zajištění procesu transformace atd.
- na novou infrastrukturu, materiální a technické vybavení.

Tyto náklady částečně pokrývá grant z EHP, z větší části však budou hrazeny z realizačních zdrojů (viz níže).

Třetí okruh nákladů představují **přechodně zvýšené provozní náklady sítě služeb**. Součástí procesu transformace je časově ohraničené období, kdy stávající služba funguje v téměř plné kapacitě, zároveň se však rozvíjejí nové činnosti. Zatímco útlum stávajících činností bude postupný (lineární), rozvoj nových činností je skokový. Pokud vyjdeme ze skutečnosti, že na počátku procesu činily výkony organizace 100 %, v rámci přípravné fáze dojde k jejich mírnému navýšení (představují zátěž především pro management organizace, kladou nároky na administrativu a komunikaci se zaměstnanci), v druhé fázi, kdy je nová služba zavedena a zahájí činnost, dochází ke skokovému zvýšení celkových výkonů organizace (viz graf č. 11 s modelovým příkladem). Náklady spojené se zvýšením výkonů organizace v tomto „kritickém“ období je nutno započítat do celkových nákladů transformace. Tyto náklady budou pravděpodobně pokrývat prostředky

získané z dodatečných zdrojů pro účely realizace transformace, tedy prostředky časově omezené a přísně účelově vymezené. Je častým jevem, že dojde v rámci projektu k zahájení činnosti služeb a po jeho skončení tato služba skončí. V plánu transformace je (včetně rozpočtu a harmonogramu) třeba naplánovat opatření vedoucí k zajištění udržitelnosti nových služeb (tzn., že původně poskytované budou skutečně omezovány) a zároveň zřetelně oddělit (byť jde o prostředky provozní) zvýšené náklady v době kritického období. I v případě, že tyto prostředky poskytne zřizovatel z vlastních zdrojů, měl by zároveň zřetelně deklarovat, zda jde o prostředky, které budou poskytovány jen po určité období, nebo zda počítá s dlouhodobým navýšením výdajů do oblasti služeb pro ohrožené děti. V takovém případě by mělo být definováno, jakým způsobem budou tyto prostředky po skončení „kritické“ transformační fáze v novém systému využívány.

Graf č. 11: Modelový příklad procesu transformace s vyznačením fáze, kdy dochází k souběhu poskytování služeb a zvýšeným nákladům



Veškeré informace týkající se financování je nutno promítnout do souboru opatření (viz část 10. této metodiky) ve formě vyčíslení nákladů na jejich realizaci a stanovení zdrojů financování. Vedle toho je vhodné formou tematické přílohy plánu transformace (**finanční plán**), zpracovat dokument, který se bude zabývat samostatně otázkou financování. Realizátor projektu bude otázku financování řešit v několika rovinách (rozpočtech):

- a) rozpočet projektu financovaného z Fondů EHP,
- b) celkový rozpočet transformace (včetně realizace),
- c) dílčí rozpočty na úrovni zařízení,
- d) dílčí rozpočty návazných (realizačních) projektů financovaných z jiných dotačních zdrojů (viz následující kapitolu).

Doporučení ve vztahu k žádosti o grant

V rámci žádosti o grant se doporučuje vyčlenit finanční prostředky mj. na:

- 13. Zpracování plánu financování (transformované) sítě služeb, zaměřený na efektivní využití stávajících zdrojů.*
- 14. Vyčíslení nákladů transformace.*

8. Návrhová část plánu transformace IV - přechod od plánování k realizační fázi

Vzhledem k tomu, že proces plánování a proces realizace transformace pobytové péče o ohrožené děti jsou z hlediska financování odděleny, je v rámci plánu transformace nutno naplánovat konkrétní opatření, které povedou k následné realizaci transformace. Za zpracování této části plánu nese hlavní odpovědnost realizační tým.

Základní podmínkou realizace je získání potřebných finančních zdrojů pro financování nákladů transformace. První část opatření této fáze plánu transformace se proto zaměří na kroky vedoucí k **získání těchto zdrojů**. V předchozí kapitole byly tyto náklady popsány ve třech základních okruzích. Můžeme proto zrekapitulovat dostupné systémové zdroje z veřejných rozpočtů⁸⁷ a zjistit, nakolik jsou využitelné pro krytí nákladů transformace (viz tab. č. 12). V případě realizační fáze je srovnání provedeno pro oblasti vzdělávání pracovníků, řízení procesu a investic do infrastruktury a vybavení služeb.

Tab. č. 12: Využitelnost stávajících zdrojů pro úhradu nákladů transformace a financování nově zřízených služeb

Zdroje	Přípravná fáze	Realizační fáze			Zvýšené provozní náklady
		Vzdělávání	Řízení	Investice	
Prostředky zřizovatele	ano	ano	ano	ano	ano
Grant Fondů EHP	ano	ano	částečně	ne	ne
Dotace pro poskytovatele sociální služby	ne	částečně	ne	ne	částečně

⁸⁷ Dalším zdrojem jsou úhrady klientů. U nich se má za to, že slouží vždy k úhradě určitého úkonu či služby, nejsou proto v tomto přehledu zahrnuty.

