LUMOS

Pomáháme dětem. Nabízíme řešení.

# Investice do dětí

## Proč přesunout finanční prostředky vynakládané na ústavní péči do podpory rodin a komunit

## Poděkování

Autoři děkují českým vládním orgánům Ministerstvu práce a sociálních věcí, Ministerstvu financí, Generálnímu sekretariátu Úřadu práce a četným dalším institucím péče o kojence, které poskytly údaje, z nichž tato zpráva vychází. Chtěli bychom také poděkovat dětským organizacím Amalthea a Člověk v tísni v Karlových Varech za poskytnutí údajů o jejich službách na podporu rodiny.

## Autoři a přispěvatelé

Tuto zprávu sepsal Jan Klusáček s příspěvky od Georgette Mulheirové, Jen Dixonové, Liny Gyllenstenové a Alexe Christopoulose. Zprávu redigovala Miriam Richová.
Prof. Ing. Jan Pavel, Ph. D., profesor veřejných financí na Vysoké škole ekonomické v Praze, podpořil vývoj metodiky výzkumu a finančního modelování a zprávu zkontroloval. Metodologie výzkumu byla založena na modelu vyvinutém generální ředitelkou organizace Lumos Georgette Mulheirovou.

# Obsah


Manažerské shrnutí 5

Slovo na úvod 10

Cíle této zprávy 11

Zdroje informací, metodologie a omezení 12

1 Proč deinstitucionalizace 13

1.1 Dopady institucionalizace 13

1.2 Co je deinstitucionalizace? 14

1.3 Dlouhodobé přínosy deinstitucionalizovaného systému 16

1.4 Mezinárodní legislativní rámec pro deinstitucionalizaci 16

1.5 Rámec Evropské unie pro deinstitucionalizaci 17

2 Vývoj deinstitucionalizace v České republice 18

2.1 Strategické dokumenty vztahující se k deinstitucionalizaci péče o ohrožené děti 18

2.2 Posilování a zlepšování fungování OSPOD 18

2.3 Posílení systému pěstounské péče 19

2.4 Snížení počtu dětí v kojeneckých ústavech 20

2.5 Pokles ve využívání ústavní péče pro děti se zdravotním postižením 23

2.6 Pokles v umísťování dětí a mládeže s rizikovým chováním do nápravných institucí 26

2.7 Evropské strukturální a investiční fondy a deinstitucionalizace 27

2.8 Rozdílný vývoj v jendotlivých krajích ČR 28

3 Děti v ústavní péči v České republice 29

3.1 Rozsah problému 29

3.2 Srovnání České republiky s ostatními evropskými zeměmi 32

3.3 Překážky bránící pokroku v deinstitucionalizaci v České republice 33

4 Náklady na systém ústavní péče 36

4.1 Veřejné výdaje na provoz kojeneckých ústavů 36

4.2 Veřejné výdaje na provoz dětských domovů 37

4.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením 38

# Obsah

4.4 **Veřejné výdaje na prázdná místa v ústavní péči** 38

**5 Proč přesměrovat zdroje ve prospěch komunitních služeb: lepší výsledky pro více dětí se stejnými náklady** 40

5.1 **Komunitní podpora, která pomáhá děti udržet v jejich rodinách** 40

5.2 **Pěstounská péče o děti, které nemohou žít se svými biologickými rodinami** 43

5.3 **Pouhý rozvoj pěstounské péče nemůže zajistit deinstitucionalizaci** 44

5.4 **Nedostatek investic do komunitních služeb** 44

5.5 **Rostoucí veřejné výdaje na hlavní proud péče o ohrožené děti** 47

**6 Co zvyšuje riziko rozdělování rodin** 50

6.1 **Chudoba a bydlení** 50

6.2 **Smlouvy mezi rodiči a ústavními zařízeními** 56

6.3 **Nedostatečná koordinace mezi resorty** 57

**Závěry** 58

**Doporučení** 61

**Slovníček pojmů** 64

**Přílohy** 66

Příloha 1: **Děti se zdravotním postižením či chronickým onemocněním v kojeneckých ústavech** 66

Příloha 2: **Zdroje dat a metodologie: kalkulace nákladů na jedno dítě v případě různých typů služeb** 67

Příloha 3: **Zdroje dat a metodologie: kalkulace celkových veřejných výdajů na různé typy služeb pro ohrožené děti** 70

Příloha 4: **Veřejné výdaje na jednotlivé druhy služeb v rámci péče o ohrožené děti** 76

Příloha 5: **Hlavní aktivity projektu Systémová podpora procesu transformace systému péče o ohrožené děti** 78

**Poznámky v textu** 79

**Poznámky v boxech** 86

# Manažerské shrnutí

V roce 2018 žilo v České republice v ústavech přibližně 8 000 dětí. Méně než jedno procento byli sirotci.

Přes 80 let výzkumu v mnoha zemích včetně průkopnických studií z České republiky ukázalo, že život v ústavní péči může dětem způsobit významnou újmu, která může mít dopad na jejich tělesný, emoční a kognitivní rozvoj i celý budoucí život.

Děti jsou často umísťovány do ústavů z důvodu chudoby, obtíží v oblasti bydlení a absence odpovídajícího bydlení a nedostatečné rodičovské kapacity, která s chudobou a neadekvátním bydlením úzce souvisí, protože dochází ke ztížení možnosti rodičů naplňovat potřeby dětí. Adekvátní podpora rodiny v komunitě však může tyto problémy řešit a rozdělení rodin často zabránit.

Mezinárodní normy a úmluvy, včetně Úmluvy o právech dítěte, uznávají, že pobyt v ústavní péči zpravidla není v nejlepším zájmu dětí a jsou jím porušována jejich lidská práva, zejména právo na rodinný život.

Jako výraz uznání újmy, kterou způsobuje ústavní péče, zakázala Evropská unie využívání evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) na údržbu, rekonstrukci či výstavbu ústavních zařízení.

## Pokrok směrem k deinstitucionalizaci v České republice

Proces odklonu od institucionalizovaného systému ke komunitní péči se nazývá deinstitucionalizace. Proces deinstitucionalizace zahrnuje:

- podporu návratu institucionalizovaných dětí do jejich rodin,
- nahrazování ústavní péče silnou sítí komunitních služeb zaměřených na podporu ohrožených dětí a rodin v jejich přirozeném prostředí,
- budování sítě služeb, které zabrání tomu, aby musely být do institucí přijímány další děti,
- poskytování vysoce kvalitní alternativní péče dětem, které nemohou zůstat u svých rodin.

Deinstitucionalizace dává lepší vyhlídky jak dětem, tak komunitám a má finanční i nefinanční přínosy pro celou společnost.

I když platí, že k úplné deinstitucionalizaci v České republice zbývá urazit ještě notný kus cesty, existují povzbudivé náznaky změn v přístupu k péči o ohrožené děti. V národních právních předpisech o ochraně dětí je uvedeno, že podpora rodiny by měla být první volbou, po níž bude následovat náhradní rodinná péče. Ústavy jsou brány jako poslední možnost po selhání všech ostatních alternativ.

Je třeba ocenit Českou republiku za reformy, které vedly k lepší dostupnosti komunitních služeb a navýšení finanční podpory rodinám s dětmi se zdravotním postižením. Díky tomu došlo k významnému poklesu počtu dětí se zdravotním postižením nově přijímaných do ústavní péče a snížení počtu dětí se zdravotním postižením žijících v ústavní péči z 1 063 v roce 2009 na 497 dětí v roce 2017.

Také se podařilo zajistit lepší finance na výkon práce orgánů sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a proběhlo vzdělávání OSPOD. Došlo k posílení systému pěstounské péče, takže soudy mají nyní více alternativ k institucionalizaci v případech, kdy děti nemohou žít se svými biologickými rodinami.

Česká republika však nadále spoléhá na ústavní instituce jako na zásadní součást svého systému péče o děti. Je třeba překonat ještě celou řadu existujících výzev, aby bylo dosaženo toho, že děti budou moci zůstávat se svými rodinami, kdykoli to bude možné.

## Klíčová zjištění

### Rozsah problému

I přes pokles počtu dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením o 53 % a snížení počtu dětí ve výchovných a diagnostických ústavech a dětských domovech se školou (pro stručnost dále tyto tři typy zařízení označujeme termínem nápravná zařízení) o 34 % zůstává počet dětí žijících v ústavní péči v České republice i nadále vysoký. Na vině je především nedostatečný pokrok v deinstitucionalizaci v případě dětských domovů, které zpravidla poskytují pobytovou péči dětem bez zdravotního postižení či poruch chování a tvoří největší část ze systému ústavní péče o děti.

- V České republice je 142 dětských domovů, v roce 2017 v nich bylo celkem 3 887 dětí a 375 mladých dospělých (celkem 4 262).
- Počet dětí v dětských domovech mezi lety 2001 a 2017 klesl pouze o 8 %. Vzhledem k tomu, že v tomto období došlo k úbytku dětí v populaci, počet dětí v dětských domovech v přepočtu na 10 000 dětí v populaci se mezi roky 2001 a 2017 vůbec nezměnil a zůstal na úrovni 27 dětí v dětských domovech v přepočtu na 10 000 dětí ve věku 3–18 let.
- I když se počet dětí umístěných v dlouhodobé pěstounské péči mezi lety 2007 a 2017 téměř zdvojnásobil, tento nárůst se nijak neprojevil ve snížení počtu dětí v dětských domovech.
- To znamená, že celkový počet ohrožených dětí žijících mimo svou rodinu v dětských domovech či v dlouhodobé pěstounské péči se v letech 2008 až 2017 zvýšil o více než 7 000 (63 %).

### Náklady ústavních zařízení ve srovnání s komunitními alternativami

- Instituce jsou nejdražší způsob péče o ohrožené děti, naopak podpora dětí a rodin prostřednictvím komunitních služeb je nejméně nákladná.
- Každý rok se vynakládají přibližně 2 miliardy 684 milionů Kč na provoz dětských domovů pro děti do 3 let věku (pro stručnost dále označujeme termínem kojenecké ústavy) a dětských domovů, ve kterých pobývá přibližně 5 000 dětí. Stejné prostředky by mohly být využity k podpoře více než 100 000 dětí žijících v komunitě formou terénní sociální služby.
- Za peníze vynaložené na pobyt jednoho dítěte v kojeneckém ústavu může komunitní služba podpořit rodiny (sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, dále SAS) a poskytnout pomoc v péči až o 38 dětí.
- Za částku vynaloženou každoročně na pobyt 1 dítěte v dětském domově může být v komunitě (formou SAS) podpořeno 19 dětí.
- Pokud by peníze vynaložené na neobsazená místa v dětských domovech byly nasměrovány na komunitní služby (SAS), mohlo by se takto podpořit přibližně 10 000 ohrožených dětí, jejichž potřeby aktuálně nejsou naplňovány.

- V České republice bylo v roce 2017 v pěstounské péči téměř 15 000 dětí. Kvalitní pěstounská péče je důležitou součástí všech systémů péče o ohrožené děti. Je však otázkou, zda je nezbytné umísťovat do pěstounské péče tolik dětí jako v případě České republiky. Pěstounská péče by měla být používána jako prostředek pomoci dětem, které skutečně nemohou zůstat ve vlastní rodině ani s podporou komunitních služeb.
- Stát vynakládá v průměru ročně o 133 540 Kč méně za pobyt dítěte v dlouhodobé pěstounské péči, než utratí za jeho pobyt v dětském domově. Zároveň platí, že pěstounská péče na přechodnou dobu je výrazně levnější než umístění dítěte do kojeneckého ústavu (429 000 Kč oproti 892 000 Kč).
- Pěstounská péče je však v nákladech na jedno dítě stále dražší než podpora rodiny a komunity. Za částku, kterou stát každoročně vynakládá na pobyt 1 dítěte v dlouhodobé pěstounské péči, je možné podpořit 14 dětí v komunitě (formou SAS).
- Pokud budou pokračovat stávající trendy (pozvolný nárůst počtu dětí ve státní péči) a nedojde ke změně v systému, budou celkové státní výdaje na péči o ohrožené děti bez zdravotního postižení či poruch chování (dále hlavní proud péče o ohrožené děti, viz slovníček pojmů) růst přibližně o 540 mil. Kč ročně. V roce 2022 tak budou veřejné výdaje na hlavní proud péče o ohrožené děti přibližně o 2 miliardy a 701 milionů Kč vyšší než v roce 2017.

## Shrnutí závěrů

Vždy bude existovat potřeba chránit děti, které jsou zneužívány nebo zanedbávány. Naplnění této potřeby si může žádat dočasné nebo trvalé oddělení dětí od jejich rodičů. Informace předložené v této zprávě však naznačují, že v případě významné části z 23 000 ohrožených dětí, které v ČR aktuálně vyrůstají v odloučení od svých rodičů, často v institucích s negativními dopady, lze mít pochybnosti o tom, zda bylo umístění mimo rodinu opravdu nezbytně nutné.

Je zřejmé, že ústavní péče, zejména pro nejmenší děti, je nejdražší a nejméně efektivní formou péče o ohrožené děti, včetně dětí se zdravotním postižením. Pokud by Česká republika přesměrovala prostředky z ústavní péče do komunitních služeb, které pomáhají udržet rodiny pohromadě, mohly by být každoročně podporovány tisíce dětí a rodin za stejnou cenu, která je do péče o ohrožené děti investována. Dokud budou vedle sebe udržovány dva paralelní systémy (ústavní péče a komunitní služby), bude obtížné komunitní služby dostatečně rozvinout a systém bude stále nákladnější.

Existuje zjevná potřeba, aby odborníci a tvůrci politik v České republice zásadně přehodnotili svůj přístup k podpoře ohrožených dětí, zejména aby posoudili, zda není od svých biologických rodin oddělováno více dětí, než je nutné. Toto je obzvláště důležité vzhledem k vysoké míře dětí umístěných v ČR ve státní péči v porovnání s mnoha jinými rozvinutými zeměmi (viz kapitola č. 3.3).

Analýza v této zprávě ukazuje, že v současném systému je značné množství peněz, které mohou uspokojit potřeby ohrožených dětí a rodin, v případě, že by byly použity jinak, než je tomu v současnosti. Jejich přesměrování by mohlo pomoci úspěšně dokončit proces deinstitucionalizace.

## Shrnutí doporučení

### Doporučení pro Českou republiku

1. Česká vláda by měla přijmout opatření, která by bránila rozdělování rodin a která by měla upřednostňovat rozvoj komunitních služeb tak, aby děti a rodiny měly přístup k podpoře, kterou v rámci komunity potřebují.
2. Měl by být přijat zákon o sociálním bydlení a vybudován systém sociálního bydlení, který zajistí, že neodpovídající bydlení přestane být jedním z hlavních důvodů rozdělování rodin.
3. Je třeba zajistit rozvoj služeb a dostatečné alternativy k ústavní péči, včetně pěstounské péče, osvojení a malých pobytových služeb pro děti.
4. Současně musí stát vypracovat a provést plán uzavření všech institucí včetně přesunu a investování prostředků, které jsou v současné době vynakládány na ústavy, do alternativních a komunitních podpůrných služeb.
5. Za tímto účelem je třeba zajistit účinnou spolupráci ministerstev zdravotnictví, školství a resortu sociálních věcí a zvážit, jak nastavit systém financování péče o ohrožené děti, aby vytvářel pobídky investovat do prevence.
6. Měla by být poskytnuta podpora občanské společnosti, aby se mohla plně zapojit do procesu.
7. Dobře financovaná komunikační strategie na národní úrovni je nezbytná pro lepší porozumění deinstitucionalizaci.
8. Individuální potřeby každého dítěte musí být posuzovány a upřednostněny v průběhu celého procesu reformy a výsledky musí být sledovány a pravidelně vyhodnocovány.

### Doporučení pro evropské dárce

1. Všechny programy deinstitucionalizace financované Evropskými strukturálními a investičními fondy (ESIF) by měly rozvíjet především komunitní služby, které slouží jako prevence odebírání dětí z rodin a napomáhají návratu dětí z ústavní péče zpět do rodiny.
2. Financování od jiných evropských dárců, jako jsou islandské, lichtenštejnské a norské granty, by mělo vycházet z právních předpisů EU a principů o používání ESIF, aby takto získané financování sloužilo k podpoře přechodu na podporu rodiny a komunit, a nikoliv k prodloužení života ústavních zařízení.
3. Evropská komise by měla zajistit, že v kontraktech s vládami v rámci ESIF budou obsaženy i závazky pro vlády vyčlenit ze státního rozpočtu úspory získané sníženým využíváním institucí a reinvestovat je do alternativních a komunitních služeb.
4. Programy deinstitucionalizace financované ESIF by měly obsahovat i komunikační strategii, která by podpořila plánované reformy.
5. Evropská komise by měla zajistit, aby vlády plně respektovaly Evropský kodex chování pro partnerskou spolupráci, jednaly v souladu s ním a zajistily účinné a smysluplné zapojení občanské společnosti do všech fází návrhu, provádění, monitorování a hodnocení operačních programů ESIF, včetně zpráv o pokroku.

**Doporučení pro všechny dárce**

1. Dárci musí zajistit, aby současná a budoucí finanční podpora z jejich strany nepřispívala k další institucionalizaci dětí. Jejich vnitřní politiky a předpisy by měly omezit využívání finančních prostředků na opravy a výstavbu institucí a místo toho upřednostňovat přechod z institucionálních na komunitní služby investováním do kvalitní podpory pro děti a rodiny.

2. Dárci by měli vypracovat grantová pravidla, aby se zabránilo běžným úskalím v procesu deinstitucionalizace. Měli by pracovat na zavedení sdílených dárcovských zásad a doporučených postupů ve vztahu k financování služeb pro ohrožené děti a rodiny. Ty by měly být založeny na důkazech o praxi a systémech, které vedou k nejlepším výsledkům pro děti a k co nejefektivnějšímu využití investovaných prostředků.

3. Je třeba zajistit, aby na financování a programování dosáhly všechny děti, včetně dětí se zdravotním postižením.

# Slovo na úvod

Žádná země si nemůže dovolit plýtvat penězi. I přesto utratí Česká republika každoročně z veřejných prostředků velké částky na pobytová ústavní zařízení pro ohrožené děti. Přes 80 let výzkumu ukazuje, že ústavy mají na vývoj dětí negativní dopad. Jsou také mnohem dražší než komunitní systém péče, který umožňuje dětem žít v rodinách, přináší jim stabilitu, větší šanci prožít šťastné dětství, má pozitivní vliv na jejich zdraví a výrazně zlepšuje jejich celkové výsledky a budoucí životní šance. Institucionalizace je navíc porušením práv dětí podle Úmluvy OSN o právech dítěte a Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Česká republika v uplynulém desetiletí dosáhla ve zlepšování alternativ k institucionalizaci dětí značného pokroku. Velký počet dětí je však nadále přijímán do ústavních zařízení, která jim působí újmu, a tedy významná část finančních prostředků směřuje do zajištění ústavní péče. Tato zpráva ukazuje, že pokud by došlo ke změně ve financování služeb pro ohrožené děti, bylo by možné zajistit podporu pro více ohrožených dětí v komunitě, aniž by došlo ke zvýšení objemu finančních prostředků na péči pro ohrožené děti.

# Cíle této zprávy

Proces deinstitucionalizace je složitý a zvládnutí finančního aspektu může být obzvláště náročné. Vlády v mnoha zemích se stále domnívají, že poskytování péče a ochrany dětem prostřednictvím ústavních zařízení je tou finančně nejefektivnější možností. Někdy se obávají, že komunitní podpora bude dražší, a proto i dlouhodobě neudržitelná. Nicméně důkazy ze zemí, které zreformovaly své systémy, jasně ukázaly, že systémy, které spoléhají na instituce, jsou mnohem dražší než systémy, které se spoléhají na komunitní služby. Služby zaměřené na podporu rodiny v jejím přirozeném prostředí navíc dosahují lepších výsledků z hlediska dětí.

## Účelem této zprávy je:

- Shrnout dostupné výzkumy o negativních dopadech ústavní péče na vývoj a životní šance dětí, a představit možné alternativy v podobě služeb poskytovaných v komunitě,
- poukázat na dosavadní úspěchy v reformě služeb pro děti v České republice,
- identifikovat hlavní výzvy a možná řešení,
- identifikovat významné zdroje dostupné v současném systému péče o ohrožené děti v České republice.

Zpráva přináší detailní zjištění výzkumu organizace Lumos, která ukázala, že vysoce kvalitními, nákladově efektivními alternativami k ústavní péči by s využitím stejných zdrojů, které v současné době financují ústavy, mohl být podporován mnohem větší počet dětí a rodin. Tato skutečnost potvrzuje závěry zahraničních výzkumů, které ukázaly, že podpora dětí v komunitě je finančně udržitelnější a vede k dosahování lepších výsledků jak pro děti, tak i rodiny a komunity.

## Doufáme, že tato zpráva bude užitečná pro:

- **Vládu České republiky**
- **kraje České republiky**
- **Evropskou komisi**
- **další zúčastněné strany i země, které se zajímají o proces deinstitucionalizace**

# Zdroje informací, metodologie a omezení

Podrobné informace o zdrojích dat, metodice a omezeních naleznete v Přílohách.

**Zpráva vychází především z oficiálních vládních údajů.**

- Počty dětí v dětských domovech, dětských domovech se školou, diagnostických ústavech a výchovných ústavech (pro zjednodušení používáme v následujícím textu pro poslední tři jmenované typy zařízení výraz nápravné instituce) a v pěstounské péči byly získány z oficiálních statistik Ministerstva školství a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV).
- Počty dětí v dětských domovech pro děti do tří let věku (pro zjednodušení v textu uvádíme starší výraz kojenecké ústavy) a domovech pro děti se zdravotním postižením a informace o službách poskytovaných kojeneckými ústavy a domovy pro osoby se zdravotním postižením byly získány na základě žádosti Lumos dle zákona o svobodném přístupu k informacím (č. 106/1999 Sb.) adresované jednotlivým zařízením.
- Finanční údaje za kojenecké ústavy a dětské domovy byly získány z Monitoru Státní pokladny, který vydává Ministerstvo financí.
- Veřejné výdaje na provozování systému pěstounské péče byly získány od Generálního ředitelství Úřadu práce.
- Veřejné výdaje na výkon činnosti orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a ZDVOP byly získány od MPSV.
- Veřejné výdaje na provoz ZDVOP byly získány od jednotlivých krajů ČR na základě žádosti organizace Lumos dle zákona o svobodném přístupu k informacím.
- Finanční údaje pro podporu rodiny v komunitě (sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi) poskytlo na základě žádosti Ministerstvo práce a sociálních věcí a dva současní poskytovatelé služeb.

Metody analýzy nákladnosti ústavní péče pro veřejné rozpočty[1] byly vypracovány po konzultaci s prof. Ing. Janem Pavlem, Ph.D., profesorem veřejných financí na Vysoké škole ekonomické v Praze.

**Omezení**

Vzhledem k omezením v dostupnosti dat je třeba přistupovat k celkovým veřejným výdajům na různé složky péče o ohrožené děti uvedeným v kapitole 5 jako k odhadům na základě dostupných dat. (Pro podrobnou diskusi omezení jednotlivých typů dat viz Příloha č. 5).

# 1 Proč deinstitucionalizace

## 1.1 Dopady institucionalizace

**Negativní dopady ústavní péče na děti a kojence**

Česká republika, obdobně jako řada zemí střední a východní Evropy, zdědila systém péče o ohrožené děti, založený zejména na poskytování ústavní péče o ohrožené děti. Prvotní reakcí na ohrožení dítěte bývalo odebrání dítěte z jeho rodiny v přesvědčení, že instituce lépe uspokojí jeho potřeby.

Celkem 99 % dětí v dětských domovech v České republice má alespoň jednoho žijícího rodiče.[2] Nejsou to tedy sirotci a mezi hlavní důvody jejich odloučení od rodiny patří chudoba rodiny, nedostatečné rodičovské kompetence a obtíže v oblasti bydlení.[3]

Přes 80 let výzkumu v mnoha zemích ukázalo, že život v ústavní péči může dětem způsobit významnou újmu, která může mít dopad na jejich rozvoj i celý budoucí život.[4] Zvláště kojenci se bez individuální interakce s rodiči nevyvíjejí tak, jak by měli, a výzkum prokázal silný negativní a nevratný dopad institucionalizace na časný rozvoj mozku.[5] Početné studie ukazují, že děti, které zůstávají v zařízeních, i když již překročily stáří šesti měsíců, čelí často závažnému vývojovému poškození, včetně zpoždění duševního a fyzického vývoje (viz box 1).[6]

### Box 1: Negativní dopad ústavní péče na malé děti

**Studie ukazují, že sociální a emocionální deprivace a nedostatek vazby na primárního pečovatele mají negativní dopady na vývoj dětí i v případě umístění do ústavních zařízení, kde jsou díky dobrému finančnímu zázemí dobře zajištěny materiální aspekty péče.[I]**

**Velká část výzkumu o dopadech ústavní péče na děti byla realizována ve východoevropských zemích, jako je Rumunsko, jejichž ústavy byly ve srovnání s ústavy v České republice špatně financovány, vybaveny a personálně zajištěny. Negativní dopad ústavní péče na vývoj malých dětí však potvrdily i výzkumy realizované v rozvinutých zemích.[II] Studie provedená v USA ukázala, že malé děti umístěné do pěstounské péče měly lepší kognitivní, sociální a emocionální výsledky než děti umístěné ve vysoce kvalitních pobytových službách.[III] Portugalská studie ukázala, že nejmenší děti v pobytové péči vykazují chování typické pro děti žijící v ústavech, jako je nerozlišující poskytování náklonnosti, a to i tehdy, kdy byla k dispozici kvalitní lékařská, stravovací a všeobecná péče.[IIIV] Řecká studie ukázala, že ústavní péčí byly ovlivněny všechny aspekty vývoje dítěte a že institucionalizované děti vykazovaly vysokou míru nekonzistentního citového připoutání.[V] Jihokorejská studie poukázala na to, že negativní dopady institucionalizace jsou zvláště silné u dětí mladších dvou let.[VI]**

Ústavy v mnoha zemích se vyznačují různými formami zanedbávání, zneužívání a týrání dětí.[7] Prevalence fyzického a sexuálního zneužívání v institucionální péči je také vyšší než u jiných forem péče, dokonce i v zemích, kde je ústavní péče zajištěna v zařízeních s menším počtem dětí.[8,9] Děti v ústavech jsou vystaveny riziku fyzického násilí ze strany zaměstnanců, kteří násilí někdy používají, aby děti „ukáznili", nebo jim podávají zbytečné léky ke kontrole chování.[10] Tam, kde neprobíhá dostatečný personální dohled, jsou děti také vystaveny riziku násilí ze strany jiných dětí.[11]

**Trvalý dopad institucionalizace (ústavní péče)**

Ústavy mohou omezit životní šance dětí, které v nich vyrůstají a na jejichž životy to má značné dopady.[12] Děti v ústavech jsou vystaveny zvýšenému riziku špatného zacházení, které má dlouhodobý dopad na jejich duševní zdraví, zvýšenému riziku zneužívání drog a alkoholu, vysoce rizikového sexuálního chování a problémů s obezitou v budoucnu.[13]

Řada studií ukázala, že lidé, kteří vyrostli v ústavní péči, se častěji dopouštějí trestné činnosti a že instituce (ústavy) jsou v prevenci kriminality neúčinné.[14] Studie Ministerstva vnitra České republiky, která monitorovala 17 454 dětí umístěných v ústavních zařízeních, zjistila, že zatímco před nebo během pobytu v ústavu spáchalo trestný čin 18 % dětí, 51 % jich spáchalo trestný čin po opuštění ústavní péče.[15] Několik studií navíc ukázalo, že mladí lidé odcházející z ústavů jsou vystaveni zvýšenému riziku prostituce.[16] Bylo zjištěno, že riziko, že se stanou bezdomovci, je přibližně 50krát vyšší pro ty, kteří žili v ústavech, ve srovnání s těmi, kteří vyrůstali v pěstounské péči,[17] přičemž děti umístěné v pěstounské péči pravděpodobně dosáhnou vyšší úrovně vzdělání a stability rodiny, jsou méně náchylné k zneužívání návykových látek a je méně pravděpodobné, že spáchají trestný čin.[18]

Mladí lidé, kteří opouštějí ústavy, jsou ve vztahu k těmto rizikům obzvláště zranitelní, protože často neměli dostatek příležitostí k rozvoji sociálních dovedností a budování sítí, které potřebují, aby úspěšně a nezávisle žili v komunitě.[19]

Ve světle výše popsaných rizik pobytu v ústavní péči lze říci, že s provozováním systému ústavní péče o děti jsou vyjma vysokých okamžitých nákladů spojené i značné dlouhodobé sociální a ekonomické náklady pro společnost.[20]

## 1.2 Co je deinstitucionalizace?

Deinstitucionalizace je proces omezování spoléhání se na velké instituce a změna systému ve prospěch komunitních služeb. Jedná se o složitý proces, který zahrnuje:

- Rozvoj komunitních služeb a přístupů, které poskytují dětem a rodinám podporu v jejich komunitách, což jim umožňuje zůstat spolu a brání tak odebírání dětí z rodin.
- Přemístění všech dětí, které v současné době žijí v ústavech, do rodin nebo malých pobytových služeb, v nichž jsou zajištěna jejich práva a které odpovídají jejich potřebám.
- Uchování zdrojů (finančních, lidských a materiálních), které jsou v současné době alokovány do ústavní péče, a jejich přesměrování do komunitních služeb. Rozhodujícím úkolem deinstitucionalizace není snížit náklady, ale přesměrovat finanční prostředky, které by byly vynaloženy na instituce, do komunitních služeb, aby bylo možné podporovat více dětí a rodin a vytvářet tak lepší podmínky pro rozvoj a budoucnost dětí.
- Rozvoj a nasazení adekvátních odborných kapacit a znalostí důležitých pro zvládnutí tohoto složitého procesu změny.
- Změna postojů, politik a postupů.
- Umožnění dětem a rodinám, aby v tomto procesu hrály klíčovou roli.

Aby bylo možné dosáhnout deinstitucionalizace, musí být vybudována síť komunitních služeb, které zajistí podporu pro ohrožené děti a rodiny v jejich přirozeném prostředí. V závislosti na tom, jaké služby již existují, je třeba v rámci procesu deinstitucionalizace budovat následující služby a systémy:

- dostupné a inkluzivní veřejné služby jako zdravotnictví a školství,
- sociální služby, včetně účinného systému kontroly jejich kvality, celoživotního vzdělávání pracovníků a specializovaných odborů ochrany dětí,
- místním podmínkám uzpůsobené komunitní služby fungující s ohledem na potřeby v lokalitě, kde působí,
- finanční podporu v oblasti bydlení a systém sociálního bydlení pro ohrožené rodiny.

Odpovídající systém komunitních služeb, který je k dispozici a přístupný všem, může zabránit rozdělování rodin a institucionalizaci, protože děti a rodiny mohou v rámci svých vlastních komunit získat podporu, kterou potřebují. Takovýto systém by umožnil, aby se významná část dětí žijících v ústavních zařízeních úspěšně navrátila do svých rodin, a zabránil mnoha novým umístěním dětí do státní péče.

Některé děti, například pokud došlo k týrání či zneužívání, je nezbytné umístit mimo rodinu. Pro tyto děti je třeba zajistit kvalitní alternativní péči, jako je příbuzenská péče (kde se o děti starají členové jejich širší rodiny nebo blízcí rodinní přátelé), pěstounské péče nebo osvojení. Pro velmi malý počet dětí, obvykle těch, které mají velmi významné speciální potřeby, mohou být tou nejlepší volbou vysoce kvalitní malé pobytové služby (zpravidla s kapacitou do 6 dětí).

## Box 2: Zamezení odlučování dětí od jejich rodin prostřednictvím komunitní podpory*

Komunitní podpora rodině může pomoci zajistit, aby děti nebyly oddělovány od svých rodin, a to i tehdy, když jsou jejich rodiče ještě mladí a nezkušení, anebo sami vyrostli v ústavní péči nebo v rodině s problémy. Níže uvedené příklady demonstrují dopad, který může komunitní podpora mít: Když Ivana otěhotněla, bylo jí 17 let. Její partner neměl o dítě zájem, ale Ivana se chtěla o dítě starat. Nicméně sama vyrůstala v ústavu a nevěděla, kde s dítětem žít, z čeho žít a jak celou situaci zvládnout. S pomocí pracovníka sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi se Ivaně podařilo najít bydlení a získat příspěvky a dávky, na které měla nárok. Když se jí narodil syn Lukáš, dostala podporu v péči o něj a její sociální pracovnice jí také pomohla navázat kontakt s její tetou, která jí s péčí o dítě pomáhá. Lukáš je nyní zdravý a šťastný jednoroční chlapec.
Rodina Šmídových má pět dětí. Rodina neměla dost peněz na to, aby dětem koupila jídlo a oblečení, a když nemohla zaplatit účet za elektřinu, byl jí odpojen přívod elektrické energie. Mladší děti nechodily do mateřské školy a školní docházka nejstaršího dítěte byla rovněž problematická. Díky podpoře pracovníka sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi dokázali Šmídovi tyto problémy vyřešit. Byl jim sestaven splátkový kalendář, opětovně obnovena dodávka energie, matka se naučila lépe spravovat rodinné finance a děti nyní pravidelně chodí do mateřské i základní školy. Matka se už nemusí bát, že budou děti z rodiny odebrány.

* Kazuistiky z praxe sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi poskytované organizací Amalthea. Jména byla změněna.

## 1.3 Dlouhodobé přínosy deinstitucionalizovaného systému

Výzkumy realizované v řadě zemí ukázaly, že včasná intervence a podpora dětí a rodin v komunitě přinášejí lepší vyhlídky pro děti, jejich rodiny i komunity.

Přezkum 20 programů včasné intervence ukázal širokou škálu výhod, jako např. vyšší dosažené vzdělání, zdraví, úspěchy na trhu práce, snížené antisociální chování, nižší míra kriminality. Jeden program dokonce prokázal výhody trvající až 35 let po jeho dokončení. [21] Lepší životní šance mladých lidí mohou být přínosem pro společnost, a to jak z finančního, tak i sociálního hlediska. Výzkum poskytl důkazy o možných finančních úsporách dosažených prostřednictvím včasných intervencí u ohrožených rodin. [22] Studie realizovaná ve Velké Británii poukázala na to, že tato podpora může vést k menší míře kriminality, nižšímu zneužívání návykových látek, pozdějším prvním těhotenstvím, zvýšeným platbám daní a nižšímu využívání státních příspěvků nebo sociálních dávek. [23]

## 1.4 Mezinárodní legislativní rámec pro deinstitucionalizaci

Institucionalizace dětí porušuje jejich lidská práva a zásady stanovené Organizací spojených národů a dalšími mezinárodními smlouvami a úmluvami, jako je Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (EÚLP).

- Úmluva OSN o právech dítěte (ÚPD), kterou Česká republika ratifikovala, stanovuje, že pokud je to možné, mají všechny děti právo žít se svými rodinami a je primární odpovědností rodiče a zákonných zástupců, aby své děti chránili a starali se o ně. [24] V Úmluvě je uvedeno, že je odpovědností státu podporovat rodiče, aby mohli plnit své rodičovské povinnosti. [25]

- Pokyny OSN pro alternativní péči o děti vyzývají státy, aby zajistily, že rodiny mají přístup ke službám, které je podporují v jejich roli pečovatelů, a uvádí: „Každé dítě a mladý člověk by měl žít v podpůrném, bezpečném a láskyplném prostředí, které mu umožní rozvinout jeho plný potenciál. Děti s nedostatečnou nebo žádnou rodičovskou péčí jsou vystaveny zvláštnímu riziku, že jim takové láskyplné životní prostředí bude odepřeno.“[26]

- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (ÚPOZP), jejímž je Česká republika signatářem, jasně uvádí, že „smluvní státy této úmluvy uznávají stejné právo všech osob se zdravotním postižením žít v komunitě, s možností voleb, které jsou stejné jako volby, které činí ostatní.“[27] Pro děti to znamená, že žijí v rodinném prostředí a získávají kvalitní péči, ochranu před újmou a že jsou vzdělávány společně se svými vrstevníky.

- Evropská úmluva o ochraně lidských práv (EÚLP) a základních svobod uvádí, že každý má právo na respektování svého soukromého a rodinného života a domova a že stát nesmí zasahovat jiným způsobem než v zákonných případech a veřejném zájmu, například prevence nepořádku nebo zločinu či ochrany zdraví. [28] Toto právo se vztahuje na rodiče a děti a bylo zmiňováno v případech Evropského soudu pro lidská práva týkajících se odloučení dětí od jejich rodin. Například v případě České republiky Soudní dvůr došel k závěru, že státní zásah do rodinného života musí být nezbytný a přiměřený. [29] Evropská úmluva o ochraně lidských práv rovněž stanovuje, že by nikdo neměl být vystaven mučení nebo nelidskému či ponižujícímu zacházení, [30] což je důležité, protože některé postupy uplatňované v rámci ústavní péče lze za takové považovat. Kromě toho čl. 5 odst. 1 EÚLP stanoví, že nikdo nebude zbaven svobody, s výjimkou případů uvedených v článku a v souladu se zákonem, přičemž mezi odůvodněné případy uvedené v článku nelze zahrnout řadu z častých důvodů institucionalizace dětí, jako je například chudoba rodiny a s ní spojené problémy.

