

Metodika pro stanovení referenčních kapacit sociálních služeb na úrovni SO ORP

Verze pro proces certifikace

Autorský kolektiv:

PhDr. Tomáš Soukup, Ph.D.

Bc. Ladislav Marek

Ing. Daniel Franke, Ph.D.

Ing. arch. Vladka Kirschner, Ph.D.

Ing. Jan Maňas

Mgr. Ing. Kateřina Švecová

Ing. arch. Tomáš Peltan, Ph.D.

Česká zemědělská univerzita v Praze

2024

T A
Č R

Dedikace

Metodika je výsledkem řešení výzkumného projektu TL05000348 Plánování kapacit sociálních služeb a související občanské vybavenosti řešeného v rámci Programu na podporu aplikovaného společenskovedního a humanitního výzkumu, experimentálního vývoje a inovací ÉTA, 5. veřejné soutěže poskytovatele Technologické agentury ČR v roce 2021 – 2023.

Jména oponentů

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc., Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik

PhDr. Tomáš Klinecký, Úřad městské části Praha 2, Humanitní odbor

Cíl metodiky

Cílem metodiky je stanovení postupů pro určení referenčních kapacit a referenční dostupnosti sociálních služeb.

Referenční hodnoty stanovené postupy podle této metodiky by měly sloužit jako jeden z podkladů pro diskuzi při zpracování střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb zpracovávaných pro správní obvody obcí s rozšířenou působností. Referenční hodnoty přitom odpovídají komparativním potřebám¹, které jsou uvedeny jako jeden z podkladů pro komunitní plánování sociálních služeb v dokumentu MPSV (2020: 6)².

Referenční hodnoty není možné považovat za náhradu procesu zjišťování potřeb v rámci plánování sociálních služeb.

Novost postupů

Novost postupů v této metodice spočívá v několika oblastech:

- stávající normativy, které existují pro některé pobytové služby (např. Průša L. Víšek P. (2013) Optimalizace sociálních služeb, VÚPSV Praha, Marek J. (2013) Sociální služby na rozcestí, UUR (2020): Principy a pravidla územního plánování), většinou stanovují hodnoty paušálně podle počtu obyvatel, bez přihlídnutí k jejich sociodemografické struktuře a socioekonomické situaci. Postupy v této metodice **zohledňují strukturu obyvatelstva a vlastnosti území, které odrážejí socioekonomickou situaci.**
- metodika **komplexně pokrývá sociální služby³ i další služby pro děti a rodinu**
- metodika pracuje s **trendy, které probíhají v oblasti sociálních služeb** a zohledňuje je při výběru území, na základě kterých jsou určeny referenční kapacity
- metodika pracuje s **územním charakterem poskytování jednotlivých druhů služeb** – od služeb, které jsou typicky poskytovány na lokální úrovni, respektive v měřítku SO ORP, až po služby, které jsou typicky poskytovány na měřítkové úrovni krajů. Metodika také zohledňuje **sídelní strukturu** (AURS, spol. s r. o. a ÚRS Praha, a. s., 2017: Sídelní struktura České republiky. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR).
- metodika **vychází z podrobných lokalizovaných kapacit sociálních služeb a jejich zařízení** na základě otevřených dat registru poskytovatelů sociálních služeb, dostupných dat kapacit sociálních služeb zařazených do krajských sítí a doplňkových údajů služeb. Postupy jsou transparentně zdokumentované v přílohách metodiky.
- metodika nepracuje pouze s průměrnými hodnotami, ale také s **hodnotami charakteristickými pro území, ve kterých jsou příslušné služby prioritou** (kapacita pro 75. percentil území srovnatelného charakteru) a určuje podíly území podobného charakteru, ve kterých je služba poskytována.
- u služeb zaměřených na seniory a osoby se zdravotním postižením byl využit postup, který **umožňuje predikci budoucího vývoje** s využitím výstupů demografických prognóz (některé v praxi používané postupy, které vycházejí z počtů příspěvků na péči, predikci přímo neumožňují)

¹ Komparativní potřeby jsou definovány jako potřeby „extrapolované z vyjádřených potřeb populace, kde jsou tyto služby dostupné a využívané, na populaci s podobnými charakteristikami, kde potřeby zůstávají nevyjádřené“ (MPSV, 2020). Vycházíme přitom z předpokladu, že se vyjádřeným potřebám v takových územích díky průběžnému komunitnímu plánování přibližují skutečné kapacity příslušných služeb.

² MPSV, 2020. Aktualizovaná metodická doporučení pro oblast plánování sociálních služeb. Doporučený postup. Praha: MPSV.

³ s výjimkou služeb, které nemají jasnou vazbu na území, ve kterém jsou poskytovány, tj. bez telefonické krizové pomoci, terapeutických komunit a sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních.

- postupy v metodice jsou stanovené způsobem, který umožňuje jejich aplikaci s využitím dostupných dat a s běžným softwarovým vybavením

Vlastní popis metodiky (následující podkapitoly)

Metodika stanovuje dva postupy: stanovení referenčních kapacit a stanovení referenční dostupnosti na sídelně strukturální úrovni.

Určení referenčních kapacit

Referenční kapacitou se rozumí hodnoty odvozené od kapacit sociálních služeb ve srovnatelných územích a vztahené k charakteristikám posuzovaného území. Hodnoty jsou založeny na stávajícím stavu kapacit a jsou určovány ve dvou úrovních.

- průměr kapacit v referenčních územích (různé pro jednotlivé služby, viz dále)
- 75. percentil jako ukazatel referenčních kapacit odpovídajících územím, ve kterých je příslušná služba prioritou (dále označováno též „prioritní referenční kapacita“)

Stanovení referenčních kapacit je prováděno dvěma odlišnými způsoby podle charakteru převažující cílové skupiny posuzovaných sociálních služeb. První skupina zahrnuje služby určené pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Druhá skupina pak služby, jejichž potřeba souvisí zejména se socioekonomickou situací v regionu.

Jako ukazatel referenční kapacity se u pobytových služeb určuje počet lůžek, u ambulantních a terénních služeb pak počet úvazků v přímé péči.

Stanovení referenčního území

Pro výpočet referenční kapacity je nejprve nutné stanovit referenční území. To se liší podle charakteru služby. Rozlišujeme tři druhy služeb podle měřítka obsluhovaného území: (1) **SO ORP**, (2) **okres** (nebo srovnatelně velké území tvořené obvykle více SO ORP) a (3) **kraj**.

Tato území odpovídají charakteru služeb a typické vzdálenosti, kterou jsou za službou její klienti schopni dojíždět. Tomu odpovídá význam výsledku i způsob výpočtu měrných referenčních kapacit. U služeb v první skupině je nezbytným předpokladem užívání bezprostřední dostupnost. Jedná se často o terénní služby, případně o ambulantní služby, které slouží svému bezprostřednímu okolí (například nízkoprahové zařízení pro děti a mládež). V případě terénních služeb přitom může být zázemí služby lokalizováno mimo obsluhované území.

U služeb poskytovaných v měřítku odpovídajícím okresům se obvykle jedná o pobytové služby, případně o specializovanější ambulantní služby, které slouží užší cílové skupině. I když jsou tyto služby poskytovány většinou v širším měřítku, je i v tomto případě žádoucí zajistit jejich co nejlepší dostupnost. To se týká zejména situace, kdy je v příslušném území (okrese, skupině SO ORP) dostatečná potřeba kapacity této služby, která umožňuje její efektivní poskytování ve více zařízeních.

V případě služeb, které jsou poskytovány v měřítku kraje, se většinou jedná o poměrně specializované služby s úzkou cílovou skupinou. V kraji bývá často jediné zařízení takových služeb.

Sociální služby zaměřené na seniory a osoby se zdravotním postižením

Standardizace a přepočítání na potřebnost

Potřeba služeb pro seniory a OZP úzce souvisí s příspěvkem na péči (dále PnP). Ty jsou určeny osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti (4 stupně) podle zákona o sociálních službách. Z PnP pak mohou tyto osoby hradit sociální péči.

Počet vyplácených příspěvků však není vhodným podkladem pro stanovení referenčních hodnot potřeby těchto služeb. První důvod souvisí s jejich nerovnoměrným rozložením v území. Podrobná analýza ukázala, že skutečný počet vyplácených PnP je v praxi ovlivněn faktory, které s potřebností nesouvisí (přísnost posudkového lékaře a nahlášení trvalého pobytu do pobytových zařízení).

Z tohoto důvodu jsou referenční kapacity stanoveny na základě **modelových příspěvků na péči**. Tento ukazatel vyjadřuje, kolik lidí by při dané věkové struktuře pobíralo PnP podle celorepublikového podílu lidí pobírajících PnP. V každém regionu vezmeme jednotlivé věkové kohorty a násobíme jejich velikost koeficientem, který je odvozen od celorepublikových podílů osob příslušného věku, které PnP pobírají. Pro některé druhy služeb mohou být relevantní modelové příspěvky na péči vztahované pouze na dílčí věkovou kohortu (viz Tabulka 2).

Při plánování doporučujeme zpracovat i demografickou prognózu pro spádové území. Díky tomu je možné zpracovat referenční hodnoty i do budoucna a reflektovat tak zvyšující se potřebnost z důvodu stárnutí populace.

Pro zachování konzistentnosti výsledků je nutné pro predikci používat celorepublikové podíly, které byly použity při kalibraci modelu. Ty jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 1: Celorepublikové podíly osob pobírajících PnP použité pro výpočet modelových PnP*

	Muži	Ženy
0-17 let	2,0 %	1,2 %
18-64 let	1,4 %	1,1 %
65-74 let	4,6 %	4,2 %
75-84 let	10,4 %	15,9 %
85-94 let	30,8 %	51,4 %
95 a více let	74,5 %	86,4 %
Celkem	2,7 %	4,1 %

Zdroj: MPSV a ČSÚ, výpočet autor; * Vychází z analýzy dat za rok 2021

Kapacity a referenční území

Při výpočtu referenčních hodnot vycházíme z průměru a 75. percentilu kapacit v referenčních územích. Kapacity jsou čerpány z **Registru sociálních služeb**. Ten na rozdíl od krajských základních sítí obsahuje všechna registrovaná zařízení⁴.

Protože nechceme konzervovat stávající stav, počítáme referenční kapacity pouze z vybraných ORP. Chtěli jsme zahrnout všeobecně přijímané trendy podpory pečujících, setrvání v domácím prostředí, deinstitucionalizace a humanizace pobytových zařízení. Z dotazníkového šetření i následné analýzy vyplynulo, že v některých krajích prosazují tyto trendy více než v jiných. Referenční území jsou tvořena **ORP z „trendy krajů“**. Za ty považujeme Liberecký, Pardubický, Zlínský, Moravskoslezský, Královéhradecký, Jihomoravský, Ústecký, Vysočinu, Prahu a Středočeský kraj. Zdůvodnění a bližší specifikace je uvedena v příloze.

Konečně některé služby mají **krajský charakter** (např. tlumočnické služby), některé **okresní charakter** (např. domovy pro seniory) a jiné mají měřítko obsluhovaného území **SO ORP** (např. pečovatelská služba). Toto rozdělení nám poslouží pro stanovení, zda máme do referenčních hodnot započítávat i ta ORP, kde se daná služba vůbec nenachází. Služby, které mají měřítko obsluhovaného území SO

⁴ Jeden z největších rozdílů v kapacitách mezi registrem a základními sítěmi je u domovů se zvláštním režimem. V krajských sítích často chybí zařízení soukromých poskytovatelů.