Státní příspěvek pro zřizovatele ZDVOP	ne	částečně	ne	ne	částečně
Státní příspěvek na výkon PP	ne	částečně	ne	ne	částečně
Úhrady zdravotních pojišťoven	ne	ne	ne	ne	částečně
Normativ ve školství	ne	ne	ne	ne	ne
<i>Strukturální fondy EU</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>částečně</i>

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že kromě vlastních zdrojů - rozpočtových prostředků kraje či města - existují u všech ostatních typů transferů ze státního rozpočtu významná omezení. Je proto pravděpodobné, že další dodatečné zdroje budou získávány formou projektů financovaných ze Strukturálních fondů EU. V současné době probíhá intenzivní příprava dokumentů pro další plánovací období (2014-2020). Návrh Operačního programu Zaměstnanost (dále jen „OP Z“)⁸⁸ obsahuje v rámci prioritní osy „Sociální začleňování a boj s chudobou“ a investiční priority 2.2 „Zlepšování přístupu k dostupným, udržitelným a vysoce kvalitním službám, včetně zdravotnictví a sociálních služeb obecného zájmu“ tyto aktivity:

- Transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb, zdravotnických služeb a zařízení ústavní péče o děti a rozvoj nových služeb komunitního typu.
- Rozvoj a rozšiřování nástrojů pro identifikaci a odstraňování dopadů institucionalizace na uživatele pobytových sociálních služeb; rozvoj individuálního plánování podpory zaměřené na integraci uživatele ústavních služeb do běžného prostředí.

⁸⁸ Dostupné na <http://www.esfcr.cz/file/8785/>, navštíveno 9. dubna 2014

- Rozvoj nových modelů služeb obecného zájmu, (rozvoj sociálních služeb, rozvoj sociálně-zdravotních služeb, služeb na podporu zdraví a snížení nerovností ve zdraví, rozvoj služeb na podporu rodin a dětí apod.).
- Podpora systému sociálního bydlení a s ním spojených preventivních, následných a doprovodných služeb, poskytovaných souběžně v různých variantách a intenzitě podle potřeb a kompetencí osob v sociálním bydlení.
- Zavádění ucelených komplexních programů a vytváření podmínek přesahujících jednotlivé oblasti podpory sociálního začleňování osob, zavádění nástrojů mezioborové a mezíresortní spolupráce při řešení situace osob na úrovni poskytovatele služeb nebo na úrovni obce (rozšiřování metody case managementu, aktivity podporující spolupráci v síti mezi Úřadem práce ČR, poskytovateli služeb, místní samosprávou, zaměstnavateli a dalšími relevantními aktéry apod.).
- Propojování informačních systémů mezi všemi aktéry jako základ pro evidenci, kontrolu a hodnocení efektivity služeb.
- Přenos dobré praxe a podpora pilotních projektů vedoucích k posílení udržitelnosti a vyšší efektivity jednotlivých systémů (zapojování i soukromého sektoru), včetně úhrady nákladů na pilotní testování projektů.
- Zefektivňování procesů v sociálních službách a ve službách pro rodiny a děti, rozvoj strategického řízení a managementu s cílem podpořit prevenci a včasnou intervenci.
- Rozvoj a rozšiřování systémů kvality, standardizace činností v sociálních službách, službách pro rodiny a děti, sociálně právní ochraně dětí a dalších navazujících službách (včetně služeb pro neformální pečovatele) a organizací podporujících sociální začleňování, včetně vytváření kontrolních mechanismů; rozvoj systému supervizí.
- Systémová, koncepční, strategická, osvětová a metodická opatření v oblasti sociálních služeb, služeb pro rodiny a děti, služeb na ochranu práv dětí a jejich oprávněných zájmů, služeb napomáhajících rozvoji rodičovských kompetencí, služeb péče o děti, náhradní rodinné péče a sociálního začleňování.

- Podpora procesu střednědobého plánování služeb (zavádění, realizace a vyhodnocování procesu) s důrazem na využití principu partnerství včetně tvorby střednědobých plánů rozvoje služeb (přednostně pro správní obvod u obcí).
- Vzdělávání v sociální oblasti včetně oblasti práv dětí u pracovníků v sociálních službách, pracovníků pracujících s dětmi, pracovníků v službách pro rodiny a děti a dalších navazujících službách a organizacích podporujících sociální začleňování včetně orgánů sociálně právní ochrany dětí.
- Vzdělávání sociálních pracovníků pracujících ve službách a ve veřejné správě, například v oblastech rozvoje schopnosti posoudit sociální situaci klienta, case managementu, multidisciplinárního plánování podpory a pomoci v rámci konkrétní situace klienta, dovednosti síťování v rámci konkrétního území, rozpoznání rizik a dopadů institucionalizace a jejího předcházení, apod.
- Vzdělávání sociálních pracovníků a dalších pracovníků sociálních služeb ve způsobech zmocňování (empowerment) uživatelů ústavních služeb, formách a nástrojích zapojování uživatelů do rozhodování.
- Vzdělávání v oblasti koncepční a strategické práce, v manažerských dovednostech u relevantních pracovníků v sociálních službách, službách pro rodiny a děti a dalších navazujících službách a organizacích podporujících sociální začleňování; atd.