## 1.5 Rámec Evropské unie pro deinstitucionalizaci

Evropská unie taktéž rozpoznala újmu, kterou způsobuje institucionalizace, a snaží se hrát klíčovou roli v její eliminaci:

- Děti ve státní péči uznala Evropská komise ve svém doporučení s názvem Investování do dětí za zvláště ohroženou skupinu. Doporučení prohlašuje, že by se státy „měly zaměřit na děti, které čelí mnohonásobnému znevýhodnění, mezi něž patří (…) děti ve státní péči". [31]
- Zavedením ex ante podmínky pro sociální začlenění, která upřednostňuje investice, které usnadňují přechod z ústavních služeb na komunitní služby, EU zakázala používání Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) na údržbu, rekonstrukci nebo výstavbu ústavních zařízení. [32]
- Pokud státy tuto podmínku nedodržují, nařízení o společných ustanoveních stanoví, že členské státy musí připravit akční plán, který by popsal opatření, která přijmou, zodpovědný orgán a časový plán plnění podmínky. Pokud komise poté dospěje k závěru, že podmínka nebyla splněna, mohou být v souladu s čl. 142 odst. 1 písm. e) nařízení o společných ustanoveních rozhodnutím komise pozastaveny průběžné platby. Nařízení rovněž vybízí členské státy, které dosud nepřijaly rozhodnutí upřednostňovat programy, které podporují přechod na komunitní služby, aby tak učinily.
- Mezi roky 2004 a 2014 (před zavedením výše uvedené podmínky ex ante) bylo v České republice investováno do budov kojeneckých ústavů a dětských domovů minimálně 130 milionů korun z fondů ESIF. [33]

# 2 Vývoj deinstitucionalizace v České republice

## 2.1 Strategické dokumenty vztahující se k deinstitucionalizaci péče o ohrožené děti

Závazek České republiky realizovat deinstitucionalizaci péče o ohrožené děti byl poprvé vyjádřen v roce 2009, kdy vláda schválila Národní akční plán pro transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti. V roce 2012 byla přijata Národní strategie ochrany práv dětí a Akční plán k jejímu plnění na roky 2012–2015.[34] Strategie stanovila 16 cílů ochrany práv dětí, z nichž pět přímo souvisí s deinstitucionalizací:

- vytvoření a zpřístupnění služeb a podpory rodinám a dětem,
- podpora náhradní rodinné péče,
- sjednocení systému péče o děti,
- transparentní financování systému,
- rozvinutí alternativ péče o ohrožené děti a deinstitucionalizace péče.

## 2.2 Posilování a zlepšování fungování OSPOD

Mezi nejvýznamnější opatření realizovaná za účelem zlepšení fungování OSPOD, které je důležité pro úspěšnou deinstitucionalizaci péče o ohrožené děti, patří:

- Přijetí rozsáhlé novely Zákona o sociálně-právní ochraně dětí (dále Novela) a občanského zákoníku v roce 2012. Novela ukotvila povinnost OSPOD před podáním návrhu na odebrání dítěte z rodiny provést komplexní vyhodnocení potřeb dítěte a situace rodiny a vytvořit individuální plán ochrany dítěte, který by měl vycházet z případové konference. [35] V rámci podpory implementace výše uvedených ustanovení byly vypracovány různé metodické pokyny a pomocné nástroje pro sociální pracovníky. Dále byly zavedeny standardy kvality SPOD a bylo započato budování inspekčního systému SPOD.
- Byl realizován rozsáhlý projekt „Systémová podpora procesu transformace systému péče o ohrožené děti" administrovaný MPSV a financovaný z Evropského sociálního fondu (viz Příloha č. 5). Z projektu byl podpořen vývoj a testování standardů kvality a nástrojů sociální práce používaných v systému ochrany dětí a školení pro velké množství pracovníků OSPOD. [36]
- Mezi lety 2007 až 2017 došlo k téměř zdvojnásobení státní dotace na výkon SPOD obcemi s rozšířenou působností ze 782 mil. Kč na 1 390 mil. Kč. [37] To umožnilo 52 % nárůst počtu sociálních pracovníků OSPOD ve stejném období. [38] Došlo tak ke snížení počtu případů v průměru připadajících na jednoho pracovníka, což umožňuje jak účinnější spolupráci s rodinami, [39] tak to, aby sociální pracovníci OSPOD dodržovali povinné postupy v ochraně dětí nově závazné od účinnosti Novely.

## 2.3 Posílení systému pěstounské péče

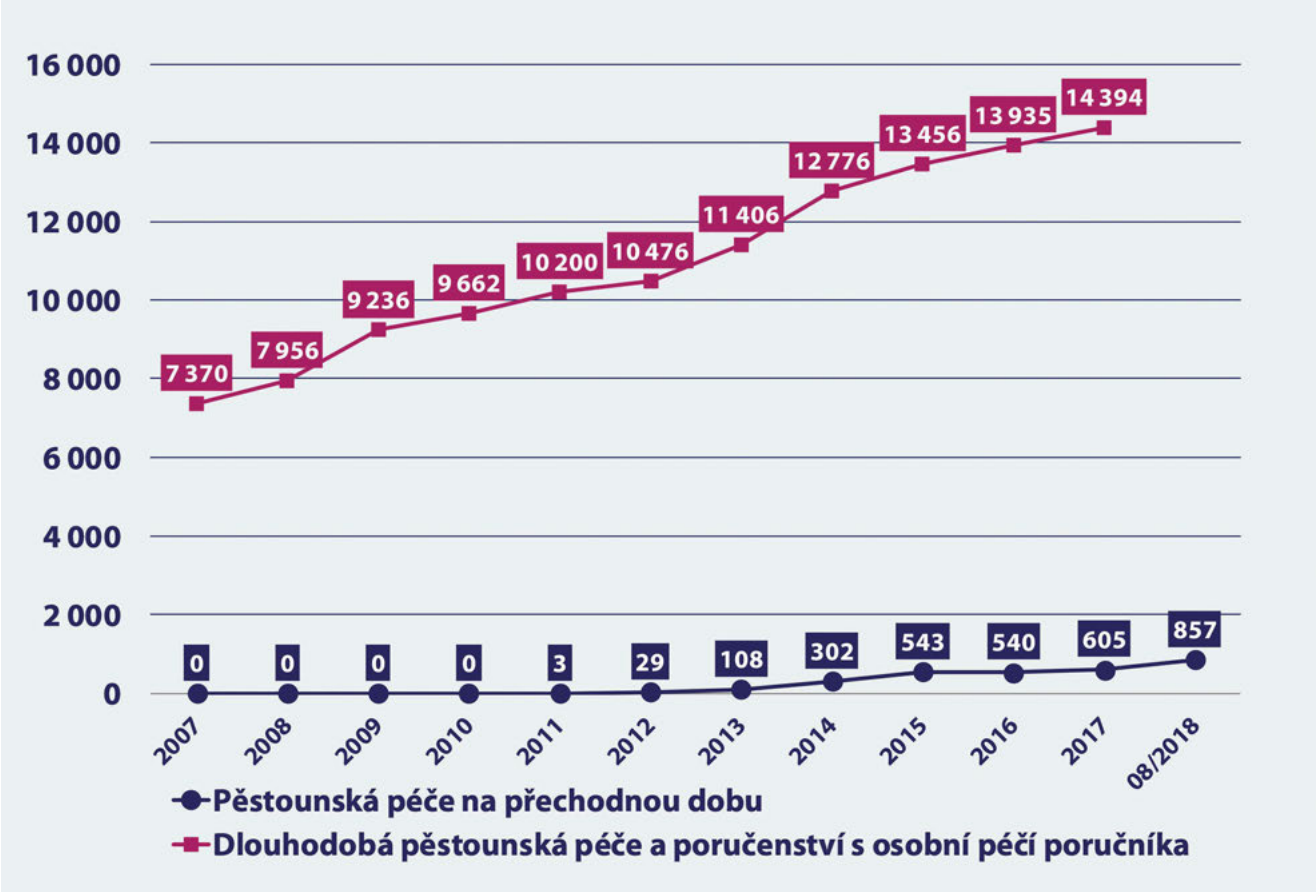
Novela významně posílila systém pěstounské péče. Jedná se o důležitý posun, neboť dobrá dostupnost pěstounské péče je klíčem ke snížení počtu dětí v ústavní péči. Novela zavedla státní příspěvek na doprovázení pěstounů včetně standardů kvality a inspekčního systému pro subjekty doprovázející pěstouny. Všichni pěstouni musí každoročně absolvovat 24 hodin dalšího vzdělávání a každý druhý měsíc probíhá návštěva v pěstounské rodině, v rámci které je kontrolována kvalita péče o děti.

Pěstounům na přechodnou dobu se nyní vyplácí mzda ve výši 20 tisíc korun měsíčně (ekvivalentu hrubé mzdy), bez ohledu na to, zda mají aktuálně dítě v péči, nebo ne. To umožňuje provádět pěstounskou přechodnou péči jako hlavní zaměstnání, čímž se zvyšuje počet osob, které mohou kdykoli přijmout dítě. Zákon specifikuje, že pěstouni poskytující péči dětem se zdravotním postižením dostávají plat ve stejné výši spolu s dodatečnými platbami a příspěvky na péči, které pomáhají uspokojit potřeby dětí.

Jedná se o zásadní úpravy v systému pěstounské péče, neboť před Novelou v roce 2012 byla většina umístění v pěstounské péči dlouhodobá a pěstounská péče na přechodnou dobu prakticky nebyla využívána. Výrazně vzrostla rovněž odměna pro dlouhodobé pěstouny. Pěstouni mají nyní také nárok na sociální a psychologickou podporu a odlehčení.

Posílení systému pěstounské péče umožnilo nárůst počtu dětí v krátkodobé i dlouhodobé pěstounské péči, jak je vidět z grafu 1. V pěstounské péči žije v současné době více než 15 000 dětí a mladých dospělých.

**Graf 1: Počet dětí a mladých dospělých v pěstounské péči v České republice (včetně dětí se zdravotním postižením)**



Po přijetí Novely někteří politici a sdělovací prostředky vyjadřovali obavy, že navýšení odměn pěstounů povede k tomu, že pěstouni budou svou práci dělat jen „pro peníze". Výzkum organizace Lumos v roce 2015 však ukázal, že pěstouni na přechodnou dobu jsou dobře kvalifikovaní a že jejich primární motivací poskytovat pěstounskou péči je láska k dětem a touha dělat smysluplnou práci, a nikoli nezaměstnanost či touha po výdělku. [40]

### Box 3: Pěstounská péče dokáže poskytovat individuální péči a podporu, která není v ústavech možná*

**Pěstounská péče může poskytovat takovou úroveň individualizované podpory, kterou ústavní péče ze své povahy nikde nemůže nabídnout. Následující případová studie poukazuje na rozdíl, který může pěstounská péče představovat.**

**Natálie byla ihned po narození umístěna do ústavu. Ve velmi raném věku jí byla diagnostikována leukémie a lékaři usoudili, že s velkou pravděpodobností nepřežije. Nicméně když jí bylo osm, naskytla se možnost umístit ji do pěstounské rodiny. Natálii provedli transplantaci kostní dřeně a její pěstounští rodiče strávili následujících šest měsíců tím, že ji doprovázeli při jejím pobytu v nemocnici. Transplantace byla úspěšná a Natálie se začala zotavovat a její pěstounští rodiče s ní dál dojížděli na pravidelné prohlídky.**

**Natálčin život se postupně vrátil do normálního stavu a Natálie znovu začala chodit do školy. Důvěrný vztah mezi Natálií a jejími pěstounskými rodiči jí i nadále umožňuje překonávat další výzvy, kterým ve svém životě čelí.**

*** Kazuistika z praxe podpůrné služby pro pěstouny organizace Amalthea. Jména byla změněna.**

## 2.4 Snížení počtu dětí v kojeneckých ústavech

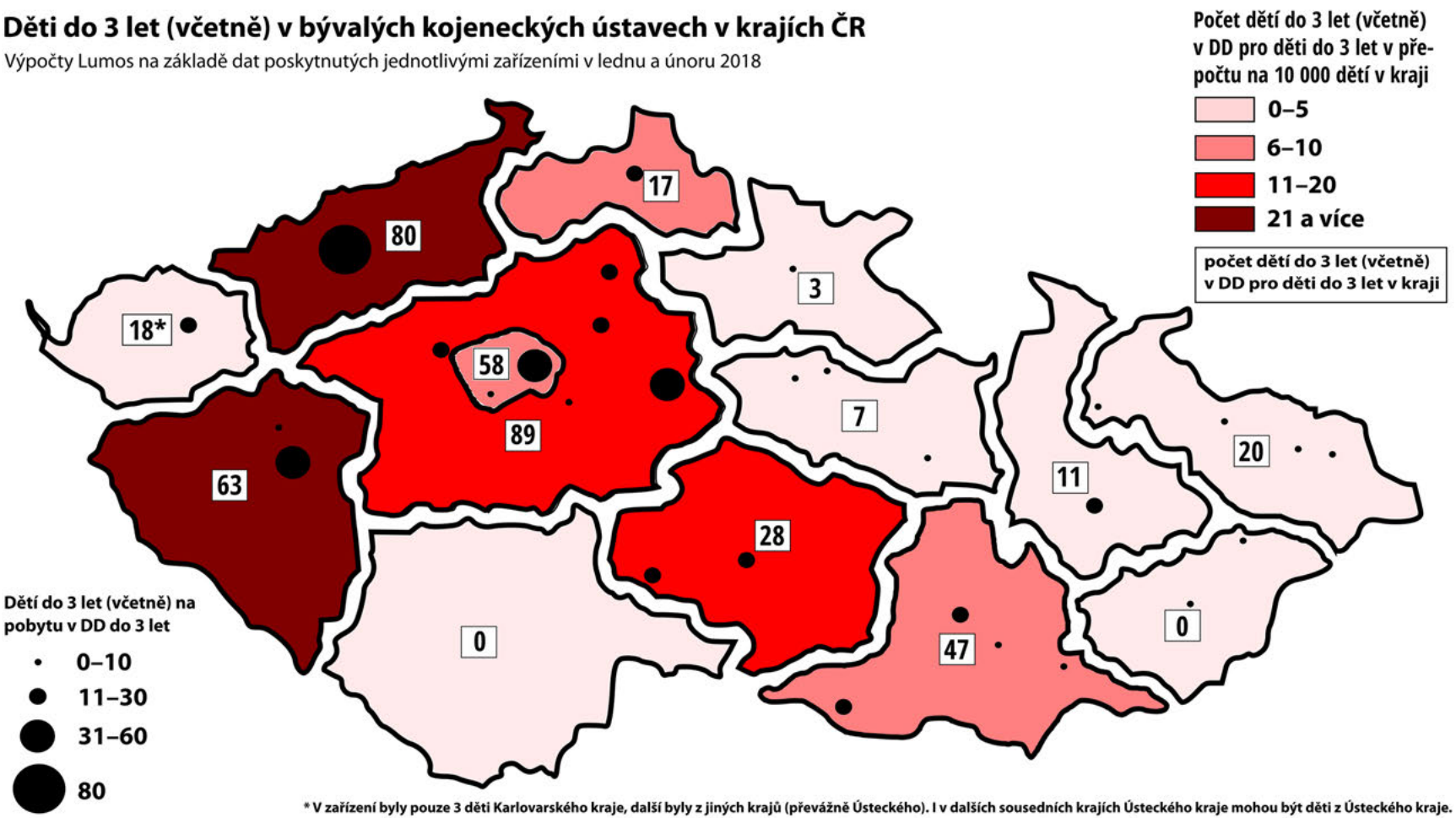
Nárůst počtu dětí v dlouhodobé pěstounské péči bohužel nevedl ke snížení počtu dětí v dětských domovech. Nicméně výrazně lepší dostupnost pěstounské péče na přechodnou dobu byla zřejmě jedním z nejdůležitějších faktorů, který přispěl ke snížení počtu malých dětí v kojeneckých ústavech, které se nyní zpravidla označují jako dětské domovy pro děti do tří let či dětská centra. V lednu/únoru 2018 [41] bylo ve 26 kojeneckých ústavech České republiky umístěno 441 dětí ve věku od narození do tří let (včetně), ve srovnání s přibližně 1 000 dětmi před zavedením pěstounské péče na přechodnou dobu v roce 2013. [42]

Mezi jednotlivými kraji ČR však existují značné rozdíly v míře institucionalizace nejmenších dětí, jak je vidět z mapy na následující straně. V kojeneckých ústavech ve dvou ze 14 krajů ČR již nejsou žádné děti do tří let věku a v pěti krajích včetně Moravskoslezského, který je obzvláště silně zasažen řadou sociálních problémů, v případě dětí do 3 let míra institucionalizace dětí klesla na hodnotu nižší než pět dětí v přepočtu na 10 000 dětí v kraji. Většina institucionalizovaných malých dětí je nyní soustředěna v kojeneckých ústavech ve čtyřech krajích ČR, které dosud nezajistily dostatečnou kapacitu či preferenci alternativ ústavní péče. Například v Ústeckém a Plzeňském kraji dosahuje míra institucionalizace více než 20 dětí na 10 000. [43]

**Mapa č. 1**

## Děti do 3 let (včetně) v bývalých kojeneckých ústavech v krajích ČR

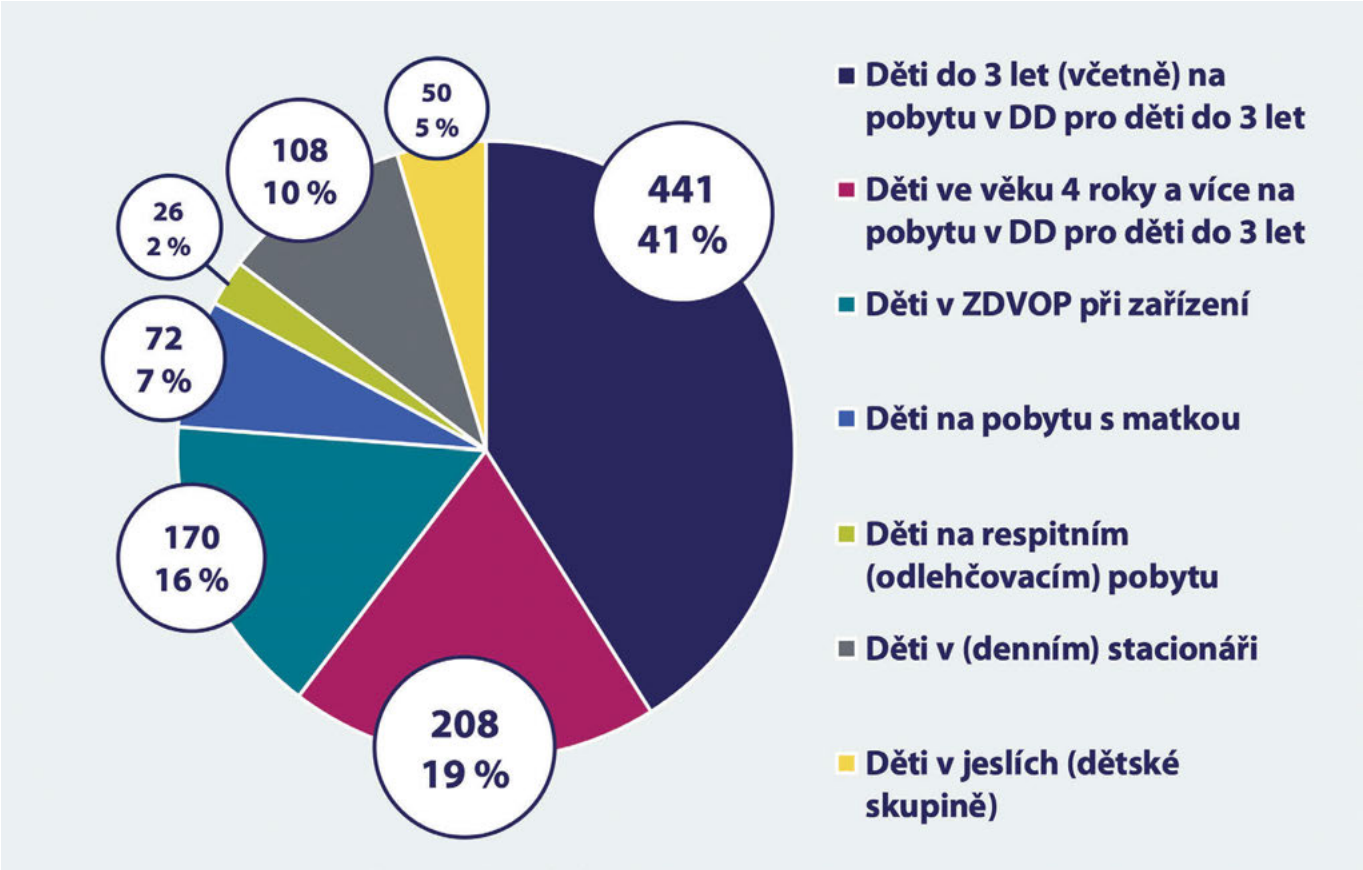
Výpočty Lumos na základě dat poskytnutých jednotlivými zařízeními v lednu a únoru 2018




* V zařízení byly pouze 3 děti Karlovarského kraje, další byly z jiných krajů (převážně Ústeckého). I v dalších sousedních krajích Ústeckého kraje mohou být děti z Ústeckého kraje. Jinde by tato situace neměla nastávat, protože žádný další kraj nemá takový problém umístit své děti v rámci svého kraje jako Ústecký kraj.

Jak je vidět v grafu 2, kojenecké ústavy nyní poskytují řadu různých typů služeb. Na pobytu v dětském domově pro děti do 3 let věku (což je služba, kvůli níž byly kojenecké ústavy původně zřízeny) bylo 60 % ze všech 1 075 dětí využívajících služby zařízení. Celkem 15 % dětí využívalo nepobytové služby, mezi něž patří například denní stacionáře pro děti se zdravotním postižením a jesle, zbývající děti využívají též jiné služby, které zařízení nabízí.

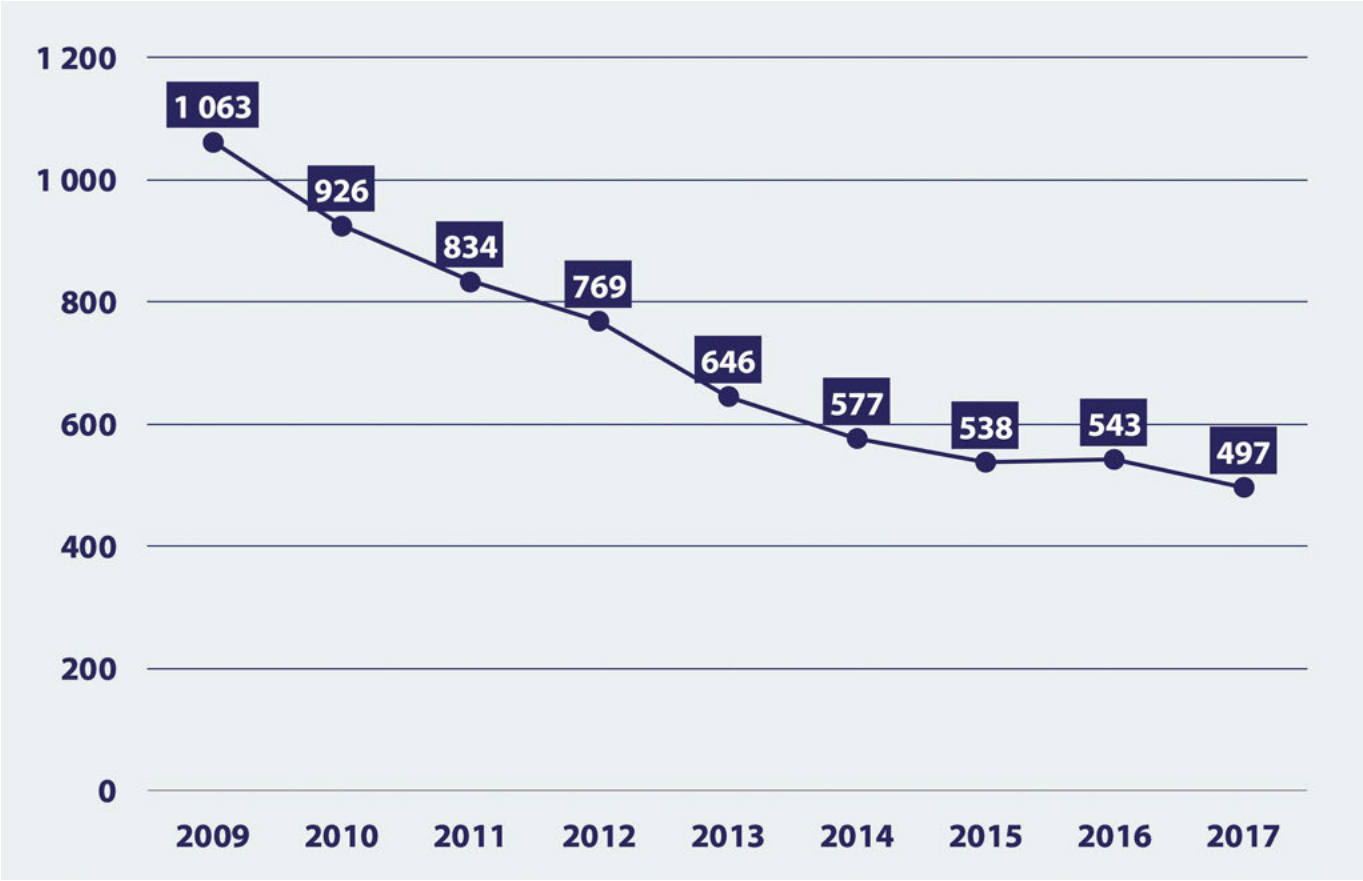
**Graf 2: Počty dětí využívajících služby poskytované kojeneckými ústavy (leden/únor 2018, výzkum Lumos)**



## 2.5 Pokles ve využívání ústavní péče pro děti se zdravotním postižením

Počet dětí se zdravotním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením[44] klesl mezi lety 2009 a 2017 o 53 %.[45] V roce 2017 žilo v České republice 30 700 dětí s diagnózou zdravotního postižení,[46] z nichž 99 % žije v biologické nebo pěstounské rodině. Podle MPSV žilo v roce 2017 v domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) 497 dětí a mladistvých se zdravotním postižením. Dle odpovědí na žádost o poskytnutí informace, kterou adresoval Lumos všem DOZP, které mohou poskytovat péči dětem, žilo v březnu 2018 v DOZP celkem 411 dětí, z nichž 56 žilo v malých pobytových službách v rámci DOZP.[47] Mimoto vyrůstal určitý počet dětí se zdravotním postižením v kojeneckých ústavech (dle odhadů Lumosu se může jednat přibližně o 100 dětí) a 30–50 dětí se zdravotním postižením ve školských dětských domovech.[48]

**Graf 3: Počty dětí se zdravotním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením***




* Zdroj: MPSV. Aby bylo možné ukázat vývoj v čase, jsou prezentovány statistiky MPSV. Ty nicméně zřejmě zahrnují i klienty ve věku 18 let a nejsou tak přesné jako zjištění z výše uvedeného šetření Lumos. Ve zprávě je tedy dále pracováno s počty dětí v DOZP dle zjištění Lumos.

Nižší využívání pobytové péče o děti se zdravotním postižením bylo dosaženo především díky tomu, že se daří předcházet přijímání nových dětí se zdravotním postižením do ústavní péče.

V posledních třech letech bylo do domovů pro osoby se zdravotním postižením v celé ČR přijato v průměru 40 dětí ročně (do dětských domovů je dlouhodobě přijímáno více než tisíc nových dětí ročně). Snížení počtu dětí se zdravotním postižením přijímaných do ústavní péče napomohl rozvoj komunitních služeb pro děti a dospělé se zdravotním postižením a jejich rodiny, který probíhal od devadesátých let 20. století a mnohdy byl poháněn samotnými rodiči dětí se zdravotním postižením, kteří chtěli získat podporu, aby se o své děti mohli starat doma. Služeb rané péče bylo například v roce 2007 21, zatímco aktuálně jich je 49.[49] Značnou část z těchto služeb poskytují nevládní organizace a církve. Jedná se zpravidla o sociální služby poskytované dle Zákona o sociálních službách. Mezi nejvýznamnější sociální služby, které poskytují podporu rodinám s dětmi se zdravotním postižením, patří raná péče, osobní asistence, odlehčovací služby a denní stacionáře. Po celé České republice působí desítky služeb spadajících do výše uvedených kategorií.

V roce 2006 byla zavedena nová dávka sociální pomoci ve formě příspěvku na péči a každá osoba, která je závislá na ostatních při uspokojování svých potřeb, má nárok na tuto dávku, pokud lékař posoudí, že patří do jedné ze čtyř stupňů závislosti. Například děti, které byly vyhodnoceny se závislostí na úrovni III a IV, mají nárok na 118 800 Kč a 158 400 Kč ročně. Příspěvek na péči umožňuje rodinám dětí se zdravotním postižením platit za podpůrné služby, jako jsou denní stacionáře, nebo jej využít jako finanční ohodnocení neformální péče o dítě zajišťované rodinnými příslušníky (zpravidla matkou). I proto mnoho dětí se zdravotním postižením, včetně těch s nejtěžším, dnes může místo v ústavu vyrůstat v rodině.

Přestože příspěvek na péči často nepostačuje k uhrazení všech nákladů spojených s péčí o dítě se zdravotním postižením, umožnil rodičům dětí se zdravotním postižením, aby se mohli starat o své děti doma:

- V ústavní péči žije přibližně 1 % z více než 30 tisíc dětí se zdravotním postižením, které pobírají příspěvek na péči.
- V roce 2017 mělo na příspěvek na péči pro úroveň závislosti IV nárok 4 500 dětí,[50] přibližně 350 z nich žilo v ústavní péči.[51] Platí tedy, že ve své biologické nebo náhradní rodině nyní vyrůstá přibližně 92 % dětí s nejtěžším zdravotním postižením.

Výrazné snížení institucionalizace dětí se zdravotním postižením za posledních deset let představuje jeden z nejvýznamnějších úspěchů v deinstitucionalizaci péče o děti v ČR a může se stát příkladem pro deinstitucionalizaci v širším měřítku.

Přes tato zlepšení však situace dětí se zdravotním postižením a jejich rodin v České republice stále vyžaduje zlepšení a řada výzev zůstává. Například dostupnost podpůrných služeb se liší v různých regionech[52] a někteří rodiče volají po zavedení role „koordinátora podpory", aby rodiče věděli, jaká podpora jim je k dispozici a jak se k ní dostat.[53]

Je stále značně znepokojující, že 355 dětí se zdravotním postižením i nadále žije v rámci domovů pro osoby se zdravotním postižením ve velkých budovách ústavního typu spolu s dospělými uživateli.[54] Většina těchto institucí také ubytovává dospělé s postižením. Tato situace probouzí významnou obavu ve vztahu k ochraně dětí. Je naléhavě nutné nalézt pro tyto děti alternativní řešení, ať už v rodinné péči nebo v kvalitních malých pobytových službách, které jsou schopné uspokojit jejich potřeby. Doposud však deinstitucionalizací prošla pouze menšina ústavních zařízení pro osoby se zdravotním postižením a v nedávném pilotním projektu deinstitucionalizace financovaném ESIF bylo zařazeno jen 30 z více než dvou set domovů pro osoby se zdravotním postižením v ČR.[55]

## Box 4: Dopady deinstitucionalizace na život jednoho chlapce s kombinovaným postižením*

Pokud není možný návrat dítěte do biologické rodiny nebo jeho umístění do náhradní rodiny, mělo by být umístěno do malé pobytové služby, a ne do ústavu. Janův příběh ukazuje pozitivní dopady, které mělo na jeho život přestěhování z velkého ústavu do malé pobytové služby.

Jan strávil první roky svého života se svou biologickou rodinou, ale když se jeho otec odstěhoval do zahraničí a jeho matka se začala stěhovat po celé zemi, byl umístěn do ústavu. Měl zájem učit se novým věcem, rád napodoboval ostatní děti a učil se od nich. Mnoho dětí v ústavu však mělo těžší postižení než on, což znamenalo, že se mu nedostávalo dostatečné pozornosti a podnětů a jeho vývoj stagnoval. Personál ústavu si byl vědom toho, že nemá na Jana dost času, a proto se Jan často nudí, což ho vede k tomu, že se snaží upoutat na sebe pozornost tím, že zlobí, poškozuje věci a ubližuje ostatním dětem.

Když bylo Janovi jedenáct, přestěhoval se společně s pěti dalšími dětmi do malé pobytové služby ve vesnici. Krátce po přestěhování se Jan snažil poutat na sebe pozornost ostatních dětí a personálu agresí, ale v tomto novém prostředí to nefungovalo. Děti měly vlastní pokoje, a pokud si nechtěly s Janem hrát, mohly jít k sobě a nepustit ho dovnitř, a nový personál byl dobře připraven zvládat jeho náročné chování. Jan se naučil zvládat své špatné nálady tím, že odejde do svého pokoje, aby se uklidnil, a během prvních pár měsíců v malé pobytové službě se četnost Janova agresivního chování stále snižovala.

V malé pobytové službě má Jan také více soukromí a může trávit více času tak, jak si on sám přeje. V ústavu mohl jen zřídka jít ven, protože nemohl používat schody, které vedly ven. V malé pobytové službě má přístup i pro invalidní vozíky, takže se nyní dokáže přesunout na zahradu sám a bez podpory. Jan navštěvuje školu v nedalekém městě, takže každé ráno vstává a připravuje se do školy stejně jako ostatní děti.

* Kazuistika Lumos z procesu podpory deinstitucionalizace. Jména byla změněna.

## 2.6 Pokles v umísťování dětí a mládeže s rizikovým chováním do nápravných institucí

Došlo k poklesu počtu dětí s rizikovým chováním (záměrně nepoužíváme stigmatizující termín „poruchy chování")[56] a dětí, které se dostaly do konfliktu se zákonem, umístěných v nápravných institucích. Termínem nápravná zařízení označujeme následující tři druhy institucí zaměřených na tuto skupinu dětí:

- Výchovné ústavy pro mládež ve věku 15–18 let, která má problémy se záškoláctvím, chováním ve škole, dostala do konfliktu se zákonem, má problémy související se zneužíváním návykových látek nebo vykazuje jiné druhy rizikového chování.
- Dětské domovy se školou, kde jsou umístěny děti ve věku 12–15 let z obdobných důvodů, přičemž účelem pobytu v dětském domově se školou je také splnění povinné školní docházky.
- Diagnostické ústavy, do kterých jsou děti a mládež s obtížným chováním umístěny na tzv. diagnostický pobyt. Diagnostické ústavy dávají soudům doporučení ohledně dalších kroků, zejména do jaké konkrétní instituce by mělo být dítě umístěno.

Mezi roky 2009 a 2017 se počet dětí ve výchovných ústavech snížil o 35 % (klesl z 1 534 na 1 007).[57] I když je mimo rozsah tohoto výzkumu podrobně zkoumat, proč tyto počty klesly, je pravděpodobné, že svou roli sehrálo posílení preventivní práce s dětmi s rizikovým chováním a jejich rodinami v nepobytových střediscích výchovné péče (SVP). Došlo k nárůstu kapacit SVP ze 17 SVP (s 291 zaměstnanci na plný úvazek) v roce 2006 na 29 SVP (se 438 zaměstnanci na plný úvazek) v roce 2017.[58] Kromě toho v rámci sociálního sektoru vzniklo během posledních deseti let mnoho nových nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Jedná se o sociální službu, která má zpravidla charakter klubu, který mohou děti navštěvovat po škole a kde probíhají jak volnočasové aktivity, tak sociální práce či doučování za účelem prevence rizikového chování a zlepšení školní úspěšnosti. Počet těchto klubů vzrostl z 61 v roce 2007 na 254 v roce 2018.[59]

Stejně tak došlo i ke snížení počtu dětí v diagnostických ústavech z 564 v roce 2010 na 383 v roce 2017. Na tomto poklesu se podílely kromě rozvoje preventivních služeb také legislativní změny účinné od roku 2013. Děti mohou nyní být umístěny do diagnostického ústavu na základě rozhodnutí soudu nebo žádosti zákonného zástupce. V minulosti bylo možné přijímat do diagnostických ústavů děti s nařízenou ústavní výchovou umístěné v ostatních institucích v resortu školství bez rozhodnutí soudu. Do diagnostických ústavů tak byly například přemísťovány (bez zapojení soudu) děti s rizikovým chováním z dětských domovů.

Počet dětí v dětských domovech se školou pro děti ve věku 12–15 let pro děti s rizikovým chováním se však v posledních letech nesnižoval stejným tempem a klesl ze 787 v roce 2009 na 696 v roce 2017. Neexistuje mnoho dostupných informací, které by osvětlily důvody, proč jsou děti nadále umísťovány do tohoto typu zařízení. Jednou z příčin může být to, že dětské domovy se školou představují zařízení, kde je škola přímo propojena s ústavem a děti do nich jsou umísťovány, protože je to v případě některých dětí vnímáno jako nejspolehlivější řešení, jak jim zajistit povinnou školní docházku. Nicméně, pokud by školy a podpůrné organizace měly kapacity a zdroje na to, aby této skupině dětí a jejich rodinám nabídly větší podporu, zejména pokud jde o školní docházku, počet dětí v dětských domovech se školou by pravděpodobně klesl.[60] Je zapotřebí dalšího výzkumu a analýzy, aby bylo možné lépe porozumět faktorům, které přispívají k pokračování tohoto problému, a zjistit, jak lze posílit a rozvíjet preventivní práci.

## 2.7 Evropské strukturální a investiční fondy a deinstitucionalizace

V aktuálním programovém období ESIF (2014–2020) je významný objem finančních prostředků alokován na podporu komunitních služeb zaměřených na prevenci institucionalizace dětí a podporu návratu dětí umístěných v ústavní péči do rodiny. Na podporu těchto služeb byla v letech 2016 a 2017 poskytnuta finanční podpora z ESIF ve výši více než 320 milionů korun, ačkoli čerpání započalo teprve v roce 2016.[61] Výše ročně vynaložených finančních prostředků byla významně vyšší v roce 2017, kdy již běželo více individuálních projektů krajů na podporu sociálních služeb, jak je vidět z tabulky č. 1.

