

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2010 – 2014

Pracovní verze k připomínkování

Schváleno zastupitelstvem Moravskoslezského kraje dne _____ usnesením č. _____

Zpracovatel: Pracovní skupina pro vznik a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji („Řídící skupina“) ve spolupráci s **pracovními skupinami a odborem sociálních věcí Krajského úřadu Moravskoslezského kraje**

OBSAH

1. ÚVOD – VIZE	4
Povinnost krajů zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb	4
2. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA MS KRAJE	5
3. ZÁKLADNÍ STRATEGICKÉ DOKUMENTY	12
3.1 Program rozvoje MS kraje	12
3.2 Koncepce sociálních služeb v MS kraji	12
3.3 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v MS kraji.....	12
3.4 Dílčí navazující strategické dokumenty	13
3.4.1 Koncepce kvality sociálních služeb v MS kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb) 13	
3.4.2 Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.....	14
3.4.3 Strategické dokumenty v oblasti protidrogové politiky MS kraje.....	15
3.4.4 Strategické dokumenty v oblasti integrace romské komunity v MS kraji.....	15
3.4.5 Koncepce prevence kriminality.....	15
3.5 Další strategické dokumenty MS kraje s přesahem do resortu sociálních věcí	16
3.5.1 Prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže	16
3.5.2 Koncepce zdravotní péče v MS kraji	16
4. PROCES STŘEDNĚDOBÉHO PLÁNOVÁNÍ ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MS KRAJI.....	17
4.1 Tvorba střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji.....	17
4.2 Vyhodnocení 1. fáze procesu střednědobého plánování v MS kraji	17
4.3 Organizační struktura procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v MS kraji.....	19
4.3.1 Pracovní skupina pro vznik a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji („Řídící skupina“)	19
4.3.2 Koordinátor procesu střednědobého plánování	20
4.3.3 Pracovní skupiny	21
5. POPIS STAVU A FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB MS KRAJE	23
5.1 Popis stavu sociálních služeb	23
5.1.1 Přehled sociálních služeb dle druhu a místa poskytování	23
5.1.2 Přehled sociálních služeb dle poskytovatele/zřizovatele.....	25
5.2 Financování sociálních služeb.....	29
5.2.1 Příspěvek na péči.....	29
5.2.2 Dotace ze státního rozpočtu pro poskytovatele sociálních služeb.....	29
5.2.3 Finanční prostředky z ESF	33
5.2.4 Úhrady od uživatelů služeb.....	33
5.2.5 Úhrady od zdravotních pojišťoven.....	33
5.2.6 Dotace z rozpočtu kraje a obcí	33
5.2.7 Další finanční zdroje	34
5.3 Analýza financování sociálních služeb v MSK.....	34
5.3.1 Podíl zdrojů na financování sociálních služeb v MSK.....	34
5.3.2 Analýza nákladů sociálních služeb	40
6. PRIORITY V OBLASTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA LÉTA 2010 – 2014	43
6.1 Proces střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb	44
6.1.1 Dosavadní proces střednědobého plánování na obcích s pověřeným obecním úřadem	50
6.1.2 Potřebnost sociálních služeb MS kraje.....	53
6.2 Rozvoj sociálních služeb.....	55
6.2.1 Plánovaný rozvoj sociálních služeb vycházející z potřeb obcí s pověřeným obecním úřadem.....	56
6.2.2 Rozvoj sociálních služeb vycházející z potřeb MS kraje	61
6.3 Kvalita sociálních služeb.....	70
6.4 Systém financování sociálních služeb.....	72
6.4.1 Rámcové podmínky pro získání finančních prostředků z rozpočtu MPSV 2010 – 2014.....	72
6.4.2 Financování sociálních služeb a jejich rozvoje v letech 2011 - 2014.....	73
6.4.3 Vyjednání veřejného závazku	74
6.4.4 Kvantitativní ukazatele v sociálních službách.....	76
7. OPATŘENÍ A AKTIVITY STŘEDNĚDOBÉHO PLÁNU	78

8. PŘESAHOVÁ TÉMATA	81
9. PŘÍLOHY	82
9.1 Textové přílohy	82
9.1.1 Sociální vyloučení.....	82
9.1.2 Charakteristika cílových skupin stanovených zákonem o sociálních službách.....	83
9.2 Tabulkové přílohy	99
Tab. příl. č. 1: Věková struktura obyvatelstva dle pětiletých věkových skupin a okresů v MS kraji k 31. 12. 2008.....	99
Tab. příl. č. 2: Sociální služby dle druhu a poskytovatele/zřizovatele ve správních obvodech obcí s pověřeným obecním úřadem k 1. 1. 2009.....	100
Tab. příl. č. 3: Sociální služby poskytované v MS kraji s registrací mimo MS kraj (k 1. 1. 2009).....	112
Tab. příl. č. 4: Stav sociálních služeb v MS kraji k 1. 1. 2009 a 10. 4. 2010	114
Tab. příl. č. 5: Validita dotazníkového šetření dle jednotlivých druhů sociálních služeb	116
Tab. příl. č. 6: Projekty obcí s pověřeným obecním úřadem podpořené v rámci dotačních řízení MS kraje v letech 2005 – 2009	117
Tab. příl. č. 7: Plánovaný rozvoj sociálních služeb u obcí s pověřeným obecním úřadem v MS kraji se zaměřením na cílové skupiny rozvojových služeb.....	119
Tab. příl. č. 8: Síť sociálních služeb potřebných pro osoby s chronickým duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí (stav v MS kraji k 31. 3. 2010).....	125
9.3 Mapové přílohy	128
10. SEZNAM ZKRATEK.....	129
11. POUŽITÉ ZDROJE	130

1. ÚVOD – VIZE

Partnerstvím zadavatelů k provázané síti kvalitních sociálních služeb zajišťujících funkční podporu, pomoc a péči občanům Moravskoslezského kraje.

Cíl

Vytvoření sítě kvalitních a dostupných sociálních služeb na základě potřeb identifikovaných obcemi nebo krajem a nastavení jejího efektivního financování, včetně udržitelného rozvoje.

Povinnost krajů zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb

Dne 1. 1. 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách¹ (dále jen „zákon o sociálních službách“), který přinesl řadu zásadních změn do oblasti poskytování sociálních služeb.

Zákon o sociálních službách vymezuje základní zásady pro poskytování sociálních služeb. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnutá prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost člověka. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb jedince, musí aktivizovat, podporovat rozvoj samostatnosti, motivovat k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat sociální začleňování.

Sociální služby musí být poskytovány v zájmu jejich příjemců, v náležitě kvalitě a takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod. Zjišťování zájmů jednotlivců úzce souvisí s procesem mapování potřeb těchto osob.

Dle zákona o sociálních službách, § 3, písm. h) je výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů plánem rozvoje sociálních služeb. Obsahem plánu je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb. Kromě zákonem definovaného obsahu plánu rozvoje sociálních služeb se do něj promítají principy a strategické cíle, jež jsou obsaženy v dalších strategických dokumentech kraje zabývajících se sociální oblastí.

Povinnost kraje zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb vyplývá ze zákona o sociálních službách, § 95, písm. d). Význam dokumentu dokládá také jeho stanovení povinnou přílohou k souhrnné žádosti kraje o dotaci Ministerstva práce a sociálních věcí na podporu poskytování sociálních služeb. Povinnost jeho doložení je ukotvena v § 101, odst. 4), písm. b) zákona o sociálních službách.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2010 – 2014 navazuje na předchozí střednědobý plán pro období 2008 a 2009, který byl zastupitelstvem kraje schválen usnesením č. 18/1541 ze dne 28. 6. 2007, a vytyčuje jasné směřování Moravskoslezského kraje v oblasti rozvoje sociálních služeb a byl zpracován ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou sociální služby poskytovány.

¹ Hovoří-li se v následujícím textu o zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jedná se vždy o zákon ve znění pozdějších předpisů tohoto zákona platných do doby schvalování tohoto strategického dokumentu zastupitelstvem kraje.

2. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA MS KRAJE

Moravskoslezský kraj (dále jen „MS kraj“) leží na severovýchodě České republiky (dále jen „ČR“). Svou rozlohou 5 427 km² zaujímá MS kraj 6,9 % území celé ČR. V rámci ČR sousedí s krajem Olomouckým a Zlínským. Z hlediska územních celků jiných států pak sdílí hranici se Slezským a Opolským vojvodstvím v Polsku a s Žilinským krajem na Slovensku.

Po geografické stránce je MS kraj rozmanitým regionem. Ze západu je sevřen masívem Hrubého Jeseníku, který přechází do Nízkého Jeseníku, náhorní plošiny a Oderských vrchů. Střední část kraje je typická hustě osídleným nížinatým terénem Opavské nížiny, Ostravské pánve a Moravské brány. Směrem na jihovýchod krajina opět získává horský charakter a kulminuje hřbety Moravskoslezských Beskyd.

Součástí MS kraje jsou také místa s významnými a cennými přírodními zvláštnostmi, jež jsou chráněny v rámci 3 chráněných krajinných oblastí – Beskydy, Jeseníky a Poodří – a 143 maloplošných chráněných území.

MS kraj je vymezen 6 okresy – Bruntál (BR), Frýdek-Místek (F-M), Karviná (KA), Nový Jičín (NJ), Opava (OP) a Ostrava-město (OV) a je rozdělen na 22 správních obvodů obcí s rozšířenou působností (a 30 správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem), do kterých spadá celkem 299 obcí, z toho je 40 měst.

Obr. č. 1: Správní rozdělení MS kraje k 31. 12. 2008



Zdroj: Statistická ročenka MS kraje 2008

Demografické údaje

MS kraj je počtem přes 1 250 000 obyvatel (z toho je 637 594 žen a 612 661 mužů) nejlidnatějším krajem v ČR. Se svými 299 obcemi však patří k regionům s nejmenším počtem sídel. Tomu odpovídá i hustota osídlení 230 obyvatel na km², přičemž hustota osídlení celé ČR je 133 obyvatel na km². Průměrná rozloha katastru obce 18,2 km² je druhá největší v ČR.

V obcích do 499 obyvatel bydlí téměř 2 % občanů kraje, v obcích od 500 do 4 999 obyvatel okolo 24 % občanů, v obcích od 5 000 do 19 999 obyvatel žije přes 13 % občanů. V obcích nad 20 000 obyvatel žije téměř 61 % občanů, tj. v rámci ČR výjimečné. V krajské metropoli Ostravě žije přes 307 000 obyvatel, tj. zhruba 24,5 % občanů. Dalšími statutárními městy s počtem obyvatel nad 50 000 jsou Frýdek-Místek, Havířov, Karviná a Opava. Celkově ve městech žije 76,1 % obyvatel.

K 31. 12. 2008 byl průměrný věk obyvatelstva MS kraje 40,2 let. Z hlediska věkové struktury obyvatelstva převažovaly ve věkových skupinách 0–14 a 15–64 ve všech okresech, vyjma okresu Ostrava-město, kde bylo v kategorii 15–64 více žen, muži. V kategorii 65 a více bylo ve všech okresech více žen.

Tab. č. 1: Věková struktura obyvatelstva v MS kraji k 31. 12. 2008

Věková skupina:	MSK	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
0–14	178 735	14 499	30 597	37 900	22 833	25 805	47 101
15–64	890 578	70 655	149 856	196 861	108 777	125 295	239 134
65 let a více	180 942	12 714	30 617	40 102	20 896	26 113	50 500
CELKEM OBYVATEL	1 250 255	97 868	211 070	274 863	152 506	177 213	336 735

Podrobnější složení obyvatelstva MS kraje dle pětiletých kategorií naleznete v tabulkové příloze č. 1. Nízká porodnost je základním rysem současné populační situace nejen v MS kraji. Dochází tak ke stárnutí obyvatelstva a k jeho pozvolnému vymírání. Počet obyvatel v MS kraji ubývá také migrací. V posledních letech jsou zaznamenány signály o změně trendu, kdy dochází k mírnému zvýšení porodnosti.

Důchody a jejich průměrná výše

K prosinci 2008 bylo na území MS kraje evidováno celkem 336 241 osob pobírajících důchod. Tento počet se skládal z osob pobírajících důchod starobní (plný, poměrný), invalidní (plný, částečný), vdovský a vdovecký a sirotčí, přičemž největší podíl tvoří osoby se starobním důchodem (174 038 osob). Vdovské a vdovecké důchody tvořily pouhých 25 % ze všech důchodů, sirotčí pouhé 2 %.

V porovnání s předchozími roky byl zaznamenán plynulý pozvolný nárůst počtu vyplácených důchodů starobních plných, částečných invalidních a vdoveckých. U ostatních došlo oproti roku 2007 k mírnému poklesu v jejich počtu.

Tab. č. 2: Příjemci důchodu a jejich průměrný věk v prosinci 2008

Důchod:	Příjemci důchodu					
	CELKEM		MUŽI		ŽENY	
	Počet	Průměrný věk	Počet	Průměrný věk	Počet	Průměrný věk
starobní plné	173 366	67	78 304	68	95 062	65
starobní poměrné	672	80	14	81	658	80
invalidní plné	43 994	56	25 891	57	18 103	55
invalidní částečné	27 153	49	16 927	50	10 226	48
vdovské vč. kombinovaný	72 994	73	-	-	72 994	73
vdovecké vč. kombinovaný	11 263	72	11 263	72	-	-
sirotčí	6 799	17	2 986	16	3 813	17
CELKEM PŘÍJEMCŮ	336 241		135 385		200 856	

Z hlediska podílu příjemců důchodů, dle dělení na okresy, je patrné, že největší procento příjemců důchodů se nacházelo v okresech Ostrava-město a Karviná. Nejmenší procento příjemců v porovnání s celkovým počtem v MS kraji bylo v okrese Bruntál.

Tab. č. 3: Příjemci důchodu dle okresů MS kraje v prosinci 2008

Důchod:	Počet příjemců důchodu v okresech MS kraje					
	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
starobní plný	13 418	28 327	38 860	20 310	23 177	49 274
starobní poměrný	14	136	257	21	58	186
invalidní plný	4 074	8 002	8 942	4 695	6 318	11 963
invalidní částečný	3 182	4 781	6 473	3 180	2 842	6 695
vdovské vč. kombinovaný	5 576	12 573	16 186	8 529	10 410	19 720
vdovecké vč. kombinovaný	850	1 895	2 484	1 293	1 566	3 175
sirotčí	568	1 097	1 575	853	840	1 866
CELKEM PŘÍJEMCŮ	27 682	56 811	74 777	38 881	45 211	92 879

Z pohledu výše průměrných důchodů vyplácených v roce 2008 byly všechny důchody kromě vdovského a starobního poměrného nad celorepublikovým průměrem.

Tab. č. 4: Průměrná výše důchodů a její výše dle pohlaví (prosinec 2008)

Průměrná výše důchodů (bez součástí) (v Kč):	ROK			2008	2008
	2006	2007	2008	MUŽI	ŽENY
starobní plný	8 260	8 822	9 694	11 211	8 443
starobní poměrný	4 414	4 693	5 374	6 307	5 355
invalidní plný	8 262	8 805	9 642	10 516	8 391
invalidní částečný	5 143	5 445	6 153	6 577	5 451
vdovské vč. kombinovaný	8 559	9 180	10 055	-	10 055
vdovecké vč. kombinovaný	10 088	10 811	11 733	11 733	-
sirotčí	4 102	4 381	5 087	5 074	5 098
CELKEM PŘÍJEMCŮ	48 828	52 137	57 738	51 418	42 793

Tab. č. 5: Průměrná výše důchodů dle okresů MS kraje (prosinec 2008)

Důchod:	Průměrná výše důchodu (bez součástí) v jednotlivých okresech MSK (Kč)					
	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
starobní plný	9 217	9 634	9 984	9 359	9 474	9 870
starobní poměrný	5 485	5 492	5 293	5 469	5 306	5 403
invalidní plný	9 286	9 578	10 127	9 366	9 375	9 692
invalidní částečný	5 893	6 286	6 262	6 098	6 113	6 121
vdovské vč. kombinovaný	9 977	9 933	9 913	10 082	9 976	10 302
vdovecké vč. kombinovaný	10 794	11 523	12 531	10 939	11 285	12 028
sirotčí	4 960	5 168	5 193	5 037	5 084	5 014
CELKEM PŘÍJEMCŮ	55 612	57 614	59 303	56 350	56 613	58 430

Držitelé průkazů mimořádných výhod

Z hlediska krajů se MS kraj zařadil celkovým počtem 39 959 osob, jež jsou držiteli průkazu mimořádných výhod, na 4. místo za Hl. m. Prahu, Středočeský a Jihomoravský kraj. Nejvyšší počet osob se zdravotním postižením, jimž byl průkaz vystaven, se nacházelo v kategorii zvláště těžké postižení (celkem 21 457 osob).

Tab. č. 6: Držitelé průkazu mimořádných výhod k 31. 12. 2008

Postižení:	Počet osob s přiznanými mimořádnými výhodami						
	MSK	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
těžké	7 765	258	473	2 391	982	922	2 793
zvláště těžké	21 457	1 676	1 664	4 149	2 020	2 800	9 148
zvláště těžké s nutností průvodce	10 737	757	729	1 987	828	2 185	4 251
CELKEM OSOB	39 959	2 691	2 866	8 527	3 776	5 907	16 192

Držitelé průkazu mimořádných výhod tvořili přibližně 3,1 % populace MS kraje. Ve věkové struktuře do 17 let se nacházelo 5,3 % všech držitelů průkazu.

Tab. č. 7: Držitelé průkazu mimořádných výhod k 31. 12. 2008 (mladší 18 let)

Postižení:	Počet osob s přiznanými mimořádnými výhodami						
	MSK	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
těžké	203	2	7	37	40	24	93
zvláště těžké	452	14	18	139	94	32	155
zvláště těžké s nutností průvodce	1 476	70	91	396	186	178	573
CELKEM OSOB	2 131	86	116	572	302	234	821

Průmysl

MS kraj patří mezi nejdůležitější průmyslové oblasti střední Evropy. Jádrem je ostravsko-karvinská průmyslová a těžební pánev, jejíž industrializace byla úzce spojena zejména s těžbou uhlí a s navazujícím rozvojem těžkého průmyslu a hutnictví. Kraj je tak celostátním centrem hutní výroby, současně je zde soustředěna i těžba černého uhlí téměř celé produkce ČR, i když dochází k poklesu vytěženého množství. Vedle těchto tradičních odvětví se v kraji dále prosazuje výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody, výroba dopravních prostředků a výroba chemických látek, přípravků, léčiv a chemických vláken.

Odvětvová struktura MS kraje přináší v současnosti nemalé problémy, které souvisejí s jeho restrukturalizací a jež jsou spojeny zejména s vyšší mírou nezaměstnanosti. Relativně nejlépe je na tom okres Nový Jičín, nejhůře jsou na tom okresy Ostrava-město. Okres Bruntál a Karviná se řadí mezi okresy s největší mírou nezaměstnanosti v celé ČR. Vskutku palčivým problémem je pak podíl dlouhodobě nezaměstnaných (déle než 24 měsíců) na celkovém počtu nezaměstnaných, který je v našem regionu výrazně vyšší než celorepublikový průměr.

Nezaměstnanost

MS kraj patří dlouhodobě ke krajům s vyšší mírou nezaměstnanosti. K 31. 12. 2008 činila míra registrované nezaměstnanosti v MS kraji 8,5 %, celorepubliková míra registrované nezaměstnanosti byla k témuž datu 6 %. Přestože došlo ve srovnání s roky 2006 (12,6%) a 2007 (9,6%) k jejímu poklesu, byla v porovnání s ostatními kraji jedna z nejvyšších.

K 31. 12. 2008 bylo v MS kraji evidováno celkem 57 455 neumístěných uchazečů o zaměstnání. Celkem 51,3 % z tohoto počtu tvořily ženy. Kromě okresu Nový Jičín (48,6 %) a Frýdek-Místek (50 %) bylo registrováno ve všech okresech MS kraje větší procento neumístěných uchazeček, přičemž největšího počtu dosáhl okres Karviná (celkem 9 085 žen).

V porovnání s ostatními kraji bylo v MS kraji v prosinci roku 2008 evidováno vysoké procento nezaměstnaných se zdravotním postižením. Z celorepublikového počtu 61 136 osob se zdravotním postižením, které byly vedeny jako uchazeči o zaměstnání, bylo v MS kraji evidováno celkem 10 642

osob. Z pohledu MS kraje pak tvořila tato skupina celých 18,5 % nezaměstnaných. S výjimkou okresů Bruntál (25,4 %), Frýdek-Místek (21,9 %) a Nový Jičín (19,9 %) se procento uchazečů se zdravotním postižením pohybovalo v rozmezí 16,1 – 17,4 % všech evidovaných osob daného okresu.

Z celkového počtu 57 455 uchazečů o zaměstnání v MS kraji byla jedna třetina evidována po dobu kratší 3 měsíců a stejná část byla evidována 24 měsíců a více. Osoby, jež se délkou evidence řadí do kategorie evidovaných po dobu 6 – 9 měsíců, tvořily 16 % celkového počtu uchazečů, evidovaní v kategorii 12 – 24 měsíců pak 11 % z celku. Nejmenší počet nezaměstnaných byl evidován v kategorii délky evidence 9 – 12 měsíců.

Nejvíce nezaměstnaných osob v MS kraji se nacházelo ve věkové kategorii 50–54 let.

Tab. č. 8: Věková struktura neumístěných uchazečů dle okresů MS kraje k 31. 12. 2008

Věk:	Počet uchazečů v jednotlivých okresech MSK						
	MSK	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
do 24	8 802	870	1 052	2 397	913	1 289	2 281
25–34	11 742	1 126	1 388	3 209	1 161	1 555	3 303
35–44	12 125	1 208	1 361	3 856	1 075	1 311	3 314
45–54	15 439	1 679	1 764	4 759	1 415	1 816	4 006
55–64	9 306	946	1 243	2 656	954	1 058	2 449
65 let a více	41	-	6	19	4	3	9
CELKEM UCHAZEČŮ	57 455	5 829	6 814	16 896	5 522	7 032	15 362

Nejvíce evidovaných uchazečů o zaměstnání spadalo z hlediska dosaženého vzdělání do kategorie vyučených (celkem 23 407 osob) a osob se základním či nedokončeným základním vzděláním (celkem 18 784 osob). Další kategorií s relativně vysokým výskytem byly osoby s úplným středním odborným vzděláním ukončeným maturitou (6 889 osob). Ostatní kategorie pak počtem evidovaných žadatelů nepřekročily hranici 2 500 osob.

Tab. č. 9: Vzdělanostní struktura neumístěných uchazečů podle okresů MSK k 31. 12. 2008

VZDĚLÁNÍ ² :	POČET UCHAZEČŮ V JEDNOTLIVÝCH OKRESECH MSK						
	MSK	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
základní	18 784	2 027	1 386	5 814	1 679	1 893	5 985
střední bez maturity	1 965	236	179	669	234	240	407
vyučení	23 407	2 402	3 118	6 909	2 203	3 102	5 673
vyučení s maturitou	2 500	141	350	845	231	385	548
úplné střední všeobecné s maturitou	1 585	177	207	492	137	187	385
úplné střední odborné s maturitou	6 889	730	1 215	1 661	757	907	1 619
vyšší	179	17	32	39	28	24	39
vysokoškolské	2 146	99	327	467	253	294	706
CELKEM UCHAZEČŮ	57 455	5 829	6 814	16 896	5 522	7 032	15 362

Z celkového počtu 57 455 uchazečů o zaměstnání evidovaných v MS kraji mělo pouze 16 100 osob nárok na podporu v nezaměstnanosti, přičemž v kategorii evidence do 3 měsíců se nacházelo celkem 9 874 osob. S přibývajícím délkou evidence (dělenou do kategorií po 3 měsících) počet uchazečů s nárokem na podporu klesá vždy o více než o polovinu, tzn., že v kategorii s délkou evidence od 3 – 6 měsíců se nacházelo pouze 4 675 osob.

² Včetně neukončeného a bez vzdělání

Tab. č. 10: Neumístění uchazeči o zaměstnání s nárokem na podporu v nezaměstnanosti podle výše měsíčního nároku a podle okresů MS kraje k 31. 12. 2008

Výše podpory v nezaměstnanosti (V Kč):	Počet uchazečů o zaměstnání s nárokem na podporu v nezaměstnanosti v jednotlivých okresech MSK						
	MSK	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
do 1500	216	14	14	52	16	25	95
1501–2500	1 533	150	250	347	189	176	421
2501–3500	2 874	375	551	536	307	477	628
3501–4500	2 979	468	448	562	355	449	697
4501–5500	2 517	360	386	392	375	421	583
5501–6500	2 096	274	317	378	385	256	486
6501–7500	1 484	137	212	240	349	204	342
7501–8500	916	79	145	143	200	145	204
8501–9500	482	47	65	106	96	56	112
9501 a více	1 003	79	165	232	126	168	233
CEKLEM UCHAZEČŮ	16 100	1 983	2 553	2 988	2 398	2 377	3 801
průměrná výše měsíční podpory	5 089	4 836	5 011	5 073	5 497	5 118	5 010

Dávky státní sociální podpory

V roce 2008 bylo přiznáno celkem 2 657 469 dávek, což bylo téměř o 1/3 méně než v roce 2007. K téměř polovičnímu poklesu počtu dávek došlo u přídavku na dítě, pokles přiznaných dávek byl zaznamenán také u sociálního příplatku, příspěvku na bydlení či pohřebného.

Tab. č. 11: Přiznané a vyplacené dávky státní sociální podpory v MS kraji³

Dávka:	2007		2008	
	Počet přiznaných dávek	Výše vyplacených dávek	Počet přiznaných dávek	Výše vyplacených dávek
přídavek na dítě	2 750 325	1 430 349	1 507 039	885 798
sociální příplatek	477 252	785 109	344 942	559 980
příspěvek na bydlení	306 394	353 642	230 009	354 503
rodičovský příspěvek	499 147	3 477 554	523 724	3 396 272
pěstounská péče, z toho:	33 885	133 572	36 322	145 807
- na potřeby dítěte	17 081	70 510	18 013	75 639
- odměna pěstouna	16 590	60 199	18 006	66 451
- převzetí dítěte	203	1 667	278	2 404
- motorové vozidlo	11	1 197	25	1 313
porodné	13 366	245 689	13 481	186 069
pohřebné	12 348	61 740	1 770	8 850
příspěvek na školní pomůcky	6 206	6 207	182	190
CELKEM	4 100 359	6 495 327	2 657 469	5 537 469

Více než polovina přiznaných dávek v MS kraji za rok 2008 byla tvořena přídavkem na dítě (56,7 %). Další významný podíl na vyplacených dávkách pak měl rodičovský příspěvek (19,7 %) a sociální příplatek (13 %). Nejvíce dávek bylo přiznáno v okresech Ostrava-město a Karviná. S tímto faktem

³ včetně zpětně vyplacených dávek

pak úzce souvisí procento finančních prostředků, jež byly na dávkách státní sociální podpory v těchto okresech vyplaceny.

Tab. č. 12: Vyplacené dávky státní sociální podpory podle okresů MS kraje v roce 2008

Dávka:	Výše vyplacených dávek v roce 2008 (TIS. Kč)						
	MSK	BR	F-M	KA	NJ	OP	OV
přídavek na dítě	885 798	88 318	145 099	193 311	106 384	121 613	231 073
sociální příplatek	559 980	59 957	65 941	145 918	54 781	55 754	177 629
příspěvek na bydlení	354 503	27 008	29 359	110 785	23 869	28 732	134 750
rodičovský příspěvek	3 396 272	263 909	565 559	719 847	424 014	490 172	932 771
pěstounská péče, z toho:	145 807	13 031	24 132	38 353	17 232	15 549	37 510
- na potřeby dítěte	75 639	6 627	12 260	20 131	8 529	8 299	19 793
- odměna pěstouna	66 451	6 010	11 527	17 338	7 990	6 955	16 630
- převzetí dítěte	2 404	182	345	625	413	134	705
- motorové vozidlo	1 313	211	0	259	300	162	382
porodné	186 069	13 861	30 896	38 917	23 049	26 840	52 506
pohřebné	8 850	665	1 245	1 715	1 225	1 070	2 930
příspěvek na školní pomůcky	190	15	28	37	25	18	67
CELKEM	5 537 469	466 764	862 259	1 248 883	650 579	739 749	1 569 236

Zdrojem všech statistických údajů uvedených v této kapitole je Český statistický úřad – pobočka Ostrava. Jedná se o data zachycující stav vybraných statistických ukazatelů v roce 2008, resp. k 31. 12. 2008.

3. ZÁKLADNÍ STRATEGICKÉ DOKUMENTY

Sociální politika MS kraje je primárně deklarována ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb, který je vypracován na základě ustanovení odst. d); § 95 zákona o sociálních službách. Specifické oblasti sociální politiky MS kraje jsou pak podrobněji rozpracovány v dalších dílčích navazujících strategických dokumentech.

3.1 Program rozvoje MS kraje

Program rozvoje MS kraje je strategickým dokumentem specifikujícím cíle, opatření a rozvojové aktivity Moravskoslezského kraje, jež budou ze strany kraje v jeho samostatné působnosti podporovány. Program rozvoje platný na období let 2006 – 2008 byl rozdělen do čtyř částí: 1. Úvod, 2. Sociálně-demografická analýza, 3. Vize, strategické cíle, opatření, 4. Specifikace opatření.

V části nazvané Vize, strategické cíle, opatření zpracovává 5 prioritních oblastí. Ty jsou rozděleny na 21 strategických cílů a dále rozpracovány na jednotlivá opatření. Sociální oblasti se věnuje v pořadí třetí prioritní oblast („Dynamická společnost“), jež se skládá ze souhrnné analýzy, SWOT analýzy a jednotlivých strategických cílů.

V rámci SWOT analýzy byly identifikovány např. tyto příležitosti:

- zavádění střednědobého plánování a standardů kvality v oblasti sociálních služeb,
- lepší prezentace sociálních služeb a její informační zajištění.

Zásadním cílem pro oblast sociálních služeb se stal strategický cíl č. 4 – Udržení a rozvoj sítě sociálních služeb v rozsahu odpovídajícím potřebám v souladu se standardy kvality a optimalizace financování poskytovaných sociálních služeb.

Návazný strategický dokument, **Strategie rozvoje Moravskoslezského kraje na léta 2009 – 2016** (dále jen „Strategie rozvoje MS kraje“), jenž byl zastupitelstvem kraje schválen v dubnu 2010, obsahuje 5 globálních strategických cílů. Na sociální oblast se zaměřuje globální cíl 4 – Kvalitní a kulturní prostředí, služby a infrastruktura pro život, práci a návštěvu, konkrétněji pak specifický cíl 4.4 „Zajistit obyvatelům kraje zdravotní a sociální služby“.

Ve Strategii rozvoje MS kraje byly zohledněny výstupy všech níže uvedených odvětvových strategických dokumentů zaměřených na oblast sociálních služeb, začleňování, prevence aj.

3.2 Koncepce sociálních služeb v MS kraji

Dokument byl zastupitelstvem kraje schválen usnesením č. 22/880/1 ze dne 8. 4. 2004. Základem pro zpracování tohoto materiálu byla sociodemografická analýza MS kraje z pohledu sociální politiky a analýza stávajících sociálních služeb poskytovaných na území kraje.

Oblasti, jež jsou v Konceptu sociálních služeb v MS kraji zpracovány, se týkají rezidenčních, terénních a intervenčních služeb, standardů kvality a vzdělávání v sociálních službách. Dále se dokument věnuje oblasti střednědobého plánování a financování sociálních služeb a obsahuje rovněž analýzu krajských zařízení poskytujících sociální služby.

Koncepce sociálních služeb je dlouhodobým strategickým dokumentem, který stanovuje vizi, priority a cíle v obecné rovině.

3.3 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v MS kraji

Jedná se o řídicí dokument v oblasti sociálních služeb a návazných aktivit.

První Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb MS kraje na rok 2008 – 2009 byl zastupitelstvem kraje schválen usnesením č. 18/1541 ze dne 28. 6. 2007 a **deklaroval tyto základní principy:**

- zajištění sociálních služeb zaměřených na seniory by mělo být záležitostí obcí, podpora kraje bude směřovat zvláště k zajištění sociálních služeb poskytovaných cílovým skupinám se specifickými problémy (princip statistické významnosti – počet osob cílové skupiny je statisticky významný již na úrovni obce → zajištění služby je záležitostí obce; počet osob

cílové skupiny je statisticky významný až na úrovni kraje → zajištění služby je záležitostí kraje),

- upřednostnění terénních a intervenčních typů služeb před rezidenčními,
- v oblasti rezidenčních služeb:
 - podpora koedukovaných zařízení komunitního typu,
 - zajištění služeb sociální péče v zařízeních, které budou svými stavebně-technickými parametry odpovídat standardům kvality sociálních služeb,
 - při rozvolňování ústavů respektovat současný trend preference koedukovaných zařízení, kdy jsou zároveň opouštěny dispozičně nevyhovující objekty,
 - změnit strukturu pracovníků v krajských zařízeních s cílem zajistit cílovým skupinám klientů péči odpovídající jejich skutečným potřebám,
- změnit strukturu pracovníků v ústavních zařízeních s cílem zajistit cílovým skupinám klientů péči odpovídající jejich skutečným potřebám,
- podpořit aktivity v rámci celoživotního vzdělávání pracovníků,
- podporovat poskytování sociálních služeb odpovídajících standardům kvality sociálních služeb,
- podpořit vznik chybějících zařízení pro klienty se specifickými potřebami – podpořit zřízení chybějících zařízení pro klienty potřebující velmi intenzivní typ péče a zařízení pro osoby s psychózou a chronickou závislostí na alkoholu,
- podporovat plánování sociálních služeb v obcích.

Střednědobý plán na rok 2008 – 2009 rovněž nastínil kritéria financování sociálních služeb v daném období.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb se stal zastřešujícím dokumentem pro všechny ostatní, dílčí, strategické dokumenty MS kraje v oblasti sociální politiky, které dále rozvíjí základní myšlenky a principy v něm obsažené.

3.4 Dílčí navazující strategické dokumenty

3.4.1 Koncepce kvality sociálních služeb v MS kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb)

Dokument, který byl zastupitelstvem kraje schválen usnesením č. 24/2122 ze dne 26. 6. 2008, se skládá ze dvou stěžejních oblastí. První část popisuje oblast kvality ve spojení se sociálními službami obecně, druhá se úzce zaměřuje na problematiku pobytových sociálních služeb.

Na základě mnohaleté práce kraje v oblasti kvality sociálních služeb byl v tomto strategickém dokumentu vyjádřen jasný postoj kraje v sociální oblasti a určen směr sociální politiky kraje ve vztahu ke kvalitě poskytovaných sociálních služeb a k procesu transformace pobytových sociálních služeb.

Myšlenky, které jsou v dokumentu popsány, spočívají zejména v důrazu na nedílnou součást kvality v plánování rozvoje sociálních služeb.

V oblasti kvality poskytovaných sociálních služeb deklaruje dokument tyto priority:

- podporovat poskytovatele sociálních služeb ze strany MS kraje v zavádění a sebehodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb,
- podporovat vzdělávací aktivity poskytovatelů sociálních služeb,
- zajistit dostupnost informací k tématu zavádění a rozvoje kvality, k inspekcím poskytování sociálních služeb, k transformaci pobytových sociálních služeb,
- rozvíjet spolupráci mezi různými subjekty (poskytovatelé sociálních služeb, obce apod.).

V oblasti transformace pobytových sociálních služeb deklaruje dokument tyto priority:

- podporovat proces transformace a realizovat transformaci stávajících pobytových zařízení,
- zajistit uživatelům sociálních služeb bydlení, které odpovídá běžnému bydlení vrstevníků,
- upřednostňovat bydlení osob se zdravotním postižením v přirozeném prostředí s dostatečnou návazností na běžné zdroje – v bytech či malých komunitách do 8 osob,
- pro uživatele s vyšší mírou podpory budovat menší zařízení komunitního typu s maximálním počtem 24 uživatelů (u zařízení pro seniory maximální počet 40 uživatelů, u dětí se zdravotním postižením maximální počet 18 osob),
- respektovat individualitu a soukromí uživatelů – zajistit bydlení v jednolůžkových pokojích s možností odpočinku, praní i vaření (obývací pokoj, koupelna s pračkou, kuchyň).

Jedná se o strategii, která zásadním způsobem stanovuje vizi, cíle a konkrétní opatření vedoucí k restrukturalizaci infrastruktury zařízení sociální péče, ke změně přístupu k péči a podpoře osob se zdravotním postižením.

Přenos myšlenek a vizí uvedených v Konceptu kvality sociálních služeb v MS kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb) do praxe je realizován naplňováním opatření a aktivit 1. Akčního plánu Konceptu kvality sociálních služeb v MS kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb), který byl schválen usnesením rady kraje č. 197/7146 ze dne 1. 10. 2008.

3.4.2 Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením

Tento strategický materiál se zabývá problematikou lidí se zdravotním postižením. Zajímá se o všechny aspekty jejich života a identifikuje problémy, s nimiž se tyto lidé v běžném životě potýkají. Dokument určuje sociální politiku kraje ve vztahu k lidem se zdravotním postižením.

Zastupitelstvo kraje schválilo v předchozích letech již dva krajské plány:

1. Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2004 – 2005
2. Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2006 – 2008

Usnesením zastupitelstva kraje č. 13/1143/1 ze dne 25. 9. 2008 byl přijat Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2009 – 2013 (dále jen „Krajský plán vyrovnávání příležitostí“), který navazuje na dva výše uvedené plány.

Cílem tohoto dokumentu je vytvořit v kraji podmínky pro zlepšení kvality života obyvatel se zdravotním postižením.

Idea vyrovnávání příležitostí je ukotvena v řadě mezinárodních i národních dokumentů⁴ a krajskému plánu se daří implementovat její podstatu na regionální úrovni.

Krajský plán vyrovnávání příležitostí je postaven na třech pilířích:

- aktivní zapojení osob s postižením,
- mezíresortní spolupráce,
- uplatňování principu „design for all“.

⁴ Evropská sociální charta, Deklarace práv mentálně postižených osob, Deklarace práv zdravotně postižených osob, Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením, Evropský akční plán o rovných příležitostech osob se zdravotním postižením, Národní akční plán sociálního začleňování, Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením na období 2004 – 2009, Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009, Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.

V oblasti sociálních služeb a poradenství si tento dokument vytyčuje 5 stěžejních cílů:

1. V rámci kraje zmapovat a následně budovat spektrum sociálních služeb poskytovaných lidem se všemi druhy postižení.
2. Podporovat činnost aktivit navazujících na poskytování sociálních služeb, reagují-li na potřeby osob s postižením.
3. Postupně rozvíjet službu sociální rehabilitace jako jednoho z prvků ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením.
4. Preferovat terénní služby poskytované v přirozeném prostředí uživatelů a služby poskytující podporu rodinám osob s postižením.
5. Vytvořit prostor pro transformaci rezidenčních služeb sociální péče, podporovat uživatele v životě v přirozené komunitě, upřednostňovat služby typu chráněného bydlení nebo podporu samostatného bydlení.
6. Jedná se o interdisciplinární dokument shrnující komplexně problematiku osob se zdravotním postižením za účelem vytváření podmínek pro sociální inkluzi osob se zdravotním postižením.

3.4.3 Strategické dokumenty v oblasti protidrogové politiky MS kraje

Protidrogová politika MS kraje směřuje k řešení problémů spojených s užíváním drog v kraji. Protidrogovou politiku kraje tvoří čtyři základní pilíře – primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik spojených s užíváním drog a snižování dostupnosti drog.

V roce 2005 byla schválena usnesením zastupitelstva kraje č. 8/778/1 ze dne 22. 12. 2005 Strategie protidrogové politiky MS kraje 2005 – 2009.

Navazující strategický materiál v oblasti protidrogové politiky MS kraje by měl zahrnout období 2010 – 2014.

3.4.4 Strategické dokumenty v oblasti integrace romské komunity v MS kraji

Strategie integrace romské komunity MS kraje na období 2006 – 2009 byla zpracována na základě usnesení Rady MS kraje č. 38/1688 ze dne 7. 12. 2005 přijatého na základě návrhu Výboru pro národnostní menšiny Zastupitelstva MS kraje.

Obsahem se dokument opírá o vládní „Konceptci romské integrace“ a některé další koncepční dokumenty.

Jeho cílem je snaha analyzovat současnou situaci příslušníků romských komunit žijících v kraji a zajistit vhodné podpůrné mechanismy, které by mohly napomoci jejich integraci do většinové společnosti.

V rámci plnění akčního plánu tohoto dokumentu byly vytyčeny čtyři specifické cíle:

- zmírnění současných důsledků sociální exkluze v MS kraji,
- efektivní prevence sociální exkluze v kraji,
- koordinace aktivit a subjektů podílejících se na řešení problematiky romské integrace,
- zlepšení současných podmínek v oblasti vzdělávání a rovného přístupu ke vzdělávání.