Tyto aktivity jsou provázány s opatřeními **Integrovaného regionálního operačního programu (dále jen „IROP“)**, konkrétně v prioritní ose 2 IROP „Zkvalitnění veřejných služeb a podmínek života pro obyvatele regionů“ zaměřené na podporu a rozvoj sociální a zdravotní infrastruktury v oblasti sociálního začleňování. Jde o tyto investiční priority a specifické cíle:

IP 9a: Investice do zdravotnické a sociální infrastruktury, které přispívají k vnitrostátnímu, regionálnímu a místnímu rozvoji, snižování nerovností, pokud jde o zdravotní stav, a přechod od institucionálních ke komunitním službám:

SC 2.1 - Rozvoj dostupné, kvalitní a udržitelné sítě služeb vedoucích k sociálnímu začlenění osob sociálně vyloučených či ohrožených sociálním vyloučením.

IP 9a: Investice do zdravotnické a sociální infrastruktury, které přispívají k vnitrostátnímu, regionálnímu a místnímu rozvoji, snižování nerovností, pokud jde o zdravotní stav, a přechod od institucionálních ke komunitním službám:

SC 2.4 - Rozvoj infrastruktury pro poskytování zdravotnických služeb a zdravotní péče Identifikace hlavních cílových skupin.

Cílová skupina OP Z zahrnuje především poskytovatele a zadavatele sociálních a zdravotních služeb, sociální pracovníky, pracovníky v sociálních a zdravotních službách, zaměstnance veřejné správy, kteří se věnují sociální, rodinné nebo zdravotní problematice, pracovníky v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví, pracovníky služeb v oblasti podpory zdraví a prevence nemocí veřejného zdraví, v případě mezioborové spolupráce i vysoké školy. Dále se jedná o neformální pečovatele a uživatele péče. **Příjemci podpory** budou zejména poskytovatelé služeb, kraje, obce a jimi zřizované organizace, svazky obcí, a další relevantní subjekty.

Z výše uvedeného přehledu je zřejmé, že Strukturální fondy EU v dalším plánovacím období nabízí významný prostor pro realizaci procesu transformace. Zpracování plánu transformace za podpory Fondů EHP je významnou příležitostí pro kraje, obce i samotná zařízení, jak se na toto čerpání koncepčně a systémově v předstihu připravit. V obou případech (OP Z i IROP) je nutno zdůraznit, že jde o pracovní verze materiálů, které budou procházet schvalovacím procesem na národní úrovni i na úrovni EU. Informace o návrzích jsou tedy především impulsem pro stanovení odpovědnosti sledovat vývoj těchto dokumentů, vyčlenění kapacity pro přípravu žádostí a dalších návazných dokumentů.

9. Další oblasti řešené plánem transformace

V této kapitole je popsáno několik dalších oblastí plánu transformace, které svým charakterem prostupují oběma úrovněmi. Je možné zpracovat je souhrnně pro celý proces transformace v plánu na úrovni zřizovatele nebo je rozpracovat detailně i pro jednotlivá zařízení. Jde o otázky komunikace (včetně povinné publicity projektu), řízení rizik, zahraniční spolupráce a tzv. horizontálních kritérií (rovnost mužů a žen, principy dobré správy atd.).

9.1. Komunikace

Nezbytnou součástí každého procesu změn je kvalitní komunikace. V předchozích částech byla popsána různá rizika provázející proces transformace, jimž lze v řadě případů předejít efektivní komunikací. Součástí plánu transformace by proto měla být i opatření v oblasti komunikace, včetně:

- a) vymezení cílové skupiny komunikace,
- b) definice hlavních sdělení,
- c) stanovení formy komunikace, a to nejenom prostřednictvím „klasických“ prostředků komunikace – písemné materiály, tiskové výstupy, elektronická média, ale i dalších nositelů informace (zapojení představitelů kraje či města, zohlednění skutečnosti, že velká část informací bude přenášena mimo „oficiální“ komunikační kanály, především zaměstnanci působícími v systému atd.).

V rámci komunikace je nutno klást důraz na sdělování informací srozumitelných pro cílovou skupinu. Cílovou skupinou nebude jen odborná veřejnost (pracovníci zařízení), ale především klienti, tedy osoby s různou mírou rozumové vyspělosti a schopnosti přijímat informace. Komunikační materiály připravované na čistě odborné bázi jsou často zatíženy užíváním cizích slov, citací právních předpisů, slangovými výrazy atd. Z tohoto důvodu je dobrou praxí zapojit do tohoto procesu experty na oblast komunikace (tiskové oddělení úřadu, externí speciality na

komunikaci), jejichž úkolem je převést (z pohledu nezúčastněné osoby, která není plně „ponořena“ do dané problematiky) všechny výstupy do srozumitelné formy, a to s respektem k potřebám různých skupin adresátů informace (včetně dětí, osob s psychickým znevýhodněním atd.). Zařízení si zpracuje detailní plán komunikace zaměřený přímo na toto zařízení (viz kapitolu 6. 7.), důležitá je však i komunikační podpora ze strany zřizovatele.

Jednou z podporovaných aktivit v rámci tvorby transformačního plánu je oblast vzdělávání a to nejen vlastních zaměstnanců, ale i dalších skupin jako jsou: odborná veřejnost, zástupci obcí, potenciální klienti služby (děti, rodiče a další rodinní příslušníci, náhradní rodiny) atd. „Vzdělávání“ je přitom pojímáno v širším smyslu jako způsob komunikace s veřejností.