**Tabulka 1: Finanční prostředky z ESIF vynaložené na podporu sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (Kč)**

| Rok | Otevřené soutěžní výzvy (MPSV) | Individuální projekty krajů | Celkem |
|---|---|---|---|
| **2016** | 7 085 156 | 86 690 396 | 89 415 456 |
| **2017** | 18 377 294 | 212 821 258 | 231 198 578 |
| **Celkem** | 21 102 380 | 299 511 654 | 320 614 008 |

Na rozdíl od jiných zemí v regionu střední a východní Evropy (jako např. Bulharsko) však nebyly doposud v ČR Evropské strukturální a investiční fondy (ESIF) využity na podporu žádného komplexního programu deinstitucionalizace ústavní péče o děti. Finanční podpora z Evropského fondu pro regionální rozvoj byla využita na pokrytí významné části nákladů deinstitucionalizačního programu zaměřeného na domovy pro osoby se zdravotním postižením. Z ESIF byla podpora deinstitucionalizace 30 (z více než 200) ústavů pro dospělé a děti se zdravotním postižením. Avšak pouze dvě ze zapojených institucí poskytovaly péči kromě dospělých i dětem. Ve výsledku tak byly v rámci programu vybudovány pouze tři malé pobytové služby pro děti se zdravotním postižením s celkovou kapacitou 18 dětí (aktuálně v nich pobývá 16 dětí).[62] Většina z dětí se zdravotním postižením v pobytové péči stále vyrůstá ve velkých ústavech spolu s dospělými se zdravotním postižením (viz kapitola 2.5). Doposud nebyl realizován žádný obdobný deinstitucionalizační projekt s finanční podporou z ESIF zaměřený na ústavní péči o děti bez zdravotního postižení.

V aktuálním programovém období ESIF (2014–2020) byla využita finanční podpora z ESIF na zlepšení energetické účinnosti budov několika institucí pro děti. Finanční podpora ve výši 14 280 000 Kč alokovaná skrze operační program „Životní prostředí" byla doposud poskytnuta na zlepšování energetické účinnosti budov 4 ze 263 zařízení ústavní péče o děti v ČR. [63]

Ačkoli je chvályhodné, že finanční prostředky z ESIF jsou v ČR převážně využívány na podporu prevence institucionalizace dětí, je znepokojující, že doposud nebyla žádná finanční podpora z ESIF alokována na podporu deinstitucionalizačních projektů, jejichž cílem je ukončit poskytování pobytové péče o děti v zařízeních ústavního typu.

## 2.8 **Rozdílný vývoj v jendotlivých krajích ČR**

Ačkoli v sedmi ze čtrnácti krajů ČR došlo k snížení institucionalizace malých dětí, v uzavírání, změně užívání či prodeji ústavů a přesměrování finančních prostředků na rodinné a komunitní služby došlo dosud jen k malému pokroku. Většina krajů i nadále provozuje velké ústavy, navzdory tomu, že mnoho z nich nyní ubytovává jen malý počet dětí.

MPSV zajistilo pro kraje možnost podávat projekty z grantů Evropského hospodářského prostoru a Norska, z nichž mohly kraje čerpat finanční prostředky na komunikaci, plánování, vzdělávání, analýzy a další aktivity na podporu procesu deinstitucionalizace. [64] O toto financování si však zažádaly pouze dva kraje: Pardubický kraj (pilotní kraj organizace Lumos)[65] a Zlínský kraj. Do deinstitucionalizačního programu v Pardubickém kraji byly zahrnuty všechny krajem zřizované ústavy pro děti bez postižení (tři kojenecké ústavy a pět dětských domovů). Zlínský kraj realizoval menší deinstitucionalizační projekt zahrnující dva kojenecké ústavy a jeden dětský domov.

Ve všech ústavech v Pardubickém kraji a ve třech ústavech ve Zlínském kraji byly vypracovány plány na snížení využívání pobytové péče o 50 %. V době psaní této zprávy však byly plány realizovány pouze ve dvou kojeneckých ústavech ve Zlínském kraji, kde byla zodpovědnost za provozování kojeneckých ústavů převedena z odboru zdravotnictví na odbor sociálních věcí krajského úřadu. Sociální odbor Zlínského kraje transformoval ústavy na poskytovatele denních služeb pro malé děti a rodiny v rámci komunity.

V ostatních krajích ČR jsou ústavy stále provozovány a financovány odbory zdravotnictví a školství, které dosud nepřijaly silný závazek k deinstitucionalizaci. Je zásadní, aby se k tomuto procesu zavázaly všechny tři odbory, neboť úspěšná síť komunitních služeb zajišťující dostupnost odpovídající komunitní podpory pro všechny děti a rodiny, která dokáže nahradit ústavní zařízení, si bude žádat i funkční systém inkluzivního vzdělávání a dostupné zdravotnické a sociální služby.

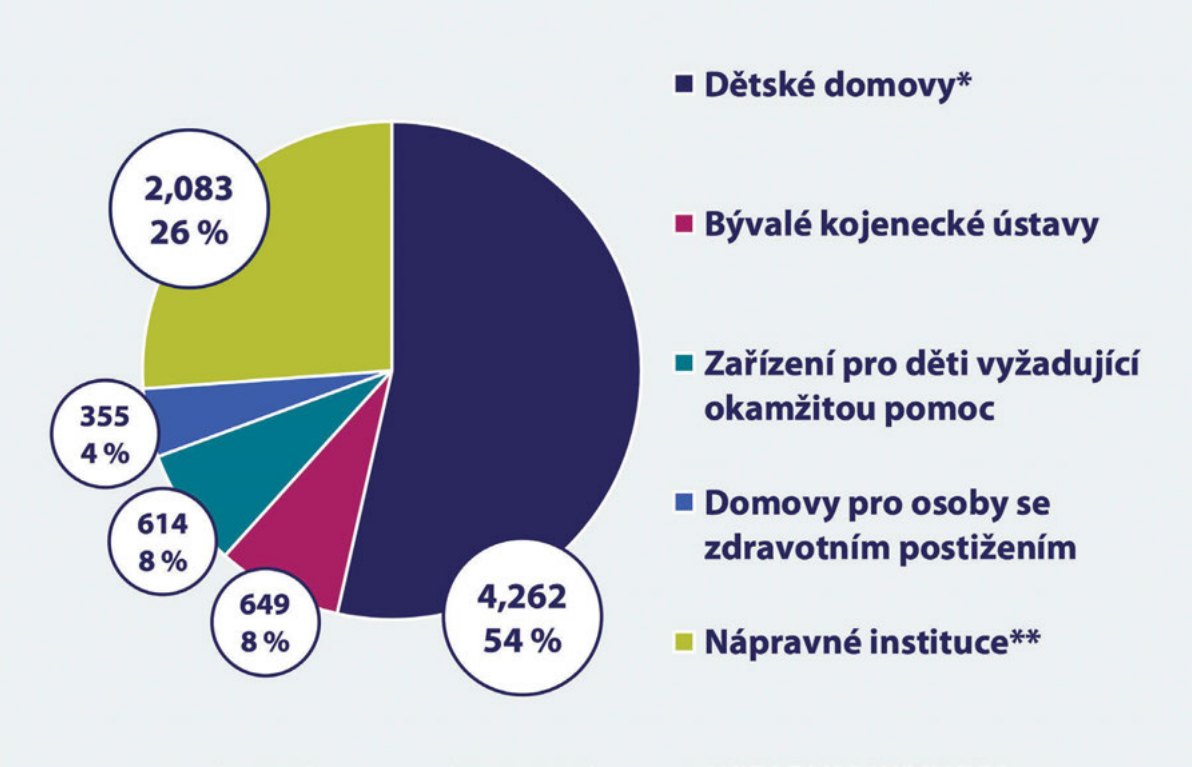
# 3 Děti v ústavní péči v České republice

## 3.1 Rozsah problému

Přes pozitivní vývoj v některých oblastech, počet dětí žijících v ústavní péči v České republice zůstává vysoký. V roce 2018 žilo v České republice v ústavní péči 7 963 dětí.[66] Méně než jedno procento z nich bylo sirotky.[67]

Příčinou je minimální pokrok ve snižování počtu dětí ve školských dětských domovech, které jsou z hlediska počtu dětí nejvýznamnějším typem ústavní péče o děti v ČR (viz graf 4). Nejmenšího pokroku bylo paradoxně dosaženo v případě ústavů, jejichž deinstitucionalizace by měla být principiálně nejsnazší, protože zpravidla nepečují o děti se zdravotním postižením či rizikovým chováním.

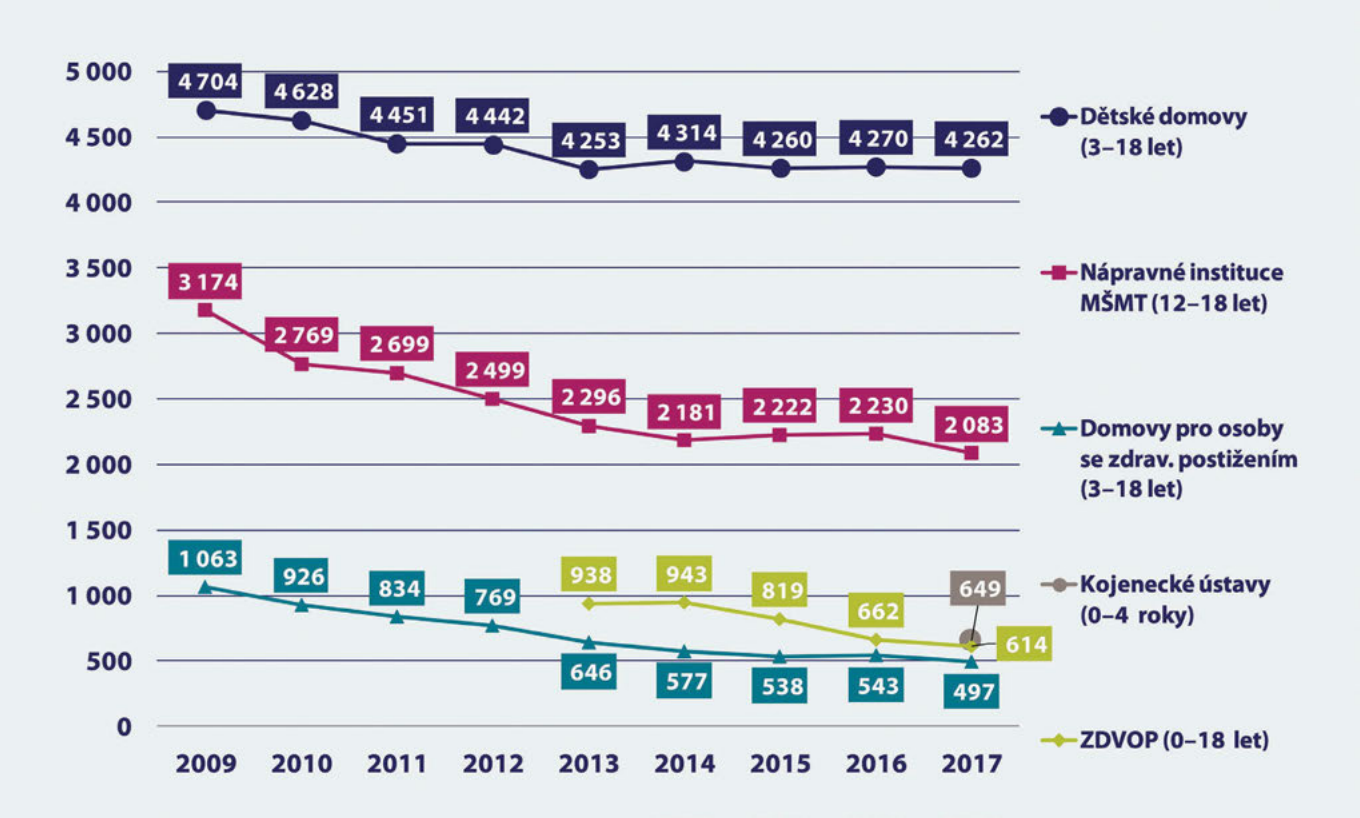
**Graf 4: Počty dětí v různých typech ústavů v ČR v roce 2017/2018***



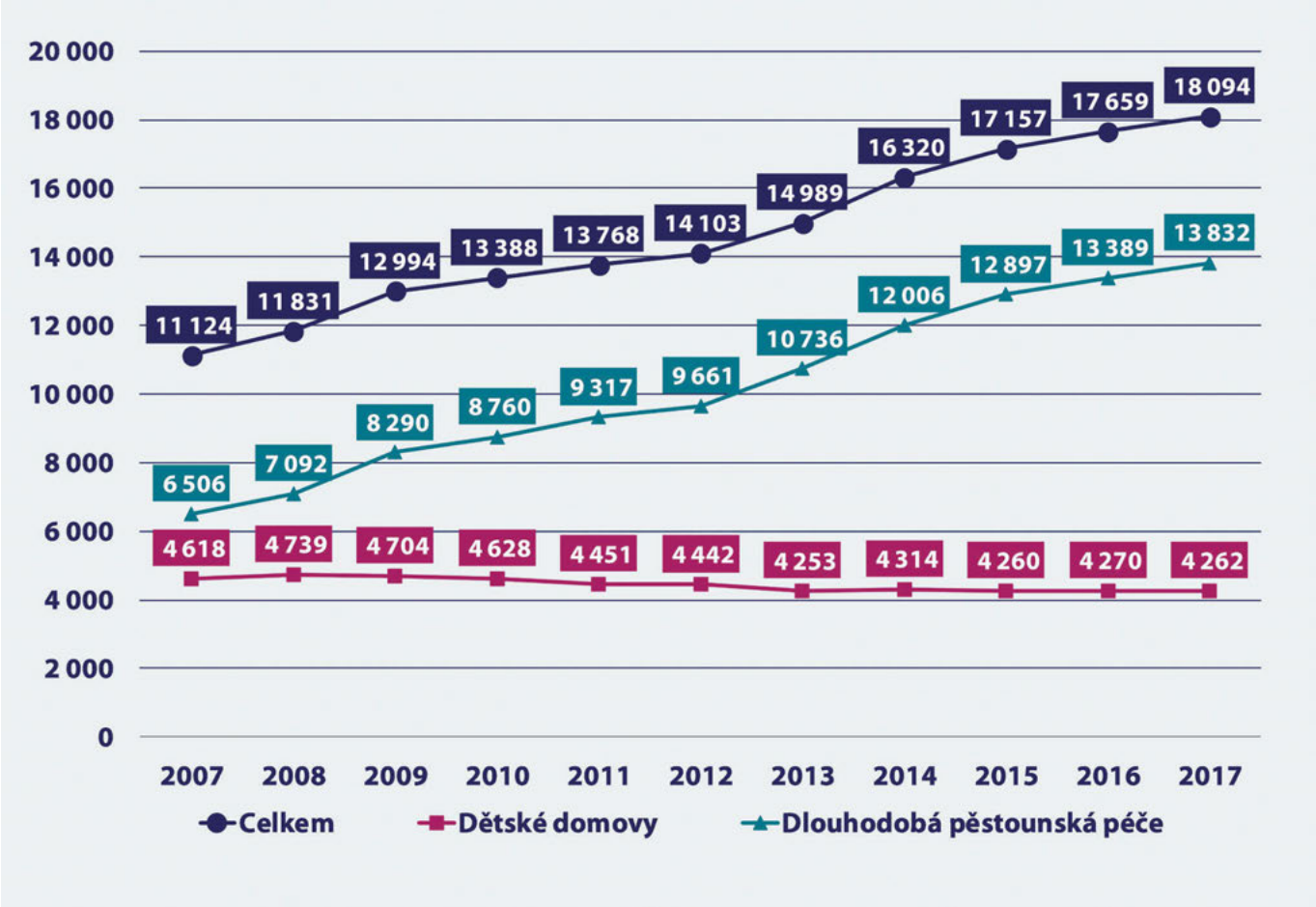

* Údaj za dětské domovy zahrnuje 375 mladých dospělých starších 18 let, kteří v zařízení zůstávají na základě dohody.[68]

- V České republice bylo v roce 2017 142 dětských domovů, ve kterých bylo umístěno celkem 4 262 dětí.
- Je znepokojující, že i přes mírný pokles v absolutním počtu dětí v dětských domovech nedošlo mezi lety 2001 a 2017 de facto k žádné změně. Počet dětí v dětských domovech zůstává na úrovni 27 dětí v dětských domovech v přepočtu na 10 000 dětí ve věku od 3 do 18 let v populaci. [69]
- Přes mírný pokles v letech 2010 až 2014 od roku 2015 dochází k opětovnému nárůstu počtu dětí nově přijímaných do dětských domovů. Ve školním roce 2016/2017 bylo do dětských domovů přijato více dětí než ve školním roce 2005/2006 (1 166 versus 1 136).
- I když se počet ohrožených dětí umístěných v dlouhodobé pěstounské péči, která představuje alternativu pro dětský domov, mezi lety 2007 a 2017 téměř zdvojnásobil (viz graf 6), tato skutečnost se nijak neodrazila v nižším počtu dětí v dětských domovech. Počet dětí v ústavní péči poklesl mezi lety 2001 a 2017 pouze o 8 %.
- To znamená, že celkový počet ohrožených dětí (bez zdravotního postižení či rizikového chování) žijících v dětských domovech a dlouhodobé pěstounské péči vzrostl mezi lety 2008 a 2017 o téměř 7 000 (63 %) (viz graf 6).

**Graf 5: Počty dětí v různých typech ústavní péče [70]**



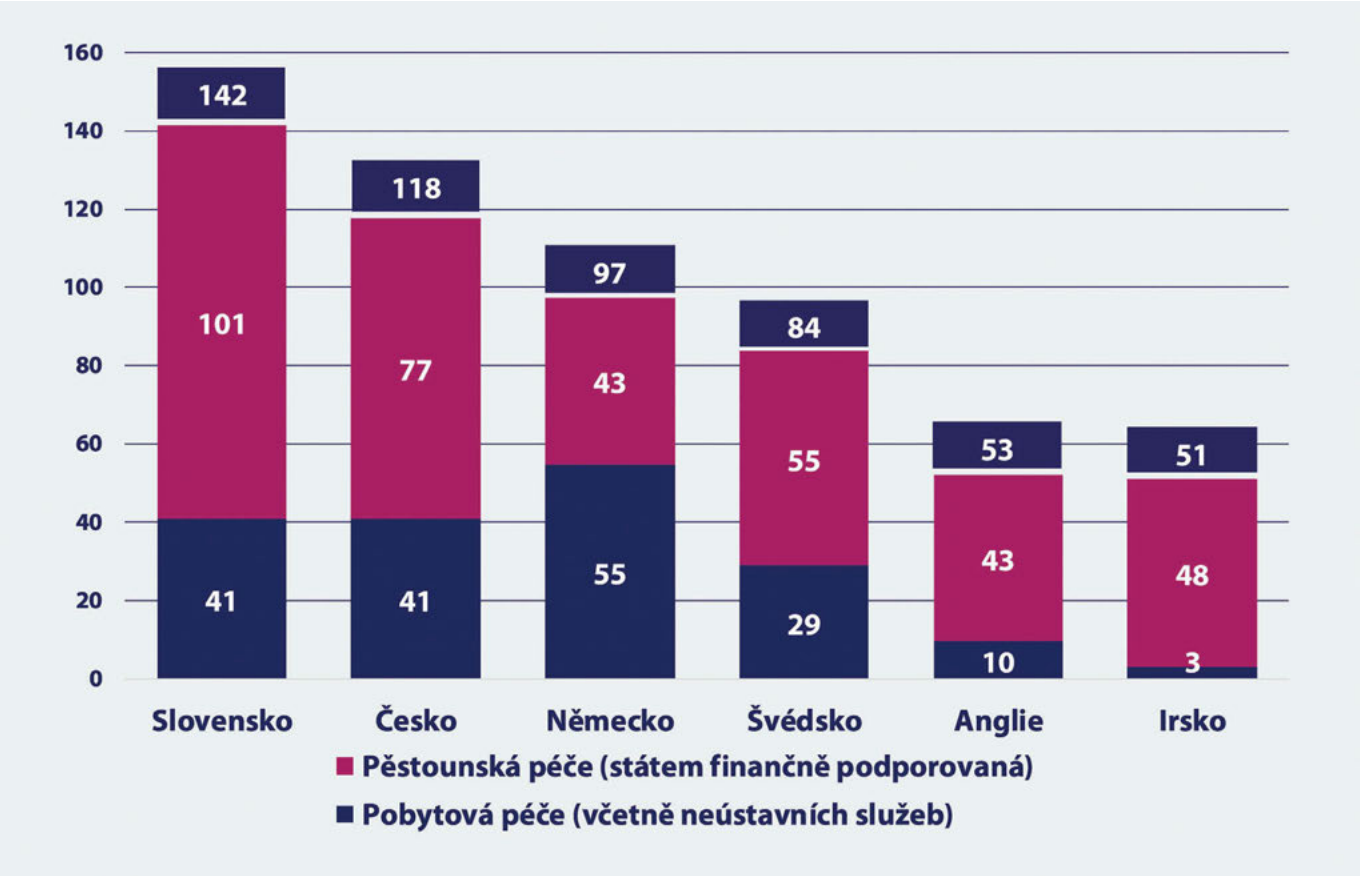
**Graf 6: Počty dětí (bez zdravotního postižení) v dětských domovech a v dlouhodobé pěstounské péči**



## 3.2 Srovnání České republiky s ostatními evropskými zeměmi

Počet dětí ve státní péči v přepočtu na 10 000 dětí v populaci je v ČR vyšší než v mnoha jiných rozvinutých zemích. V roce 2017 bylo v ČR 118 dětí umístěných ve státní péči (včetně dětí se zdravotním postižením a dětí s rizikovým chováním) na 10 000 dětí v populaci. [71] Počty dětí ve státní péči v několika evropských zemích, za které byla dostupná data, jsou zachyceny v grafu 7.[72]

**Graf 7: Počet dětí ve státní péči v přepočtu na 10 tisíc dětí v populaci v roce 2017 (v Německu v roce 2016, ve Švédsku 2013)[73]**




## 3.3 Překážky bránící pokroku v deinstitucionalizaci v České republice

Nové příjmy do ústavů a pokračující institucionalizaci dětí v České republice lze připsat řadě faktorů, mezi které patří:

- Nedostatečný rozvoj komunitních služeb ve vztahu k rostoucím potřebám v komunitě, především nárůstu počtu dětí vyrůstajících v extrémní chudobě, sociálním vyloučení a nevyhovujícím bydlení (viz kapitola 6).
- Vzájemná nedůvěra a nedostatečná spolupráce mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli komunitních služeb, které brání efektivní prevenci umísťování dětí mimo rodinu.[74]

- Nedostatečná informovanost o dostupných komunitních službách v rámci některých orgánů sociálně-právní ochrany dětí.
- V některých případech dochází k umísťování dětí do ústavní péče kvůli nedostatkům ve vyhodnocení situace ze strany sociálních pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí. Důvodem může být přetížení pracovníků či nedostatek kvalitní odborné přípravy, podpory a nástrojů. Riziko chyb zvyšuje skutečnost, že sociální pracovníci většinou provádějí vyhodnocení a dávají návrhy soudu na umístění dítěte mimo rodinu bez konzultace s kolegy nebo nadřízenými.
- Neochota „zmařit" již realizované investice do institucí, zejména investice do budov ústavů.
- Nepřítomnost na první pohled patrného utrpení a zanedbávání dětí, neboť ústavy v České republice mají k dispozici dostatečné zdroje a jsou schopny dobře uspokojit hmotné potřeby dětí. Tento stav snižuje motivaci k deinstitucionalizaci, protože psychická a emoční újma působená dětem není tak viditelná.
- Skutečnost, že je Česká republika bohatší než mnoho dalších zemí, které jsou postiženy institucionalizací, může vést k tomu, že finanční motivace ke snižování nákladů rozvojem nákladově efektivnějších služeb není příliš silná. Žádná země si však nemůže dovolit věčně plýtvat penězi a je důležité, aby služby pro děti byly finančně udržitelné i v budoucnu.
- Dlouholetá historická přítomnost ústavů a společenská akceptace institucionalizace vyústily v kulturu, v níž nezaznívá příliš silný hlas pro změnu. Dále existuje odpor k reformám jak od samotných institucí, tak od zřizovatelů, kteří mají často zájem udržet ústavní zařízení v provozu.[75] Ústavy mohou bránit reformě skrze silné advokační koalice. V roce 2012 byla přijata novela Zákona o sociálně-právní ochraně dětí jen těsnou většinou až na třetí pokus po tom, co ji nejprve vrátil poslanecké sněmovně senát a následně vetoval prezident. Hlavními argumenty pro odmítnutí novely přitom byly obavy z rušení ústavů, ačkoli novela neobsahovala žádná ustanovení v tomto směru, ale zaměřovala se především na posílení systému pěstounské péče.
- Na procesu deinstitucionalizace se nepodílí všechny relevantní orgány centrální i regionální veřejné správy, tak jak by měly. Což je zřejmé z neplnění úkolů stanovených jednotlivým ministerstvům v Národní strategii ochrany práv dětí a v Akčním plánu k jejímu plnění na období 2012–2015. MPSV splnilo své úkoly jen částečně, zatímco ministerstva zdravotnictví a školství je nesplnila prakticky vůbec. Nejvýznamněji k procesu deinstitucionalizace přispěl Odbor ochrany práv dětí MPSV svými aktivitami zaměřenými na zlepšení fungování orgánů sociálně-právní ochrany dětí a systému pěstounské péče. Dostatečně posílit podporu rodin v komunitě se nicméně sociálnímu resortu nepodařilo.
- Nejsou nijak stanoveny povinnosti orgánů krajské a obecní správy v oblasti podpory ohroženým dětem a rodinám v komunitě. [76]

### Role systému financování v prevenci umísťování dětí do státní péče

Způsob, jakým jsou v současné době financovány služby pro ohrožené děti, nemotivuje příslušné orgány k tomu, aby investovaly do komunitní podpory, která slouží jako prevence výrazně nákladnějších umístění v ústavní či pěstounské péči.

Ústavní péče o děti je financována resorty školství a zdravotnictví, zatímco sociální služby (které poskytují komunitní podporu) jsou financovány resortem sociálních věcí.

Sociální sektor má jen malou finanční motivaci k tomu, aby investoval více do komunitních služeb, ačkoli jde o nákladově nejefektivnější řešení ohrožení dítěte (viz kapitola 5), protože finanční přínosy z toho, že je méně dětí umísťováno do ústavní péče, jdou ve prospěch školství a zdravotnictví.

To samé platí i pro obce a kraje, které rovněž nezaznamenají žádný finanční přínos ze snížení počtu dětí umístěných do státní péče díky silnější prevenci, jelikož ani pěstounskou péči, ani větší část nákladů spojených s ústavní péčí o děti nehradí ze svých rozpočtů. Obce a kraje si mohou dovolit prevenci zanedbávat, protože nenesou vysoké náklady neoptimálně fungujícího systému prevence. Není překvapivé, že dotace od obcí a krajů tvoří velmi malý podíl na financování komunitních služeb.

Nárok na odměny a příspěvky pro pěstouny i pro organizace doprovázející pěstouny je stanoven zákonem. Ze státního rozpočtu je tak vynakládáno na pěstounskou péči tolik prostředků, kolik je aktuálně pěstounů a dětí v pěstounské péči. Za posledních deset let tak došlo k navýšení rozpočtové kapitoly MPSV kvůli zvýšení nákladů na systém pěstounské péče o více než 2,5 miliardy korun ročně. Vzhledem k tomu, že jde o zákonem dané výdaje, nicméně Ministerstvo financí (MF), které usiluje o minimalizaci schodku státního rozpočtu, nemůže nijak omezit výdaje MPSV v této oblasti. Naproti tomu sociální služby, které hrají klíčovou roli v komunitní podpoře rodin, jsou financovány z dotací, jejichž výše je každoročně vyjednávána mezi MPSV a MF. Jedná se tedy o rozpočtovou kapitolu, u které MF může ovlivňovat rozpočet MPSV. Objem finančních prostředků vyčleněný na sociální služby tak bývá nedostatečný a neodpovídá potřebám v komunitě. A podpora rodin v jejich přirozeném prostředí není dostatečně financována, přestože se jedná o nákladově nejefektivnější řešení ohrožení dětí.

Příklady alternativních modelů financování, které podporují financování komunitních služeb, lze nalézt v jiných zemích. Severní Irsko představuje jeden příklad toho, jak lze rozhodovací proces a přidělování rozpočtu předat na regionální úroveň, a poskytnout tak rozhodujícím osobám flexibilitu, kterou potřebují, aby reagovaly na místní potřeby:

- V Severním Irsku Rada pro zdravotnictví a sociální péči, kterou řídí Ministerstvo zdravotnictví, každoročně přiděluje rozpočet pěti místním pověřeným skupinám (LCGs),[77] které jsou odpovědné za posouzení potřeb zdravotní a sociální péče ve svém regionu a za zajištění provozu služeb potřebných k jejich dosažení, a to buď prostřednictvím státu, nebo služeb provozovaných neziskovým sektorem.[78] V tomto procesu jsou zapojeni místní aktéři, včetně uživatelů služeb, poskytovatelů péče a veřejnosti. Skupiny pověřené zprostředkováním péče jsou tvořeny řadou odborníků, jako jsou praktičtí lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a zástupci místní správy a dobrovolnického sektoru, kteří dokážou zastupovat potřeby svých komunit. [79]

- Peníze přidělené Radou pro zdraví a sociální péči každé LCG zohledňují věkové a genderové složení obyvatel každého regionu a veškeré další požadavky spojené s případným znevýhodněním.[80] LCG jsou zodpovědné za to, že zajistí nepřekročení přiděleného rozpočtu. [81]

### Potřeba více investovat do péče o děti se zdravotním postižením

Ačkoli došlo k výraznému poklesu počtu dětí se zdravotním postižením v ústavní péči ve srovnání s dětmi bez zdravotního postižení, neznamená to, že síť komunitních služeb pro rodiny s dítětem s postižením je dostatečná. Informace z terénu, které má Lumos, například naznačují, že poptávka po odlehčovacích službách pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením (zejména v jejich terénní formě) výrazně přesahuje nabídku.[82]

Speciální vzdělávací potřeby nejsou zpravidla v České republice důvodem institucionalizace dětí. Existuje síť 387 speciálních škol,[83] což znamená, že nejbližší speciální škola je obvykle dost blízko na to, aby děti se zdravotním postižením mohly žít doma. Někdy školy zajišťují i dopravu. Děti se zdravotním postižením tedy nejsou umísťovány do integrovaných ústavů se speciální školou, jak je tomu v jiných postkomunistických zemích, kvůli tomu, že nemají jinou možnost, jak získat vzdělání. Lumos si je ovšem vědom případů, kdy děti se zdravotním postižením byly umístěny v ústavech, přičemž jedním z hlavních důvodů bylo to, že rodiče nedokázali zajistit dopravu do školy. Zajištění dopravy do speciálních škol může být v těchto případech jednoduchým řešením.

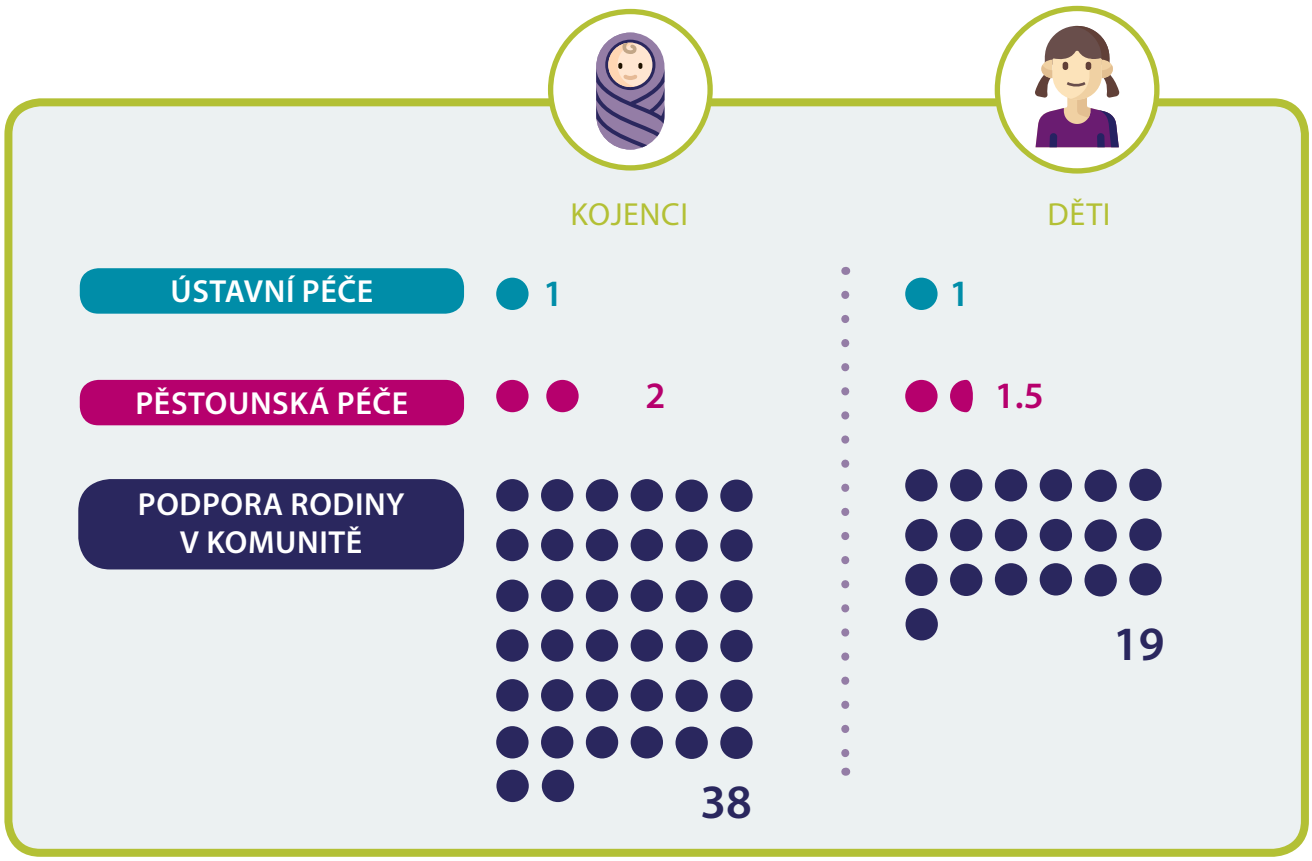
Rozvoj inkluzivního vzdělávání v běžných školách také umožní většímu počtu dětí se zdravotním postižením navštěvovat školy ve svých komunitách společně se svými vrstevníky.

### Potřeba rozvíjet větší pochopení a vůli ke změně

V současné době není k dispozici dost výzkumů o tom, proč se Česká republika nadále v takovém rozsahu spoléhá na ústavní péči. Další výzkum v této oblasti by mohl podpořit informovanou debatu o deinstitucionalizaci a ovlivnit tvorbu politik. Z nedostatku vůle a v některých případech kvůli odporu vůči deinstitucionalizaci je zřejmé, že je třeba rozvíjet dobře financovanou komunikační strategii na národní úrovni, která by napomáhala lepšímu porozumění této problematice a byl tak posílen hlas pro reformu a došlo ke změně.

# 4 Náklady na systém ústavní péče

**Graf 8: Počet dětí podpořených ze stejného objemu finančních prostředků**




## 4.1 Veřejné výdaje na provoz kojeneckých ústavů

V roce 2018 je v České republice 26 kojeneckých ústavů. Na základě dostupných informací lze říci, že:

- Většina dětí je do kojeneckých zařízení přijímána kvůli sociální zranitelnosti svých rodin, problémům se zajištěním bydlení a nedostatečným rodičovským kompetencím.[84]
- Méně než 10 % dětí v kojeneckých ústavech má zdravotní postižení nebo zdravotní potřeby, které nelze řešit v rámci biologické či pěstounské rodiny (viz Příloha 1). To znamená, že zdravotní postižení nebo zdravotní potřeby nejsou důvodem pro umístění většiny dětí do kojeneckých ústavů.
- Významná část dětí se z kojeneckých ústavů vrací zpět do své biologické rodiny. [85] Je-li pro tyto děti bezpečné a vhodné, aby se vrátily domů, pravděpodobně mohlo stačit poskytnout rodině před umístěním dítěte do ústavu podporu a dítě z rodiny nemuselo být vůbec odebráno (mimo specifické případy, jako je například rodič ve výkonu trestu odnětí svobody).

Řadě pobytů dětí v ústavním zařízení by bylo možné předejít, pokud by rodiny dostávaly odpovídající komunitní podporu například v oblasti bydlení či zdravotní péči poskytovanou v komunitě.

Kojenecké ústavy jsou velmi nákladné. [86]

- **Průměrné roční náklady státu činí 892 000 Kč na jedno dítě v kojeneckém ústavu.**
- **Náklady se mezi jednotlivými kojeneckými ústavy výrazně liší, a to od 434 000 Kč až po 3 033 000 Kč na dítě za rok. Náklady na dítě jsou vyšší v případě ústavů s mnoha neobsazenými lůžky.**

Celkem 21 z 26 kojeneckých ústavů funguje jako kojenecký ústav i jako ZDVOP. [87] To znamená, že kromě míst určených pro malé děti financovaných resortem zdravotnictví nabízí také dočasné ubytování pro děti vyžadující okamžitou pomoc v ZDVOP financované sociálním resortem. Výše státní dotace na péči poskytovanou ZDVOP je stanovena zákonem (činí 273 600 Kč). Tato zpráva se proto zaměřuje na veřejné dotace na péči o děti pobývající v režimu kojeneckého ústavu (bez dětí ve ZDVOP při kojeneckých ústavech).

V roce 2017 stál provoz kojeneckých ústavů (včetně nákladů na ZDVOP) stát 769 milionů Kč. Bez ZDVOP při kojeneckých ústavech to bylo 714 milionů Kč. Jedná se o částku očištěnou o náklady na nejvýznamnější nepobytové služby poskytované kojeneckému ústavu, tj. denní stacionáře a jesle (viz Příloha 5). Malá část výše uvedených 714 milionů Kč poskytnutých na dotacích z veřejných rozpočtů kojeneckým ústavům nicméně byla využita na nepobytové služby poskytované zařízeními (viz kapitola 2.4).