Navazující strategický materiál by měl zahrnout období 2010 – 2013.

3.4.5 Koncepce prevence kriminality

Koncepce prevence kriminality MS kraje na léta 2009 – 2011 (dále jen „Koncepce prevence kriminality“) byla schválena usnesením zastupitelstva kraje č. 25/2204 ze dne 25. 9. 2008.

Jedná se o první samostatný strategický materiál, který vymezuje základní úlohu kraje v rámci preventivní politiky zaměřené na zmírnění, popř. eliminaci výskytu trestné činnosti na jeho území,

resp. území jednotlivých obcí. Úkolem kraje by měla být hlavně koordinace, sběr dat, částečná finanční podpora a mapování jednotlivých činností v oblasti prevence kriminality.

Součástí materiálu je mimo jiné bezpečnostní analýza MS kraje zahrnující údaje z oblasti sociálně-demografických ukazatelů, vývoje a výskytu trestné činnosti a institucionálního zajištění systému prevence kriminality. Jmenované oblasti se společně s provedenou SWOT analýzou staly podkladem pro formulaci základních cílů a opatření preventivní politiky kraje.

Mezi hlavní cíle, které si Koncepce prevence kriminality klade, patří:

- udržení stávajících a doplnění chybějících služeb v síti aktivit prevence kriminality,
- omezení příležitostí k páčání trestné činnosti a zvyšování možností dopadení pachatele,
- informování veřejnosti o problematice prevence kriminality a jejich aktivizace,
- posilování kompetencí veřejnosti a pracovníků subjektů, participujících v systému prevence, při plánování a realizaci vlastních preventivních opatření.

Uvedené cíle budou po dobu platnosti Koncepce podporovány v rámci dotačního programu nazývaného Krajský program prevence kriminality. Jeho účelem je subvence preventivních aktivit a opatření, které povedou ke snížení míry a závažnosti kriminality na jeho území.

Mezi základní cílové skupiny, kterým bude věnována zvýšená pozornost, patří:

1. Pachatelé trestných činů (nezletilí a mladiství s kriminální zkušeností; recidivisté).
2. Oběti trestných činů (dětské oběti trestné činnosti; dětské oběti šikany; oběti násilné trestné činnosti včetně domácího násilí; senioři).
3. Rizikovní jedinci v postavení potenciálních pachatelů nebo obětí (predelikventní děti a mládež; dysfunkční rodiny; obyvatelé sociálně vyloučených lokalit; osoby ohrožené sociálním vyloučením; senioři; osoby propuštěné z výkonu trestu; osoby závislé na návykových látkách).
4. Veřejnost.

Smyslem podpory cílových skupin a opatření uvedených v Koncepci je vytvořit takové zázemí pro občany MS kraje, které jim bude poskytovat dostatečnou ochranu a pocit bezpečí, a systematicky tak posilovat důvěru veřejnosti v instituce veřejné správy a samosprávy, neziskového sektoru i vlastní občanskou uvědomělost a angažovanost.

3.5 Další strategické dokumenty MS kraje s přesahem do resortu sociálních věcí

3.5.1 Prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže

Základním principem prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v resortu školství je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, osvojení si pozitivního sociálního chování, rozvoj a podpora sociálních kompetencí vedoucích k harmonickému rozvoji osobnosti. Základními východisky efektivní primární prevence je kontinuita, systematickosti a komplexnost preventivního působení s ohledem na věk dítěte a jeho aktuální prožívání světa. Primární prevence je zaměřena zejména na rizikové faktory spolupodílející se na vzniku sociálně patologických jevů.

Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v MS kraji na období 2009 – 2012 byla přijata usnesením zastupitelstva kraje č. 7/668 ze dne 14. 10. 2009.

3.5.2 Koncepce zdravotní péče v MS kraji

Tento dokument byl odborem zdravotnictví zpracován ve spolupráci s výborem sociálním a zdravotním zastupitelstva kraje na základě podrobné analýzy statistických ukazatelů všech zdravotnických zařízení v kraji a podrobně se zabývá jednotlivými zdravotními službami, jejich charakteristikou a specifiky a současně předkládá návrhy řešení jednotlivých problémových oblastí ve zdravotnictví. Koncepci zdravotní péče v MS kraji schválilo zastupitelstvo kraje usnesením č. 22/880/1 dne 8. 4. 2004.

4. PROCES STŘEDNĚDOBÉHO PLÁNOVÁNÍ ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MS KRAJI

4.1 Tvorba střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji

S ohledem na náročnost procesu plánování rozvoje sociálních služeb na území kraje bylo v roce 2007 navrženo postupovat ve třech fázích, a to:

1. fáze, **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v MS kraji na rok 2008 – 2009**

Fáze byla zaměřena na **stabilizaci současného stavu**, na stabilizaci stávající sítě poskytovatelů sociálních služeb v kraji, zmapování stávající situace (popis a analýza území, existujících zdrojů a potřeb, analýza a vymezení poskytovatelů sociálních služeb).

2. fáze, **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v MS kraji na léta 2010 – 2014**

Fáze je zaměřena na **vytváření systému rozvoje sociálních služeb v kraji**, jednání a dohoda mezi subjekty o převzetí veřejného závazku za určité druhy služeb, návrh systému financování sociálních služeb v kraji (např. procentní spoluúcast kraje u jednotlivých druhů služeb a navržení vývojové křivky podpory nebo útlumu).

3. fáze, **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v MS kraji na léta 2015 – 2018**

Fáze bude zaměřena na **rozvoj sociálních služeb a vytvoření strategie k jejich zajištění**, půjde o plán k vytvoření sítě místně i typově dostupných sociálních služeb; vytvoření sítě poskytovatelů, kteří budou mít garanci stabilního financování, současně bude vytvořen systém sledování a vyhodnocování plánu rozvoje.

4.2 Vyhodnocení 1. fáze procesu střednědobého plánování v MS kraji

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na rok 2008 – 2009 vznikl v době, kdy docházelo v oblasti sociálních služeb k zcela zásadním změnám. Plán neobsahoval žádná výslovná opatření či aktivity. Priority sociální politiky v plánu obsažené vycházely z dílčích strategických dokumentů.

Mnohé z nich se podařilo v průběhu let 2008 – 2009 naplnit. Nejdynamičtější oblastí, v níž docházelo nejen k rozvoji sociálních služeb, ale také ke změně celkového konceptu poskytování služeb sociální péče osobám se zdravotním postižením, byla oblast transformace. Principy deklarované Koncepty kvality sociálních služeb v MS kraji začaly být v průběhu tohoto období uplatňovány i na úrovni dalších poskytovatelů, nejen příspěvkových organizací kraje.

Aktivně byla řešena také problematika vzdělávání pracovníků, oblasti kvality poskytovaných sociálních služeb a rozvoje procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni obcí. MS kraj vyhlášoval již od roku 2005 dotační tituly zaměřené na podporu procesů zavádění standardů kvality sociálních služeb a podporu procesu střednědobého plánování. V následujících letech se k těmto dotačním titulům přidala také podpora vzdělávání pracovníků v sociálních službách či podpora aktivit poskytovatelů sociálních služeb vycházejících z plánu nápravných opatření přijatých na základě výsledku inspekce poskytování sociálních služeb, auditu, konzultace s externím odborníkem (registrovaným inspektorem sociálních služeb). Proces zvyšování kvality sociálních služeb na území MS kraje byl podpořen také dotačním titulem zaměřeným na podporu aktivit spojených s naplňováním standardu č. 13 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

V období let 2008 – 2009 se podařilo naplnit i konkrétní cíle z oblasti rozvoje sociálních služeb uvedené v tomto strategickém dokumentu. Dle studie „Pojetí rané péče v MS kraji“ došlo k pokrytí regionu Novojičínska službou rané péče, rovněž byla zřízena pilotní sociální služba domova se zvláštním režimem, Domov Přístav, určená osobám bez přístřeší se specifickými potřebami.

Vývojem procházel také proces střednědobého plánování na úrovni obcí. V roce 2009 byl proces střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb započat již ve všech obcích s pověřeným obecním úřadem. Většina těchto obcí má zpracován strategický dokument, v němž je problematika plánování rozvoje sociálních služeb ukotvena. Do procesu se začínají zapojovat také obce s obecním úřadem, a to buď prostřednictvím obce s pověřeným obecním úřadem, anebo prostřednictvím spolupráce několika obcí s obecním úřadem určitého regionu.

Výraznou pomocí v procesu plánování rozvoje sociálních služeb se stala také elektronická databáze, Registr poskytovatelů sociálních služeb, jež byla zřízena na základě zákona o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2007. Databáze rozšířila možnosti analýzy stavu sociálních služeb nejen na úrovni celého kraje, ale i na místní úrovni. Data z Registru poskytovatelů sociálních služeb jsou využívána na všech úrovních procesu střednědobého plánování, vyhledáváním sociální služby ze strany veřejnosti, potenciálních uživatelů, počínaje a analytickými dokumenty na úrovni MPSV konče.

Cílem Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji na rok 2008 – 2009 byla stabilizace sítě sociálních služeb. V období platnosti plánu se podařilo udržet síť dlouhodobě poskytovaných sociálních služeb a nedošlo k zániku sociálních služeb z důvodu neposkytnutí finanční podpory z dotačního řízení vyhlašovaného MPSV. Byl položen základ udržitelného rozvoje sociálních služeb. Postupně dochází k restrukturalizaci alokace finančních prostředků a vyvažování spolufinancování sociálních služeb bez ohledu na typ jejich zřizovatele. Aktivním přístupem MS kraje se podařilo v rámci individuálního projektu MS kraje „ Podpora a rozvoj služeb sociální prevence v MS kraji“ získat k financování služeb sociální prevence prostředky z evropských strukturálních fondů. Tento krok byl jedním z nejvýznamnějších faktorů posilujících zajištění a udržení sítě sociálních služeb v předchozím období.

Stěžejní cíl tohoto strategického dokumentu byl naplněn. MS kraj se dostává do druhé etapy procesu střednědobého plánování, v níž bude docházet k **vytváření systému rozvoje sociálních služeb v kraji.**

4.3 Organizační struktura procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v MS kraji

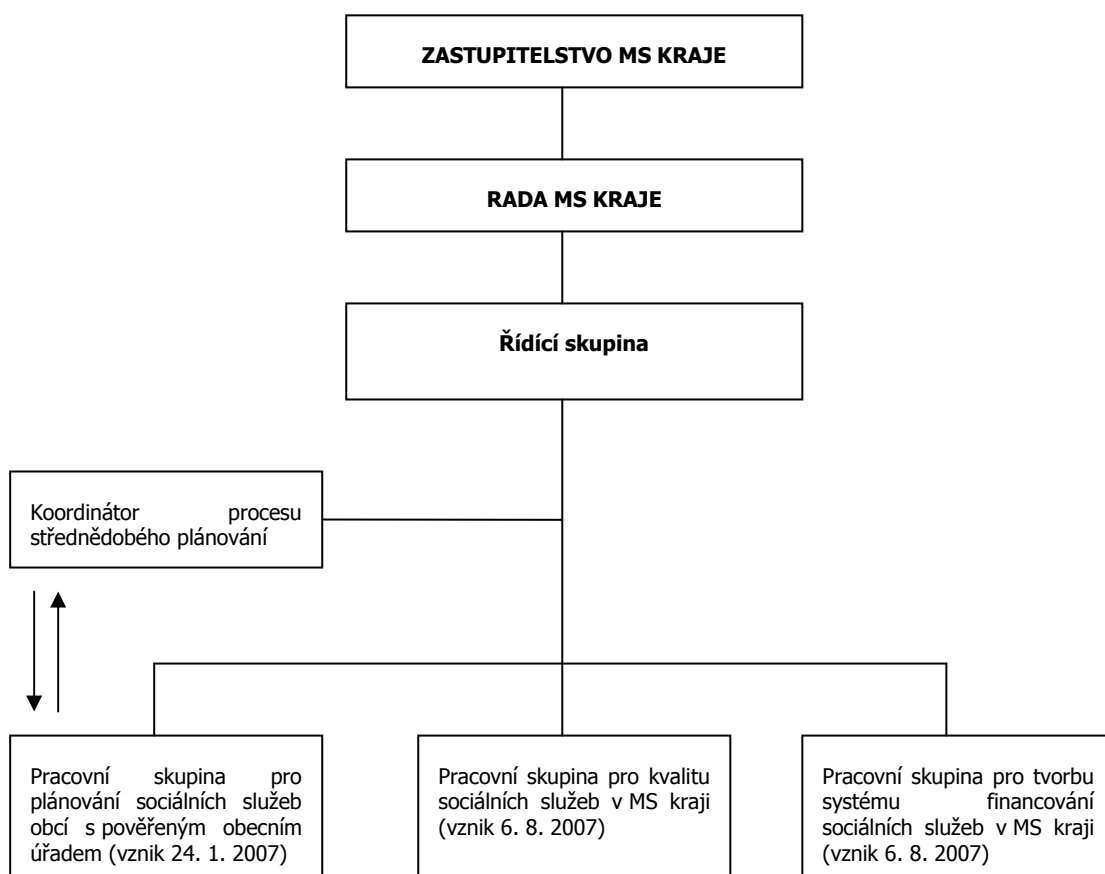
V návaznosti na předchozí aktivity MS kraje v oblasti sociálních služeb vyslovila rada kraje dne 6. 9. 2006 přijetím usnesení č. 84/3122 souhlas se zahájením přípravných kroků k vytvoření střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji.

Proces střednědobého plánování řídí Pracovní skupina pro vznik a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji (dále jen „Řídící skupina“), která byla zřízena přijetím usnesení rady kraje č. 84/3122.

Rada kraje zřizuje Řídící skupinu jako pracovní skupinu rady, stanovuje její strukturu a jmenuje jejího vedoucího (její vedoucí).

Rada kraje je oprávněna přijímat prováděcí dokumenty tohoto plánu v době jeho platnosti, objeví-li se otázky, jež nejsou současným plánem výslovně řešeny a jejichž ukotvení do prováděcího dokumentu MS kraje je žádoucí.

Schéma č. 1: Organizační struktura zajištění procesu střednědobého plánování na úrovni MS kraje



4.3.1 Pracovní skupina pro vznik a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji („Řídící skupina“)

Řídící skupina:

- postupuje v souladu se sociální politikou kraje (v návaznosti na principy národní sociální politiky, legislativu a strategické materiály kraje v sociální oblasti),
- organizuje, koordinuje a řídí aktivity směřující k vytvoření střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji,

- spolupracuje s dalšími subjekty za účelem tvorby střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji,
- je za svou činnost odpovědná radě kraje,
- předkládá průběžné výstupy ze střednědobého plánu radě kraje,
- schvaluje jednací řád (včetně aktualizací), který je závazný pro jednání Řídící skupiny,
- zřizuje pracovní skupiny pro úkol a téma, stanovuje jejich strukturu, jmenuje jejich členy a organizuje jejich činnost,
- schvaluje jednací řád pracovních skupin (včetně aktualizací), který je závazný pro jejich jednání,
- zadává pracovní úkoly pracovním skupinám a projednává a vyhodnocuje výstupy z činnosti pracovních skupin, vznáší dotazy a připomínky na vedoucí pracovních skupin.

Vedoucí Řídící skupiny:

- je náměstek/náměstkyně hejtmana kraje odpovědný/á za sociální oblast,
- je jmenován/a radou kraje,
- řídí činnost Řídící skupiny a předkládá výstupy její činnosti Radě kraje, již se ze své činnosti Řídící skupina zodpovídá,
- minimálně 1x za 2 roky předkládá Radě kraje „Zprávu o činnosti Řídící skupiny a realizaci procesu plánování rozvoje sociálních služeb v MS kraji“,
- má dva zástupce (1. zástupce, 2. zástupce).

Členové Řídící skupiny:

- se účastní jednání osobně,
- se mohou zapojit do činnosti pracovních skupin.

Struktura členů Řídící skupiny:

- zástupci zadavatele:
 - náměstek/náměstkyně hejtmana kraje pro sociální oblast,
 - předseda/předsedkyně výboru zabývající se problematikou sociálních služeb,
 - předseda/předsedkyně komise zabývající se problematikou sociálních služeb,
 - zástupce odboru sociálních věcí krajského úřadu,
- vedoucí pracovních skupin,
- zástupci poskytovatelů sociálních služeb:
 - za oblast (odborného) sociálního poradenství,
 - za oblast služeb sociální péče,
 - za oblast služeb sociální prevence,
- zástupci obcí, které jsou zapojeny do procesu plánování sociálních služeb,
- zástupci krajských metodiků/metodiček plánování sociálních služeb certifikovaných Ministerstvem práce a sociálních věcí.

4.3.2 Koordinátor procesu střednědobého plánování

Koordinátorem procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v MS kraji je zaměstnanec odboru sociálních věcí krajského úřadu.

Koordinátor:

- koordinuje proces tvorby střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb a zajišťování místní a typové dostupnosti sociálních služeb v kraji,

- zajišťuje organizační záležitosti spojené s činností Pracovní skupiny pro vznik a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji,
- koordinuje činnost pracovních skupin,
- vnáší do Pracovní skupiny pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem témata významná pro proces střednědobého plánování na úrovni kraje,
- zpracovává výstupy z Pracovní skupiny pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem pro účely procesu střednědobého plánování kraje.

4.3.3 Pracovní skupiny

Řídící skupina zřizuje pracovní skupiny pro úkol a pro téma, stanovuje jejich strukturu, jmenuje jejich členy a organizuje jejich činnosti.

Pracovní skupina:

- postupuje v souladu se sociální politikou kraje (v návaznosti na principy národní sociální politiky, legislativu, strategické materiály kraje v sociální oblasti),
- zpracovává pracovní úkoly zadané Řídící skupinou,
- spolupracuje s dalšími subjekty za účelem tvorby střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb,
- volí na základě dohody (konsensem skupiny) vedoucího a jeho 2 zástupce,
- zřizuje v případě potřeby pracovní podskupiny,
- projednává a vyhodnocuje výstupy z činnosti pracovních podskupin, vznáší dotazy a připomínky na jednotlivé pracovní podskupiny.

Vedoucí pracovní skupiny:

- je členem Řídící skupiny,
- je zvolen členy pracovní skupiny,
- řídí činnost pracovní skupiny a předkládá výstupy její činnosti Řídící skupině, které je ze své činnosti pracovní skupina odpovědná,
- vznáší za pracovní skupinu dotazy a připomínky na Řídící skupinu,
- předkládá výstupy z činnosti pracovní skupiny Řídící skupině, které je ze své činnosti pracovní skupina odpovědná,
- má dva zástupce (1. zástupce, 2. zástupce).

Členové pracovní skupiny:

- se účastní jednání osobně (výjimkou je Pracovní skupina pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem),
- se mohou zapojit do činnosti pracovních podskupin.

4.3.3.1 Pracovní skupina pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem

Pracovní skupina pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem vznikla dne 24. 1. 2007.

Zaměřena na:

- identifikaci potřeb a problémů, které jsou na obecní úrovni spatřovány, návrh systému sumarizace jednotlivých výstupů procesů plánování sociálních služeb na obcích a další aktivity definované Řídící skupinou,
- oboustranný přenos informací týkající se plánování rozvoje sociálních služeb a výměna zkušeností.

Struktura členů pracovní skupiny:

zástupci 30 obcí s pověřeným obecním úřadem, kteří se zabývají problematikou plánování rozvoje sociálních služeb: Bílovec, Bohumín, Bruntál, Český Těšín, Frenštát pod Radhoštěm, Frýdek-Místek, Frýdlant nad Ostravicí, Fulnek, Havířov, Hlučín, Horní Benešov, Jablunkov, Karviná, Kopřivnice, Kravaře, Krnov, Příbor, Město Albrechtice, Nový Jičín, Odry, Opava, Orlová, Osoblaha, Ostrava, Rýmařov, Studénka, Třinec, Vítkov, Vratimov, Vrbno pod Pradědem.

4.3.3.2 Pracovní skupina pro kvalitu sociálních služeb v MS kraji

Pracovní skupina pro kvalitu sociálních služeb v MS kraji vznikla dne 6. 8. 2007.

Zaměřena na:

- témata z oblasti kvality poskytovaných sociálních služeb (např. specifika pobytových zařízení, možnosti transformace pobytových zařízení, návaznost kvality sociálních služeb na jejich financování aj.).

Struktura členů pracovní skupiny:

- zástupci inspektorů kvality sociálních služeb,
- zástupci poskytovatelů sociálních služeb, kteří se dlouhodobě zabývají kvalitou poskytovaných sociálních služeb v daném zařízení:
 - za oblast (odborného) sociálního poradenství,
 - za oblast péče sociálních služeb (terénní, ambulantní a pobytová sociální služba),
 - za oblast prevence sociálních služeb (terénní, ambulantní a pobytová sociální služba),
- zástupce MS kraje zabývající se kvalitou sociálních služeb,
- zástupci uživatelů sociálních služeb.

4.3.3.2 Pracovní skupina pro tvorbu systému financování sociálních služeb v MS kraji

Pracovní skupina pro tvorbu systému financování sociálních služeb v MS kraji vznikla dne 6. 8. 2007.

Zaměřena na:

- nastavení mechanismů rovného přístupu k financování jednotlivých sociálních služeb v kraji,
- nastavení jednotkových cen za jednotlivé druhy sociálních služeb,
- definování kvantitativních (i kvalitativních) ukazatelů pro jednotné statistické vykazování poskytovaných sociálních služeb.

Struktura členů pracovní skupiny:

- zástupci MS kraje,
- zástupci příspěvkových organizací MS kraje,
- zástupci obcí,
- zástupci příspěvkových organizací obcí,
- zástupci nestátních neziskových organizací (NNO),
- zástupci uživatelů sociálních služeb,
- členové Řídící skupiny (ve statutu stálých hostů s poradním hlasem).

5. POPIS STAVU A FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB MS KRAJE

5.1 Popis stavu sociálních služeb

5.1.1 Přehled sociálních služeb dle druhu a místa poskytování

Data, která byla použita k vypracování popisu stavu sociálních služeb v MS kraji, byla získána ke dni 1. 1. 2009 z Registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. Údaje v něm uvedené byly zpracovány do souhrnné tabulky (tabulková příloha č. 2) a do map, které jsou rovněž součástí tohoto dokumentu a tvoří mapové přílohy č. 1 – č. 36. Na těchto mapách je zachyceno pokrytí správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem registrovanými sociálními službami dle zákona o sociálních službách. Z map lze rovněž vyčíst, jaký subjekt dané sociální služby poskytuje.

Statistika služeb byla koncipována na úrovni správního obvodu obce s pověřeným obecním úřadem. Hovoříme-li v následujícím textu o „počtu sociálních služeb“, uvádíme počet poskytovaných sociálních služeb na území MS kraje bez ohledu na zřizovatele/poskytovatele. Poskytuje-li jeden poskytovatel dvě sociální služby v různých městech kraje, je započítán v každém městě, v němž sociální službu poskytuje, zvlášť.

Sociální služby jsou dle zákona o sociálních službách rozděleny na tři druhy: sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence. Na území MS kraje bylo k 1. 1. 2009 registrováno celkem 644 sociálních služeb (z toho 73 sociálních služeb bylo registrováno mimo kraj).

Tab. č. 13: Sociální služby dle druhu a obce s pověřeným obecním úřadem (POU) k 1. 1. 2009

OBEC S POU:	SOCIÁLNÍ SLUŽBY			Sociální služby v obcích s POU celkem
	Odborné sociální poradenství	Služby sociální péče	Služby sociální prevence	
Bílovec	0	2	0	2
Bohumín	1	11	3	15
Bruntál	6	10	13	29
Český Těšín	3	14	10	27
Frenštát pod Radhoštěm	0	7	1	8
Frýdek-Místek	10	18	18	46
Frýdlant nad Ostravicí	1	5	0	6
Fulnek	0	1	0	1
Havířov	7	16	16	39
Hlučín	1	7	3	11
Horní Benešov	0	0	0	0
Jablunkov	0	9	1	10
Karviná	5	21	26	52
Kopřivnice	0	7	7	14
Kravaře	0	2	0	2
Krnov	1	10	12	23
Město Albrechtice	0	4	0	4
Nový Jičín	6	14	6	26
Odry	0	5	1	6
Opava	11	30	25	66

Orlová	1	13	3	17
Osoblaha	0	3	1	4
Ostrava	33	64	73	170
Příbor	0	2	0	2
Rýmařov	0	8	1	9
Studénka	0	4	1	5
Třinec	3	23	15	41
Vítkov	0	7	0	7
Vratimov	0	1	0	1
Vrbno pod Pradědem	0	1	0	1
CELKEM	89	319	236	644

Při statistickém vyhodnocování stavu sociálních služeb jsme pro lepší představivost jejich územního rozložení pracovali kromě členění na obce s pověřeným obecním úřadem taktéž s členěním kraje na jednotlivé okresy (Bruntál, Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava, Ostrava-město).

6 okresů složených z 30 obcí s pověřeným obecním úřadem:

- okres Bruntál (7 obcí s pověřeným obecním úřadem): Bruntál, Horní Benešov, Krnov, Město Albrechtice, Osoblaha, Rýmařov, Vrbno pod Pradědem,
- okres Frýdek-Místek (4 obce s pověřeným obecním úřadem): Frýdek-Místek, Frýdlant nad Ostravicí, Jablunkov, Třinec,
- okres Karviná (5 obcí s pověřeným obecním úřadem): Bohumín, Český Těšín, Havířov, Karviná, Orlová,
- okres Nový Jičín (8 obcí s pověřeným obecním úřadem): Bílovec, Frenštát pod Radhoštěm, Fulnek, Kopřivnice, Nový Jičín, Odry, Příbor, Studénka,
- okres Opava (4 obce s pověřeným obecním úřadem): Hlučín, Kravaře, Opava, Vítkov,
- okres Ostrava-město (2 obce s pověřeným obecním úřadem): Ostrava, Vratimov.

Tab. č. 14: Počet poskytovaných sociálních služeb v MS kraji dle jejich druhu

OKRES:	DRUH SOCIÁLNÍ SLUŽBY			Sociální služby v okresech celkem
	Sociální poradenství	Služby sociální péče	Služby sociální prevence	
Bruntál	7	36	27	70
Frýdek – Místek	14	55	34	103
Karviná	17	75	58	130
Nový Jičín	6	42	16	64
Opava	12	46	28	86
Ostrava-město	33	65	73	171
CELKEM	89	319	236	644

Do statistik jednotlivých druhů služeb, jimiž se budeme dále zabývat, bylo zahrnuto také 73 sociálních služeb, jež byly poskytovány na území MS kraje, ale jejichž poskytovatel je musel, z důvodu místní příslušnosti, zaregistrovat v jiných krajích. Jejich výčet obsahuje tabulková příloha č. 3.

Největší zastoupení měly v MS kraji služby sociální péče (celkem 319 služeb), následovaly služby sociální prevence (celkem 236 služeb). V nejmenší míře je v síti služeb zastoupeno odborné sociální poradenství (celkem 89 služeb).

Sociální poradenství

Největší kumulace poskytovatelů odborného sociálního poradenství se nacházela v Ostravě a jejím správním obvodu (33). Dalšími městy s relativně vysokým výskytem této služby byly obce Opava (11),

Frýdek – Místek (10) a Havířov (7). Služba odborného sociálního poradenství byla poskytována celkem ve 14 obcích.

Při porovnání vybavenosti jednotlivých okresů měl nejpočetnější zastoupení odborným sociálním poradenstvím okres Ostrava-město (33), následoval okres Karviná (17) a Frýdek-Místek (14). Nejméně poraden bylo v okrese Nový Jičín, kdy dochází ke kumulaci všech poskytovatelů na území tohoto okresu do města Nový Jičín. Ke kumulaci odborného poradenství do správního obvodu jedné obce, bývalého okresního města, dochází také v případě okresu Opava a Ostrava-město.

V oblasti sociálního poradenství měl největší zastoupení tímto druhem sociální služby okres Ostrava-město, přičemž všechny registrované sociální služby byly poskytovány ve spádové oblasti bývalého okresního města. Kromě okresů Karviná a Frýdek-Místek, kde byl tento druh sociální služby rozložen téměř mezi všechny obce s pověřeným obecním úřadem, dochází v ostatních okresech ke kumulaci poskytovatelů do správního obvodu jednoho či dvou měst.

Pokrytí MS kraje odborným sociálním poradenstvím zachycuje mapová příloha č. 2.

Služby sociální péče

Termínem „služba sociální péče“ je zákonem o sociálních službách označeno 14 druhů sociálních služeb. Celkový počet sociálních služeb tohoto druhu byl 319, přičemž z 22 % jsou tyto služby zastoupeny pečovatelskou službou (72). Pokrytí území kraje touto službou zasahovalo do správního obvodu 26 obcí s pověřeným obecním úřadem. Druhou nejčastěji zastoupenou službou sociální péče v kraji byly domovy pro seniory (61), dále pak odlehčovací služby (31), denní stacionáře (30) a domovy pro osoby se zdravotním postižením (27). Nejmenší zastoupení pak měly na území MS kraje sociální služby tísňová péče (1), průvodcovské a předčitatelské služby (2), týdenní stacionáře (5) a podpora samostatného bydlení (6).

Z hlediska obcí s rozšířenou působností se nacházelo nejvíce služeb sociální prevence ve správním obvodu Ostravy (64) a Opavy (30). Vyšší počet registrovaných sociálních služeb tohoto druhu sociální služby byl zaznamenán také v obcích Třinec (23) a Karviná (21).

Na úrovni okresů byl registrovanými službami sociální péče pokryt nejvíce okres Karviná (75), dále pak Ostrava-město (65) a Frýdek-Místek (55). Nejmenší zastoupení měly služby sociální péče v okrese Bruntál (36).

Pokrytí MS kraje službami sociální péče zachycují mapové přílohy č. 3 – č. 17.

Služby sociální prevence

Pod služby sociální prevence řadí zákon o sociálních službách celkem 18 druhů služeb. Z celkového počtu 236 služeb sociální prevence registrovaných na území MS kraje se téměř třetina nacházela ve správním obvodu obce Ostrava (73). Větší pokrytí tímto druhem služby bylo zaznamenáno rovněž ve správních obvodech obcí Karviná (26), Opava (25), Frýdek-Místek (18), Havířov (16) a Třinec (15).

Nejrozšířenější službou sociální prevence na území MS kraje byla nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (37), následovaly azylové domy (31) a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (29).

Z pohledu okresů bylo nejvíce služeb sociální prevence registrováno v okrese Ostrava-město (73) a Karviná (58), nejméně pak v okresech Bruntál (27) a Nový Jičín (16).

Pokrytí MS kraje službami sociální prevence zachycují mapové přílohy č. 18 – č. 36.

5.1.2 Přehled sociálních služeb dle poskytovatele/zřizovatele

Na území MS kraje sociální služby poskytují:

- stát (prostřednictvím svých příspěvkových organizací),
- kraj (prostřednictvím svých příspěvkových organizací),
- obce (prostřednictvím svých příspěvkových organizací),
- obecně prospěšné společnosti (o.p.s.),
- občanská sdružení (o.s.),

- fyzické osoby či právnické osoby podnikající (FO či PO podnikající),
- evidované právnické osoby (e.p.o.)⁵.

přičemž o.p.s., o.s. a e.p.o. jsou v následujícím textu souhrnně označovány jako „nestátní neziskové organizace“.

Při tvorbě statistiky bylo vycházeno z počtu registrovaných sociálních služeb, kdy ke každé byl přiřazen jeden poskytovatel. Počet subjektů poskytujících registrované sociální služby na území MS kraje je ve skutečnosti nižší, neboť v praxi je běžné, že jeden subjekt má registrováno více sociálních služeb. Celkový počet poskytovatelů registrovaných sociálních služeb v MS kraji k 1. 1. 2009 byl 206.

V poskytování sociálních služeb na území MS kraje dominuje **nestátní neziskový sektor**, a to ve všech druzích sociálních služeb. V lednu 2009 bylo prostřednictvím neziskových organizací poskytováno celkem 407 sociálních služeb. Dominantní úlohu sehrává nestátní neziskový sektor především v oblasti služeb sociální prevence, kde k lednu 2009 zabezpečoval celkem 208 sociálních služeb, což činilo téměř třetinu všech sociálních služeb poskytovaných na území kraje.

Významné bylo rovněž postavení územních samosprávných celků. Příspěvkové organizace obcí poskytovaly v lednu 2009 celkem 149 sociálních služeb. V oblasti služeb sociální péče se počtem 116 sociálních služeb téměř vyrovnaly nestátním neziskovým organizacím.

Tab. č. 15: Sociální služby v MS kraji dle poskytovatele/zřizovatele k 1. 1. 2009

Zřizovatel / poskytovatel:	DRUH SOCIÁLNÍ SLUŽBY						Počet sociálních služeb dle zřizovatele / poskytovatele celkem
	Odborné sociální poradenství		Služby sociální péče		Služby sociální prevence		
	Počet sociálních služeb	%	Počet sociálních služeb	%	Počet sociálních služeb	%	
stát	2	2,3	1	0,3	0	0	3
kraj	6	6,7	49	15,4	2	1	57
obec	7	7,9	116	36,4	26	11	149
NNO	73	82	126	39,4	208	88	407
FO, PO	1	1,1	27	8,5	0	0	28
CELKEM	89	100	319	100	236	100	644

Odborné sociální poradenství

Nestátní neziskové organizace dominovaly jako poskytovatelé odborného sociálního poradenství ve všech správních obvodech obcí s pověřeným obecním úřadem. V některých obcích byly tyto subjekty jedinými poskytovateli této sociální služby. V jiných obcích byla síť sociálních služeb tvořena navíc službami poskytovanými příspěvkovými organizacemi obce (např. Havířov, Třinec) či kraje (např. Bruntál, Nový Jičín).

Podíl jednotlivých subjektů na poskytování odborného sociálního poradenství zachycuje mapová příloha č. 2.

Služby sociální péče

Oproti odbornému sociálnímu poradenství byla u služeb sociální péče znatelná rozmanitost subjektů, jež zajišťují tyto služby. Ve více než polovině obcí s pověřeným obecním úřadem byl tento druh sociální služby poskytován aspoň třemi poskytovateli. Znatelný byl nárůst sociálních služeb zabezpečovaný příspěvkovými organizacemi kraje či obcí.

Příspěvkové organizace obcí poskytovaly více než polovinu pečovatelských služeb v kraji, příspěvkové organizace kraje pak zajišťovaly poskytování služeb ve více než polovině domovů pro osoby se zdravotním postižením. Územní samosprávné celky zajišťovaly převážnou většinu pobytových služeb sociální péče registrovaných na území kraje, jež jsou určeny osobám s výrazně sníženými

⁵ Jedná se o subjekty založené dle § 15a zákona č. 17/2006 Sb., o církvích a náboženských společnostech, ve znění pozdějších předpisů.

schopnostmi ve své soběstačnosti z důvodu vysokého věku či zdravotního stavu (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem).

Variabilita poskytovatelů/zřizovatelů přímo souvisí s výskytem služeb na místní úrovni. S nárůstem poskytovaných služeb a jejich kumulací do jednoho správního obvodu se pojí i vyšší výskyt různých poskytovatelů/zřizovatelů stejné služby v dané lokalitě. Rozložení poskytovatelů u jednotlivých služeb sociální péče zachycují mapové přílohy č. 3 – č. 17.

Služby sociální prevence

V poskytování služeb sociální prevence jednoznačně dominoval nestátní neziskový sektor. Pouze 11 % z celkového počtu služeb sociální prevence bylo poskytováno příspěvkovými organizacemi obcí a 1 % příspěvkovými organizacemi kraje.

Příspěvkové organizace kraje poskytovaly v lednu 2009 pouze dvě sociální služby sociální prevence, a to telefonickou krizovou pomoc a sociálně terapeutické dílny. Příspěvkové organizace obcí vystupovaly v roli poskytovatele u všech služeb, vyjma: tlumočnických služeb, intervenčních center a služeb následné péče.

Ostatní služby, u nichž v roli poskytovatele služby příspěvkové organizace obcí či kraje nefigurují, byly poskytovány pouze nestátními neziskovými organizacemi.

Analýzu poskytovatelů služeb sociální prevence naleznete v mapové příloze č. 18 a č. 36.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v MS kraji na rok 2008 – 2009 obsahoval analýzu všech sociálních služeb dle jejich poskytovatele/zřizovatele. Podkladem pro tuto analýzu se stalo dotační řízení vyhlášené Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (dále jen „MPSV“) na rok 2007 v oblasti podpory sociálních služeb. Při porovnání údajů z předchozího střednědobého plánu s údaji získanými v lednu 2009 došlo téměř u všech druhů sociálních služeb k nárůstu jejich počtu. Tato skutečnost nepochybně souvisí se změnou struktury poskytovaných sociálních služeb, k níž došlo v souvislosti s nabytím účinnosti zákona o sociálních službách od 1. 1. 2007.

Údaje nelze interpretovat jako razantní nárůst sociálních služeb, neboť mohly být před rokem 2007 poskytovány v rámci služeb jiných a po účinnosti zákona o sociálních službách došlo pouze k jejich oddělené registraci. Relevantní srovnání počtu registrovaných poskytovatelů bude možno učinit až v následujícím období.

Tab. č. 16: Počet sociálních služeb a jejich rozdělení dle poskytovatele – porovnání let 2006 a 2009

Sociální služba:	Změna stavu od roku 2006 do 2009 v počtu služeb	Počet služeb v MSK 2006/2009	Zřizovatel/poskytovatel				
			KRAJ 2006/2009	OBEC 2006/2009	NNO 2006/2009	FO a PO 2006/2009	STÁT 2006/2009
sociální poradenství (celkem)	+41	48/89	2/6	5/7	41/73	0/1	0/2
osobní asistence	+11	13/24	0/0	4/3	9/19	0/3	0/0
pečovatelská služba	+40	32/72	0/0	11/40	21/26	0/5	0/1
tísňová péče	0	1/1	0/0	0/0	1/1	0/0	0/0
průvodcovské a předčitatelské služby	0	2/2	0/0	0/0	2/2	0/0	0/0
podpora samostatného bydlení	+3	3/6	1 / 2	0/1	2/3	0/0	0/0
odlehčovací služby	+20	11/31	0/1	4/10	7/16	0/4	0/0
centra denních služeb	+1	13/14	0/1	3/4	10/9	0/0	0/0
denní stacionáře	+11	21/30	0/1	10/15	10/15	0/0	0/0
týdenní stacionáře	0	5/5	1/0	2/2	2/3	0/0	0/0
domovy pro osoby se zdravotním postižením	+5	22/27	10/16	2/7	10/4	0/0	0/0
domovy pro seniory	+6	55/61	16/16	22/23	17/20	0/2	0/0
domovy se zvláštním režimem	+14	7/21	5/8	2/9	0/4	0/0	0/0
chráněné bydlení	+3	9/12	1/5	3/2	5/5	0/0	0/0
sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče	+11	2/13	0/0	2/0	0/0	0/13	0/0
služby sociální péče (celkem)	+123	196/319	35/49	65/116	96/126	0/27	0/1
raná péče	- 4	10/6	0/0	1/1	9/5	0/0	0/0
telefonická krizová pomoc	+1	2/3	1/1	1/1	0/1	0/0	0/0
tlumočnické služby	+3	1/4	0/0	0/0	1/4	0/0	0/0
azylové domy	+6	25/31	0/0	4/7	21/24	0/0	0/0
domy na půli cesty	0	4/4	0/0	1/1	3/3	0/0	0/0
kontaktní centra	+1	5/6	0/0	1/1	4/5	0/0	0/0
krizová pomoc	+1	5/6	0/0	0/1	5/5	0/0	0/0
intervenční centra	+2	0/2	0/0	0/0	0/2	0/0	0/0
nízkoprahová denní centra	+2	6/8	0/0	1/1	5/7	0/0	0/0
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	+4	33/37	0/0	1/4	32/33	0/0	0/0
noclehárny	+4	9/13	0/0	1/2	8/11	0/0	0/0
služby následné péče	- 1	5/4	0/0	0/0	5/4	0/0	0/0
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	+5	24/29	0/0	1/2	23/27	0/0	0/0
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	+11	15/26	0/0	2/1	13/25	0/0	0/0
sociálně terapeutické dílny	+1	9/10	1/1	1/1	7/8	0/0	0/0

terapeutické komunity	+1	1/2	0/0	0/0	1/2	0/0	0/0
terénní programy	+11	11/22	0/0	2/3	9/19	0/0	0/0
sociální rehabilitace	+7	16/23	0/0	0/0	16/23	0/0	0/0
služby sociální prevence (celkem)	+55	181/236	2/2	17/26	162/208	0/0	0/0
CELKEM	+219	425/644	39/57	87/149	299/407	0/28	0/3

V květnu 2010 byla provedena kontrolní analýza počtu sociálních služeb poskytovaných na území MS kraje. Ke dni 10. 5. 2010 bylo na území MS kraje poskytováno celkem 672 registrovaných sociálních služeb. Z tohoto počtu bylo 62 služeb registrováno mimo MS kraj (viz tabulková příloha č. 4). Vzhledem ke skutečnosti, že nedošlo k výrazné změně v počtu registrovaných sociálních služeb v porovnání s údaji z 1. 1. 2009, nebylo přistoupeno k aktualizaci dat zaměřených na místo poskytování sociální služby a jejího poskytovatele/zřizovatele.