Součástí těchto aktivit je i **publicita projektu**. Pravidla publicity jsou stanovena pokyny v rámci programu.⁸⁹

9.1.1. Komunikace se zaměstnanci zařízení

Součástí plánu transformace zařízení je i nastínění postupu, jak bude komunikováno se zaměstnanci. Jak již bylo zmíněno v úvodu této části metodiky, komunikace v rámci týmu by měla proběhnout hned v počátku celého procesu. Plán transformace by se měl dále zaměřit na zásadní milníky průběhu transformace, které budou znamenat pro současný tým zařízení určitou zátěž. „Nekomunikace“ se může projevit nejenom nedůvěrou pracovníků k plánovaným a realizovaným změnám (a následně jejich pasivitou či rezistencí), ale rovněž přenosem těchto obav na děti a další cílové skupiny klientů. Je proto nutné kontinuálně předávat potřebné informace o probíhajícím procesu a vytvářet příležitosti pro sdělení připomínek a názorů.

⁸⁹ Pokyny pro publicitu jsou dostupná na: www.eeagrants.cz/assets/cs/media/Norsko-MFCR_Pr-001_2014-03-13_Priloha-c-1-Pokyny-pro-publicitu.pdf, navštíveno dne 10. dubna 2014.

Je zřejmé, že těžiště komunikace bude spočívat ve vysvětlení účelů a cílů transformace a systematické práci s obavami a očekáváními (motivací) členů týmu. Bylo již zmíněno, že proces transformace může znamenat pro řadu pracovníků zátěžovou situaci. Lze chápat situaci pracovníka, který v zařízení působí desítky let a v kritické fázi profesní kariéry, v posledních letech před odchodem do starobního důchodu, je vystaven zásadním změnám v postupech práce.

Klíčovou roli v procesu komunikace hraje vedoucí pracovník (ředitel) zařízení. Nelze samozřejmě nikomu „nařít“ aby byl přesvědčen o nutnosti a prospěšnosti změn. Patří však mezi základní manažerské dovednosti schopnost vedení lidí a dosahování cílů, které mohou být v tomto případě stanoveny zřizovatelem. Přední odborník na management Michael Armstrong popisuje tuto roli následujícím způsobem: „Vést znamená uskutečňovat něco prostřednictvím druhých. Kde je nějaký cíl, jehož je třeba dosáhnout, nebo úkol, který je třeba provést, a je k tomu třeba více než jeden člověk, tam se objevuje potřeba vedení. Všichni manažeři jsou bez výjimky vůdci v tom smyslu, že svou práci mohou udělat pouze s pomocí členů svého týmu, které musí inspirovat nebo přesvědčit, aby je následovali. Vést proto znamená podněcovat a inspirovat jednotlivce a týmy, aby se ze všech sil snažili dosáhnout žádoucích výsledků“ (Armstrong, 2006, s. 156).

Proces komunikace může zefektivnit (a pozici ředitele zjednodušit) spolupráce s „opinion makery“, respektovanými kolegy a kolegyněmi (samozřejmě i s formálními strukturami jako jsou zejména odborové organizace). Další oporou procesu mohou být naopak lidé na počátku profesní kariéry, kteří nejsou „zatíženi“ dlouholetými návyky a mohou být proto vstřícnější ke změnám.

Mezi mezníky transformace na úrovni zařízení a zároveň body, k nimž by se měla vztahovat intenzivnější vnitřní komunikace, jsou zejména:

- analýza pobytové péče (vysvětlení důvodů, proč analýza v zařízení probíhá),
- prezentace návrhové části plánu transformace,
- plánování změn činnosti,
- plánované personální změny a opatření,
- zahájení realizační fáze,

- kritická fáze v rámci realizace.

9.1.2. Komunikace s klienty, veřejností a marketing služeb

Kromě komunikace se zaměstnanci je vhodné i na úrovni zařízení nastavit systém, jehož prostřednictvím budou o probíhajících změnách informováni **především klienti**, ale i další skupiny osob (dárci, veřejnost, atd.). V této části metodiky byla zcela záměrně nedodržena logická struktura vyplývající z hierarchie opatření: klient - pracovník – infrastruktura. Hlavním nositelem komunikace s klienty budou pracovníci, kteří jsou s nimi v každodenním styku. Je sice možné a vhodné plánovat různé komunikační aktivity, zároveň je třeba zohlednit skutečnost, že bude vždy probíhat paralelní (a intenzivnější) komunikace mezi lidmi, kteří jsou v pravidelném kontaktu. Proto je v rámci zařízení kladen tak velký důraz na komunikaci se zaměstnanci.

Doporučuje se zároveň zveřejnit cíle, postupy a aktivity transformace **v písemné formě**, a to v podobě srozumitelné dětem (samozřejmě s ohledem na jejich rozumovou vyspělost), případně dalším cílovým skupinám (v zařízeních pečující o děti do 3 let budou hlavní cílovou skupinou komunikace rodiče či jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte). Předjde se tak částečně šíření fámy a nedorozumění, které jsou s procesy tohoto typu spojeny.

O probíhajících změnách je třeba informovat i stávající či potenciální dárcy a sponzory zařízení, spolupracující organizace, obec, kde zařízení působí atd. Procesem transformace mohou být osoby, které podporovaly stávající službu a činnosti, znejistěny (Proč dochází ke změně? Nepřijdou prostředky, které jsme věnovali na určitý účel, například vybavení pobytové služby, vniveč?). Může jít o drobné dárcy, které je vhodné informovat podobnými prostředky jako širokou veřejnost. V případě, že má zařízení vytvořen dlouhodobý vztah s významným sponzorem, je na místě individuální projednání konceptu organizace, s tím, že donátorům bude vytvořen prostor pro vyjádření se k plánovaným změnám (míru komunikace stanoví se znalostí podmínek samo zařízení, může však probíhat za asistence zřizovatele).