## 4.2 Veřejné výdaje na provoz dětských domovů

V ČR existuje 142 dětských domovů s kapacitou 4 987 míst, které zpravidla poskytují péči ohroženým dětem bez zdravotního postižení či rizikového chování. V roce 2017 žilo v těchto institucích celkem 4 262 dětí a mladých dospělých (3 887 dětí a 375 mladých dospělých ve věku 18 let a více). Míra obsazenosti činila 85 %.[88]

Velká část dětí by v dětských domovech vůbec nemusela být a mohla by se o ně starat jejich biologická rodina nebo pěstounská rodina, pokud by byla k dispozici správná komunitní podpora a služby.

**Výzkum ukazuje, že:**

- Většina dětí je přijímána do dětských domovů kvůli sociální zranitelnosti jejich rodin, problémům s bydlením a nedostatečným rodičovským kompetencím. [89]
- Celkem 41 % dětí má doma sourozence.[90] Pokud je bezpečné a vhodné, aby jejich sourozenci mohli být doma, je třeba položit si otázku, proč jsou tyto děti v ústavní péči.
- Přibližně jedna třetina dětí se někdy vrátí domů.[91] Opět platí, že pokud je bezpečné a vhodné, aby se tyto děti vrátily domů, je logické, že by bylo možné pracovat na tom, aby se navrátily co nejdříve nebo aby se odloučení předešlo hned na prvním místě.

Byla provedena analýza finančních údajů z roku 2017 za 103 ze 142 dětských domovů v České republice s cílem spočítat veřejné výdaje na jedno dítě v dětském domově (pro metodiku viz Příloha 5):

- **Pobyt v dětském domově stojí stát v průměru 395 000 Kč na jedno místo a 448 000 Kč na jedno dítě.**
- **Existují poměrně velké rozdíly mezi jednotlivými dětskými domovy, veřejné výdaje se pohybovaly od 330 000 Kč do 926 000 Kč na jedno dítě za rok. Náklady na dítě jsou vyšší v případě institucí s vyšším počtem neobsazených lůžek.**

- Navzdory všeobecně uznávanému tvrzení, že větší ústavy stojí na jedno dítě méně, vzhledem k takzvaným úsporám z rozsahu, tato analýza nenalezla žádný vztah mezi velikostí dětského domova a náklady na jedno místo nebo jedno dítě.
- Provoz dětských domovů stojí stát celkem přibližně 1 miliardu 750 milionů korun ročně. Celkové náklady na provoz dětských domovů činily 1 miliardu 868 milionů korun ročně.
- Soukromé financování představuje pouze asi 2 % příjmů dětských domovů. Ústavy obvykle poskytují i ziskové služby (které představují přibližně 3 % jejich příjmů) a mají i další zdroje příjmů, které jim pomáhají překlenout rozdíl mezi dotacemi na provoz z veřejných rozpočtů a skutečnými náklady na poskytování péče. Dětské domovy bývaly dříve populární mezi soukromými dárci, kteří jim poskytovali drahé dary, [92] včetně letních pobytů v zahraničí [93] nebo lyžařských výletů. [94] Celkový objem soukromých darů všem dětským domovům v roce 2017 však lze odhadnout na základě dostupných účetních dat na zhruba 30 milionů korun.[95] To představuje 2 % všech soukromých darů od 100 největších dárců v České republice v roce 2017.[96]

## 4.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V roce 2018 bylo dle šetření Lumos v domovech pro osoby se zdravotním postižením umístěno 411 dětí. Vládní údaje o celkových nákladech na péči o děti v těchto institucích nebyly v době psaní této zprávy k dispozici. Odhad veřejných výdajů na péči o děti pobývající v domovech pro osoby se zdravotním postižením je vypočítán pomocí průměrných veřejných výdajů na jednoho uživatele spočítaného ze vzorku 12 institucí z 12 krajů České republiky. Průměrné veřejné výdaje na jednoho obyvatele činily 373 tisíc Kč ročně, což je méně, než kolik stojí stát péče o děti v kojeneckých ústavech a dětských domovech. To je možné částečně vysvětlit vyšší mírou obsazenosti (která se pohybuje mezi 95 až 100 %) domovů pro osoby se zdravotním postižením, dále zřejmě hrají roli vyšší počty uživatelů (dětí) připadajících na jednoho pracovníka a nižší úroveň mezd pečovatelů v těchto zařízeních. V každém případě je znepokojující, že na péči o děti se zdravotním postižením, které vyžadují vyšší úroveň podpory a péče, aby byly v bezpečí, zdravé a aby se mohly plně rozvíjet, vynakládá stát méně peněz než na péči o děti bez zdravotního postižení.

Celkové roční náklady na péči o 411 dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením v roce 2017 lze odhadnout zhruba na 154 milionů Kč. Přibližně 54 milionů Kč z této částky bylo hrazeno z příspěvků na péči umístěných dětí. Děti se zdravotním postižením mají nárok na příspěvek na péči, ať už žijí v rodině nebo v ústavní péči. To znamená, že stát dotoval ústavní péči o děti se zdravotním postižením přibližně 100 miliony Kč ročně nad rámec příspěvků na péči.

## 4.4 Veřejné výdaje na prázdná místa v ústavní péči

Vyjma ZDVOP jsou aktuálně všechna zařízení ústavní péče financována podle své kapacity (na lůžko), nikoli podle počtu dětí, kterým poskytují péči. Proto i když jsou místa v institucích neobsazená, stále představují náklady pro stát. V každém systému péče o ohrožené děti, který spoléhá na ústavní zařízení, bude nevyhnutelně existovat určitý počet neobsazených míst nezbytných pro to, aby bylo možné v mimořádných případech přijmout více dětí, než je běžné.

Ústavy představují velmi nákladnou formu péče o ohrožené děti, jak bylo poukázáno výše. Systém péče o ohrožené děti, který je do značné míry založen na ústavní péči, jak je tomu v ČR, bude významně nákladnější než systémy, které primárně spoléhají na komunitní služby a náhradní rodinnou péči.

V roce 2017 měly dětské domovy souhrnnou lůžkovou kapacitu 4 987 míst, z toho 725 jich bylo neobsazeno, ale stále financováno státem.

- Vzhledem k tomu, že každé lůžko v dětském domově stojí stát v průměru 395 tisíc Kč ročně, znamená to, že na financování 725 neobsazených míst v dětských domovech vynaložil stát v roce 2017 325 milionů korun.
- Zatímco neobsazené místo v dětském domově stojí 395 tisíc ročně, nic jako neobsazené místo v dlouhodobé pěstounské péči neexistuje, protože dlouhodobí pěstouni jsou placeni pouze tehdy, když mají dítě v péči.
- Zatímco neobsazené místo v kojeneckém ústavu stojí 803 tisíc Kč ročně, neobsazené místo v pěstounské péči na přechodnou dobu stojí pouze 370 tisíc Kč ročně, ačkoli pěstouni na přechodnou dobu dostávají odměnu, i když aktuálně nemají žádné dítě v péči.

Z finančních prostředků aktuálně státem vynakládaných na neobsazená místa v dětských domovech by mohlo být podpořeno přibližně 10 000 ohrožených dětí v komunitě (formou SAS), které vyrůstají v rodinách v obtížné situaci (například v sociálním vyloučení). [97]

Existuje riziko, že výdaje na neobsazená místa budou působit jako pobídka k „naplnění" institucí, aby náklad na dítě zůstal nižší. Je však důležité připustit, že snížení počtu ústavních zařízení a pokles v jejich naplněnosti je nevyhnutelnou a nezbytnou součástí procesu deinstitucionalizace.

# 5 Proč přesměrovat zdroje ve prospěch komunitních služeb: lepší výsledky pro více dětí se stejnými náklady

Přesměrování veřejných prostředků aktuálně vynakládaných na náhradní péči do systému komunitní péče, aniž by došlo k jejich celkovému navýšení, by umožnilo poskytovat podporu mnohem více ohroženým dětem a jejich rodinám, než je tomu v současném systému.

## 5.1 Komunitní podpora, která pomáhá děti udržet v jejich rodinách

Mnoho ohrožených dětí by mohlo zůstat se svými biologickými rodinami, pokud by byla v rámci komunity poskytována dostatečná podpora a služby. Mezi tyto služby patří zdravotní a vzdělávací služby, které by byly dostupné všem, a služby zaměřené na ohrožené děti a jejich rodiny, jako jsou sociální služby, podpora bydlení, vzdělávání rodičů, podpora přístupu k peněžitým dávkám a útočiště pro oběti domácího násilí.

### Box 5: Podpora ohrožených rodin v jejich přirozeném prostředí v České republice

**Nejvýznamnější komunitní službou, pokud jde o prevenci umísťování dětí do dětských domovů či pěstounské péče v ČR, jsou tzv. sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS) vymezené v Zákoně o sociálních službách (108/2006 Sb.). Tyto služby poskytují poradenství, mohou zajišťovat podporu při rozvoji rodičovských kompetencí, podporu při hledání bydlení, podporu školní docházky, propojení rodiny s potřebnými specializovanými službami a další podpůrné aktivity, které napomáhají tomu, aby nemuselo dojít k umístění dítěte mimo rodinu. SAS mohou hrát významnou roli jak v prevenci odebírání dětí z rodin, tak návratu dětí ve státní péči zpět do jejich rodin.**

Komunitní podpora zaměřená na předcházení rozdělování rodin je nejúčinnějším způsobem podpory dětí.

**Graf 9: Roční veřejné výdaje na dítě v různých službách pro děti bez postižení (Kč)***

* V případě SAS se nejedná o veřejné výdaje, ale o celkové náklady služby.

S využitím stejné částky peněz může být podpořeno mnohem více dětí, aby mohly žít v rodinách a v komunitě, než kolik jich může být za stejnou částku umístěno do ústavu nebo pěstounské péče:

- Jeden rok v dětském domově stojí stát v průměru 448 tisíc Kč na jedno dítě, zatímco jeden rok komunitní podpory rodiny (formou SAS) stojí jen 23 355 Kč na dítě.
- **Za částku, kterou stát každoročně vynakládá na jedno dítě v dětském domově, může být podpořeno 19 dětí v komunitě.**

To samé platí i pro kojence vzhledem k tomu, že kojenecké ústavy jsou výrazně dražší než jakýkoli jiný typ služeb pro ohrožené děti:

- Jeden rok pobytu v kojeneckém ústavu stojí stát v průměru 892 tisíc Kč na jedno dítě, zatímco jeden rok komunitní podpory rodiny (formou SAS) stojí jen 23 355 Kč na jedno dítě.
- **Za částku, kterou stát každoročně vynakládá na jedno dítě v kojeneckém ústavu, mohlo být podpořeno 38 dětí, které by žily v komunitě.**

### Názorný příklad: komunitní služby pro děti se zdravotním postižením

Jak bylo popsáno v kapitole 2.5, díky zavedení příspěvku na péči a díky rozvoji komunitních služeb na podporu rodin s dětmi se zdravotním postižením žije v komunitě mnoho dětí se zdravotním postižením, které dříve žily v ústavní péči.

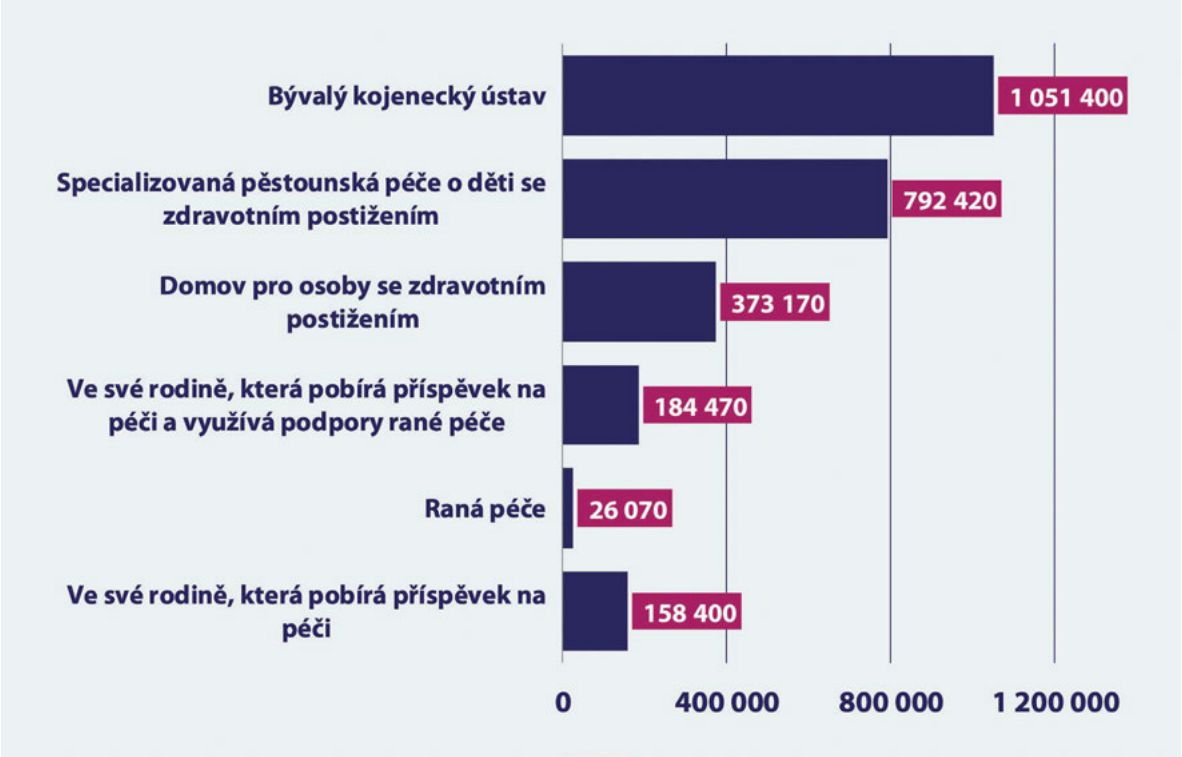
Děti se zdravotním postižením do sedmi let věku jsou nyní podporovány sociální službou raná péče, která je poskytována bezplatně. V celé zemi existuje nyní 48 těchto služeb. Jsou financovány především z veřejných prostředků, přibližně 5–10 % finančních prostředků pochází ze soukromých zdrojů.[98]

Služby rané péče mohou hrát klíčovou roli v podpoře rodin v kritickém období prvních let života dítěte. Mohou jim umožnit pečovat o děti s postižením doma a rozvíjet potenciál dětí.[99]

Průměrné roční náklady na dítě využívající služby rané péče činí 31 800 Kč,[100] z toho 26 070 Kč pochází z veřejných zdrojů. To je mnohem méně než odhadovaná suma 373 tisíc Kč (výpočet viz kapitola 4.3) na jedno dítě v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Pokud dítě žije se svou biologickou rodinou a má přístup k službám rané péče, náklady státu činí jen 25 % až 50 % ve srovnání s náklady na umístění mimo rodinu (viz graf 10).

**Graf 10: Roční veřejné výdaje na dítě se zdravotním postižením v případě využití různých druhů služeb (Kč) v roce 2017**




Mimo ranou péči existují v České republice i další sociální služby poskytující podporu dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám v komunitě:[101]

- 90 denních stacionářů poskytujících denní péči,
- 29 týdenních stacionářů, kde mohou děti pobývat přes pracovní týden,

- 54 odlehčovacích služeb, které rodičům postižených dětí umožňují dát si pauzu od jejich obvyklých pečovatelských povinností,
- 107 služeb osobní asistence, které poskytují podporu v domácím prostředí v oblastech jako péče o sebe, hygiena, vaření, domácí úkoly či zapojení do komunity.

## 5.2 Pěstounská péče o děti, které nemohou žít se svými biologickými rodinami

V pěstounské péči žije v České republice téměř 15 000 dětí.[102] Řada výzkumů jasně prokázala, že pro většinu dětí, které nemohou žít se svými rodiči nebo širší rodinou ani být umístěny do osvojení, je pěstounská péče nejlepším řešením, které dětem přináší lepší výsledky než pobytová péče.[103, 104, 105]

Průzkum Lumos ukázal, že pěstouni na přechodnou dobu se starají o děti s obdobnými potřebami (včetně zdravotního postižení či jiných speciálních potřeb), jaké mají děti v kojeneckých ústavech.[106] V pěstounské péči by mohla vyrůstat značná část z dětí, které žijí v kojeneckých ústavech a dětských domovech.[107]

Přestože je pěstounská péče nákladnější než podpora rodiny v komunitě, jedná se o méně nákladnou variantu, než je ústavní péče, a s lepšími dopady na děti.[108] Měla by být nicméně vyhrazena pouze pro děti, které nemohou žít s biologickými rodinami, i když jim byla poskytnuta odpovídající podpora.

- Pěstounská péče na přechodnou dobu stojí v průměru o 52 % méně na dítě než péče poskytovaná kojeneckými ústavy. Stát vynaloží v průměru o 463 tisíc Kč ročně méně na pobyt v pěstounské péči na přechodnou dobu, než utratí za pobyt v kojeneckém ústavu.
- Dlouhodobá pěstounská péče stojí o 30 % méně na dítě než péče poskytovaná dětskými domovy. Stát vynaloží v průměru o 133 tisíc Kč ročně méně na pobyt v dlouhodobé pěstounské péči, než utratí za pobyt v dětském domově.
- Za částku, kterou stát každoročně vynakládá na jedno dítě v dlouhodobé pěstounské péči, může být podpořeno 14 dětí, které žijí v biologické rodině (formou SAS).

### Box 6: Veřejné výdaje na pěstounskou péči

**Veřejné výdaje na pěstounskou péči zahrnují odměny pěstouna, příspěvky na úhradu potřeb dítěte a státní příspěvky na doprovázení pěstounských rodin.[I] Níže prezentujeme veřejné výdaje na jedno dítě v pěstounské péči v případě, kdy je do pěstounské péče umístěno jedno dítě, a v případě, kdy jsou do pěstounské péče umístěny dvě děti.**

| | Dlouhodobá pěstounská péče [II] | Pěstounská péče na přechodnou dobu |
|---|---|---|
| **Roční náklady na jedno dítě žijící s pěstounskou rodinou** | 314 460 Kč | 429 000 Kč |
| **Roční náklady na dítě, pokud v pěstounské rodině žijí dvě děti** | 242 460 Kč | 244 200 Kč |

Pěstouni, kteří pečují o děti se zdravotním postižením, dostávají vyšší odměnu a příspěvky na úhrady potřeb dítěte, nadto mají děti se zdravotním postižením v pěstounské péči nárok na příspěvek na péči stejně jako všechny děti se zdravotním postižením. Pěstounská péče pro děti se zdravotním postižením je tedy jednou z dražších forem náhradní péče, má však lepší výsledky, pokud jde o vývoj dětí se zdravotním postižením než ústavní péče. Navíc, i kdybychom měli vyhledat pěstouny pro všechny děti se zdravotním postižením nově umísťované do domovů pro osoby se zdravotním postižením, půjde jen o 40 dětí ročně (viz kapitola 2.5).

## 5.3 Pouhý rozvoj pěstounské péče nemůže zajistit deinstitucionalizaci

Jak je zřejmé z dat prezentovaných v této zprávě, zvýšení počtu dětí v pěstounské péči nevedlo k výraznému snížení počtu dětí v ústavních zařízeních, zejména v dětských domovech. Dokud nebudou řešeny (převážně sociální) důvody odebírání dětí z rodin a poskytování komunitních služeb nebude odpovídat potřebám v komunitě, bude pokračovat i vysoká poptávka po umístěních mimo domov. To znamená, že děti budou do ústavů umísťovány tak dlouho, dokud budou zařízení ústavní péče existovat.

Přestože je pěstounská péče nezbytnou součástí funkčního systému péče o děti, je třeba věnovat pozornost zejména tomu, aby děti, pokud je to možné, zůstávaly u své biologické rodiny, pokud to pro ně není ohrožující. S lepší dostupností pěstounské péče je spojeno riziko nadměrného spoléhání se na náhradní rodinnou péči. Sociální pracovníci mohou mít méně pochybností při odebrání dítěte z rodiny, pokud ho mohou umístit do pěstounské péče a nikoli do ústavu, protože je známo, že pěstounská péče je méně škodlivá. To může snižovat motivaci pro posilování podpůrných služeb pro rodiny.

## 5.4 Nedostatek investic do komunitních služeb

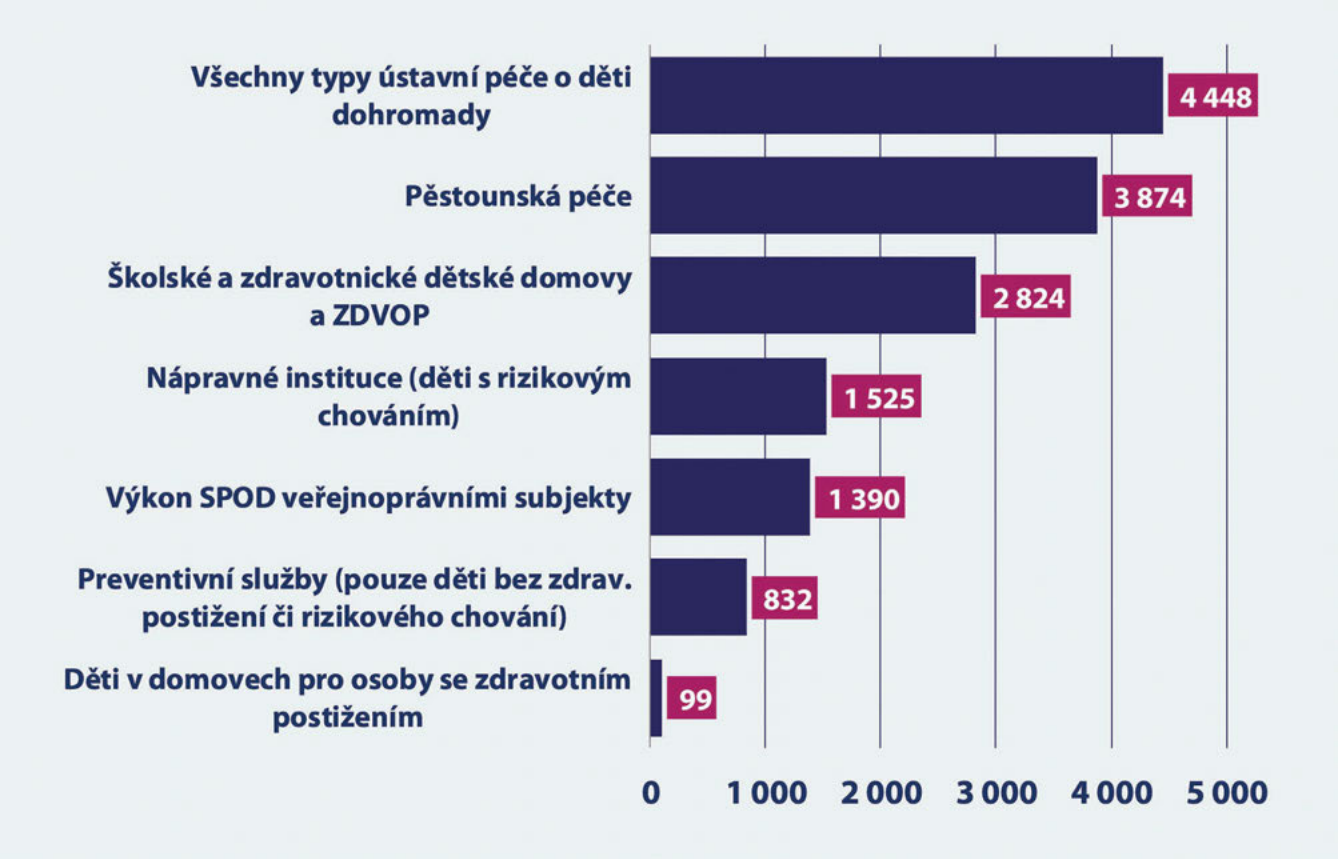
MPSV se podařilo zajistit značný nárůst v objemu finančních prostředků vynakládaných na práci odborů sociálně-právní ochrany dětí a systém pěstounské péče, na které bylo v roce 2017 z veřejných zdrojů vynaloženo o téměř 3,5 miliardy více než v roce 2007.[109] Nic obdobného se nestalo v případě komunitních podpůrných služeb, jako jsou SAS.

Objem vynakládaných veřejných prostředků na komunitní preventivní služby byl sice také navýšen (viz graf 13), avšak výrazně nižší částkou, přičemž v případě SAS představují aktuálně téměř polovinu dotace z evropských strukturálních fondů (viz kapitola 2.7), což je dlouhodobě neudržitelný zdroj financování. Objem finančních prostředků vynaložených na komunitní služby, především ty zaměřené na prevenci umísťování dětí do dětských domovů, jako jsou SAS, by přitom měl být významně vyšší, jak kvůli jejich nedostatečným kapacitám (zejména v některých regionech – viz kapitola 6.1), tak proto, aby bylo možné zajistit adekvátní kvalitu služeb.

Jednou z možností je přesměrovat finanční prostředky ze systému ústavní péče, v němž je jich velké množství. Resorty zdravotnictví a školství se však do procesu deinstitucionalizace zatím příliš nezapojily navzdory tomu, že se jedná o úkol vyplývající z Národní strategie ochrany práv dětí.

Jak je vidět z grafu 11, veřejné výdaje na všechny typy ústavní péče o děti činily v roce 2017 téměř 4,5 miliardy Kč a jednalo se o největší výdaj systému péče o ohrožené děti. Výdaje na systém pěstounské péče, které činily v roce 2017 téměř 3,9 miliardy, se blížily výdajům na ústavní péči. Je ovšem třeba mít na paměti, že v pěstounské péči bylo téměř dvojnásobné množství dětí (15 tisíc oproti 8 tisícům).

**Graf 11: Veřejné výdaje na péči o ohrožené děti v roce 2017 (v milionech Kč)**




Složitá situace panuje, pokud jde o kalkulaci veřejných výdajů v oblasti prevence. V případě dětí se zdravotním postižením a rizikovým chováním lze mezi komunitní služby, které fungují jako prevence umístění do náhradní péče, zařadit velmi širokou škálu služeb, které jsou financovány z velkého množství různých zdrojů, ovšem s omezenou dostupností dat ohledně financování. Celkové veřejné výdaje na služby, které fungují jako prevence umísťování dětí se zdravotním postižením či rizikovým chováním do státní péče, tedy nebylo možné ani spočítat, ani odhadnout s akceptovatelnou mírou chybovosti. Nebylo tak ani možné stanovit, jaký podíl představují preventivní služby v případě dětí se zdravotním postižením a rizikovým chováním na celkových veřejných výdajích v případě těchto dvou segmentů péče o ohrožené děti. Na základě dostupných dat však lze říci, že:

- V případě péče o děti se zdravotním postižením platí, započítáme-li mezi prevenci výdaje na příspěvky na péči pro děti vyrůstající ve svých rodinách, které činily v roce přibližně 2,36 miliardy Kč,[110] že veřejné výdaje na prevenci mnohonásobně převyšují výdaje na ústavní a pěstounskou péči o děti se zdravotním postižením.
- V případě dětí s rizikovým chováním budou veřejné výdaje na ústavní péči (nápravné instituce), které činily v roce 2017 více než 1,5 miliardy Kč (viz graf 11), naopak výrazně převyšovat výdaje na prevenci, která může být realizována např. středisky výchovné péče nebo nízkoprahovými zařízeními pro děti a mládež.

Méně složitá je situace v případě segmentu péče o ohrožené děti, který se zaměřuje na ohrožené děti zpravidla bez zdravotního postižení a rizikového chování, které jsou v případech odebrání z rodiny umísťovány do dětských domovů, kojeneckých ústavů, ZDVOP či (nespecializované) pěstounské péče. Pro zjednodušení budeme tento segment označovat termínem **hlavní proud péče o ohrožené děti,** protože se jedná o hlavní proud v tom smyslu, že jde o **segment zaměřený primárně na děti bez významných speciálních potřeb** a zároveň jde o **největší segment, v němž se nachází 70 % ze všech dětí v ústavní péči (viz graf 4) a přibližně 85 % ze všech dětí ve státní péči.**[111]

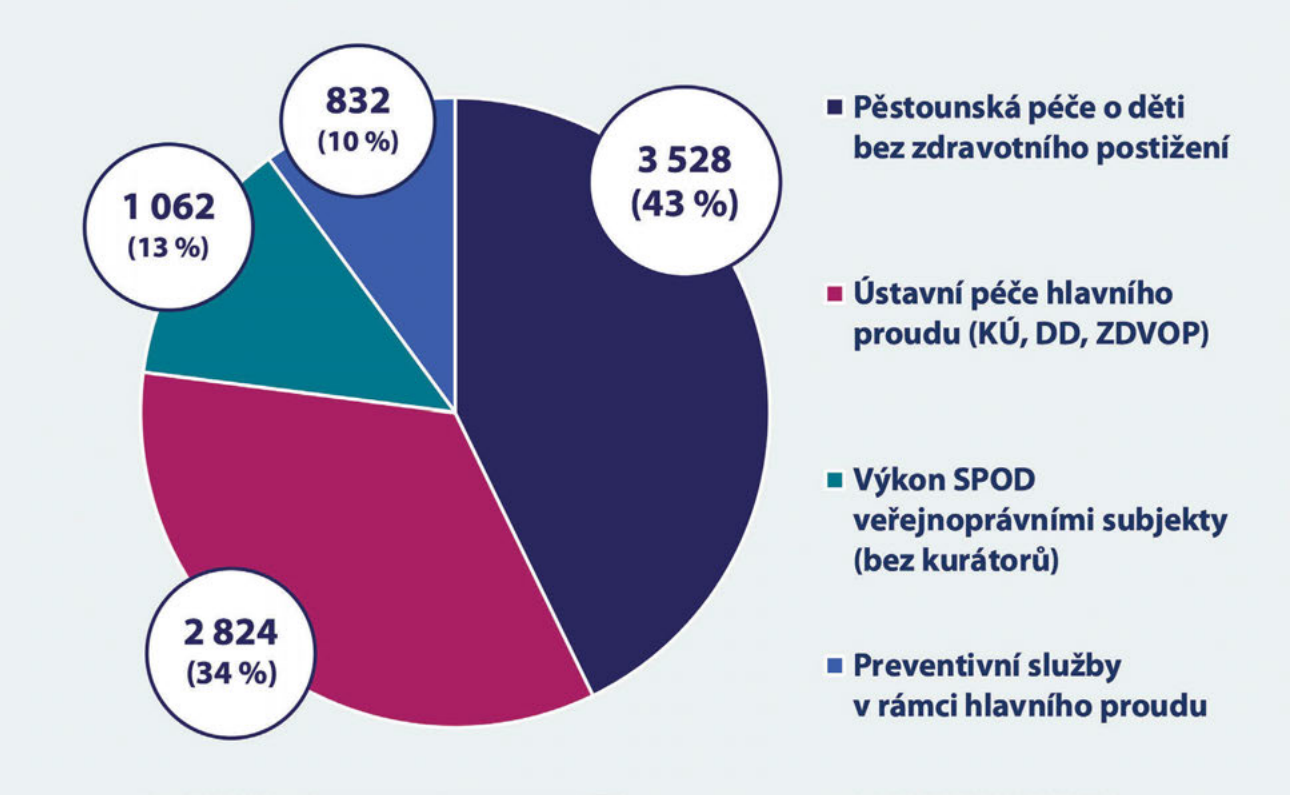
Síť komunitních služeb, které slouží jako prevence umísťování dětí mimo rodinu v rámci hlavního proudu péče o ohrožené děti, není tak komplexní. Klíčovou roli hrají pouze dvě sociální služby – SAS a azylové domy pro rodiny s dětmi, v jejichž případě bylo možné provést poměrně přesnou kalkulaci veřejných výdajů na jejich provoz.

Jelikož představuje hlavní proud péče o ohrožené děti jediný segment celého systému, v jehož případě je možné vyčíslit náklady na všechny jeho složky včetně prevence, zaměřuje se následující analýza pouze na tento hlavní proud.

Celkové veřejné výdaje na hlavní proud péče o ohrožené děti činily v roce 2017 přibližně 8 miliard 246 mil. Kč. Výdaje na preventivní služby v hlavním proudu péče činily přibližně 832 milionů Kč, což představuje **pouze 10 % z celkových výdajů na hlavní proud péče o ohrožené děti (viz graf 12).**

**Přestože jsou preventivní služby nákladově efektivnější (viz graf 9) a hlavně přinášejí lepší výsledky pro děti, rodiny a komunitu, většina (77 %) veřejných prostředků byla vynaložena na umístění v ústavní nebo pěstounské péči, která představují nejméně nákladově efektivní řešení.**

**Graf 12: Veřejné výdaje na různé složky hlavního proudu péče o ohrožené děti (péče o děti zpravidla bez zdravotního postižení nebo rizikového chování) v roce 2017 (v milionech Kč)*[112]**



* Veřejné výdaje na pěstounskou péči prezentované v grafu 12 jsou nižší než výdaje uvedené v grafu 11, protože nezahrnují pěstounskou péči o děti se zdravotním postižením, kterou neřadíme do hlavního segmentu péče, ale do segmentu zaměřeného na děti se zdravotním postižením. Nižší jsou taktéž zde uvedené výdaje na výkon SPOD, protože zde nezapočítáváme výdaje na práci kurátorů pro mládež, která spadá do segmentu zaměřeného na děti a mládež s rizikovým chováním.

- Největší část z veřejných výdajů v rámci hlavního proudu péče o ohrožené děti v roce 2017 byly vynaloženy na systém pěstounské péče. Z částky 3 miliardy 528 milionů Kč vyplacené na pěstounskou péči pro děti bez zdravotního postižení nicméně bylo podpořeno téměř 14 500 dětí.
- Naproti tomu za 2 miliardy 824 mil. Kč vynaložených na provoz ústavních zařízení v rámci hlavního proudu péče o ohrožené děti byla poskytována péče pouze 5 525 dětem.
- Preventivní služby v rámci hlavního proudu péče o ohrožené děti dokázaly z veřejných dotací ve výši 832 milionů Kč zajistit podporu v komunitě více než 18 000 dětem.[113]

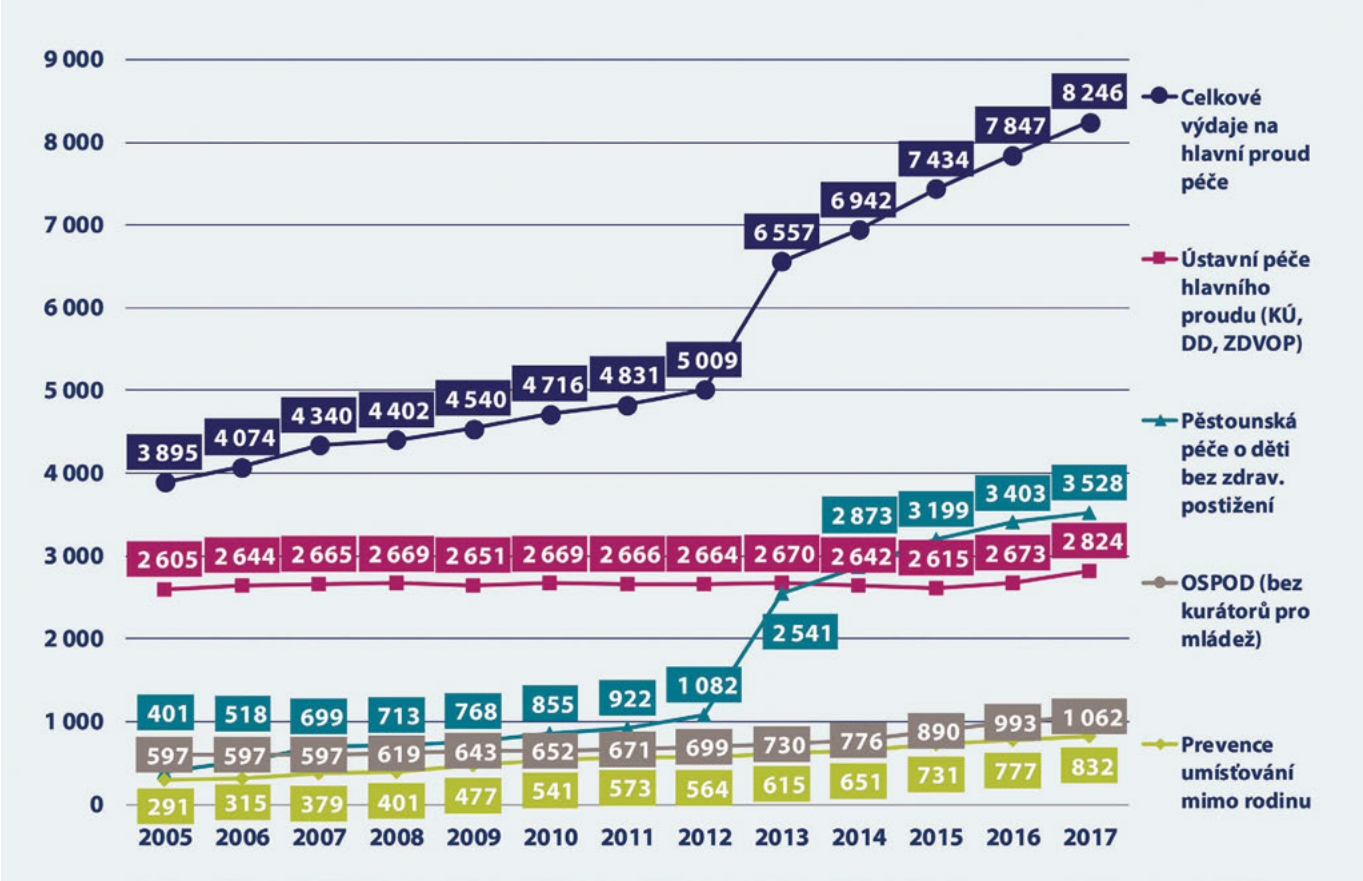
O přínosnosti nasměrování většího objemu veřejných zdrojů do segmentu preventivních komunitních služeb na úkor ústavní péče není pochyb. Pokud by Česká republika pokročila v procesu deinstitucionalizace a začala přesměrovávat prostředky z ústavní péče do komunitních služeb, mohl by být podpořen větší počet dětí a přineslo by to lepší vyhlídky pro mnoho dětí, rodin a komunit. Zároveň by došlo ke snížení dlouhodobých nákladů pro stát, které jsou spojené s pobytem dětí v ústavní péči a souvisí s vyšším rizikem bezdomovectví, opakování cyklu umísťování dětí do ústavní péče (děti opouštějící ústavní péči mají mnohdy samy děti, které opět skončí v ústavní péči) a dalšími riziky ústavní péče popsanými v kapitole 1. Zároveň by posílení systému komunitních služeb umožnilo snížení počtu dětí v pěstounské péči.