5.2 Financování sociálních služeb

S účinností zákona o sociálních službách byl zaveden nový systém financování sociálních služeb, kterým byly eliminovány rozdíly mezi financováním organizací zřizovaných krajem, obcemi a nestátními neziskovými organizacemi. Z hlediska financování sociálních služeb je vůči všem registrovaným poskytovatelům služeb uplatňován jednotný přístup. Zákon rozlišuje sociální služby za plnou úhradu, částečnou úhradu a bez úhrady. Zásadní změnou je, že do systému financování sociálních služeb vstupuje příspěvek na péči, který občané závislí na pomoci jiné fyzické osoby dostávají (ve výši odpovídající stupni jejich závislosti) k zajištění potřebné pomoci.

5.2.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je dávka poskytovaná ze státního rozpočtu občanům závislým na pomoci jiné fyzické osoby k zajištění potřebné pomoci. Příspěvkem na péči jsou částečně financovány služby poskytované uživateli, proto je nezbytné jej využívat efektivně. Příspěvek na péči mohou nárokovat jen ty služby, které jsou zákonem definovány jako služby za částečnou či plnou úhradu. Maximální cena za jednotku (hodina či úkon) je regulována prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tato maximální cena za jednotku vykonané práce se pohybuje na mnohem nižší úrovni, než je skutečná celková cena práce. Na pokrytí nákladů na zajištění služby je tedy nutné využívat i další finanční zdroje (viz níže).

5.2.2 Dotace ze státního rozpočtu pro poskytovatele sociálních služeb⁶

Poskytovatelé sociálních služeb mají možnost požádat o dofinancování svých služeb ze státního rozpočtu:

Program podpory A: podpora sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter, poskytovaných uživateli služeb v souladu s místními či regionálními potřebami (podpora podle § 101 zákona o sociálních službách).

Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů sociálních služeb. Žádost o dotaci ze státního rozpočtu podává poskytovatel sociální služby Ministerstvu práce a sociálních věcí „dále jen MPSV“ prostřednictvím internetové aplikace OKslužby – poskytovatel. Tato aplikace je rozšířením registru poskytovatelů sociálních služeb a je součástí informačního systému OKslužby. Krajský úřad žádosti posoudí a v souladu s Metodikou MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb v oblasti podpory poskytování sociálních služeb stanoví návrh

⁶ Jedná se o dotační řízení k poskytnutí dotace ze státního rozpočtu na kalendářní rok pro právnické a fyzické osoby, které poskytují sociální služby (poskytovatelé sociálních služeb) vyhlášené v návaznosti na § 101 a § 104 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a na zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.

na poskytnutí dotace. Souhrnná žádost o dotaci za MS kraj je zaslána na MPSV. Souhrnná žádost krajského úřadu obsahuje celkový požadavek na financování sociálních služeb v kraji (v souladu s vyhodnocenými žádostmi poskytovatelů). Její nedílnou součástí je střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v kraji, který obsahuje ekonomickou analýzu v plánu identifikovaných potřeb a způsob jejich finančního zajištění. O přiznané výši dotace rozhoduje dotační komise MPSV. Předpokládá se, že průběh dotačního řízení MPSV na léta 2011 a 2012 se zásadním způsobem nezmění.

Program podpory B: podpora sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter (podpora podle §104 odst. 3 písm. a) zákona o sociálních službách).

V rámci tohoto programu je podporováno výhradně poskytování takových sociálních služeb, které jsou prováděny v národním měřítku a které se zaměřují na cílovou skupinu uživatelů služby (na okruh osob, pro který je sociální služba určena), u nichž riziko sociálního vyloučení nemá jen regionální charakter, ale dopadá na celou společnost.

Oblast podpory je směřována na konkrétní pomoc a podporu uživatelům služby. Tyto služby musí vzhledem k požadavku na celostátní a nadregionální charakter (národní měřítko) dále splňovat povinně podmínku místa realizace služby, tj. poskytování sociální služby musí přesahovat území minimálně 3 sousedících krajů a vzhledem k charakteristikám poskytované služby nelze uskutečňovat podporu služby v rámci jednotlivých krajů odděleně nebo poskytování sociální služby bude mít dopad na celou cílovou skupinu uživatelů služby a zároveň při poskytování sociální služby musí být vytvářen systémový přístup k řešení problematiky určité cílové skupiny v rámci celé ČR. Vzhledem k charakteristikám poskytované služby nelze uskutečňovat podporu služby v rámci jednotlivých krajů odděleně.

V opačném případě je žadatel považován za poskytovatele regionálních, místních sociálních služeb a podává žádost podle místa realizace konkrétní služby v programu A.

MPSV si vyhrazuje možnost přearažení podaných žádostí mezi programy podpory tak, aby vyhovovaly výše uvedeným kritériím.

5.2.2.1 Analýza finančních prostředků z rozpočtu MPSV

Finanční prostředky MPSV směřují zejména k zajištění provozních a osobních nákladů sociálních služeb. Výši vyplacených dotací MPSV v letech 2008 – 2010 na sociální služby uvádí tabulka č. 17. Podrobnější členění vyplacených dotací MPSV službám sociální péče a prevence je uvedeno v tabulkách č. 18 a č. 19.

Tab. č. 17: Vyplacené dotace MPSV za léta 2008 – 2010 (v Kč)

Sociální služba	2008		2009			2010		
	Dotace	% dotace	Dotace	IP	% dotace	Dotace	IP	% dotace
odborné sociální poradenství	27 045 000	3,18 %	26 845 000	0	3,71 %	28 493 000	0	3,76
služby sociální péče	654 163 300	76,81 %	618 429 000	2 105 000	85,47 %	661 025 000	5 340 000	87,29
služby sociální prevence	170 417 600	20,01 %	78 321 000	130 405 000	10,82 %	67 801 000	188 203 000	8,95
CELKEM	851 625 900	100 %	723 595 000	132 510 000	100 %	757 319 000	193 543 000	100 %

Tab. č. 18: Vyplacené dotace MPSV za léta 2008 – 2010 ve službách sociální péče (v Kč)

SOCIÁLNÍ SLUŽBA	2008		2009			2010		
	Dotace	% dotace	Dotace	IP	% dotace	Dotace	IP	% dotace
centra denních služeb	5 416 400	0,83 %	6 480 000	0	1,05 %	6 960 000	0	1,05 %
denní stacionáře	34 104 000	5,21 %	34 115 000	0	5,52 %	35 706 000	0	5,40 %
domovy pro osoby se ZP	168 561 800	25,77 %	154 830 000	0	25,04 %	162 235 000	0	24,54 %
domovy pro seniory	302 999 900	46,32 %	272 257 000	0	44,02 %	289 450 000	0	43,79 %
domovy se zvláštním režimem	71 755 200	10,97 %	75 490 000	0	12,21 %	83 844 000	0	12,68 %
chráněné bydlení	8 026 200	1,23 %	9 605 000	0	1,55 %	17 155 000	0	2,60 %
odlehčovací služby	9 815 600	1,50 %	8 375 000	0	1,35 %	6 165 000	0	0,93 %
osobní asistence	12 127 000	1,85 %	13 111 000	0	2,12 %	15 010 000	0	2,27 %
pečovatelská služba	18 943 000	2,90 %	21 449 000	0	3,47 %	23 205 000	0	3,51 %
podpora samostatného bydlení	1 578 200	0,24 %	511 000	2 105 000	0,08 %	171 000	5 340 000	0,03 %
průvodcovské a předčítatelské služby	291 000	0,04 %	268 000	0	0,04 %	210 000	0	0,03 %
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	13 291 800	2,03 %	16 203 000	0	2,62 %	15 768 000	0	2,39 %
tísňová péče	1 373 600	0,21 %	1 290 000	0	0,21 %	1 251 000	0	0,19 %
týdenní stacionáře	5 879 600	0,90 %	4 445 000	0	0,72 %	3 895 000	0	0,59 %
CELKOVÁ DOTACE NA SOCIÁLNÍ PÉČE	654 163 300	100 %	618 429 000	2 105 500	100 %	661 025 000	5 340 000	100 %

Tab. č. 19: Financování služeb sociální prevence z veřejných zdrojů za léta 2008 – 2010

SOCIÁLNÍ SLUŽBA	2008		2009			2010		
	Dotace	% dotace	Dotace	IP	% dotace	Dotace	IP	% dotace
azylové domy	52 744 000	30,95 %	1 800 000	63 481 000	2,30 %	95 000	70 698 000	0,14 %
domy na půl cesty	4 157 000	2,44 %	0	5 906 000	0 %	0	6 772 000	0 %
intervenční centra	2 000 000	1,17 %	0	2 977 000	0 %	0	2 977 000	0 %
kontaktní centra	1 988 000	1,17 %	1 865 000	0	2,38 %	2 050 000	0	3,02 %
krizová pomoc	3 769 000	2,21 %	3 770 000	0	4,81 %	4 070 000	0	6,00 %
NZDM	25 929 000	15,21 %	20 324 000	7 104 000	25,95 %	19 439 000	15 456 000	28,67 %
nízkoprahová denní centra	4 351 000	2,55 %	1 125 000	5 584 000	1,44 %	30 000	7 590 000	0,04 %
noclehárny	10 825 000	6,35 %	11 008 000	0	14,05 %	10 852 000	0	16,01 %
raná péče	3 256 000	1,91 %	3 156 000	0	4,03 %	3 456 000	0	5,10 %
SAS pro rodiny s dětmi	12 778 300	7,50 %	5 950 000	15 264 000	7,60 %	6 630 000	18 503 000	9,78 %
SAS pro seniory a osoby se ZP	8 839 000	5,19 %	8 163 000	0	10,42 %	8 413 000	0	12,41 %
služby následné péče	1 936 950	1,14 %	2 415 000	0	3,08 %	2 564 000	3 099 000	3,78 %
sociálně-terapeutické dílny	9 256 000	5,43 %	4 165 000	7 475 000	5,32 %	1 500 000	27 744 000	2,21 %
sociální rehabilitace	17 863 350	10,48 %	5 570 000	16 056 000	7,11 %	1 840 000	23 704 000	2,71 %
telefonická krizová pomoc	1 317 000	0,77 %	1 350 000	0	1,72 %	1 282 000	0	1,89 %
terapeutické komunity	970 000	0,57 %	1 000 000	0	1,28 %	0	0	0 %
terénní programy	8 438 000	4,95 %	6 460 000	6 558 000	8,25 %	5 170 000	11 660 000	7,63 %
tlumočnické služby	0	0,00 %	200 000	0	0,26 %	410 000	0	0,60 %
CELKOVÁ DOTACE NA SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE	170 417 600	100 %	78 321 000	130 405 000	100 %	67 801 000	188 203 000	100 %

Od 1. 1. 2009 mohou být služby sociální prevence financovány ze dvou zdrojů. Jedná se o dotaci ze státního rozpočtu (MPSV) a nově o financování v rámci IP kraje, přičemž není možné, aby sociální služba byla financována z obou zdrojů současně. Výjimkou jsou pouze nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, kdy dochází k poskytování služby různým cílovým skupinám.

5.2.3 Finanční prostředky z ESF

Další zdroje financování sociálních služeb v letech 2010 – 2014 představují finanční prostředky Evropského sociálního fondu. Prostředky lze čerpat především z Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost, popř. z Operačního programu vzdělávání pro konkurenceschopnost.

5.2.4 Úhrady od uživatelů služeb

Výraznou složkou příjmů u poskytovatelů pobytových služeb kromě příspěvku na péči jsou rovněž úhrady uživatelů služeb za ubytování a stravu. Služby poskytované za částečnou úhradu jsou definovány zákonem o sociálních službách. Maximální výše úhrad za stravu a ubytování je stanovena prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jelikož záměrem zákonodárce je tímto postupem chránit uživatele služeb před stanovením nepřiměřených cen úhrad, je zřejmé, že maximální ceny nejsou ve výši reálné hodnoty.

Příspěvek na péči musí být primárně využit na úhradu tzv. základních činností, které jsou stanoveny zákonem o sociálních službách. Zařízení však mohou kromě základních (obligatorních) činností poskytovat i služby nadstandardní (fakultativní). Za tyto nadstandardní služby může zařízení požadovat úhradu, jejíž výše není stanovena prováděcí vyhláškou.

V úhradách uživatelů nelze předpokládat nárůst podílu na financování celkových nákladů, jelikož tyto porostou v souvislosti s růstem celkových nákladů na poskytování služby v důsledku inflace, nárůstu cen energií, růstu mezd pracovníků apod.

5.2.5 Úhrady od zdravotních pojišťoven

U pobytových sociálních služeb (týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem) mají poskytovatelé, dle zákona o sociálních službách, povinnost zajistit zdravotní péči, která je poskytována dle § 17a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotním pojištění“). Rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zákon o zdravotním pojištění a vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Příjmy od zdravotních pojišťoven činí v současnou chvíli, dle informativního podkladu MPSV – Sociální služby a příspěvek na péči v České republice, 4% příjmů služeb sociální péče.

5.2.6 Dotace z rozpočtu kraje a obcí

Na financování sociálních služeb se nemalou měrou podílí rozpočty samospráv (krajů a obcí). Přispívají nejen jako zřizovatelé na provoz příspěvkových organizací, ale rovněž podporují poskytování sociálních služeb nestátními neziskovými organizacemi.

MS kraj každoročně vyhlašuje grantové řízení na podporu poskytovatelů sociálních služeb a poskytuje účelové dotace ze svého rozpočtu. Tyto dotační prostředky nejsou určeny na financování běžných provozních nákladů (s výjimkou služeb v oblasti protidrogové prevence), ale na rozvoj sociálních služeb v kraji.

Od r. 2008 je každoročně vyhlašován dotační program pro zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb. MS kraj bude i v následujících letech podporovat zvyšování kvality v maximální možné míře. Rozvoj sociálních služeb probíhá v souladu se střednědobým plánováním obcí na území MS kraje.

Tab. č. 20: Dotace vyplacené z rozpočtu MS kraje za léta 2008 – 2010 (v Kč)

Dotační titul:	Dotační období		
	2008	2009	2010
Program realizace specifických opatření MS krajského plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením	2 500 000	2 500 000	2 500 000
Program protidrogové politiky kraje	3 126 800	3 600 000	3 000 000
Program rozvoje sociálních služeb	7 123 200	6 650 000	6 300 000
Program na podporu zvýšení kvality sociálních služeb poskytovaných v MSK	11 650 000	12 000 000	8 937 000
Krajský program prevence kriminality	-	-	300 000
CELKEM	24 400 000	24 750 000	21 037 000

5.2.7 Další finanční zdroje

Další finanční zdroje mohou být získány např. z dotačních programů Úřadu vlády ČR v oblasti protidrogové politiky a v oblasti podpory začleňování sociálně vyloučených romských lokalit/komunit, jiných dotačních titulů MPSV (program podpory rodiny, program podpory integrace cizinců) atd., z dotací jiných rezortů státní správy, z příspěvků individuálních dárců, z veřejných sbírek, vlastní činností apod.

5.3 Analýza financování sociálních služeb v MSK

Nezbytným předpokladem úspěšnosti procesu plánování sociálních služeb a tudíž i zpracování kvalitního střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb je úzká spolupráce zadavatelů a poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zásadními nositeli důležitých informací o aktuálních potřebách v oblasti poskytovaných sociálních služeb.

Moravskoslezský kraj se obrátil na registrované poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou příjemci dotací na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu, se žádostí o spolupráci při zpracování Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2010 – 2014.

Na žádost o spolupráci při přípravě střednědobého plánu nereagovali všichni oslovení poskytovatelé. Celková validita údajů je 74 %. Validitu zpětných vazeb ve vztahu k jednotlivým registrovaným sociálním službám uvádí tabulková příloha č. 5.

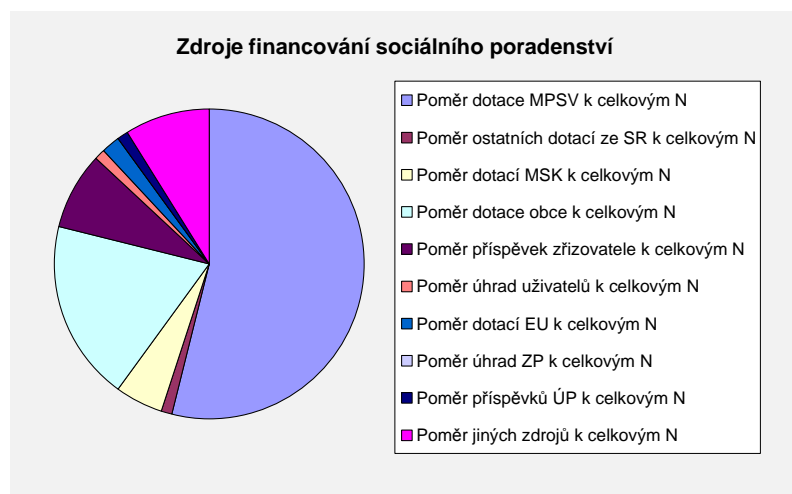
Níže uvedené údaje nejsou stoprocentně validní, a proto je zapotřebí k nim takto přistupovat.

5.3.1 Podíl zdrojů na financování sociálních služeb v MSK

5.3.1.1 Podíl zdrojů financování u odborného sociálního poradenství v MS kraji

Dotace MPSV tvoří cca polovinu celkových zdrojů financování tohoto druhu sociálních služeb. Samosprávy se prostřednictvím svých vlastních dotačních řízení podílejí na financování odborného sociálního poradenství cca z jedné třetiny a jako zřizovatelé pak jednou dvanáctinou. Zbylé finanční prostředky nezbytné pro zajištění sociální služby jsou získávány z jiných zdrojů. Financování odborného sociálního poradenství zachycuje následující graf.

Graf č. 1: Zdroje financování odborného sociálního poradenství v MS kraji



Při rozdělení sociálních služeb dle zřizovatele/poskytovatele však dochází v poměru zastoupení jednotlivých zdrojů financování ke značným odchylkám.

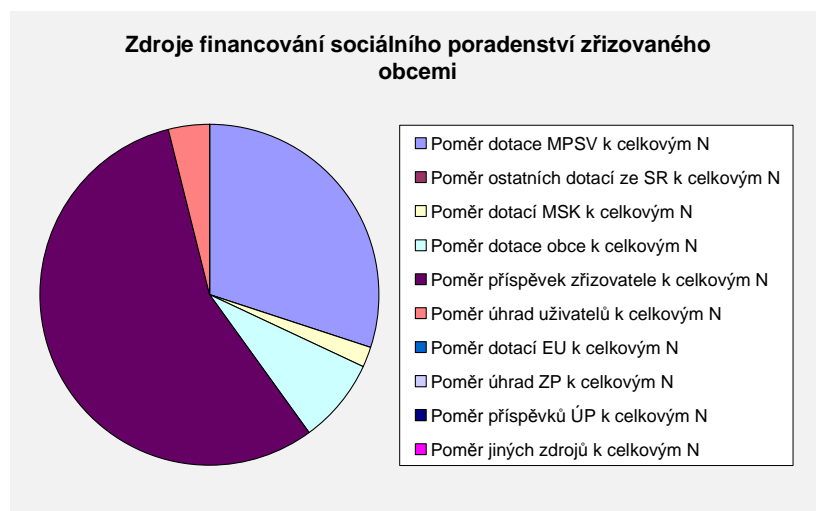
Sociální služby, jejichž zřizovatelem je MS kraj, jsou financovány téměř v celé výši z dotace MPSV, pouze část je financována příspěvkem zřizovatele. Naproti tomu u financování služeb zřizovaných NNO jsou zastoupeny všechny relevantní zdroje financování.

Podíly zdrojů financování odborného sociálního poradenství u jednotlivých zřizovatelů/poskytovatelů znázorňují následující grafy.

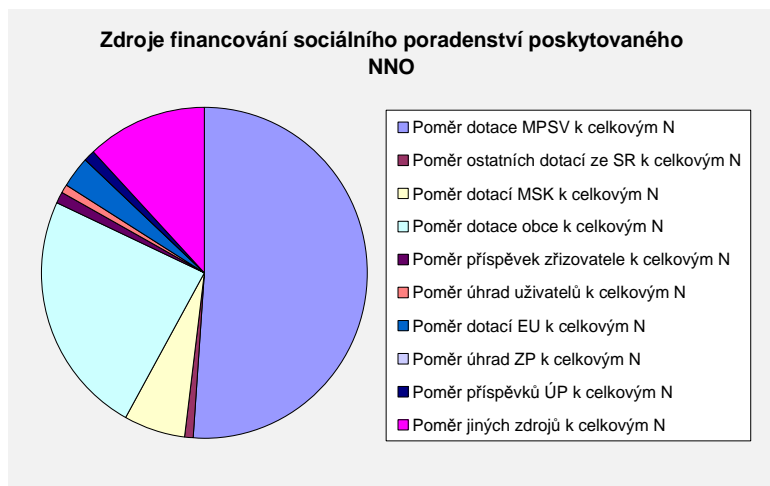
Graf č. 2: Zdroje financování odborného sociálního poradenství zřizovaného krajem v MS kraji



Graf č. 3: Zdroje financování odborného sociálního poradenství zřizovaného obcemi v MS kraji



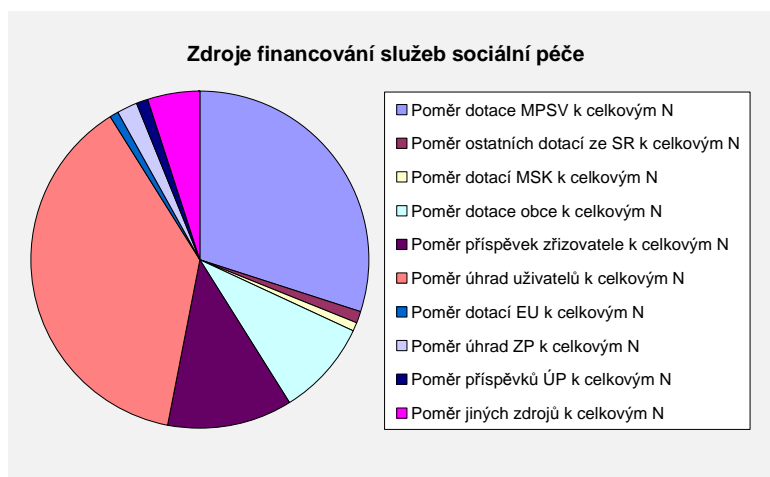
Graf č. 4: Zdroje financování odborného sociálního poradenství poskytovaného nestátním neziskovým sektorem v MS kraji



5.3.1.2 Podíl zdrojů financování u služeb sociální péče v MS kraji

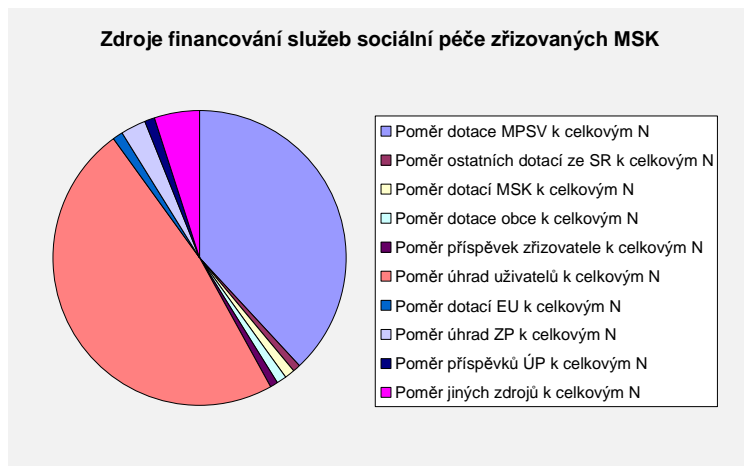
U služeb sociální péče je rozložení zdrojů financování od republikového průměru rovněž odlišné. Podíl úhrad uživatelů činí cca dvě pětiny celkového rozpočtu na tyto služby. Dotace MPSV pak pokrývají jednu třetinu a dotace samospráv jednu pětinu rozpočtu. Oproti odbornému sociálnímu poradenství zde vystupuje další zdroj financování, a to úhrady od zdravotních pojišťoven. Je snížen podíl samospráv. Tento pokles je kompenzován nárůstem úhrad od uživatelů, což souvisí zejména s pobytovou formou většiny poskytovaných služeb sociálních péče.

Graf č. 5: Zdroje financování služeb sociální péče v MS kraji



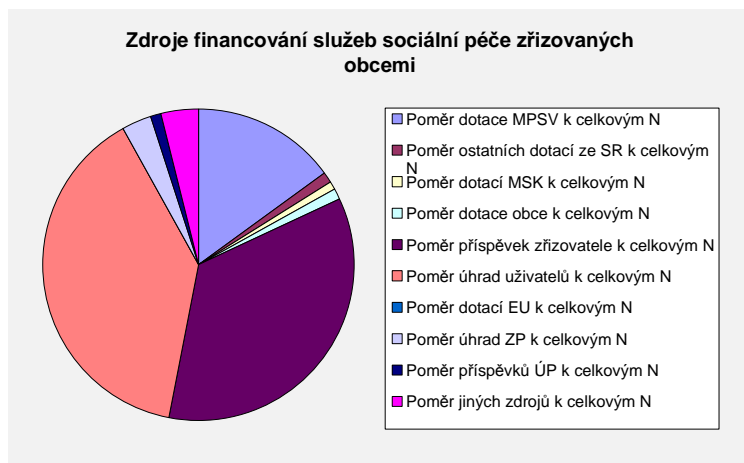
Téměř polovina nákladů služeb sociální péče zřizovaných MS krajem je zajištěna ze zdroje úhrady od uživatelů. Vysoký podíl příjmů od uživatelů je dán strukturou služeb zřizovaných MS krajem. Jedná se v převážné míře o pobytová zařízení, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se ZP. Necelé dvě pětiny rozpočtů pak pokrývají dotace MPSV.

Graf č. 6: Zdroje financování služeb sociální péče zřizovaných krajem v MS kraji



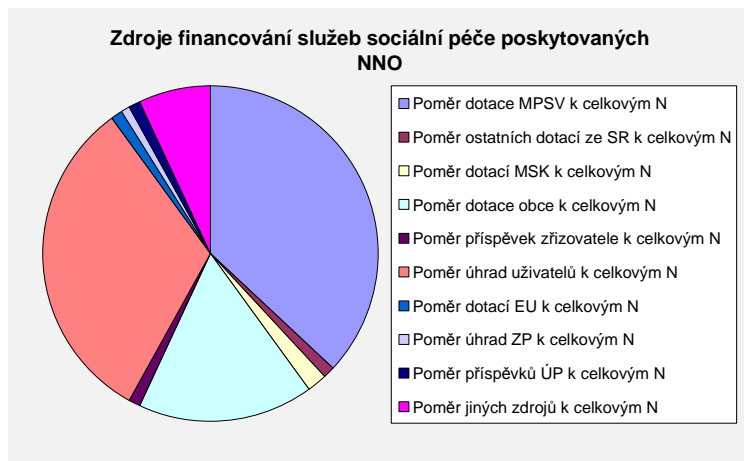
Největšími zdroji financování služeb zřizovaných obcemi jsou rozpočty samospráv a úhrady od uživatelů. Co do výše jsou téměř totožné a tvoří zhruba tři čtvrtiny potřebných zdrojů. Dotace MPSV pak pokrývá přibližně jednu dvanáctinu rozpočtu.

Graf č. 7: Zdroje financování služeb sociální péče zřizovaných obcemi v MS kraji



U služeb zřizovaných NNO je podíl úhrad uživatelů nižší než tomu bylo u služeb zřizovaných obcemi či krajem. Nižší podíl uživatelů na celkových zdrojích financování služeb sociální péče vyplývá ze zaměření těchto subjektů, resp. z poskytování služeb převážně nízkopříjmovým skupinám obyvatelstva. Významně také poklesl podíl financování samospráv, a to cca na jednu pětinu. Zbylé finanční prostředky jsou získávány ze dvou pětín z dotací MPSV, cca jednu šestinu pak dokrývají ostatní zdroje.

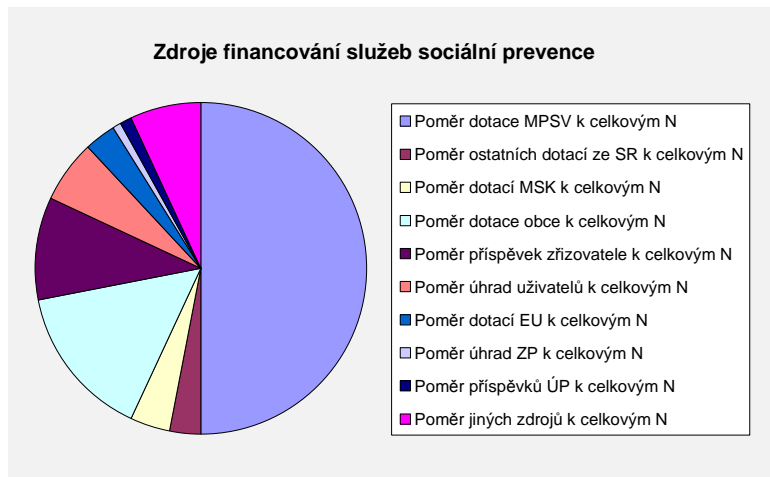
Graf č. 8: Zdroje financování služeb sociální péče poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi v MS kraji



5.3.1.3 Podíl zdrojů financování u služeb sociální prevence v MS kraji

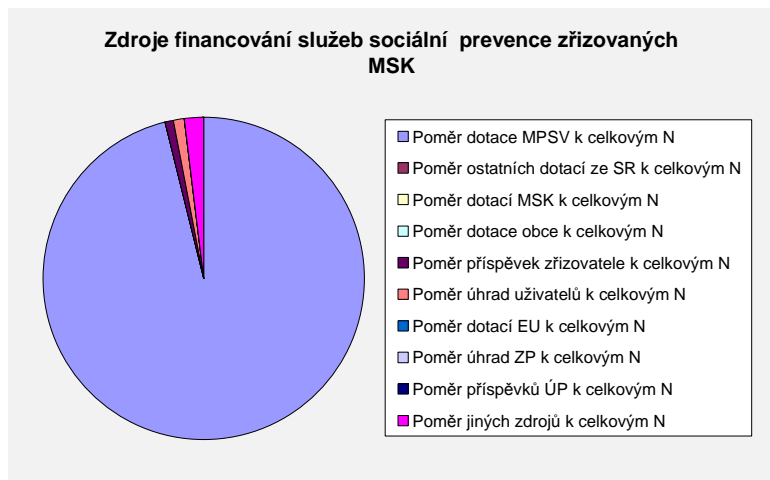
V porovnání s financováním služeb sociální péče dochází u služeb sociální prevence opět k navýšení podpory ze strany dotací MPSV. Tento zdroj se na financování preventivních služeb podílí z jedné poloviny. Samosprávy participují na zajištění těchto služeb cca jednou třetinou všech nákladů. Zbylé zdroje svou výší nepřesahují jednu pětinu.

Graf č. 9: Zdroje financování služeb sociální prevence v MS kraji



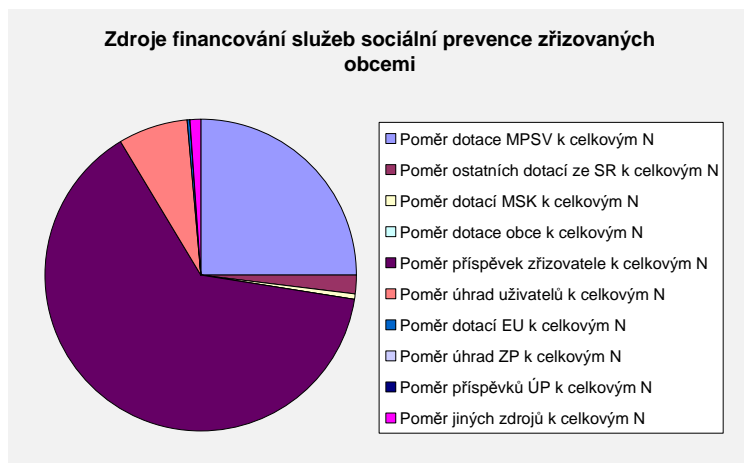
U služeb zřizovaných MS krajem je zřetelná významná podpora z dotací MPSV. Jiné zdroje tvoří převážně úhrady uživatelů a příspěvek zřizovatele.

Graf č. 10: Zdroje financování služeb sociální prevence zřizovaných krajem v MS kraji



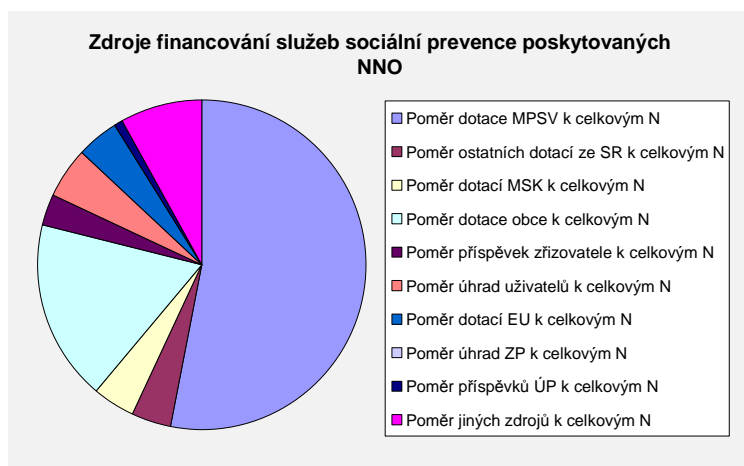
U služeb zřizovaných obcemi je znatelná velká podpora ze strany zřizovatele, která je ve výši cca dvou třetin zdrojů financování těchto služeb. Druhými největšími zdroji financování jsou pak dotace MPSV, které tvoří cca jednu čtvrtinu, a úhrady uživatelů.

Graf č. 11: Zdroje financování služeb sociální prevence zřizovaných obcemi v MS kraji



U služeb zřizovaných nestátními neziskovými organizacemi tvoří státní dotace cca polovinu všech zdrojů. Přibližně ze dvou pětín se na financování služeb sociální prevence poskytovaných těmito subjekty podílí samospráva. Významný je také podíl tvořený úhradami uživatelů a dotacemi EU.

Graf č. 12: Zdroje financování služeb sociální prevence poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi v MS kraji



Výsledky analýz podílů jednotlivých zdrojů na financování služeb odborného poradenství, sociální péče a sociální prevence jsou srovnatelné s výstupy uváděnými MPSV.

Dle údajů MPSV se u služeb poskytovaných za úhradu podílejí uživatelé na celkových nákladech svými úhradami v průměru 35 %, územní samospráva 25 %, státní rozpočet 30 % a fondy veřejného zdravotního pojištění 3 % (obvykle při souběhu zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory a osoby se ZP). Zbývajících 7 % pokrývají ostatní zdroje (např. dotace ÚP, dary, vlastní činnost).

Podíl příspěvku na péči se na úhradě celkových nákladů u pobytových zařízení pohybuje mezi 20 – 30 %, u pečovatelské služby je to 10 %, u osobní asistence 30 %.

MPSV se zabývá také podílem zdrojů financování u jednotlivých druhů sociálních služeb.

U sociálního poradenství je podíl státní dotace výrazně vyšší – 72 %, podíl rozpočtů samospráv činí 27 %. Služby sociálního poradenství jsou bezplatné, příjmy od uživatelů představují jen 1 % všech příjmů, převážně za půjčování kompenzačních pomůcek. U těchto služeb se do budoucna počítá s výrazně větším podílem samospráv na jejich financování.

U služeb sociální péče jsou majoritním zdrojem financování úhrady uživatelů (46%). Rozpočty samospráv se v současnosti podílejí 16 %, fondy ZP 4 % a státní dotace činí v průměru 34 %.

Obdobná situace je u služeb sociální prevence, kde státní dotace tvoří 62 % zdrojů financování, rozpočty samospráv 30 % a úhrady uživatelů 8 %.

5.3.2 Analýza nákladů sociálních služeb

Ve vztahu k celkovým nákladům na zajištění všech sociálních služeb poskytovaných na území MS kraje tvoří osobní náklady 60 % a provozní náklady celkem 40 %.

Mezi provozní náklady se řadí např. nákup drobného dlouhodobého hmotného majetku s dobou použitelnosti více než 1 rok, nákup drobného dlouhodobého nehmotného majetku s dobou použitelnosti více než 1 rok, spotřebované nákupy (spotřeba materiálu – kancelářské potřeby, pohonné hmoty, potraviny v souvislosti se zajištěním základní činnosti – poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, čisticí prostředky apod.), služby: energie, telefony, internet, poštovné, ostatní spoje, nájemné, právní a ekonomické služby, opravy a udržování, školení a kurzy v oblasti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách zaměřené na obnovení, upevnění a doplnění kvalifikace a v oblasti vzdělávání vedoucích pracovníků podle zákona o sociálních službách, cestovní náhrady v souvislosti s poskytováním sociální služby, případně v souvislosti s účastí zaměstnanců poskytovatele sociální služby na školeních.

Tab. č. 21: Vyjádření podílu provozních a osobních nákladů na celkových nákladech jednotlivých sociálních služeb v MS kraji

Sociální služba	Celkové náklady	Náklady na provoz	Náklady na provoz v %	Osobní náklady	Osobní náklady v %
Celkem	2 650 953 200	1 062 635 760	40,09%	1 588 317 500	59,91%
Celkem odborné sociální poradenství	61 200 000	30 000 000	49,02%	31 200 000	50,98%
Osobní asistence	34 900 000	5 100 000	14,61%	29 800 000	85,39%
Pečovatelská služba	133 400 000	43 900 000	32,91%	89 500 000	67,09%
Tísňová péče	2 900 000	1 600 000	55,17%	1 300 000	44,83%
Průvodcovské a předčitatelské služby	480 000	130 000	27,08%	350 000	72,92%
Podpora samostatného bydlení	4 300 000	1 100 000	25,58%	3 200 000	74,42%
Odlehčovací služby	36 100 000	15 300 000	42,38%	20 800 000	57,62%
Centra denních služeb	14 400 000	5 000 000	34,72%	9 400 000	65,28%
Denní stacionáře	87 800 000	28 200 000	32,12%	59 600 000	67,88%
Týdenní stacionáře	17 200 000	6 400 000	37,21%	10 800 000	62,79%
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	479 300 000	173 200 000	36,14%	306 100 000	63,86%
Domovy pro seniory	1 112 200 000	479 700 000	43,13%	632 500 000	56,87%
Domovy se zvláštním režimem	332 600 000	143 400 000	43,11%	189 200 000	56,89%
Chráněné bydlení	22 100 000	9 500 000	42,99%	12 600 000	57,01%
Celkem služby sociální péče	2 277 680 000	912 530 000	40,06%	1 365 150 000	59,94%
Raná péče	5 800 000	2 300 000	39,66%	3 500 000	60,34%
Telefonická krizová pomoc	3 800 000	500 000	13,16%	3 300 000	86,84%
Tlumočnické služby	273 200	105 700	38,69%	167 500	61,31%
Azylové domy	100 000 000	47 000 000	47,00%	53 000 000	53,00%

Domy na půli cesty	8 600 000	2 800 000	32,56%	5 800 000	67,44%
Kontaktní centra	8 300 000	3 000 000	36,14%	5 300 000	63,86%
Krizová pomoc	6 300 000	1 300 000	20,63%	5 000 000	79,37%
Intervenční centra	1 900 000	500 000	26,32%	1 400 000	73,68%
Nízkoprahová centra	6 200 000	2 000 000	32,26%	4 200 000	67,74%
NZDM	39 200 000	13 700 000	34,95%	25 500 000	65,05%
Noclehárny	15 800 000	5 800 000	36,71%	10 000 000	63,29%
Služby následné péče	1 600 000	400 000	25,00%	1 200 000	75,00%
SAS pro rodiny s dětmi	27 400 000	8 800 000	32,12%	18 600 000	67,88%
SAS pro seniory a osoby se ZP	16 700 000	9 000 000	53,89%	7 700 000	46,11%
Sociálně-terapeutické dílny	15 300 000	4 800 000	31,37%	10 500 000	68,63%
Terapeutické komunity	4 400 000	1 500 000	34,09%	2 900 000	65,91%
Terénní programy	19 300 000	6 900 000	35,75%	12 400 000	64,25%
Sociální rehabilitace	31 200 000	9 700 000	31,09%	21 500 000	68,91%
Celkem služby sociální prevence	312 073 200	120 105 700	38,49%	191 967 500	61,51%

Analýza osobních nákladů v sociálních službách

Osobní náklady zahrnují mzdy a platy zaměstnanců, včetně odvodů sociálního a zdravotního pojištění, které hradí zaměstnavatel za své zaměstnance, a další osobní náklady, které je zaměstnavatel za zaměstnance podle platných předpisů povinen odvádět.