ORP, by se měly vyskytovat ve všech ORP⁵ a proto počítáme průměr a 75. percentil pouze z těch ORP, kde jsou přítomné. Referenční kapacity služeb okresního⁶ charakteru počítáme ze všech ORP. Kapacity služeb krajského charakteru počítáme z průměru za kraje. Tabulka níže u jednotlivých služeb uvádí způsob přepočtu a doporučené referenční hodnoty.

⁵ Mezi dva hlavní důvody nedostupnosti služeb s měřítkem obsluhovaného území SO ORP patří nově se rozvíjející služby (např. odlehčovací služby) a politické důvody (některé služby nepřinášejí politické body).

⁶ Nepřítomnost služeb okresního charakteru ve vybraných ORP pramení nejčastěji ze skutečnosti, že jeden domov často slouží pro obyvatele z více ORP.

Tabulka 2: Referenční hodnoty a způsob přepočtu u jednotlivých služeb

Služba	Charakter obsluhovaného území	Přepočet na	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Domovy pro seniory	Okresní úroveň (počítáno za všechna ORP)	lůžka na 10 tis. model. příjemců PnP 65+ let	90 % ORP	1 529	2 121
Domovy se zvláštním režimem	Okresní úroveň (počítáno za všechna ORP)	lůžka na 10 tis. model. příjemců PnP 65+ let	81 % ORP	1 110	1 511
Domovy pro OZP	Okresní úroveň (počítáno za všechna ORP)	lůžka na 10 tis. model. příjemců PnP 0-64 let	60 % ORP	1 182	1 855
Chráněné bydlení	Okresní úroveň (počítáno za všechna ORP)	lůžka na 10 tis. model. příjemců PnP	68 % ORP	132	173
Týdenní stacionáře	Krajská úroveň (počítáno za kraj)	lůžka na 10 tis. model. příjemců PnP	100 % krajů	20	29
Odlehčovací služby (pobytové)	Úroveň SO ORP (počítáno za ORP, kde mají tuto službu)	lůžka na 10 tis. model. příjemců PnP	68 % ORP	89	107
Centra denních služeb	Úroveň SO ORP (počítáno za ORP, kde mají tuto službu)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	25 % ORP	43	56
Denní stacionáře	Úroveň SO ORP (počítáno za ORP, kde mají tuto službu)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	69 % ORP	56	74
Odlehčovací služby (ambulantní)	Úroveň SO ORP (počítáno za ORP, kde mají tuto službu)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	45 % ORP	33	40
Osobní asistence	Úroveň SO ORP (počítáno za ORP, kde mají tuto službu)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	66 % ORP	75	90
Pečovatelská služba	Úroveň SO ORP (počítáno za ORP, kde mají tuto službu)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	99 % ORP	187	228
Průvodcovské a předčitatelské služby	Krajská úroveň (počítáno za kraj)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	80 % krajů	0,5	0,7
Sociálně aktivizační sl. pro seniory a OZP	Úroveň SO ORP (počítáno za ORP, kde mají tuto službu)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	48 % ORP	12	14
Sociálně terapeutické dílny	Okresní úroveň (počítáno za všechna ORP)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	51 % ORP	22	35
Sociální rehabilitace	Úroveň SO ORP (počítáno za ORP, kde mají tuto službu)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	73 % ORP	49	69
Tlumočnické služby	Krajská úroveň (počítáno za kraje)	úvazků na 10 tis. model. příjemců PnP	100 % krajů	3,4	4,6

Ranou péči jsme do modelu nezahrnovali, protože její kapacity jsou minimální.

Služby související zejména se socioekonomickou situací

Tyto služby většinou velmi úzce souvisí se socioekonomickou situací. Mezi ukazatele potřeby by patřila nezaměstnanost, nízké vzdělání, znevýhodnění na základě etnické nebo náboženské příslušnosti, exekuce, vyplacené dávky v hmotné nouzi, počty uživatelů návykových látek, lidí bez přístřeší či nedokončování základní školní docházky.

Část těchto ukazatelů přitom není dostupná v potřebném prostorovém rozlišení, vykazují vysokou variabilitu v čase, jsou často skokově ovlivněny metodikou sledování a v některých případech jsou dostupná data zcela nespolehlivá.

Problémem je také komplexní vztah jednotlivých služeb v této skupině ukazatelů, neboť pro jednotlivé dílčí služby je relevantní často velmi specifická kombinace ukazatelů. Ani vztah mezi některými parametry a potřebnými kapacitami není lineární – i vysoký absolutní počet nezaměstnaných při relativně nízké míře nezaměstnanosti nemusí vyvolávat příliš vysokou potřebu souvisejících služeb. Naopak vysoká koncentrace nezaměstnanosti do určitého území nebo skupiny obyvatel může vést k vysoké potřebě služeb i při jinak relativně nízkých absolutních počtech nezaměstnaných členů takové lokality nebo skupiny. Posouzení by tak bylo velmi složité, bez výrazného zlepšení stanovených referenčních hodnot. Stanovení referenčních kapacit je proto založeno na **porovnání SO ORP, respektive okresů či krajů, které jsou si sobě navzájem sociálně a geograficky podobné.**

Služby na měřítkové úrovni SO ORP

Mezi služby, pro které je relevantní měřítko SO ORP řadíme nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, odborné sociální poradenství, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a terénní programy. Referenční hodnoty jsou stanoveny na základě sociálně a geograficky obdobných skupin SO ORP.

Skupiny srovnatelných SO ORP

SO ORP rozdělujeme do osmi skupin srovnatelných SO ORP. Pro rozdělení na obdobná SO ORP používáme tři proměnné – Index sociálního vyloučení, významnost sídla v sídelní struktuře ČR a vzdálenost od krajského města (v minutách jízdy automobilu). Tyto tři proměnné (index sociálního vyloučení, významnost sídla a vzdálenost od krajského města) dohromady vysvětlují zhruba 57 % variability souhrnné kapacity těchto služeb (blíže viz příloha).

Index sociálního vyloučení je kompozitním ukazatelem, který odráží celkovou socioekonomickou situaci v území a vychází z počtů příjemců příspěvku na živobytí, příspěvku na bydlení, osob v exekuci, dlouhodobě nezaměstnaných osob a předčasných odchodů ze systému vzdělávání – běžných tříd. Index má ve všech ukazatelích tři komponenty – absolutní počet, relativní podíl a lokační kvocient. Díky absolutní komponentě vykazuje nepříznivější výsledky v lidnatějších SO ORP (typicky s vyššími centry), mezi kterými se nevyskytují SO ORP s nízkým indexem sociálního vyloučení ani tam, kde je socioekonomická situace jinak příznivá. Tuto vlastnost je třeba vést v patrnosti při srovnávání území s podobnou mírou indexu sociálního vyloučení, ale s jinou pozicí v rámci struktury osídlení.

Index poskytuje Odbor sociálního začleňování Ministerstva pro místní rozvoj ČR (Agentura pro sociální začleňování). Index je pro úroveň obcí dostupný na stránkách https://www.socialni-zaclenovani.cz/index_socialniho_vyloucenii/, kde je uveden i postup agregace⁷ z úrovně obcí na vyšší územní úroveň (tj. pro úroveň ORP).

⁷ Uvedený vzorec agregace se zdá být zdánlivě složitý. Ve své podstatě se ovšem jedná o průměr indexů za jednotlivé obce v území vážené počtem obyvatel jednotlivých obcí.

Významnost sídla odráží jednak koncentraci specializovanějších zařízení do významnějších obslužných center, jednak odráží to, že významnější centra díky anonymnějšímu prostředí umožňují lépe přežít například lidem bez domova či lidem závislým na návykových látkách. Zařazení příslušného SO ORP vychází z kategorizace centra dle metodiky Sídelní struktura České republiky (AURS a ÚRS Praha, 2017) a uvažuje se vždy nejvyšší kategorie centra přítomná v příslušném SO ORP. Využívají se pouze hlavní kategorie, tj. centra vyšší, střední a ostatní. Poslední skupina zahrnuje nižší centra a případnou situaci, kdy by v SO ORP byla pouze centra kategorizovaná v rámci Sídelní struktury České republiky jako malá⁸

Poslední parametr vychází z rozdílné potřeby služeb vzhledem k dostupnosti služeb v krajských městech. ORP v bezprostředním zázemí krajských měst tak obsahují relativně menší množství těchto služeb, naopak vzdálenější ORP musí tyto služby zajišťovat vlastními silami. Časová dostupnost krajského města je stanovena jako vážený průměr časových dostupností z jednotlivých obcí ORP. Dostupnosti obcí se stanovují po cestní síti mezi definičními body obce a krajského města a vychází z typických rychlostí na jednotlivých třídách (viz příloha).

Při interpretaci výsledků je nutné věnovat pozornost situaci, kdy je příslušný SO ORP hraničním. V případě, že se SO ORP nachází na rozhraní dvou skupin, je vhodné srovnat parametry charakteristické pro obě skupiny. Pokud se SO ORP v rámci skupiny jedním nebo více parametry odlišuje, je žádoucí tuto skutečnost u výsledků uvést a výsledky by měly být podrobněji diskutovány vzhledem k místním podmínkám a atypické hodnotě příslušného parametru⁹.

Jednotlivé skupiny jsou uvedeny v tabulce 3. Nejmenší skupina obsahuje 9 SO ORP, největší 42. Pro zařazení posuzovaného SO ORP do kategorií jsou stanovena rozmezí jednotlivých parametrů v příslušné skupině.

Tabulka 3: Skupiny srovnatelných SO ORP

Skupina		Počet SO ORP	Kategorie centra	Index sociálního vyloučení	Časová dostupnost krajského města (minut)
1	Vysoký index sociálního vyloučení (SV), vyšší centra	9	vyšší	11-30	bez omezení
2	Vysoký index sociálního vyloučení (SV), střední a ostatní centra	20	střední + ostatní	11-30	bez omezení
3	Střední index SV, vyšší centra	20	vyšší	5-11	bez omezení

⁸ V metodice jsou na celostátní úrovni vymezena pouze vyšší a střední centra, nižší a malá centra v době zpracování této metodiky vymezena nebyla a jsou vymežována na úrovni krajů. Předpokládáme, že jako nižší centra budou kategorizovány všechny obce s rozšířenou působností, přesto je v metodice diskutována situace několika z nich, které nesplňují potřebné kvantitativní parametry.

⁹ Tento problém se v rámci pilotních studií týká Karviné, která se svou hodnotou indexu sociálního vyloučení vymyká všem ostatním ORP ve sledované skupině. Stanovené referenční hodnoty tak mohou v podobném atypickém území podhodnocovat skutečnou potřebu.

4	Střední index SV, střední centra	29	střední	5-11	bez omezení
5	Nízký index SV, střední centra	26	střední	1-5	bez omezení
6	Střední index SV, ostatní centra	25	ostatní	5-11	bez omezení
7	Nízký index SV, ostatní centra vzdálenější od kraj. měst	35	ostatní	1-5	40+ min.
8	Nízký index SV, ostatní centra bližší kraj. městům	42	ostatní	1-5	< 40 min.

Referenční hodnoty pro srovnatelné skupiny SO ORP

Po stanovení skupiny srovnatelných SO ORP jsou referenční kapacity stanoveny přepočtem podle počtu obyvatel na základě tabulek 4 až 7. Pro každou kapacitu se stanovuje průměrná hodnota a referenční prioritní hodnota.