Součástí komunikace se širší veřejností je i „marketing“. Tento pojem může znít v souvislosti se službou, která poskytuje péči ohroženým dětem, nepřiměřeně. Při rozšíření činnosti do oblasti terénních a ambulantních služeb (tedy preventivních služeb) však jde o významný faktor. Nejde přitom jen o to informovat potenciální klienty o nabídce služby. Klient služby působící na preventivní bázi nepřichází do této služby na základě „nařízení“, ale s určitou mírou dobrovolnosti. Měl by do služby přicházet bez obav. Poskytovatel, který je, anebo byl „ústavem“, může (stejně jako orgány sociálně-právní ochrany) vyvolávat negativní konotace („odebírání dětí“, „ústavní prostředí“ atd.). Marketing by se měl zaměřit na pravdivou vysvětlující prezentaci organizace, která prochází zásadní změnou své dosavadní činnosti.

9.2. Řízení rizik

Hlavní systémová rizika byla zmíněna v části 2. metodiky. V rámci zpracování plánu transformace je nutno prostřednictvím všech týmů definovat rizika jednotlivých částí přípravy a realizace procesu transformace, naplánovat opatření k jejich eliminaci a stanovit odpovědnost za řízení rizik a jejich průběžný monitoring. V tomto procesu lze využít mj. velmi sofistikované dokumenty zpracované v rámci transformace pobytových zařízení v sociální oblasti.⁹⁰

Proces řízení rizik bude zároveň probíhat na úrovni zřizovatele, tak zařízení. Rovněž v plánu transformace zařízení je na základě znalosti místních podmínek potřebné precizně definovat „místní“ rizika a stanovit opatření k jejich prevenci (včetně určení odpovědných osob za tato opatření).

⁹⁰ Dokument „Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení“, dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/14037>, navštíveno dne 20. března 2014.

9.3. Horizontální kritéria

V rámci procesu transformace je nutno zohledňovat i průřezová (horizontální kritéria). Popis jejich uplatňování (již ve fázi žádosti) bude jedním z posuzovaných kritérií při hodnocení předloženého projektu. Těmito kritérii jsou:

- udržitelný rozvoj,
- sociální integrace,
- rovnost mužů a žen,
- principy dobré správy.

9.4. Zahraniční spolupráce

V části věnované expertní spolupráci byla zmíněna možnost využití zahraničních expertů v rámci analytické a návrhové části zpracování plánu transformace. Součástí činnosti realizačního týmu mohou být zároveň studijní cesty do relevantních zařízení v zahraničí. V zemích EU existuje celá řada služeb, které by mohly posloužit jako inspirativní příklad pro některý z typů služeb definovaných v této metodice. Při výběru zařízení je nutno hodnotit nejenom činnost samotné služby, ale i systémový a legislativní kontext, v něm daná služba působí. Je jistě velmi zajímavý „skandinávský“ (Dánsko, Švédsko, Norsko) či „britský“ systém. Propracovaný systém péče nabízí rovněž německé či rakouské sociální zákonodárství. Pro porovnání postupu vycházející se srovnatelných výchozích podmínek mohou posloužit příklady z postkomunistických zemí, zejména Slovenska a Polska. V zásadě lze říci, že všechny evropské země prošly (být v různých časových obdobích a podmínkách) procesem transformace pobytové péče. Případné zahraniční stáže by se neměly zaměřit jen na (již transformovanou) činnost příslušné služby, ale také na procesy, které k jejímu vytvoření vedly, na roli regionů a municipalit v rámci systému ochrany práv dětí a zajišťování péče o ohrožené děti, tedy na aspekty **systémového charakteru**. Zároveň je nutno zdůraznit, že není možný automatický (kompletní) přenos žádného z těchto systémů do podmínek České republiky. Cílem transformace je vytvoření systému,

který sdílí s ostatními vyspělými sociálními systémy společné hodnoty a principy, který však bude vycházet ze společenské situace a podmínek v České republice.

Vzhledem k tomu, že jde o program financovaný z Fondů EHP, je možno při jeho realizaci využít **bilaterální spolupráci** s partnerem z donorských států. Možnosti forem a podpory bilaterální spolupráce jsou popsány na webových stránkách zprostředkovatele programu (Ministerstva financí)⁹¹. Mezi podporované aktivity patří: navazování a prohlubování spolupráce, výměna, sdílení a přenos znalostí, technologií, zkušeností a osvědčených postupů mezi příjemci grantů (řešiteli projektů) a subjekty v donorských státech během implementace projektů.

Doporučení ve vztahu k žádosti o grant

V rámci žádosti o grant se doporučuje vyčlenit finanční prostředky mj. na:

- 15. Zpracování a realizaci plánu komunikace na úrovni zřizovatele.*
- 16. Doprovodné aktivity (komunikační, vzdělávací), konference, semináře, workshopy, tiskové konference atd.*
- 17. Publicitu projektu.*
- 18. Řízení rizik (definice rizik, nastavení a fungování systému řízení rizik).*
- 19. Zahraniční a bilaterální spolupráci (studijní cesty a stáže na relevantních pracovištích v ČR i zahraničí, spolupráce se zahraničními subjekty a experty).*

⁹¹ Dostupné na: <http://www.eeagrants.cz/cs/bilateralni-spoluprace/fond-pro-bilateralni-spolupraci-na-progr>, navštíveno dne 9. dubna 2014.