Vzhledem k tomu, že komunitní podpora rodiny formou SAS stojí 23 tisíc korun ročně na dítě (viz graf 9), je možné zajistit podporu pro 10 000 dětí (v přibližně 4 000 ohrožených rodin) za 233 milionů korun ročně. To je méně než 3 % stávajících veřejných výdajů na hlavní proud péče o ohrožené děti. Segment preventivních služeb je možné významně posílit navýšením stávajících výdajů na hlavní proud péče o jednotky procent. Uvolnění prostředků aktuálně vázaných v systému ústavní péče není nezbytným předpokladem pro rozvoj preventivních služeb. Navýšení veřejných dotací pro preventivní služby o částku pohybující se kolem 200–300 milionů korun je v možnostech státního rozpočtu, přičemž se jedná o investici s vysokou ekonomickou návratností. I kdyby nedošlo k významným úsporám ve výdajích na ústavní péči (protože ústavy zůstanou v provozu i s menším počtem dětí), lze předpokládat v krátkém horizontu úspory na pěstounské péči (viz následující kapitola).

## 5.5 Rostoucí veřejné výdaje na hlavní proud péče o ohrožené děti

Jak je vidět z grafu 13, mezi lety 2005 až 2017 významně vzrostl objem veřejných prostředků vynakládaných na hlavní proud péče o ohrožené děti, který se zaměřuje na děti zpravidla bez zdravotního postižení či rizikového chování. Nejvýznamnějším faktorem byl nárůst výdajů na systém pěstounské péče způsobený jak téměř zdvojnásobením počtu dětí v pěstounské péči, tak zvýšením odměn a příspěvků pro pěstouny. Výdaje na pěstounskou péči převýšily veřejné výdaje na ústavní péči hlavního proudu, je však důležité mít na paměti výše uvedenou skutečnost, že pěstounská péče stojí na jedno dítě méně než většina typů ústavní péče a v pěstounské péči je nyní již téměř třikrát více dětí než v ústavní péči hlavního proudu.

**Graf 13: Veřejné výdaje na hlavní proud péče o ohrožené děti (péče o děti zpravidla bez zdravotního postižení nebo rizikového chování) v letech 2005–2017 (v milionech Kč)**




Predikci veřejných výdajů hlavního proudu péče o ohrožené děti v následujících pěti letech zpracoval pro organizaci Lumos prof. Ing. Jan Pavel, Ph.D., profesor veřejných financí na Vysoké škole ekonomické v Praze.[114] K predikci byla použita data za roky 2005–2017.

Provedená ekonometrická analýza ukázala, že celkové výdaje na systém jsou nejvýznamněji ovlivněny celkovým počtem dětí v systému, podílem ústavní péče vzhledem k pěstounské péči a dopady novelizace Zákona o sociálně-právní ochraně dětí účinné od roku 2013.[115]

Predikce ukazuje, že pokud nedojde k významné reformě a budou pokračovat dosavadní trendy ve vývoji počtu dětí v kojeneckých ústavech, dětských domovech a pěstounské péči:

- Náklady pro stát se každoročně zvýší průměrně o 540 milionů Kč, celkové každoroční výdaje na fungování systému tak budou po pěti letech o 2 miliardy 701 milionů korun vyšší než v roce 2017 (viz graf 14).
- Veřejné výdaje tak budou v roce 2022 o 33 % vyšší než v roce 2017. Takové tempo růstu výdajů není dlouhodobě udržitelné.
- Komunitní podpůrné služby se mohou dostat do ohrožení, pokud se ministerstva budou snažit o úspory, neboť snížení výdajů na ústavní a pěstounskou péči je složitější než omezení dotací na preventivní služby.

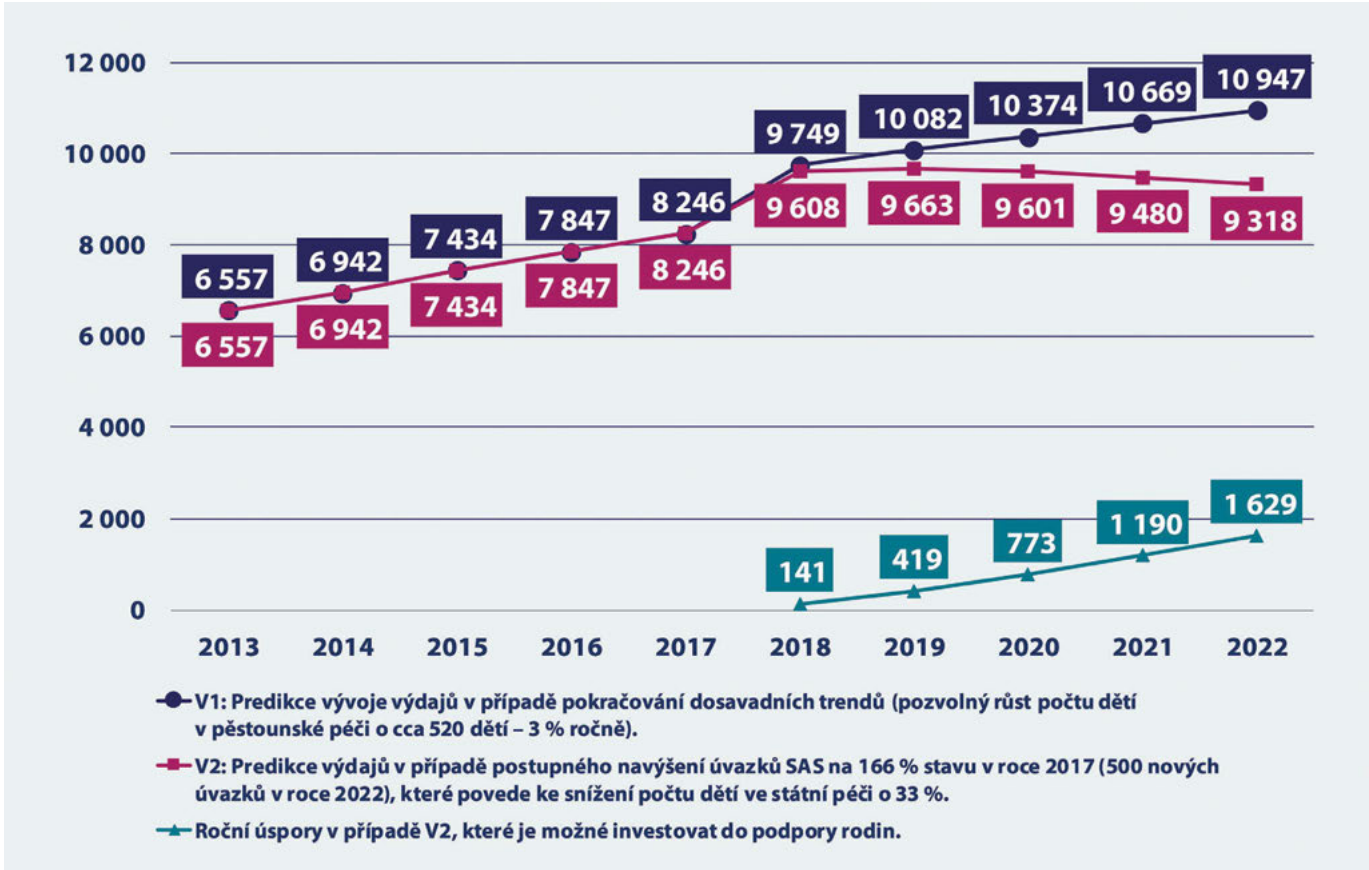
Transformace systému na systém, který je založen na komunitních službách, by umožnila podpořit více dětí a rodin ze stejného objemu finančních prostředků.

Vzhledem k tomu, že více než 50 % dětí je v rámci hlavního proudu péče o ohrožené děti umísťováno mimo rodinu kvůli obtížím v oblasti rodičovských kompetencí či kapacity, financí nebo neadekvátního bydlení – což jsou problémy, které lze řešit s odpovídající komunitní podporou (viz kapitola 6) – je pravděpodobné, že by se počet dětí ve státní péči snížil, pokud by byly posíleny služby podpory rodiny.

K odhadu budoucích nákladů systému, za předpokladu, že bude vyvíjeno úsilí o posílení komunitních služeb podpory rodin, bylo použito prediktivní modelování.[116]

- Pokud by počet sociálních pracovníků podpory rodiny vzrostl mezi lety 2017 a 2022 o 66 % (ze 760 na 1 262), je pravděpodobné, že by se počet dětí ve státní péči do roku 2022 snížil o 33 %.
- Roční veřejné výdaje by tak v roce 2022 byly o 1 miliardu 629 mil. Kč nižší než 10 miliard 947 mil. Kč predikovaných, pokud by nedošlo k žádným reformám. Tyto peníze by mohly být řadou různých způsobů investovány ve prospěch ohrožených dětí. Mezi ně patří mimo sociální práce s rodinou posílení inkluzivity školství, zlepšení dostupnosti vybraných zdravotnických služeb nebo podpora sociálního bydlení.

**Graf 14: Predikce veřejných výdajů na hlavní proud péče o ohrožené děti (péče o děti zpravidla bez zdravotního postižení nebo rizikového chování) (v mil. Kč)**



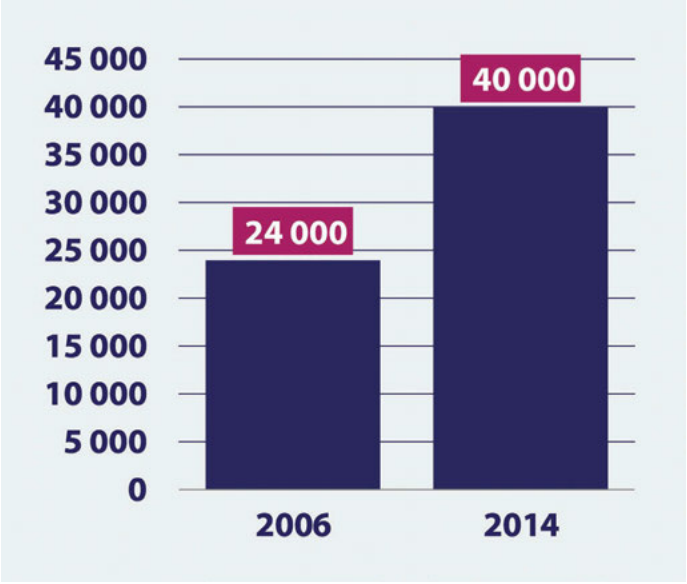
# 6 Co zvyšuje riziko rozdělování rodin

## 6.1 Chudoba a bydlení

Studie Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí zjistila, že v letech 2008 až 2013 došlo v České republice k nárůstu počtu rodin žijících v chudobě a podmínkách hmotné deprivace, tj. v situaci, kdy příjem rodiny nestačí k uspokojení základních potřeb. Rizikem chudoby a jejími dopady jsou obzvláště ohroženy rodiny s dětmi a zejména matky samoživitelky.[117]

Situace se zhoršuje. Velký výzkumný projekt uskutečněný v letech 2014–2015 pro MPSV zjistil, že v sociálně vyloučených lokalitách v České republice žije více než 110 000 lidí, z nichž 40 000 jsou děti do 15 let, ve srovnání s přibližně 24 000 dětmi v roce 2006. To znamená, že počet dětí vyrůstajících v sociálně vyloučených lokalitách v tomto období vzrostl z 16 na 25 dětí v přepočtu na 1 000 dětí v populaci. Odhaduje se, že 75–90 % dětí v sociálně vyloučených lokalitách je romských.[118]

**Graf 15: Odhadovaný počet dětí mladších 15 let, které vyrůstají v sociálně vyloučených lokalitách v České republice**




Ačkoli ne všechny rodiny žijící v sociálně vyloučených lokalitách potřebují podporu sociálních služeb v zajišťování potřeb dětí, řada z nich ano. Mnoho rodin bylo kvůli absenci alternativ nuceno přestěhovat se do ubytoven, závadných bytů a jiných typů neadekvátního bydlení.[119] Průzkum MPSV provedený v roce 2016 mezi úřady obcí s rozšířenou působností zjistil, že přibližně 119 000 lidí žije v nedostatečných nebo nejistých typech bydlení a 68 500 lidí je bez domova.[120, 121]

Uspokojit základní potřeby svých dětí je pro rodinu výzvou, obzvláště pokud všichni žijí v jedné místnosti na ubytovně a sdílejí koupelnu a kuchyň až s desítkami jiných rodin. Výzvou je i chránit zdraví svého dítěte v prostředí, kde se nemoci ve stísněných podmínkách snadno šíří, nebo zajistit jeho vzdělávání v případech, kdy školy nejsou dobře dostupné z lokality, kde rodina žije.[122]

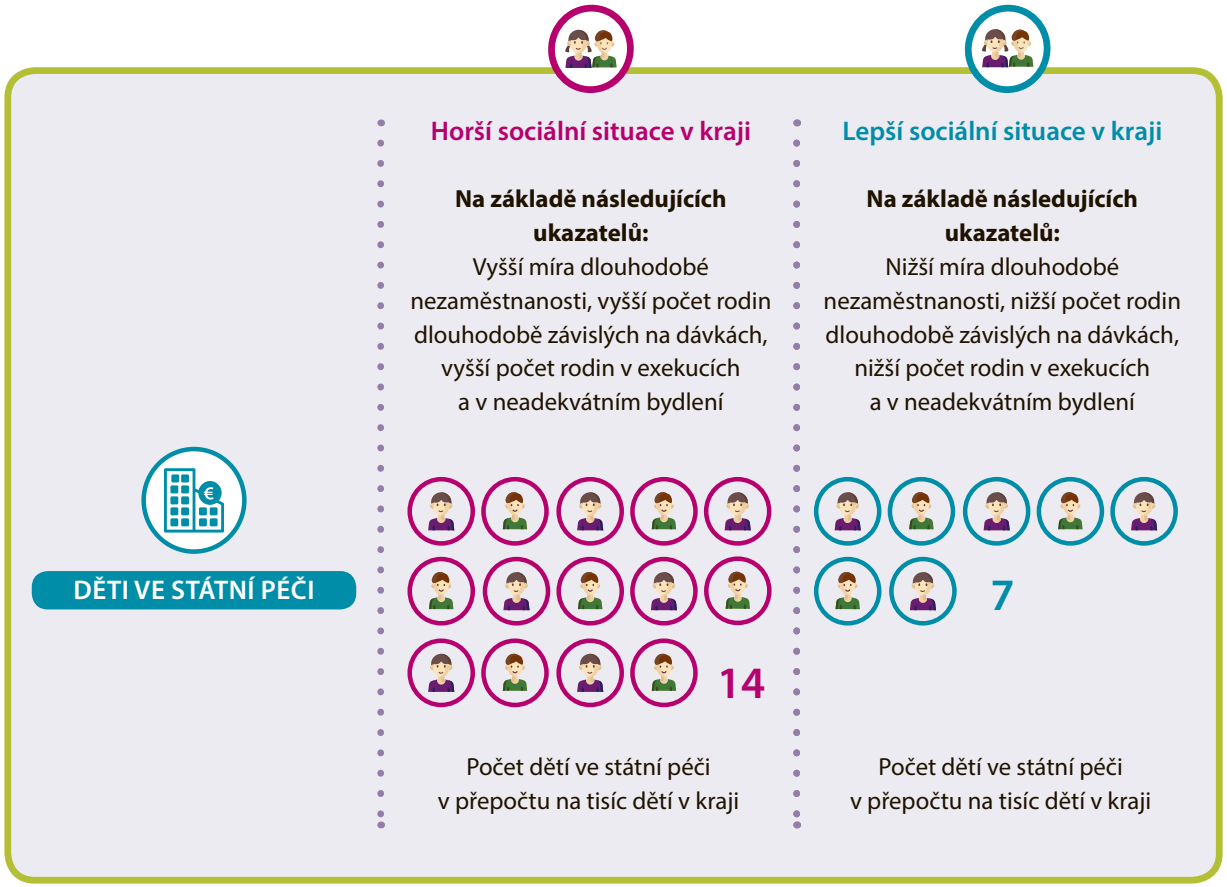
České právo již od roku 2013 zakazuje odebírání dětí z jejich rodin výhradně z důvodu neadekvátního bydlení. Zkušenosti z praxe i průzkumy organizace Lumos skutečně ukazují, že problémy s bydlením již nyní většinou nejsou uváděny jako jediný důvod, proč je dítě odebráno z rodiny. Obvykle jsou uvedeny další důvody, jako například zanedbávání dítěte (nenaplnění základních potřeb dítěte), které je často způsobeno nedostatečnými rodičovskými kompetencemi či kapacitou.[123]

Pokyny OSN o alternativní péči uvádějí, že děti by měly být odebírány z rodiny pouze, je-li to naprosto nezbytné a jako poslední možnost,[124] a Úmluva o právech dítěte jasně stanovuje, že rodiny by měly být podporovány v tom, aby se staraly o své děti.[125] I když je primární odpovědností rodičů vychovávat své děti, je odpovědností státu poskytnout jim k tomu nezbytnou podporu a oddělování dětí od jejich rodin především z důvodů dopadů chudoby a s ní spojených problémů představuje porušení těchto mezinárodních standardů a úmluv.

Přesto jsou rodiny, které žijí v sociálně vyloučených lokalitách a mají problémy s bydlením, stále vystaveny zvýšenému riziku odebrání dětí. Řada výzkumů z různých krajů České republiky poukázala na skutečnost, že chudoba, obtíže v oblasti bydlení a nedostatečná rodičovská kapacita, která s chudobou a neadekvátním bydlením úzce souvisí, protože dochází ke ztížení možnosti rodičů naplňovat potřeby dětí, jsou nejčastějšími důvody pro institucionalizaci dětí.[126]

V roce 2017 žilo v Ústeckém kraji, kde vyrůstá v sociálně vyloučených lokalitách více než 13 tisíc dětí ze 153 tisíc dětí v kraji (což je 8,5 %), v dětských domovech 730 dětí. Naproti tomu v Pardubickém kraji, kde vyrůstá v sociálně vyloučených lokalitách přibližně jen 700 z 94 tisíc dětí v kraji (což je 0,7 %), bylo v dětských domovech umístěno pouze 143 dětí.[127]

Zvláště přesvědčivým důkazem vztahu mezi chudobou a institucionalizací dětí je skutečnost, že míra institucionalizace je ve znevýhodněných regionech České republiky dvakrát vyšší než v regionech, které jsou na tom lépe.[128]

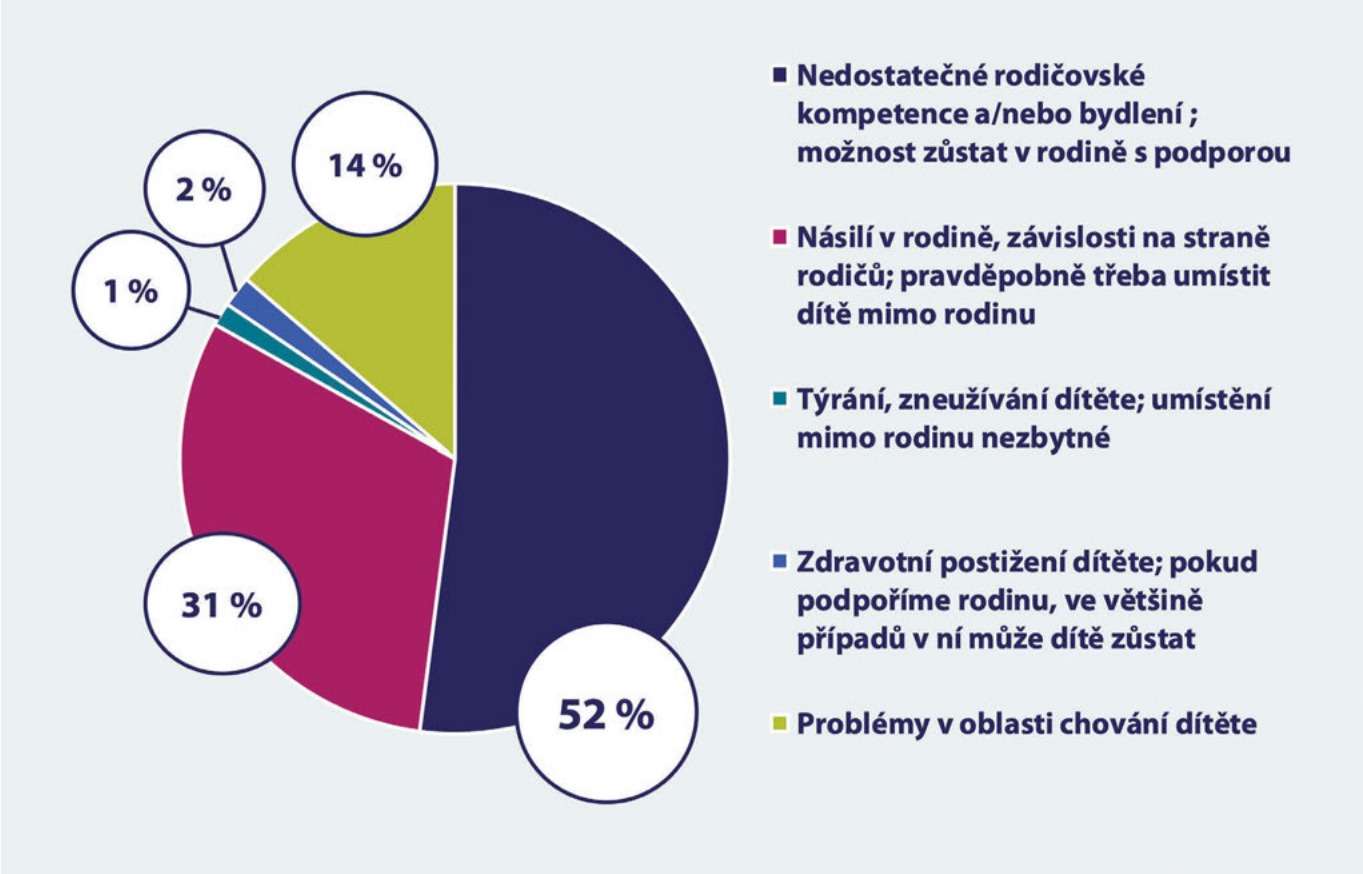


**V průměru:**

- 14 z 1 000 dětí žije v dětských domovech nebo pěstounské péči ve třech regionech s nejvyššími úrovněmi dlouhodobé nezaměstnanosti a nejvyšším počtem rodin, které po dobu 2 let pobíraly dávky pomoci v hmotné nouzi. Naproti tomu jen 7 z 1 000 dětí žije v těchto formách péče mimo domov ve třech regionech s nejnižší úrovní nezaměstnanosti[129] a závislosti na dávkách v hmotné nouzi.[130]
- 14 z 1 000 dětí žije v dětských domovech nebo pěstounské péči ve třech regionech s nejvyšším podílem osob žijících v neadekvátním nebo nejistém bydlení ve srovnání s 8 z 1 000 dětí ve třech regionech s nejnižším podílem osob žijících v neadekvátním nebo nejistém bydlení.[131]
- 13 z 1 000 dětí žije v dětských domovech nebo pěstounské péči ve třech regionech s nejvyšším počtem osob s neuhrazenými dluhy ve srovnání s 8 z 1 000 dětí ve třech regionech s nejnižší mírou nesplacených dluhů.[132]

Skutečnost, že v umísťování dětí do státní péče stále hrají svou roli sociální důvody, potvrzují i data o dětech přijatých do státní péče v Karlovarském kraji, jejichž analýzu Lumos provedl (viz graf 16).[133]

**Graf č. 16: Důvody pro pobytovou péči mimo domov v Karlovarském kraji***




* Údaje zahrnovaly 215 dětí, které byly soudy umístěny do ústavů nebo pěstounské péče v období od ledna 2013 do února 2017.

- Nejčastějšími důvody odebrání dětí od jejich rodin jsou: nedostatečné rodičovské kompetence či kapacita a obtíže v oblasti bydlení a s tím spojené nedostatky v naplňování základních potřeb dětí.[134] Vztah mezi těmito indikátory sociální zranitelnosti a rizikem odebrání dítěte z jeho rodiny byl statisticky silný a přesvědčivý.[135]
- Závažnější problémy, jako je zneužívání dětí nebo násilí v rodině, jsou mnohem méně časté.
- Více než polovina dětí byla umístěna do státní péče pouze ze sociálních důvodů (tj. kvůli nedostatečným rodičovským kompetencím a/nebo nedostatečnému bydlení). Mnoha z těchto umístění by tedy bývalo možné zabránit bez nutnosti poskytnutí specializovaných služeb, postačovala by služba podpory rodiny typu SAS.

**Potřeba funkčního systému sociálního bydlení**

Aby se zabránilo zbytečnému rozdělování rodin, je nezbytný rozvoj komplexního systému sociálního bydlení, který dokáže reagovat na měnící se potřeby regionů.

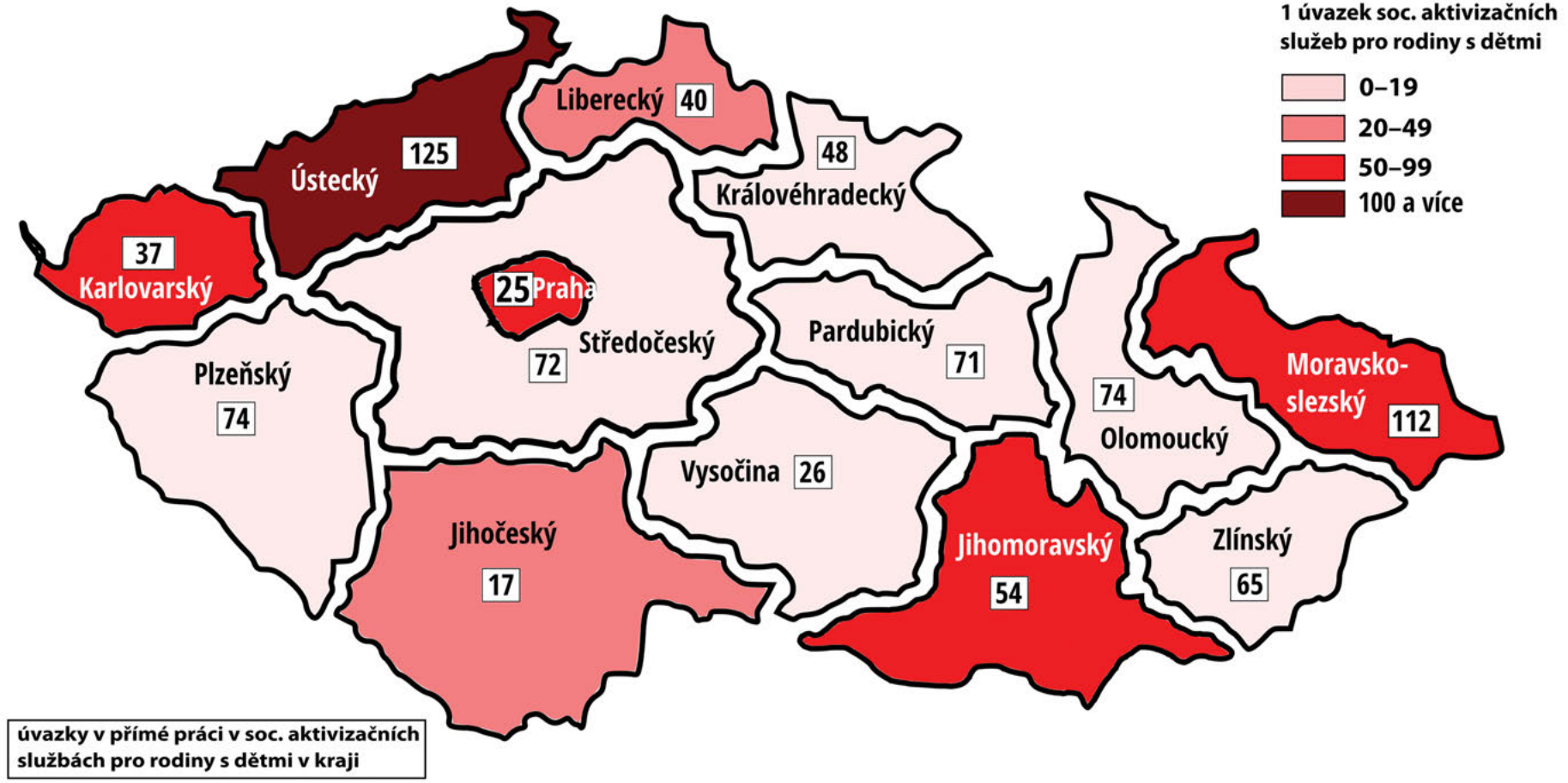
Návrh Zákona o sociálním bydlení[136] vypracovaný MPSV dával přednostní přístup k bydlení rodinám s dětmi, kterým hrozí, že děti budou umístěny mimo domov, a těm, jejichž děti již byly odebrány. Zákon se dostal do parlamentu na jaře roku 2017, ale nebyl přijat. Po parlamentních volbách na podzim roku 2017 nová vláda zákon úplně opustila a namísto MPSV pověřila vypracováním nového zákona o bydlení Ministerstvo pro místní rozvoj. Přijetí tohoto zákona by bylo prvním krokem k vytvoření tolik potřebného systému sociálního bydlení. Nicméně zůstává nejisté, zda nebo kdy by tento zákon mohl být přijat. Je nepravděpodobné, že to bude ještě před rokem 2020, protože nová vláda byla jmenována až v roce 2018 a legislativní proces v souvislosti s natolik komplexním (a kontroverzním) zákonem bude pravděpodobně trvat nejméně dva roky.

Pokud jde o podporu ohrožených rodin v oblasti bydlení, aktuálně funguje 100 azylových domů s celkem 3 453 lůžky, které poskytují nouzové bydlení rodinám v krizi. Zejména v některých krajích však není kapacita azylových domů dostatečná vzhledem k potřebám regionu (viz graf 17). Azylové domy navíc rodinám nenabízejí dlouhodobé řešení a zpravidla neumožňují společné bydlení otců s matkami a dětmi.

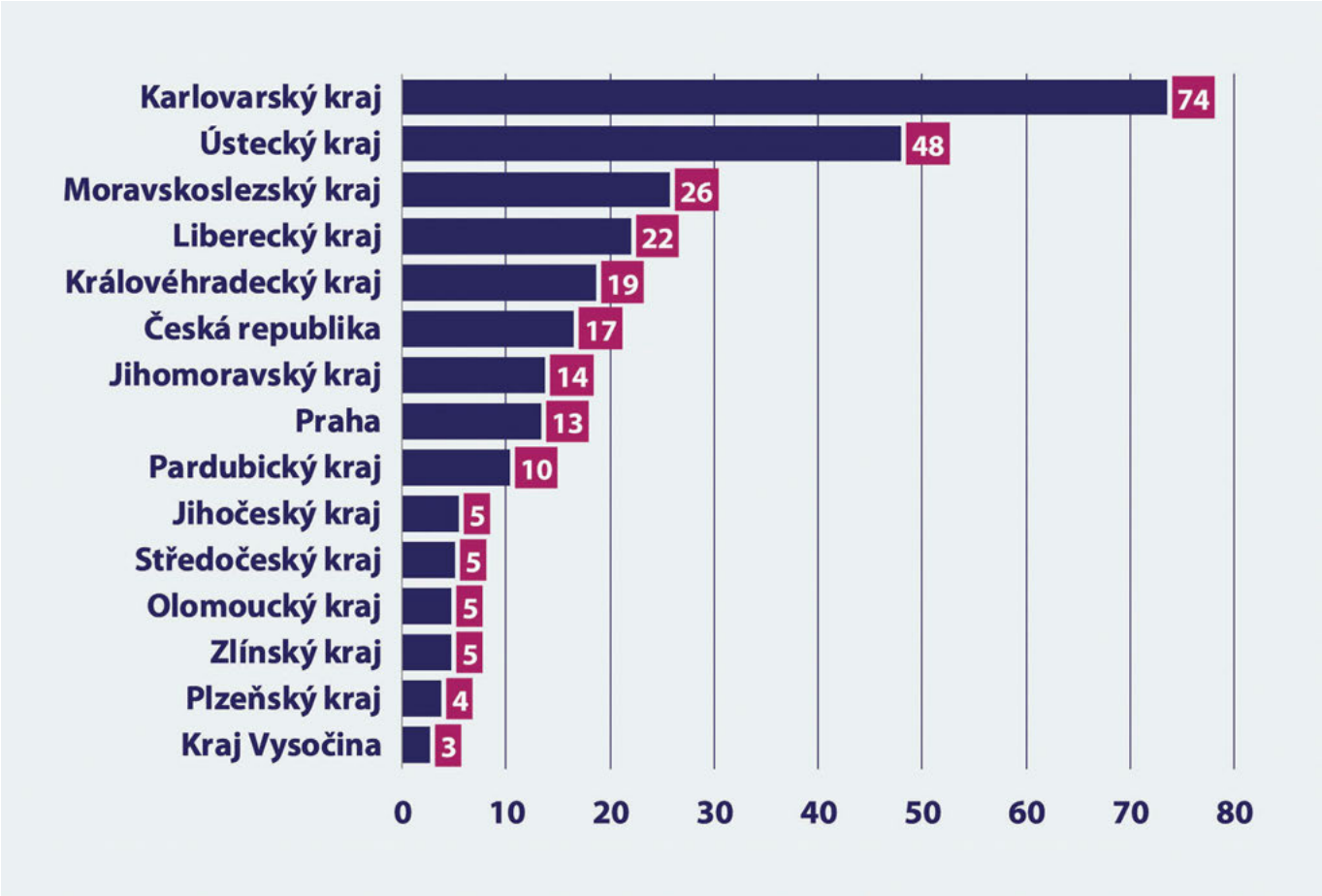
**Mapa č. 2**

## Personální kapacita sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi v krajích ČR

Výpočty Lumos na základě krajských sítí sociálních služeb pro rok 2018 a Analýzy soc. vyloučených lokalit MPSV z roku 2015



**Graf 17: Odhadovaný počet dětí žijících v sociálně vyloučených lokalitách na jedno lůžko v azylovém domu (výpočet Lumos)[137]**

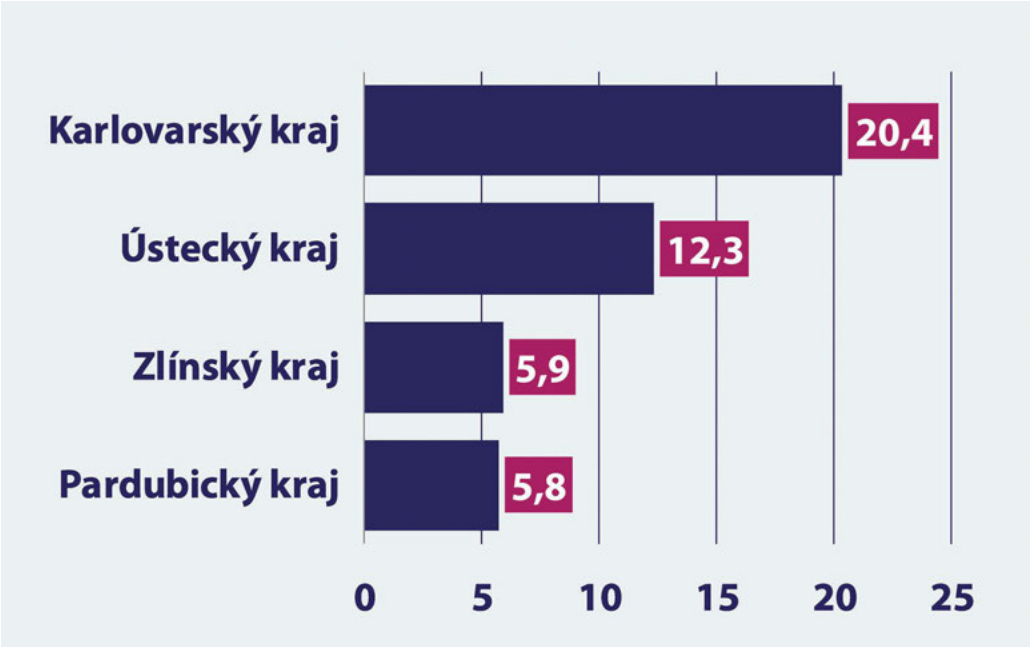



## Význam terénní sociální práce s rodinou při snižování institucionalizace ze sociálních důvodů

Jak bylo vysvětleno výše, nejvýznamnější službou, pokud jde o prevenci institucionalizace, je sociální služba SAS. Pracovníci podpory rodin, kteří v SAS působí, jsou zpravidla kvalifikovaní sociální pracovníci. Dobrá dostupnost a dostatečné kapacity SAS jsou důležitým předpokladem pro snižování počtu dětí umístěných do státní péče. Z dat zveřejněných o základních sítích sociálních služeb jednotlivých krajů pro rok 2018 lze spočítat, že v celé České republice působí v přímé práci v SAS 837 pracovníků podpory rodiny.[138] Neexistují žádná data, na základě kterých bychom mohli získat přesnou představu o tom, zda jsou kapacity SAS dostatečné vzhledem k potřebám komunit. Můžeme však získat přibližnou představu na základě dat o počtech dětí vyrůstajících v sociálně vyloučených lokalitách. Ne všechny děti vyrůstající v sociálně vyloučených lokalitách žijí v rodinách, které potřebují podporu SAS, na druhou stranu však řada rodin, které podporu SAS potřebují, žije mimo sociálně vyloučené lokality. Vzhledem k tomu, že v sociálně vyloučených lokalitách žije přibližně 40 000 dětí, znamená to, že na jednoho pracovníka v přímé práci v SAS připadá minimálně 46 ohrožených dětí. Mezi jednotlivými kraji ČR nicméně panují velmi výrazné rozdíly, jak je vidět z mapy č. 2.