Tabulka 4 – NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ – referenční kapacity zařízení v jednotlivých srovnatelných skupinách – úvazků v přímé péči na 10 000 dětí ve věku 0 – 19 let

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, na 10 000 dětí 0-19 let	% výskyt v obdobných ORP	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
1. Vysoký index SV, vyšší centra	100 %	8,21	10,60
2. Vysoký index SV, střední a ostatní centra	85 %	11,23	14,27
3. Střední index SV, vyšší centra	100 %	4,00	5,08
4. Střední index SV, střední centra	93 %	4,19	5,39
5. Nízký index SV, střední centra	60 %	7,00	7,00
6. Střední index SV, ostatní centra	81 %	3,29	7,86
7. Nízký index SV, ostatní centra vzdálenější od kraj. měst	51 %	5,81	7,52
8. Nízký index SV, ostatní centra bližší kraj. městům	50 %	5,57	5,91

Tabulka 5 – ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ – referenční kapacity zařízení v jednotlivých srovnatelných skupinách – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

Odborné sociální poradenství, na 10 000 obyvatel	% výskyt v obdobných ORP	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
1. Vysoký index SV, vyšší centra	100 %	2,08	2,11
2. Vysoký index SV, střední a ostatní centra	85 %	1,05	1,29
3. Střední index SV, vyšší centra	100 %	1,79	2,24
4. Střední index SV, střední centra	100 %	1,19	1,19
5. Nízký index SV, střední centra	84 %	1,14	1,32
6. Střední index SV, ostatní centra	100 %	1,15	1,16
7. Nízký index SV, ostatní centra vzdálenější od kraj. měst	83 %	0,67	0,83
8. Nízký index SV, ostatní centra bližší kraj. městům	55 %	0,53	0,61

Tabulka 6 – SAS PRO RODINY S DĚTMI – referenční kapacity zařízení v jednotlivých srovnatelných skupinách – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

SAS pro rodiny s dětmi, na 10 000 obyvatel	% výskyt v obdobných ORP	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
1. Vysoký index SV, vyšší centra	100 %	1,43	1,79
2. Vysoký index SV, střední a ostatní centra	85 %	1,57	1,75
3. Střední index SV, vyšší centra	100 %	1,28	1,72
4. Střední index SV, střední centra	93 %	1,14	1,46
5. Nízký index SV, střední centra	72 %	1,37	1,37
6. Střední index SV, ostatní centra	88 %	0,87	1,34
7. Nízký index SV, ostatní centra vzdálenější od kraj. měst	74 %	1,02	1,39
8. Nízký index SV, ostatní centra bližší kraj. městům	40 %	0,70	1,06

Tabulka 7 – TERÉNNÍ PROGRAMY – referenční kapacity zařízení v jednotlivých srovnatelných skupinách – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

Terénní programy, na 10 000 obyvatel	% výskyt v obdobných ORP	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
1. Vysoký index SV, vyšší centra	100 %	1,53	2,02
2. Vysoký index SV, střední a ostatní centra	80 %	1,62	1,80
3. Střední index SV, vyšší centra	100 %	1,01	1,15
4. Střední index SV, střední centra	62 %	0,89	0,98
5. Nízký index SV, střední centra	20 %	1,00	1,01
6. Střední index SV, ostatní centra	54 %	0,68	1,35
7. Nízký index SV, ostatní centra vzdálenější od kraj. měst	11 %	0,88	1,20
8. Nízký index SV, ostatní centra bližší kraj. městům	14 %	0,73	1,03

Služby na úrovni okresu – sociálně obdobné okresy

Za služby na měřítkové úrovni okresu jsou považované azylové domy, noclehárny, kontaktní centra, nízkoprahová denní centra a podpora samostatného bydlení. Měrné referenční kapacity uvedené v tabulkách níže byly stanoveny za okresy. Při stanovení referenčních hodnot pro konkrétní území se přitom při plánování jednotlivých služeb vychází z místních zvyklostí, které nemusí respektovat hranice okresů (a v některých případech ani krajů). I při společném plánování služeb by přitom měla být prioritou co nejlepší dostupnost služeb pro jejich klienty a mělo by být upřednostňováno lokální zajištění služeb, zejména při navyšování jejich kapacit v nerovnoměrně obslužených územích.

Okresy dělíme do tří skupin na základě indexu sociálního vyloučení. Ten jsme přepočítali jako vážený průměr dle počtu obyvatel v jednotlivých obcích. Přehled počtu okresů uvádíme v tabulce.

Okresy okolo velkých měst byly přiřčeny k danému městu, se kterým funkčně souvisí (Praha-východ a Praha-západ k Praze, Plzeň-sever a jih k Plzni, Brno-venkov k Brno-město).

Tabulka 8: Skupiny okresů

Skupina	Počet ORP	Index sociálního vyloučení
1 Nízký index SV	20	0 – 4,9
2 Střední index SV	29	5 – 7,9
3 Vysoký index SV	23	8+

Po stanovení skupiny obcí jsou referenční kapacity stanoveny přepočtem podle počtu obyvatel na základě tabulek 9 až 13. Pro každou kapacitu se stanovuje průměrná hodnota a referenční prioritní hodnota.

Tabulka 9 – AZYLOVÉ DOMY – referenční kapacity zařízení v jednotlivých skupinách – lůžek na 10 000 obyvatel

Azylové domy, na 10 000 obyvatel	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Nízké SV (do 4,9)	85 %	5,55	7,51
Střední SV (5 - 7,9)	93 %	6,82	7,84
Vysoké SV (8+)	95 %	9,74	11,69

Tabulka 10 – NOCLEHÁRNY – referenční kapacity zařízení v jednotlivých skupinách – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

Noclehárny, na 10 000 obyvatel	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Nízké SV (do 4,9)	50 %	0,25	0,31
Střední SV (5 - 7,9)	66 %	0,29	0,36
Vysoké SV (8+)	77 %	0,29	0,39

Tabulka 11 – KONTAKTNÍ CENTRA – referenční kapacity zařízení v jednotlivých skupinách – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

Kontaktní centra, na 10 000 obyvatel	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Nízké SV (do 4,9)	50 %	0,24	0,30
Střední SV (5 - 7,9)	69 %	0,31	0,40
Vysoké SV (8+)	82 %	0,32	0,40

Tabulka 12 – NÍZKOPRAHOVÁ DENNÍ CENTRA – referenční kapacity zařízení v jednotlivých skupinách – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

Nízkoprahová denní centra, na 10 000 obyvatel	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Nízké SV (do 4,9)	45 %	0,34	0,38
Střední SV (5 - 7,9)	69 %	0,34	0,38
Vysoké SV (8+)	77 %	0,34	0,38

Tabulka 13 – PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ – referenční kapacity zařízení v jednotlivých skupinách – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

Podpora samostatného bydlení, na 10 000 obyvatel	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Nízké SV (do 4,9)	30 %	0,30	0,42
Střední SV (5 - 7,9)	59 %	0,30	0,42
Vysoké SV (8+)	68 %	0,62	0,90

Služby na úrovni kraje

Za služby na úrovni kraje jsou považovány Domy na půl cesty, Intervenční centra, Krizová pomoc a Tísňová péče. Referenční kapacity v následujících tabulkách jsou spočteny za kraje, ve kterých se daná služba nachází.

Referenční kapacity byly stanoveny přepočtem podle počtu obyvatel posuzovaného území na základě tabulek 14 - 17. Pro každou kapacitu se stanovuje průměrná hodnota a referenční prioritní hodnota.

Tabulka 14 – DOMY NA PŮL CESTY – referenční kapacity zařízení v kraji – lůžek na 10 000 obyvatel

	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Domy na půl cesty, na 10 000 obyvatel	93 %	0,30	0,46

Tabulka 15 – INTERVENČNÍ CENTRA – referenční kapacity zařízení v kraji – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Intervenční centra, na 10 000 obyvatel	100 %	0,07	0,08

Tabulka 16 – KRIZOVÁ POMOC – referenční kapacity zařízení v kraji – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Krizová pomoc, na 10 000 obyvatel	93 %	0,13	0,17

Tabulka 17 – TÍŠŇOVÁ PÉČE – referenční kapacity zařízení v kraji – úvazků v přímé péči na 10 000 obyvatel

	% výskyt	Referenční kap. průměr	Prioritní referenční kap. (75. perc.)
Tísňová péče, na 10 000 obyvatel	93 %	0,11	0,12

Další služby zaměřené na děti a rodiny

Další služby zaměřené na děti a rodiny procházejí v současné době výraznou transformací. Dochází k proměně přístupu k poskytování těchto služeb, které jsou více založeny na potřebách a přáních dítěte. Výrazně se projevují trendy, které se týkají všech sociálních a dalších návazných služeb: zejména posílení prevence s cílem předcházení odebírání dětí z jejich rodinného prostředí a zachování jejich vztahových vazeb. Silný je také trend deinstitucionalizace, kdy je ústavní (institucionální) péče nahrazována péčí v náhradním rodinném prostředí. V celkovém přístupu pak důležitou roli hraje přechod k holistickému systému založenému na spolupráci široce definované sítě preventivních a podpůrných služeb, které výrazně přesahují oborové hranice – sociální služby a OSPOD tak úzce spolupracují se školskými a zdravotnickými zařízeními, ale také s dalšími aktéry, jako jsou rodinná centra a podobně.

Tyto trendy probíhají nerovnoměrně a postupně a mezi kraji jsou výrazné rozdíly. V rámci analýz (viz příloha) jsme identifikovali kraje, ve kterých k naplňování těchto trendů dochází v míře větší než v ostatních (dále též „trendy kraje“). I v těchto případech je ale nutné předpokládat, že proces transformace není ukončen a následující referenční hodnoty je nutné vnímat v tomto kontextu. Následující hodnoty jsou odvozeny z hodnot krajů, ve kterých dochází k poklesu počtů dětí umísťovaných do ústavní výchovy. Jedná se přitom o kraje, pro které jsou charakteristické socioekonomické problémy a ve kterých byly výchozí i celkové hodnoty relativně vysoké (Moravskoslezský, Karlovarský), ale také kraje s příznivou socioekonomickou situací, které dosáhly zlepšení z relativně příznivých hodnot (Hlavní město Praha, Středočeský kraj). Dalšími kraji, které odpovídají naplňování trendů jsou kraje Vysočina a Zlínský kraj.

Při aplikaci hodnot pro stanovení referenční potřeby je třeba zohlednit aktuální situaci jednotlivých krajů a nalézt kraje s podobnými parametry z hlediska potřeby těchto kapacit.

Zejména v případě diagnostických a výchovných ústavů je pak třeba zohlednit, že se jedná o zařízení, která jsou často poskytována pro území více krajů a v menších krajích často nejsou přítomna.