10. Výstup plánu transformace (soubor opatření a harmonogram procesu transformace)

Hlavním výstupem návrhové části plánu bude **soubor opatření a harmonogram procesu transformace**. Tato část plánu přehledným a systematickým způsobem rekapituluje navržená opatření na úrovni zřizovatele, stanoví odpovědnost za jejich provedení, termín jejich provedení, a rovněž indikátory, na jejichž základě bude měřena míra naplnění příslušného opatření. Pro větší srozumitelnost a dodržení logického postupu při zpracování **souboru opatření** a stanovování termínu jejich naplnění je možnost doplnit další kategorii, a to vazbu úkolu (opatření) na jiný úkol (nejprve musím provést opatření *x*, neboť jeho realizace podmiňuje úspěšné provedení opatření *y*). Stanovené termíny by se měly promítnout do celkového **harmonogramu**. Pokud opatření znamenají nárok na finance, je možno uvést předpokládané náklady a zdroj financování. Souhrn těchto údajů je využitelný i pro finanční plán.

Tab. č. 13: Možná struktura opatření plánu transformace

Opatření (úkol) č.:						
Aktivita	Odpovědnost	Termín	Indikátor	Vazba na opatření č.	Předpokládané náklady	Zdroj financování

Při stanovení konkrétních opatřeních bude zpracovatel plánu transformace vycházet z věcného záměru a navazujících analytických podkladů. Soubor opatření je možno vnitřně členit podle:

- jednotlivých fází procesu transformace (viz část č. 12), tedy ve formě velmi podrobného harmonogramu procesu transformace,
- tematicky (opatření ve vztahu k síti služeb, zařízení, personálním záležitostem, právním krokům, technickým záležitostem, financování, komunikaci atd.),
- tematicky, s tím, že některé specifické záležitosti (financování, komunikace, rizika), budou řešeny v samostatných přílohách.

V případě použití postupu dle písm. c) bude struktura plánu transformace (resp. dokumentů, které jsou jeho podkladem nebo součástí) následující:

Věcný záměr

- Základní východiska procesu transformace
- Složení projektového týmu
- Zařízení zařazená do procesu transformace atd.

Analýza

(Analýza potřeb, Analýza pobytové péče, Srovnávací analýza)

- Definice potřeb klientů a služeb, které mají na tyto potřeby reagovat
- Současný stav zařízení a jeho potenciál v síti služeb
- Podklad pro návrhovou část plánu transformace atd.

Návrhová část

(Soubor opatření, harmonogram)

- Stanovení konkrétních cílů transformace
- věcné a právní ukotvení služeb,
- Procesní záležitosti atd.

Plány zařízení

- Personální záležitosti
- Procesní záležitosti
- Kvalita služby
- Technické záležitosti atd.

Tematické přílohy

(Finanční plán, plán komunikace, řízení rizik, atd.)

11. Monitoring procesu transformace

V části 3 této metodiky byla popsána role (projektového) týmu pro tvorbu a realizaci transformačního plánu a naznačen způsob kontroly procesu (monitorovací mechanismy). Tato kapitola popisuje nastavení a následné vyhodnocování indikátorů na úrovni zřizovatele a zařízení. Základní indikátory jsou definovány přímo výzvou.

Plán transformace by měl rovněž obsahovat návrh systému, jehož prostřednictvím bude monitorován (v průběhu realizace) dopad opatření a funkčnost nově nastaveného systému. Tento systém by se měl zaměřit na:

- a) kontrolu vstupu dítěte do systému péče (dodržování zásad „gatekeepingu“),
- b) pravidelné vyhodnocování situace dětí, které jsou umístěny v pobytové péči, zjišťování, zda je aktivně vyhledávána možnost péče o tyto děti v rodinném prostředí,
- c) sledování kvality poskytované péče (snížení kapacity samo o sobě neznamená zvýšení kvality péče), zejména prostřednictvím naplňování standardů kvality.

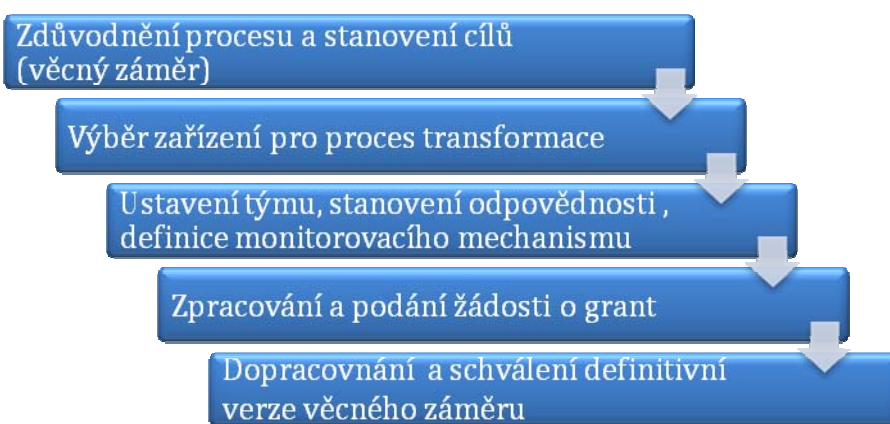
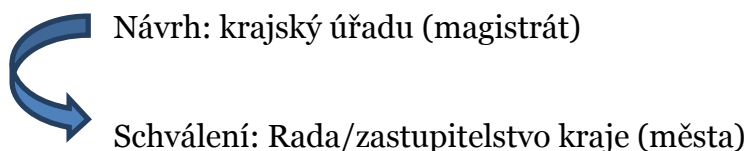
Doporučení ve vztahu k žádosti o grant