Jak je patrné z grafu 18, výrazně méně dětí je institucionalizováno v krajích s lepší dostupností podpory rodiny (jako jsou Pardubický či Zlínský kraj) než v krajích, kde je horší sociální situace a horší dostupnost podpůrných služeb (jako jsou Karlovarský nebo Ústecký kraj) (viz graf 16). I když korelace nutně neznamená příčinnou souvislost, je zřejmé, že dostupnost podpůrných služeb může hrát důležitou roli v prevenci odebírání dětí z rodin.

**Graf 18: Počet dětí přijatých do dětských domovů v kraji v přepočtu na 10 000 dětí ve věku 3–18 let v kraji v roce 2017**




Jeden pracovník podpory rodin (v SAS) může pracovat s maximálně 10 rodinami zároveň. Počty dětí připadajících na jednoho pracovníka v mnoha krajích ČR, zejména v Ústeckém[139] či Karlovarském, jsou velmi pravděpodobně výrazně vyšší. Řada rodin tedy nemůže být adekvátně podpořena.

Jeden z významných důvodů, proč síť podpory rodinám není v některých oblastech České republiky dostatečná, spočívá v tom, že sítě sociálních služeb byly budovány primárně na základě nabídky poskytovatelů v lokalitách spíše než potřebnosti území (poptávky ze strany kraje po poskytování služby v kapacitě dle potřebnosti jednotlivých lokalit). V územích, kde nepřišly žádné organizace nebo málo organizací s nabídkou poskytování služeb, tak nemusely služby vzniknout vůbec nebo v nedostatečné kapacitě. To vysvětluje, proč služby podpory rodinám bojují s uspokojením poptávky v regionech s velkým počtem ohrožených rodin. Na tento problém poukázali i poskytovatelé služeb a pracovníci odborů sociálně-právní ochrany dětí.

## 6.2 Smlouvy mezi rodiči a ústavními zařízeními

V České republice je možné umístit děti do kojeneckých ústavů zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) a domovů pro osoby se zdravotním postižením na základě smlouvy mezi rodičem a institucí bez jakéhokoli zapojení orgánů sociálně-právní ochrany dětí nebo soudů. V roce 2018 pobývalo na základě takové smlouvy 23 % dětí v kojeneckých ústavech a 38 % dětí v domovech pro děti se zdravotním postižením.[140]

Možnost uzavřít smlouvu o umístění dítěte do ústavu bez zapojení orgánů sociálně-právní ochrany dětí ochuzuje rodiče o příležitost dozvědět se hned na počátku o alternativních možnostech a o tom, jaké druhy podpory jim mohou být poskytnuty, aby si mohli své dítě nechat doma. Někdy je smlouva podepsána rovnou v porodnici, což ne vždy rodičům nabízí prostor zvážit a prozkoumat možné alternativy.

Z paragrafu 971 Občanského zákoníku a z paragrafu 13a Zákona o sociálně-právní ochraně dětí je zřejmé, že podpora rodiny by měla být první alternativou, následovanou pěstounskou péčí, přičemž ústavy mají být až poslední řešení v krajních případech. Existence smluvních pobytů v ústavní péči umožňuje, aby byl zcela obejit řádný proces ochrany dětí, obejity orgány ochrany dětí a soudy. Děti tak mohou být přijímány do ústavů, i když místo toho mohly zůstat ve svých rodinách nebo se mohly dostat do náhradní rodiny, aniž by proběhl řádný proces ochrany dětí.

Vzhledem k tomu, že k umístění dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu je zapotřebí rozhodnutí soudu, uzavření smlouvy zákonného zástupce s ústavem může být paradoxně snadnější cestou k odebrání dítěte z biologické rodiny a zdánlivé řešení situace.

Využívání smluvních pobytů v kojeneckých ústavech částečně vysvětluje, proč nárůst počtu krátkodobých pěstounů nevedl v některých regionech k většímu poklesu počtu dětí v kojeneckých ústavech.

## 6.3 Nedostatečná koordinace mezi resorty

Různé aspekty systému služeb pro ohrožené děti a rodiny jsou řízeny různými ministerstvy:

- Nejvýznamnější část služeb komunitní podpory rodiny je provozována v sektoru sociálních věcí a síť těchto služeb je plánována a rozvíjena sociálními odbory krajských úřadů.
- Kojenecké ústavy spadají do působnosti resortu zdravotnictví a spravovány jsou zdravotnickými odbory krajských úřadů.
- Dětské domovy spadají do působnosti resortu školství a jsou spravovány školskými odbory krajských úřadů.

Nedostatečná koordinace mezi resorty spolu s roztříštěnou organizací a řízením systému brání dalšímu rozvoji a růstu systému služeb, který brání další institucionalizaci. Zabraňuje také převodu finančních prostředků z ústavní péče ve prospěch komunitních služeb.

Efektivní koordinace resortů zdravotnictví, školství a sociálního resortu by umožnila:

- Vyčlenění a postupné převedení zdrojů na ústavní péči mezi různé resorty tak, aby podporovaly rozvoj komunitních služeb. Například většina veřejných prostředků pro dětské domovy pochází z Ministerstva školství. Pokud v tuto chvíli kraj sníží počet míst v dětských domovech, dojde k úsporám v rámci rozpočtu Ministerstva školství a ušetřené peníze nelze převést do rozpočtu sociálních věcí, který financuje komunitní služby.
- Lépe koordinovaný proces převodu, v němž se prostředky, které byly vyčleněny, neztratí, respektive nepřevedou do jiné oblasti. Vzhledem k posilování a rozvoji komunitních služeb podpory rodiny a pěstounské péče je pravděpodobné, že bude odpovídajícím způsobem snížena potřeba ústavních pobytů, a nakonec bude možné ústavy uzavřít. Dobrá koordinace mezi zúčastněnými resorty pomůže zajistit převod prostředků z ústavů na nový systém poskytující alternativní a komunitní péči (včetně malých pobytových služeb). To znamená, že celkový objem peněz investovaných do ohrožených dětí se nezmění, ale spíše bude vynakládán efektivněji, čímž pomůže většímu počtu dětí a dosáhne lepších výsledků.

# Závěry

Mnoho výzkumů prováděných po celém světě v posledních 80 letech ukázalo, že institucionalizace působí dětem významnou újmu a že může mít celoživotní fyzické a psychické následky. Zejména nejmenší děti se v důsledku nedostatku individuální interakce s rodiči nevyvíjejí tak, jak by měly, a byl prokázán významný dopad institucionalizace na raný rozvoj mozku.
Riziko bezdomovectví je u mladých lidí opouštějících ústavní péči výrazně vyšší než u dětí odcházejících z pěstounské péče. Tito mladí lidé mají ve škole horší výsledky než děti, které vyrůstají v rodině, častěji páchají trestnou činnost nebo se živí prostitucí.

## Stoupá počet dětí ve státní péči.
## Hlavní příčinou je nedostatečná podpora rodin v komunitě.

1. Česká republika si zaslouží ocenit za pokrok, jehož doposud v deinstitucionalizaci dosáhla. Díky rozvoji komunitních služeb a zavedení příspěvku na péči pro rodiče pečující o děti se zdravotním postižením došlo k významnému snížení počtu dětí se zdravotním postižením nově přijímaných do ústavní péče. Počet dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením tak od roku 2009 klesl na polovinu a zbývá jich v DOZP méně než 500. To dokazuje, že výrazné omezení institucionalizace dětí je možné i v České republice. Dále díky novele Zákona o sociálně-právní ochraně dětí, rozsáhlému vzdělávání pracovníků, rozvoji nástrojů sociální práce, metodik a zavedení kontrolních systémů došlo k zlepšení kvality práce orgánů sociálně-právní ochrany dětí.

2. Tempo změn v hlavním proudu péče o ohrožené děti, který zajišťuje péči o děti zpravidla bez zdravotního postižení či rizikového chování, zůstává pomalé. V roce 2017 byl počet dětí vyrůstajících v dětských domovech v přepočtu na 1 000 dětí v populaci stejný jako před patnácti lety. Celkový počet dětí žijících v dětských domovech a dlouhodobé pěstounské péči se od roku 2007 zvýšil o 63 %, v roce 2017 se jednalo o více než 18 000 dětí.

3. Jedním z hlavních důvodů nárůstu počtu dětí ve státní péči je nedostatek investic do komunitních služeb, které by v mnoha případech mohly zabránit odebírání dětí z rodin. I když byly tyto služby posíleny, tempo změn neodpovídá rostoucím potřebám komunit, zejména s ohledem na nárůst počtu dětí vyrůstajících v sociálně vyloučených lokalitách, kde jich aktuálně vyrůstá více než 40 tisíc. Sociální vyloučení a s ním spojené problémy v oblasti bydlení jsou klíčovými hnacími prvky rozdělování rodin.

4. V regionech, kde je komunitní podpora rodiny lépe dostupná, je počet dětí, které jsou přijímány do ústavní péče, nižší než v oblastech s horší dostupností těchto služeb. V současné době panují značné rozdíly v dostupnosti služeb mezi jednotlivými kraji ČR a kvůli nedostatečným kapacitám v některých oblastech dochází ke zbytečnému oddělování dětí od jejich rodin.

5. Mezi další překážky pokroku patří nedostatečná spolupráce mezi některými orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli komunitních služeb, spojená s nedostatečným povědomím pracovníků sociálně-právní ochrany dětí o dostupných službách. Kromě toho vyhodnocení vypracovávaná sociálními pracovníky někdy nevedou k rozhodnutím, která jsou v nejlepším zájmu dítěte. Podrobnější výzkum těchto a dalších překážek by umožnil pokračovat v rozvoji politiky založené na důkazech, která by byla schopna lépe reagovat na potřeby ohrožených dětí a jejich rodin.

6. Je znepokojující, že 23 % dětí v kojeneckých ústavech a 38 % dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením v těchto zařízeních pobývá na základě smlouvy mezi rodiči a institucí, aniž by byly nutně zapojeny orgány sociálně-právní ochrany dětí. Existence tohoto typu smluv umožňuje obcházet řádný proces ochrany dětí a umístit dítě do ústavu bez toho, aby tomu předcházelo nabídnutí podpory rodin nebo pokus najít pro dítě náhradní rodinu.

7. Mezinárodní úmluvy uznávají, že ústavní instituce mají na děti negativní dopady a porušují základní lidská práva dětí. Přesto existují doklady o tom, že v České republice byly finanční prostředky EU kromě podpory deinstitucionalizace použity i na renovaci ústavních institucí. Používání finančních prostředků ESIF na výstavbu a údržbu institucí je nyní již zakázáno.

## Prevence odebrání dítěte z rodiny formou podpory rodiny v komunitě je mnohem levnější než ústavní či pěstounská péče.

8. Ústavní zařízení jsou velmi drahá a vzhledem ke špatným výsledkům a životním šancím dětí, které je opouštějí, představují nízkou hodnotu za vynaložené peníze. Kojenecké ústavy jsou nejdražší formou péče mimo domov. Stojí stát v průměru 892 tisíc Kč ročně na jedno dítě. Nákladná je i péče poskytovaná dětskými domovy, stojí stát v průměru 448 tisíc Kč ročně na jedno dítě.

9. Novela Zákona o sociálně-právní ochraně dětí v roce 2013 vedla k výraznému posílení systému pěstounské péče. Vysoce kvalitní pěstounská péče je klíčovou alternativou ústavní péče. V případě České republiky se nicméně nabízí otázka, zda je umístění do pěstounské péče nezbytné v tolika případech a zda by některé z nich nebylo možné řešit podporou rodiny. Pěstounská péče by měla být použita, pokud děti skutečně nemohou zůstat s biologickými rodinami, i když je k dispozici odpovídající podpora. Pěstounská péče je také nákladnější než podpora rodiny v komunitě. Veřejné výdaje na pobyt jednoho dítěte v dlouhodobé pěstounské péči by stačily na podporu 14 dětí žijících v biologické rodině v komunitě (formou SAS).

10. Důkazy předložené v této zprávě ukazují, že služby podpory rodin v komunitě nabízejí mnohem lepší hodnotu za peníze než jakákoli péče mimo domov. Za stejný objem prostředků je možné podpořit více dětí i rodin. V komunitě by bylo možné s penězi vynaloženými na jedno dítě v kojeneckém ústavu podpořit 38 dětí a 19 dětí s penězi vynaloženými na pobyt jednoho dítěte v dětském domově.

11. Ústavy jsou finančně neefektivní. Prostředky, které jsou v současné době vynakládány na neobsazená místa v dětských domovech, by mohly být použity na podporu 10 000 dětí v komunitě. I když snížení obsazenosti ústavní péče bude po přechodnou dobu nezbytnou a nevyhnutelnou součástí procesu deinstitucionalizace, hrazení drahých neobsazených lůžek je z dlouhodobého hlediska ztrátou peněz, které by bylo možné lépe vynaložit na podporu dětí a rodin v komunitě.

12. Vůli ke změně snižuje neochota „zmařit" finanční investice realizované v rámci ústavní péče, zejména investice do budov ústavů. Toto je myšlení, které vede k udržování stávajícího systému a které musí být překonáno. Hlavním kritériem pro organizaci péče musí být potřeby dětí.

13. Finanční prostředky vynaložené na ústavní péči by se měly začít přesměrovávat na financování komunitní podpory pro větší počet dětí a rodin. Bez toho může být reforma považována za příliš nákladnou, což by mohlo ohrozit pokrok. Skutečnost, že na ústavní péči o děti je každoročně z veřejných zdrojů vynakládáno zhruba 4 miliardy 448 mil. Kč, představuje skutečnou příležitost k reformě, protože značná část peněz potřebných na posílení prevence zbytečného oddělování dětí od jejich rodin je již v systému.

14. K dnešnímu dni nedošlo v oblasti deinstitucionalizace k účinné koordinaci resortu zdravotnictví, školství a sociálního resortu, které by umožnila takové přesměrování finančních prostředků ve prospěch komunitních služeb.
15. Investice do komunitní péče by měly být pro Českou republiku prioritou. Bez nich se náklady na systém péče o ohrožené děti budou i nadále zvyšovat. Veřejné výdaje na hlavní proud péče o ohrožené děti, který zajišťuje péči o děti zpravidla bez zdravotního postižení či rizikového chování, vzrostou bez investic do prevence do roku 2022 na 10 miliard 947 milionů Kč. Není dlouhodobě udržitelné provozovat dva paralelní systémy, kdy ústavy fungují vedle alternativní a komunitní péče. Navíc zde existuje riziko, že až budou vlády hledat možné úspory v oblasti péče o ohrožené děti, mohou být na prvním místě sníženy výdaje na komunitní služby. Tato analýza prokázala, že je finančně mnohem výhodnější upřednostňovat alternativní a komunitní služby a investovat právě do nich než se snažit o zachování systému založeného zejména na poskytování ústavní péče.

# Doporučení

## Doporučení pro vládu

1. Přestat financovat rekonstrukce a úpravy ústavů, s výjimkou mimořádných nebo výjimečných situací. Vypracovat a provést plán, který všechna zbývající zařízení ústavní péče nahradí rodinnými a komunitními službami (včetně malých pobytových služeb), a v souladu s pokyny EU řádně vyřešit otázku dalšího nakládání s budovami.
2. Podniknout kroky k tomu, aby se zabránilo rozdělování rodin. Ty by měly zahrnovat rozvoj komunitních služeb tak, aby děti a rodiny získaly přístup k podpoře, kterou v rámci komunity potřebují, a zajistit existenci dostačujících alternativních služeb k ústavům v případech, kdy je nezbytné umístění mimo domov, jako je pěstounská péče a malé pobytové služby. Je třeba se zavázat k rozvoji a podpoře zdravotnických služeb a škol, které budou inkluzivní a přístupné všem včetně dětí se zdravotním postižením.
3. Zajistit, aby byly individuální potřeby každého dítěte v průběhu celého procesu reformy posuzovány a upřednostněny a aby byl jejich vývoj sledován a přezkoumáván.
4. Vyčlenit prostředky, které se v současné době vynakládají na ústavy, reinvestovat je do komunitních služeb pro rodiny. Zajistit, aby počet služeb a pracovníků podpory rodinám odpovídal potřebám každého regionu.
5. Zvážit, jak reorganizovat systém financování péče tak, aby vytvářel silnější pobídky pro kraje a obce více investovat do prevence.
6. Zajistit efektivní a účinnou koordinaci resortu zdravotnictví, školství a sociálního resortu ve vztahu k deinstitucionalizaci.
7. Zajistit, aby všechny děti žijící v domovech pro osoby se zdravotním postižením byly na prvním místě v procesu deinstitucionalizace a byly jim nabídnuty vhodné alternativy dle jejich individuálních potřeb, jako je návrat do jejich vlastních rodin, vyhledání pěstounské rodiny nebo přemístění do malé pobytové služby.
8. Znemožnit přijímání dětí do kojeneckých ústavů a domovů pro osoby se zdravotním postižením na základě smlouvy uzavřené mezi rodičem a institucí a zajistit, aby při rozhodování o odloučení dítěte od jeho biologické rodiny vždy probíhal řádný proces ochrany dětí (včetně zapojení orgánů sociálně-právní ochrany dětí a soudů).
9. Co nejdříve přijmout komplexní zákon o sociálním bydlení a zajistit jeho implementaci tak, aby nedostatečné bydlení přestalo být jedním z hlavních důvodů rozdělování rodin.
10. Poskytovat občanské společnosti technickou podporu a budování kapacit formou vzdělávacích programů a dostupných informačních kampaní a materiálů, aby se občané mohli plně zapojit do navrhování, provádění, monitorování a hodnocení operačních programů evropských strukturálních a investičních fondů (ESFI), jakož i na přípravě zpráv o pokroku v souladu s Evropským kodexem chování pro partnerskou spolupráci v rámci evropských strukturálních a investičních fondů.
11. Provádět dobře financovanou komunikační strategii na národní úrovni na podporu lepšího pochopení otázek souvisejících s deinstitucionalizací, vytvářet silnější hlas pro reformu na všech úrovních a podněcovat změnu způsobu, kterým je tato problematika dosud řešena.

## Doporučení pro evropské dárce

1. Evropská komise (EK) by měla v České republice zajistit implementaci podmíněnosti ex ante 9.1 v nařízení č. 1303/2013, které podporuje sociální začlenění a upřednostňuje investice do přechodu od institucionálních ke komunitním službám. To nevyhnutelně znamená, že ESIF nesmí být používány pro údržbu, rekonstrukci nebo výstavbu rezidenčních zařízení.

2. EK by měla zajistit, aby byl při vypracovávání smluv ESIF s vládami zahrnut závazek vlády vyčlenit a opětovně investovat úspory, kterých se dosáhlo snížením využívání ústavních zařízení financovaných státem. Úspory by měly být reinvestovány do komunitních zdravotních a sociálních služeb, které brání rozdělování rodin a do inkluzivního vzdělávání pro děti se zdravotním postižením.

3. Je-li proces deinstitucionalizace financován pomocí podpory ESIF, měly by být státy povinny provádět regulační reformu svých mechanismů financování tak, aby lépe podporovaly služby pro děti a braly v potaz osvědčené mezinárodní postupy. To by mělo zajistit, že financování poskytovaných služeb bude založeno na individuálních potřebách každého dítěte.

4. Část podpory z ESIF by měla být nasměrována k zajištění toho, že reformy budou řádně vyhodnocovány a budou brány v potaz výsledky v oblasti zdraví, vývoje a kvality života dětí a mladých lidí dotčených procesem deinstitucionalizace.

5. Programy deinstitucionalizace financované ESIF by měly vždy obsahovat cílenou komunikaci a strategii zvyšování povědomí, které budou plánované reformy ovlivňovat. Komunikační strategie by se měly zaměřit na pozitivní ovlivňování postojů zúčastněných stran a široké veřejnosti vůči dětem se zdravotním postižením a dalším skupinám zastoupeným v ústavech, jako jsou například romské děti.

6. Při procesu deinstitucionalizace bývá v mnoha zemích běžnou chybou zaměřit se na poskytování alternativních služeb péče, jako je pěstounská péče a malé pobytové služby, na úkor jiné komunitní podpory, která by umožnila mnoha dětem zůstat v jejich biologické rodině. Programy deinstitucionalizace financované z prostředků ESIF by měly zajistit, aby se společně s alternativními službami péče vyvíjely komunitní služby, které zabraňují odloučení dětí od jejich rodin a podporují opětovné začlenění institucionalizovaných dětí. Při vypracovávání plánů by země měly být informovány o přijímaných osvědčených postupech a společných otázkách, jimž proces deinstitucionalizace čelí.

7. Právní předpisy, kterými se řídí používání ESIF, by měly být výslovně použity i na jiné evropské financování, zejména na financování z grantů Islandu, Lichtenštejnska a Norska. Dárci by měli zajistit, že budou dodržovat pokyny EU týkající se používání ESIF a že jejich financování bude sloužit k podpoře přechodu na komunitní a rodinnou podporu, a nikoliv na prodloužení života ústavních institucí.

8. EK by měla zajistit, aby vlády plně respektovaly Evropský kodex chování pro partnerskou spolupráci, jednaly v souladu s ním a zajistily účinné a smysluplné zapojení občanské společnosti do všech fází návrhu, provádění, monitorování a hodnocení operačních zpráv ESIF a zpráv o pokroku.

## Doporučení pro všechny dárce

1. Zajistit, aby současné ani budoucí finanční prostředky nepřispívaly k institucionalizaci dětí.
2. Investovat více do kvalitní podpory dětí a rodin a upřednostňovat komunitní podporu a rozvoj alternativ k ústavním zařízením.
3. Zajistit, aby se financování a podpora zaměřovaly na všechny děti, včetně dětí se zdravotním postižením.
4. Vypracovat vnitřní politiky a předpisy, které omezí využívání finančních prostředků na opravy a výstavbu ústavních institucí, namísto investování do přechodu z ústavních na komunitní služby.
5. Vytvořit sdílené dárcovské zásady a doporučené postupy ve vztahu k financování služeb pro ohrožené děti a rodiny. Ty by měly vycházet ze zavedených postupů a systémů, které vedou k nejlepším výsledkům pro děti a k co nejefektivnějšímu využití investovaných prostředků.

## Slovníček pojmů

**Ústavy**
Ústavy, ústavní zařízení, nejsou ani tak vymezeny svou velikostí, jako spíš základní vlastností, „ústavní, institucionální kulturou" (jako například odosobněním, rigiditou rutiny, skupinovým přístupem a sociální izolací). Lidé v ústavní péči nemají adekvátní kontrolu nad svým životem a rozhodnutími, která mají dopad na jejich život, potřeby organizace mají přednost před potřebami jednotlivců. Velikost však může být ukazatelem, protože čím větší je ústavní zařízení, tím menší má šanci zaručit individuální služby přizpůsobené potřebám každého dítěte, stejně jako jejich účast a začlenění do komunity.

**Kojenecké ústavy**
Kojenecké ústavy v ČR (správně dětské domovy pro děti do tří let nebo dětská centra) jsou určeny především dětem do tří let. Zřizovatelem jsou krajské úřady, jsou financovány Ministerstvem zdravotnictví a pracuje v nich především zdravotnický personál. Děti mohou být v kojeneckých ústavech umísťovány na základě soudního příkazu nebo na základě přímé smlouvy mezi rodiči a institucí bez jakéhokoli zapojení odboru sociálně-právní ochrany dětí nebo soudů.

**Dětské domovy**
Jedná se o instituce určené primárně pro ohrožené děti bez postižení od věku tří let. Jejich zřizovateli jsou nejčastěji krajské úřady a financovány jsou z rozpočtu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Děti mohou být umístěny do dětských domovů pouze na základě soudního příkazu.

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením**
Jedná se o sociální službu vymezenou Zákonem o sociálních službách. Tyto domovy poskytují pobytovou péči jak dospělým, tak dětem (zpravidla od 3 let věku) se zdravotním postižením. Poskytovaná pobytová péče má zpravidla charakter ústavní péče, v menší míře je taktéž poskytována v prostředí, které má charakter malé pobytové služby, jako jsou domy s malou kapacitou míst a byty.

**Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)**
Pobytová služba, která poskytuje dočasné ubytování dětem v případě nouze nebo krize. Jsou financovány Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) a pracují v nich pečovatelé. Děti mohou být umístěny do ZDVOP na základě soudního příkazu a také na základě smlouvy mezi rodiči a zařízením bez jakéhokoli zapojení odborů sociálně-právní ochrany dětí nebo soudů.

**Malá pobytová služba**
Malá pobytová služba (SGH) je služba poskytující pobytovou péči. V ideálním případě se jedná o velmi individualizované služby pro čtyři až šest dětí, které jsou integrovány do komunity (obyčejný dům, byt v běžné zástavbě) a jsou v dostatečném počtu zajištěny vysoce kvalifikovaným personálem.

**Pěstounská péče na přechodnou dobu**
Je poskytována dočasně, aby děti mohly žít v rodinném prostředí před rozhodnutím o dlouhodobém nebo trvalém umístění (v osvojení, pěstounských nebo biologických rodinách). Česká legislativa stanovuje maximální délku pobytu na jeden rok. Registrovaní pěstouni na přechodnou dobu jsou placeni, ať už mají dítě v péči, či nikoliv, aby bylo zajištěno, že péči mohou vykonávat jako své hlavní zaměstnání a že mohou kdykoli přijmout dítě do péče. Stejně jako dlouhodobí pěstouni procházejí výběrem a přípravou.

**Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi**
Jedná se o sociální službu vymezenou v Zákoně o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Tyto služby poskytují poradenství, pomoc s rodičovskými dovednostmi, pomoc při řešení bydlení, pomoc se školní docházkou, spojení se specializovanými službami a další relevantní činnosti sociální podpory, které mohou pomoci udržet rodiny pohromadě.

**Nápravná zařízení/instituce**
Souhrnný termín používaný pro označení dětských domovů se školou a diagnostických a výchovných ústavů. Jde o zařízení pro děti obvykle ve věku od 12 let, které vykazují znaky rizikového chování, mají opakované problémy s nepravidelnou školní docházkou, dostaly se do rozporu se zákonem nebo užívají drogy. Jen menší část dětí v nápravných zařízeních se dopustila závažného zločinu.

**MPSV**
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Je mimo jiné odpovědné za sociální dávky, zaměstnání a sociální služby, sociálně-právní ochranu dětí a náhradní rodinnou péči.

**Náklady**
Pojem náklady se používá k označení celkových nákladů na poskytování přímých služeb, nezahrnuje dlouhodobé náklady pro společnost. Skutečné náklady mohou být vyšší než částky získané z veřejných prostředků, protože poskytovatelé služeb mohou získat finanční prostředky také ze soukromého sektoru či prodeje služeb.

**Veřejné financování / náklady pro stát / veřejné výdaje**
Tyto pojmy (které se ve zprávě zaměnitelně používají) označují všechny finanční toky od orgánů ústřední, regionální i místní správy, které slouží k financování služeb. Ústavy dostávají finanční prostředky ze státního i regionálních rozpočtů.

**ESIF, též fondy ESI**
Evropské strukturální a investiční fondy. Zahrnuje pět různých fondů, z nichž v České republice jsou nejvýznamnější Evropský fond pro regionální rozvoj a Evropský sociální fond.

# Přílohy

## Příloha 1: Děti se zdravotním postižením či chronickým onemocněním v kojeneckých ústavech

Kojenecké ústavy někdy bývají prezentovány jako zařízení, v nichž významnou část klientů tvoří děti se zdravotním postižením či speciálními zdravotními potřebami. Část veřejnosti často předpokládá, že se jedná o děti, které pro přežití vyžadují 24hodinovou zdravotní péči. Pouze 20 z 1 657 propuštěných dětí bylo v roce 2016 přemístěno z kojeneckých ústavů do domovů pro osoby se zdravotním postižením, tedy v těchto 20 případech můžeme předpokládat nějakou míru zdravotního postižení.[141] Zbytek byl propuštěn převážně do svých biologických nebo do náhradních rodin. Je tedy zřejmé, že 24hodinová zdravotní péče v těchto případech není nutná. Ostatně ani děti přemístěné do DOZP takovou péči nemají. DOZP jsou totiž zařízení v působnosti sociálního resortu.

Děti se zdravotním postižením starší jednoho roku mají na základě posouzení posudkového lékaře nárok na příspěvek na péči. Příspěvek na péči byl pobírán nebo o něj byla podána žádost, v případě 15 ze 185 dětí (tedy 8 %), které pobývaly v kojeneckých ústavech v Pardubickém kraji v letech 2013 a 2014.[142] Z toho vyplývá, že 9 z 10 dětí v těchto ústavech pravděpodobně nemá zdravotní postižení. V České republice jsou ve skutečnosti pouze dva kojenecké ústavy, kde děti se zdravotním postižením tvoří většinu z klientů (pobytové péče): zařízení Lila v Jihomoravském kraji a Dětské centrum Strančice.

Jak bylo popsáno v kapitole 2, více než 4 000 (92 %) dětí, které pobírají příspěvek na péči pro nejvyšší IV. stupeň závislosti (což indikuje přítomnost nejzávažnějších forem zdravotního postižení), vyrůstá v rodině. To opět dokazuje, že většina dětí se zdravotním postižením nepotřebuje umístění v pobytové péči.

Průzkum realizovaný Lumosem v roce 2013[143] potvrdil, že velmi málo dětí pobývajících v kojeneckých ústavech má tak závažné zdravotní potřeby, že není možné, aby se o ně mohly s adekvátní podporou postarat jejich biologické nebo náhradní rodiny. Ukázalo se, že část dětí umístěných v pěstounské péči na přechodnou dobu má podobné potřeby v oblasti zdravotní péče či rehabilitace jako některé děti v kojeneckých ústavech. Pěstouni na přechodnou dobu se například starají o děti s abstinenčními příznaky způsobenými závislostním chováním matky nebo s dětmi cvičí Vojtovou metodou.[144] Jenom několik procent dětí v kojeneckých ústavech potřebuje zdravotní péči, která zahrnuje využívání zdravotnických přístrojů (jako odsávačku nebo tracheostomii), které se běžně nevyužívají v domácím prostředí. Jenom 10 z 286 dětí (3,5 %) umístěných do kojeneckých ústavů v Pardubickém kraji potřebovalo tento typ léčby.[145]

V roce 2016 celkem 14 dětí umístěných v kojeneckých ústavech v ČR kvůli svému zdravotnímu stavu zemřelo (většina z nich byla před smrtí převezena do nemocnice).[146] Je třeba posílit paliativní péči o děti v České republice, jejími poskytovateli však nemusí být kojenecké ústavy. V České republice je několik tisíc dětí s nevyléčitelným onemocněním a česká společnost pro paliativní medicínu na prvním místě podporuje poskytování podpory rodinám, aby děti mohly prožít své poslední dny v domácím prostředí.[147]

# Příloha 2: Zdroje dat a metodologie: kalkulace nákladů na jedno dítě v případě různých typů služeb

## Služby pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením

V roce 2017 byly vynaloženy 2 miliardy 499 milionů korun na příspěvky na péči o 30 700 dětí se zdravotním postižením. Z toho bylo přibližně 54 milionů (2 %) využito na příspěvky na péči o děti umístěné v domovech pro osoby se zdravotním postižením.[148] To znamená, že 98 % z uvedených 2 miliard 499 milionů korun bylo využito na podporu biologických nebo náhradních rodin dětí. Nejsou k dispozici žádná data o tom, jaká část rodin pobírajících příspěvek na péči jej využívá na úhrady za sociální služby, dle informací z terénu v případě většiny rodin příspěvek umožňuje, aby mohla matka či jiná pečující osoba zůstat doma a starat se o dítě.

Výpočet nákladnosti komunitních služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením ztěžuje řada skutečností:

- Většinu z 280 komunitních služeb pro rodiny s dětmi s postižením poskytují organizace, které souběžně poskytují řadu dalších služeb. Vzhledem k tomu, že zpravidla nezveřejňují finanční data za jednotlivé služby, není možné zjistit nákladnost jednotlivých typů služeb. Pouze pro 20 služeb platí, že jde o jedinou sociální službu poskytovatele. Avšak finanční data byla dostupná pouze pro 7 z těchto 20 služeb, protože v případě zbývajících 13 služeb byla poskytována sociální služba souběžně s jinými službami jako například škola (viz tabulku níže).

| Druh služby | Počet registrovaných služeb pro děti i dospělé se zdravotním postižením | Počet služeb poskytovaných samostatně | Počet služeb, pro které byla dostupná finanční data |
|---|---|---|---|
| **Denní stacionář** | 90 | 6 | 4 |
| **Týdenní stacionář** | 29 | 2 | 0 |
| **Odlehčovací služby** | 54 | 1 | 1 |
| **Osobní asistence** | 107 | 11 | 2 |
| **Celkem** | 280 | 20 | 7 |

- Pro šest ze sedmi služeb, pro které byla k dispozici finanční data, platí, že poskytují služby jak dětem, tak dospělým se zdravotním postižením (v případě denních stacionářů jsou zpravidla děti a dospělí v jiných odděleních). Přesná data o podílu dětských a dospělých klientů nebyla k dispozici, z výročních zpráv poskytovatelů je však zřejmé, že významnou část klientů těchto služeb představovali dospělí. To ztěžuje výpočet nákladů na dítě, což platí obzvláště pro denní stacionáře, kde zpravidla dospělí klienti pobývají celý den, zatímco děti je navštěvují většinou až odpoledne po škole.
- Většina klientů služby osobní asistence zahrnutých do analýzy byli senioři, kteří v mnoha případech potřebují méně intenzivní podporu než lidé se zdravotním postižením. Spočítané průměrné náklady na jednoho klienta tedy budou pravděpodobně nižší, než jaké by vyšly v případě služeb poskytovaných pouze lidem se zdravotním postižením.

- Mezi sedmi analyzovanými službami panovaly velké rozdíly v podílech nákladů na služby, které byly kryty z veřejných zdrojů (od 19 % do 89 %).[149] Z toho důvodu nebyly kalkulovány veřejné výdaje na jedno dítě, jelikož z dat nelze vyvozovat žádné obecné závěry o veřejných výdajích na tento typ služeb. Bylo možné provést pouze srovnání veřejných výdajů na ranou péči a pěstounskou a ústavní péči o děti se zdravotním postižením.

Náklady na klienta prezentované v následující tabulce je třeba chápat jako odhady. Vyjma výše uvedených limitů platí, že lze těžko prokázat, že následující služby představují reprezentativní vzorek.

| Druh služby | Zřizovatel | Název poskytovatele | Cílová skupina | Veřejné dotace (tis. Kč) | Celkové náklady (tis. Kč) | % nákladů kryté z veřejných zdrojů | Počet uživatelů služby | Roční náklady na 1 uživatele (tis. Kč) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Denní stacionář | Obec | Dětské centrum Semily | Děti se zdravotním postižením | 2 673 | 3 494 | 77 % | 16 | 218 |
| Denní stacionář | Obec | Integrační centrum Zahrada | Děti a dospělí se závažným zdravotním postižením | 11 433 | 15 394 | 74 % | 38 | 405 |
| Denní stacionář | Obec | Zdislava | Děti a dospělí se zdravotním postižením | 4 639 | 5 223 | 89 % | 23 | 227 |
| Denní stacionář | NNO | Jasněnka | Děti a dospělí se zdravotním postižením | 3 133 | 5 174 | 61 % | 35 | 148 |
| Odlehčovací služby | NNO | DAR | Děti a dospělí se zdravotním postižením | 120 | 628 | 19 % | 15 pro pravidelné víkendové pobyty a 21 pro týdenní letní pobyt | 17 (1,34 na 1 víkend, 5,36 na týdenní pobyt) |
| Osobní asistence | NNO | Agentura osobní asistenční služby | Senioři a děti a dospělí se zdravotním postižením | 3 293 | 5 059 | 65 % | 64 | 79 |
| Osobní asistence | NNO | Hewer | Senioři a děti a dospělí se zdravotním postižením | 33 900 | 60 779 | 56 % | 1 126 | 54 (250 Kč na hodinu) |

## Kojenecké ústavy

Veřejné výdaje na jedno dítě byly vypočítány na základě finančních dat dostupných v aplikaci Monitor státní pokladny provozované Ministerstvem financí.[150] Z 26 kojeneckých ústavů bylo do analýzy zahrnuto 16 (které poskytují péči 69 % ze všech dětí v kojeneckých ústavech). Celkem jich 12 bylo vyloučeno z analýzy, protože souběžně s ústavní péčí poskytují řadu dalších (mnohdy nepobytových) služeb, přičemž nejsou k dispozici data o tom, jaká část z veřejných prostředků alokovaných těmto institucím je využita pouze na ústavní péči. Vzhledem k tomu, že do analýzy byly zahrnuty téměř dvě třetiny kojeneckých ústavů, je možné zjištěné veřejné výdaje na jedno dítě považovat za vypovídající.
Počet dětí využívajících pobytovou péči poskytovanou kojeneckými ústavy vychází ze zjišťování Lumosu založeného na zaslání žádosti podle Zákona o svobodném přístupu k informacím č. 106/1999 o poskytnutí informací jednotlivým zařízením na počátku roku 2018. To bylo nezbytné vzhledem k tomu, že v oficiálních statistikách publikovaných Ústavem pro zdravotnické informace a statistiky jsou zahrnuty i děti využívající nepobytové služby, a tudíž tyto údaje nemohou být využity pro výpočet nákladů na pobytovou péči o jedno dítě.

## Dětské domovy

Lůžková kapacita a počet evidovaných dětí v dětských domovech byly převzaty z Rejstříku škol a Databáze ústavní výchovy, které provozuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.[151] V Databázi je k dispozici jak evidenční, tak skutečný počet dětí (některé děti jsou v evidenci domova, ale jsou například momentálně na návštěvě u svých rodičů). Pro výpočet veřejných výdajů na dítě byl použit evidenční počet dětí.