Tabulka 18: Průměrné počty dětí v NRP/ÚV a kapacity zařízení pro děti a mládež

Prepočteno na 10 tis. potřebných dětí (průměr z počtu nových případů Om¹⁰ a klientů kurátora), za „trendy kraje“

Ukazatel	Hlavní město Praha ¹¹	Moravskoslezský kraj	Středočeský kraj	Vysočina	Zlínský kraj	Nevážený průměr
Dětí v náhradní rodinné péči celkem	3 708	6 348	3 876	4 074	4 193	4 440
Dětí v náhradní rodinné péči zprostředkované	900	1 782	1 053	1 116	1 057	1 182
Počet osob vykonávajících náhradní rodinnou péči (zprostředkovanou)	474	1 470	608	1 070	1 175	959
Dětí s nařízenou ÚV v zařízeních určených pro ÚV	810	1 114	875	1 042	890	946
Dětí umístěných v ZDVOP	76	86	89	105	61	84
Střediska výchovné péče (pobytová – lůžka)	21	42	74	N/A ¹²	45	46
ZDVOP kapacita	276	106	52	229	61	145
Dětské domovy a dětské domovy se školou (lůžka)	491	1 305	1 402	1 910	1 730	1 368
Diagnostické ústavy (lůžka)	457	134	0	0	0	118
Výchovné ústavy (lůžka)	42	197	139	1067	268	162*

* Do průměru kapacity výchovných ústavů nebyla zahrnuta výrazně odlehlá hodnota kraje Vysočina

¹⁰ počet nových případů Om je ovlivněn změnou spisové směrnice, která vede k nižšímu počtu případů Om vzhledem k analyzovanému období. Pro posuzovaná území je nutné individuálně vyhodnotit důsledek změny metodiky na relativní pokles počtu nových případů Om a při výpočtu provést odpovídající korekci hodnot. Tato část metodiky by také měla projít revizí po nashromáždění dostatečného množství potřebných dat pro provedení nové analýzy s dostatečnou časovou řadou.

¹¹ hodnoty pro hlavní město Praha a Středočeský kraj jsou u pobytových zařízení ovlivněny fungováním Pražského metropolitního regionu, tj. některá zařízení umístěná v Praze slouží i pro obyvatele ze Středočeského kraje, a naopak, některá zařízení pro klienty z Prahy jsou umístěna mimo samotné hlavní město.

¹² hodnota uvedená v rejstříku škol je zjevně chybná

Referenční dostupnost služeb

Pro jednotlivé druhy sociálních služeb je kromě referenční kapacity možné stanovit také referenční dostupnost. Tato dostupnost může sloužit jako vodítko při hodnocení priority, s jakou jsou jednotlivé služby zajišťovány a odráží také probíhající trendy transformace těchto služeb.

Referenční dostupnost služeb vychází z principu sídelně strukturální dostupnosti, která je používána např. ve Standardech dostupnosti veřejné infrastruktury (Maier a kol. 2016/2020) a je vztažena k SO ORP rozlišeným podle kategorie nejvyššího centra přítomného v SO ORP dle metodiky Sídelní struktura České republiky (AURS, spol. s. r. o. a ÚRS Praha, a. s., 2017). Dostupnost byla určena dvěma rozdílnými způsoby pro služby zaměřené na seniory a osoby se zdravotním postižením a pro služby související zejména se socioekonomickou situací.

U služeb zaměřených zejména na seniory a osoby se zdravotním postižením byla pro každou z posuzovaných služeb na základě analýzy SO ORP v progresivních krajích (viz výše) vyhodnocena lokalizace stávajících zařízení služeb. Na jejím základě byl určen podíl SO ORP s jednotlivými typy center, která příslušným zařízením disponují. Uživatel metodiky tak získá představu o podílu ORP se srovnatelnou obslužnou funkcí, které disponují zařízením příslušné kategorie.

Výsledky jsou na základě měřítka obsluhovaného území shrnuty v tabulkách 19 (měřítko SO ORP), 20 (měřítko okresu) a 21 (měřítko kraje).

V některých případech je běžná lepší dostupnost, než by odpovídalo měřítku obsluhovaného území (např. služby, které postačuje zajistit na úrovni okresu jsou běžné ve většině SO ORP). V takovém případě je vhodné službu zajišťovat i pro nižší měřítkové úrovně, pokud jsou potřebné kapacity dostačující pro zřízení a efektivní provozování příslušné služby (například dostatečný počet lůžek služeb sociální péče v pobytové formě). Jedná se například o domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem, které jsou běžně dostupné i v SO ORP s nižšími a malými centry. I v takových případech může probíhat plánování kapacit na bázi spolupráce více ORP, ale s důrazem na lepší dostupnost, která bude přínosem pro uživatele.

Nižší hodnoty by naopak neměly být důvodem pro neposkytování služby, pokud je v území míra její potřeby dostačující pro zřízení takové služby a její efektivní poskytování. V některých případech nižší hodnota odráží nastavení priorit při zajišťování jednotlivých druhů sociálních služeb (např. nižší dostupnost osobní asistence ve srovnání s pečovatelskou službou). U služeb, které odpovídají probíhajícím trendům může nižší hodnota odrážet měnící se stav (odlehčovací služby) a je žádoucí její revize při budoucích aktualizacích metodiky.

Při hodnocení dostupnosti terénních služeb je nutné vést v patrnosti, že uvedené hodnoty vyjadřují dostupnost zařízení (zázemí poskytování služby), která ale v některých případech mohou zajišťovat dostupnost těchto služeb i v sousedních SO ORP, a skutečný podíl SO ORP s dostupností příslušné služby může být vyšší.

Tabulka 19: referenční dostupnosti služeb pro seniory/OZP, u kterých je měřítkem obsluhovaného území SO ORP; podíl SO ORP, ve kterých je služba přítomná, dle kategorie nejvyššího přítomného centra

Služba	Měřítko obsluhovaného území	Vyšší centra	Střední centra	Nižší a malá centra
Osobní asistence	SO ORP	100 %	71 %	53 %
Pečovatelská služba	SO ORP	100 %	100 %	97 %
Odlehčovací služby ambulantní + terénní	SO ORP	100 %	56 %	23 %
Odlehčovací služby pobytové	SO ORP	100 %	78 %	52 %
Denní stacionáře	SO ORP	95 %	86 %	49 %
SAS pro seniory a OZP	SO ORP	100 %	64 %	21 %

Tabulka 20: referenční dostupnosti služeb pro seniory/OZP, u kterých je měřítkem obsluhovaného území okres; podíl SO ORP, ve kterých je služba přítomná, dle kategorie nejvyššího přítomného centra

Služba	Měřítko obsluhovaného území	Vyšší centra	Střední centra	Nižší a malá centra
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	okres	95 %	64 %	48 %
Domovy pro seniory	okres	100 %	98 %	81 %
Domovy se zvláštním režimem	okres	100 %	90 %	69 %
Chráněné bydlení	okres	95 %	88 %	45 %

Tabulka 21: referenční dostupnosti služeb pro seniory/OZP, u kterých je měřítkem obsluhovaného území kraj; podíl SO ORP, ve kterých je služba přítomná, dle kategorie nejvyššího přítomného centra

Služba	Měřítko obsluhovaného území	Vyšší centra	Střední centra	Nižší a malá centra
Průvodcovské a předčitatelské služby	kraj	35 %	8 %	0 %
Týdenní stacionáře	kraj	45 %	20 %	13 %
Raná péče	kraj	55 %	22 %	3 %
Tlumočnické služby	kraj	60 %	20 %	3 %

U služeb souvisejících převážně se socioekonomickou situací byly stanoveny podíly v jednotlivých srovnatelných skupinách dle předchozí části. Hodnoty jsou uvedeny v tabulkách s příslušnými referenčními kapacitami (tab. 4 – 17).

Doplňující údaje pro interpretaci výsledků (volitelná část)

Referenční hodnoty jsou určeny jako podklad pro proces komunitního plánování sociálních služeb. Je proto žádoucí zajistit jejich snadnou interpretaci i pro aktéry, kteří nedisponují odpovídajícími odbornými znalostmi. Jedná se zejména o místní politiky, kterým je žádoucí poskytnout pro interpretaci výsledků odpovídající podporu.

Doplňující údaje pro interpretaci mají formu textových komentářů, které zahrnují:

- stručné shrnutí významu příslušné služby včetně zaměření na cílové skupiny
- trendy, které se ke službě vztahují
- interpretaci kapacit v rámci širších územních vztahů

- ve vztahu k jiným ORP – v rámci okresu, skupiny sousedících ORP nebo skupiny ORP stanovené na základě místní znalosti o spolupráci při poskytování sociálních služeb
- v rámci kraje
- vztah kapacity ke komplementárním sociálním službám, pro které byly stanoveny referenční kapacity
- vztah k navazujícím službám a dalším politikám, které mohou potřebnost ovlivnit, nebo být naopak přítomností zařízení ovlivněny
- případná místní specifika, která není možné přímo modelovat a vyhodnocovat, ale je žádoucí ověřit jejich vliv se znalostí místních podmínek v rámci procesu komunitního plánování

Při zpracování popisu služeb a trendů a stanovení komplementárních služeb je možné využít vzory z přílohy. Ostatní parametry jsou vyhodnoceny na základě místních znalostí.

Popis využití metodiky

Metodika se využije jako podklad pro komunitní plánování sociálních služeb, referenční hodnoty odpovídají komparativním hodnotám dle (MPSV, 2020. Aktualizovaná metodická doporučení pro oblast plánování sociálních služeb. Doporučený postup. Praha: MPSV).

Referenční hodnoty stanovené dle této metodiky je nutno ve stádiu pracovní verze diskutovat s místními znalci a je nezbytné případné zohlednění místních specifik v rámci textového komentáře a interpretace.

Výsledné referenční hodnoty jsou jedním z podkladů pro komunitní plánování. Hodnoty slouží jako podklad k diskuzi a pro její rozvinutí, zejména v oblastech potřeb, které jsou lokálně opomíjeny. Podklad také může přispět k lepšímu strukturování procesu diskuze při zjišťování potřeb a jejímu zefektivnění.

Uvažovanými uživateli metodiky jsou odborní pracovníci obcí s rozšířenou působností, účastníci procesů komunitního plánování sociálních služeb (včetně místních politiků) a zpracovatelé podkladů (analýz) pro komunitní plánování sociálních služeb.

Metodika není určena jako náhrada zjišťování potřeb v rámci komunitního plánování. Vypočtené hodnoty není možné považovat za náhradu zjišťování skutečných potřeb.

Ekonomické aspekty

Ekonomické přínosy metodiky souvisí s potenciálním zvýšením efektivity poskytování sociálních služeb, a tedy i lepším využitím dotací z veřejných rozpočtů. Tabulka 20 ukazuje státní a krajské dotace vynakládané na sociální služby. Vzhledem k zásadě 3E¹³ můžeme oprávněně předpokládat, že těmto vynaloženým nákladům odpovídají přínosy v přinejmenším stejné výši. Pokud by díky aplikaci metodiky došlo ke zvýšení efektivity poskytování těchto služeb o 1 %, tedy došlo k navýšení benefitů (například díky naplnění dosud opomíjených potřeb) nebo efektivnějšímu vynaložení prostředků z veřejných rozpočtů, činil by přínos 237 milionů Kč. Při zvýšení efektivity o 5 % by se jednalo o 1 189 milionů Kč.

¹³ hospodárnost (economy), účelnost (efficiency), efektivnost

Tabulka 22: Dotace na sociální služby.