V rámci žádosti o grant se doporučuje vyčlenit finanční prostředky mj. na:

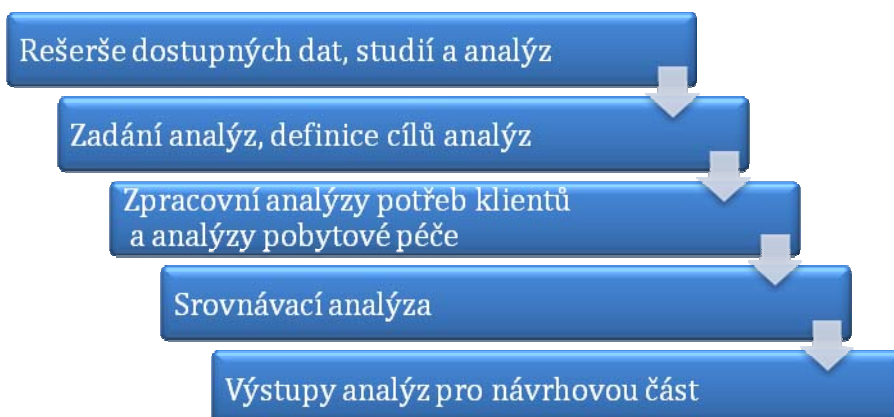
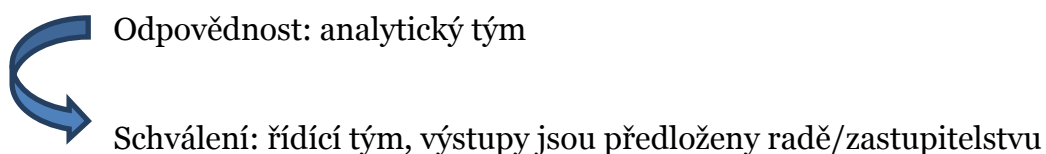
20. Monitoring procesu transformace (osobní náklady členů monitorovací skupiny, zázemí pro její činnost), případná expertní spolupráce při definici indikátorů.

12. Procesní schéma aktivit

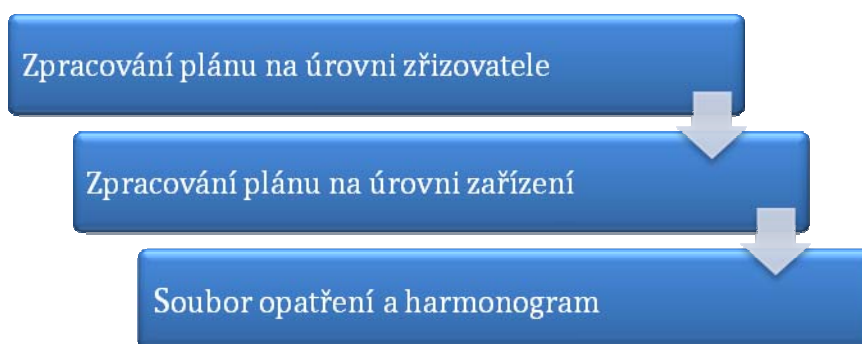
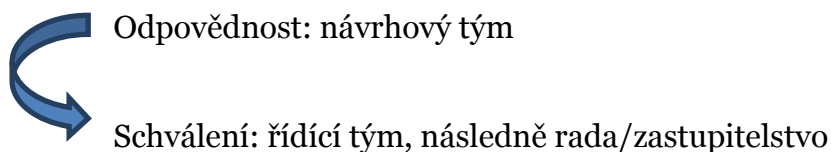
I. ZPRACOVÁNÍ ZÁMĚRU TRANSFORMACE A ŽÁDOSTI O GRANT



II. ANALYTICKÁ FÁZE

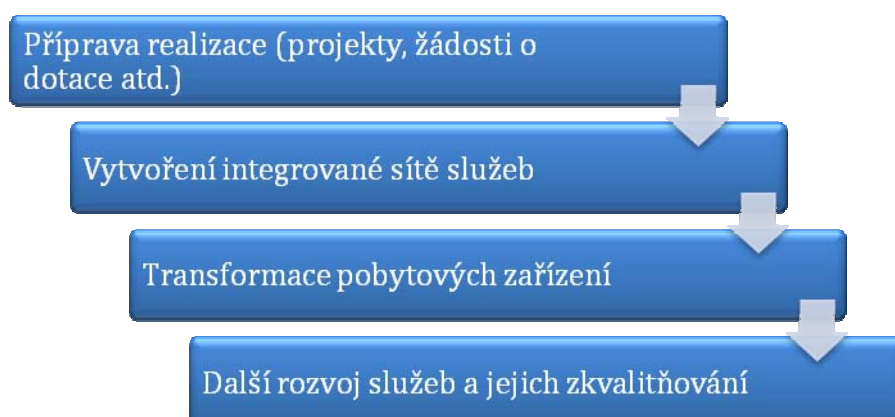
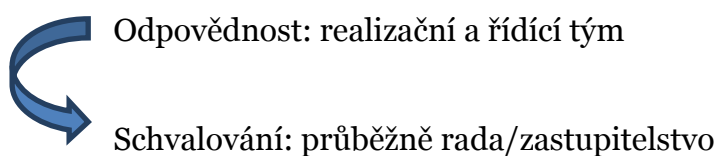