Výše mzdy závisí na mnoha faktorech, z nichž k nejvýznamnějším patří:

- pracovní pozice,
- zřizovatel/poskytovatel,
- druh služby.

Mezi další faktory patří např. velikost organizace, stupeň vzdělání a délka praxe zaměstnanců, provozní doba, po kterou je služba poskytována.

Obecně lze říci, že nejvyšší mzdy ve srovnání s průměrem jsou u pobytových služeb sociální péče. K nejlépe ohodnoceným zaměstnancům patří zdravotní sestry.

Zaměstnanci ve službě odborné sociální poradenství mají vzhledem k požadovanému převážně vysokoškolskému vzdělání rovněž vyšší mzdové ohodnocení.

Nejnižší mzdy (u všech kategorií) jsou ve službách sociální prevence.

Výše průměrných mezd pracovníků v sociálních službách na území Moravskoslezského kraje ukazuje tabulka č. 22. Při hodnocení uvedených údajů je nutno brát zřetel na validitu údajů a na skutečnost, že ukazatele týkající se osobních nákladů patřily v provedeném šetření k nejvíce sporným. K největším nesrovnalostem docházelo u přepočítávání mezd na celé úvazky.

Tab. č. 22: Výše průměrných hrubých mezd pracovníků v sociálních službách dle druhu sociálních služeb

PRACOVNÍ POZICE	SLUŽBY CELKEM (KČ)	ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ (KČ)	SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE (KČ)	SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE (KČ)
Sociální pracovník	18 100	18 900	17 100	18 500
Pracovník v sociálních službách	13 500	11 900	14 300	14 200
Pedagogický pracovník	17 300	17 200	19 100	15 500
Všeobecná sestra	21 900	0	21 900	0
Ostatní zdravotní pracovníci	13 400	3 400	16 400	20 300
Další odborní pracovníci	31 800	36 200	26 100	33 000
Vedoucí zařízení	28 000	33 300	23 600	27 100
Administrativní pracovník	19 500	19 400	18 200	21 000
Pomocný personál	9 700	8 200	10 600	10 400
Další pracovníci	15 700	10 500	18 400	18 300

6. PRIORITY V OBLASTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA LÉTA 2010 – 2014

Z cíle MS kraje:

Vytvoření sítě kvalitních a dostupných sociálních služeb na základě potřeb identifikovaných obcemi nebo krajem a nastavení jejího efektivního financování, včetně udržitelného rozvoje.

vyplývají PRIORITY:

1. Podpora procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v MS kraji.
2. Podpora rozvoje potřebných sociálních služeb.
3. Podpora zvyšování kvality sociálních služeb.
4. Podpora nastavení funkčního a transparentního systému financování potřebných a kvalitních sociálních služeb.

S ohledem na cíl druhé fáze střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v MS kraji, který směřuje k **vytvoření systému rozvoje sociálních služeb v kraji**, jednání a dohodě mezi subjekty o převzetí veřejného závazku za určité druhy služeb, včetně návrhu systému financování sociálních služeb v kraji, jsou aktivity střednědobého plánu zaměřeny především na deklaraci podmínek, za nichž bude docházet k rozvoji a útlumu v systému sociálních služeb v MS kraji, na vyjasnění vztahů mezi zadavateli a poskytovateli sociálních služeb a v neposlední řadě na posílení spolupráce a vzájemných vztahů mezi zadavateli sociálních služeb, jejichž společná činnost by měla směřovat k naplnění vize.

6.1 Proces střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb

Obecné principy v oblasti střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb na léta 2010 – 2014

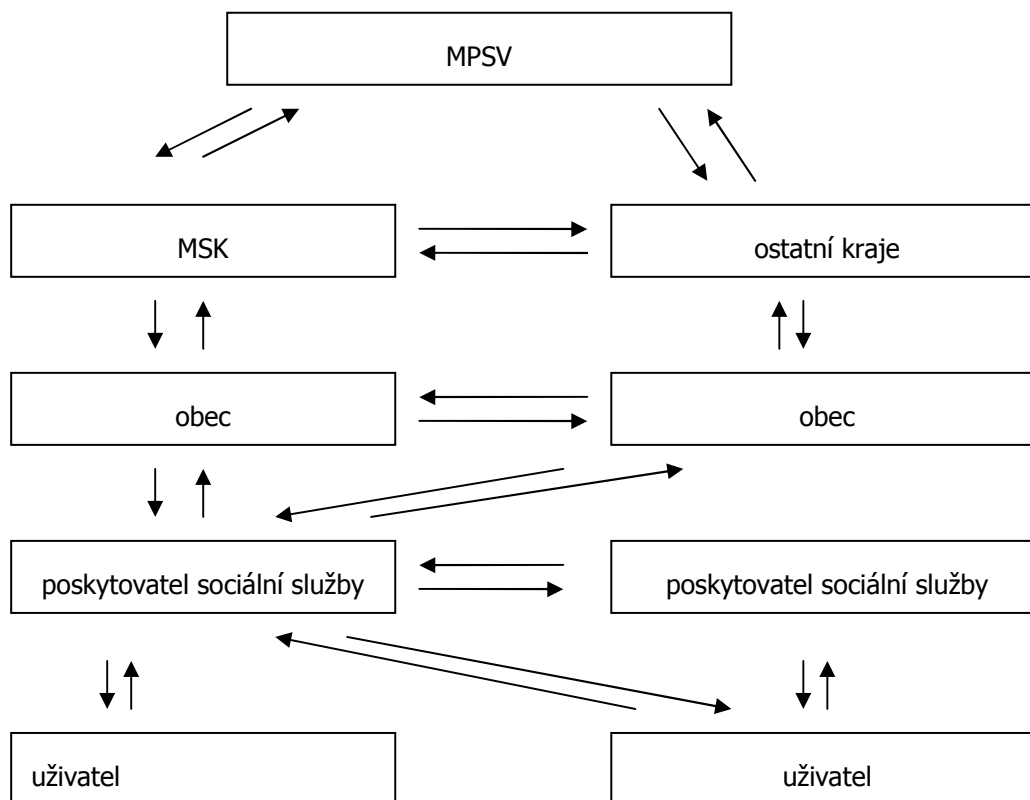
1. Procesy plánování rozvoje sociálních služeb v obcích probíhají v souladu s Metodikami pro plánování sociálních služeb a Kritérii kvality plánování sociálních služeb.
2. Zapojení obcí do procesu plánování je nezbytným předpokladem pro efektivní plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni celého kraje.
3. Služby jsou plánovány na úrovni obcí s pověřeným úřadem ve spolupráci s obcemi s obecním úřadem v daném správním obvodu.
4. Kraj deklaruje podporu obcím s obecním úřadem, které se rozhodnou plánovat v menších územních celcích, než je správní obvod obce s pověřeným úřadem.
5. Při realizaci střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni obcí je nezbytné akceptovat kvalitu sociálních služeb.
6. V rámci střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni obcí je nezbytné propojení kvality a financování sociálních služeb.
7. Pro posílení skladebnosti krajského plánu je vytvořena doporučená struktura obecních střednědobých plánů.
8. Ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb obcí jsou ukotveny stávající a nové sociální služby, příp. i na ně navazující aktivity včetně zajištění udržitelného způsobu financování.

Proces střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb probíhá nejen na úrovni kraje, ale také na úrovni ministerstva a obcí. Výkon státní správy v oblasti sociálních služeb řídí a kontroluje ze zákona o sociálních službách (§ 96) MPSV. Za účasti krajů, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a uživatelů pak zpracovává střednědobý národní plán rozvoje sociálních služeb, strategický dokument pojímající služby komplexně a ve vztahu ke krajským a obecním plánům určující rámec směřování MPSV v oblasti sociálních služeb.

Proces plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni se odvíjí zejména od spolupráce kraje s obcemi, které dle zákona o sociálních službách, § 94, písm. e) sdělují kraji za účelem přípravy a realizace jeho střednědobého plánu informace o potřebách poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území obce, o možnostech uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích. Úloha obcí vyplývá také ze zákona č. 128/2000 Sb., o obcích, ve znění pozdějších předpisů, § 35, odst. 2, dle kterého obce pečují v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Tato povinnost obcí spadá do jejich samostatné působnosti.

Při zpracovávání krajského plánu rozvoje sociálních služeb se přihlíží nejen k informacím obcí zjištěným dle § 94, písm. e), ale také k údajům uvedeným v Registru poskytovatelů sociálních služeb, jež vypovídají o kapacitě, způsobu zabezpečení a nákladovosti stávajících sociálních služeb.

Schéma č. 2: Vazby mezi subjekty v procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb



Prioritou „Podpora procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v MS kraji“ proto rozumíme **podporu aktivit a činností na všech jeho úrovních**.

Tyto úrovně nelze od sebe explicitně oddělit, jelikož proces střednědobého plánování probíhá v rámci, jenž je dán závaznými normami a strategickými dokumenty různé právní síly.

Nezbytným předpokladem pro realizaci procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb na území MS kraje je podpora procesu plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni. Kontinuitou činnosti pracovních skupin vzniklých za účelem koordinace a realizace procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v MS kraji bude mimo jiné systematicky posilována spolupráce s obcemi, nepostradatelnými partnery procesu plánování, zadavateli sociálních služeb na místní úrovni.

V souladu s § 94, písm. e) a § 95, písm. d) zákona o sociálních službách, je nezbytné vytvořit funkční systém přenosu informací na úrovni kraj – obce, a to nejen ve smyslu získávání informací o identifikovaných potřebách regionů a na nich vzniklé sítě sociálních služeb, ale i ve smyslu získávání zpětné vazby k průběhu procesu plánování ze strany MS kraje.

Jednou z možných cest pro vytvoření systému pro předávání informací, v rámci kterého bude možno získávat od obcí srovnatelné informace o potřebách identifikovaných na jejich území, jež bude možno následně promítnout do střednědobého plánu kraje, je vytvoření jednotné struktury obecních plánů a její následné uvedení do praxe.

Stanovení jednotné struktury nevychází pouze z potřeb kraje, ale také z potřeb identifikovaných obcemi s pověřeným obecním úřadem, jež jsou členy Pracovní skupiny pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem. Z tohoto důvodu byl vytvořena **doporučená struktura střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb obcí**, jehož cílem je:

- podporovat vzájemný soulad obecních plánů v základních aspektech,
- podporovat skladebnost obecních plánů a následně plánu krajského.

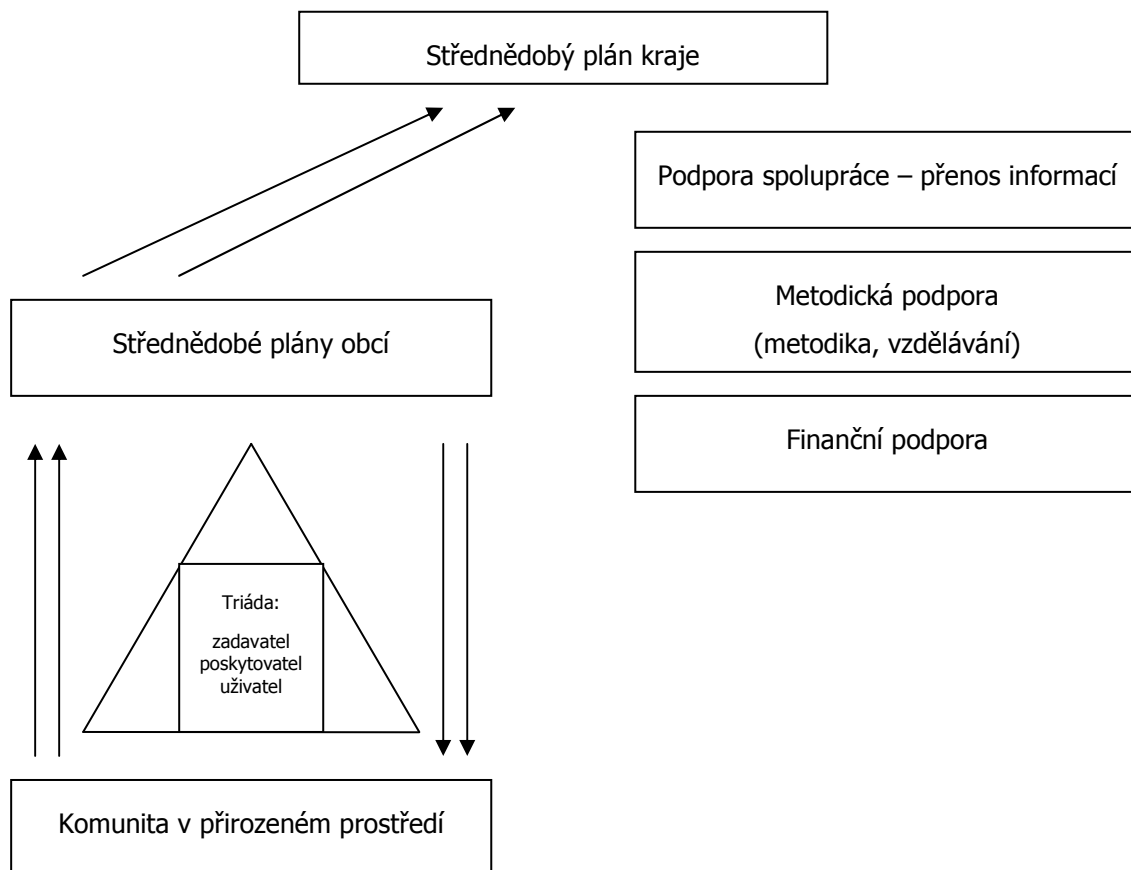
Tab. č. 23: Doporučená struktura plánu rozvoje sociálních služeb na obecní úrovni

Struktura střednědobého plánu obce	
1.	Zajištění procesu střednědobého plánování na úrovni obce (v případě plánování v mikroregionech obcí)
1.1	Poslání a vize plánu
1.2	Územní působnost plánu (pro území kterých obcí se plánuje – obce, které plán schválily svými orgány a na jejichž území se platnost plánu vztahuje)
1.3	Schválení závaznosti plánu (deklarace politické vůle aktivně se na procesu realizace plánu podílet)
1.4	Časová působnost plánu (pro jaké období se plánuje)
1.5	Kdo se na tvorbě plánu aktivně podílel (jak byl plán vytvořen)
1.6	Základní popis území, stručné sociodemografické údaje (definovat základní potřebné údaje)
2.	Stanovené cílové skupiny (včetně problémů cílových skupin, které je třeba řešit)
2.1	Podle jednotlivých cílových skupin:
2.2	Seznam členů pracovní skupiny (včetně kontaktu na skupinu, popř. členy pracovní skupiny)
2.3	Zpracovaná SWOT analýza s jednotným zadáním pro všechny obce
3.	Zpracovaná analýza potřeb cílové skupiny
3.1	Způsob zjišťování potřeb
3.2	Zjištěné potřeby (zjištěná potřebnost sociální služby) – rozdělení potřeb na ty, jež lze uspokojit veřejnými zdroji a ty, jež je nutno uspokojovat prostřednictvím sociálních služeb
3.3	Přehled finančních zdrojů pro zajištění potřeb (uživatelé, obec, kraj, MPSV aj.)
3.4	Mapa stávajících sociálních služeb
4.	Popis zajištění stávající sítě sociálních služeb
4.1	Zařazení služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění,
4.2	Zřizovatel služby/ Poskytovatel služby
4.3	Územní působnost služby (definovat, zda má služba působnost obecní, regionální, krajskou či republikovou prostřednictvím přímého výčtu měst, jejichž poptávka může být poskytovatelem služby uspokojena)
4.4	Cílová skupina služby včetně věkových kategorií
4.5	Kapacita služby (minimálně za uplynulé 3 roky + kvalifikovaný odhad na jednotlivé roky platnosti plánu, uváděná x reálná)
4.6	Využitelnost služby v % (minimálně za uplynulé 3 roky + kvalifikovaný odhad na jednotlivé roky platnosti plánu),
4.7	Náklady na zajištění služby (minimálně za uplynulé 3 roky + kvalifikovaný odhad na jednotlivé roky platnosti plánu),
4.8	Finanční zdroje (uživatelé, obec, kraj, MPSV aj.) na financování sociální služby (minimálně za uplynulé 3 roky + kvalifikovaný odhad na jednotlivé roky platnosti plánu), včetně výše podílu jednotlivých zdrojů,
4.9	Deklarace potřebnosti služby (jak byla zjištěna potřebnost služby)
4.10	Provázanost s dalšími sociálními službami
5.	Popis zajištění nových sociálních služeb
5.1	Zařazení služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
5.2	Zřizovatel služby/Poskytovatel
5.3	Územní působnost služby (definovat, zda má služba působnost obecní, regionální, krajskou či republikovou prostřednictvím přímého počtu obcí, jejichž poptávka bude poskytovatelem služby uspokojena,
5.4	Cílová skupina služby včetně věkových kategorií
5.5	Kapacita služby,

5.6	Náklady na zajištění služby (kvalifikovaný odhad na jednotlivé roky platnosti plánu),
5.7	Finanční zdroje (uživatelé, obec, kraj, MPSV aj.) na financování sociální služby (kvalifikovaný odhad na jednotlivé roky platnosti plánu), včetně výše podílu jednotlivých zdrojů,
5.8	Deklarace potřeby služby (jak byla zjištěna potřeba služby, popis cílové skupiny, pro niž má vznik sociální služby význam),
5.9	Provázanost s dalšími sociálními službami,
6.	Služby stávající sítě sociálních služeb, u nichž bude ze strany obce docházet k útlumu
6.1	zdůvodnění útlumu sociální služby
6.2	územní působnost nepodpořené sociální služby (územní působnost)
6.3	alternativní zdroje pomoci a podpory pro stávající či potenciální uživatele za danou sociální službu
7.	Priority (cíle) rozvoje sociálních služeb (plánují se stávající i nové sociální služby)
7.1	způsob stanovení priorit
7.2	rozdělení priorit na obecné (procesní) a specifické (váží se ke konkrétním cílovým skupinám či sociálním službám)
7.3	zdůvodnění jejich vazby na zjištěné potřeby
7.4	priority jsou rozděleny do opatření a aktivit
7.5	Opatření:
7.6	Aktivity: Termín splnění (časový horizont): Zodpovědné osoby (realizátoři): Náklady a finanční zdroje: Ukazatel plnění (hodnotící indikátory):
8.	Dlouhodobý výhled (plán) samosprávy z hlediska plánovaného financování sociálních služeb
9.	Kritéria financování sociálních služeb v obci
10.	Práce s kvalitou sociálních služeb
10.1	popis mechanismů, které obec používá při zjišťování a zabezpečování kvality sociálních služeb poskytovaných na jejím území
10.2	popis propojení oblasti kvality s financováním sociálních služeb
11.	Návazné aktivity (např. zaměstnávání osob se sníženými schopnostmi či omezenými možnostmi uplatnění se na trhu práce, dobrovolnické aktivity pro cílové skupiny, vzdělávání aj.), jež je možno řešit ve spolupráci s jinými odbory
12.	Práce s veřejností
13.	Termín aktualizace plánu

Vytvoření samotné struktury plánu však nezaručuje 100% srovnatelnost informací obsažených v jednotlivých plánech obcí, důležitá je také stránka obsahová. Doslovné sjednocení obsahu všech plánů obcí na území MS kraje však není možné, a to nejen vzhledem k místním podmínkám, jež jsou mnohdy jedinečné a nepřenositelné na jiný region, ale také s ohledem na samostatnou působnost obcí, v rámci níž plány vznikají.

Schéma č. 3: Principy vzniku střednědobých plánů obcí a MS kraje



Z uvedeného schématu vyplývá, že v procesu tvorby střednědobých plánů obcí, resp. kraje, hrají významnou roli také procesy probíhající na místní úrovni. Kromě metodické podpory, jež byla vyjádřena potřebou stanovení jednotné struktury obecních plánů, vnímají obce s pověřeným obecním úřadem také potřebu metodického vedení ve smyslu hledání a zajištění cíleného vzdělávání pro jejich koordinátory. Prostřednictvím vzdělávání koordinátorů dojde k posílení jejich schopnosti získávání a následné aplikace poznatků z přirozeného prostředí do procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni obce.

MS kraj potřeby ze strany obcí vnímá a činí kroky vedoucí k jejich naplnění v rámci svých možností a kompetencí. Za účelem posílení procesů probíhajících na místní úrovni vyhlašuje od roku 2005 dotační tituly zaměřené na podporu střednědobého plánování obcí na území MS kraje. Do roku 2009 včetně bylo MS krajem podpořeno celkem 29 projektů obcí vztahujících se k oblasti střednědobého plánování obcí (viz tabulková příloha č. 6) v celkové výši 5 852 400 Kč poskytnuté dotace. Kromě podpory aktivit směřujících k přímé podpoře procesu střednědobého plánování a jeho propagaci, byly finanční prostředky poskytnuty také na metodickou podporu koordinátorů obcí v oblasti vzdělávání.

Ve spolupráci se členy Pracovní skupiny pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem byl MS krajem, jako metodická pomůcka, vytvořen také seznam cílových skupin, u nichž by mělo docházet k mapování potřeb primárně. Aktivita vzešla od členů pracovní skupiny a může obcím pomoci mimo jiné i při stanovování pracovních skupin procesu plánování sociálních služeb. Uvedené skupiny nemusí být v obcích zastoupeny prostřednictvím speciální pracovní skupiny. V menších obcích může docházet ke slučování pracovních skupin zaměřených na různé cílové skupiny s obdobnými potřebami a problémy, jež budou v rámci činnosti pracovní skupiny řešeny.

Tab. č. 24: Seznam cílových skupin mapovaných na obecní úrovni

Struktura cílových skupin	
1	Osoby se zdravotním postižením
1.1	osoby s mentálním postižením
	osoby ve věku do 7 let (spolu s rodiči dítěte)
	osoby ve věku do ukončení povinné školní docházky
	osoby ve věku – mladí dospělí
	osoby ve věku – dospělí
1.2	osoby s tělesným postižením
	osoby ve věku do 7 let (spolu s rodiči dítěte)
	osoby ve věku do ukončení povinné školní docházky
	osoby ve věku – mladí dospělí
	osoby ve věku – dospělí
1.3	osoby s problémy v komunikaci způsobenými zejména smyslovým postižením (osoby se zrakovým postižením a osoby se sluchovým postižením)
	osoby ve věku do 7 let (spolu s rodiči dítěte)
	osoby ve věku do ukončení povinné školní docházky
	osoby ve věku – mladí dospělí
	osoby ve věku – dospělí
1.4	osoby s kombinovaným postižením
	osoby ve věku do 7 let (spolu s rodiči dítěte)
	osoby ve věku do ukončení povinné školní docházky
	osoby ve věku – mladí dospělí
	osoby ve věku – dospělí
2	Osoby s (chronickým) duševním onemocněním
	osoby ve věku do 7 let (spolu s rodiči dítěte)
	osoby ve věku do ukončení povinné školní docházky
	osoby ve věku – mladí dospělí
	osoby ve věku – dospělí
3	Osoby s demencí – osoby se stařeckou, Alzheimerovou a jinými typy demencí
4	Osoby s poruchou autistického spektra
5	Rizikové a ohrožené rodiny, děti a mládež
5.1	osoby ve věku 6 – 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy (sociálně patologické jevy a trestná činnost),
5.2	osoby do 26 let, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy (příp. osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež),
5.3	rodiny s dětmi v nepříznivé sociální situaci ohrožené odebráním dětí do ústavní výchovy,
5.4	děti a rodiče dítěte ve věku do 7 let, jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace,

5.5	rodina s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace,
6	Osoby v seniorském věku
7	Osoby, které se staly obětí trestného činu, osoby, které se staly obětí domácího násilí a osoby, které jsou ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí,
8	Osoby bez přístřeší,
9	Osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody,
10	Osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách (komunitách)
11	Osoby ohrožené závislostí a osoby se závislostí na nealkoholových i alkoholových návykových látkách:
11.1	osoby zneužívající návykové látky (zejména osoby zneužívající návykové látky intravenózně a/nebo dlouhodobě a pravidelně zneužívající opiáty, kokain a látky amfetaminového typu),
11.2	osoby ohrožené závislostí na návykových látkách a osoby se závislostí na návykových látkách,
11.3	osoby propuštěné z ochranné léčby,
12	Osoby v ohrožení zdraví či života:
12.1	osoby, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví či života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami – v akutní (psychosociální) krizi,
12.2	osoby s vysokým rizikem ohrožení zdraví či života při náhlém zhoršení jejich zdravotního stavu či schopností,
13	Další cílové skupiny, dle lokálních specifik, např.
13.1	osoby s chronickým onemocněním (osoby s diabetem, roztroušenou sklerózou, onkologickým onemocněním, s poruchou příjmu potravy, s revmatickým onemocněním aj.),
13.2	osoby, které vedou rizikový způsob života či jsou tímto způsobem života ohroženy (např. osoby živící se prostitucí, osoby komerčně zneužívané),
14	osoby se specifickými potřebami

Přestože mají některé obce MS kraje zpracovánu sociodemografickou analýzu obyvatel, tyto analýzy pocházejí z různých období a jejich srovnání nemá vypovídající hodnotu o současném stavu v dané lokalitě.

Sociodemografická analýza MS kraje není v současné době na úrovni kraje zpracována. Realizace je naplánována v průběhu období působnosti tohoto střednědobého plánu a bude provedena v součinnosti s MPSV, obcemi, poskytovateli sociálních služeb a dalšími institucemi a subjekty, které mohou k jejímu vytvoření významně přispět.

6.1.1 Dosavadní proces střednědobého plánování na obcích s pověřeným obecním úřadem

Zapojování obcí MS kraje do procesu střednědobého plánování má pozvolný průběh. Z celkového počtu 30 obcí s pověřeným obecním úřadem plánovalo v roce 2005 pouze 13 obcí. V roce 2007 byl však počet plánujících obcí téměř dvojnásobný. V roce 2009 byl proces střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb započat již ve všech obcích s pověřeným obecním úřadem.

Do procesu střednědobého plánování se zapojují rovněž obce s obecním úřadem.

Tab. č. 25: Zapojení obcí MS kraje do plánování rozvoje sociálních služeb obcí s pověřeným obecním úřadem a strategické dokumenty obcí v oblasti rozvoje sociálních služeb (prosinec 2009)

	Obce s pověřeným obecním úřadem*	obce, jež patří Do správního obvodu obce s pověřeným obecním úřadem	Strategický dokument obce v oblasti plánování rozvoje sociálních služeb
1.	Bílovec	Bílov, Bítov, Bravantice, Jistebník, Kujavy, Slatina, Tísek, Velké Albrechtice	
2.	Bohumín	Rychvald	Komunitní plánování sociálních služeb města Bohumína – Výstup z projektu podpořeného Strukturálními fondy EU v rámci Společného regionálního operačního programu – grantové schéma Síť sociální integrace nazývaný také Střednědobý komunitní plán města Bohumína pro léta 2007 – 2010
3.	Bruntál	Andělská Hora, Bílčice, Dětrichov nad Bystřicí, Dlouhá Stráň, Dvorce, Křišťanovice, Leskovec nad Moravicí, Lomnice, Mezina, Milotice nad Opavou, Moravskoslezský Kočov, Nová Pláň, Nové Heřminovy, Oborná, Razová, Roudno, Rudná pod Pradědem , Staré Město, Světlá Hora, Václavov u Bruntálu, Valšov	Komunitní plán rozvoje sociálních služeb města Bruntál na období 2009 – 2011
4.	Český Těšín	Chotěbuz	Komunitní plán sociálních služeb města Český Těšín
5.	Frenštát Radhoštěm	p. Bordovice, Lichnov, Tichá, Trojanovice, Veřovice	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území správního obvodu města Frenštát p. Radhoštěm 2010 – 2014
6.	Frýdek-Místek	Baška, Brušperk, Bruzovice, Dobrá, Dobratice, Dolní Domaslavice, Dolní Tošanovice, Fryčovice, Horní Domaslavice, Horní Tošanovice, Hukvaldy, Kaňovice, Kozlovice, Krásná, Krmelín, Lhotka, Lučina, Morávka, Nižní Lhoty, Nošovice, Palkovice, Paskov, Pazderna, Pražmo, Raškovice, Řepiště, Sedliště, Soběšovice, Staré Město, Staříč, Sviadnov, Třanovice, Vojkovice, Vyšní Lhoty, Žabeň, Žermanice	Komunitní plán rozvoje sociálních služeb ve městě Frýdek-Místek na léta 2007 – 2010
7.	Frýdlant n. Ostravicí	Bílá, Čeladná, Janovice, Kunčice pod Ondřejníkem, Malenovice, Metylovice, Ostravice, Pržno, Pstruží, Staré Hamry	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb 2009 – 2013
8.	Fulnek	Vrchy	Komunitní plán rozvoje sociálních služeb Oderska a Fulnecka na období 2008 – 2012
9.	Haviřov	Albrechtice, Horní Bludovice, Horní Suchá, Těrlicko	Komunitní plán rozvoje sociálních služeb ve městě Haviřově
10.	Hlučín	Bělá, Bohuslavice, Darkovice, Děhylov, Dobroslavice, Dolní Benešov, Hať, Kozmice, Ludčeřovice, Markvartovice, Píšť, Šilheřovice, Vřesina, Závada	„Komunitní plán pro město Hlučín“ (KONCEPCE ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB) na období 2006 – 2009
11.	Horní Benešov	Horní Životice, Staré Heřminovy, Svobodné Heřmanice	-
12.	Jablunkov	Bocanovice, Bukovec, Dolní Lomná, Horní Lomná, Hrádek, Hřčava, Milíkov, Mosty u Jablunkova, Návsí, Písečná, Písek	Plán sociálních služeb města Jablunkova na období let 2008 – 2010
13.	Karviná	Dětmárovice, Petrovice u Karviné, Stonava	Lokální akční plán sociálního začleňování
14.	Kopřivnice	Štramberk, Závěšice, Ženkla	1. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Kopřivnici na období 2009 – 2012
15.	Kravaře	Bolatice, Chuchelná, Kobeřice, Kravaře, Rohov,	Komunitní plán města Kravaře

		Strahovice, Sudice, Štěpánkovice, Třebom	na období 2007 – 2008
16.	Krnov	Brantice, Býkov-Láryšov, Čaková, Hošťálkovy, Krasov, Lichnov, Úvalno, Zátor	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb města Krnova na období 2009 - 2012
17.	Město Albrechtice	Heřmanovice, Holčovice, Janov, Jindřichov, Liptaň, Petrovice, Třemešná, Vysoká	-
18.	Nový Jičín	Bartošovice, Bernartice nad Odrou, Hladké Životice, Hodslavice, Hostašovice, Jeseník nad Odrou, Kunín, Mořkov, Rybí, Sedlnice, Starý Jičín, Suchdol nad Odrou, Šenov u Nového Jičína, Životice u Nového Jičína	Komunitní plán rozvoje sociálních služeb a služeb souvisejících ve městě Nový Jičín na léta 2009 – 2011 (Květen 2009)
19.	Odry	Heřmanice u Oder, Heřmánky, Jakubčovice nad Odrou, Luboměř, Mankovice, Odry, Spálov, Vražné	Komunitní plán rozvoje sociálních služeb Oderska a Fulnecka na období 2008 – 2012
20.	Opava	Branka u Opavy, Bratřkovice, Brumovice, Budišovice, Dolní Životice, Háj ve Slezsku, Hlavnice, Hlubočec, Hněvošice, Holasovice, Hrabyně, Hradec nad Moravicí, Chlebičov, Chvalíkovice, Jakartovice, Jezdkovice, Kyjovice, Lhotka u Litultovic, Litultovice, Mikolajice, Mladecko, Mokré Lazce, Neplachovice, Nové Sedlice, Oldřišov, Otice, Pustá Polom, Raduň, Skřípov, Slavkov, Služovice, Sosnová, Stěbořice, Štáblovice, Štítina, Těškovice, Uhlířov, Velké Heraltice, Velké Hoštice, Vršovice	Komunitní plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb Statutárního města Opavy na období 2008 – 2010
21.	Orlová	Dolní Lutyně, Doubrava, Petřvald	Komunitní plánování sociálních služeb města Orlová 2007 - 2010
22.	Osoblaha	Bohušov, Dívkův Hrad, Hlinka, Rusín, Slezské Pavlovice, Slezské Rudoltice	-
23.	Ostrava	Čavisov, Dolní Lhota, Horní Lhota, Klimkovice, Olbramice, Stará Ves nad Ondřejnicí, Šenov, Václavovice, Velká Polom, Vřesina, Zbyslavice	2. Komunitní plán sociálních služeb a souvisejících aktivit ve městě Ostrava do roku 2010
24.	Příbor	Kateřinice, Mošnov, Petřvald, Skotnice, Trnávka	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb města Příbora na období 2008 – 2012
25.	Rýmařov	Břidličná, Dolní Moravice, Horní Město, Jiřkov, Malá Morávka, Malá Štáhle, Ryžoviště, Stará Ves, Tvrdkov, Velká Štáhle	Komunitní plán rozvoje sociálních služeb města Rýmařova do roku 2011
26.	Studénka	Albrechtický, Pustějov	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve městě Studénka
27.	Třinec	Bystřice, Hnojník, Komorní Lhotka, Košařiska, Nýdek, Ropice, Řeka, Smilovice, Střítež, Vělopolí, Vendryně Třinec pomáhá v rámci seminářů se zaváděním střednědobého plánování v obcích regionu „Povodí Stonávky“ – Hnojník, Komorní Lhotka, Ropice, Řeka, Milovice, Střítež, Vělopolí	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb města Třince na období let 2009 – 2012
28.	Vítkov	Březová, Budišov nad Budišovkou, Černá ve Slezsku, Kružberk, Melč, Moravice, Nové Lublice, Radkov, Staré Těchanovice, Svatoňovice, Větrkovice	-
29.	Vratimov	-	-
30.	Vrbno p. Pradědem	Karlova Studánka, Karlovice, Ludvíkov, Široká Niva	Komunitní plán sociálních služeb mikroregionu Vrbensko 2007/2008

Pozn.: Tučným písmem jsou zvýrazněny obce s obecním úřadem, jež jsou zapojeny do plánování sociálních služeb příslušné obce s pověřeným obecním úřadem.

Z uvedené tabulky vyplývá, že ne všechny obce s obecním úřadem jsou zapojeny do procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb.

Význam realizace procesu střednědobého plánování, který je činěn metodou označovanou jako „sociální plánování“ či „plánování komunitní“, spočívá zejména ve schopnosti obcí definovat na základě systematicky řízeného a koordinovaného procesu potřeby svých obyvatel, komunity definované nejen lokalitou, ale také vlastní kulturou a tradicemi.

6.1.2 Potřebnost sociálních služeb MS kraje

Potřebnost sociální služby může být identifikována různými způsoby. Může vzejít z přirozeného prostředí zcela nečekaně, taktéž může být identifikována v systematicky řízeném procesu, jenž využívá metody komunitního plánování a je totožným názvem také mnohdy označován.

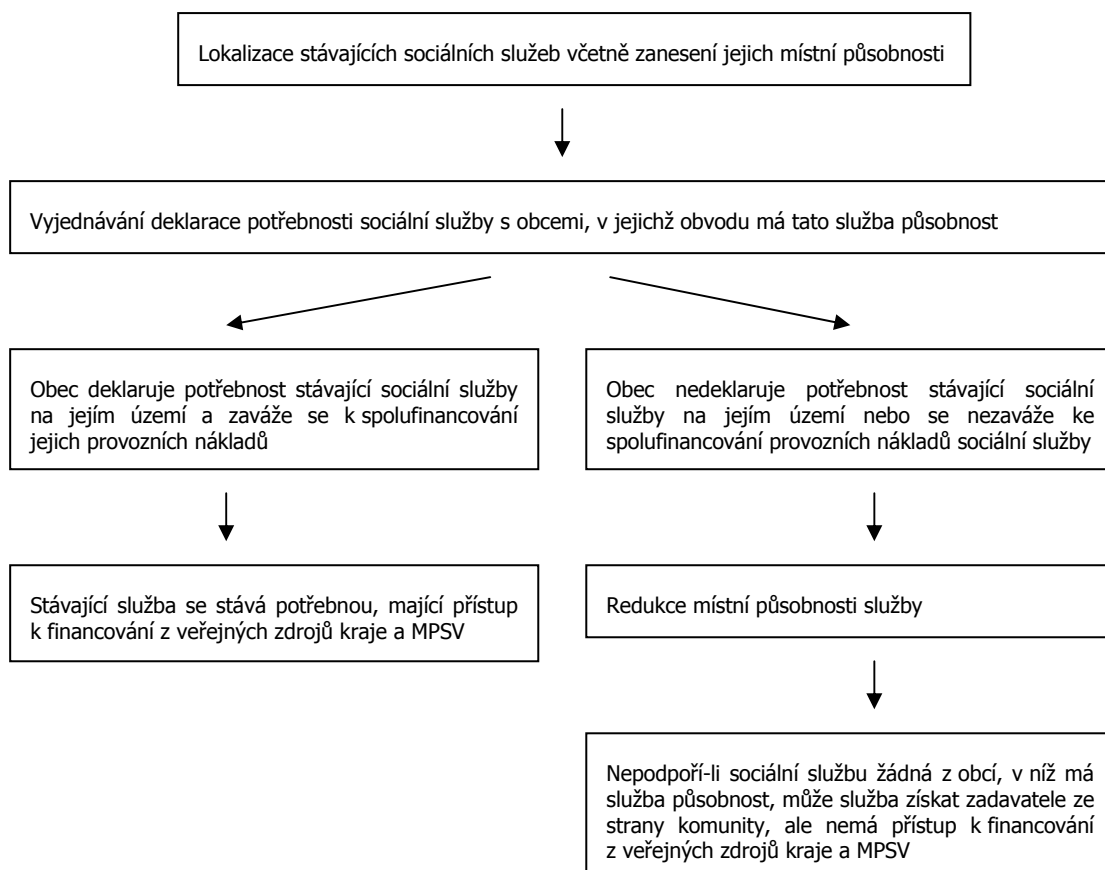
Potřebnou sociální službou rozumíme službu, která vznikla na základě reálně zjištěných potřeb osob v nepříznivé životní situaci, která není v dané chvíli řešitelná prostřednictvím běžných zdrojů pomoci (vlastními silami/prostředky osoby, pomocí rodiny apod.). Existence sociální služby by měla být v každém okamžiku jejího poskytování podložena prokázanými potřebami obyvatel dané lokality. Potřeba určuje, jaké služby a komu jsou poskytovány. Služby tedy nejsou a ani nemohou být poskytovány na základě předem definované kvóty či normy, jelikož nelze předpokládat, že příjemci služeb, kteří náleží ke stejné uživatelské skupině, budou mít stejné potřeby.

V průběhu let 2010 – 2013 bude s obcemi nacházejícími se na území MS kraje vyjednávána potřebnost stávající sítě sociálních služeb. Stávající síť sociálních služeb se rozumí služby, které byly v r. 2010 příjemci dotace ze státního rozpočtu na poskytování sociálních služeb či z IP kraje.

Před zahájením samotného vyjednávání bude provedena lokalizace registrovaných sociálních služeb poskytovaných v MS kraji, společně se zachycením jejich působnosti. Obce budou následně vyzývány k deklaraci potřebnosti těchto stávajících sociálních služeb. Na základě deklarací obcí bude vytvořena síť sociálních služeb, jejichž zadavateli budou jednotlivé obce, které se zároveň zaváží k finanční spoluúčasti na provozních nákladech těchto služeb. Potřebnost sociálních služeb musí být obcemi deklarována do konce roku 2013, kdy dojde k uzavření sítě sociálních služeb v MS kraji. Potřebnost sociálních služeb bude deklarována také ze strany MS kraje.

Tyto služby splní jedno ze zásadních kritérií pro přístup k financování ze strany MPSV a MS kraje. Ostatní sociální služby ztratí veřejného zadavatele a budou odkázány na financování z jiných zdrojů.

Schéma č. 4: Proces vyjednávání potřebnosti u stávajících sociálních služeb financovaných z rozpočtu MPSV



Deklarace potřeby konkrétních sociálních služeb by měla být ukotvena ve střednědobých plánech obcí. Obce, jejichž stávající schválený střednědobý plán přesahuje do roku 2014, mohou svou deklaraci potřeby učinit prostřednictvím dokumentů schválených orgány obce. Význam deklarace spočívá ve zveřejnění závazku představitelů obce dávajících svým prohlášením veřejnosti i poskytovatelům najevo, které sociální služby a pro jaké cílové skupiny jsou na území obce žádoucí a které budou ze strany obce také finančně podpořeny. Jelikož se potřeby obyvatel určitého území, pro které jsou střednědobé plány obcí tvořeny, neustále vyvíjí, je nezbytné deklaraci potřeby sociálních služeb průběžně revidovat a opakovaně potvrzovat.