Kraj	Státní dotace	Krajská dotace/granty	Celkem
Hlavní město Praha	1 789 536 863	512 797 000	2 302 333 863
Jihočeský kraj	1 477 253 822	47 240 000	1 524 493 822
Jihomoravský kraj	2 039 806 251	286 532 000	2 326 338 251
Karlovarský kraj	854 712 300	101 689 362	956 401 662
Královehradecký kraj	1 209 266 247	57 731 567	1 266 997 814
Liberecký kraj	916 916 165	30 000 000	946 916 165
Moravskoslezský kraj	2 655 513 241	167 206 000	2 822 719 241
Olomoucký kraj	1 729 737 983		1 729 737 983
Pardubický kraj	1 189 333 287	32 499 000	1 221 832 287
Plzeňský kraj	1 076 379 846	29 706 569	1 106 086 415
Středočeský kraj	2 420 747 267	45 500 000	2 466 247 267
Ústecký kraj	2 150 544 919	11 000 000	2 161 544 919
Vysočina	1 173 829 873	63 228 096	1 237 057 969
Zlínský kraj	1 565 844 755	143 127 196	1 708 971 951
Celkem	22 249 422 819	1 528 256 790	23 777 679 609

Zdroj: webové stránky krajů (viz níže)

Podobné studie si ORP v současnosti pro své správní obvody často zadávají s náklady v rozsahu většinou 50 – 150 000 Kč. Pokud by byly studie zpracovány s využitím této metodiky, náklady by byly obdobné a nedošlo by tak k nárůstu zátěže pro veřejné rozpočty. V případě aplikace v ORP, které si podobné podklady v současnosti nepožijí, můžeme očekávat navýšení nákladů o obdobnou částku, tj. zhruba 100 000 Kč na běžný SO ORP.

Vzhledem k tomu, že výstupem této metodiky je podklad pro další proces plánování, není možné přesně vyčíslit, jak velký by mohl být její dopad, protože výsledky mohou být reflektovány v různé míře. Přínos může být ovlivněn také tím, do jaké míry se v případě srovnání s podklady vytvořenými dnes běžnými paušálními přepočty posuzovaná SO ORP odlišují od republikových průměrů – vyšší přínosy je možné očekávat v SO ORP, která se svými vlastnostmi výrazně odlišují.

Z výše uvedeného je však zřejmé, že i při konzervativním odhadu přínosů metodiky je oprávněné očekávat její pozitivní ekonomický přínos.

Seznam publikací (včetně případných dedikací), které předcházely Metodice a byly publikovány (pokud existují), případně výstupy z originální práce.

Postup řešení projektu byl dokumentován ve dvou průběžných zprávách za roky 2021 a 2022. Hlavní podkladové analýzy jsou přílohou této metodiky.

V současné době jsou připravovány dvě publikace:

- odborný článek zaměřený na problematiku dostupnosti sociálních služeb ve vztahu k sídelní struktuře
- odborný článek zaměřený na referenční kapacity sociálních služeb

Přehled použité související literatury

- AURS, spol. s. r. o. a ÚRS Praha, a. s., 2017: Sídlní struktura České republiky. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR
- Maier, K. a kol., 2016/2020. Standardy dostupnosti veřejné infrastruktury. Praha: ČVUT a Ministerstvo pro místní rozvoj ČR.
- Marek J. (2013) Sociální služby na rozcestí
- MPSV, 2020. Aktualizovaná metodická doporučení pro oblast plánování sociálních služeb. Doporučený postup. Praha: MPSV.
- Průša L. Víšek P. (2013) Optimalizace sociálních služeb, VÚPSV Praha,
- UUR (2020): Principy a pravidla územního plánování

Prameny krajských dotací (pro tab. 20)

- https://socialni.praha.eu/jnp/cz/financovani_socialni_oblasti/index.html
- <https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/financujeme/ucelova-dotace>
- <https://dotace.kr-jihomoravsky.cz/Folders/763-1-Socialni+a+rodinna+politika.aspx>
- https://www.kr-karlovarsky.cz/dotace/Stranky/dotaceKK/prispevky-socialni/soc_prispevky.aspx
- <https://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?pgid=2089>
- <https://odbor-socialni.kraj-lbc.cz/dotace>
- <https://www.msk.cz/scripts/detail.php?pgid=249>
- <https://www.olkraj.cz/financni-zajisteni-socialnich-sluzeb-cl-287.html>
- <https://www.pardubickykraj.cz/dotacni-programy-probihajici-v-oblasti-socialnich-sluzeb>
- <https://www.plzensky-kraj.cz/financovani-socialnich-sluzeb?page=1>,
<https://dotace.plzensky-kraj.cz/verejnost/dotacnitituly>
- <https://stredoceskykraj.cz/web/socialni-oblast/stredocesky-humanitarni-fond-2022-socialni-sluzby>
- <https://www.kr-ustecky.cz/dotacni-program-podpora-usteckeho-kraje-na-socialni-sluzby-2022-maly-dotacni-program/d-1757846>
- <https://www.fondvysociny.cz/dotace>
- <https://zlinskykraj.cz/shrnuti-financni-podpory-priznane-poskytovatelum-socialnich-sluzeb-z-rozpoctu-zlinskeho-kraje-v-roce-2022>
- <https://www.mpsv.cz/web/cz/vyhlaseni-dotacniho-rizeni-mpsv-pro-kraje-a-hlavni-mesto-prahu-pro-rok-2022-v-oblasti-poskytovani-socialnich-sluzeb>

Přílohy

Příloha č. 1: Analýzy zdůvodňující vybrané části metodiky

Příloha č. 2: Vzorové doplňující údaje pro interpretaci, medailony služeb

Příloha č. 3: Pilotní studie pro území SO ORP Frenštát pod Radhoštěm (samostatný soubor)

Příloha č. 4: Pilotní studie pro území SO ORP Chrudim (samostatný soubor)

Příloha č. 5: Pilotní studie pro území SO ORP Karviná (samostatný soubor)

Příloha č. 6: Pilotní studie pro území SO ORP Kutná hora (samostatný soubor)

Příloha č. 1: Analýzy zdůvodňující vybrané části metodiky

Analýza příspěvků na péči a vztah ke kapacitám sociálních služeb

Naším původním předpokladem bylo, že potřebu služeb péče můžeme vydefinovat pomocí počtu příjemců příspěvku na péči (dále PnP). Na celorepublikové úrovni tomu tak určitě je. Podíl lidí pobírající PnP úzce souvisí s věkem. Platí, že čím jsou lidé starší, tím spíše pobírají příspěvek na péči. Zatímco mezi dospělými ve věku 18 – 64 let pobírá PnP cca 1,3 % lidí, u seniorů ve věku 85 – 94 je to 31 % mužů a 51 % žen.

Tab 1: Podíl obyvatel v ČR, kteří pobírají PnP (2021)

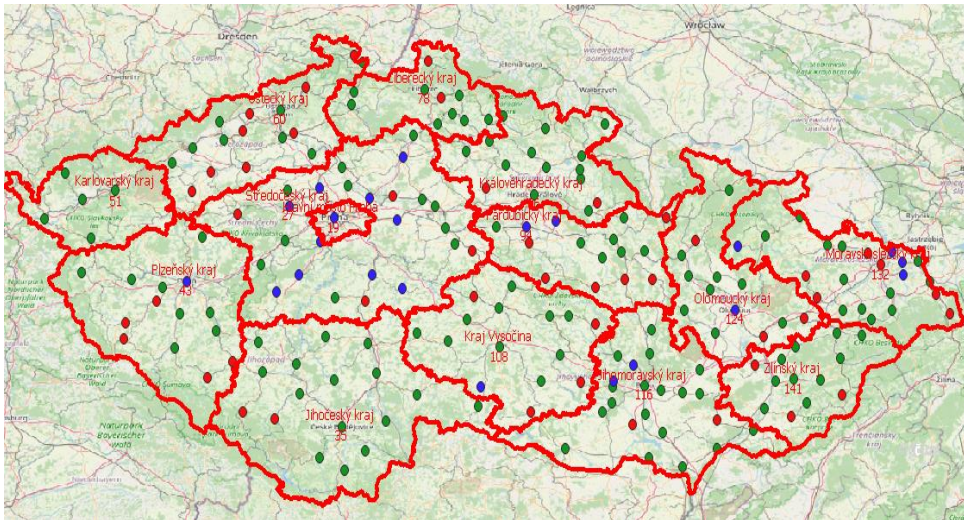
Věková skupina	Muži	Ženy
0-17 let	2,0 %	1,2 %
18-64 let	1,4 %	1,1 %
65-74 let	4,6 %	4,2 %
75-84 let	10,4 %	15,9 %
85-94 let	30,8 %	51,4 %
95 a více let	74,5 %	86,4 %
Celkem	2,7 %	4,1 %

Zdroj: MPSV a ČSÚ, výpočet autor

Počty skutečně vyplacených PnP na úrovni SO ORP ovšem této statistice často neodpovídají. Při podrobnější analýze se ukázaly dva zásadní faktory, které ovlivňují skutečný počet vyplacených PnP.

Prvním je vliv posudkového lékaře. Přestože by měli posuzovat zdravotní stav uživatele na základě stejných kritérií, někteří lékaři jsou přísnější a někteří benevolentnější. Dosvědčují to jak některé shluky v mapě (obr. 1), tak i zkušenost koordinátorů sociálních služeb.

Druhým zkresením je přítomnost, respektive nepřítomnost velkých zařízení pobytových služeb. Jejich klienti si po nástupu mění trvalé bydliště na adresu zařízení. Tím se zvyšuje počet PnP vyplacených v daném ORP nad úroveň věkové struktury obyvatel. Přítomnost domova pro seniory se 100 lůžky může v malém ORP zvýšit počet vyplacených PnP i na dvojnásobek hodnoty, která by odpovídala věkové struktuře obyvatel.



Vypláčí se výrazně více, než odpovídá věkové struktuře

Vypláčí se adekvátně věkové struktuře

Vypláčí se výrazně méně, než odpovídá věkové struktuře

Obrázek 1 Porovnání skutečného a předpokládaného počtu příspěvků na péči

Zdroj: Autor

Z výše uvedených důvodů se ukazuje, že kapacity vybraných služeb korelují s PnP výrazně méně než s prostým celkovým počtem obyvatel. Počet obyvatel, nebo počet seniorů 65+, ovšem není dobrým prediktorem potřebnosti do budoucna, protože služby pro seniory úzce souvisí s věkem. Čím jsou starší, tím více potřebují pomoc. A s demografickým stárnutím lze očekávat, že v příštích 10 letech potřebnost sociálních služeb naroste. Ovšem počet obyvatel bude do budoucna již spíše stagnovat, stejně tak v příštích 10 letech neporoste počet seniorů 65+, ale poroste pouze počet seniorů 80+. Rozhodli jsme se proto vypočítat **modelové PnP**. **Vypočítáváme, kolik lidí by při dané věkové struktuře pobíralo PnP podle celorepublikového podílu lidí pobírající PnP**. V každém regionu vezmeme jednotlivé věkové kohorty a násobíme jejich velikost celorepublikovými koeficienty.

Vhodnost použití modelových příspěvků na péči ukazuje i korelace mezi různými ukazateli potřebnosti a kapacitami v regionech. Prakticky u všech služeb zaměřených na seniory a zdravotně postižené je vyšší korelace u modelových PnP než skutečně vyplacenými. Zabarvené buňky pak ukazují, který z ukazatelů jsme použili pro přepočítání na velikost území.