Finanční data byla převzata z Monitoru státní pokladny za rok 2017. Vzhledem k tomu, že 39 ze 142 dětských domovů funguje v rámci jednoho právního subjektu zároveň jako dětský domov a základní škola či jiné školské zařízení, veřejné výdaje (pouze na péči poskytovanou dětským domovem) nebyla za tato zařízení k dispozici. Do analýzy tedy bylo zahrnuto zbývajících 103 dětských domovů.

## Komunitní podpora rodiny

Výpočty nákladů na komunitní podporu rodiny vycházely z údajů od 23 poskytovatelů sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi z deseti krajů ČR. Data o nákladech 21 poskytovatelů z 9 krajů byla získána od MPSV. Podrobné údaje jak o nákladech služby, tak počtech podpořených rodin a dětí byla získána od dvou poskytovatelů (organizace Amalthea z Pardubického kraje a pobočky společnosti Člověk v tísni v Karlových Varech). Z nich se ukázalo, že jeden pracovník v přímé práci v průměru poskytuje v jeden okamžik podporu 10 rodinám, přičemž v každé podpořené rodině je v průměru 2,4 dítěte. V jeden okamžik tak jeden pracovník v přímé práci zajišťoval podporu pro 24 dětí. Na základě předpokladu, že počet rodin a dětí podpořených jedním pracovníkem bude obdobný v případě všech 23 služeb, bylo možné spočítat průměrné roční náklady na podporu jedné rodiny a jednoho dítěte.

Zvolený přístup umožnil kalkulaci nákladů na jedno dítě na základě dat od poměrně velkého vzorku poskytovatelů působících napříč ČR. Je nicméně možné, že počet rodin a dětí, které v jeden okamžik podporuje jeden pracovník v přímé práci, se může mezi službami lišit, což může ovlivnit náklady na dítě.

# Příloha 3: Zdroje dat a metodologie: kalkulace celkových veřejných výdajů na různé typy služeb pro ohrožené děti

## A. Zařízení ústavní péče

**Dětské domovy**

Celkové veřejné výdaje na péči zajišťovanou dětskými domovy byly kalkulovány jako násobek celkové lůžkové kapacity dětských domovů v ČR a průměrných veřejných výdajů na jedno lůžko 103 dětských domovů, které fungují pouze jako dětský domov. Celkové veřejné výdaje v letech 2015, 2016 a 2017 byly spočítány na základě průměrných výdajů na jedno lůžko v jednotlivých letech. Veřejné výdaje v letech 2005 až 2014 byly spočítány na základě veřejných výdajů na lůžko v roce 2015.

Pokud by se veřejné výdaje na jedno lůžko v případě 39 dětských domovů, za která nebyla k dispozici data, lišila od průměru 103 zahrnutých dětských domovů, pak by se prezentované celkové výdaje na provoz dětských domovů lišily od výdajů skutečných. Avšak vzhledem k tomu, že průměrné náklady na lůžko byly spočítány na základě dat za většinu (72 %) dětských domovů, riziko, že se budou skutečné celkové výdaje na dětské domovy významně lišit od výdajů prezentovaných, není příliš vysoké.

Po vzoru výše uvedené Analýzy pro MPSV byl do výdajů na ústavní péči zahrnut odhad veřejných výdajů na zajištění inspekcí školských zařízení ústavní výchovy. Byla zahrnuta částka uvedená v Analýze pro MPSV. V této analýze jsou odhadnuty pouze výdaje na inspekce v roce 2016, pro ostatní roky jsme zahrnuli stejnou částku na základě předpokladu, že výdaje na inspekce se meziročně výrazně nemění. Výdaje na inspekce školských zařízení nicméně představují pouze 12 milionů korun ročně, což je 0,3 % z výdajů na ústavní péči a 0,15 % z celkových výdajů na systém péče o ohrožené děti. Jakákoli nepřesnost v odhadu výdajů na inspekce tak může jen zcela minimálně snížit přesnost odhadu celkových výdajů na ústavní péči či systém jako celek.

**Kojenecké ústavy**

Celkové veřejné výdaje na provoz kojeneckých ústavů v letech 2010 až 2017 byly spočítány na základě dat dostupných v Monitoru státní pokladny. Vzhledem k tomu, že Monitor neobsahuje data za roky 2005 až 2009, byly pro tyto roky použity výdaje v roce 2010. Do celkových výdajů na provoz kojeneckých ústavů byly zahrnuty výdaje na ZDVOP při kojeneckých ústavech.

Aby bylo zohledněno, že některé kojenecké ústavy poskytují další služby vyjma ústavní péče o děti, byl od celkových výdajů na provoz kojeneckých ústavů odečten odhad výdajů na nepobytové služby.

- Dle zjištění Lumos využívalo 108 dětí služby (denních) stacionářů provozovaných kojeneckými ústavy. Při výdajích na jedno místo 300 tisíc Kč ročně lze odhadnout roční výdaje na provoz stacionářů při kojeneckých ústavech na 32,4 milionu Kč, což je částka, která byla odečtena od celkových výdajů na provoz kojeneckých ústavů.
- Dalších 7,5 milionu Kč bylo odečteno s cílem zohlednit skutečnost, že 50 dětí využívalo služeb jeslí při kojeneckých ústavech s odhadovanými náklady ve výši 150 tisíc Kč ročně. Tento odpočet byl proveden pouze pro roky 2014 až 2017, protože bylo předpokládáno, že kojenecké ústavy začaly s provozem jeslí až v reakci na úbytek dětí v ústavní péči v důsledku rozvoje pěstounské péče na přechodnou dobu.

Zvolený přístup umožnil získat odhad celkových veřejných výdajů na ústavní péči poskytovanou kojeneckými ústavy. Výdaje na jiné služby než ústavní péči jsou pouze odhadem, spočítané výdaje na ústavní péči zajišťovanou kojeneckými ústavy tak nemusí být zcela přesné. Riziko, že budou skutečné výdaje na ústavní péči zajišťovanou kojeneckými ústavy významně odlišné od vypočítaných výdajů, však není příliš vysoké, protože neústavní služby stále představují malou část z činnosti kojeneckých ústavů a tudíž jakákoli nepřesnost v odhadu výdajů na neústavní služby nemůže způsobit významnou nepřesnost v kalkulaci výdajů na ústavní péči.

**Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – ZDVOP (provozovaná mimo kojenecké ústavy)**
Veřejné výdaje na provoz ZDVOP, která fungují mimo kojenecké ústavy, v letech 2016 a 2017 byly získány od krajských úřadů na základě žádosti o poskytnutí informací. Údaje za rok 2015 byly poskytnuty MPSV. Za roky 2007 až 2014 bylo MPSV schopné poskytnout pouze informaci o celkových výdajích na provoz všech ZDVOP, pro tyto roky byl odhad veřejných výdajů na ZDVOP mimo kojenecké ústavy spočítán na základě předpokladu, že podíl těchto ZDVOP na celkových výdajích na ZDVOP byl v těchto letech stejný jako v roce 2017 (70 %).

**Nápravné instituce**
Veřejné výdaje na provoz nápravných institucí zahrnují výdaje na diagnostické ústavy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy. Zároveň byly zahrnuty výdaje na inspekční činnost v těchto zařízeních, jak je popsáno výše v části věnované dětským domovům.

Veřejné výdaje na provoz nápravných institucí jsou prezentovány v Analýze financování systému péče o ohrožené děti v České republice zpracované pro MPSV (dále Analýza pro MPSV). Většina z nápravných institucí nicméně funguje jako více školských zařízení v rámci jednoho právního subjektu. Jde zpravidla současně o zařízení ústavní péče sloučené s přidruženou základní nebo střední školou, k většině diagnostických ústavů je přidruženo středisko výchovné péče poskytující také nepobytové služby. Uvedená analýza neprezentuje výdaje za jednotlivé druhy školských zařízení fungujících v rámci jednoho subjektu. Z toho důvodu byly provedeny následující kalkulace s cílem odhadnout veřejné výdaje na samotnou ústavní péči zajišťovanou nápravnými institucemi bez dalších služeb jako vzdělávání:

- Byly identifikovány tři výchovné ústavy, k nimž není přidruženo žádné další školské zařízení, a byly spočítány průměrné roční veřejné výdaje na 1 lůžko v jejich případě (činily 603 561 Kč). Získané průměrné výdaje na 1 lůžko byly vynásobeny počtem lůžek ve výchovných ústavech v ČR.
- Byl identifikován jeden diagnostický ústav, k němuž není přidruženo žádné další školské zařízení, a veřejné výdaje na 1 lůžko tohoto ústavu byly využity pro výpočet celkových výdajů na pobytovou péči zajišťovanou diagnostickými ústavy v ČR.
- Vzhledem k tomu, že všechny dětské domovy se školou ze své podstaty poskytují vzdělávání spolu s ústavní péčí, stejný postup nemohl být použit v jejich případě. Z toho důvodu byly celkové veřejné výdaje na pobytovou péči zajišťovanou dětskými domovy se školou odhadnuty na základě výdajů na 1 lůžko ve výchovném ústavu.

Zvolený přístup umožnil získat odhad výdajů na pobytovou péči zajišťovanou nápravnými institucemi. Do výdajů na ústavní péči o ohrožené děti tak nebyly započítány výdaje na provoz škol při ústavech. Vzhledem k tomu, že výpočty byly založeny na předpokladech, které nemusí zcela platit, a data byla dostupná pouze pro malý počet nápravných institucí, skutečné výdaje na pobytovou péči zajišťovanou institucemi mohou být odlišné. Lze nicméně předpokládat, že rozdíl mezi odhadnutými a skutečnými výdaji nebude velký, protože nápravné instituce jsou zřizované a financované přímo Ministerstvem školství, dotace na jedno lůžko tedy budou u všech zařízení podobné. Veřejné výdaje na 1 lůžko v případě institucí, za které nebyla k dispozici data, by se tedy neměly výrazně lišit od výdajů institucí zahrnutých do analýzy.

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením – DOZP**
Veřejné výdaje na péči o 411 dětí pobývajících v DOZP byly spočítány na základě výdajů na jedno dítě (jak byly prezentovány v této zprávě). Výdaje na dítě byly očištěny od příspěvků na péči, které pobírají děti v DOZP, jelikož nejde o dodatečný náklad na ústavní péči o děti s postižením vzhledem k tomu, že příspěvek na péči je ve stejné výši vyplácen, i když je dítě ve své nebo v náhradní rodině.

Přesnost odhadu veřejných výdajů na péči o děti v DOZP může částečně snížit skutečnost, že výdaje na jedno lůžko jsou založeny na datech z omezeného počtu institucí, a také to, že 56 z 411 dětí v DOZP bylo v malé pobytové službě při DOZP, jejíž náklady na dítě mohou být odlišné od ústavní péče.

## B. Pěstounská péče

Prezentované výdaje na pěstounskou péči zahrnují veškeré veřejné výdaje spojené s provozem systému pěstounské péče, tedy výdaje na odměny i příspěvky pěstounů i výdaje na přípravu a doprovázení a vzdělávání pěstounů.

Odhad výdajů na přípravy pěstounů byl spočítán na základě dat prezentovaných v Analýze pro MPSV[152] a počtu žadatelů o pěstounskou péči v jednotlivých letech.

Veškerá další data byla získána na základě žádosti od Generálního ředitelství Úřadu práce ČR. Po vzoru Analýzy pro MPSV bylo od příspěvků vyplácených úřady práce na potřeby dítěte odečteno soudem vyměřené výživné uhrazené státu zákonnými zástupci dětí v pěstounské péči. V roce 2016 činily příjmy z výživného 100 milionů 240 tisíc Kč. Tato částka byla použita pro výpočet průměrného vybraného výživného na 1 dítě v pěstounské péči, který pak posloužil pro výpočet vybraného výživného v letech 2005 až 2015 a 2017 na základě předpokladu, že průměrné výživné na jedno dítě se mezi lety neměnilo.

Výhodou zvoleného přístupu je to, že vyjma výdajů na přípravy pěstounů byla ostatní data obdržena od veřejných úřadů. Výdaje na přípravy pěstounů jsou založeny na odhadech, což představuje omezení, avšak tyto výdaje představovaly pouze přibližně 0,4 % z celkových výdajů na systém pěstounské péče. Jakákoli nepřesnost v odhadech výdajů na přípravy pěstounů tedy může mít pouze zanedbatelný vliv na přesnost celkových výdajů systémů pěstounské péče.

## C. Výdaje na sociálně-právní ochranu dětí vykonávanou veřejnoprávními subjekty

Mezi veřejné výdaje v této oblasti byly zahrnuty jak výdaje na výkon SPOD úřady obcí s rozšířenou působností, tak výdaje dalších úrovní veřejné správy a dalších veřejnoprávních subjektů zapojených do SPOD jako Úřadu pro mezinárodně právní ochranu dětí či Kanceláře veřejné ochránkyně práv. Výdaje všech výše uvedených subjektů vyjma úřadů obcí s rozšířenou působností byly převzaty z Analýzy pro MPSV.[153] Do výpočtů byly zahrnuty výdaje těchto subjektů v roce 2016 i pro roky 2005 až 2015 a 2017 na základě předpokladu, že v těchto letech byly stejné jako v roce 2016.

Veřejné výdaje na výkon SPOD úřady obcí s rozšířenou působností, které představují nejvýznamnější veřejnou instituci v ochraně dětí zodpovědnou za case management a které v roce 2017 představovaly přibližně 91 % ze všech výdajů v oblasti veřejnoprávní ochrany dětí, byly obdrženy na základě žádosti od MPSV a Ministerstva financí.

Dále byl započítán odhad výdajů na inspekční činnost v oblasti SPOD prezentovaný v Analýze pro MPSV, kde byly prezentovány výdaje na inspekce v oblasti SPOD v roce 2016.[154] Předpokládali jsme, že výdaje na inspekce v roce 2017 byly stejné jako v roce 2016, a to 8 milionů 100 tisíc Kč, a že výdaje v roce 2015 činily 50 % výdajů, vzhledem k tomu, že inspekční systém byl spuštěn v průběhu roku 2015.

Silnou stránkou výdajů prezentovaných v této zprávě na výkon SPOD veřejnoprávními subjekty je skutečnost, že výdaje na výkon SPOD úřady obcí s rozšířenou působností byly získány od MPSV a jsou přesné. Omezením je to, že údaje o výdajích na výkon SPOD dalšími subjekty jsou převážně založeny na odhadech a byly k dispozici pouze za rok 2016. Skutečné celkové výdaje na výkon SPOD veřejnoprávními subjekty by se nicméně neměly významně lišit od výdajů prezentovaných v této zprávě vzhledem k tomu, že veškeré výdaje mimo výkon SPOD úřady obcí s rozšířenou působností představují méně než 10 % výdajů v této oblasti.

## D. Služby prevence v případě ohrožených dětí bez zdravotního postižení či rizikového chování (v rámci hlavního proudu péče o ohrožené děti)

Odhad veřejných výdajů na preventivní služby v případě dětí bez zdravotního postižení či rizikového chování představuje velkou výzvu. Na druhou stranu, jednoznačně přímý vztah k prevenci zbytečného odebírání dětí z rodin mají dva typy služeb: sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS), které poskytují podporu ohroženým rodinám v jejich domácnostech, a azylové domovy, které poskytují azyl rodinám v bytové krizi. Oficiální údaje o celkových veřejných výdajích těchto dvou služeb nejsou k dispozici, celkové veřejné výdaje včetně finančních prostředků z fondů EU nicméně bylo možné relativně přesně odhadnout.

**Odhad celkových veřejných výdajů na provoz SAS byl spočítán následujícím způsobem:**

1. Na základě dat o nákladnosti 23 služeb (viz box 6 v kapitole 5) bylo spočítáno, že náklady na jeden úvazek v přímé práci v SAS činily v roce 2017 v průměru, včetně všech souvisejících nákladů, 558 186 Kč ročně.
2. Bylo předpokládáno, že náklady na jeden úvazek v předcházejících letech byly stejné, respektive rostly s inflací.
3. Počty pracovníků v přímé práci v SAS v letech 2015 až 2017 byly získány ze základních sítí sociálních služeb jednotlivých krajů. Počty úvazků v letech 2013 a 2014 měl Lumos k dispozici na základě jejich extrakce z Registru poskytovatelů sociálních služeb.[155] Počty úvazků v letech 2005 až 2012 nebyly k dispozici, byly odhadnuty na základě počtu registrovaných služeb v jednotlivých letech (na základě Registru poskytovatelů sociálních služeb) a skutečnosti, že i v letech 2005 až 2012 bylo v jedné službě v průměru 2,5 úvazku jako v roce 2013.
4. Průměrné náklady na jeden úvazek v jednotlivých letech byly vynásobeny počtem úvazků v přímé práci v SAS v jednotlivých letech. Odhad celkových nákladů na SAS v roce 2017 činil 424 miliony Kč.
5. Vzhledem k tomu, že tento typ služby se netěší zvláštní oblibě u soukromých dárců, bylo předpokládáno, že soukromý sektor pokryl 2 % z celkových nákladů, celkové veřejné výdaje na SAS v roce 2017 lze tedy odhadnout přibližně na 416 milionů Kč.

Silnou stránkou zvoleného přístupu je to, že nám umožnil získat odhad celkových veřejných výdajů na SAS. Má nicméně dva hlavní limity. Zaprvé náklady na jeden úvazek jsou založené na datech od 23 poskytovatelů, kteří sice působí ve většině krajů ČR, není však možné posoudit, do jaké míry jsou náklady těchto poskytovatelů reprezentativní ve vztahu ke všem 250 poskytovatelům působícím napříč ČR. Zadruhé skutečný podíl finančních prostředků ze soukromého sektoru se může lišit od předpokládaných 2 %, což by ovlivnilo odhad celkových veřejných výdajů vynaložených na dotacích pro SAS.

**Odhad veřejných výdajů na azylové domy pro rodiny s dětmi byl zpracován následujícím způsobem:**

1. Náklady na jedno lůžko v azylovém domě v roce 2017 byly získány z dokumentu zveřejněného Zlínským krajem[156] a adjustovány pro inflaci pro roky 2005 až 2016.
2. Na základě dat v Registru poskytovatelů sociálních služeb byla spočítána lůžková kapacita azylových domů pro rodiče (zpravidla matky) s dětmi v letech 2005 až 2017.
3. Celkové náklady na provoz azylových domů pro rodiče s dětmi byly spočítány jako násobek nákladů na lůžko a lůžkové kapacity v jednotlivých letech.
4. Vzhledem k tomu, že tento typ služby se netěší zvláštní oblibě mezi soukromými dárci, bylo předpokládáno, že finanční prostředky soukromého sektoru pokrývají 2 % nákladů.
5. Uživatelé azylových domů platí úhrady za pobyt, jejichž maximální výši stanovuje MPSV. Pro každý rok byl spočítán odhad celkového objemu finančních prostředků, které azylové domy obdržely na úhradách na základě výše úhrad a lůžkové kapacity v jednotlivých letech (nebyly k dispozici počty uživatelů v jednotlivých letech, na základě informací z terénu o tom, že azylové domy jsou zpravidla plně obsazené, bylo předpokládáno, že počet uživatelů se rovnal počtu lůžek).
6. Odhad celkových veřejných výdajů na provoz azylových domů pro rodiče s dětmi byl spočítán odečtením odhadu finančních prostředků získaných na úhradách a od dárců od celkových nákladů. Celkové veřejné výdaje v roce 2017 byly odhadnuty na přibližně 298 milionů Kč.

Silnou stránkou zvoleného přístupu je, že náklady na lůžko, ze kterých bylo vycházeno, je možné považovat za poměrně přesný údaj o nákladech azylových domů ve Zlínském kraji vzhledem k tomu, že je založen na skutečných nákladech poskytování služby. Skutečnost, že údaj za Zlínský kraj nemusí být reprezentativní, představuje omezení zvoleného přístupu. Údaje o lůžkové kapacitě azylových domů pro rodiče s dětmi by měly být poměrně přesné, jelikož se jedná o údaj z registru provozovaného MPSV, stejně tak je přesná výše úhrad v jednotlivých letech, kterou stanovuje MPSV. Určitá míra nepřesnosti mohla vzniknout, pokud by neplatilo, že azylové domy byly plně obsazené a dotace soukromého sektoru pokrývaly 2 % nákladů, jak bylo při výpočtu předpokládáno.

**Výdaje na SAS a azylové domy pro rodiče s dětmi představují 87 % z našeho odhadu výdajů na preventivní služby. Zbývající část sestávala z následujících částek převzatých z Analýzy pro MPSV:[157]**

1. Odhad veřejných výdajů na sociální služby krizová pomoc a odborné sociální poradenství, které jsou relevantní ve vztahu k prevenci. Odhadnuté výdaje na nízkoprahová zařízení pro děti a mládež nebyly zahrnuty, protože se jedná o prevenci, především pokud jde o děti s rizikovým chováním, tedy jiný segment péče. Stejně tak nebyly započítány výdaje na sociální službu raná péče, protože poskytuje podporu rodinám s dětmi se zdravotním postižením, nejedná se tedy o prevenci v rámci hlavního proudu péče o ohrožené děti. K dispozici byla pouze data za rok 2016 a bylo předpokládáno, že pro inflaci adjustované výdaje v dalších letech byly stejné.

2. Odhad relevantních veřejných výdajů přerozdělených v rámci dotačního programu MPSV zaměřeného na podporu sociální práce na obcích. Částka za rok 2016 byla započítána i v případě let 2015 (kdy byl program spuštěn) a 2017.

3. Odhad relevantních veřejných výdajů přerozdělených v rámci dvou dotačních programů Agentury pro sociální začleňování. Částka za rok 2016 byla použita i pro roky 2009 (kdy započala činnost agentury) až 2017.

4. Odhad relevantních veřejných výdajů přerozdělených v rámci dotačního programu MPSV Rodina. Na základě seznamu podpořených projektů bylo předpokládáno, že v letech 2014 až 2017 byl celkový objem relevantních veřejných výdajů 40 milionů Kč, avšak v roce 2013 byl 30 milionů Kč a v letech 2005 až 2012 byl 10 milionů Kč (k nárůstu došlo díky změně zaměření programu v roce 2013).

5. V Analýze pro MPSV byl prezentován odhad, že celkový objem dotací pro preventivní služby vyjma registrované sociální služby od obcí a krajů představoval 40 milionů Kč ročně. Nebylo adekvátně zdůvodněno, proč částka 40 milionů Kč. Jde pravděpodobně o příliš vysoký odhad. Obce a kraje poskytují, pokud jde o prevenci, spíše dotaci registrovaným sociálním službám (v jejichž případě mnohdy platí podmínka kofinancování obcemi), tyto dotace však již byly zahrnuty v odhadu veřejných výdajů na SAS a azylové domy. Předpokládáme, že nad rámec dotací pro sociální služby poskytují obce a kraje dotace pro relevantní preventivní služby ve výši 10 milionů Kč ročně.

Díky zahrnutí všech výše uvedených dodatečných veřejných výdajů v oblasti prevence bylo zajištěno započítání široké škály relevantních výdajů. Nicméně je třeba mít na paměti, že jde z větší části o odhady, přičemž data byla k dispozici pouze za rok 2016. Jakékoli nepřesnosti v případě těchto dalších výdajů v oblasti prevence by nicméně neměly mít zásadní vliv na přesnost celkových výdajů v oblasti prevence, protože ta závisí především na přesnosti našich odhadů výdajů na SAS a azylové domy.

# Příloha 4: Veřejné výdaje na jednotlivé druhy služeb v rámci péče o ohrožené děti

## Pěstounská péče

| Kč | Rodina má 1 dítě v péči | | Rodina má 2 děti v péči | |
|---|---|---|---|---|
| | **Pěstounská péče na přechodnou dobu** | **Dlouhodobá pěstounská péče** | **Pěstounská péče na přechodnou dobu** | **Dlouhodobá pěstounská péče** |
| **Odměna pěstouna (ekvivalent „superhrubé" mzdy, tj. včetně sociálního a zdravotního pojištění)** | 26 800 | 10 720 | 26 800 | 16 080 |
| **Příspěvek na úhradu potřeb dítěte*** | 4 500 | 5 550 | 9 000 | 11 100 |
| **Dotace pro doprovázející organizace** | 4 000 | 4 000 | 4 000 | 4 000 |
| **Celkové měsíční veřejné výdaje na 1 dítě*** | 35 300 | 20 270 | 19 900 | 15 590 |
| **Celkové roční výdaje na 1 dítě*** | 423 600 | 243 240 | 238 800 | 187 080 |

* Výše příspěvku se liší podle věku dítěte. V případě pěstounské péče byl započten příspěvek pro děti do 6 let, protože o ně tito pěstouni zpravidla pečují, v případě dlouhodobé pěstounské péče příspěvek na péči o děti od 6 do 12 let. Celkové měsíční a roční veřejné výdaje na péči o jedno dítě v pěstounské péči se budou mírně lišit v závislosti na věku dítěte.

## Kojenecké ústavy

| Částky v tisících Kč | Průměr | Minimum | Percentil 5 | Percentil 25 | Percentil (50) Median | Percentil 75 | Percentil 95 | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kapacita kojeneckého ústavu** | 37 | 7 | 11 | 16 | 30 | 43 | 94 | 140 |
| **Dětí na pobytu (bez matky) celkem** | 32 | 10 | 11 | 20 | 27 | 34 | 65 | 98 |
| **Dětí ve věku do 3 let (včetně) na pobytu v kojeneckém ústavu** | 17 | 0 | 2 | 5 | 12 | 17 | 56 | 80 |
| **Dětí ve věku 4 roky a více v kojeneckém ústavu** | 8 | 0 | 1 | 2 | 6 | 13 | 17 | 23 |
| **Dětí ve ZDVOP ve věku do 3 let (včetně)** | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 |
| **Dětí ve ZDVOP ve věku 4 roky a více** | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | 12 | 18 |
| **Dětí na pobytu s matkou** | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 9 | 21 |
| **Výnosy z transferů na provoz kojeneckého ústavu v roce 2017** | 28 573 | 9 275 | 11 053 | 17 860 | 24 046 | 39 275 | 51 905 | 70 657 |
| **Výnosy z transferů na 1 lůžko v kojeneckém ústavu** | 813 | 420 | 420 | 544 | 721 | 999 | 1 941 | 1 941 |
| **Výnosy z transferů na 1 dítě v kojeneckém ústavu** | 1 086 | 434 | 434 | 714 | 888 | 1 137 | 3 033 | 3 033 |

## Dětské domovy

| Částky v tisících Kč | Průměr | Minimum | Percentil 5 | Percentil 25 | Percentil (50) Median | Percentil 75 | Percentil 95 | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kapacita DD v lednu 2018** | 34,72 | 15,00 | 16,00 | 24,00 | 32,00 | 40,00 | 56,00 | 100 |
| **Evidenční počet dětí v lednu 2018** | 30,30 | 7,00 | 13,00 | 22,00 | 28,00 | 37,00 | 55,00 | 91 |
| **Skutečný počet dětí v lednu 2018** | 29,23 | 7,00 | 13,00 | 21,00 | 27,00 | 35,00 | 52,00 | 91 |
| **Výnosy z transferů v roce 2017** | 13712 | 5808 | 7494 | 9242 | 12465 | 16890 | 23207 | 36670 |
| **Výnosy z transferů na 1 lůžko** | 395,72 | 309,75 | 348,52 | 371,60 | 384,95 | 407,00 | 464,68 | 643,9 |
| **Výnosy z transferů na 1 dítě dle evidenčního počtu** | 466,48 | 329,90 | 370,09 | 401,59 | 443,57 | 491,48 | 722,44 | 925,7 |
| **Výnosy z transferů na 1 dítě skutečně pobývající** | 483,74 | 354,00 | 379,54 | 419,38 | 449,10 | 512,29 | 722,44 | 925,7 |
| **Celková hodnota obdržených darů v roce 2017** | 197,31 | 0,00 | 5,00 | 74,00 | 149,50 | 251,00 | 578,00 | 1047 |
| **Podíl darů na celkových výnosech v roce 2017** | 1,5 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,5 % | 1,2 % | 2,0 % | 4,1 % | 5,6 % |

## Příloha 5: Hlavní aktivity projektu Systémová podpora procesu transformace systému péče o ohrožené děti

1. Návrh optimalizace řízení a financování systému péče o ohrožené děti
   - 1.1 Komplexní analýza systému péče o ohrožené děti
   - 1.2 Optimalizace řízení a financování systému
2. Vytvoření a pilotní ověření standardů kvality sociálně-právní ochrany dětí
   - 2.1 Vytvoření standardů sociálně-právní ochrany dětí pro orgány sociálně-právní ochrany a jejich pilotní ověření v praxi
   - 2.2 Vytvoření standardů sociálně-právní ochrany dětí pro osoby pověřené k výkonu sociálně-právní ochrany a jejich pilotní ověření v praxi
3. Vytvoření a pilotní ověření nástrojů pro práci v systému péče o ohrožené děti a rodiny
   - 3.1 Rozvoj metod pro vyhodnocování situace dítěte a rodiny, vytvoření individuálního plánu ochrany dítěte a pilotní ověření nástrojů v praxi
   - 3.2 Vytvoření metodiky přímé práce s klienty pro orgány sociálně-právní ochrany dětí
4. Podpora rozvoje služeb pro ohrožené děti a rodiny
   - 4.1 Definování minimálního rámce sítě služeb
   - 4.2 Pilotní ověření sítě služeb v praxi
5. Podpora vzniku nových typů pracovních pozic na trhu práce ve službách v oblasti náhradní rodinné péče (profesionální pěstounská péče)
6. Vytvoření vzdělávacích programů, vzdělávání vybraných cílových skupin
7. Doprovodné aktivity zaměřené na implementaci výstupů projektu a přenos dobré praxe
8. Národní kampaň (iniciativa) Právo na dětství

# Poznámky v textu

[1] Hlavním cílem analýzy efektivnosti nákladů bylo stanovení nákladů na jedno dítě v různých službách.
[2] Výpočet Lumos na základě dat ze Statistické ročenky školství. http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp (ověřeno 15. 5. 2018).
[3] Kuchařová, V. et al. (2010). *Zhodnocení a optimalizace řízení systému sociálně-právní ochrany (ohrožených) dětí a rodin ve vybraných regionech [Assessment and Optimalisation of the Management of the System of Care for Vulnerable Children in Selected Regions].* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. http://www.pravonadetstvi.cz/stahnout-soubor/socpravniochranadeti-analyza/ (ověřeno k 16. 6. 2016).
Veřejný ochránce práv (2012). *Zpráva ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy [Report from systematic visits to educational facilities of institutional care].*http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2012/2012_skolska-zarizeni.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
Veřejný ochránce práv (2013). *Zpráva ze systematických návštěv zdravotnických zařízení poskytujících péči ohroženým dětem do 3 let věku [Report from Systematic Visits to Health Facilities which Provide Care to Children Under 3].*http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/NZ-25_2012-kojenecke-ustavy.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
Institut projektového řízení (2015). *Analýza opatření a služeb nutných pro prevenci příjmů nových dětí do zařízení zapojených do projektu „Transformace péče o ohrožené děti a mládež"* [Analysis of services needed to prevent admissions into facilities involved in the project Transformation of care for vulnerable children and youth]. Nepublikováno.
[4] Berens, A. E. & Nelson, C. A. (2015). The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61131-4/abstract (ověřeno k 6. 10. 2015). Viz také informační list Lumos (2015) „Děti v ústavech: Rizika". https://wearelumos.org/content/children-institutions-risks (ověřeno k 1. 11. 2016).
[5] Nelson, C. & Koga, S. (2004). *Effects of Institutionalisation on Brain and Behavioural Development in Young Children: Findings from the Bucharest Early Intervention Project.* Příspěvek předložen na mezinárodní konferenci „Mapování počtu a charakteristik dětí mladších tří let v ústavech v Evropě ohrožených újmou". Program EU Daphne 2002–2003 a Regionální úřad pro WHO pro Evropu v Kodani.
[6] Berens, A. E. & Nelson, C. A. (2015). *Op. cit*.
[7] European Coalition for Community Living (2010). *Wasted Time, Wasted Money, Wasted Lives... A Wasted Opportunity? – A Focus Report on How the Current Use of Structural Funds Perpetuates the Social Exclusion of Disabled People in Central and Eastern Europe by Failing to Support the Transition from Institutional Care to Community-Based Services*, s. 75. https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/wasted-opportunity-20100325.pdf (ověřeno k 15. 8. 2016).
[8] Behal, N., Cusworth, L., Wade, J. et al. (2014). *Keeping Children Safe: Allegations Concerning the Abuse or Neglect of Children in Care.* http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Abuseincare.pdf (ověřeno k 23. 2. 2016).
[9] Euser, S., Alink, L. R., Tharner, A., et al. (2014). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: a comparison between abuse in residential and in foster care. *Child Maltreatment*.
[10] Pinheiro, P. (2006). *World Report on Violence against Children*, UNICEF, New York.
[11] *Ibid*.
[12] Csaky, C. (2014). *Why Care Matters: the Importance of Adequate Care for Children and Society,* s. 14. http://www.familyforeverychild.org/report/why-care-matters/ (ověřeno k 9. 3. 2016).
[13] Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., et al. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, *373*(9657). http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61706-7/abstract (ověřeno k 7. 3. 2016)
[14] Greenwood, P. W. & Rand, S. T. (1993). Evaluation of the paint creek youth center: a residential program for serious delinquents. *Criminology*, 31.2: 263–279. Slot, N.W., Jagers, H.D., et al. (1992). Cross-cultural replication and evaluation of the Teaching Family Model of community-based residential treatment. *Behavioral Residential Treatment,* 7.5: 341–354. Sunseri, P.A. (2004). Family functioning and residential treatment outcomes. *Residential Treatment for Children & Youth*,22.1: 33–53. Lindquist, M.J., & Santavirta, T. (2012). *Does Placing Children in Out-of-Home Care Increase their Adult Criminality?* Swedish Institute for Social Research. Stockholm, Sweden.
[15] Ministerstvo vnitra české republiky (2007). *Hodnocení systému péče o ohrožené děti [Evaluation of the System of Care for Vulnerable Children].*http://www.mvcr.cz/soubor/hodnoceni-systemu3-pdf.aspx (ověřeno k 16. 6. 2016).
[16] Cusick, L., Martin, A. &May, T. (2003). *Vulnerability and Involvement in Drug Use and Sex Work*. Home Office, 2003. Coy, M. (2008). Young women, local authority care and selling sex: findings from research. *British Journal of Social Work,*38.7: 1408-1424. Pashkina, N. (2001). Sotsial'noe obespechenie, 11:42–45. Citováno v: Holm-Hansen J, Kristofersen LB, Myrvold, T.M. eds. *Orphans in Russia*. Oslo, Norwegian Institute for Urban and Regional Research (NIBR-rapport 2003:1). Cusick, L. (2002). Youth prostitution: A literature review. *Child Abuse Review,* 11.4: 230–251.
[17] Výzkum zaměřený na historii klientů centra pro osoby bez domova v Praze provozovaný nevládní organizací Naděje ukázal, že 286 z 3 000 bezdomovců (9 %) žilo v období 1993–2004 v dětských domovech, zatímco pouze 6 z nich vyrostlo v pěstounské péči (data analýzy organizace Lumos vycházela z informací získaných z Univerzity Karlovy, Centra pro sociální a ekonomické strategie *[Charles University. Centre for Social and Economic Strategies]* (2010). Klienti organizace Naděje 1993–2004 *[Clients of the Organisation Naděje 1993–2004]*. Ver. 1.0. Praha: Český sociálněvědní datový archiv, (citováno 21. 7. 2016). DOI 10.14473/CSDA00036). Podobný počet dětí vyrůstal v té době v pěstounské péči a v dětských domovech. V letech 1989 až 2003 žilo v pěstounské péči v průměru 5 774 dětí a 4 435 dětí žilo v letech 1997 až 2003 v dětských domovech. Výpočty vycházejí z údajů Statistické ročenky školství (2016). http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp (ověřeno k 16. 6. 2016);

MPSV *[MOLSA]* (2005). *Co nejvíce opuštěných a ohrožených dětí by mělo vyrůstat v rodinách (When Possible, Vulnerable Children Should Grow up in Families).* http://www.mpsv.cz/files/clanky/104/180205.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016). Zjištění naznačují, že riziko, že se stanou bezdomovci, je přibližně 50krát vyšší u lidí, kteří žili v ústavech, ve srovnání s těmi, kteří vyrůstali v pěstounské péči. Toto zjištění není překvapující vzhledem k tomu, že pěstounské rodiny mohou dětem nabízet neustálou individuální podporu, která jim pomůže připravit se na opuštění péče, zatímco ti, kteří žijí v ústavech, nemohou z této individuální podpory těžit. Viz také Prudký, L. A. & Šmídová, M. (2010*). Kudy ke dnu: Analýza charakteristik klientů Naděje, o. s., Středisko Praha, Bolzanova [How to Get to the Bottom: the Characteristics of Clients of Naděje's Centra Prague Bolzanova]*. Vyd. 1. Praha: Socioklub, dotisk, 135 s. Sešity pro sociální politiku.

[18] Every Child (2011). *Fostering Better Care.* http://www.everychild.org.uk/sites/default/files/docs/FosteringBetterCare.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).

[19] Delap, E. (2011). *Scaling Down: Reducing, Reshaping and Improving Residential Care Around the World. Positive Care Choices.* London: EveryChild. Jak je citováno v: Csaky, C. (2014). Op.cit.

[20] Congressional Coalition on Adoption Institute [CCAI] (2011). *The Way Forward Project Report*, str. 29. http://www.law.harvard.edu/faculty/bartholet/The%20Way%20Forward%20Project%20Report.pdf (ověřeno k 8. 3. 2016).

[21] Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. S. (2005). *Proven Benefits of Early Childhood Interventions*, s. 2. http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9145.html (ověřeno k 8 .3. 2016).