Pro poskytovatele sociálních služeb je deklarace významná z pohledu financování jimi poskytovaných sociálních služeb, neboť k ní bude po decentralizaci dotačního řízení z MPSV na jednotlivé kraje přihlíženo při posuzování žádosti o dotaci na poskytování sociálních služeb.

Z výše uvedeného vyplývá, že je nezbytné, aby docházelo k posilování vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a zadavateli na místní úrovni, a to nejen ve smyslu oboustranné komunikace, ale i spolupráce.

V první fázi střednědobého plánování MS kraje byla pro podporu sociálních služeb dostačující pouhá existence procesu plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni obce. V druhé fázi, zejména pak v období po decentralizaci dotačního řízení, bude kladen důraz na existenci střednědobého plánu obce jako výstupu z uvedeného procesu. Tento strategický dokument obcí bude v budoucnu jedním z hlavních kritérií podpory sociálních služeb formou finanční dotace. Služba, jejíž potřeba nebude obcí deklarována v jejím střednědobém plánu, bude v získávání finančních prostředků z veřejných zdrojů znevýhodněna.

6.2 Rozvoj sociálních služeb

Obecné principy v oblasti rozvoje sociálních služeb na léta 2010–2014

1. Sociální služby jsou poskytovány na základě reálně zjištěné potřeby na úrovni obce, resp. kraje.
2. Rozvoj sociálních služeb se řídí principem efektivnosti, hospodárnosti a udržitelnosti a potřebnosti.
3. Rozvoj sociálních služeb v MS kraji vychází ze střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb obcí. Existence procesu plánování bez jeho ukotvení ve strategickém dokumentu je nedostatečná.
4. Potřebnost registrovaných sociálních služeb bude s obcemi vyjednávána do konce roku 2013, kdy dojde k uzavření sítě stávajících sociálních služeb.
5. Potřebnost sociálních služeb je deklarována obcemi, v nichž jsou či budou dané služby poskytovány, a také obcemi, jejichž občané tyto služby využívají či budou využívat (působnost služby přesahuje místo poskytování sociální služby).
6. Obce se zabývají potřebností a potřebou rozvoje všech sociálních služeb poskytovaných na jejich území.
7. Rozvoj sociálních služeb se týká všech cílových skupin, u nichž byla identifikována potřeba spojená se vznikem sociální služby.
8. Rozvoj sociálních služeb probíhá primárně na úrovni obcí. Nejsou-li obce schopny řešit rozvoj těchto služeb samy, je žádoucí, aby na zajištění totožných služeb vzájemně spolupracovaly.
9. Obce spolupracují s krajem při řešení otázek rozvoje sociálních služeb pro takové cílové skupiny, kdy není možno řešit otázku rozvoje na území jedné obce.
10. Kraj spolupracuje s obcemi jako zadavatel na rozvoji sociálních služeb pro cílové skupiny se specifickými potřebami, jejichž potřebnost vychází z deklarací střednědobých plánů obcí.
11. U registrovaných sociálních služeb, kde nebude do roku 2013 deklarována ze strany obce jejich potřebnost, včetně spoluúčasti obce na jejich financování, bude docházet k útlumu ve smyslu snižování jejich kapacity, popř. k transformaci stávající služby na jinou sociální službu či k celkovému zániku sociální služby.
12. Podpora rozvoje především terénních a ambulantních služeb. Není-li možno řešit životní situaci osoby v přirozeném prostředí, je podporován rozvoj služeb pobytových.
13. Primárně bude rozvoj sociálních služeb podporován tam, kde daná sociální služba neexistuje a zároveň neexistuje žádná jiná alternativa poskytnuté podpory, jež by byla obyvatelům dané lokality místně dostupná.
14. Podpora rozvoje pobytových služeb je vázána na potřebnost (stupeň závislosti a potřebnou míru podpory).
15. Podpora rozvoje alternativních a návazných služeb v procesu transformace (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, osobní asistence).
16. Podpora rozvoje sociálních služeb určených specifickým cílovým skupinám.

Rozvojem sociálních služeb není myšlen pouze vznik zcela nových sociálních služeb, ale také změna ve smyslu zvyšování kvality sociálních služeb, popř. rozšíření stávající sociální služby nebo její celková transformace na službu jinou.

Nejzákladnější principy, jimiž se bude rozvoj sociálních služeb po léta 2010 – 2014 řídit, jsou potřebnost a udržitelnost.

Rámec podpory rozvoje nových sociálních služeb ze strany kraje vychází především z místních podmínek, tzn. ne/dostupnosti sociální služby v obci či celém regionu. Míra rozvoje či útlumu na místní úrovni je přímo úměrná prokázané potřebnosti rozvíjející se sociální služby. Podpora rozvojových

procesů je vázána na existenci strategických dokumentů obcí obsahujících deklaraci podpory potřebným sociálním službám společně s uvedením míry participace obce na jejich finančním zajištění.

6.2.1 Plánovaný rozvoj sociálních služeb vycházející z potřeb obcí s pověřeným obecním úřadem

Obce s pověřeným obecním úřadem byly MS krajem v roce 2009 osloveny, aby se vyjádřily nejen k plánovanému rozvoji sociálních služeb na svém území, ale také ke způsobu, jakým hodlají rozvoj těchto služeb zabezpečit z hlediska financování.

Obce definovaly dlouhodobě udržitelný rozvoj sítě sociálních služeb na jejich území. Přehled rozvojových služeb se zaměřením na cílové skupiny uvádí tabulková příloha č. 7.

Plánovaný rozvoj sociálních služeb na úrovni obcí s pověřeným úřadem v letech platnosti tohoto plánu zasahuje do všech druhů sociálních služeb, tzn. služeb poradenských, služeb sociální péče i prevence.

Data získaná od obcí byla porovnána s daty o poskytovatelích sociálních služeb registrovaných v jejich správním obvodu ke dni 1. 1. 2009. Z hlediska místní dostupnosti jsou služby plánovány nejen v lokalitách, v nichž zastoupeny nejsou, ale i v místech, která jsou poskytovateli sociálních služeb již pokryta (viz tab. č. 24).

Tab. č. 26: Srovnání místní dostupnosti již existujících sociálních služeb s plánovaným rozvojem obcí

	§	Druh sociální služby	plánovaný rozvoj / stav k 1. 1. 2009	Bílovec	Bohumín	Bruntál	Český Těšín	Frenštát p. Radhoštěm	Frydek-Místek	Frydlant n. Ostravici	Fulnek	Haviřov	Hlučín	Horní Benešov	Jablunkov	Karviná	Kopřivnice	Kravaře	Krnov	Město Albrechtice	Nový Jičín	Odry	Opava	Orlová	Osoblaha	Ostrava	Příbor	Rýmařov	Studénka	Třinec	Vítkov	Vratimov	Vrbno p. Pradědem	Celkem	
poradenství	37	odborné sociální poradenství	rozvoj	A		A			A				A					A	A	A				A							A		A	10	
	Celkem poradenských služeb k 1. 1. 2009			0	1	6	3	0	10	1	0	7	1	0	0	5	0	0	1	0	6	0	11	1	0	33	0	0	0	3	0	0	0	0	89
služby sociální péče	39	osobní asistence	rozvoj	A	A			A					A											A		A								6	
			stávající	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	2	0	2	0	0	6	0	2	0	4	0	0	0	0	24
	40	pečovatelská služba	rozvoj						A			A	A											A	A	A				A		A	8		
			stávající	0	2	2	2	2	3	1	1	3	1	0	3	5	5	1	4	1	3	1	7	2	0	13	1	1	2	3	2	1	0	0	72
	41	tísňová péče	rozvoj			A					A																							2	
			stávající	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	42	průvodcovské a předčitatelské služby	rozvoj																A															1	
			stávající	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	43	podpora samostatného bydlení	rozvoj			A			A										A		A					A					A	A			7
			stávající	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	44	odlehčovací služby	rozvoj						A	A						A			A		A		A			A	A								8
			stávající	0	2	0	3	1	1	1	0	4	1	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	0	0	0	3	0	0	0	0
	45	centra denních služeb	rozvoj			A		A		A						A																			4
			stávající	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	6	0	0	0	1	0	0	0	0
	46	denní stacionáře	rozvoj					A		A				A		A							A			A	A		A						8
			stávající	0	2	0	2	1	2	0	0	3	1	0	1	3	1	0	1	0	3	0	2	1	1	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	47	týdenní stacionáře	rozvoj																																
			stávající	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	5
	48	domovy	rozvoj													A									A									2	

služby sociální prevence		pro osoby se zdravotním postižením	stávající	0	0	2	1	1	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	2	2	0	3	1	1	3	0	0	1	3	1	0	0	27
	49	domovy pro seniory	rozvoj					A		A						A	A								A								5	
			stávající	1	3	1	4	1	3	1	0	3	2	0	1	3	0	1	1	0	3	1	6	4	1	10	1	1	1	5	2	0	1	61
	50	domovy se zvláštním režimem	rozvoj					A		A		A	A	A	A			A		A	A	A			A	A			A				14	
			stávající	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	2	1	0	7	0	1	0	1	1	0	0	21
	51	chráněné bydlení	rozvoj					A	A				A	A		A					A					A		A		A				9
			stávající	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
	52	soc. služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	rozvoj									A																						1
			stávající	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0
	Plánovaný rozvoj služeb sociální péče			1	1	3	-	6	3	6	-	3	5	3	3	4	1	1	4	-	4	1	3	1	1	9	4	1	1	3	2	-	1	75
Celkem služeb sociální péče k 1. 1. 2009			2	11	10	14	7	18	5	1	16	7	0	9	21	7	2	10	4	14	5	30	13	3	64	2	8	4	23	7	1	1	319	
služby sociální prevence	54	raná péče	rozvoj																						A								1	
			stávající	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
	55	telefonická krizová pomoc	rozvoj																														0	
			stávající	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	56	tlumočnické služby	rozvoj																														0	
			stávající	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4
	57	azylové domy	rozvoj			A			A	A		A				A								A		A		A					8	
			stávající	0	0	2	1	0	1	0	0	2	1	0	0	3	2	0	1	0	1	0	2	1	0	10	0	0	1	3	0	0	0	31
	58	domy na půl cesty	rozvoj									A														A				A				3
			stávající	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
	59	kontaktní centra	rozvoj			A													A															2
			stávající	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
60	krizová pomoc	rozvoj																															0	
		stávající	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	
60	intervenční	rozvoj																															0	

a	centra	stávající	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
61	nízkoprahová denní centra	rozvoj					A		A						A		A					A										5	
		stávající	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	8
62	nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	rozvoj		A	A				A			A		A					A	A		A					A				A	10	
		stávající	0	1	2	1	1	4	0	0	3	0	0	0	5	1	0	3	0	1	0	4	0	0	10	0	0	0	1	0	0	0	37
63	noclehárny	rozvoj					A				A																		A			3	
		stávající	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	13
64	služby následné péče	rozvoj																						A								1	
		stávající	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
65	SAS pro rodiny s dětmi	rozvoj		A	A			A						A					A				A				A					7	
		stávající	0	0	3	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	3	0	0	1	2	1	0	13	0	0	0	1	0	0	0	29
66	SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením	rozvoj									A				A								A									3	
		stávající	0	0	0	1	0	3	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	3	0	0	10	0	0	0	2	0	0	0	26
67	sociálně terapeutické dílny	rozvoj					A		A									A		A			A		A							6	
		stávající	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	10
68	terapeutické komunity	rozvoj									A				A								A									3	
		stávající	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
69	terénní programy	rozvoj		A	A		A					A						A							A				A			7	
		stávající	0	1	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	1	0	2	0	0	0
70	sociální rehabilitace	rozvoj																							A							1	
		stávající	0	0	2	1	0	2	0	0	0	1	0	1	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	5	0	0	0	4	0	0	0	23
Plánovaný rozvoj služeb sociální prevence			-	3	5	-	4	2	4	-	5	2	-	2	3	1	-	4	1	2	1	-	7	-	7	-	2	1	2	1	-	1	60
Celkem služeb sociální prevence k 1. 1. 2009			0	3	13	10	1	18	0	0	16	3	0	1	26	7	0	12	0	6	1	25	3	1	73	0	1	1	15	0	0	0	236
CELKEM PLÁNOVANÝCH SLUŽEB			2	4	9	-	10	5	11	-	8	8	3	5	7	2	2	9	2	6	2	3	9	1	16	4	3	2	5	4	-	3	145
CELKEM SLUŽEB K 1. 1. 2009			2	15	29	27	8	46	6	1	39	11	0	10	52	14	2	23	4	26	6	66	17	4	169	2	9	5	41	7	1	1	644

A = plánovaný rozvoj sociální služby na území dané obce s pověřeným obecním úřadem

Rozvoj sociálních služeb, dle cílových skupin, je determinován zákonem o sociálních službách, který přesně stanovuje, kterým cílovým skupinám mají být konkrétní sociální služby poskytovány. Většina obcí charakterizovala cílovou skupinu, pro níž plánuje vznik nových či posílení stávajících služeb, obecně. Nejčastěji byl obcemi užíván pojem „osoby se zdravotním postižením“ bez cíleného určení druhu postižení, na něž bude služba zaměřena.

V souvislosti s cílovou skupinou, ať už stávajících či nových sociálních služeb, je zapotřebí věnovat pozornost jasnému vymezení okruhu osob, kterým je či bude služba poskytována. Zatímco může být u některých sociálních služeb její poskytování dvěma a více cílovým skupinám pro proces střednědobého plánování přínosem (např. pečovatelská služba pro seniory a osoby s různým druhem postižení), u jiných služeb může být různorodé složení cílové skupiny kontraproduktivní (např. některé pobytové či ambulantní služby pro osoby s mentálním postižením a zároveň chronickým duševním onemocněním). Poskytování sociální služby různým cílovým skupinám v jednom zařízení s sebou mnohdy přináší také zvýšené nároky na jejího poskytovatele, neboť ne pro všechny cílové skupiny lze užít jednotné metodiky pro práci s klienty, vzdělání a odborné kompetence pracovníků se budou lišit s ohledem na různé cílové skupiny. Praxe ukazuje, že definování cílových skupin, tak jak byly zavedeny do Registru poskytovatelů sociálních služeb, je nedostatečné. Některé specifické cílové skupiny (osoby s psychotickým onemocněním, osoby s poruchou autistického spektra aj.) jsou tak zařazovány pod obecnější kategorie, přičemž dochází ke zkreslování údajů o vhodných a dostupných sociálních službách pro tyto osoby.

Problematické se jeví také pobytové sociální služby, kdy je veřejně deklarováno poskytování sociální služby několika cílovým skupinám zároveň či cílové skupině se širokým věkovým rozpětím. Skutečná struktura uživatelů těchto služeb bývá v praxi často užší (z pohledu cílové skupiny či věku), což může do značné míry předurčovat charakteristiku nových uživatelů této služby.

Plánovaný rozvoj odborného poradenství na území MS kraje ve vztahu k cílové skupině byl obcemi s pověřeným úřadem popsán konkrétněji a je různorodý. Kromě osob se zdravotním postižením se v cílové skupině objevují také senioři, osoby v krizi, osoby ohrožené sociálním vyloučením či rodina jako celistvý systém vyžadující podporu.

Konkrétnější definici cílové skupiny nalezneme také u služby domov se zvláštním režimem. Vyjma cílových skupin pro tato zařízení zcela charakteristických zde nalezneme důraz na vznik zařízení sociální péče pro cílové skupiny se specifickými potřebami.

Při rozvoji sociálních služeb na obecní úrovni je nutné hledat také způsob, při kterém dojde k co nejefektivnějšímu využití finančních zdrojů se současným maximálním uspokojením konkrétních potřeb identifikovaných na daném území. V praxi se jedná o hledání neoptimálnější formy rozvoje vedoucí k nejvyšší možné efektivitě poskytované služby jak pro samotného uživatele, tak pro celý systém financování. Zvolená forma rozvoje má vliv na výši potřebných finančních prostředků k uskutečnění těchto záměrů a jejich následnou udržitelnost.

Některé obce se touto oblastí již zabývají. Vyjma vzniku služeb nových definovaly obce plánovaný rozvoj jako navyšování kapacity služeb stávajících na základě zjištěné potřeby či jako jejich transformaci. V případě zvyšování kapacity je důležité mít na zřetel, aby navýšení kapacity služby nebylo na úkor její kvality. Transformované a humanizované pobytové služby by měly odpovídat současným vývojovým trendům deklarovaným v Konceptu kvality MS kraje. V následujícím období bude zapotřebí zabývat se problematikou formy rozvoje u všech plánovaných rozvojových služeb podrobněji.

Je nezbytné zdůraznit, že plánovaný rozvoj sociálních služeb identifikovaný obcemi v roce 2009 se může v čase měnit, a to v závislosti na měnících se potřebách uživatelů či potenciálních uživatelů sociálních služeb. Výše uvedená **tabulka** tedy **není definitivním zobrazením rozvoje sociálních služeb na území MS kraje v následujících letech, jenž bude ze strany MS kraje v období platnosti plánu podporován.**

Ze strany MS kraje bude v letech 2010 – 2014 docházet k útlumu podpory sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, a to postupným snižováním dotací ze státního rozpočtu tak, aby byly tyto sociální služby v roce 2013 financovány z rozpočtů obcí (každoroční snížení o 30 %).

6.2.2 Rozvoj sociálních služeb vycházející z potřeb MS kraje

6.2.2.1 Plánovaný rozvoj sociálních služeb vycházející z potřeb procesu transformace příspěvkových organizací kraje

Transformace pobytových sociálních služeb je zásadní změnou nejen ve způsobu dosavadního poskytování pobytových sociálních služeb, ale také změnou ve smyslu částečného nahrazení stávajících pobytových sociálních služeb službami jinými. Tato skutečnost s sebou nese nezbytnost rozvoje alternativních a návazných služeb, přičemž **je podporován především rozvoj služeb:**

- podpora samostatného bydlení § 43,
- osobní asistence § 39,
- chráněné bydlení § 51,
- sociálně terapeutické dílny § 67,
- sociální rehabilitace § 70.

Konkrétní kroky směřující k transformaci pobytových sociálních služeb probíhají na území MS kraje od roku 2008. Do procesu transformace pobytových sociálních služeb je aktivně zapojeno 10 příspěvkových organizací kraje.

S ohledem na kapacitu transformovaných zařízení je nezbytné vnímat uživatele transformovaných sociálních služeb jako cílovou skupinu významnou na území města. V tomto směru se obce stávají nepostradatelnými partnery v realizaci transformačního procesu. Je více než žádoucí, aby docházelo k ukotvení transformačních záměrů pobytových sociálních služeb nejen do střednědobých plánů obcí, v jejichž správním obvodu jsou stávající transformované služby poskytovány, ale i do plánů obcí, v jejichž správním obvodu budou nové služby, vycházející z potřeb samotného procesu, vznikat. Potřeba vychází mimo jiné z nezbytnosti zajištění dalších návazných sociálních služeb a zdrojů podpory, které osoby z transformujících se sociálních služeb ke svému běžnému životu a aktivnímu zapojení se do života obce potřebují.

Z mapování potřeb a přání uživatel sociálních služeb poskytovaných transformovanými organizacemi vyplývá, že mnozí uživatelé mají reálné představy o konkrétních obcích či lokalitách, v nichž by rádi žili. Prostřednictvím těchto zjištění je možno cíleněji plánovat rozvoj sociálních služeb vznikajících na základě procesu transformace v rámci celého MS kraje. Zřizovatelem nově vznikajících sociálních služeb vycházejících z procesu transformace příspěvkových organizací kraje bude i nadále MS kraj.

Vyplyne-li z transformačních procesů příspěvkových organizací konkrétní potřeba vzniku sociální služby, jejíž vznik je v určité lokalitě žádoucí, probíhá kontaktování obcí v těchto vytipovaných lokalitách. Oslovená obec je seznámena s transformačními záměry MS kraje a s jeho zájmem o vhodný objekt či pozemek nacházející se na jejím území.

Obec následně vytipuje pozemky či objekty, které by byly pro realizaci záměru vhodné, a umožní jejich prohlídku. Následně probíhají oficiální jednání o převodu (popř. prodeji/koupi) pozemků či objektů, a to jak na úrovni samotné obce a kraje, tak mezi těmito subjekty navzájem. Jsou-li pozemky či objekty pro uskutečnění transformačních záměrů vhodné a dojde-li k vzájemné dohodě, že budou k těmto účelům MS kraji (resp. jeho příspěvkovým organizacím poskytujícím sociální služby) poskytnuty, je řešena oficiální stránka převodu (popř. prodeje/koupe).

Vznik nových sociálních služeb má přímý dopad na budování sítě sociálních služeb v obcích a jejich správních obvodech, pozitivně lze vnímat i vznik nových pracovních míst. Objekty, které jsou v obcích rekonstruovány či nově stavěny, jsou financovány z fondů EU a jejich dispoziční řešení odpovídá požadavkům kvality sociálních služeb. Obce tedy na svém území získávají objekty, jež plně odpovídají současným vývojovým trendům v oblasti poskytování sociálních služeb. Přirozeným vývojem situace lze v budoucnu očekávat, že služby vzniklé z procesu transformace příspěvkových organizací kraje budou užívány zejména občany obce.

V tomto smyslu jsou nezbytnými partnery v komplexním pojetí procesu transformace také poskytovatelé návazných sociálních služeb, kteří participují na procesu transformace zejména formou nabídky volné kapacity jimi poskytované služby.

Proces transformace však přesahuje do mnoha dalších oblastí běžného života. Proto je nezbytné spolupracovat i se subjekty působícími mimo oblast sociálních služeb, např. se subjekty z oblasti školství, kultury, volného času apod.

Za účelem zajištění jednotného, uceleného a organizovaného řízení procesu transformace vedoucímu k naplnění vize a záměrů deklarovaných v Konceptu kvality vznikly v příspěvkových organizacích kraje transformační týmy, v rámci nichž je vyjednávána strategie procesu transformace. Součástí každého týmu je externí odborník, který poskytuje organizaci v procesu přeměny podporu. Zástupci příspěvkových organizací mají možnost sdílet své zkušenosti také v rámci Krajské koordinační skupiny pro transformaci či Skupiny pro transformaci zařízení pro děti.

Během procesu zásadních změn je nepostradatelná spolupráce všech zúčastněných subjektů. MS kraj tedy usiluje nejen o aktivní zapojení obcí, poskytovatelů sociálních služeb, ale také o zapojení poskytovatelů služeb návazných, zaměstnavatelů atd., aby byly změny v systému důsledné a komplexní a účinné.

Tab. č. 27: Dosavadní průběh transformačního procesu v příspěvkových organizacích MS kraje

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	VÝCHOZÍ STAV (POPSÁN V KONCEPCI KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MS KRAJI (VČETNĚ TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB))		DOSAVADNÍ PRŮBĚH TRANSFORMAČNÍHO PROCESU (K 5/2010)		
	Druh služby	Kapacita služby	Druh služby		Kapacita služby
Marianum, p.o. Rooseveltova 886/47 Opava	domov pro osoby se zdravotním postižením	215	realizováno	Chráněné bydlení– Jakartovice Deštná, rekonstrukce objektu	24
				Chráněné bydlení - Opava, ul. Dostojevského, byty	8
				Podpora samostatného bydlení -Opava, ul. Lepářova, byt	3
				Chráněné bydlení – Jakartovice Deštná, novostavba objektu	26
			připravováno	Chráněné bydlení – Velké Hoštice, 1. etapa transformace organizace Marianum	12
				Chráněné bydlení – Opava, ul. Čajkovského, 1. etapa transformace organizace Marianum	4
				Domov pro osoby se zdravotním postižením - Opava, ul. Čajkovského, 1. etapa transformace organizace Marianum	11
				2. a 3. etapa transformace	
Harmonie, p.o. Chářovská 785/85 Krnov	Domov pro osoby se zdravotním postižením	60	realizováno	Chráněné bydlení – Město Albrechtice, rekonstrukce vily	20
				Domov pro osoby se zdravotním postižením – Krnov, rekonstrukce a přístavba	60
	chráněné bydlení	44		Chráněné bydlení – Město Albrechtice, koupě 5 rodinných domků	24

				Chráněné bydlení – Krnov, rekonstrukce 2 bytových jednotek	8
Naděje, p.o. Jindřichov 24, Jindřichov ve Slezsku K 30. 6. 2009 byla organizace Naděje, p. o. sloučena s organizací Harmonie	Domov pro osoby se zdravotním postižením	85	připravováno	Domov pro osoby se zdravotním postižením – Vrbno pod Pradědem, 1. etapa transformace zámku Jindřichov ve Slezsku	15
				Chráněné bydlení – Vrbno pod Pradědem, 1. etapa transformace zámku Jindřichov ve Slezsku	10
				Chráněné bydlení – Osoblaha, 1. etapa transformace zámku Jindřichov ve Slezsku	12
				Domov pro osoby zdravotně postižené – Rýmařov, 1. etapa transformace zámku Jindřichov ve Slezsku	15
Krajánek, p.o. B. Smetany 35, Město Albrechtice K 1. 1. 2010 byla organizace Krajánek, p. o. sloučena s organizací Harmonie	Domov pro osoby se zdravotním postižením	40	realizováno	Chráněné bydlení – Město Albrechtice, rekonstrukce vily	11
			připravováno	Chráněné bydlení – Město Albrechtice	6

Náš svět, p.o. Pržno 239, Frýdlant nad Ostravicí	Domov pro osoby se zdravotním postižením	172	realizováno	Chráněné bydlení – Frýdek – Místek, rekonstrukce bytu	3
	Domov se zvláštním režimem	30			
	Chráněné bydlení	3			
Fontána, p.o. Celní 3, Hlučín	Domov pro osoby se zdravotním postižením	119	realizováno	Domov pro osoby se zdravotním postižením – Hlučín, rekonstrukce domova	95
	Chráněné bydlení	4		Chráněné bydlení – Hlučín, rekonstrukce domova	4
Zámek Dolní Životice, p.o. Zámecká 1, Dolní Životice	Domov pro osoby se zdravotním postižením	180	probíhá realizace	Chráněné bydlení – Budišov nad Budišovkou, rekonstrukce objektu	15
			připravováno	Chráněné bydlení – Moravice, rekonstrukce objektu	12
Domov Jistoty, p.o. Koperníkova 870, Bohumín	Domov se zvláštním režimem	60	probíhá realizace	Chráněné bydlení – Karviná, ul. Polská rekonstrukce objektu	10
				Chráněné bydlení – Bohumín, ul. Koperníkova výstavba objektu	6

			připravováno	Domov pro osoby se zdravotním postižením – Bohumín, rekonstrukce objektu	22
Zámek Nová Horka, p.o. Nová Horka 22, Studénka	Domov pro osoby se zdravotním postižením	80	probíhá realizace	Chráněné bydlení – Nový Jičín, ul. Slovanská rekonstrukce objektu	9
			připravováno	Chráněné bydlení – Sedlnice, rekonstrukce objektu	10
				Chráněné bydlení – Kopřivnice, rekonstrukce objektu	10
Sírius, p.o. Mánesova 1684/7 Opava	Domov pro osoby se zdravotním postižením	46	připravován	Domov pro osoby se zdravotním postižením – Opava, rekonstrukce objektu	22

V tabulce uvedené příspěvkové organizace poskytují i jiné sociální služby, ale pro přehlednost byly vybrány pouze pobytové.

Do současnosti bylo realizováno 11 investičních akcí, v rozsahu 285,7 mil. Kč, které umožnily zkvalitnění života 286 osobám. V současné době jsou realizovány 4 investiční projekty, v rozsahu 48,7 mil. Kč pro 40 osob a připravováno je 9 investičních projektů v rozsahu cca 194 mil. Kč s kapacitou více než 161 míst. Bližší informace jsou uvedeny v tabulce. Transformační proces v Moravskoslezském kraji se dotkne cca 1000 osob.

6.2.2.2 Plánovaný rozvoj sociálních služeb vycházející z potřeb identifikovaných na úrovni kraje

Ze strany MS kraje bude rozvoj sociálních služeb v následujícím období zaměřen zejména na podporu vzniku sociálních služeb pro osoby se specifickými potřebami a sociálních služeb, jejichž dostupnost se jeví jako problematická na úrovni celého kraje.

Ze strany obcí zaznívá potřeba řešit problematiku takových cílových skupin, které se svou charakteristikou vymykají struktuře stávajících sociálních služeb. Znatelná je zejména potřeba zabývat se cílovou skupinou ohroženou sociální exkluzí z důvodu chronického duševního onemocnění, přičemž specifikace duševního onemocnění se různí (Alzheimerova choroba, osoby vyššího věku se závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách, osoby s psychotickým onemocněním, duální diagnóza atd.). Problematika je na úrovni obcí vnímána zejména ve spojitosti s nedostatkem vhodných a dostupných sociálních služeb, které by byly této cílové skupině primárně určeny.

Mapování oblasti duševního zdraví je náročné. Méně závažné psychické problémy nejsou v populaci sledovány a statisticky lze hodnotit pouze situace, kdy osoba vyhledá k řešení svých psychických problémů odborníka. I tito lidé však mohou za pomoci těchto specialistů zvládat běžný život bez problémů a bez podpory ze strany poskytovatelů sociálních služeb.

Mluvíme-li tedy o osobách s duševním onemocněním jako o potenciální cílové skupině sociálních služeb, jedná se o stavy, jež ovlivňují schopnost jedince začlenit se do jeho přirozeného prostředí a setrvání v něm.

Prostřednictvím spolupráce s Psychiatrickou léčebnou Opava získal MS kraj statistická data o potřebnosti sociálních služeb pro pacienty hospitalizované v tomto zdravotnickém zařízení ve 4. čtvrtletí roku 2009. Výstupy ukazují, že s nedostatkem sociálních služeb určených této cílové skupině se nepotýkají pouze obce, ale i zdravotnická zařízení, v nichž dochází k dlouhodobějším hospitalizacím pacientů mimo jiné ze sociálních důvodů (obtížné hledání bydlení, zaměstnání, chybí návazná sociální služba, atd.).

Tabulka č. 28: Identifikovaná potřebnost sociálních služeb u osob hospitalizovaných v PL Opava

	Věková kategorie	Druh onemocnění	Počet osob, které potřebují Pobytovou službu	Počet osob, které potřebují Ambulantní službu	Počet osob, které potřebují Terénní službu
Osoby dlouhodobě hospitalizované	do 17 let	mentální postižení	-	1	-
		psychické poruchy	-	1	-
		CELKEM	-	2	-
	od 18 do 64 let	mentální postižení	3	-	-
		psychické poruchy	153	-	6
		CELKEM	156	-	6
	od 65 let výše	mentální postižení	-	-	-
		psychické poruchy	8	-	-
		demence	36	-	1
		CELKEM	44	-	1
	CELKEM		200	2	7

Osoby s krátkodobou hospitalizací	do 17 let	mentální postižení	-	-	-
		psychické poruchy	-	-	17
		CELKEM	-	-	17
	od 18 do 64 let	mentální postižení	9	-	-
		psychické poruchy	111	251	21
		CELKEM	120	251	21
	od 65 let výše	mentální postižení	4	-	-
		psychické poruchy	3	3	-
		demence	36	-	25
		CELKEM	43	3	25
	CELKEM		163	254	63

V souvislosti s přibývajícím věkem dochází ke změně cílové skupiny pro pobytové sociální služby. U věkové kategorie 18 – 64 let je potřeba pobytových sociálních služeb spojena s cílovou skupinou osob s psychickými poruchami, ve věkové kategorii 65 a více let pak dochází ke změně cílové skupiny na osoby s demencí.

Z monitorování potřeb u osob vracejících se po hospitalizaci do svého přirozeného prostředí vzešla potřeba rozvoje všech forem sociálních služeb pro osoby s psychickými poruchami ve věku od 18 – 64 let. U osob nad 65 let je kromě pobytových sociálních služeb identifikována také potřeba služeb terénních.

Otázka optimálního rozvoje ambulantních a pobytových sociálních služeb souvisí s povahou onemocnění, kdy často dochází k rozvoji nemoci v mladém věku. Zatímco ambulantní služby pomáhají udržovat osobu s psychickou poruchou v jejím přirozeném prostředí aktivní, podporují navazování sociálních kontaktů a rozvoj komunikačních schopností, pobytové sociální služby vytváří prostředí pro systematickou pomoc, podporu a trénink dovedností potřebných k samostatnému bydlení osobám, které se navrací do svých vlastních bytů či těm, kteří bydlí doposud s rodiči a rádi by se osamostatnili. Sociální služby sehrávají také významnou roli v oblasti prevence navracení onemocnění, jelikož jsou schopny zachytit první varovné signály zhoršujícího se zdravotního stavu a ve spolupráci s ošetřujícím lékařem pak postupovat tak, aby osoba zvládla tuto epizodu pokud možno ve svém přirozeném prostředí, bez nutnosti hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Osoby s psychickými poruchami tak, jak jsou definovány PL Opava, vyžadují specifické složení sítě návazných sociálních služeb. Stávající síť registrovaných sociálních služeb poskytovaných na území MS kraje osobám s duševním onemocněním je zachycena v tabulkové příloze č. 8.

Z porovnání sociálních služeb, které by byly zapotřebí pro osoby hospitalizované v PL Opava, a stávající sítě služeb určených této cílové skupině, je zřejmé, že kapacita stávajících zařízení je nedostatečná a zároveň nerovnoměrně rozložená po celém území MS kraje. Podpora dostupnosti sociálních služeb určených této cílové skupině je nezbytná.

MS kraj si je vědom, že existují i další cílové skupiny, které nejsou přesně definovány a jejich specifické problémy s sebou přináší potřebu podpory cíleně zaměřeným systémem sociálních služeb (např. osoby s poruchou autistického spektra). Tyto cílové skupiny budou v následujícím období se zadavateli na území MS kraje diskutovány a zároveň bude řešena otázka rozvoje sociálních služeb ve vztahu k jejich potřebám.

Zatímco budou některé cílové skupiny v následujícím období mapovány z úrovně kraje na úroveň místní, dochází k formulaci konkrétní zakázky ze strany obcí s pověřeným úřadem směrem k MS kraji, a to ve vztahu k rozvoji domovů se zvláštním režimem pro osoby se specifickými potřebami. Nejčastěji bývají ze strany obcí zmiňovány tyto charakteristiky cílové skupiny:

- osoby s chronickým duševním onemocněním,
- osoby se specifickými chorobami,
- osoby se závislostí na alkoholu,
- osoby se závislostí na návykových látkách či ohrožení závislostí,

- osoby bez přístřeší,
- osoby bez příjmů.

přičemž dochází ke kumulaci uvedených charakteristik. Obce se potýkají nejen s problémem nalezení vhodné sociální služby těmto osobám, ale také s následnými úhradami za poskytnutou péči, které nejsou schopny tyto osoby ze svých finančních prostředků krýt.

Otázka rozvoje domovů se zvláštním režimem pro cílové skupiny osob se specifickými potřebami bude řešena v období platnosti tohoto plánu. S ohledem na velikost cílové skupiny a její rozložení na území MS kraje je žádoucí, aby docházelo ke spolupráci obcí s pověřeným obecním úřadem a problematika tak byla řešena komplexně. Aktivita obcí vedoucí ke vzniku domovů se zvláštním režimem cíleně reagujících na identifikované potřeby, budou ze strany MS kraje podporovány.

6.3 Kvalita sociálních služeb

Obecné principy v oblasti kvality sociálních služeb na léta 2010 – 2014

1. Poskytovatelé sociálních služeb nenahrazují běžně dostupné veřejné služby.
2. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni dodržovat standardy kvality sociálních služeb.
3. Zásadní roli v rozhodování o podobě poskytované služby má vždy uživatel. Rozhodování o podobě poskytované sociální služby může v některých případech probíhat za podpory rodinných příslušníků, opatrovníků nebo jiných osob jednajících v zájmu uživatele.
4. Poskytovatelé pracují na zavádění kvality v poskytovaných službách, na zvyšování této kvality a na sebehodnocení stávající úrovně kvality poskytovaných služeb.
5. Poskytovatelé sociálních služeb spolupracují s jinými subjekty za účelem zvyšování kvality sociálních služeb.
6. Poskytovatelé mají vytvořen systém vzdělávání svých pracovníků, prostřednictvím kterého je systematicky zvyšována jejich odbornost.
7. Podporovat proces transformace, humanizace a modernizace pobytových sociálních služeb vycházející z mapování individuálních potřeb jejich uživatel.
8. Kvalita poskytovaných sociálních služeb je řešena také na úrovni střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb obcí.

Sociální služby jsou poskytovány v souladu se zákonem o sociálních službách a se standardy kvality sociálních služeb ukotvenými ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Oba právní předpisy vnášejí do oblasti sociálních služeb předpoklad, že občanům žijícím kdekoli na území České republiky bude poskytována pomoc, vycházející ze shodných zásad, principů a požadavků stanovených tímto zákonem.

Základním principem pro poskytování registrované sociální služby je působení v zájmu osob, kterým je služba poskytována. Sociální služby respektují lidskou důstojnost osob, vychází z individuálně určených potřeb osob, působí na osoby aktivně, podporují rozvoj jejich samostatnosti, motivují je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání či prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilují jejich sociální začleňování. Způsob poskytování sociální služby musí zajistit dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Jedním z nástrojů pro zvyšování kvality sociálních služeb jsou inspekce poskytování sociálních služeb. Krajský úřad prostřednictvím inspekci sleduje úroveň a rozvoj sociálních služeb v kraji.

Otázky kvality sociálních služeb jsou na úrovni MS kraje řešeny mimo jiné v rámci činnosti Pracovní skupiny pro kvalitu sociálních služeb v MS kraji. Tato skupina pracuje se zobecněnými výsledky z inspekci a spolupodílí se na stanovování aktivit, které podporují dobrou praxi.

Členové pracovní skupiny pro kvalitu zpracovali SWOT analýzy zaměřené na kvalitu pobytových, ambulantních a terénních služeb, které se staly podkladem pro zpracování 2 strategických dokumentů odboru sociálních věcí MS kraje – Koncepce kvality sociálních služeb v MS kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb) (dále jen „Koncepce kvality sociálních služeb v MS kraji“) a 1. Akční plán realizace Koncepce kvality sociálních služeb v MS kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb) (dále jen „1. Akční plán Koncepce kvality“).

Oba dokumenty se staly zásadními strategickými materiály určujícími směr pro oblast kvality sociálních služeb poskytovaných v MS kraji. Kvalita byla deklarována jako nedílná součást v plánování rozvoje sociálních služeb, a to nejen ve smyslu změny charakteru stávajících sociálních služeb, ale i klimatu panujícího v organizacích.

V rámci realizace opatření a aktivit 1. Akčního plánu dochází k podpoře zvyšování úrovně profesního rozvoje v organizacích ve smyslu zavádění a sebehodnocení kvality sociálních služeb či vzdělávání jejich pracovníků.

S ohledem na vývoj životních situací, v nichž se potenciální či stávající uživatelé sociálních služeb nachází, nelze pominout potřebnost rozvoje mezikrajské spolupráce za účelem jejich komplexního řešení. Prolínání sociální oblasti můžeme často identifikovat u resortu zdravotnictví a školství. Styčné plochy lze identifikovat také s Policií ČR a soudy.

Z hlediska dopadu nepříznivé situace na kvalitu života jedince je zapotřebí vyvolávat společná jednání resortů za účelem otevření propojujících se témat. Následně hledat a pojmenovávat možnosti spolupráce vedoucí k posílení mezikrajských vazeb podporujících komplexní pomoc a podporu osobám, které se s důvěrou na sociální služby obrací.

V souvislosti se zvyšováním kvality poskytovaných sociálních služeb nelze nezmínit také probíhající proces transformace sociálních služeb v MS kraji. Vizí MS kraje při realizaci transformačních procesů je nejen snaha vytvořit takové podmínky, které by se co nejvíce přiblížily běžnému životu vrstevníků uživatel transformovaných sociálních služeb, ale také snaha umožnit osobám odkázaným na pomoc druhých žít život v prostředí, jež odráží jejich potřeby a přání.

MS kraj se problematikou transformace pobytových sociálních služeb, tedy odstraněním hlavních negativních prvků ústavní sociální péče, zabývá již od roku 2003. V Koncepci kvality MS kraje je popsána jednoznačná vize kraje v oblasti sociálních služeb a deklarována nezbytnost poskytovat sociální služby v náležité kvalitě, s důsledným respektováním lidských práv a svobod. Rovněž je zdůrazněna nezbytnost transformace pobytových sociálních služeb v souladu s principy normality (viz Nirje, 1994):

- zachování rytmu běžného dne a členění týdne,
- oddělení sféry práce od sféry bydlení a volného času,
- prožívání běžného ročního rytmu,
- respektování vývojové fáze člověka s postižením,
- respektování vlastních přání, potřeba rozhodnutí a nárok na uznání,
- akceptování života ve světě obou pohlaví,
- dostupnost běžného životního standardu jako základní předpoklad pro samostatný život,
- život v běžných životních podmínkách.

Smyslem transformace pobytových sociálních služeb je především vytváření podmínek pro kvalitnější život lidí s postižením, jejichž život musí být srovnatelný s životem jejich vrstevníků bez postižení.