Tab. 6: Korelace mezi ukazateli potřeby a kapacitami jednotlivých služeb

	Domovy pro OZP	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Chráněné bydlení	Týdenní stacionáře	Odlehčovací služby pobytové	Odlehčovací služby ambulantní	Centra denních služeb	Denní stacionáře	Osobní asistence	Pečovatelská služba	SAS pro seniory a OZP	Sociálně terapeutické dílny	Sociální rehabilitace	Tlumočnické služby
Obyvatel celkem	0,49	0,88	0,83	0,64	0,67	0,88	0,61	0,44	0,88	0,91	0,95	0,74	0,48	0,92	0,76
0-64 let	0,48	0,87	0,82	0,63	0,67	0,88	0,60	0,43	0,88	0,91	0,94	0,73	0,47	0,92	0,75
65 a více let	0,54	0,90	0,86	0,68	0,63	0,85	0,65	0,47	0,86	0,88	0,94	0,75	0,53	0,89	0,79
Modelové PnP celkem	0,49	0,88	0,84	0,64	0,67	0,88	0,63	0,45	0,89	0,91	0,96	0,74	0,48	0,92	0,79
Modelové PnP 0-64 let	0,48	0,88	0,83	0,63	0,67	0,88	0,61	0,43	0,88	0,91	0,95	0,73	0,48	0,92	0,75
Modelové PnP 65+ let	0,50	0,88	0,85	0,65	0,67	0,88	0,64	0,46	0,89	0,91	0,96	0,74	0,48	0,92	0,80
Modelové PnP stupeň III. – IV.	0,49	0,88	0,84	0,64	0,68	0,88	0,63	0,45	0,89	0,91	0,96	0,74	0,48	0,92	0,79
Skutečné PnP Celkem	0,59	0,85	0,82	0,67	0,52	0,74	0,65	0,46	0,75	0,79	0,85	0,67	0,55	0,78	0,77
Skutečné PnP 0-64	0,64	0,85	0,80	0,70	0,49	0,73	0,61	0,45	0,73	0,78	0,83	0,68	0,59	0,78	0,73
Skutečné PnP 65+	0,56	0,83	0,81	0,64	0,52	0,72	0,65	0,46	0,75	0,78	0,83	0,65	0,52	0,77	0,77
Skutečné PnP stupeň III. – IV.	0,57	0,80	0,77	0,62	0,47	0,66	0,61	0,44	0,71	0,74	0,79	0,60	0,52	0,72	0,70

Zdroj: Autor

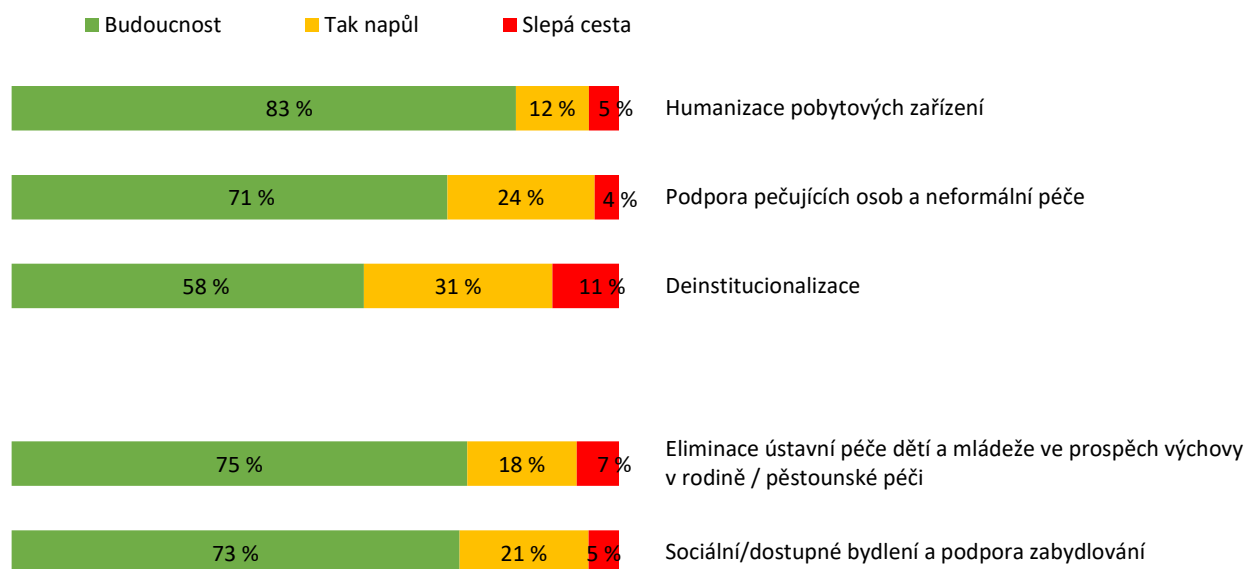
Pro přepočítání kapacit služeb péče se ukázaly být vhodné v zásadě tři ukazatele. Nejčastějším ukazatelem jsou „Modelové PnP celkem“. Ty se ukázaly být mnohem výstižnější než skutečný počet vyplacených PnP. Druhým ukazatelem jsou „Modelové PnP 65+ let“. Jedná se o podskupinu modelových PnP omezenou pouze na seniory. Tento ukazatel je vhodný pro přepočítání domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Konečně u Domovů pro OZP má největší korelaci skutečný počet vyplacených příspěvků na péči lidem ve věku do 64 let. U tohoto ukazatele máme ovšem podezření, že neukazuje skutečnou potřebu v regionu, ale reflektuje rozmístění velkých domovů pro OZP. Proto v tomto případě používáme pro přepočítání ukazatel „Modelové PnP 0-64 let“.

Analýza trendů a výběr „trendy krajů“ na základě přijetí těchto trendů

V rámci projektu jsme realizovali průzkum mezi poskytovateli a koordinátory sociálních služeb. První část se věnovala vnímání vybraných trendů v sociálních službách. Respondentům jsme předložili pět trendů a zajímalo nás, zda je považují za budoucnost či slepou cestu a jak se trendy daří prosazovat v praxi.

Z průzkumu jasně vyplývá, že všechny tyto trendy jsou obecně vnímány jako budoucnost. To odpovídá výsledkům analýzy krajských strategických plánů rozvoje. Všechny krajské plány obsahují důraz na humanizaci pobytových zařízení, podporu pečujících či deinstitucionalizaci.

Graf 4: Jak vnímáte těchto pět trendů, kam by se mohly sociální služby vyvíjet?



Zdroj: Průzkum mezi koordinátory a poskytovateli, 2022

Zajímavé výsledky poskytuje odpověď na otázku „Prosazujete tyto trendy již v praxi?“. Ukazuje se, že výsledky se výrazně liší dle krajů. Např. v Libereckém či Zlínském kraji prosazují tyto trendy více než v Olomouckém či Ústeckém kraji. To nás přivedlo na myšlenku **nepřebírat referenční hodnoty z celé ČR, ale pouze z krajů, které již nové trendy prosazují v praxi**. Tím bychom nekonzervovali stávající stav a dokázali bychom do kapacit promítnout dopady těchto trendů.

Tab. 2: Prosazujete tyto trendy již v praxi?

Průměr ze škály: 1 = Prosazujeme již v praxi, 5 = Zatím v praxi neprosazujeme.

Kraj	Deinstitucionalizace	Humanizace pobytových zařízení	Podpora pečujících osob a neformální péče
Liberecký kraj	1,94	2,07	2,25
Zlínský kraj	2,42	2,17	2,19
Pardubický kraj	2,54	2,16	2,33
Praha	2,23	2,73	2,41
Královehradecký	3,00	2,27	2,25
Vysočina	2,84	2,55	2,52
Ústecký kraj	2,72	2,81	2,56
Plzeňský kraj	2,50	2,63	3,04
Moravskoslezský	2,95	2,65	2,58
Jihočeský kraj	3,05	2,74	2,52
Jihomoravský	3,35	2,44	2,54
Karlovarský kraj	3,00	2,50	2,93
Středočeský kraj	3,07	2,95	2,61
Olomoucký kraj	3,23	2,93	2,93
Celkem	2,79	2,58	2,55

Zdroj: Průzkum mezi koordinátory a poskytovateli, 2022

Otázkou bylo, jak kraje rozdělit. Co když se v průzkumu někteří respondenti stylizovali a prosazování trendů si možná přáli, ale v konkrétních kapacitách se změny ještě neprojeví? Pomocí shlukové analýzy (K-means cluster) jsme rozdělili jednotlivé kraje do co nejhomogennějších segmentů. Jako vstupní proměnné nám posloužily kapacity služeb péče přepočítané na modelový počet PnP celkem či v daném věku. Protože některé služby jsou kapacitnější než jiné, standardizovali jsme hodnoty pomocí Z-skóre. Prahu a Středočeský kraj jsme sloučili do jednoho celku.

Výsledkem je rozdělení krajů do dvou skupin (tab. 3). První skupinu můžeme nazvat „Prosazují trendy“. Do ní se zařadilo 8 krajů. Zbýlých 6 krajů tvoří druhou skupinu „Neprosazují trendy“. Rozdělení krajů ve shlukové analýze víceméně odpovídá výsledkům průměru odpovědí v dotazníkovém šetření. Výsledky proto považujeme za velmi relevantní.

Tab 3: Rozdělení krajů do segmentů

Kraj	Prosazují trendy	Neprosazují trendy
Moravskoslezský kraj	x	
Zlínský kraj	X	
Jihomoravský kraj	X	
Pardubický kraj	X	
Kraj Vysočina	X	
Praha + SK	X	
Liberecký kraj	X	
Královéhradecký kraj		X
Ústecký kraj		X
Plzeňský kraj		X
Olomoucký kraj		X
Jihočeský kraj		X
Karlovarský kraj		X

Zdroj: Autor

Nutno upozornit, že finální rozdělení krajů se mírně liší od rozdělení použité v průběžné zprávě. Je to způsobeno tím, že v průběžné zprávě jsme shlukovou analýzu počítali z kapacit přepočtených na počet obyvatel a nikoliv na modelové PnP jako ve finální verzi. A ve finální verzi jsme měli Prahu se Středočeským krajem jako jeden případ, kdežto v průběžné samostatně.

Regionální charakter služeb pro seniory a OZP a zdůvodnění 75. percentilu

Jednotlivé sociální služby se mezi sebou liší svou povahou i různým stupněm rozšířenosti. Například domovy pro seniory jsou v českém prostředí výrazně déle, a jsou tedy i mnohem rozšířenější, než odlehčovací služby. Stejně tak pečovatelská služba je přítomná prakticky po celé ČR, osobní asistence je rozšířena výrazně méně. Míra rozšířenosti jednotlivých služeb je silně ovlivněna tradicí, dojezdovou vzdáleností či politickými preferencemi.

Nechceme reprodukovat stávající stav, a proto nemůžeme udělat prostý průměr kapacit na jednoho obyvatele/seniora. Prostým průměrem bychom zakonzervovali stávající stav. Podpořili bychom tradiční služby, a naopak rozvíjející se služby jako domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, denní stacionáře či odlehčovací služby bychom silně znevýhodnili. O potřebě těchto rozvíjejících se služeb svědčí i průzkum mezi koordinátory a poskytovateli sociálních služeb a vyhodnocení vzorku střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb. Jako nejvíce kapacitně nedostatečné vyšlo chráněné bydlení, odlehčovací služby, domovy se zvláštním režimem či osobní asistence. Bylo proto potřeba vymyslet mechanismus, jak stanovit referenční hodnoty, abychom nekonzervovali stávající stav a abychom podpořili rozvoj služeb, které podporují dlouhodobé trendy jako setrvání co nejdéle v domácím prostředí, podpora pečujících či deinstitucionalizace (viz kapitola Analýza trendů). Cestou se ukázalo být rozdělení služeb do několika skupin dle regionálního charakteru a vypočítání nejen průměru, ale i 75. percentilu.