[22] Aos, S., Miller, M. & Drake, E. (2006). *Evidence Based Public Policy Options to Reduce Future Prison Construction, Criminal Justice Costs, and Crime Rates.* Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
Jak citováno v: Stevens, M. (2011). *The Costs and Benefits of Early Interventions for Vulnerable Children and Families to Promote Social and Emotional Wellbeing: Economics Briefing* [Draft], str. 5.
https://www.nice.org.uk/guidance/ph40/documents/social-and-emotional-wellbeing-early-years-expert-report-32 (ověřeno k 8. 3. 2016).

[23] Sinclair, A. (2007). *0-5: How Small Children Make a Big Difference*. London, UK. jak citováno v: Stevens, M. (2011). *The Costs and Benefits of Early Interventions,* str. 5.

[24] Viz články 9 a 7.

[25] Viz článek 18.

[26] Pokyny pro alternativní péči o děti (2009). A / RES / 64/142 článek 4.

[27] Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (2007). A/RES/61/106. Článek 19.

[28] Článek 8.

[29] Viz Wallova a Walla v. Česká republika [2006] ECHR 23848/04.

[30] Článek 3.

[31] Doporučení Evropské komise (20. února 2013). *Investice do dětí: východisko z bludného kruhu znevýhodnění.* (2013/112/EU). Úřední věstník Evropské unie ze dne 2. 3. 2013.

[32] Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1303/2013 ze dne 17. 12. 2013, příloha XI 9: 9.1. Úřední věstník Evropské unie ze dne 20. 12. 2013.

[33] Výpočet Lumosu vychází z údajů zveřejněných v databázi vedené Ministerstvem pro místní rozvoj: https://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/8d3238a9-00c0-4ad0-842d-459558cc6b25/2016_11-Seznam-prijemcu-(List-of-Beneficiaries)-11_2016.xlsx?ext=.xlsx (ověřeno k 27. 2. 2017).

[34] *Národní strategie ochrany práv dětí [National Strategy to Protect Children's Rights].* http://www.mpsv.cz/files/clanky/14309/NSOPD.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).

[35] Povinnost pořádat případové konference je zakotvena v článku 14, odstavci 2b zákona. 359/1999. Případová konference je setkání s rodiči, dětmi a všemi profesionálními pracovníky, kteří se na případu podílejí a kteří zde rozhodnou o nejlepším řešení pro dítě.

[36] Podrobněji viz Příloha 7.

[37] Výpočet Lumosu na základě dat poskytnutých MPSV.

[38] V roce 2017 bylo zaměstnáno na odborech sociální ochrany dítěte 2 618 sociálních pracovníků ve srovnání s pouhými 1 777 pracovníky v roce 2007.

[39] Viz například: Barvíková, J., Svobodová, K., Šťastná, A. (2009). Podmínky výkonu sociálně-právní ochrany dětí na úrovni obecních úřadů obcí s rozšířenou působností *[The Conditions for the Child Protection Work at the Level of Municipal Authorities].* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_326.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016). Kuchařová, V. et al. (2010). Op. Cit.

[40] Lumos (2015). *Průzkum mezi pěstouny na přechodnou dobu [Survey Among Short Term Foster Carers]*. http://czech.wearelumos.org/sites/default/files/Pru%CC%8Azkum%20mezi%20pe%CC%8Cstouny%20na%20pr%CC%8Cechodnou%20dobu%2C%202015_0.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).

[41] Výpočet Lumosu vychází z údajů získaných od kojeneckých ústavů na základě žádosti dle Zákona o svobodném přístupu k informacím.

[42] Oficiální statistiky počtu dětí v kojeneckých ústavech zahrnují děti starší 3 let, děti v denních centrech provozovaných ústavy a děti využívající dalších služeb poskytovaných ústavy. Přesný počet malých dětí v pobytové službě za předchozí rok tak nelze získat.

[43] Výpočet Lumosu vychází z údajů získaných z ústavů a věková distribuce populace je k dispozici zde: https://www.czso.cz/documents/10180/61566208/1300641807.xlsx/eb643fe8-4392-433e-a087-f9805558b137?version=1.0 (ověřeno k 25. 5. 2018).

[44] Pojem domovy pro osoby se zdravotním postižením se používá proto, že v ústavech často pobývají jak děti, tak i dospělé osoby se zdravotním postižením.

[45] Rok 2009 je prvním rokem, za který jsou data aktuálně k dispozici.

[46] Údaje poskytnuté na vyžádání MPSV.
[47] Výpočet Lumosu vychází z údajů získaných od všech domovů pro osoby se zdravotním postižením, které poskytují péči dětem, v reakci na žádost dle Zákona o svobodném přístupu k informacím v únoru 2018.
[48] Počet dětí se zdravotním postižením v kojeneckých ústavech byl odhadnut na základě existujících analýz, které naznačují, že zdravotní postižení má přibližně 10 % z dětí v kojeneckých ústavech (viz Přílohu 1). Počet dětí se zdravotním postižením byl odhadnut na základě dat o přiznaných podpůrných opatřeních, pro podrobnosti viz výzkumnou zprávu Lumos o dětech se zdravotním postižením v ústavní péči v ČR, která je k dispozici zde: https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/DOZP_vyzkumna_zprava_lumos.pdf
[49] Počet služeb v roce 2018 byl převzat z Registru poskytovatelů sociálních služeb (http://iregistr.mpsv.cz). Počet služeb v roce 2007 byl převzat ze Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2017 dostupné z https://www.mpsv.cz/files/clanky/5942/Statisticka_rocenka_2007_oprava.pdf (ověřeno k 2. 8. 2018), s. 113.
[50] Údaje poskytnuté na vyžádání MPSV.
[51] Odhad Lumosu vychází z údajů získaných na základě Zákona o svobodném přístupu k informacím a odhadem Lumosu počtu dětí s příspěvkem na péči úrovně IV v kojeneckých ústavech.
[52] Podle registru poskytovatelů sociálních služeb (http://iregistr.mpsv.cz) je většina služeb k dispozici ve většině regionů.
[53] Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (2013). *Příspěvek k situaci osob pečujících o osoby s mentálním, kombinovaným a tělesným postižením a o osoby s poruchami autistického spektra. Studie potřeb lidí mimo ústavy [A Report About the Situation of Persons Caring for People with Intellectual, Combined and Physical Disability and Autism. A Study About the Needs of People in the Community].* http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/prispevek.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
Národní centrum podpory transformace sociálních služeb 2013). *Pečující osoby – jejich role v procesu transformace sociálních služeb [Informal Carers – their Role in the Process of Transformation of Social Services]*. http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/prispevek.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
[54] Vychází z údajů získaných na základě žádosti dle Zákona o svobodném přístupu k informacím.
[55] Informace o projektu viz www.trass.cz.
[56] Za dítě s rizikovým chování označujeme dítě, pokud způsobí škodu sobě nebo druhým nebo poškozuje majetek nebo pokud jeho chování brání tomu, aby se dítě bylo schopno zapojit do běžného života, například školní docházky.
[57] Výpočet Lumosu vychází z údajů dostupných ve *Statistické ročence ministerstva školství.* http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp (ověřeno k 16. 5. 2018).
[58] Výpočet Lumosu vychází z údajů dostupných ve *Statistické ročence ministerstva školství.* http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp (ověřeno k 16. 5. 2018).
[59] Výpočet Lumosu vychází z údajů dostupných v Registru sociálních služeb na: www.iregistr.mpsv.czhttp://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp (ověřeno k 16. 5. 2018).
[60] Nepravidelná školní docházka a problémy ve škole obecně patří mezi nejčastější důvody pro příjmy do těchto institucí. Viz Kuchařová, V. et al. (2010). *Op. cit.*
[61] Výpočet Lumos na základě dat poskytnutých MPSV.
[62] Informace získaná na základě žádosti o poskytnutí informace zaslané všem DOZP, které dle Registru poskytovatelů nabízí služby dětem do 18 let.
[63] Výpočet Lumosu na základě dat dostupných zde: http://strukturalni-fondy.cz/getmedia/7cd5a476-0ec1-4e59-b461-c07682055ebe/M023a-Seznam-operaci-_-List-of-operations_180501.xls.aspx?ext=.xls (ověřeno k 3. 7. 2018).
[64] Viz *CZ04 – Ohrožené děti a mládež [CZ04 – Vulnerable children and youth].* http://www.eeagrants.cz/cs/programy/ehp-fondy-2009-2014/cz04-ohrozene-deti-a-mladez (ověřeno k 20. 10. 2016).
[65] Pilotní region, ve kterém Lumos poskytuje intenzivní podporu deinstitucionalizačního procesu.
[66] Výpočet Lumosu vychází z údajů o počtu dětí v různých typech ústavní a pěstounské péče (jak je uváděno ve zprávě).
[67] Výpočet Lumosu vychází z údajů ve Statistické ročence ministerstva školství 2016. www.uiv.cz [ověřeno k 16. 6. 2016].
[68] Mladí dospělí mohou zůstat v dětských domovech do 26 let věku na základě smlouvy se zařízením v případě, že se účastní formálního vzdělávání. Nejsou k dispozici žádné výzkumy, které by systematicky zkoumaly důvody, proč mladí lidé zůstávají v dětských domovech. Z anekdotické evidence, kterou má Lumos a další organizace působící v této oblasti, můžeme nicméně usuzovat, že většinou zůstávají kvůli absence alternativ a většina z nich by dala přednost samostatnému životu, kdyby jim bylo nabídnuto sociální bydlení.
[69] Výpočet Lumosu vychází z údajů dostupných ve *Statistické ročence Ministerstva školství.* http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp (ověřeno k 16. 5. 2018) a věková distribuce populace je k dispozici zde: https://www.czso.cz/documents/10180/61566208/1300641807.xlsx/eb643fe8-4392-433e-a087-f9805558b137?version=1.0 (ověřeno k 25. 5. 2018).
Pokud jde o kojenecké ústavy, v roce 2018 bylo 499 dětí ve věku od nuly do tří let, které pobývaly v kojeneckých ústavech a v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc při kojeneckých ústavech, což znamená, že míra institucionalizace pro děti této věkové skupiny byla 11 dětí na 10 000 dětí v populaci.
[70] Oficiální statistiky o počtu dětí v kojeneckých ústavech (nerozlišují údaje o počtu dětí, které využívají různé funkce poskytované jednotlivými zařízeními, a zahrnují jak děti na pobytu s matkou, tak i ty, které používají denní centra nebo jesle, a děti starší než čtyři roky, umístěné v pobytové službě. Údaje za roky před rokem 2017 nebyly k dispozici.
[71] Výpočet Lumosu vychází z údajů o počtu dětí v různých typech ústavní a pěstounské péče (jak je uváděno ve zprávě) a věková distribuce populace je k dispozici zde: https://www.czso.cz/documents/10180/61566208/1300641807.xlsx/eb643fe8-4392-433e-a087-f9805558b137?version=1.0 (ověřeno k 25. 5. 2018).

[72] V Anglii bylo k 31. 3. 2017 v péči státu 62 dětí z 10 000. Podíl dětí v péči mimo domov byl nižší než tato hodnota, neboť 6 % dětí ve státní péči žilo doma se svými rodiči pod dohledem sociálních služeb: https://corambaaf.org.uk/fostering-adoption/looked-after-children-adoption-fostering-statistics/statistics-england (ověřeno k 25. 5. 2018). V období 2011–2015 žilo ve státní péči v Irsku 55 dětí z 10 000: https://www.dcya.gov.ie/documents/stateofthenationschildren/20170302SOTNCReport2016.pdf (ověřeno k 25. 5. 2018).

[73] Výpočty Lumos na základě následujících dat pro jednotlivé země:
Slovensko: http://www.upsvr.gov.sk/buxus/generate_page.php?page_id=582137&file=statistic%2Fvykazy%2F2017%2FVykaz_o_vykonavani_opatreni_SPODaSK_za_rok_2017.xlsx (ověřeno k 4. 7. 2018)
www.upsvr.gov.sk/buxus/generate_page.php?page_id=582137&file=statistic%2Fvykazy%2F2017%2FV5_2017_SR.xlsx (ověřeno k 4. 7. 2018)
http://statdat.statistics.sk/cognosext/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=storeID(%22i40A03AF2150C41DE8BE98D0C0C41A764%22)&ui.name=Vekov%C3%A9%20zlo%C5%BEenie%20-%20SR%2c%20oblasti%2c%20kraje%2c%20okresy%2c%20mesto%2c%20vidiek%20%5bom7009rr%5d&run.outputFormat=&run.prompt=true&cv.header=false&ui.backURL=%2fcognosext%2fcps4%2fportlets%2fcommon%2fclose.html (ověřeno k 4. 7. 2018)
Česká republika:
Počty dětí ve státní péči prezentované v této zprávě a https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2017
Anglie:
https://www.gov.uk/government/statistics/children-looked-after-in-england-including-adoption-2016-to-2017 (ověřeno k 4. 7. 2018)
https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/datasets/populationestimatesforukenglandandwalesscotlandandnorthernireland (ověřeno k 4. 7. 2018)
Německo:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/Tabellen/HilfenErziehungAusElternhaus.html (ověřeno k 4. 7. 2018)
https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Population/CurrentPopulation/Tables_/lrbev01.html (ověřeno k 4. 7. 2018)
Irsko:
https://www.tusla.ie/uploads/content/Q3_2017_Service_Performance_and_Activity_Report_Final.pdf (ověřeno k 4. 7. 2018)
Švédsko:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19485/2014-9-1.pdf (ověřeno k 4. 7. 2018).

[74] Kuchařová, V. et al. (2010). *Op. cit.*

[75] Schmidt, V. & Bailey, J. D. (2014). Institutionalization of Children in the Czech Republic: A Case of Path Dependency. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 41 (1): 53–75.

[76] Vláda má takový seznam, který lze nalézt na: https://www.gov.uk/government/publications/review-of-local-government-statutory-duties-summary-of-responses--2 (ověřeno k 23. 2. 2017). Datový soubor uvedený v Seznamu zákonných povinností – odkazy na ostatní orgány státní správy tyto povinnosti specifikuje, uvádí, pod jaký zákon spadají. Řádky 317 až 333 uvádějí povinnosti týkající se dětí a rodin.

[77] Northern Ireland Assembly (2011). *Local Commissioning Groups: History, Establishment, Functions and Operation.* http://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/publications/2011/health/14511.pdf (ověřeno k 27. 2. 2017).

[78] Health and Social Care Board (2017). http://www.hscboard.hscni.net/commissioning/western-lcg/ (ověřeno k 27. 2. 2017).

[79] *Ibid.*

[80] Northern Ireland Assembly (2011). *Local Commissioning Groups: History, Establishment, Functions and Operation.* http://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/publications/2011/health/14511.pdf (ověřeno k 27. 2. 2017).

[81] *Ibid.*

[82] V roce 2017 bylo zamítnuto 2 635 žádostí o odlehčovací služby (tento údaj zahrnuje služby pro děti, dospělé se zdravotním postižením i seniory). MPSV. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2017. https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2017.pdf (ověřeno 18. 10. 2018).

[83] *Statistická ročenka školství 2016*. http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp (ověřeno k 16. 6. 2016).

[84] Viz také: Kuchařová, V. et al. (2010). Op. cit.
Veřejný ochránce práv (2012). *Op. cit.*
Veřejný ochránce práv (2013). *Op. cit.*
Institut projektového řízení (2015). *Op. cit.*

[85] Viz Kuchařová, V. et al. (2010). *Op.cit.*

[86] Stanovení nákladů na dítě může být docela obtížné, protože mnohé ústavy nyní poskytují kromě pobytové péče řadu dalších služeb a finanční údaje o těchto individuálních službách nejsou k dispozici. Proto tato analýza zahrnovala finanční údaje pouze z 16 kojeneckých ústavů, ve kterých doplňkové služby nad rámec ústavní péče hrály jen vedlejší roli.

[87] Vychází z informací obdržených na základě žádosti dle Zákona o svobodném přístupu k informacím poslané jednotlivým ústavům.

[88] Výpočet Lumosu vychází z údajů ve *Statistické ročence ministerstva školství* 2017 http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp (ověřeno k 16. 5. 2018).

[89] Viz Kuchařová, V. et al. (2010). Op. cit.

[90] Ibid.

[91] Výpočet Lumosu vychází z údajů Institutu projektového řízení (2015). *Op. cit.*, str. 46.
[92] Viz například: Sokol V. *Dárky, nebo zážitky? Historie a realita vánočních sbírek pro dětské domovy.* Hlídací pes.org. http://hlidacipes.org/darky-nebo-zazitky-historie-a-realita-vanocnich-sbirek-pro-detske-domovy/ (ověřeno k 28. 1. 2017) nebo Pražský deník. *Vánoční sbírka pomohla splnit sny tisícovky dětí.* http://prazsky.denik.cz/zpravy_region/vanocni-sbirka-pomohla-splnit-sny-tisicovky-deti-20170106.html (ověřeno k 28. 1. 2017).
[93] Viz například: http://www.ddklanovice.cz/Novinky/Leto-u-more-Makarska-2012.html nebo http://www.ddjemnice.cz/ozdravny-pobyt-u-more-0 nebo http://www.ddstankov.cz/foto16.htm (ověřeno k 15. 5. 2017).
[94] Viz například: http://www.ddnv.cz/detsky-domov/2016-jarni-lyzovani.html nebo http://www.ddkorkyne.cz/hura-na-hory/ nebo http://www.ddzichovec.cz/ (ověřeno k 15. 5. 2017).
[95] Vychází z údajů v Monitoru Státní pokladny.
[96] Výpočet Lumosu vychází z údajů zveřejněných Dárcovským fórem zde: https://www.donorsforum.cz/downloads/1511712916_0_top100_2016-pdf.pdf (ověřeno k 25. 5. 2017).
[97] Výpočet Lumosu. S využitím předpokladu, že 80 % finančních prostředků vynaložených na prázdná lůžka v dětských ústavech by mohlo být ušetřeno, protože provozní náklady budov ústavů zůstávají stejné i s menším počtem umístěných dětí. Počet dětí podporovaných v komunitě byl vypočítán vydělením prostředků vynaložených na prázdná lůžka v ústavech náklady na komunitní podporu rodiny.
[98] Nadační fond Avast (2016). *Analýza situace rané péče v České republice za rok 2015* [*Analysis of Early Intervention Services for 2015].* http://files.avast.com/files/marketing/foundation/analyzaranepece_2015_tisk.pdf (ověřeno k 25. 2. 2017).
[99] The Royal Australasian College of Physicians. (2013). Position Statement: Early Intervention for Children with Developmental Disabilities.https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/early-intervention-for-children-with developmental-disabilities.pdf (ověřeno k 30. 5. 2018).
[100] Ibid.
[101] Na základě Registru poskytovatelů sociálních služeb (http://iregistr.mpsv.cz).
[102] Počty dětí v pěstounské péči v letech 2005 až 2016 jsou dostupné zde: https://www.mpsv.cz/cs/7260. Data za rok 2017 poskytlo Lumosu MPSV na základě žádosti.
[103]Harden, B. J. (2002). Congregate care for infants and toddlers: Shedding new light on an old question. *Infant Mental Health Journal*, 23: 476–495.
[104] Zeanah, C. H. et al. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian pre-school children. *AMJ Psychiatry*. 166: 777–785. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19487394 (ověřeno k 25. 4. 2017).
[105]Van Ijzendoorn, M. H. et al. (2008). IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merril-Palmer Quarterly*. 54:3. 341–366. https://muse.jhu.edu/article/239781/pdf (ověřeno k 3. 5. 2017).
[106] Lumos (2015). *Op. cit.*
[107] Všechna rozhodnutí o blahu dítěte by měla zohledňovat jeho nejlepší zájmy a měla by vycházet z posouzení individuálních potřeb dítěte.
[108] Viz například: Harden, B.J. (2002). Congregate care for infants and toddlers: Shedding new light on an old question. Infant Mental Health Journal, 23: 476–495. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.10029 (ověřeno k 1. 8. 2018).
[109] Výpočet Lumosu na základě dat poskytnutých MPSV a Generálním ředitelstvím Úřadu práce, pro podrobnou metodiku (viz příloha č. 5).
[110] Výpočet Lumosu na základě dat o výplatách příspěvků na péči poskytnutých MPSV a kalkulace příspěvků na péči vyplácených dětem v ústavní a pěstounské péči.
[111] Výpočet Lumosu na základě dat prezentovaných napříč touto zprávou.
[112] Výdaje na práci orgánů sociálně-právní ochrany dětí v rámci hlavního proudu péče o ohrožené děti byly spočítány na základě informace o tom, jakou část z pracovníků těchto orgánů představují kurátoři pro mládež. Výdaje na práci kurátorů pro mládež mezi výdaje v rámci hlavního proudu nebyly započítány.
[113] Výpočet založený na skutečnosti, že pracovníci sociálně aktivizační služby mají obvykle na starosti asi 10 rodin. S průměrným počtem dětí 2,4 na rodinu vychází na jednoho pracovníka odhadem 24 dětí. Vzhledem k tomu, že pracovníků je 760, odpovídá to celkem 18 240 dětem, kterým se dostalo podpory.
[114] Použitý model byl založen na regresní analýze a je robustní, s vysokou vysvětlující silou, model velmi úspěšně předpověděl výdaje v letech 2016 a 2017 – předpověď se lišila od skutečných výdajů pouze o 2,3 % a 0,3 %. Data nebyla upravena tak, aby zohledňovala inflaci, vliv inflace byl v průběhu času vyřešen variabilním trendem.
[115] Bylo zjištěno, že inflace nemá významný dopad, nejspíše kvůli skutečnosti, že část výdajů na systém (pěstounská péče) na ni není v krátkodobém horizontu citlivá a výdaje na ústavní péči na ni nereagují, protože dochází ke snižování počtu dětí.
[116] Model byl vyvinut profesorem Janem Pavlem (profesorem veřejných financí na Vysoké škole ekonomické v Praze).
[117] Sirovátka, T., et al. (2015). *Chudoba, materiální deprivace a sociální vyloučení v České Rrepublice s důrazem na děti a domácnosti vychovávající děti [Poverty, Material Deprivation and Social Exclusion in the Czech Republic with an Emphasis on Children and Households Raising Children].* http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_390.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
Šimíková, I. & Vyhlídal, J. (2015). *Popis velikosti a struktury skupin osob, které by mohly představovat cílovou skupinu sociálního bydlení [A Description of the Size and Structure of the Categories of Persons that Could Represent a Target Group for Social Housing].* http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_398.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
[118] Gabal Analysis and Consulting (2015). *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR [Analysis of Socially-Excluded (*ověřeno k 16. 6. 2016).

[119] Viz například: Gabal Analysis and Consulting (2009). *Dlouhodobý monitoring situace romských lokalit – české lokality [Long-Term Monitoring of the Situation in Roma Areas – Bohemian Areas]*. http://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Souhrnna-zprava.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
Trbola, R., et al. (2015). *Role lokálních vlád při řešení problémů sociálního začleňování [The Role of Local Governments in Addressing Issues of Social Inclusion].* http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_391.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
Šimáček, M. *Jiří Čunku, nevyhrožujte! Institut pro sociální inkluzi* [Jiri Cunek, do not threaten!]. http://socialniinkluze.cz/jiri-cunku-nevyhrozujte/ (ověřeno k 30. 6. 2016).
[120] Skutečné počty jsou pravděpodobně ještě vyšší, jelikož některé obce (včetně Ústí nad Labem a Děčín) s velmi velkým počtem obyvatel ve znevýhodněných oblastech se průzkumu nezúčastnily.
[121] MPSV *[MOLSA]* (2016). *Vyhodnocení průzkumu řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností. [Survey About the Solutions to Homelessness by Municipalities].* http://www.mpsv.cz/files/clanky/24488/Vyhodnoceni_pruzkumu_reseni_bezdomovectvi_v_obcich_s_rozsirenou_pusobnosti.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
[122] Viz například: Kašparová, I., Ripka, Š. & Janků, K. S. (2008). *Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice – Moravské lokality [Long term monitoring of the situation in Roma areas – Moravian areas]*. Úřad vlády České republiky, Kancelář Rady Vlády České republiky pro záležitosti romské komunity. http://is.muni.cz/el/1423/jaro2013/SPR458/um/Monitoring-romskych-lokalit_Morava.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016)
Vzájemné soužití. (2013). *Op. cit.*
[123] Rodičovskou kapacitu definujeme jako poskytování základní péče, bezpečí, naplňovaní citových potřeb, stimulace, hranic a stability.
[124] Valné shromáždění OSN. Pokyny pro alternativní péči o děti: usnesení přijaté Valným shromážděním 24. února 2010, A/RES/64/142.
[125] Řada článků Úmluvy OSN o právech dítěte se konkrétně týká místa dítěte v rodině a odpovědnosti státu poskytnout přiměřenou podporu k tomu, aby se plnění této podmínky usnadnilo. Jmenovitě článek 3 (nejlepší zájem dítěte), článek 5 (poradenství rodičům a rozvíjející se schopnosti dítěte), článek 6 (právo na život, zachování života a rozvoj dítěte), článek 7 (právo na jméno, právo na státní příslušnost, právo znát své rodiče a právo na jejich péči), článek 9 (oddělení od rodiny), článek 18 (odpovědnost rodičů a pomoc státu), článek 19 (ochrana před zneužíváním), článek 23 (děti se zdravotním postižením), článek 24 (zdraví a zdravotní péče), článek 27 (přiměřená životní úroveň), článek 28 (právo na vzdělání), článek 29 (vzdělávací cíle).
[126] Toto zahrnuje analýzy provedené Úřadem veřejného ochránce práv a Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí.
Viz: Kuchařová, V. et al. (2010). *Op. cit.;*
Veřejný ochránce práv (2012). *Op. cit.;*
Veřejný ochránce práv (2013). *Op. cit.;*
Institut projektového řízení (2015). *Op. cit.*
[127] Regionální rozdíly v počtu dětí v sociálně vyloučených lokalitách vysvětlují 91 % variace v počtu dětí v dětských domovech. Údaje o počtech dětí ve znevýhodněných oblastech byly k dispozici od GAC (2015). *Op. cit.*
[128] Silná souvislost mezi chudobou a institucionalizací dětí je patrná také ze statistické analýzy provedené organizací Lumos pomocí metody lineární regrese, jejíž zjištění jsou uvedena v následujících poznámkách. (Praha a Středočeský kraj byly z rozboru vyloučeny, protože velká část ohrožených dětí z Prahy je umístěna v dětských ústavech ve Středočeském kraji, takže jejich zařazení by zkreslilo výsledky.)
[129] Rozdíly mezi regiony v míře dlouhodobé nezaměstnanosti vysvětlovaly 67 % rozdílů v míře dětí v dětských domovech a v pěstounské péči. Míra dlouhodobé nezaměstnanosti byla organizací Lumos spočítána na základě údajů z Českého statistického úřadu. https://www.czso.cz/csu/czso/zamestnanost-a-nezamestnanost-podle-vysledku-vsps-rocni-prumery-rok-2015 (ověřeno k 16. 6. 2016).
[130] Rozdíly mezi regiony v poměru rodin, které byly příjemci dávek na snížení chudoby po více než 2 roky, vysvětlovaly 77 % rozdílů v míře dětí v dětských domovech a v pěstounské péči. Údaje týkající se počtu rodin, které pobíraly dávky na snížení chudoby, byly k dispozici v Sirovátka, T. A. K. (2013). *Příjmová chudoba a materiální deprivace v České republice podle indikátorů EU – vývoj v důsledku krize, fiskální konsolidace a sociální reformy [Income Poverty and Material Deprivation in the Czech Republic by EU Indicators – Development as a Result of the Crisis, Fiscal Consolidation and Social Reforms].* Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-129-2. http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_363.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016).
[131] Regionální rozdíly v počtu osob v nedostatečném bydlení vysvětlovaly 81 % rozdílů v míře dětí v dětských domovech a v pěstounské péči. Údaje o počtech lidí v nedostatečném nebo nejistém bydlení jsou k dispozici na MPSV. *Vyhodnocení průzkumu řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností. [Survey about the solutions to homelessness by municipalities]* (2016). http://www.mpsv.cz/files/clanky/24488/Vyhodnoceni_pruzkumu_reseni_bezdomovectvi_v_obcich_s_rozsirenou_pusobnosti.pdf (ověřeno k 16. 6. 2016). Ústecký kraj byl z analýzy vyřazen, neboť se jednalo o jednu z municipalit s největším počtem obyvatel ve znevýhodněných oblastech, které se průzkumu nezúčastnily.
[132] Regionální variace míry nezaplacených dluhů vysvětlovaly 85 % rozdílů v míře dětí v dětských institucích a pěstounské péči. Údaje o nezaplacených dluzích byly k dispozici v *První čtvrtletí přineslo více dlužníků v Moravskoslezském a Pardubickém kraji, ve zbytku ČR se situace zlepšila [The First Quarter Saw More Debtors in Moravskoslezský and Pardubicky Region, the Situaion in Other Regions Improved].* https://www.solus.cz/cs/archiv-tiskovych-zprav/20-4-2016-prvni-ctvrtleti-prineslo-vice-dluzniku-v-moravskoslezskem-a-pardubickem-kraji-ve-zbytku-cr-se-situace-zlepsila (ověřeno k 16. 6. 2016).
[133] Údaje z databáze dětí umístěných do péče mimo domov v Karlovarském kraji, spravované sociálním odborem krajského úřadu a na základě informací z odborů sociálně-právní ochrany dětí.

[134] Toto zjištění bylo ověřeno sociálními pracovníky v oblasti sociálně-právní ochrany dětí, kteří organizaci Lumos ústně sdělovali, že nepravidelná školní docházka a problémy ve škole jsou v České republice jedním z hlavních důvodů odebírání dětí z rodiny.
[135] Ve společenských vědách je asociace považována za silnou, když variace v nezávislé proměnné vysvětluje více než 60 % odchylek závislé proměnné, všechny asociace zde mohou být považovány za silné.
[136] Zákon o sociálním bydlení a příspěvku na bydlení.
[137] Kapacity azylových domů v různých regionech vypočítané pomocí údajů dostupných z Rejstříku sociálních služeb (http://iregistr.mpsv.cz) (ověřeno k 11. 5. 2018). Byly zahrnuty pouze azylové domy, které jako svou cílovou skupinu deklarují děti ve věku 0–15 let. Podle údajů dostupných v rejstříku je jedna třetina lůžek v azylových domech obvykle určena rodičům (matkám) a dvě třetiny dětem. Proto se předpokládalo, že dvě třetiny celkového počtu lůžek v azylových domech v regionech jsou pro děti.
[138] Výpočet Lumosu vychází z údajů uvedených v Základní síti sociálních služeb pro rok 2018, kterou vydaly jednotlivé krajské úřady.
[139] Neubauerova, N. (2016). *Problematika služieb sociálnej prevencie pre ohrozené rodiny s deťmi vo vybranej lokalite [Social Prevention Services in a Locality]*. Fakulta sociálních věd, katedra veřejné a sociální politiky, Univerzita Karlova v Praze.
[140] Výpočet Lumosu vychází z údajů poskytnutých kojeneckými ústavy a ústavy pro osoby se zdravotním postižením v odpovědi na žádosti organizace Lumos vznesené dle Zákona o svobodném přístupu k informacím.
[141] Výpočet Lumos na základě dat z: Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2017). *ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období 2007–2015.* http://www.uzis.cz/system/files/NZIS_REPORT_c_K33_09_16_A410_detske_domovy_pro_deti_do_3_let_veku_a_detska_centra.pdf (ověřeno 24. 3. 2018).
[142] Institut projektového řízení (2015). *op.cit.*
[143] Analýza zpracovaná Lumosem pro Pardubický kraj, interní dokument, nepublikováno.
[144] Lumos (2015). *op. cit.*
[145] Institut projektového řízení. (2015). *op. cit.*
[146] Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2017). *op. cit.*
[147] *Většině ČR není dostupná domácí dětská paliativní péče.* (2013). http://www.protext.cz/zprava.php?id=25113 [ověřeno 16. 6. 2018].
[148] Výpočet Lumosu na základě dat poskytnutých MPSV a dat obdržených od jednotlivých DOZP.
[149] Výběr služeb zahrnutých do analýzy byl omezen kvůli dostupnosti dat.
[150] Toto je způsobeno rozdíly v podílu finančních prostředků z úhrad uživatelů a darů soukromého sektoru a v objemu prostředků, které různí poskytovatelé dostávají od obcí a krajů. V Anglii jsou lokální samosprávy zodpovědné za sociální služby, místní samosprávy v ČR nemají podobnou zodpovědnost. Kraje jsou zodpovědné za přerozdělování prostředků ze státního rozpočtu, avšak nemají povinnost věnovat na sociální služby žádné prostředky rozpočtu kraje. Neexistují žádná pravidla pro to, jak by měly místní a krajské samosprávy nakládat se svými rozpočty, některé tak vynakládají na sociální služby výrazně více než jiné.
[151] Finanční data za 3 kojenecké ústavy, které fungují v rámci jednoho právního subjektu při nemocnici, byla poskytnuta na základě žádosti o poskytnutí informace.
[152] K výpočtu veřejných výdajů na jedno lůžko a jedno dítě byla využita data o lůžkové kapacitě a evidenčním počtu dětí v lednu 2018, jak byla zaznamenána v *Databázi ústavní výchovy*. https://datanastenka.msmt.cz/SitePages/dbuv.aspx [ověřeno 25. 1. 2018].
[153] Macela, M. (2018). *Analýza financování systému péče o ohrožené děti v České republice*. Projektový výstup zpracovaný pro MPSV. www.pravonadetstvi.cz/stahnout-soubor/analyza-financovani-final/ [ověřeno 24. 5. 2018].
[154] *Tamtéž.*
[155] *Tamtéž*
[156] Registr je dostupný zde: www.iregistr.mpsv.cz [ověřeno 24. 5. 2018].
[157] Dokument publikovaný Krajským úřadem Zlínského kraje, dostupný zde: https://www.kr-zlinsky.cz/docs/clanky/dokumenty/11877/prehled-obvyklych-nakladu-na-jednotku-a---podilu-financni-podpory-z-usc-pro-rok-2017.xlsx (ověřeno 24. 5. 2018).
[158] Macela, M. 2018. *op. cit.*

# Poznámky v boxech

**Box 1**

[I] Berens, A. E. & Nelson, C. A. (2015). Op. cit.
Langmeier, J. & Matějček, Z. (1974). Psychická deprivace v dětství [Psychic Deprivation in Childhood]. Praha, Avicenum, str. 99–101.
[II] Vorria, P., et al. (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: I. Social, emotional, and behavioural differences. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39.02: 225–236.
Vorria, P., et al. (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: II. Possible mediating mechanisms. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39.2: 237–245.
Vorria, P., et al. (2006). The development of adopted children after institutional care: a follow-up study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47.12: 1246–1253.
Giagazoglou, P., et al. (2012). The effect of institutionalisation on psychomotor development of preschoolaged children. Research in Developmental Disabilities, 33.3: 964–970.
Baptista, J., et al. (2013). Social withdrawal behavior in institutionalised toddlers: Individual, early family and institutional determinants. Infant Mental Health Journal, 34.6: 562–573.
[III] Harden, B. J. (2002). Congregate care for infants and toddlers: Shedding new light on an old question. Infant Mental Health Journal, 23: 476–495.
[IV] Oliveira, P. S., et al. (2012). Indiscriminate behavior observed in the strange situation among institutionalised toddlers: Relations to caregiver report and to early family risk. Infant Mental Health Journal, 33.2: 187–196.
[V] Vorria, P., et al. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44.8: 1208–1220.
[VI] Lee, R. M., et al. (2010). The behavioral development of Korean children in institutional care and international adoptive families. Developmental Psychology, 46.2: 468.
Julian, M. M. (2013). Age at adoption from institutional care as a window into the lasting effects of early experiences. Clinical Child and Family Psychology Review, 16.2: 101–145.

**Box 6**

[I] Tyto výpočty berou v úvahu pouze náklady státu. Celkové náklady nemohly být vyčísleny, protože dodatečné financování je poskytováno ze soukromých zdrojů a charitativních organizací, což je velmi obtížné vysledovat.
[II] Dlouhodobí pěstouni také mohou dostat příspěvek na zakoupení motorového vozidla a mají nárok na příspěvek při převzetí dítěte. Ty představují pouze minimální náklady, a proto nejsou zahrnuty do výpočtů.

## Lumos

Lumos byl založen J. K. Rowlingovou v roce 2005 a je pojmenován podle světelného kouzla z jejích knih o Harrym Potterovi.
Lumos bojuje za svět, kde mohou rodiny zůstat spolu a děti mají láskyplnou péči a ochranu, kterou potřebují, za svět bez dětských domovů a ústavů. Upozorňuje na negativní dopady institucionalizace na dětský vývoj a naopak na velký přínos alternativního způsobu péče o ohrožené děti založeného na podpoře rodiny a komunity. Zaměřuje se na řešení základních příčin rozdělení rodin, mezi něž patří chudoba, diskriminace a obchodování s lidmi.
Mluví jménem osmi milionů dětí, které žijí v dětských domovech a dalších institucích po celém světě, a snaží se přispět ke změně péče, tak aby každé dítě mohlo vyrůstat v rodinném prostředí.
80 % těchto dětí nejsou sirotci a my ukazujeme, že se správnou podporou mohou zůstat u svých rodin nebo vyrůstat v náhradním rodinném prostředí.
V České republice působí Lumos od roku 2008. Hlavním posláním je přispět ke změně systému péče o ohrožené děti, tak aby děti měly možnost především zůstat ve své biologické rodině nebo měly možnost odejít do náhradní rodinné péče. Lumos se zaměřuje především na prevenci odebírání dětí z rodin a jejich přijímání do institucionální péče a podporuje úřady při rozvoji komunitních služeb pro biologické rodiny a při rozvoji náhradní rodinné péče. Hlavním cílem naší činnosti v ČR je pomáhat vládním a místním úřadům se zavedením národního akčního plánu pro transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti.

www.wearelumos.org, @ Lumos
© Lumos 2018. Všechna práva vyhrazena.
Použité obrázky namalovaly děti v rámci akcí Národního parlamentu dětí a mládeže na téma lidská práva.