6.4 Systém financování sociálních služeb

Obecné principy v oblasti financování sociálních služeb na léta 2010 – 2014

1. Financovány jsou ty služby, které jsou poskytovány na základě reálně zjištěné potřeby na úrovni obce (jsou výstupem procesu plánování rozvoje sociálních služeb v obci).
2. Obec deklaruje podporu potřebným sociálním službám ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb.
3. Obec finančně participuje na provozních nákladech sociální služby, jejíž potřebnost deklarovala ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb. Tyto podíly budou se zadavateli vyjednávány do konce roku 2013 a stanou se pro ně závazné od roku 2015.
4. Potřebnost služby u nových služeb je doložena společně s žádostí o poskytnutí finančních prostředků.
5. Obec se podílí na spolufinancování u těch služeb, jejichž potřebnost potvrdila na základě identifikovaných potřeb.
6. V případě potřebnosti prokázané v průběhu období platnosti střednědobého plánu obce, může být podpora nové služby deklarována také orgánem samosprávy, přičemž je kladen důraz na specifikaci udržitelnosti služby včetně jejího finančního zabezpečení v prvních třech letech jejího fungování v něm obsaženém.
7. Kraj deklaruje kritéria financování, dle kterých budou sociální služby po decentralizaci dotačního řízení (spolu)financovány.
8. Kraj vyjedná s obcemi dohodu o převzetí veřejného závazku (odpovědnosti) za poskytování určitých druhů sociálních služeb, včetně finanční participace na provozních nákladech. Předpokladem pro tuto dohodu je, aby MPSV jasně deklarovalo míru participace na provozních nákladech služeb ze státního rozpočtu.
9. Kraj podporuje investiční záměry, které jsou v souladu s Konceptí kvality a tímto střednědobým plánem.
10. U registrovaných sociálních služeb, kde nebude do konce roku 2013 deklarována ze strany obce jejich potřebnost, včetně její spoluúčasti na jejich financování, může docházet k útlumu ve směru financování služby.
11. V letech 2010 – 2013 bude probíhat vyjednávání veřejného závazku ve smyslu vymezení služeb realizovaných jako služby veřejného zájmu včetně nastavení spolufinancování oprávněných provozních nákladů jejich jednotlivými zadavateli.

6.4.1 Rámcové podmínky pro získání finančních prostředků z rozpočtu MPSV 2010 – 2014

K významným zdrojům financování systému sociálních služeb v Moravskoslezském kraji mimo jiné patří dotace ze státního rozpočtu získané v rámci dotačního řízení MPSV. Do uskutečnění decentralizace dotačního řízení MPSV⁷, tj. v r. 2012, bude postupováno obdobně, jako tomu bylo v letech 2009 a 2010 (viz kapitola 5.2.2). Samotná decentralizace dotačního řízení MPSV je v současné době upravena v ustanovení § 101a zákona o sociálních službách.

⁷ Dotační řízení k poskytnutí dotace ze státního rozpočtu na kalendářní rok pro právnické a fyzické osoby, které poskytují sociální služby (poskytovatelé sociálních služeb) vyhlášené v návaznosti na §101 a §104 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a na zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.

V rámci mezidobí je nezbytné nastavit podmínky a kritéria pro dotační řízení, podmínky vstupu služby a jejího udržení se v systému, kvantitativní ukazatele jako srovnávací kritéria ceny služby či prokazatelné potřeby a další kritéria, dle nichž bude po decentralizaci dotačního řízení postupováno.

Následná možnost rozhodování o finančních prostředcích poskytne kraji větší prostor pro realizaci vytyčených cílů. Jejich dosažení se však odvíjí a bude i nadále odvíjet od množství finančních prostředků ve státním rozpočtu alokovaných pro oblast sociálních služeb. Záměrem kraje je, aby sociální služby, jejichž potřeba je deklarována obcemi a potažmo krajem, měly jistotu stabilního financování provozních nákladů.

Aby však byla síť sociálních služeb složená z potřebných, kvalitních, místně i typově dostupných služeb majících svého zadavatele udržitelná, bude kladen důraz také na maximální možné samofinancování sociálních služeb.

Do decentralizace dotačního řízení budou poskytovatelé sociálních služeb vázáni podmínkami stanovenými Metodikou MPSV ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb v oblasti podpory poskytování sociálních služeb (dále jen „Metodika MPSV ČR“).

Základní podmínky stanovené Metodikou MPSV ČR pro rok 2010 byly následující:

- oprávnění k poskytování sociálních služeb (registrace) a/nebo zapsání v registru poskytovatelů sociálních služeb,
- sídlo žadatele je na území ČR a realizace poskytovaných sociálních služeb na území ČR,
- žadatel nemá závazky vůči orgánům státní správy, samosprávy a zdravotním pojišťovnám,
- podání žádosti poskytovatelem sociální služby o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu stanoveným způsobem.

Změna výše uvedených podmínek se odvíjí od požadavků Metodik MPSV ČR na další léta. Ve smyslu principů udržitelnosti a potřeby bude MS kraj přihlížet při posuzování žádosti o dotaci z rozpočtu MPSV ČR na poskytování sociálních služeb mimo jiné:

- k deklaraci potřeby sociální služby ze strany obce prostřednictvím střednědobého plánu,
- k finanční spoluúčasti na realizaci sociální služby ze strany obce.

Vše se však bude odvíjet od nastavení systému financování sociálních služeb, k jehož změně by mělo dojít ke dni 1. 7. 2012.

6.4.2 Financování sociálních služeb a jejich rozvoje v letech 2011 - 2014

Prioritou pro léta 2011 – 2014 je udržení optimální sítě sociálních služeb vzniklé na základě deklarované potřeby a spoluúčasti obcí na jejím financování.

K rozvoji bude docházet pouze v případě služeb plánovaných a podpořených ze zdrojů veřejného zadavatele, přičemž prioritu má rozvoj potřebných služeb v území, které není danou službou pokryto.

Výjimku tvoří služby vznikající v návaznosti na proces transformace a služby určené pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby se specifickými potřebami.

Podmínky financování nových služeb v letech 2011 – 2014:

1. deklarace potřeby dané služby
2. minimální míra spoluúčasti na financování sociální služby ze strany obce

Odborné sociální poradenství - minimálně 30 % z oprávněné provozní ztráty

Pobytové sociální služby - minimálně 30 % z oprávněné provozní ztráty

Ambulantní sociální služby - minimálně 25 % z oprávněné provozní ztráty

Terénní sociální služby - minimálně 20 % z oprávněné provozní ztráty

Výjimku míry spolufinancování tvoří služby:

- vycházející z transformace,
- určené osobám s chronickým duševním onemocněním,
- určené osobám se specifickými potřebami,
- u nichž dochází k převodu zřizovatelských funkcí,
- u nichž dochází ke změně registrace stávající služby,

3. místní dostupnost služby

- vznik v primárně nepokrytých oblastech.

Oprávněnou provozní ztrátou se rozumí rozdíl mezi celkovými rozpočtovanými náklady dané sociální služby a rozpočtovanými úhradami uživatelů a rozpočtovanými jinými zdroji (např. úhrady ZP, dotace ÚP, tržby z vlastní činnosti, dary apod.).

Podmínky financování stávající sítě služeb v letech 2011 – 2014:

Za stávající síť sociálních služeb jsou považovány služby, které byly v r. 2010 financovány ze státního rozpočtu, příp. IP kraje. U těchto služeb musí být v průběhu let 2011 – 2014 zachován stávající podíl spolufinancování ze strany místních samospráv. Příjmy od uživatelů služeb poskytovaných za úhradu musí odpovídat minimální průměrné výši celkové úhrady ze strany uživatelů služby na financování příslušné služby sociální péče stanovené MPSV v souladu s částí VII. Metodiky MPSV ČR. Jedná se o průměrnou výši úhrady za sociální službu, a to za péči, stravu a pobyt s ohledem na příslušný druh služby sociální péče.

Míra procentuální spoluúčasti u stávajících sociálních služeb bude s obcemi vyjednáвана společně s deklarací potřeby sociálních služeb do konce roku 2013. Od roku 2015 by měla být vyřešena otázka podílu na spolufinancování sociálních služeb jednotlivými zdroji nebo spolupodílu na financování sociálních služeb v definovaných územích.

V případě výrazného poklesu finančních prostředků na zabezpečení sítě sociálních služeb bude preferována podpora takových cílových skupin, které jsou odkázány na pomoc druhé osoby a nedokáží nebo nemohou svou situaci řešit vlastními silami a stejně tak i cílové skupiny, u nichž by v případě neposkytnutí pomoci mohlo dojít k ohrožení zdraví či ohrožení samotného života.

6.4.3 Vyjednání veřejného závazku

V období let 2010 – 2013 bude mezi zadavateli vyjednáвано převzetí veřejného závazku za zajištění poskytování sociálních služeb.

Veřejný závazek je chápán jako deklarace zadavatele, že určité cílové skupině, jejíž identifikované potřeby je nutno zabezpečovat prostřednictvím sociální služby, bude zajištěna dostupnost této pomoci a podpory.

Veřejný závazek bude s obcemi vyjedнан v jedné z variant:

1. možnost: % spoluúčast obcí na pokrytí provozní ztráty u jednotlivých druhů sociálních služeb,
2. možnost: % spoluúčast obcí na pokrytí provozní ztráty u sítě sociálních služeb na území s pověřeným obecním úřadem.

Specifickou kategorií stávajících sociálních služeb, u nichž bude vyjedнан veřejný závazek, jsou domovy pro seniory zřizované krajem.

6.4.3.1 Domovy pro seniory poskytované příspěvkovými organizacemi kraje

MS kraj se stal zřizovatelem příspěvkových organizací poskytujících sociální služby na základě ustanovení § 2 odst. 2 zákona č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 290/2002 Sb.“), ke dni 1. 1. 2003.

Ke dni 1. 4. 2010 vykonával MS kraj zřizovatelskou funkci u 24 příspěvkových organizací poskytujících sociální služby dle zákona o sociálních službách. Sociální službu domov pro seniory poskytuje k 1. 4. 2010 celkem 14 příspěvkových organizací kraje.

MS kraj bude vyjednávat převzetí veřejného závazku za domovy pro seniory, u nichž je zřizovatelem, s dotčenými obcemi a následný převod těchto zařízení na obec.

Péče o občany obcí, tedy také o seniory, je záležitostí obcí, jak vyplývá ze současné legislativy. Dle zákona č. 128/2000 Sb., o obcích, v platném znění, § 35, odst. 2 pečuje obec v samostatné působnosti o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Lidé seniorského věku tvoří přirozenou populaci každé obce. Reakce na aktuální změny týkající se poskytování této sociální služby či požadavků cílové skupiny mohou být na místní úrovni pružnější, než na úrovni kraje.

Pilotní převod příspěvkové organizace – Domov Vesna, p. o.

Jednání o převodu byla s městem Orlová zahájena v srpnu 2007⁸. Následně byl vytvořen harmonogram převodu a návrh dohody o společném postupu při řešení převodu činností zabezpečovaných příspěvkovou organizací kraje. Oba dokumenty byly projednány s městem Orlová a následně schváleny Zastupitelstvem města Orlová.

Dohoda o společném postupu při řešení převodu činností zabezpečovaných příspěvkovou organizací kraje byla schválena rovněž zastupitelstvem kraje. Zastupitelstvo rovněž rozhodlo o ukončení části činnosti organizace kraje Domov Vesna, příspěvková organizace, související s poskytováním sociálních služeb ke dni 31. 12. 2008 a části činností týkající se zejména správy majetku, ukončení a zániku příspěvkové organizace ke dni 31. 3. 2009. S tím souvisela také změna zřizovací listiny ke dni 1. 1. 2009.

Město Orlová následně zřídilo svou novou příspěvkovou organizaci, na kterou byl domov pro seniory od 1. 1. 2009 převeden. Součástí tohoto převodu byl přechod pracovněprávních vztahů zaměstnanců z dosavadního zaměstnavatele na novou příspěvkovou organizaci. Došlo k vypořádání ekonomických záležitostí a ke dni 31. 3. 2009 byla tato organizace zrušena⁹.

Celý proces pilotního převodu zařízení sociálních služeb Domov Vesna, příspěvková organizace, z kraje na město Orlová, proběhl plynule a bez problémů. Organizace kraje Domov Vesna, p. o., byla zrušena ke dni 31. 3. 2009.

Další jednání o převodu příspěvkových organizací

Paralelně s pilotním procesem převodu probíhala jednání s obcemi o převzetí veřejného závazku za sociální služby domov pro seniory poskytované těmito příspěvkovými organizacemi kraje:

- Domov Jistoty, příspěvková organizace (Bohumín)
- Domov Letokruhy, příspěvková organizace (Budišov nad Budišovkou)
- Domov Pohoda, příspěvková organizace (Bruntál)
- Domov Hortenzie, příspěvková organizace (Frenštát pod Radhoštěm)
- Domov Havířov, příspěvková organizace (Havířov)
- Domov Odry, příspěvková organizace (Odry)
- Domov Příbor, příspěvková organizace (Příbor)

⁸ Za účelem pilotního převodu vybrané příspěvkové organizace (Domova Vesna) byla ředitelkou Krajského úřadu MS kraje zřízena s účinností od 1. 2. 2008 odborná skupina pro převod zařízení sociálních služeb, jejímž úkolem bylo zajištění a koordinace činností směřujících k převodu zařízení sociálních služeb poskytovaných vybranými příspěvkovými organizacemi zřízenými MS krajem z kraje na obce, vytvoření harmonogramu převodu a jeho postupné naplňování tak, aby se převod prvního vybraného zařízení mohl uskutečnit ke dni 31. 12. 2008.

⁹ Vzhledem ke skutečnosti, že účel existence odborné skupiny byl naplněn, byla činnost této skupiny ředitelkou krajského úřadu zrušena ke dni 26. 1. 2009.

Na základě zkušeností z pilotního převodu Domov Vesna, p. o., proběhl stejným postupem také převod Domova Havířov, příspěvková organizace, který byl s účinností od 1. 1. 2010 převeden na příspěvkovou organizaci města Havířov. Organizace kraje Domov Havířov, p. o., byla zrušena ke dni 31. 3. 2010.

Tab. č. 29: Dosavadní výsledky jednání o převodu krajských domovů pro seniory na obce

Obec	Organizace k převodu	Dosavadní výsledky jednání kraje s obcí
Bohumín	Domov Jistoty, p. o.	Město Bohumín vyjádřilo zájem o převod domova pro seniory. Termín převodu je však závislý na zajištění stability financování sociálních služeb.
Budišov nad Budišovkou	Domov Letokruhy, p. o.	Rada města Budišov nad Budišovkou vzala na vědomí informaci o záměru převodu zřizovatelských funkcí Domova Letokruhy. K projednání a rozhodnutí, zda město převezme zřizovatelské funkce či nikoliv zatím nedošlo.
Bruntál	Domov Pohoda, p. o.	Zastupitelstvo města Bruntál odložilo rozhodnutí o návrhu kraje k převedení Domova Pohoda, p. o., a to ve vazbě na připravovaný střednědobý plán rozvoje sociálních služeb MS kraje (zejména v zabezpečení financování sociálních služeb v rámci celého MS kraje).
Frenštát pod Radhoštěm	Domov Hortenzie, p. o.	Jednání o převodu zřizovatelských funkcí Domova Hortenzie, p. o. na město Frenštát p. Radhoštěm byla na základě usnesení rady kraje č. 165/5857 ze dne 6. 2. 2008 ukončena.
Odry	Domov Odry, p. o.	Zastupitelstvo města Odry vzalo na vědomí informaci o záměru převodu zřizovatelských funkcí Domova Odry, p. o., a zatím nesouhlasí s převodem zařízení na město Odry.
Příbor	Domov Příbor, p. o.	Zastupitelstvo města Příbora rozhodlo usnesením č. 30/8/1/1 ze dne 17. 12. 2009 v současné době nepřevzít zřizovatelské funkce Domova Příbor, p. o.

S ohledem na dosavadní průběh procesu převodu zařízení sociálních služeb z kraje na další zřizovatele bude MS kraj zahájí jednání ve věci převodu i u zbývajících domovů pro seniory, jejichž je zřizovatelem:

- Domov U jezera, p. o. – Hlučín,
- Nový domov, p. o. – Karviná,
- Domov Na zámku, p. o. – Kyjovice,
- Domov Duha, p. o. – Nový Jičín,
- Domov Paprsek, p. o. – Nový Jičín,
- Domov Bílá Opava, p. o. – Opava,
- Domov Březiny, p. o. – Petřvald,
- Domov Vítkov, p. o. – Vítkov.

Opětovně bude zahájeno také jednání také s obcí Frenštát pod Radhoštěm (Domov Hortenzie, p. o.).

U domovů pro seniory, u nichž nedojde do konce roku 2013 k vyjednání převodu zřizovatelských funkcí na obce, bude docházet k jejich postupné přeměně na sociální služby zaměřené na cílové skupiny se specifickými potřebami (např. sociální služby pro seniory se specifickými potřebami – osoby závislé na alkoholu, osoby bez přístřeší, osoby bezpříjmové aj.). Bude tak docházet ke vzniku krajských zařízení s vazbou na potřeby celého kraje, nikoli obce.

Tato pobytová zařízení budou určena osobám, jejichž životní situaci nelze řešit prostřednictvím terénní či ambulantní sociální služby a jejichž zdravotní stav péči a podporu ze strany pobytového zařízení sociálních služeb vyžaduje.

Kraj je připraven jednat s obcemi, které budou mít zájem převzít veřejný závazek za služby komunitního typu pro cílovou skupinu osoby se zdravotním postižením.

6.4.4 Kvantitativní ukazatele v sociálních službách

Jedním z předpokladů nastavení funkčního systému financování sociálních služeb nejen v MS kraji je identifikace základních kritérií, která se podílejí na „ceně služby“. Z nich je možno vycházet

při posuzování oprávněnosti požadavků jednotlivých poskytovatelů na finanční prostředky z veřejných zdrojů. V procesu financování mají velký význam kvantitativní ukazatele pro vykazování sociální služby. Z nich lze vyčíst údaje o potřebnosti sociální služby v dané oblasti a také o využití její kapacity.

V současnosti se setkáváme s definicemi kvantitativních ukazatelů stanovených pro statistické vykazování v sociálních službách na různých úrovních. Užívaná terminologie bývá shodná, definice však bývají různé. Na úrovni MPSV, kraje a některých obcí se definice termínů v podstatě neliší. U poskytovatelů sociálních služeb však dochází ve vymezení jednotlivých termínů ke značným odchylkám.

Bylo však také zjištěno, že někteří poskytovatelé vnímají terminologii rozdílně. Pojetí kontaktu a intervence bývá vnímáno např. ve smyslu časového úseku, smyslu činností prováděných při setkání tváří v tvář uživateli či jako změna, které bude prostřednictvím cílených činností v životě uživatele dosaženo. Termín kontakt je spojován také s identifikací uživatele sociální služby, tj. konkrétních osobních údajů uživatele.

Na základě výše uvedených skutečností vnímá MS kraj potřebu sjednocení a upřesnění terminologie užívané ve spojení s vykazováním sociálních služeb a to nejen ze strany obcí, ale i samotných poskytovatelů. Sjednocení ukazatelů a definování zásadních ukazatelů deklarujících aktivitu a činnost sociálních služeb vyvíjenou k podpoře jedince v jeho individuální životní situaci by mohlo v budoucnosti přispět ke zvýšení možnosti porovnávat efektivitu u stejných typů sociální služby v různých časových obdobích.

S ohledem na odlišnosti v povaze sociálních služeb, jež jsou definovány zákonem o sociálních službách, je zapotřebí zabývat se nejen kvantitativními ukazateli jako takovými, ale také důvody, které mohou k jejich odlišnému definování vést.

7. OPATŘENÍ A AKTIVITY STŘEDNĚDOBÉHO PLÁNU

Opatření 1: Podporovat kontinuitu a rozvoj procesu střednědobého plánování na krajské a obecní úrovni

Proces plánování na krajské úrovni

Aktivita 1.1: Zachovat kontinuitu činnosti Řídící skupiny a pracovních skupin zřízených v rámci procesu plánování rozvoje sociálních služeb

Aktivita 1.2: Podpořit a zefektivnit činnost Pracovní skupiny pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem prostřednictvím metodické podpory a vzdělávacích seminářů pro koordinátory střednědobého plánování

Aktivita 1.3: Realizovat činnosti Pracovní skupiny pro kvalitu sociálních služeb v MS kraji

Aktivita 1.4: Realizovat činnosti Pracovní skupiny pro financování systému sociálních služeb v MS kraji

Aktivita 1.5: Ustanovit Řídící skupinou pracovní skupiny zaměřené na téma transformace pobytových služeb, protidrogové prevence a problematiku integrace romské komunity

Aktivita 1.6: Vytvořit systém sledování a vyhodnocování naplňování střednědobého plánu kraje

Zapojování obcí do procesu střednědobého plánování

Aktivita 1.7: Pravidelně zjišťovat zapojení obcí s obecním úřadem do procesu plánování sociálních služeb

Aktivita 1.8: Identifikovat problémy, jež brání zapojení obcí s obecním úřadem do procesu plánování sociálních služeb, a otevírat toto téma v Pracovní skupině pro plánování sociálních služeb obcí s pověřeným úřadem

Opatření 2: Vytvářet podmínky pro koordinovaný a komplexní rozvoj sítě sociálních služeb

Komplexnost a jednotnost procesu střednědobého plánování

Aktivita 2.1: Provést analýzu střednědobých plánů obcí

Aktivita 2.2: Zavést do praxe tvorby střednědobých plánů obcí jednotnou strukturu plánu

Informační systém

Aktivita 2.3: Vytvořit a zpřístupnit lokalizaci sociálních služeb poskytovaných v MS kraji široké veřejnosti prostřednictvím internetových stránek MS kraje

Aktivita 2.4: Lokalizovat rozvojové sociální služby, jejichž potřebnost deklarují obce s pověřeným obecním úřadem

Aktivita 2.5: Vytvořit systém pro aktualizaci dat obsažených v tabulkové příloze č. 2 tohoto plánu

Potřebnost sociálních služeb

Aktivita 2.6: Provést sociodemografickou analýzu

Aktivita 2.7: Identifikovat cílové skupiny, které jsou řazeny k obecnějším skupinám a analyzovat jejich potřeby za současného mapování odpovídajících sociálních služeb na území MSK

Sít' sociálních služeb a její provázanost

Aktivita 2.8: Provést analýzu současné sítě sociálních služeb (včetně jejího financování)

Aktivita 2.9: Provést analýzu místní dostupnosti stávající sítě sociálních služeb

Aktivita 2.10: Vyjednat s obcemi deklaraci potřebnosti a závazek spolufinancování sociálních služeb

Aktivita 2.11: Zmapovat síť sociálních služeb ve smyslu vzájemné spolupráce poskytovatelů

Aktivita 2.12: Vytvořit obecná schémata znázorňujících síť podpůrných služeb pro vybrané cílové skupiny

Aktivita 2.13: Provést analýzu potřeb poskytovatelů sociálních služeb

Opatření 3: Podporovat kontinuitu procesu zvyšování kvality sociálních služeb v MS kraji

Aktivita 3.1: Aktivně pracovat s výstupy vzešlými z aktivit 1. Akčního plánu

Aktivita 3.2: Vytvořit a realizovat individuální projekt kraje na vzdělávání pracovníků činných v oblasti sociálních služeb (pracovníků v sociálních službách a pracovníků v sociální oblasti zařazených do KÚ MSK)

Aktivita 3.3: Doporučovat k podpoře projekty podávané do dotačních programů OP LZZ zaměřené na zvyšování kvality v oblasti sociálních služeb, jsou-li v souladu s tímto střednědobým plánem a dalšími strategickými dokumenty kraje

Opatření 4: Vyjednat se zadavateli sociálních služeb v MS kraji převzetí veřejného závazku

Aktivita 4.1: Pokračovat v jednáních o převodu krajských příspěvkových organizací poskytujících sociální službu domov pro seniory na obce

Aktivita 4.2: Započít přípravu na proces přeměny sociální služby domov pro seniory na službu určenou cílové skupině se specifickými potřebami

Aktivita 4.3: Vyjednat převzetí veřejného závazku v podobě podílu odpovědnosti obcí či kraje za poskytování jednotlivých sociálních služeb či za konkrétní území

Opatření 5: Vytvářet podmínky nezbytné pro plynulý průběh probíhajícího procesu transformace

Aktivita 5.1: Zpracovávat a předkládat investiční projekty za účelem vytvoření technického a materiálního zajištění nově vznikajících sociálních služeb transformovaných p. o. kraje

Aktivita 5.2: Zpracovat a předložit MPSV individuální projekt kraje zaměřený na podporu procesu transformace

Aktivita 5.3: Informovat obce o možnostech spolupráce v oblasti rozvoje návazných sociálních služeb vycházejících z procesu transformace

Aktivita 5.4: Informovat obce o významu zohlednění probíhajících transformačních procesů v jejich střednědobých plánech

Aktivita 5.5: Prezentovat téma transformace pobytových sociálních služeb na vzdělávacích či obdobných akcích

Opatření 6: Řešit problematiku financování systému sociálních služeb

Aktivita 6.1: Definovat kvantitativní ukazatele výkaznictví sociálních služeb v MS kraji

Aktivita 6.2: Stanovit optimální procento spoluúčasti jednotlivých finančních zdrojů u nových a stávajících sociálních služeb

Aktivita 6.3: Provést analýzu využití příspěvku na péči v MS kraji

Aktivita 6.4: Využívat efektivně finanční prostředky z Evropského strukturálního fondu na zajištění stabilního fungování systému sociálních služeb v MS kraji

Aktivita 6.5: Provést podrobnou analýzu nákladovosti sociálních služeb poskytovaných v MS kraji

Aktivita 6.6: Provést podrobnou analýzu financování sociálních služeb na úrovni obcí s pověřeným obecním úřadem (vztahenou k počtu sociálních služeb a počtu obyvatel v daném území)

Aktivita 6.7: Do konce roku 2011 sjednotit u všech sociálních služeb poskytovaných v MS kraji jejich kapacitu uváděnou v Registru poskytovatelů sociálních služeb na kapacitu okamžitou

Opatření 7: Zabývat se problematikou vybraných cílových skupin

Cílová skupina osoby s chronickým duševním onemocněním

Aktivita 7.1: Zmapovat stávající síť sociálních služeb určených cílové skupině osob s chronickým duševním onemocněním, včetně stávajícího složení uživatel těchto služeb

Aktivita 7.2: Ve spolupráci se zdravotnickými zařízeními identifikovat sociální služby, jejichž pokrytí je na území MS kraje nedostatečné

Cílová skupina seniorů se zdravotním postižením bez přístřeší

Aktivita 7.3: Zmapovat potřeby cílové skupiny seniorů se zdravotním postižením bez přístřeší

Aktivita 7.4: Zmapovat stávající síť sociálních služeb určených cílové skupině seniorů se zdravotním postižením bez přístřeší

Aktivita 7.5: Aktivně rozvíjet pobytové sociální služby pro cílovou skupinu seniorů se zdravotním postižením bez přístřeší

8. PŘESAHOVÁ TÉMATA

Při tvorbě Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji na léta 2010 – 2014 byla identifikována další témata, která byla označena jako přesahová a ve většině případů jsou řešena v dílčích strategických dokumentech Odboru sociálních věcí Krajského úřadu MS kraje.

Prvním z nich je téma spojené s **oblastí zdravotního postižení**. Obecně lze říci, že se jedná o podporu integrace osob se zdravotním postižením, včetně vytváření rovných příležitostí, a to ve specifických oblastech života, kterými jsou např. vzdělávání, zaměstnanost, přístupnost, zajištění zdravotní péče, volný čas či doprava. Všechny zmíněné oblasti vnímá MS kraj jako zásadní a snaží se je aktivně řešit v MS krajském plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na léta 2009 – 2013. Oblast možného pracovního uplatnění uživatelů sociálních služeb v produktivním věku, kteří jsou znevýhodněni v možnostech pracovního uplatnění, je vhodné řešit také v rámci plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni obcí.

V souvislosti s problematikou zdravotnictví byla identifikována také potřeba řešení problematiky zdravotnických služeb, které se prolínají do sociálního systému, či služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních, zejména pak podpory (mobilní) hospicové péče. Tato problematika je rovněž řešena v plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

Obě výše uvedená témata poukazují na další stěžejní téma, kterým je podpora **meziresortní spolupráce**, a to nejen ve vztahu k přenosu informací a hledání možných společných řešení, ale i ve vztahu rozvoje sociálních služeb návazných na zdravotnickou péči. Meziresortní spolupráce by měla být rozvíjena na všech úrovních, nejen na úrovni prevence.

Další identifikované potřeby se rovněž prolínají do jiných resortů.

U prevence kriminality hovoříme konkrétně o podpoře preventivních a resocializačních programů, zaměřených na:

- sociální začleňování osob do 15 let a mladistvých, ve vazbě na zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže či zaměřených na sociální začleňování dospělých,
- prevenci a pomoc obětem sexuálního i komerčního zneužívání dětí a dětí se syndromem CAN.

Stejně jako u oblasti zdravotního postižení, i tato problematika je řešena v dílčím dokumentu MS kraje, a tím je Koncepce prevence kriminality MS kraje na léta 2009 – 2011.

V oblasti **bytové politiky** pak nalezneme společně s prevencí ztráty bydlení, také podporu rozvoje sociálního bydlení, které může být doplněno o podpůrné sociální programy, či podporu výstavby nízkonákladových bytů pro osoby s nízkými příjmy. Je žádoucí, aby se obce touto problematikou aktivně zajímaly.

V rámci **rodinné politiky** se pak ze strany obcí s pověřeným obecním úřadem setkáváme s potřebou podpory rozvoje služeb směřujících k sociálnímu začleňování rodiny (např. mateřská centra), včetně zařízení pro výkon pěstounské péče, a podporou nestátních neziskových organizací typu jesle.

Pro systém sociálních služeb celkově byla identifikována potřeba podpory **dobrovolnictví**.

Další oblasti, jež byly identifikovány (např. volný čas různých cílových skupin), jsou uspokojitelné i jinými zdroji pomoci a podpory, než sociálními službami. Zajištění těchto zdrojů však nelze řešit na krajské úrovni a je zapotřebí rozvíjet je na úrovni lokální ve spojitosti s plánováním procesu rozvoje sociálních služeb.

9. PŘÍLOHY

9.1 Textové přílohy

9.1.1 Sociální vyloučení

Zákon o sociálních službách definuje **sociální vyloučení** jako **vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit** v důsledku nepříznivé sociální situace.

Obecně lze **sociální vyloučení** definovat jako **proces, kterým jsou jednotlivci i celé skupiny osob zbavovány přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti jako celku**.

Na vzniku procesu sociálního vyloučení se podílí zejména sociální jevy jako je chudoba, nízké vzdělání a kvalifikace, dlouhodobá nezaměstnanost, špatný zdravotní stav, různé formy diskriminace apod.

Příčiny sociálního vyloučení

Příčiny sociálního vyloučení můžeme dělit podle jednoduchého klíče na **vnější** (jevy, které jsou mimo dosah a kontrolu sociálně vyloučených osob) a **vnitřní** (jevy, které jsou důsledkem konkrétního jednání sociálně vyloučených osob).

Mezi vnější příčiny počítáme:

- trh práce a jeho charakter, různé formy znevýhodnění na trhu práce,
- politika státní správy a samosprávy,
- sociální politika státu,
- praxe místních samospráv ve vztahu k sociální politice,
- diskriminace či stigmatizace některých jedinců na základě určitých charakteristik jako je rasa, národnost, sociální status apod.

Mezi vnitřní příčiny se řadí zejména:

- nízká vzdělanost (negramotnost apod.),
- nedostatečná kvalifikace,
- nedostatečné sociální kompetence,
- špatný zdravotní stav,
- zadlužení,
- dlouhodobá nezaměstnanost,
- různé druhy závislostí,
- dlouhodobá neschopnost hospodařit s penězi a dostát tak svým dlouhodobým závazkům.

Přestože se od sebe jednotlivé cílové skupiny svými charakteristickými rysy do značné míry liší, příčiny sociálního vyloučení bývají mnohdy velmi podobné.

Vysokým rizikem sociálního vyloučení jsou ohroženy zejména tyto skupiny osob:

- lidé s nízkým vzděláním,
- dlouhodobě nebo opakovaně nezaměstnaní,
- lidé se zdravotním postižením,
- lidé trpící nějakým druhem závislosti,

- osaměle žijící důchodci (senioři),
- imigranti,
- příslušníci různých menšin (etnických, náboženských, odlišně sexuálně orientovaných apod.),
- lidé, kteří se ocitli v obtížné životní situaci, s níž si nedokáží sami pomoci.

9.1.2 Charakteristika cílových skupin stanovených zákonem o sociálních službách

Sociální služba je dle § 3, písm. a) zákona o sociálních službách činností nebo souborem činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Ve vymezení jednotlivých sociálních služeb uvádí zákon o sociálních službách okruh osob, jimž je konkrétní služba určena. Okruh těchto osob je obecně označován jako **cílová skupina** dané služby.

Cílem kapitoly je stručné seznámení se s cílovými skupinami, které vymezuje zákon o sociálních službách, a s problémy, s nimiž se jedinci z těchto cílových skupin potýkají. Zmiňujeme se také o možných faktorech, jež mohou působit na vznik sociálního vyloučení.

9.1.2.1 Senioři

Vymezit pojem **senior** z hlediska jedné jediné definice je obtížné. Stáří je možno definovat nejen na základě biologických, psychologických či sociologických aspektů, ale také z hlediska věku, k němuž se váží konstrukty životních fází.

Jelikož sám zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, termín senior nevykládá, vycházíme z vymezení seniorského věku dle životních fází, jež jsou uvedeny v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Zde je seniorský věk uváděn ve spojení s věkem **65 let a výše** (mladší senioři 65–80, nad 80 let starší senioři).

Charakteristika cílové skupiny

Seniorská populace je velmi heterogenní skupinou. Průběh bio-psycho-sociálních změn, které jsou s procesem stárnutí spojeny, je u každého jedince individuální. Somatická involuce je asynchronním jevem a bývá ovlivňována existencí chorobných procesů, jež se vyvíjejí po desetiletí (diabetes, ateroskleróza aj.). Zhoršený zdravotní stav, kdy se není senior schopen sám o sebe postarat, je jedním z nejčastějších důvodů pro vyhledání pomoci ze strany sociálních služeb. Příčinou bývají např. nemoci, úrazy či přidružené zdravotní komplikace, jež jsou ve stáří častým jevem. Poskytovatelé jsou oslovováni buď samotným seniorem, anebo jeho blízkými, kteří pro něj vyhledávají potřebnou péči, kterou nejsou schopni svému blízkému sami poskytnout.

Další změny v životě seniora jsou spojeny se změnou sociálního statutu, která nastává při odchodu do důchodu. V oblasti ekonomické často dochází k poklesu životní úrovně, v oblasti mezilidských vztahů pak k úbytku sociálních kontaktů. Oba faktory mohou být z hlediska sociálního vyloučení těchto osob rizikové. Problematickou oblastí, která je v poslední době se seniorským věkem spojována, je majetková trestná činnost, týrání či zneužívání.

Faktory působící na vznik sociální vyloučení

- osamělost (oslabení přirozených záchranných sítí – úmrtí partnera či blízkých, úbytek vrstevnických vztahů, narušené rodinné vztahy),
- chudoba (nízké příjmy, domácnost zabezpečovaná jedinou osobou),
- snížená soběstačnost (z důvodu vysokého věku, chronické nemoci, zdravotního postižení apod.),
- ústavní zařízení (absence přirozeného prostředí a denního rytmu, nahrazování veřejně dostupných zdrojů pomoci),
- rostoucí nároky společnosti na využívání moderních informačních technologií.

V případě kumulace rizikových faktorů se riziko sociálního vyloučení zvyšuje.

Statistická data

Ke dni 31. 12. 2008 byl, dle údajů Českého statistického úřadu – pobočka Ostrava, počet obyvatel MS kraje ve věku nad 65 let 180 942, což činilo 14 % všech obyvatel MS kraje.

9.1.2.2 Osoby s demencí

Demencemi rozumíme poruchy inteligence získané po druhém roce věku. Nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Změny jsou progredující a ireverzibilní.

Demence vzniká na základě organického poškození CNS. Příčiny mohou být různé (degenerativní postižení mozku na podkladě genetických dispozic, porucha CNS v důsledku ischemie, úrazu či působení toxických vlivů atd.) a mohou se navzájem ovlivňovat. Léčba závisí na diagnóze a příčině demence. Základní onemocnění většinou ovlivnit nelze.

Charakteristika cílové skupiny

Přestože jsou symptomy demence většinou spojeny s obdobím dospělosti, demence může být diagnostikována již v dětském věku. Některé její formy jsou svou povahou plíživé (Alzheimerova demence), jiné mají kolísavý průběh (vaskulární demence).

Průběh a projevy demence lze popsat ve fázích. Na počátku se u jedince objevují mírné poruchy paměti, které se často plně projevují v zátěžové situaci. Postupem času dochází ke zhoršování těchto problémů, zhoršuje se výbavnost slov, uvažování bývá pomalé. Nemocný již potřebuje kontrolu a občasnou pomoc. Následně dochází k poruchám v dlouhodobé paměti, jedinec je dezorientován místem i časem. V komunikaci vznikají problémy nejen ve směru aktivního projevu, ale i porozumění řečenému. V rámci ztráty kontroly nad emocemi může docházet k výrazným změnám v mezilidských vztazích. Postižena bývá také oblast sebeobsluhy, upadá osobní hygiena. Nemocný potřebuje dohled a trvalou pomoc.

V další fázi dochází k dezorientaci osobou, nerozumí verbálnímu sdělení a jeho schopnost vyjádřit se je značně omezena. Upadá náhled na realitu, což může vést k situacím, kdy nejsou respektována pravidla sociální interakce. Jedinec není schopen činit většinu běžných dovedností, selhává schopnost sebeobsluhy. Nemocný je odkázán na péči okolí.

V poslední fázi je navázání kontaktu silně limitováno, osoba ztrácí schopnost jakékoli aktivity, nekomunikuje, nerozumí. Je zcela závislá na ošetrovatelské péči.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

Většina faktorů, které působí na sociální vyloučení, je spjata s nemocí samotnou:

- omezení či ztráta důležitých kognitivních funkcí potřebných pro pochopení sociální reality,
- snížená schopnost / neschopnost zvládat nároky sociálního prostředí,
- snížení schopnosti běžně komunikovat,
- snižování schopností a dovedností postarat se o sebe sama.

S ohledem na progresi onemocnění se schopnost aktivního sociálního začlenění nemocného v průběhu času snižuje.

Další možné příčiny:

- omezení sociálních kontaktů,
- narušené rodinné vazby,
- nadměrná zátěž pro pečovatele a osoby blízké,
- nedostatečná informovanost v oblasti přístupu k této cílové skupině osob.

9.1.2.3 Osoby se zdravotním postižením

V České republice není v právních normách přijata jednotná definice pojmu „občan se zdravotním postižením“. Existuje řada klasifikačních přístupů, které jsou v některých případech nesouměřitelné či nekompatibilní. Jedná se o osobu se zdravotním postižením pro účely dávek státní sociální podpory; pro účely povinné školní docházky; pro přiznání mimořádných výhod; vymezení dle stupně invalidity; dle zákona o zaměstnanosti nebo dle stupně závislosti na pomoci druhé osoby.

Definice přijatá v rámci výzkumu Českého statistického úřadu (ČSÚ) ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací ČR (ÚZIS) z roku 2007 uvádí, že zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.

Podle § 3 písm. g) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jsou specifikovány druhy zdravotního postižení – ***lze rozlišovat postižení:***

- mentální,
- tělesné,
- smyslové,
- kombinované,
- duševní.

Uvedené dělení můžeme dále dělit na:

Smyslové postižení:

- postižení zraku,
- postižení sluchu.

Kombinované postižení:

- mentální a tělesné postižení,
- mentální postižení v kombinaci s duševním onemocněním,
- různé kombinace některých výše uvedených se smyslovým postižením nebo poruchami chování,
- získané postižení v mladším věku (po úrazu nebo vážné nemoci),
- hluchoslepota,
- jiné vnitřní onemocnění (např. diabetes mellitus, cystická fibróza, epilepsie, onkologické onemocnění, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza).

Samotné zdravotní postižení se může vyskytovat i u jiných cílových skupin (např. u seniorů, rodin s dětmi, ale také osob, jejichž chování by mohlo vést ke konfliktu se společností). Zde však není primárním problémem sociálního vyloučení a vyskytuje se pouze jako přidružený jev, který však může významně ovlivňovat možnosti sociálního začleňování i využití sociálních služeb.