Některé služby jsou přítomné v naprosté většině ORP, jiné jsou méně časté. Důvody nepřítomnosti se ovšem liší dle **regionálního charakteru** služby. Důvodem nepřítomnosti dané služby v ORP může být jak „novost“ dané služby, o které jsme mluvili výše, tak i prostá skutečnost, že některé služby mají širší územní působnost. Typicky se jedná o pobytová zařízení, kde není problém vzdálenost 30 – 50 km od místa bydliště. Jedno zařízení tak může sloužit pro obyvatele z více SO ORP. Abychom

rozlišili důvod „nepřítomnosti“ nějaké služby v SO ORP, rozdělili jsme jednotlivé typy služeb do tří skupin – služby s krajským charakterem, služby nadregionálního charakteru (měřítkově odpovídající okresům) a služby regionálního charakteru (měřítkově odpovídající SO ORP). Služby krajského charakteru počítáme z průměru kapacit v kraji. Referenční kapacity služeb nadregionálního charakteru počítáme za všechny SO ORP z trendy krajů, tedy i za ta ORP, kde se služba nenachází (a pravděpodobně je saturovaná v sousedním ORP). A u služeb regionálního charakteru vypočítáváme referenční kapacity pouze z ORP, ve kterých jsou dané služby přítomné. Rozdělení proběhlo na základě konzultací s partnery z řad vedoucích pracovníků sociálních odborů ORP.

75. percentil pak ukazuje situaci v SO ORP, které se dané službě intenzivně věnují a podporují ji. Považují tuto službu za svou prioritu a rozvíjí ji. 75. percentil by měl být brán v úvahu hlavně u služeb, které jsou relativně mladé, podporují nové trendy a intenzivně se rozvíjí. Jedná se především o domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelské služby či denní stacionáře. Naopak u domovů pro OZP, domovů pro seniory či u týdenních stacionářů doporučujeme pracovat spíše s průměrem.

Lineární regrese vysvětlující kapacity sociálních služeb souvisejících zejména se socioekonomickou situací

Kapacity jednotlivých sociálních služeb silně korelují s vybranými ukazateli potřebnosti (např. nezaměstnanost, vyplacené dávky hmotné nouze, exekuce...). Problém ovšem je, že korelace napříč službami nejsou stabilní. Mohli bychom očekávat, že služby s obdobnou cílovou skupinou budou korelovat obdobně s ukazateli potřebnosti. Ve skutečnosti tomu ovšem tak docela není. Jedna služba silně koreluje s dávkami pomoci v hmotné nouzi a minimálně s exekucemi, zatímco obdobná služba koreluje s exekucemi ale minimálně s dávkami pomoci v hmotné nouzi. To nás vedlo k úvaze, že tvořit referenční hodnoty na základě těchto proměnných nebude fungovat, protože nelze například říci, že na každých 1000 nezaměstnaných připadá v průměru 1 úvazek nějaké služby. Napadá nás řada důvodů, proč tento přístup nefunguje. Může jím být například nelinearita vztahu proměnných, vliv třetích proměnných či politické preference zajištění jednotlivých služeb, ale nakonec také odlišnost uvnitř zdánlivě homogenních cílových skupin. Pokud by měla každá služba jiné vysvětlující proměnné, byl by navíc celý výpočet značně komplikovaný. Rozhodli jsme se proto použít porovnání situace v sociálně a geograficky obdobných ORP.

Pro stanovení, které proměnné použít pro vydefinování sociálně a geograficky obdobných ORP jsme použili vícenásobnou lineární regresi. Závislou proměnnou byl součet úvazků jednotlivých služeb na počet obyvatel v SO ORP. Mezi nezávislými proměnnými nakonec vyšly jako nejlepší index sociálního vyloučení, zda se jedná o krajské město, kategorie významnosti center a průměrná časová vzdálenost ORP od krajského města. Index sociálního vyloučení nabývá hodnot 0-30, časová vzdálenost je měřena v minutách na škále 3-96 minut cesty po silniční síti a kategorie centra je pseudoškálová proměnná, kdy vyšší významné centrum = 1, vyšší ostatní centrum = 2,5, střední významné = 4,5, střední ostatní = 6,5 a ostatní = 10.

Míra vysvětlené variability kapacit dosáhla vysokých 57 %.

Tab. 24: Služby související se socioekonomickou situací –koeficienty vícenásobné lineární regrese

Ukazatel	M	T-statistika	R ²	Poznámka
Index sociálního vyloučení	0,35	7,76		
Kategorie sídla	-0,50	- 6,73		
Dostupnost krajského města v min.	0,07	5,74		
Krajské město (1=ano)	1,82	1,91		
Beta	3,28	3,57		
R ²			0,57	

Zdroj: Autor

Pro účely tvorby homogenních segmentů jsme nakonec využili pouze tři proměnné (bez krajského města). Proměnná značící krajské město dává smysl pouze v kombinaci s proměnnou vzdálenosti¹⁴ od krajského města. Vzdálenost je u segmentů použita pouze pro rozdělení ostatních center. Všechna ORP s krajskými městy pak jsou ve vyšší kategorii sídla.

Příloha č. 2: Vzorové doplňující údaje pro interpretaci, medailony služeb

Výstupy plánování kapacit sociálních služeb mají dvě skupiny příjemců. Mezi první patří odborná veřejnost, která bývá se službami a novými trendy velmi dobře obeznámena. Druhou skupinu ovšem tvoří laická veřejnost a politické vedení. Z praxe víme, že tyto lidé se v problematice sociálních služeb často neorientují. A pro ně jsou určeny „medailonky“ a interpretace jednotlivých služeb.

Níže uvádíme možné příklady těchto medailonků.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytová služba určená osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou (celodenní) pomoc jiné fyzické osob. Uživateli domovů pro osoby se zdravotním postižením jsou téměř výhradně příjemci III. a IV. stupně PNP. Je poskytována osobám ve všech věkových skupinách.

Tato sociální služba je jedním z hlavních cílů procesů deinstitucionalizace a humanizace pobytových služeb. V průběhu těchto procesů také často dochází k transformaci části kapacit domovů pro osoby se zdravotním postižením na kapacity chráněného bydlení.

Ke službě se vztahuje trend podpory života v domácím prostředí. Aby to bylo možné, je nutná podpora neformální péče (která je většinou poskytována rodinou) a pečujících osob. To umožňují zejména osobní asistence, odlehčovací služby a pečovatelská služba.

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytová služba určená pro seniory, kteří vyžadují celodenní pomoc jiné osoby.

¹⁴ Nejvíce kapacit se nachází v krajských městech, v jejich nejbližším okolí jich je minimum. Se vzdáleností od krajského města pak kapacity opět rostou.

Trendem je žít co nejdéle v domácím prostředí. To umožňuje pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby a také neformální péče rodiny. Péče v domácím prostředí snižuje potřebu domovů pro seniory. Spolu s probíhajícími trendy vyššího věku dožití vede tento trend k tomu, že se do pobytových zařízení dostávají lidé ve vyšším věku, což bývá spojeno se znaky demence. Do budoucna proto očekáváme větší nárůst potřeby domovů se zvláštním režimem, které umožňují péči o tyto osoby. Některé kapacity domovů pro seniory se již nyní transformují do domovů se zvláštním režimem.

Domovy pro seniory se často zaměňují s domy s pečovatelskou službou, které ovšem nejsou registrovanou pobytovou sociální službou (nejčastěji jde o tzv. byty zvláštního určení ve vlastnictví obcí). Tato zařízení slouží jiné cílové skupině seniorů, protože pečovatelská služba nenabízí celodenní péči. Jedná se spíše o formu bydlení.

Domovy se zvláštním režimem (DZR)

Domov se zvláštním režimem je pobytová služba určená osobám, které vyžadují pravidelnou celodenní pomoc jiné osoby. Cílovou skupinou jsou lidé bez ohledu na věk s chronickým duševním onemocněním, demencí (stařeckou, Alzheimerovou...) či s těžkou závislostí. Často je tato služba poskytována v tzv. uzavřeném režimu. V některých domovech se zvláštním režimem je rovněž poskytována paliativní péče (pro uživatele DZR).

Se stárnutím populace se zvyšuje počet lidí s demencí či duševním onemocněním. Potřebnost těchto kapacit poroste více než potřebnost domovů pro seniory. Tato služba je stejně jako služba domovů pro seniory důležitým cílem procesů humanizace pobytových zařízení (např. menší pokoje, menší zařízení...).

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba určená osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, a které vyžadují pomoc jiné osoby. Může být poskytována formou skupinového, či individuálního bydlení.

V rámci trendu deinstitucionalizace a humanizace pobytových zařízení vznikla a vzniká část kapacit této služby v důsledku transformace kapacit domovů pro osoby se zdravotním postižením. Platí pravidlo, aby kapacity chráněného bydlení byly umístěny v sídlech s dobrou dostupností občanské vybavenosti a dalších souvisejících služeb (například sociálně terapeutické dílny, centra denních služeb atd.).

Odlehčovací služby pobytové

Odlehčovací služby mohou být poskytovány v terénní, ambulantní nebo pobytové formě. Jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem jejich poskytování je umožnit odpočinek neformálně pečujícím osobám, kterými jsou zejména rodinní příslušníci.

Jedná se o důležitou službu, která pomáhá k zajištění péče v domácím prostředí. Tohoto cíle dosahuje ve spolupráci se službami, jako jsou například pečovatelská služba, osobní asistence, sociálně aktivizační služby, denní stacionáře atd. Služba má vliv na počet klientů, kteří využívají zařízení pobytových služeb, jako jsou domovy pro seniory, DZR či DOZP.

Pobytová forma této služby je často poskytována poskytovateli, kteří rovněž provozují služby domovy pro seniory, DZR, nebo DOZP. V některých případech jsou za stejným účelem odlehčení zřizovány kapacity (lůžka určená pro přechodné pobyty) přímo v rámci těchto služeb.

Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře jsou poskytovány pobytovou formou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Patří do skupiny služeb, které kombinují péči v domácím prostředí a prostřednictvím sociálních služeb. Dalšími službami v této skupině jsou například pobytové formy odlehčovací služeb nebo denní stacionáře.

Centra denních služeb

Centra denních služeb jsou ambulantní službou, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.

Tyto služby se zaměřují zejména na podporu samostatnosti jejich uživatelů a jejich integraci do společnosti. Je určena poměrně širokému spektru osob a významným způsobem podporuje setrvání v domácím prostředí (trend deinstitucionalizace).

Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou ambulantní službou, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba je poskytována širokému spektru cílových skupin ve všech věkových kohortách.

Tato služba patří do skupiny služeb, které umožňují setrvání v domácím prostředí. Tohoto cíle je nejlépe dosahováno v kombinaci s dalšími službami, jako jsou odlehčovací služby, pečovatelská služba, osobní asistence, centra denních služeb a sociálně aktivizační služby pro seniory a OZP.

Odlehčovací služby ambulantní

Odlehčovací služby mohou být poskytovány v terénní, ambulantní nebo pobytové formě. Jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí (zpravidla v domácnosti). Péči o tyto osoby vykonávají například jejich rodinní příslušníci a další neformálně pečující osoby. Cílem poskytování odlehčovací služeb je umožnit těmto pečujícím osobám odpočinek.