III. NÁVRHOVÁ FÁZE



Tato fáze musí být ukončena nejpozději do 30. 4. 2016 (ukončení projektu financovaného z Fondů EHP)

IV. REALIZAČNÍ FÁZE



13. Seznam zkratek

DD	Dětský domov
DDŠ	Dětský domov se školou
DDÚ	Dětský diagnostický ústav
EHP	Evropský hospodářský prostor
EU	Evropská unie
IPOD	Individuální plán ochrany dítěte
IROP	Integrovaný regionální operační program
KÚ	Kojenecký ústav
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
n. o. z.	nový občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.)
OP Z	Operační program Zaměstnanost
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí (pro účely tohoto metodiky je zkratka používána pro obecní úřady obcí s rozšířenou působností)
PMS	Probační a mediační služba
PP	Pěstounská péče
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
SPC	Speciálně-pedagogické centrum
SPOD	Sociálně-právní ochrana dětí
SR	Slovenská republika
SRN	Spolková republika Německo
SVP	Středisko výchovné péče

SZ	Státní zastupitelství
VÚ	Výchovný ústav
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
ZDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
ZSPOD	Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí
ZVÚOV	Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů
ZSS	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
z.z.ř.	Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních
ZZS	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

14. Vybraná literatura a odkazy

Armstrong, M. (2006) *Jak být ještě lepším manažerem*. Praha: Ekopress, ISBN 80-86929-00-0

Delap, E. (2011). *Omezování pobytové péče. Redukování, přetváření a zkvalitňování pobytové péče na celém světě*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, ISBN 978-80-7421-036-5

Doporučení Výboru OSN pro práva dítěte, přijatá dne 17. června 2011 po projednání třetí a čtvrté periodické zprávy České republiky. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/umluva-o-pravech-ditete-42656/>

Fahlberg, V. (1994). *Child's Journey Through Placement*. Indianapolis: Perspectives Press.

FICE International, IFCO, SOS-Kinderhof International (2008). *Quality4Children. Standardy pro péči o děti mimo domov v Evropě*. Praha: Sdružení SOS dětských vesniček a Člověk hledá člověka o.s., ISBN 978-80-254-3665-3

Křístek, A., & Pavloková, K., & Bittner, P., & Vyhnánek, T. (2010). *Analýza legislativy, řízení a financování systému péče o ohrožené děti*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v.v.i.

Marošiová, L., & Bohovicová, M., & Šumšalová, S., & Žilincíková, D. (2012), *Transformácia náhradnej starostlivosti o deti na Slovensku po roku 1989. Správa z kvalitatívneho výskumu s kontextovou analýzou*. Slovensko: Návrat.

Matoušek, O. a kol. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, ISBN: 978-80-262-0213-4

Mikloško, J. (2011). *Ohrozená rodina na Slovensku. Analýza kontextu vyňatia detí z prirodzeného prostredia v rokoch 2006 až 2010*. Bratislava: Spoločnosť priateľov detí z dětských domovov Úsmev jako dar, ISBN: 978-80-970879-0-6

Novák, O., & Paleček, J., & Matoušová-Šmídová, O., & Vyskočil, F., & Zuman, J., & Bubleová V. (2013). *Náhradní péče o děti v Dánsku, Anglii a Walesu, na Slovensku a v Polsku*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče.

OSN (2011). *Směrnice o náhradní péči o děti. Rámec Organizace spojených národů.* Praha: Sdružení SOS dětských vesniček.

OSN (2013). *General comment No. 14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1).* New York: OSN. Dostupné na www2.ohchr.org/.../crc/.../CRC_C_GC_14_ENG.pdf

SocioFactor (2014). *Analýza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi.*

SocioFactor (2013). *Sociodemografická analýza. Mapy rozložení ohrožení dětí a rodin v ČR.* Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/15675/SOCDEM_ANALYZA_OHROZENE_DETI.pdf

Tomeš, I. a kol. (2009). *Sociální správa. Úvod do teorie a praxe.* Praha: Portál.

UNICEF (2003). *Changing Minds, Policies and Lives. Improving Protection of Children in Eastern Europe and Central Asia. Gatekeeping Services for Vulnerable Children and Families.* Itálie: UNICEF Innocenti Research Centre. Dostupné na www.unicef-irc.org/publications/pdf/gatekeeping.pdf

Veřejný ochránce práv (2007). *Sborník stanovisek Veřejného ochránce práv. Rodina a dítě.* Brno

Další informace o programu jsou dostupné na:

- www.eeagrants.org (kancelář finančních mechanismů)
- www.eeagrants.cz, www.norwaygrants.cz, www.mfcr.cz, (národní kontaktní místo)
- www.mpsv.cz/cs/16975 (partner programu)