Zdravotní postižení svým charakterem, příčinami i nároky na specifická řešení představuje záležitost mezesortní. Pro sociální inkluzi jedinců s postižením je návaznost, prolínání a spolupráce jednotlivých rezortů stěžejní.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

K sociálnímu vyloučení osob se zdravotním postižením přispívá:

Oblast SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- nedostatečné zastoupení některých sociálních a návazných služeb,
- nedostupnost těchto služeb pro cílové uživatele (bariérovost objektů, místní nedostupnost atd.),

- sociální služby poskytované v rozporu se zásadou sociálního začleňování uživatelů.

Oblast ZAMĚSTNANOSTI

- omezené možnosti pracovního uplatnění,
- neochota zaměstnavatelů přizpůsobit pracovní místo, vybavit vhodnou kompenzační technikou (speciální software, lupy apod.),
- obavy ze ztráty finanční podpory ze strany státu v případě pracovní aktivity (odebrání invalidního důchodu).

Oblast VZDĚLÁVÁNÍ

- problematický přístup ke vzdělávání,
- bariéry při vzdělávání – literatura v alternativní podobě obtížně dostupná (audiovizuální, přepsaná do Braillova písma),
 - ve školských zařízeních všech stupňů a typů nejsou systematicky vytvářené podmínky pro inkluzivní vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním znevýhodněním,
 - malá spolupráce rezortu školství a sociálních služeb,
 - separované vzdělávání pedagogů – učitelství hlavního vzdělávacího proudu a speciální pedagogiky. Učitelé běžných škol nemají osvojeny přístupy k lidem se zdravotním postižením.
- nedostatečně erudovaný personál.

Oblast INFORMOVANOSTI

- nízká míra informovanosti veřejnosti o problematice osob s postižením,
- předsudky „zdravé“ veřejnosti, stigmatizace vznikající na základě nedostatečné informovanosti společnosti o možnostech a omezeních cílové skupiny.

Oblast PŘÍSTUPNOSTI

- bariérovost objektů (úřadů, kulturních i volnočasových institucí),
- bariérovost dopravy,
- nepřístupnost informací (informace jsou v nesrozumitelné formě, cílová skupina o nich neví).

Oblast ZDRAVÍ

- specifické obtíže vycházející ze samotného postižení, jež nelze ovlivnit úpravou podmínek či změnou přístupu (např. zdravotní obtíže – nemožnost dlouho sedět, bolest, problémy s vylučováním) a jež nepříznivě ovlivňují život jedince,
- snížená schopnost adaptace,
- závislost (na kompenzační pomůcce, asistenci ...).

Oblast SOCIÁLNÍ

- snížená schopnost adaptace a komunikace,
- omezené sociální kontakty.

Z výše uvedeného vyplývá silná potřeba individuálního přístupu založeného na komplexním řešení životní situace osoby se zdravotním postižením, např. formou ucelené rehabilitace (zdravotní, pedagogické, sociální a pracovní).

Statistická data

Lidé se zdravotním postižením tvoří významnou skupinu – minoritu – občanů České republiky. Na základě kvalifikovaných odhadů se jedná přibližně o 10 % obyvatel ČR. Podle odhadů českého statistického úřadu z roku 2007 žije v České republice 1 015 548 osob se zdravotním postižením, kteří tvoří 9, 87% celé populace.

Procento zdravotně postižených bývá uváděno od 5 % do 19 %. Zdravotní postižení jako takové se však přímo dotýká mnohem vyššího počtu obyvatel, neboť většina lidí se zdravotním postižením žije v rodinách. Tyto jsou důsledky postižení v různé míře bezprostředně zasaženy, a to ve sféře psychologické, sociální, ekonomické a jiné.

9.1.2.4 Osoby s (chronickým) duševním onemocněním

Cílovou skupinu tvoří osoby s duševním onemocněním (diagnostikované dle MKN-10), které nemohou dostatečně uspokojovat své bio-psycho-sociální potřeby z důvodu vzniku a trvání duševní nemoci.

Podle diagnostikování MKN-10 zahrnujeme do skupiny duševně nemocných osoby s touto diagnózou:

- organické duševní poruchy, včetně symptomatických (demenze, deliria),
- duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek,
- schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy,
- poruchy nálady (afektivní poruchy),
- neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy,
- behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (např. poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku),
- poruchy osobnosti a chování u dospělých.

Nezahrnujeme zde osoby s mentálním postižením. Tyto tvoří samostatnou cílovou skupinu z toho důvodu, že jejich problematika je odlišná. U duševního onemocnění dochází primárně k postižení procesů myšlení a vnímání, nikoli intelektu.

Charakteristika cílové skupiny

Negativní důsledky duševních onemocnění zasahují prakticky do všech oblastí života člověka, ve vysoké míře ovlivňují také jeho rodinu a okolí. Vlivem duševní nemoci ztrácejí tyto lidé soběstačnost v osobní péči, sociální kontakty, pracovní návyky a praktické dovednosti. Duševní poruchy jsou nejčastější příčinou předčasných odchodů do důchodu a invalidních důchodů. Mohou vést k sebevraždám, jež jsou příčinou velkého množství úmrtí.

V kontaktu s ostatními lidmi se osoby s duševním onemocněním střetávají se strachem a předsudky, které se mnohdy zakládají na nepochopení problematiky duševního onemocnění. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním zvyšuje jejich osobní újmu, vyloučení ze společnosti a může být překážkou přístupu k bydlení a zaměstnání. Dochází k nedodržování základních lidských práv a nerespektování jejich důstojnosti. Strach ze stigmatizace může těmito lidem bránit ve vyhledání pomoci.

Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti člověka a jeho přirozené zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejlépe vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

- nedostatečná propojenost sociální oblasti s resortem zdravotnictví,
- nedostatečná síť sociálních služeb či jiných podpůrných sítí (např. svépomocných skupin) pro cílovou skupinu,
- omezené možnosti k osamostatnění se v oblasti bydlení,
- absence okamžité pomoci v přirozeném prostředí, tzv. výjezdní krizový tým,
- nedostatek finančních prostředků na zajištění sociálních služeb,
- absence vzdělávacích programů pro cílovou skupinu,

- omezené možnosti pracovního uplatnění pro lidi, kteří jsou schopni pracovat při zajištění specifických podmínek,
- nízká míra informovanosti veřejnosti o problematice lidí s duševním postižením,
- stigmatizace osob s duševním onemocněním.

Statistická data

Některé statistiky uvádějí, že přibližně 3 – 5 % populace trpí duševní nemocí, skutečnost je však mnohem vyšší. Zdravotnické statistiky soustřeďují pozornost na osoby se zjištěnou, diagnostikovanou poruchou, které jsou v péči zdravotnických, psychiatrických, sociálních a dalších odborníků. Je zřejmé, že pomoc vyhledávají osoby s klasickými psychiatrickými onemocněními (jako jsou např. endogenní psychózy, neurózy) a u některých onemocnění (např. psychosomatická onemocnění) je odborná pomoc využívána zřídka. Duševní poruchy v nejširším slova smyslu a nejrozličnější závažnosti se vyskytují v průběhu života asi u jednoho ze čtyř dospělých obyvatel ČR. Nejrozšířenějšími duševními poruchami jsou úzkostné stavy a deprese.

9.1.2.5 Osoby s poruchou autistického spektra

Autismus postihuje většinu psychických funkcí, nejvýraznější je však porucha sociálně-komunikačních kompetencí. Hlavní příznaky postihují oblast sociálního porozumění, mezilidských vztahů a komunikace. Typické je nápadné stereotypní chování. Vývoj dětí s autismem je nejen opožděný, ale v mnoha oblastech i kvalitativně porušený a nerovnoměrný.

Etiologie autismu není jednoznačně vymezena. Je pravděpodobné, že se na jeho vzniku se může podílet více faktorů.

Charakteristika cílové skupiny

Děti s autismem nedovedou navázat hlubší vztah, chybí jim zkušenost prožitku vlastního významu pro druhého člověka. V důsledku toho není pro ně příliš jasná hranice vlastní osobnosti. Jelikož lidem s autismem chybí vědomí specifičnosti a celistvosti vlastní osobnosti i jejich odlišnosti od okolního světa, nastává problém s ovládnutím sebe samého, např. svého chování nebo obsahu vlastního vědomí. Lidé trpící autismem mají problémy s porozuměním sobě samému, vlastnímu uvažování a prožívání.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

- absence specializovaných sociálních služeb pro cílovou skupinu,
- místní nedostupnost těchto služeb pro cílové uživatele,
- nízká míra schopností lidí s autismem zapojit se do pracovního procesu,
- neexistence služeb, které podporují pracovní uplatnění cílové skupiny (podporované zaměstnávání),
- nedostupnost specializovaného vzdělávání,
- nedostatečná podpora pečujícími osobám,
- nízká míra informovanosti veřejnosti o problematice lidí s autismem,
- neporozumění získaným informacím,
- pozdní nebo nesprávná diagnostika (záměna za mentální postižení).

Statistická data

Údaje o četnosti výskytu dětského autismu se pohybují v určitém rozmezí, 2–20 dětí na 10.000, které je dáno přísností použitého diagnostického kritéria. Pokud jsou do této kategorie zařazeny jen děti s plně rozvinutými příznaky, je jich přibližně 0,05 %. Moderní epidemiologické studie se přiklání k počtu 15–20 případů autismu na 10 000 narozených dětí. To znamená, že v České republice žije 15-20 000 osob

trpících autismem. Autismem jsou mnohem častěji postiženi chlapci než dívky, v literatuře je udáván poměr 4 5:1. Není podmíněn sociokulturně, četnost jeho výskytu je v různých zemích obdobná.

9.1.2.6 Rizikové a ohrožené rodiny, děti a mládež

Cílová skupina zachycuje široký okruh uživatelů sociálních služeb¹⁰, kteří se potýkají se sociálními anebo sociálně-zdravotními problémy. U této cílové skupiny bývá rodina, jako sociální systém, zasažena více, než je tomu u jiných cílových skupin, kde je problém významný pouze na úrovni jednotlivce, proto je zapotřebí řešit problematiku komplexně, což znamená spolupracovat s rodinou jako celkem. Vzhledem k různorodým problémům může tato cílová skupina využít široké škály sociálních služeb (sociální poradenství, péče i prevence).

Do skupiny rizikových a ohrožených rodin, dětí a mládeže spadají:

- osoby ve věku 6 – 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy (sociálně-patologické jevy a trestná činnost),
- osoby do 26 let, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy (příp. osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež),
- rodina s dítětem, u kterého je vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě nepříznivé sociální situace,
- rodina dítěte se zdravotním postižením ve věku do 7 let, nebo dítěte, jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu.

Osoby ve věku 6 – 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy (sociálně-patologické jevy a trestná činnost)

Jedná se o děti ohrožené nepříznivými vlivy prostředí, které pocházejí z různorodého prostředí. Často se jedná o rodiny s nízkou sociokulturní úrovní, kde dochází k přejímání nevhodných vzorců chování. Způsob trávení volného času a podoba péče a zájmu rodičů však někdy zapříčiní výskyt nežádoucího chování i u dítěte z relativně funkčních rodin. Problémy zasahují do různých oblastí života klienta (škola, vztahy, střet se zákonem...). Zvýšená pozornost by měla být věnována zejména těm osobám, které se dopouštějí delikventního jednání (např. poškození věci), které není z důvodu jejich věku klasifikováno jako trestný čin. Jsou to zejména prvopachatelé, osoby mladší 15 let a mladiství. Za účelem prevence delikventního (resp. trestného) jednání a rozvoje kriminální kariéry jim bývají uložena různá opatření.

Faktory působící na vznik sociální vyloučení

- dysfunkční rodina,
- nedostatečně upevněné vzorce prosociálního chování,
- nedostatečná informovanost,
- nepodnětné prostředí,
- neplnohodnotné trávení volného času,
- omezený přístup k poradenským službám,
- nekoordinovaná spolupráce zainteresovaných resortů (sociální pracovník, škola, policie, lékař, probační a mediační služba,...).

Statistická data

Dle údajů MPSV byl v MS kraji k 31. 12. 2008 evidován nejvyšší počet dětí v péči kurátorů pro děti a mládež z celé České republiky, a to 6 016 dětí. Z toho 2 519 dětí bylo ve věku do 15 let.

¹⁰ Cílová skupina je různorodá např. z důvodu věku klientů, rozmanitosti jejich problémů

Osoby do 26 let, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy (příp. osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež)

Jedná se o mladé dospělé, kteří různě dlouhé období do své zletilosti strávili v zařízení ústavní výchovy. Při pobytu v režimovém zařízení hrozí ve zvýšené míře riziko deformace sociálních vztahů, postojů, systému hodnot a sebehodnocení, schopnosti samostatného života. Mladý dospělý se ocitá v obtížné situaci, kdy si musí sám zajistit bydlení, zdroj obživy a vyplnit volný čas. Mnohdy nebývá připraven na samostatný život ve společnosti (jednání s úřady, zacházení s finančními prostředky, chybějící znalosti v oblasti sociální sítě apod.). Náročná životní situace může při jejím nezvládnutí vyústit v sociální izolaci, rizikové aktivity či asociální a kriminální činy.

V obdobné situaci spojené s nároky na osamostatnění se mohou nacházet také mladí dospělí vycházející z pěstounských rodin, ze zařízení pro výkon pěstounské péče.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

- nedostatečné vztahové zázemí,
- nedostatečné zkušenosti a znalosti řešení každodenních záležitostí,
- nedostatečné finanční zajištění,
- problém se získáním a následným udržením práce a s tím související financování bydlení
- omezená možnost získání dostupného bydlení (startovací byty, sociální byty, ...),
- nedostatečné zdroje podpory při řešení situací spojených s osamostatněním (poradenství a podpora při hledání zaměstnání, bydlení atd.),
- nedostatečná návaznost nebo kapacita sociálních služeb,
- zvýšené riziko aktivit vedoucích k asociálním nebo kriminálním činům.

Statistická data

Dle údajů MPSV bylo v MS kraji k 31. 12. 2008 celkem 1061 dětí s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou. Z toho 220 mladých dospělých zařízení v roce 2008 z důvodu zletilosti opustilo. V porovnání s ostatními kraji České republiky se jedná po Ústeckém kraji o druhý nejvyšší počet.

Rodina s dítětem, u kterého je vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě nepříznivé sociální situace

Jedná se o rodiny s dětmi v nepříznivé sociální situaci, jakou může být například nízká sociokulturní úroveň rodiny, úmrtí člena rodiny, závislost rodičů na návykových látkách, vztahové a výchovné problémy, týrání a zneužívání, trestná činnost; sociálně znevýhodněné rodiny s nízkými příjmy, nebo rodiny, kde jsou rodiče nezaměstnaní; rodiny s velkým počtem dětí nebo neúplné rodiny.

Tyto rodiny se často stávají klienty orgánů sociálně-právní ochrany dětí.

Rizikové faktory podílející se na příčině vzniku sociálního vyloučení

- absence dostupného bezplatného (právního) poradenství,
- nízká sociokulturní úroveň rodiny,
- chybějící zdroje podpory při řešení obtížných životních situací (finanční problémy, ztráta bydlení atd.),
- omezené sociální kontakty,
- ztráta bydlení,
- nezaměstnanost rodičů, z toho vyplývající finanční problémy a problémy s bydlením,

- výchovné a vztahové problémy rodičů a dětí.

Statistické údaje

Dle MPSV mají orgány sociálně právní ochrany dětí v MS kraji ve srovnání s ostatními kraji nejvyšší počet evidovaných případů dětí (88 182 k 31. 12. 2008).

Rodina dítěte se zdravotním postižením ve věku do 7 let, nebo dítěte, jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu

Jedná se o rodiny s dětmi se specifickými potřebami, které v důsledku zdravotního postižení dítěte ve zvýšené míře potřebují pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, při obstarávání osobních záležitostí a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

- omezená možnost seberealizace všech členů rodiny,
- nedostatek příležitostí ke sdílení problémů a k ventilaci pocitů,
- ztráta vlastního života (práce, zájmů) – rodič dítěte s postižením zůstává doma a veškerou pozornost přesune na dítě,
- sociální izolace (ztráta kontaktů s přáteli a okolním světem),
- bariéry – v lidech (předsudky, lítost); v prostředí (v objektech, dopravě),
- nedostatek či nesrozumitelnost informací,
- nedostupnost vhodných sociálních služeb,
- syndrom vyhoření – rodina/rodič se stává obětí, nemá podporu okolí, nemá možnost seberealizace.

9.1.2.7 Osoby sociálně vyloučené žijící v sociálně vyloučených lokalitách

Sociálně vyloučené lokality můžeme definovat jako části měst či obcí, kde žijí povětšinou lidé s nízkými příjmy, nízkým vzděláním, kteří jsou většinou nezaměstnaní. Důležitou charakteristikou takové lokality je její izolace od ostatní společnosti.

Sociálně vyloučené lokality vznikly v MS kraji v průběhu několika posledních desítek let kombinací několika způsobů kumulace obyvatelstva:

- samovolné sestěhovávání romských rodin za účelem získávání levnějšího bydlení,
- cíleným sestěhováváním romských rodin podle rodových sounáležitostí za účelem ochrany a rodinné solidarity,
- řízeným sestěhováváním neplatičů nájmu a obecně lidí považovaných za tzv. problémové ze strany obce do ubytoven či holobytů,
- vytlačování romských rodin z potencionálně lukrativních bytů a přidělování náhradního bydlení v lokalitách s často vysokým podílem romského obyvatelstva.

Termín **sociálně vyloučená lokalita** bývá nejčastěji spojován s takzvanou romskou problematikou a se samotnými příslušníky romských komunit, kteří sociálně vyloučené lokality obývají. Nelze však říci, že všichni Romové žijí v sociálně vyloučených lokalitách, a ne každý kdo žije v sociálně vyloučených lokalitách je Rom. Postupným sestěhováváním romských rodin do konkrétních lokalit došlo k situaci, kdy naprostou většinu obyvatel těchto lokalit tvoří romské rodiny, v menšině zde žijí lidé z majority v produktivním věku a starousedlíci, většinou penzisté.

Za **osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách** tedy můžeme považovat obyvatele, kteří žijí v této lokalitě a na základě charakteru lokality mají omezené možnosti dostupnosti sociálních sítí ve srovnání s občany žijícími na jiných místech jednotlivých obcí. Struktura obyvatel žijících ve vyloučených lokalitách může být různá. Vyloučené lokality obývají lidé z mnoha příčin. Bud' již v lokalitě žili ještě v době,

než se lokalita vyloučenou stala nebo nemají možnost lokalitu v rámci svých omezených možností opustit. Osoby stěhující se do vyloučené lokality můžeme rozdělit na dvě skupiny na základě dobrovolnosti ke stěhování do lokality. První skupinou je okruh osob stěhující se do lokalit dobrovolně např. z důvodu přistěhování se k rodině. Druhou skupinou jsou osoby stěhující se do lokalit nedobrovolně, např. rozhodnutím příslušného orgánu samosprávy na základě porušení nájemních podmínek apod.

Charakteristika cílové skupiny

Osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách bývají charakteristické nízkým sociálním statutem žijící dlouhodobě ve zhoršených bytových podmínkách. Častá je dlouhodobá nezaměstnanost, na základě špatných bytových podmínek je poměrně častý zhoršený zdravotní stav. Častým jevem, který se vyskytuje v sociálně vyloučených lokalitách, je vysoká zadluženost jejich obyvatel.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

- velmi nízká úroveň vzdělání a nízká kvalifikace,
- dlouhodobá nezaměstnanost,
- závislost na systému státní sociální podpory,
- kriminalita dětí a mladistvých z vyloučených lokalit,
- nedostatečný bytový fond,
- sociálně patologické jevy jako jsou záškoláctví,
- užívání drog,
- lichva, půjčování finančních prostředků na vysoký úrok,
- patologické hráčství,
- neuspokojivý zdravotní stav obyvatel lokalit,
- zadluženost.

Statistická data

MS kraj je v celkovém počtu krajů v celé ČR na druhém místě s největším počtem Romů žijících na území kraje. V roce 2006 byla společností GAC (Gabal analysis and consulting) realizována „Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti“ na území celé ČR. V MS kraji bylo analýze podrobeno celkem 10 obcí s rozšířenou působností a bylo vytipováno celkem 28 sociálně vyloučených lokalit. Podle údajů společnosti žije v těchto lokalitách odhadem 10.000 – 10.500 Romů. Vzhledem k faktu, že analýza byla zpracována v roce 2006, můžeme předpokládat změnu např. v počtu vyloučených lokalit v kraji stejně jako změnu v počtu obyvatel žijících v těchto lokalitách.

9.1.2.8 Osoby ohrožené návykovými látkami a osoby na návykových látkách závislé

Do cílové skupiny řadíme nejčastěji závislé uživatele návykových látek: uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti – často, ale ne vždy, jde zároveň o „problémové uživatele“.

Závislost je definována jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. (Zdroj: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí – MKN 10)

problémoví uživatelé návykových látek: jako problémové užívání vnímáme intravenózní užívání drog nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí,

pravidelní uživatelé návykových látek: pravidelnost (tj. užívání častější než 1x týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Můžeme hovořit o „škodlivém užívání“ podle MKN-10,

příležitostní uživatelé návykových látek: u těchto osob se užívání drog již stalo součástí životního stylu, ale není častější než 1x za týden a jeho důsledkem není (či dosud není) vznik závislosti a dalších problémů. Typické je zejména u marihuany, LSD či extáze.

Specifickou skupinou, patřící do problematiky závislosti, jsou:

patologičtí hráči: patologický gambling je podle MKN 10, (kód F63.0) definován jako porucha sestávající se z častých a opakovaných epizod hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných.

Do kategorie osob ohrožených zneužíváním návykových látek můžeme rovněž zahrnout (sekundární cílová skupina)

- děti a mládež,
- příbuzné uživatelů návykových látek (děti, rodiče, partneři),
- osoby zaměstnané v prostředí s vyšší možností výskytu návykových látek (pohostinství, taxi-slужba, zdravotnictví),
- osoby, jež jsou součástí sociálního prostředí, nebo skupiny, kde lze předpokládat vyšší výskyt nebo zneužívání návykových látek (technopárty, kluby, parta).

Charakteristika cílové skupiny

U této cílové skupiny neplatí obecně přijímaný model, že člověk závislý na droze je „zanedbaný člověk na pokraji společnosti“. Problém a následné ohrožení sociálním vyloučením nastává až tehdy, když člověk není schopen následky závislostního chování zvládat vlastními silami, nedokáže se svého návyku vzdát, a to i přesto, že mu jeho chování přináší nemalé individuální, společenské (zhoršení rodinných vztahů, ztráta zaměstnání) a zdravotní problémy (abstinenční příznaky, výskyt hepatitid B, C, kožní problémy, HIV pozitivita). Veškerá komunikace s okolím se postupně eliminuje na subkulturu drogově závislých, možné je i kriminální chování (krádeže, prostituce) za účelem obstarání si prostředků na drogu, neexistuje reálný náhled na vlastní situaci, téměř chybí jakákoliv motivace daný životní styl změnit. V této fázi závislosti je potřeba člověku poskytnout takovou podporu, aby způsobem života, který vede, minimalizoval rizika dopadu závislostního chování směrem k vlastnímu osobě a směrem k veřejnosti. Pokud najde člověk závislý na droze motivaci ke změně životního stylu je zapotřebí, aby postoupil léčbu a následně doléčovací proces. U osob závislých na alkoholu je průběh závislosti pozvolnější, není tak často provázen kriminální činností, člověk je, byť mnohdy za vypjatých podmínek, schopen setrvávat v rodině, v pracovním poměru a je schopen udržovat původní společenské vztahy. Vzhledem ke skutečnosti, že závislostní chování jedince má nepochybně vliv na život a fungování celé rodiny (ve které uživatel drogy žije), je nezbytné do cílové skupiny zahrnout i rodinné příslušníky. Proces změny a léčení je ve většině případů záležitostí rodinnou a vztahovou.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

- absence nebo případná ztráta rodinných vazeb,
- celková absence „pozitivních“ sociálních vazeb a kontaktů,
- absence stabilního příjmu a s tím související páchaná trestná činnost,
- nedokončené a nedostatečné vzdělání,
- neúčast v pojistných systémech ČR,
- velmi nízká motivace ke změně životního stylu,
- zvýšený výskyt somatických a psychických problémů a onemocnění,

- velká tolerance společnosti vůči konzumaci alkoholu, tabáku a v mnoha případech i k užívání marihuany,
- společenské předsudky a negativně vyhraněné vnímání marginálních skupin a sociálně vyloučených jedinců ve společnosti.

Statistická data

Dle údajů ročenky Krajské hygienické stanice MS kraje za rok 2009 bylo evidováno celkem 481 nových žadatelů o léčbu. Dlouhodobě nejčastější primární drogou osob žádajících o léčbu v souvislosti s užíváním drog je pervitin (240 žadatelů), následuje marihuana (156 žadatelů), která je nejvíce zneužívanou drogou v MS kraji ve věkové skupině 15 – 19 let.

V nižší míře pak žádají o léčbu v Moravskoslezském kraji uživatelé heroinu (49 žadatelů) a ostatních drog (kokain, LSD, tlumící látky apod). Nejnižší zájem o léčbu lze sledovat ze strany uživatelů těkavých látek (toluen a jiná ředidla) (36 žadatelů).

9.1.2.9 Oběti trestných činů/oběti domácího násilí

Oběti trestného činu se rozumí každý, komu bylo trestným činem ublíženo a komu tak vznikla škoda na majetku, zdraví nebo mu byla způsobena škoda morální či jiná. Zvláštní pozornost je pak v rámci této cílové skupiny věnována obětem domácího násilí.

Oběťmi domácího násilí mohou být osoby všech věkových kategorií, vůči kterým je uplatňováno nepřiměřené násilí, které často probíhá v rodině nebo jiném širším příbuzenském vztahu. Domácí násilí se odehrává mezi partnery nebo blízkými osobami a dochází k němu převážně v soukromí. Může mít formu fyzického, sexuálního a psychického týrání ve všech druzích blízkých vztahů. Škála násilných projevů zahrnuje zesměšňování, nadávky, fyzické násilí, ale také omezování osobní svobody, obtěžování, omezování přístupu k ekonomickým zdrojům, vynucování sexuálního styku nebo například omezování kontaktu s dítětem.

Charakteristika cílové skupiny

Násilná osoba (pachatel) a ohrožená osoba (oběť) jsou citově, sociálně a ekonomicky vzájemně závislé, blízké osoby (manžel/manželka, rodič/dítě). Charakteristickým rysem domácího násilí je jeho opakování, dlouhodobost a stupňování.

S účinností zákona č. 135/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím, může policie ČR vykázat pachatele ze společného obydlí na 10 dní a předběžným opatřením uložit, aby pachatel opustil společné obydlí popř. jeho okolí a zdržel se setkávání s osobou, které způsobil újmu na dobu 1 měsíce, případně déle, pak má povinnost nahlásit tento případ intervenčnímu centru. Intervenční centrum (dále jen „IC“) je zařízením sociálních služeb (dle § 60 písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění), které poskytuje pomoc osobám ohroženým domácím násilím v souvislosti s vykazáním násilné osoby ze společného obydlí, ale také pomoc osobám, které se na IC obrátily na základě vlastního rozhodnutí řešit problém s domácím násilím. Součástí služby IC je rovněž interdisciplinární spolupráce s Policií ČR, orgány SPOD, příslušnými soudy a dalšími institucemi. V MS kraji fungují od roku 2007 dvě intervenční centra, která zajišťují své služby na území jednotlivých okresů kraje.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

- narušení rodinných a širších sociálních vazeb,
- ztráta motivace k práci a tím ohrožení udržitelnosti na trhu práce,
- nedostatečné materiální zajištění (strava, oblečení),
- ztráta bydlení,
- nízké příjmy a závislost na dávkových systémech sociální ochrany,
- nevšímavost okolí k tomuto problému,

- obava oběti ze sekundární viktimizace,
- nedostupnost zdrojů pomoci a podpory v náročné životní situaci.

Statistická data

V roce 2008 vykazala intervenční centra v MS kraji celkem 878 osobních kontaktů, 248 telefonických kontaktů a 52 písemných elektronických kontaktů. Je však nutné podotknout, že i přes tyto zaznamenané případy, zůstává velký počet případů domácího násilí z výše uvedených důvodů neřešen a neobjevuje se tedy ani v oficiálních statistikách.

9.1.2.10 Osoby v postpenitenciární péči

Příčiny delikventního či kriminálního chování jsou různorodé, můžeme k nim zařadit např. nefungující rodinu a neexistenci vhodných životních vzorů, nedostatečné působení školy, vliv vrstevnických part, nedostatečné a neúplné vzdělání, snížený intelekt nebo psychické poruchy, alkoholovou a drogovou závislost a obecně kvalitu prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a pohybuje se.

Postpenitenciární péče představuje specifickou oblast sociální práce, jejímž cílem je působení a ovlivňování klienta za účelem dosažení optimálního stupně jeho občanské zralosti a prevence recidivy delikventního či kriminálního chování. Hlavním úkolem postpenitenciární péče je tedy pomoc s návratem lidí propuštěných z výkonu trestu do „běžného“ života.

Na zajištění postpenitenciární péče se podílejí jak instituce státní správy a samosprávy, tak také neziskové organizace. V obcích s rozšířenou působností se této cílové skupině klientů věnují sociální kurátoři.

V oblasti primární prevence má významnou roli také probační a mediační služba. Je to specializovaná služba působící v rámci Ministerstva spravedlnosti (blíže viz zákon č. 257/2002 Sb., o probační a mediační službě, v platném znění). Jejím posláním je vytvářet podmínky pro mimosoudní řešení konfliktů spojených s trestnou činností a zajišťovat výkon alternativních trestů, a to prostřednictvím probace a mediace.

Charakteristika cílové skupiny

Cílovou skupinou jsou osoby, které se dopustily nějakého protispolečenského chování, pro které užíváme pojmy delikvence (má obecnější význam, váže se k mírnějšímu porušování právních nebo morálních norem, častěji u dětí a mladistvých) a kriminalita (používá se pro závažnější přestupky, hl. u dospělých osob).

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

Sociální vyloučení odsouzených může být ovlivněno celou řadou skutečností:

- ztráta zaměstnání (pokud je pachatel za trestný čin odsouzen, je to důvod k rozvázání pracovního poměru ze strany zaměstnavatele),
- přerušení kontaktů s rodinou či blízkými, rozpad manželství,
- ztráta sociálních dovedností a návyků potřebných k fungování ve společnosti a k zařazení do pracovního procesu (vyřizování osobních záležitostí, zvládnutí běžných životních situací),
- přichází o sociální zázemí, kam by se mohl vrátit,
- nedostatek finančních prostředků a motivace k práci.

Vliv na přetrvávající exkluzi osob propuštěných z VTOS může mít také negativní postoj společnosti k této skupině/stigmatizace ze strany společnosti.

Uložení trestu odnětí svobody (nebo ústavní výchovy) lze chápat jako ochranu společnosti před přímým působením pachatele v době, kdy je vězněn. Mezi další účely trestu můžeme zařadit odplatu, izolaci pachatele z jeho dosavadních sociálních vazeb a kontaktů, prevenci, nápravu pachatele. Všechny tyto faktory mohou být pro odsouzené značně frustrující a mít za cíl, že se pachatel do vězení již nebude chtít nikdy vrátit, a proto se vyvaruje dalšího protispolečenského chování.

Statistická data

V roce 2008 bylo, dle údajů Krajského ředitelství policie Severomoravského kraje, v MS kraji zjištěno celkem 40 613 trestných činů, což je o 897 více než v roce 2007. Převažovaly trestné činy majetkové kriminality 26 317 zjištěných případů. Z celkového počtu bylo objasněno 14 934 trestných činů.

V roce 2008 bylo v MS kraji stíháno celkově 14 985 osob, přičemž nejpočetnější skupinou pachatelů byli recidivisté a ostatní pachatelé, tzn. ostatní osoby podílející se na páchání kriminality, které dosud nebyly trestány.

Ve čtyřech věznicích nacházejících se na území MS kraje bylo, dle Výroční zprávy vězeňské služby za rok 2008, k 31. 12. 2008 vězněno celkem 1612 osob, z toho 241 žen.

9.1.2.11 Osoby v přechodné psychosociální krizi

Jedná se o osoby, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami – jejich vlastní možnosti a schopnosti na řešení selhávají nebo jsou nedostatečné. Psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy, které je způsobeno náhlým vyhocením situace, dlouhodobou kumulací či situačním nárůstem problémů.

Charakteristika cílové skupiny

Typickým znakem psychosociální krize je selhání adaptačních mechanismů. Jedinec se snaží náročnou situaci zvládnout mechanismy, které dosud používal; tyto mechanismy však ke zvládnutí dané situace nestačí, zátěžová situace se mění v krizi. Krize tedy vyjadřuje existenci aktuálně nezvládnutelného problému. Stav psychické krize je doprovázen negativními citovými prožitky, narušením pocitu jistoty a bezpečí, objevuje se silná tenze, úzkost, zoufalství a beznaděj. Mění se uvažování a hodnocení této situace. Člověk má pocit ochromení, bezmocnosti, bezradnosti a neschopnosti ji zvládnout. Může být silně emocionálně ovlivněn, stává se více sugestibilním, jeho úvahy mohou být zkratkovité a neadekvátní. V důsledku toho se mění i jednání, které rovněž může být nepřiměřené. S novými vhodnými adaptačními mechanismy dochází k překonání krize. V krajních případech však může krize vést k těžším psychickým problémům, např. posttraumatické poruchy.

V závislosti na původu krize (např. traumatická krize v důsledku živelné pohromy, či krize vývojová v důsledku životních změn ad.) mohou osoby v přechodné psychosociální krizi využívat i jiné sociální služby než služby primárně zaměřené na řešení krize, např. azylové domy, noclehárny, intervenční centra aj. Ty však nejsou primárně určeny této cílové skupině.

Faktory působící na vznik sociálního vyloučení

- obtížná životní situace, kterou jedinec přechodně nemůže řešit vlastními silami,
- nízký počet sociálních služeb pro osoby v přechodné psychosociální krizi,
- místní nedostupnost těchto služeb pro cílové uživatele,
- pozdní ošetření dopadů krizové situace na jedince (potřeba včasné krizové intervence, příp. existence výjezdního krizového týmu).

Statistická data

Statistická data o osobách nacházejících se v psychosociální krizi je obtížné evidovat. Psychosociální krize bývají vázány na události, s nimiž je v průběhu života konfrontován každý člověk, či na mimořádné události (hromadná neštěstí, záplavy, úraz apod.). Řadu krizí člověk zvládá s pomocí příbuzných, přátel, známých, sousedů či náhodných kolemjdoucích. Počty osob v přechodné psychosociální krizi jsou tak omezeny pouze na počty intervencí či kontaktů poskytovatelů sociálních služeb této cílové skupině.

9.1.2.12 Osoby bez přístřeší

Osoby bez přístřeší, které bývají často společnostmi označovány jako bezdomovci, jsou lidé žijící bez stálého bydlení. Jedná se nejen o osoby bez střechy nad hlavou, které často žijí v nedůstojných podmínkách, ale i o jedince, kteří se různým způsobem otevřeně hlásí ke statusu člověka na ulici (tzv. zjevné

bezdomovectví). Dále zde řadíme skupinu osob, které sice nemají možnost trvalého bydlení, ale jsou schopni, například díky pravidelnému příjmu, využít nabídky v komerčních ubytovnách, u přátel nebo příbuzných. Tito lidé se zpravidla za bezdomovce nepovažují a většinou nevyužívají služeb pro ně určených (latentní bezdomovectví). Kromě toho zde bývají zahrnovány i osoby, žijící v institucionálních zařízeních, osoby, které nemají vlastní bydlení a žijí v bytě jiné domácnosti nebo osoby, jimž reálně hrozí ztráta bydlení z důvodu nedostatečných příjmů. Jedná se o osoby bezprostředně ohrožené bezdomovectvím (tzv. potencionální bezdomovci).

Charakteristika cílové skupiny

Tato cílová skupina se vyznačuje nedostatečnými kompetencemi a znalostmi v jednání s institucemi. Typická je pro tuto cílovou skupinu omezená možnost získat zaměstnání z důvodů nízké kvalifikace nebo ztráty pracovních návyků. Tato skutečnost vede k nedostatku finančních prostředků. Častým projevem života osob bez přístřeší je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a ztížený přístup k uspokojování základních potřeb jako je strava, ošacení, osobní hygiena. Rovněž se u těchto lidí v mnoha případech objevuje závislost na alkoholu a návykových látkách. Osoby bez přístřeší jsou vystaveni všem rizikům života na ulici (podchlazení v zimním období, útoky okolí, spánkový deficit).

Příčiny působící na vznik sociálního vyloučení

Primární příčiny (faktory neovlivnitelné jedincem)

- neefektivní nebo nedostatečná sociální politika státu a obcí (např. prohlubování závislosti na sociálním státu, špatně nastavená síť eliminující sociální vyloučení, nízká minimální mzda, špatná vymahatelnost lidských práv),
- ekonomická či hospodářská krize,
- společenské předsudky a negativně vyhraněné vnímání marginálních skupin a sociálně vyloučených jedinců ve společnosti. Rovněž orientace společenských hodnot na výkon, krásu a „dokonalost“.

Sekundární příčiny (ohrožující faktory)

- ztráta bydlení v souvislosti s rozpadem rodiny nebo rodinných vztahů, popřípadě partnerských neshod,
- ztráta zaměstnání a návazná absence stabilního příjmu,
- redukce vztahové a sociální sítě (eliminace společenských kontaktů a rodinných vazeb),
- závislost na návykových látkách,
- nezvládnutá obtížná životní situace,
- výstup z ústavního zařízení (diagnostické ústavy, dětské domovy, léčebny), nebo návrat z výkonu trestu odnětí svobody,
- absence sociálních a praktických dovedností,
- generační sociální vyloučení,
- kriminální činnost,
- vyhýbání se zákonným povinnostem.

Terciární příčiny (faktory prohlubující sociální vyloučení u osob bez přístřeší)

- nízká motivace ke změně životního stylu,
- přijetí života v azylovém zařízení jako normy,
- stáří,
- zdravotní postižení, zdravotní problémy,

- absence účasti v pojistných systémech státu,
- chronický alkoholismus,
- ztráta rodinných vazeb a kontaktů s osobami mimo sociální vyloučení,
- absence adekvátní pomoci, potažmo sociálních služeb zacílených na osoby bez přístřeší.