Jedná se tedy o důležitou službu, která pomáhá k zajištění péče v domácím prostředí. Patří tak do širokého spektra služeb jako je například pečovatelská služba, osobní asistence, sociálně aktivizační služby, denní stacionáře atd., které ve své synergii podporují setrvání cílových skupin v domácím prostředí.

Ambulantní forma této služby zpravidla umožňuje pečujícím osobám zajištění osobních potřeb, zatímco je zajištěna profesionální péče o osobu, o kterou se starají.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní sociální služba, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Tato služba je poskytována širokému spektru cílových skupin v různých věkových skupinách.

Služba je poskytována v přirozeném (nejčastěji domácím) prostředí a při výkonu činností, které tyto osoby potřebují.

Jedná se o klíčovou službu podporující setrvání v domácím prostředí. V rámci procesů plánování sociálních služeb je vhodné dbát na synergii při zajištění kapacit této služby spolu s pečovatelskou službou. Důležité je i zajištění této služby v dostatečné časové (například o svátcích a víkendech) a místní dostupnosti (pokrytí celého území). Setrvání v domácím prostředí zvyšuje kvalitu života a snižuje potřebu kapacit pobytových zařízení, zejména domovů pro seniory.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba může být poskytována v terénní nebo ambulantní formě. Je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba je ve své terénní formě poskytována v přirozeném (nejčastěji domácím) prostředí.

Jedná se o nejrozšířenější a nejdůležitější službu sociální péče podporující setrvání v domácím prostředí. V rámci procesů plánování sociálních služeb je vhodné dbát na synergii při zajištění kapacit této služby spolu s osobní asistencí. Důležité je i zajištění této služby v dostatečné časové a místní dostupnosti (dostupnost této služby v každé obci), a rovněž se zacílením na celé spektrum zákonem definovaných cílových skupin.

Setrvání v domácím prostředí zvyšuje kvalitu života a snižuje potřebu kapacit pobytových zařízení, jako jsou domovy pro seniory.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby mohou být poskytovány v terénní nebo ambulantní formě osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace. Služby jim napomáhají osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a OZP

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením mohou být poskytovány v ambulantní, popřípadě terénní formě osobám ve věku 65+ nebo osobám se zdravotním postižením, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Jejich hlavním cílem je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a poskytování sociálně terapeutických činností (například nácvik kompetencí nezbytných pro udržení bydlení, vyřízení osobních dokladů atd.).

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se zdravotním postižením, jež nemohou být umístěny na otevřeném nebo chráněném trhu práce. Často jsou poskytovány v synergii s dalšími službami (například chráněné bydlení, osobní asistence atd.).

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je terénní, ambulantní a v případě center sociálně rehabilitačních služeb i pobytovou službou, která je poskytována širokému spektru cílových skupin. Tato služba se zaměřuje na dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti.

V praxi dochází k situacím, že nahrazuje služby podporovaného bydlení. Důvodem je lepší dostupnost klientům, kteří si jí nemusí hradit, protože se jedná o službu prevence, nikoliv péče.

Tlumočnické služby

Tlumočnické služby jsou poskytovány terénní a ambulantní formou osobám s poruchami komunikace se smyslovým postižením (např. tlumočení do znakového jazyka). Jde o službu, která je stále častěji poskytována i prostřednictvím a s využitím moderních technologií (online tlumočení), což může překonávat jejich případnou nedostatečnou místní dostupnost. Lze předpokládat, že zejména technologie umělé inteligence mohou v nejbližší budoucnosti přinést velké změny v poskytování této služby.

Azylové domy

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Jsou poskytovány širokému spektru osob. Při plánování jejich kapacity je důležité pracovat se specifikací těchto cílových skupin, protože jednotlivé azylové domy se obvykle zaměřují jen na část cílových skupin, a i při dostatečné celkové kapacitě může být služba pro některé cílové skupiny nedostupná.

Tato služba je významně provázána na další nástroje podpory osob v bytové nouzi (sociální bydlení, housing first a další). Sociální bydlení by mělo na azylové domy navazovat a vytvořit předpoklady pro přechod jejich klientů do standardního bydlení. Přístupy jako housing first, kdy je snaha o co nejrychlejší přechod do standardního bydlení, snižují při dostatečné kapacitě potřebu kapacity azylových domů.

Azylové domy jsou součástí spektra služeb, které často slouží pro řešení potřeb v oblasti sociálně právní ochrany dětí.

Domy na půl cesty

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, ochranné léčby, či z výkonu trestu odnětí svobody. Tato služba je významně navázána na potřeby sociálně právní ochrany dětí. Jejimi uživateli jsou zpravidla zletilé osoby, které byly v péči orgánů sociálně právní ochrany dětí.

Noclehárny

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které zde využívají hygienického zařízení a mohou zde přenocovat. Jejich kapacity vznikají zejména ve větších sídlech a místech, kde se koncentruje větší množství osob bez domova.

Intervenční centra

Intervenční centra slouží obětem násilného chování (nejčastěji domácího násilí). Služba intervenčního centra je poskytována na základě úředního záznamu policie o vykazání pachatele násilného chování ze společného obydlí, může však být poskytnuta i na základě žádosti osob ohrožených násilným chováním bez intervence policie. Služba je poskytována ambulantní, terénní nebo pobytovou formou.

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která jsou určena osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem jejich poskytování je minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojeným se zneužíváním návykových látek. Jejich služby mohou být poskytovány v ambulantní a terénní formě. Tato služba je často poskytována v synergii s dalšími sociálními (například terénní programy) a zdravotními (detoxifikační a doléčovací programy atd.) službami.

Krizová pomoc (ambulantní forma)

Krizová pomoc může být poskytována v terénní, ambulantní a pobytové formě. Je poskytována osobám, které se nacházejí v ohrožení zdraví nebo života a nemohou tuto situaci řešit vlastními silami. Pro kvalitní zajištění této služby je nezbytné vytvářet další návazné služby (azylové domy, odborné sociální poradenství atd.).

Nízkoprahová denní centra

Nízkoprahová denní centra poskytují podporu osobám bez přístřeší, zejména v oblasti zajištění hygieny a stravy. Služby mohou být poskytovány terénní a ambulantní formou. Důležitou součástí nízkoprahových denních center je i poradenství. Často jsou poskytována ve větších sídlech a v místech s větší koncentrací osob bez domova.

Běžně je tato služba poskytována v synergii s noclehárnami

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM)

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež mohou být poskytována terénní a ambulantní formou. Jsou určena pro děti a mládež od 6 do 26 let věku. Věnují se výchovně-vzdělávacím a aktivizačním činnostem, sociálně terapeutickým činnostem a dalším činnostem podporujícím integraci dětí a mládeže. Jejich cílem je zlepšovat kvalitu života a snižovat rizika například v oblasti výchovných problémů. Tato služba významným způsobem reaguje na potřeby v oblasti sociálně právní ochrany dětí. Často je poskytována v synergii s terénními programy.

Není možné tuto službu zaměňovat s volnočasovými aktivitami pro děti a mládež (kroužky, DDM atd.). Cílem NZDM není vyplňování volného času, ale předcházení sociálnímu vyloučení.

Odborné sociální poradenství

Služba odborné sociální poradenství je poskytována celému spektru cílových skupin v různých oblastech (zejména zprostředkování dalších navazujících služeb, sociálně terapeutické činnosti a pomoci při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí). Služba může být poskytována ambulantní a terénní formou.

Při vyhodnocení kapacit služby je žádoucí zohlednit i (ne)dostupnost služby pro různé cílové skupiny.

Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba je poskytována v místě bydliště těchto osob. Komplikací pro poskytování této služby je skutečnost, že je poskytována, jako služba sociální péče (tj. za úhradu), a dále, že naráží na aktuální situaci v oblasti dostupnosti bydlení osobám z cílových skupin. V praxi je nahrazována sociální rehabilitací, která není jako služba sociální prevence hrazena uživatelem, a proto je pro některé klienty dostupnější.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS rodiny a děti)

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi mohou být poskytovány terénní a ambulantní formou. Služby jsou poskytovány rodinám s dětmi, které vykazují známky ohrožení, či se nacházejí v dlouhodobé krizové situaci. Jde o službu, která vytváří důležitou synergií s dalšími službami poskytovanými v rámci sociálně-právní ochrany dětí.

Terénní programy

Terénní programy jsou terénní služby pro cílovou skupinu osob, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem ohroženy. Mohou být poskytovány v sociálně vyloučených lokalitách, často jsou rovněž poskytovány uživatelům návykových látek. Jde o klíčovou službu sociální prevence, která cílí na minimalizaci rizik ve vztahu k cílovým skupinám, ale i většinové společnosti. Služba může být poskytována anonymně.

Osoby vykonávající zprostředkovanou náhradní rodinnou péči

Jedná se zejména o pěstounskou péči, která je formou náhradní rodinné výchovy. Do pěstounské péče děti světuje soud v případech, kdy se o ně rodiče nemohou z různých důvodů starat. Děti v péči pěstounů neztrácí kontakt s biologickou rodinou. Zprostředkovaná pěstounská péče je péče, kterou zprostředkovává stát. Jde o nepříbuzenské pěstouny, kteří prochází procesem zprostředkování, na kterém se významným způsobem podílí orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)

ZDVOP je krizové zařízení, které poskytuje pomoc a ochranu ohroženým dětem, které se ocitly bez jakékoli péče, jsou ohroženy na zdraví nebo životě, se ocitly bez péče přiměřené věku, jsou týrané, zneužívané nebo zanedbávané, nebo se nachází v situaci, kdy jsou vážně ohrožena jejich práva. Děti jsou do těchto zařízení přijímány na základě smlouvy o poskytnutí ochrany a pomoci uzavřené s dítětem, případně jeho zástupcem, nebo vykonatelným rozhodnutím soudu. V zařízení může dítě pobývat nejdéle 6 měsíců.

Střediska výchovné péče

Střediska výchovné péče jsou školská zařízení jejichž hlavním cílem je předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dětí nebo narušení jejich zdravého vývoje, zmírňovat, nebo odstraňovat příčiny nebo důsledky poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a přispívat ke zdravému osobnostnímu rozvoji dětí. Střediska výchovné péče poskytují péči ambulantní, pobytovou (internátní) a stacionární formou. Péče je poskytována prostřednictvím speciálně pedagogické, psychologické, poradenské a diagnostické podpory.

Dětské domovy

Jde o školské (institucionální) zařízení pro výkon ústavní výchovy (výchova nařízená rozhodnutím soudu). Do dětského domova mohou být umístěny děti ve věku od 3 let do ukončení školní docházky (maximálně však do 26 let věku). Nejdůležitějším cílem péče v dětských domovech je příprava dětí na samostatný život.

Diagnostické ústavy

Diagnostický ústav je školské zařízení, které zejména provádí komplexní psychologické a pedagogické, zdravotní vyšetření dětí a mladistvých a rovněž dochází k sociálnímu šetření jejich rodinné situace. Rozlišují se dětské diagnostické ústavy, které jsou určeny pro děti od 3 let do ukončení povinné školní docházky a diagnostické ústavy pro mládež, které jsou určeny pro děti od ukončení povinné školní

docházky do ukončení školní docházky, tzn. 18 let. Děti jsou umísťovány do diagnostických ústavů na základě rozhodnutí soudu.

Výchovné ústavy

Výchovný ústav je školské zařízení, které je určeno pro děti starší 15 let (výjimečně již od 12 let), kterým byla soudně nařízena ústavní, případně ochranná výchova, zejména z důvodu závažných poruch chování.