9.2 Tabulkové přílohy

Tab. příl. č. 1: Věková struktura obyvatelstva dle pětiletých věkových skupin a okresů v MS kraji k 31. 12. 2008

	MSK	BR	FM	KA	NJ	OP	OV
0	13 351	1 008	2 204	2 780	1 645	1 959	3 755
1–4	49 177	3 865	8 298	10 072	6 271	7 264	13 407
5–9	55 756	4 506	9 574	11 822	7 171	7 914	14 769
10–14	60 451	5 120	10 521	13 226	7 746	8 668	15 170
15–19	82 013	6 795	14 197	18 232	10 426	11 424	20 939
20–24	87 244	6 866	14 569	19 573	10 691	12 544	23 001
25–29	89 939	7 036	14 869	19 319	11 192	12 986	24 537
30–34	105 037	8 272	17 717	21 753	13 281	15 061	28 953
35–39	93 961	7 288	15 882	20 886	11 320	13 056	25 529
40–44	89 444	6 500	15 266	21 317	10 537	11 844	23 980
45–49	83 254	5 957	14 126	19 421	9 779	11 786	22 185
50–54	89 054	7 142	14 801	19 749	10 664	13 125	23 573
55–59	90 842	7 927	15 383	19 215	11 046	13 151	24 120
60–64	79 790	6 872	13 046	17 396	9 841	10 318	22 317
65–69	64 019	4 397	10 609	14 921	7 249	9 033	17 810
70–74	42 288	3 046	6 968	9 605	4 920	6 148	11 601
75–79	35 797	2 497	6 262	7 584	4 114	5 302	10 038
80–84	24 014	1 715	4 208	5 006	2 810	3 473	6 802
85–89	12 023	862	2 062	2 393	1 478	1 763	3 465
90–94	2 114	147	373	456	255	307	576
95+	687	50	135	137	70	87	208
CELKEM	1 250 255	97 868	211 070	274 863	152 506	177 213	336 735

Zdroj: Český statistický úřad – pobočka Ostrava

Pozn.: MSK – Moravskoslezský kraj, BR – okres Bruntál, FM – okres Frýdek-Místek, KA – okres Karviná, NJ – okres Nový Jičín, OP – okres Opava, OV – okres Ostrava-město

Tab. příl. č. 2: Sociální služby dle druhu a poskytovatele/zřizovatele ve správních obvodech obcí s pověřeným obecním úřadem k 1. 1. 2009

§	Druh sociální služby	Zřizovatel	Bílovec	Bohumín	Bruntál	Český Těšín	Frenštát p. Radhoštěm	Frydek-Místek	Frydlant n. Ostravici	Fulnek	Haviřov	Hlučín	Horní Benešov	Jablunkov	Karviná	Kopřivnice	Kravaře	Krnov	Město Albrechtice	Nový Jičín	Odry	Opava	Orlová	Osoblaha	Ostrava	Příbor	Rýmařov	Studénka	Třinec	Vítkov	Vratimov	Vrbno p. Pradědem	Celkem	poskytovaná mimo kraj
37	odborné sociální poradenství	kraj			1		1								1					1		1			1								6	
		obec						1			3														2				1				7	
		o.p.s.			1										1						1				3								6	
		o. s.			2	2		4			1										2		4			13							28	
		FO či PO podnikající		1																													1	
		e.p.o.			1				1		2				2				1			1	1		7				1				17	
		stát																															0	
CELKEM ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ			0	1	5	2	0	6	1	0	6	0	0	4	0	0	1	0	4	0	6	1	0	26	0	0	0	2	0	0	0	0	65	
39	osobní asistence	kraj																															0	
		obec													1													2				3		
		o.p.s.																						2								2		
		o. s.			1			2			1				1					1		1			3							10		
		FO či PO podnikající																						1		2						3		
		e.p.o.													1	1					1	1						2				6	1	

		celkem	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	2	0	2	0	0	6	0	2	0	4	0	0	0	24	1
40	pečovatelská služba	kraj																													0			
		obec		2	1	1	1	2	1		1			3	4	2		3	1	1		3	2		7			1	3		1	40		
		o.p.s.			1														1		1				1						4			
		o. s.														1	1														2			
		FO či PO podnik ající									2					1						1			1						5			
		e.p.o.				1	1	1				1			1	1		1		1	1	2			4	1	1	1		2		20		
		stát								1																					1			
		celkem	0	2	2	2	2	3	1	1	3	1	0	3	5	5	1	4	1	3	1	7	2	0	13	1	1	2	3	2	1	0	72	
		kraj																														0		
obec																														0				
o.p.s.																														0				
o. s.																														0				
FO či PO podnik ající																														0				
e.p.o.																							1								1			
celkem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
42	průvodcovské a předčitatelské služby	kraj																													0			
		obec																													0			
		o.p.s.																	1					1							2			
		o. s.																													0			
		FO či PO podnik ající																													0			
		e.p.o.																													0			
		celkem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2		
		kraj			1																	1										2		
		celkem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2		
43	podpora	kraj			1																1										2			

	samostatného bydlení	obec																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
--	-------------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		FO či PO podnik ající																													0		
		e.p.o.		1		2	1						1	1			1		1		2		1								11		
		celkem	0	2	0	2	1	2	0	0	3	1	0	1	3	1	0	1	0	3	0	2	1	1	3	0	0	0	3	0	0	0	30
47	týdenní stacionáře	kraj																													0		
		obec								1													1								2		
		o.p.s.																													0		
		o. s.																													0		
		FO či PO podnik ající																													0		
		e.p.o.					1																	1		1					3		
		celkem	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	5	
48	domovy osoby zdravotním postižením	pro se	kraj			2			2				1				1	2	2		3	1				1		1			16		
		obec									1												1	3			2				7		
		o.p.s.																													0		
		o. s.																													0		
		FO či PO podnik ající																													0		
		e.p.o.				1	1							1														1			4		
		celkem	0	0	2	1	1	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	2	2	0	3	1	1	3	0	0	1	3	1	0	0	27
49	domovy seniory	pro	kraj		2	1		1				1	1			1				2	1	2	1			1		2			16		
		obec	1			1		2	1		1					1	1				2	1	1	7				3			1	23	
		o.p.s.																				1									1		
		o. s.				2								1								1									4		
		FO či PO podnik ající																		1				1							2		

		e.p.o.		1		1		1			1		1	1						1			2		1	1	2				13	1		
		celkem	1	3	1	4	1	3	1	0	2	2	0	1	3	0	1	1	0	3	1	5	4	1	10	1	1	1	5	2	0	1	59	1
50	domovy zvláštním režimem	se	kraj		1				1					1						1	2	1						1			8			
			obec						1									1						6				1				9		
			o.p.s.																													0		
			o. s.																													0		
			FO či PO podnik ající																													0		
			e.p.o.						1										1								1					3		
			celkem	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	2	1	0	6	0	1	0	1	1	0	0	20
51	chráněné bydlení	kraj					1				1							1			2										5			
		obec											1									1										2		
		o.p.s.																														0		
		o. s.																			1											1		
		FO či PO podnik ající																														0		
		e.p.o.			1	1															2											4		
		celkem	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
52	sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	kraj																														0		
		obec																															0	
		o.p.s.																															0	
		o. s.																															0	
		FO či PO podnik ající	1	1	1	1		1					2	1							1			1		2			1			13		
		e.p.o.																															0	
		celkem	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	13		
SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE			kraj	0	3	4	0	1	3	2	0	1	3	0	0	2	0	1	3	4	2	11	3	0	0	1	0	1	0	4	0	0	49	0

			obec	1	3	1	2	1	7	3	0	9	1	0	3	7	4	1	5	1	2	0	5	6	2	33	0	0	1	16	0	1	1	116	0	
			o.p.s.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	0	5	0	0	0	1	0	0	0	13	0	
			o. s.	0	0	2	3	0	3	0	0	1	0	0	0	3	1	1	0	0	2	1	3	1	0	8	0	0	0	0	0	0	0	29	0	
			FO či PO podnik ající	1	1	1	1	0	1	0	0	4	1	0	2	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	4	0	4	0	0	1	0	0	27	0	
			e.p.o.	0	4	1	8	5	4	0	0	0	2	0	4	7	1	0	4	0	3	1	8	0	1	13	1	4	2	6	2	0	0	81	3	
			stát	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
CELKEM SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE			2	11	10	14	7	18	5	1	15	7	0	9	21	7	2	10	4	14	5	29	13	3	63	2	8	4	23	7	1	1	316	3		
54	raná péče	kraj																															0			
		obec									1																						1			
		o.p.s.																															0			
		o. s.																							1								1			
		FO či PO podnikaj ící																															0			
		e.p.o.		1		1								1			1																4	1		
		celkem	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1	
55	telefonická krizová pomoc	kraj												1																			1			
		obec									1																						1			
		o.p.s.																															0			
		o. s.																															0			
		FO či PO podnikaj ící																															0			
		e.p.o.																			1												1			
		celkem	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
56	tlumočnické služby	kraj																															0			
		obec																															0			
		o.p.s.												1																			1			

		o. s.																						1								1	
		FO či PO podnikaj ící																													0		
		e.p.o.																													0		
		celkem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	
57	azylové domy	kraj																													0		
		obec												1	1									4				1			7		
		o.p.s.													1									1							2		
		o. s.																													0		
		FO či PO podnikaj ící																													0		
		e.p.o.			2	1		1				1			2							1		3			1	2			14		
		celkem	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1	0	8	0	0	1	3	0	0	0	23
58	domy na půl cesty	kraj																													0		
		obec																						1								1	
		o.p.s.																						1								1	
		o. s.												1																		1	
		FO či PO podnikaj ící																														0	
		e.p.o.			1																											1	
		celkem	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	
59	kontaktní centra	kraj																													0		
		obec								1																						1	
		o.p.s.					1																	1								2	
		o. s.												1			1				1										3		

		FO či PO podnikaj ící																														0	
		e.p.o.																														0	
		celkem	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	
60	krizová pomoc	kraj																														0	
		obec																	1													1	
		o.p.s.												1																		1	
		o. s.																			1				1							2	
		FO či PO podnikaj ící																														0	
		e.p.o.																			1				1							2	
		celkem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	
60a	intervenční centra	kraj																														0	
		obec																														0	
		o.p.s.																														0	
		o. s.																														0	
		FO či PO podnikaj ící																														0	
		e.p.o.									1																					1	
		celkem	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
61	nízkoprahová denní centra	kraj																														0	
		obec									1																					1	
		o.p.s.																														0	
		o. s.																														0	
		FO či PO podnikaj ící																														0	

		e.p.o.				1		1						1										1					5						
		celkem	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6			
62	nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	kraj																												0					
		obec					1	2							1																4				
		o.p.s.																		1											1				
		o. s.			2	1		1			1				2					1			7				1				16				
		FO či PO podnikající																													0				
		e.p.o.		1				1			1				3			2		1		2			2						13				
		celkem	0	1	2	1	1	4	0	0	2	0	0	0	5	1	0	2	0	1	0	4	0	0	9	0	0	0	1	0	0	0	34		
		63	noclehárny	kraj																												0			
obec															1								1								2				
o.p.s.																															0				
o. s.																															0				
FO či PO podnikající																															0				
e.p.o.						1		1							1								1					1			5				
celkem	0			0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	7		
64	služby následné péče			kraj																												0			
		obec																													0				
		o.p.s.																													0				
		o. s.																			1			1							2				
		FO či PO podnikající																													0				
		e.p.o.																			1										1				
		celkem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3			
		65	sociálně	kraj																											0				

	aktivizační služby pro rodiny s dětmi	obec								1												1							2					
		o.p.s.			1									1								2							4					
		o. s.			1	1												1	1			5							9					
		FO či PO podnikající																											0					
		e.p.o.										1			1					1		2				1			6					
		celkem	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	10	0	0	0	1	0	0	0	21	
		66	sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	kraj																											0			
obec																									1				1					
o.p.s.													1					1				1							3					
o. s.							2										1		3			4							10					
FO či PO podnikající																													0					
e.p.o.						1																	1				1			3				
celkem	0			0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3	0	0	6	0	0	0	2	0	0	0	17	
67	sociálně terapeutické dílny	kraj			1																								1					
		obec																					1						1					
		o.p.s.																											0					
		o. s.			1															1			2						4					
		FO či PO podnikající																											0					
		e.p.o.				1						1		1							1								4					
		celkem	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	10		
68	terapeutické komunity	kraj																											0					
		obec																											0					
		o.p.s.																					1						1					
		o. s.																											0					

		FO či PO podnikaj ící																													0		
		e.p.o.				1																									1		
		celkem	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	
69	terénní programy	kraj																													0		
		obec						1						2																	3		
		o.p.s.						1							1									1							3		
		o. s.			1																	1		3				1			6		
		FO či PO podnikaj ící																													0		
		e.p.o.		1				1						3														1			6		
		celkem	0	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	2	0	0	0	18	
		70	sociální rehabilitace	kraj																													0
obec																																0	
o.p.s.														1																	1		
o. s.					1								1	1						2			3				1				9	2	
FO či PO podnikaj ící																															0		
e.p.o.					1	1		2						1			1				1			1				3			11		
celkem	0			0	2	1	0	2	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	21	2
SLUŽBY PREVENCE	SOCIÁLNÍ			kraj	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
		obec	0	0	0	0	1	3	0	0	5	0	0	3	3	0	0	0	1	0	0	0	8	0	0	0	2	0	0	0	26	0	
		o.p.s.	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	1	0	1	0	8	0	0	0	0	0	0	20	0		
		o. s.	0	0	6	2	0	3	0	0	1	0	0	1	5	0	0	1	0	1	1	11	1	0	28	0	0	0	3	0	0	64	2
		FO či PO podnikaj ící	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

		e.p.o.	0	3	4	8	0	7	0	0	2	2	0	0	14	0	0	5	0	1	0	7	2	1	11	0	0	1	10	0	0	0	78	1	
		stát	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CELKEM SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE			0	3	12	10	1	15	0	0	8	2	0	1	26	7	0	6	0	4	1	19	3	1	55	0	0	1	15	0	0	0	190	3	
CELKEM SOCIÁLNÍ SLUŽBY		kraj	0	3	6	0	1	4	2	0	1	3	0	0	4	0	0	1	3	5	2	12	3	0	1	1	0	1	0	4	0	0	57	0	
		obec	1	3	1	2	2	11	3	0	17	1	0	3	10	7	1	5	1	3	0	5	6	2	43	0	0	1	19	0	1	1	149	0	
		o.p.s.	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	4	0	2	3	0	16	0	0	0	1	0	0	0	39	0	
		o. s.	0	0	10	7	0	10	0	0	3	0	0	1	8	1	1	1	0	5	2	18	2	0	49	0	0	0	3	0	0	0	121	2	
		FO či PO podnikající	1	2	1	1	0	1	0	0	4	1	0	2	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	4	0	4	0	0	1	0	0	28	0	
		e.p.o.	0	7	6	16	5	11	1	0	4	4	0	4	23	1	0	10	0	4	1	16	3	2	31	1	4	3	17	2	0	0	176	4	
		stát	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
CELKEM			2	15	27	26	8	39	6	1	29	9	0	10	51	14	2	17	4	22	6	54	17	4	144	2	8	5	40	7	1	1	571	6	

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tab. příl. č. 3: Sociální služby poskytované v MS kraji s registrací mimo MS kraj (k 1. 1. 2009)

	Sociální služba	Správní obvod obce s pověřeným obecním úřadem	Okres	Celkový počet služeb
Sociální poradenství	Sociální poradenství	Ostrava (7)	Ostrava (7)	24
		Frýdek-Místek (4), Třinec (1)	Frýdek-Místek (5)	
		Opava (5), Hlučín (1)	Opava (6)	
		Český Těšín (1), Karviná (1), Havířov (1)	Karviná (3)	
		Nový Jičín (2)	Nový Jičín (2)	
		Bruntál (1)	Bruntál (1)	
Služby sociální péče (celkem 3 služby)	Domov pro seniory	Havířov (1)	Karviná (1)	2
		Opava (1)	Opava (1)	
	Domovy se zvláštním režimem	Ostrava (1)	Ostrava (1)	1
Služby sociální prevence (celkem 49 služeb)	Tlumočnické služby	Ostrava (2)	Ostrava (2)	2
	Azylové domy	Ostrava (2)	Ostrava (2)	8
		Havířov (2)	Karviná (2)	
		Opava (2)	Opava (2)	
		Nový Jičín (1)	Nový Jičín (1)	
		Krnov (1)	Bruntál (1)	
	Intervenční centra	Ostrava (1)	Ostrava (1)	1
	Nízkoprahová denní centra	Opava (1)	Opava (1)	2
		Ostrava (1)	Ostrava (1)	
	Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	Ostrava (1)	Ostrava (1)	3
		Havířov (1)	Karviná (1)	
		Krnov (1)	Bruntál (1)	
	Noclehárny	Ostrava (2)	Ostrava (2)	6
		Opava (2)	Opava (2)	
		Havířov (1)	Karviná (1)	
		Krnov (1)	Bruntál (1)	
	Služby následné péče	Havířov (1)	Karviná (1)	1
	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	Ostrava (3)	Ostrava (3)	8
		Havířov (1)	Karviná (1)	
		Bruntál (1), Krnov (2)	Bruntál (3)	
		Opava (1)	Opava (1)	
	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	Ostrava (4)	Ostrava (4)	9
		Nový Jičín (1)	Nový Jičín (2)	
		Havířov (2)	Karviná (2)	
		Krnov (1)	Bruntál (1)	

		Frýdek-Místek (1)	Frýdek-Místek (1)	4
	Terénní programy	Frýdek-Místek (2)	Frýdek-Místek (2)	
		Rýmařov (1)	Bruntál (1)	
		Ostrava (1)	Ostrava (1)	
	Sociální rehabilitace	Ostrava (1)	Ostrava (1)	2
		Hlučín (1)	Opava (1)	
CELKEM				73

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tab. příl. č. 4: Stav sociálních služeb v MS kraji k 1. 1. 2009 a 10. 4. 2010

Sociální služba:	celkový Počet sociálních služeb v MSK k 1. 1. 2009	celkový Počet sociálních služeb v MSK k 10. 5. 2010	Počet služeb registrovaných v MSK ke dni 10. 5. 2010
sociální poradenství (celkem)	89	82	65
osobní asistence	24	26	26
pečovatelská služba	72	69	69
tísňová péče	1	1	1
průvodcovské a předčitatelské služby	2	2	2
podpora samostatného bydlení	6	8	8
odlehčovací služby	31	34	33
centra denních služeb	14	15	15
denní stacionáře	30	29	29
týdenní stacionáře	5	4	4
domovy pro osoby se zdravotním postižením	27	26	25
domovy pro seniory	61	63	61
domovy se zvláštním režimem	21	25	24
chráněné bydlení	12	16	16
sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče	13	13	13
služby sociální péče (celkem)	319	331	326
raná péče	6	7	7
telefonická krizová pomoc	3	3	3
tlumočnické služby	4	2	0
azylové domy	31	31	23
domy na půli cesty	4	5	5
kontaktní centra	6	7	7
krizová pomoc	6	5	5
intervenční centra	2	2	1
nízkoprahová denní centra	8	11	8
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	37	43	40
noclehárny	13	13	7
služby následné péče	4	7	6
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	29	32	25
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	26	23	14
sociálně terapeutické dílny	10	15	15

terapeutické komunity	2	1	1
terénní programy	22	29	27
sociální rehabilitace	23	23	21
služby sociální prevence (celkem)	236	259	215
CELKEM	644	672	610

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tab. příl. č. 5: Validita dotazníkového šetření dle jednotlivých druhů sociálních služeb

Ukazatel	Počet registrovaných sociálních služeb	Počet vyplněných dotazníků	Validita dat v % k celkovému počtu registrovaných sociálních služeb
Celkem	644	475	74
Celkem odborné sociální poradenství	89	55	62
Celkem služby sociální péče	319	227	71
Osobní asistence	24	18	75
Pečovatelská služba	72	33	46
Tísňová péče	1	1	100
Průvodcovské a předčitatelské služby	2	1	50
Podpora samostatného bydlení	6	5	83
Odlehčovací služby	31	21	68
Centra denních služeb	14	12	86
Denní stacionáře	30	25	83
Týdenní stacionáře	5	5	100
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	27	25	93
Domovy pro seniory	61	52	85
Domovy se zvláštním režimem	21	20	95
Chráněné bydlení	12	9	75
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	13	0	0
Celkem služby sociální prevence	236	193	82
Raná péče	6	6	100
Telefonická krizová pomoc	3	3	100
Tlumočnické služby	4	2	50
Azylové domy	31	28	90
Domy na půli cesty	4	4	100
Kontaktní centra	6	6	100
Krizová pomoc	6	5	83
Intervenční centra	2	2	100
Nízkoprahová centra	8	8	100
NZDM	37	29	78
Noclehárny	13	13	100
Služby následné péče	4	3	75
SAS pro rodiny s dětmi	29	22	76
SAS pro seniory a osoby se ZP	26	18	69
Sociálně-terapeutické dílny	10	8	80
Terapeutické komunity	2	1	50
Terénní programy	22	16	73
Sociální rehabilitace	23	19	83

Tab. příl. č. 6: Projekty obcí s pověřeným obecním úřadem podpořené v rámci dotačních řízení MS kraje v letech 2005 – 2009

Rok	Obec	Název projektu	Výše poskytnuté dotace (v Kč)
2005	Město Frýdek-Místek	Zavádění komunitního plánování ve městě Frýdek-Místek	300 000
	Město Nový Jičín	I. etapa procesu komunitního plánování na území města Nového Jičína	172 000
2006	Město Třinec	Komunitní plánování sociálních služeb ve městě Třinci	349 500
	Statutární město Opava	Příprava k implementaci komunitního plánování v Opavě	487 500
	Město Nový Jičín	II. etapa procesu komunitního plánování na území města Nového Jičína	297 700
	Město Bruntál	Komunitní plánování sociálních služeb Bruntál	487 500
	Město Frýdek – Místek	Komunitní plán sociálních služeb pro město Frýdek-Místek	496 300
	Město Rýmařov	Zavedení mechanismů pro aktivní spoluúčast veřejnosti na komunitním plánování	77 200
2007	Kvalifikační a personální agentura, o.p.s. – pro město Třinec	Vzdělávání jako nástroj podpory kvality procesů plánování sociálních služeb v obcích	90 000
	Město Krnov	Informační podpora zavádění komunitního plánování v Krnově	125 200
	Město Frýdlant nad Ostravicí	Komunitní plánování sociálních služeb v mikroregionu Frýdlantsko	112 500
	Město Příbor	Plánování sociálních služeb ve městě Příboře	64 000
	Město Kopřivnice	Komunitní plánování sociálních služeb v Kopřivnici	245 000
2008	Město Frenštát pod Radhoštěm	Komunitní plánování sociálních služeb ve správním obvodu města Frenštát pod Radhoštěm	150 000
	Město Vítkov	Zavádění komunitního plánování ve Vítkově	183 000
	Město Vrbno pod Pradědem	Dopracování a aktualizace komunitního plánu mikroregionu Vrbensko	219 100
	Statutární město Havířov	Realizace výstupu z Komunitního plánu města Havířova – zpracování katalogu sociálních služeb	264 800
	Obec Osoblaha	Zavádění komunitního plánování obcí	112 000
	Město Bílovec	Město Bílovec – komunitní plánování sociálních služeb	300 000
	Město Kravaře	Zavádění komunitního plánování včetně vzdělávání realizátorů	300 000
	Město Odry	Komunitní plánování obcí na Odersku	300 000

2009	Město Hlučín	Den sociálních služeb a zdraví v Hlučíně	58 000
	Statutární město Opava	Dny partnerství 2009	54 500
	Statutární město Ostrava	Lidé lidem – přehlídka sociálních služeb a souvisejících aktivit	90 000
	Město Bruntál	Podpora procesu komunitního plánování v Bruntále podle pravidelného harmonogramu jeho činností	200 000
	Město Třinec	Informační kampaň o plánování rozvoje sociálních služeb v Třinci v roce 2009	76 500
	Město Krnov	Veletrh poskytovatelů sociálních služeb a zdraví	75 100
	Statutární město Frýdek-Místek	Den sociálních služeb	75 000
	Město Frenštát pod Radhoštěm	Realizace Dne sociálních služeb pro Frenštátsko	90 000
CELKEM	20 obcí	29 projektů	5 852 400

Zdroj: Dotační řízení MS kraje

Tab. příl. č. 7: Plánovaný rozvoj sociálních služeb u obcí s pověřeným obecním úřadem v MS kraji se zaměřením na cílové skupiny rozvojových služeb

Obec	Cílová skupina služby	Plánovaný rok vzniku sociální služby
Odborné sociální poradenství		
Bílovec	blíže nespecifikovaný záměr	
Bruntál	poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	2010
Frýdlant nad Ostravicí	Osoby ohrožené sociálním vyloučením, osoby se zdravotním postižením, senioři, rodiče	
Hlučín	etopedická poradna, krizová poradna, manželská poradna	
Kravaře	poradenství v rámci odboru sociálních věcí, blíže nespecifikováno	
Krnov	poradenství pro občany v životní krizi, pro osoby se zdravotním postižením a pro osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách a pro etnické menšiny	2010
Město Albrechtice	rodinná asistence	
Orlová	občanská poradna	
Vítkov	sociální poradenství pro seniory, osoby se zdravotním postižením, děti, mládež a osoby ohrožené sociálním vyloučením	2011
Vrbno pod Pradědem	bezplatné poradenství	
SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE		
§39 osobní asistence		
Bílovec	dospělé osoby se zdravotním postižením, senioři se zdravotním postižením	2009
Bohumín	senioři, osoby se zdravotním postižením	2009
Frenštát pod Radhoštěm	osoby se zdravotním postižením	
Hlučín	osoby se zdravotním postižením, senioři	
Orlová	blíže nespecifikováno	
Ostrava	senioři a osoby se zdravotním postižením	2010
§40 pečovatelská služba		
Frýdlant nad Ostravicí	transformace stávající pečovatelské služby, senioři a osoby se zdravotním postižením	
Hlučín	pečovatelská služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením	
Horní Benešov	rozšíření stávající služby	
Osoblaha	osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení	2011
Ostrava	pečovatelská služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením, předpoklad nárůstu kapacity PS	2010
Příbor	podpora, udržení a rozvoj PS	
Vítkov	pečovatelská služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením	2010
Vrbno pod Pradědem	rozvoj terénní sociální péče	
§41 tísňová péče		
Bruntál	osoby s chronickým onemocněním, osoby se zdravotním postižením, senioři	2010

Havířov	osoby se zdravotním postižením	
§42 průvodcovské a předčitatelské služby		
Krnov	osoby se zdravotním postižením, senioři	2010
§43 podpora samostatného bydlení		
Bruntál	osoby s mentálním postižením a chronickým duševním onemocněním, rozšíření stávající kapacity	2010
Frýdek-Místek	osoby se zdravotním postižením	2010
Krnov	osoby s mentálním a duševním onemocněním	2009 – 2010
Nový Jičín	osoby s mentálním postižením, s kombinovaným postižením + osoby s duševním onemocněním	2011 – 2012
Ostrava	PSB pro osoby se zdravotním postižením (s duševním onemocněním, s mentálním a s kombinovaným postižením)	2010
Třinec	osoby se zdravotním postižením a duševním onemocněním	2010
Vítkov	senioři, osoby se zdravotním postižením	2012
§44 odlehčovací služby		
Frýdek-Místek	osoby pečující o seniory a zdravotně postižené	2010
Frýdlant nad Ostravicí	osoby pečující o seniory a zdravotně postižené	2010
Jablunkov	podpora odlehčovací služby	
Krnov	osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení	2011
Nový Jičín	senioři, zdravotně postižení	2012 – 2013
Opava	blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
Ostrava	osoby se zdravotním postižením (mentálním a kombinovaným postižením)	2011
Příbor	osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení	2010
	Děti a mládež se zdravotním postižením a autismem (2009–2012)	
§45 centra denních služeb		
Bruntál	denní centrum pro osoby se zdravotním postižením, rodiny s dětmi ve věku 2–15 let	
Frenštát pod Radhoštěm	centrum denních služeb	2010
Frýdlant nad Ostravicí	centrum denních služeb (nebo denní stacionář) pro seniory a osoby se zdravotním postižením	2011
Karviná	osoby se zdravotním postižením ve středním a vyšším věku	2010
§46 denní stacionáře		
Frenštát pod Radhoštěm	senioři	2011
Frýdlant nad Ostravicí	centrum denních služeb (nebo denní stacionář) pro seniory a osoby se zdravotním postižením	2011
Hlučín	osoby se zdravotním postižením, senioři	
Jablunkov	podpora denních stacionářů	
Opava	blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
Ostrava	senioři, osoby se zdravotním postižením (kombinované postižení)	2011
Příbor	osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo z důvodu zdravotního postižení, osoby s chronickým duševním onemocněním	2009
Studénka	osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení	2011
§47 týdenní stacionáře		
§48 domovy pro osoby se zdravotním postižením		

Karviná	osoby se zdravotním postižením do 50 let	
Ostrava	osoby se zdravotním postižením (kombinované postižení)	2011
§49 domovy pro seniory		
Frenštát pod Radhoštěm	senioři – rozšíření stávající kapacity	2011
Frýdlant nad Ostravicí	transformace stávající služby	
Kopřivnice	senioři	2011 – 2012
Kravaře	domov pro seniory	
Ostrava	senioři, rodinné dvojice	2012
§50 domovy se zvláštním režimem		
Frýdlant nad Ostravicí	transformace domova pro seniory	
Havířov	osoby se zdravotním postižením	
Hlučín	senioři	
Horní Benešov	výhledově pro osoby s duševním onemocněním a pro osoby závislé na alkoholu	
Jablunkov	domov se zvláštním režimem s nadregionální působností	
Karviná	pro osoby do 50 let	2010
Krnov	muži senioři se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, stařecké demence, apod.	2011
Nový Jičín	osoby s chronickým duševním onemocněním, nebo osoby závislé na návykových látkách, podpora projektu na krajské úrovni	
Odry	podpora projektu na krajské úrovni	
Opava	blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
Ostrava	senioři, osoby se specifickými potřebami (bez přístřeší se specifickým duševním onemocněním, pro osoby bez přístřeší seniorského věku, osoby s alkoholovou či jinou závislostí)	2011
Příbor	osoby závislé na návykových látkách, podpora projektu na krajské úrovni	
Třinec	osoby závislé na alkoholu, nesvéprávné osoby, podpora projektu na krajské úrovni	
§51 chráněné bydlení		
Frenštát pod Radhoštěm	osoby se zdravotním postižením	2012
Frýdek-Místek	osoby se zdravotním postižením	2010
Frýdlant nad Ostravicí	osoby se zdravotním postižením	2010
Hlučín	osoby se zdravotním postižením	
Horní Benešov	výhledově pro osoby s duševním onemocněním a se specifickými potřebami	
Karviná	osoby s lehkou mentální retardací	
Nový Jičín	osoby s mentálním postižením, s kombinovaným postižením + osoby s duševním onemocněním	2011
Ostrava	pro osoby se zdravotním postižením (s duševním onemocněním, s mentálním a kombinovaným postižením)	2010
Rýmařov	osoby s mentálním postižením	2011
Třinec	osoby se zdravotním postižením a duševním onemocněním	2012
§52 sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče		
Havířov	osoby se zdravotním postižením	
SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE		

§54 raná péče		
Ostrava	osoby se zdravotním postižením (se sluchovým a kombinovaným postižením, s poruchou autistického spektra)	2011 – 2013
§55 telefonická krizová pomoc		
§56 tlumočnické služby		
§57 azylové domy		
Bruntál	pro osoby bez přístřeší a osoby v krizi	2010
Frýdlant nad Ostravicí	2 byty pro rodiče s dětmi v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení	2011
Frýdek-Místek	osamělé ženy a matky s dětmi	2010
Havířov	týrané ženy	
Karviná	azylové bydlení pro úplné rodiny v nepříznivé sociální situaci	2010
Orlová	blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
Ostrava	pro rodiny s dětmi	2010
Rýmařov	pro muže	2010
	Podpora azylových domů	
§58 domy na půli cesty		
Havířov	osoby po propuštění z ÚV	
Ostrava	osoby po absolvování léčby drogové závislosti a pro osoby po návratu z VTS	2011
Třinec	muži a ženy z dětských domovů, z pěstounských rodin	2010
§59 kontaktní centra		
Bruntál		2010
Krnov	rozšíření kontaktního centra o terénní práci	2010
§60 krizová pomoc		
§60a intervenční centra		
§61 nízkoprahová denní centra		
Frenštát pod Radhoštěm	osoby bez přístřeší	2010
Frýdlant nad Ostravicí	sociálně slabí občané v bytech, kde v zimě nelze používat vodu v koupelnách	2010
Kopřivnice	osoby bez přístřeší	2010
Krnov	rozšíření stávající kapacity	2009 – 2012
Orlová	centrum komunitní pomoci, nízkoprahové zařízení	
§62 nízkoprahová zařízení pro děti a mládež		
Bohumín	děti a mládež ve věku 13–20	2009
Bruntál	NZDM pro romské etnikum	
Frýdlant nad Ostravicí	děti a mládež ve věku 13–20 let	2010
Hlučín	děti a mládež 6–26 let	2010
Jablunkov	děti a mládež	2010
Nový Jičín		2011 – 2012
Odry	volnočasové aktivity pro mládež	2010
Orlová	blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
Studénka	děti a mládež 10 – 26 let	2011

Vrbno pod Pradědem	snížování výskytu sociálně patologických jevů, preventivní volnočasové aktivity	
§63 noclehárny		
Frenštát pod Radhoštěm	osoby bez přístřeší	2010
Haviřov	ženy v sociální krizi	
Vítkov	osoby bez přístřeší	2010
§64 služby následné péče		
Ostrava	osoby se zdravotním postižením (s duševním onemocněním)	2011
Ostrava	osoby závislé na návykových látkách	2010
§65 sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi		
Bohumín	problémové, sociálně slabé a znevýhodněné rodiny	2010
Bruntál	SAS pro romské etnikum	
Bruntál	sociální asistence	2010
Frýdek-Místek	rodiny s dětmi ve věku 0–18 let	2010
Jablunkov	sociální asistence do rodin	
Město Albrechtice	rodinná asistence	2010
Orlová	blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
Rýmařov	rozšíření stávající kapacity	2010
§66 sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením		
§67 sociálně terapeutické dílny		
Frenštát pod Radhoštěm	osoby se zdravotním postižením	2011
Frýdlant nad Ostravicí	senioři, osoby se zdravotním postižením	2013
Krnov	pro osoby s duševním onemocněním a osoby s mentálním a kombinovaným postižením	nejpozději 2011
Nový Jičín	osoby s mentálním postižením a s duševním onemocněním, osoby s kombinovaným postižením	2010
Orlová	blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
Ostrava	osoby se zdravotním postižením (s duševním onemocněním, s mentálním a kombinovaným postižením)	2011, nárůst kapacity do 2013
§68 terapeutické komunity		
Haviřov	Blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
Karviná	Etnické menšiny	2010
Orlová	Blíže nespecifikovaný rozvoj, dlouhodobý záměr	
§69 terénní programy		
Bohumín	děti a mládež ve věku 12–20 let	
Bruntál	mládež 12–20 let	
Frenštát pod Radhoštěm	osoby bez přístřeší	2010
Hlučín	TP pro drogově závislé	
Krnov	Děti a mládež ze sociálně znevýhodněného prostředí s přihlédnutím ke specifickým potřebám romských dětí a mládeže	2009
Ostrava	Osoby, jež vedou rizikový způsob života	2010
Třinec	uživatelé omamných a návykových látek	2010
§70 sociální rehabilitace		

Ostrava	Osoby se zdravotním postižením (s duševním onemocněním), rodiny s dětmi, osoby ohrožené sociálním vyloučením	2011, nárůst kapacity do 2013
----------------	--	-------------------------------------

Zdroj: Dotazníkové šetření u obcí s pověřeným obecním úřadem – září 2009

Tab. příl. č. 8: Sít' sociálních služeb potřebných pro osoby s chronickým duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí (stav v MS kraji k 31. 3. 2010)

Forma poskytované sociální služby	Sociální služba	Počet registrovaných sociálních služeb	místo poskytování sociální služby	služba také pro jinou cílovou skupinu	Počet osob s CHDON ¹ PL Opava, u nichž byla identifikována potřeba sociální služby této formy	
					Dlouhodobá hospitalizace	Krátkodobá léčba
Pobytové služby	Domovy zvláštním režimem* se	19	Bohumín	ne	161	114
			Budišov nad Budišovkou	ano		
			Dolní Moravice	ne		
			Frýdek-Místek	ne		
			Frýdlant n. Ostravicí (2x)	ano		
			Karviná	ano		
			Krnov	ano		
			Kyjovice	ano		
			Orlová	ano		
			Ostrava (5x)	ano		
				ano		
				ano		
				ano		
				ano		
			Palkovice	ano		
			Petřvald u Karviné	ano		
			Třinec	ano		
			Vítkov	ano		
	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	1				
	Chráněné bydlení*	5	Opava (2x)	ne ano		
			Orlová	ano		
			Ostrava	ano		
			Pržno	ano		
	Odlehčovací služba	5				
	Domovy pro seniory	6				
	Týdenní stacionář	1				
	CELKEM SLUŽEB	37				
Ambulantní	Odborné sociální	8	Frýdek-Místek	ano	0	254

služby	poradenství		Havířov	ano		
			Karviná	ano		
			Opava (2x)	ne ano		
			Ostrava (3x)	ne ano ne		
	Centra denních služeb	6				
	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	1				
	Sociální rehabilitace*	9	Český Těšín	ano		
			Frýdek-Místek	ano		
			Opava (3x)	ne ano ano		
			Ostrava (3x)	ne ne ano		
			Třinec	ano		
	Sociálně terapeutické dílny*	3	Ludgeřovice	ano		
			Opava	ano		
			Pržno	ano		
	Služby následné péče*	3	Opava (2x)	ano ne		
			Ostrava	ne		
	Denní stacionáře	4				
	Pečovatelská služba	1				
	Odlehčovací služby	1				
	CELKEM SLUŽEB	36				
Terénní sociální služby	Pečovatelská služba	12			0	21
	Odlehčovací služby	9				
	Telefonická krizová pomoc	2	Opava	ne		
			Karviná	ne		
	Osobní asistence	11				
	Sociální rehabilitace*	9	Bruntál	ano		
			Český Těšín	ano		
			Frýdek-Místek (2x)	ne ano		
			Krnov	ano		

			Opava (2x)	ano ano		
			Ostrava	ano		
			Třinec	ano		
	Odborné sociální poradenství	3	Havířov	ano		
			Opava	ano		
			Ostrava	ano		
	Podpora samostatného bydlení*	4	Krnov	ano		
			Opava	ano		
			Ostrava	ano		
			Třinec	ne		
	Průvodcovské a předčítatelské služby	1				
	CELKEM SLUŽEB	51				

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

* stěžejní služby tvořící základní síť sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním

1 CHDON – chronické duševní onemocnění

9.3 Mapové přílohy

Seznam mapových příloh:

1. sociální služby celkem
2. odborné sociální poradenství
3. služby sociální péče (celkem)
4. osobní asistence
5. pečovatelská služba
6. tísňová péče
7. průvodcovské a předčitatelské služby
8. podpora samostatného bydlení
9. odlehčovací služby
10. centra denních služeb
11. denní stacionáře
12. týdenní stacionáře
13. domovy pro osoby se zdravotním postižením
14. domovy pro seniory
15. domovy se zvláštním režimem
16. chráněné bydlení
17. sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
18. služby sociální prevence (celkem)
19. raná péče
20. telefonická krizová pomoc
21. tlumočnické služby
22. azylové domy
23. domy na půl cesty
24. kontaktní centra
25. krizová pomoc
26. intervenční centra
27. nízkoprahová denní centra
28. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
29. noclehárny
30. služby následné péče
31. sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
32. sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
33. sociálně terapeutické dílny
34. terapeutické komunity
35. terénní programy
36. sociální rehabilitace

10. SEZNAM ZKRATEK

BR	okres Bruntál
CNS	centrální nervový systém
ČR	Česká republika
e.p.o.	evidované právnické osoby
EU	Evropská unie
FM	okres Frýdek-Místek
FO	fyzické osoby
IP	individuální projekt
KA	okres Karviná
MS kraj	Moravskoslezský kraj
MSK	Moravskoslezský kraj
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NJ	okres Nový Jičín
NNO	nestátní neziskové organizace
POU	obec s pověřeným obecním úřadem
OP	okres Opava
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
ORP	obec s rozšířenou působností
o.s.	občanské sdružení
OV	okres Ostrava-město
PL Opava	Psychiatrická léčebna Opava
PO	právnické osoby
PO MSK	příspěvková organizace kraje
Řídící skupina	Pracovní skupina pro vznik a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v MS kraji
SR	státní rozpočet
syndrom CAN	z angl. Child Abuse and Neglect – souhrn příznaků týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
ÚP	úřad práce
WHO	Světová zdravotnická organizace
Zákon o sociálních službách	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů
ZP	zdravotní pojišťovna

11. POUŽITÉ ZDROJE

1. Bílý kruh bezpečí: Interdisciplinární přístup k řešení případů domácího násilí na komunitní úrovni. BKB 2005.
2. JANOUŠKOVÁ, K., NEDELNÍKOVÁ D. (Eds.). *Profesní dovednosti terénních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 399 s. ISBN 987-80-7368-504-1.
3. Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb).
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/soc_20_p01.pdf>.
4. Koncepce prevence kriminality Moravskoslezského kraje na léta 2009 – 2011
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/soc_prevence_kriminality_2009-2011.pdf>.
5. Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji.
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/036_koncepce_02.pdf>.
6. Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji.
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/036_koncepce_01.pdf>.
7. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
8. Metodika MPSV ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb v oblasti podpory poskytování sociálních služeb.
Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7472/metodika.pdf>>.
9. Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na období 2009 – 2013.
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/wai_08.html>.
10. Program rozvoje kraje.
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/rr_09.html>.
11. Registr poskytovatelů sociálních služeb.
Dostupné z: <<http://iregistr.mpsv.cz>>.
12. Sociální služby a příspěvek na péči v České republice (Informativní podklad), Ministerská konference o sociálních službách, Sociální služby – Nástroj mobilizace pracovních sil a posilování sociální soudržnosti, Praha, 22. – 23. 2009.
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7018/letak_socialni_sluzby.pdf>.
13. Statistická ročenka MS kraje 2008.
Dostupné z: <<http://www.czso.cz/xt/edicniplan.nsf/publ/13-8101-08-2008>>.
14. Statistická ročenka MS kraje 2009.
Dostupné z: <<http://www.czso.cz/xt/edicniplan.nsf/p/801011-09>>.
15. Strategie integrace romské komunity MS kraje na období 2006 – 2009.
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/nme_strategie_romske_komunity.pdf>.
16. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v MS kraji na období 2009 – 2012.
17. Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje 2005 – 2009.
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/soc_0009_01.pdf>.
18. Strategie rozvoje Moravskoslezského kraje na léta 2009 – 2016.
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/rk_102.html>.
19. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na rok 2008 – 2009.
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/soc_23p01.pdf>.
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

21. Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=134%2F1998&number2=&name=&text=>.
22. Výroční zpráva vězeňské služby za rok 2008
Dostupné z: <http://www.vscr.cz/clanky/?cl_id=1061>.
23. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=48%2F1997&number2=&name=&text=>.
24. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.
Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=>.
25. 1. Akční plán Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb).
Dostupné z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zip/soc_20_akcni_plan.pdf>.