



# Příloha

## Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2013–2015

Odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence MHMP dne 30.6.2012

Mgr. Pavel Bareš, Bc. David Pospíšil, DiS.,

Mgr. Dagmar Žďárská, PhDr. Tomáš Klinecký

## Obsah

1. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2013–2015 .....	5
1.1. Krajský plán rozvoje sociálních služeb a důvody aktualizace SPRSS.....	6
1.2. Procesy tvorby SPRSS na roky 2013–2015 .....	7
1.3. Struktura SPRSS – stručný popis jednotlivých částí.....	9
1.4. Role SPRSS v systému sociální politiky HMP .....	10
2. Zdroje a principy tvorby střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb.....	11
2.1. Koncepční a strategické materiály .....	11
2.1.1. Strategický plán hlavního města Prahy .....	12
2.1.2. Programové prohlášení Rady hl. m. Prahy z 21. 12. 2011.....	13
2.1.3. Ostatní strategické materiály – nadnárodní a národní úroveň .....	13
2.2. Obecné principy SPRSS.....	14
3. Strategie HMP v oblasti řídicího procesu systému sociálních služeb .....	16
3.1. Celková vize HMP v oblasti sociálních služeb .....	16
3.2. Základní prvky a vazby systému sociálních služeb .....	16
3.3. Systém nastavení funkční sítě sociálních služeb na území HMP .....	17
3.4. Potřeby a metody jejich zjišťování .....	19
3.5. Celopražská SWOT analýza.....	20
3.6. Strategie v oblasti spolupráce městských částí a hl. m. Prahy .....	22
3.6.1. Definice problematiky a základní dokumenty .....	23
3.6.2. Základní demograficko-statistická data HMP a MČ .....	23
3.6.3. Priority v sociálních službách na úrovni městských částí .....	26
3.6.4. Spolupráce HMP a MČ při zajištění jednotlivých sociálních služeb.....	28
3.6.5. Navrhované priority do r. 2015 .....	34
Analyticko-strategická část SPRSS podle cílových skupin uživatelů sociálních služeb .....	36
4. Senioři.....	37
4.1. Definice cílové skupiny .....	37
4.2. Statistická a demografická data .....	38
4.3. Druhy, četnost sociálních služeb .....	43
4.4. Definice nezbytných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS.....	47
5. Osoby se zdravotním postižením .....	49
5.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty.....	49
5.2. Statistická a demografická data .....	50
5.3. Jednotlivé cílové podskupiny osob se zdravotním postižením .....	56

6. Osoby s tělesným, smyslovým a kombinovaným a jiným postižením.....	58
6.1. Definice cílové skupiny .....	58
6.2. Druhy, četnost sociálních služeb .....	58
6.3. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS .....	65
7. Osoby s mentálním postižením (s poruchou učení).....	67
7.1. Definice cílové skupiny a její specifika.....	67
7.2. Druhy, četnost sociálních služeb .....	68
8. Osoby s duševním onemocněním .....	73
8.1. Definice cílové skupiny a její specifika.....	73
8.2. Druhy, četnost sociálních služeb .....	74
9. Rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci .....	79
9.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty .....	79
9.2. Statistická a demografická data .....	81
9.3. Druhy, četnost sociálních služeb .....	82
9.4. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS.....	86
10. Osoby v krizi a oběti trestných činů .....	88
10.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty .....	88
10.2. Statistická a demografická data .....	90
10.3. Druhy, četnost sociálních služeb .....	92
10.4. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS .....	93
11. Cizinci.....	96
11.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty .....	96
11.2. Statistická a demografická data .....	96
11.3. Druhy, četnost sociálních služeb .....	99
12. Národnostní (etnické) menšiny .....	103
12.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty.....	103
12.2. Statistická a demografická data .....	103
12.3. Druhy, četnost sociálních služeb .....	105
13. Osoby ohrožené závislostí .....	109
13.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty .....	109
13.2. Statistická a demografická data .....	110
13.3. Druhy, četnost sociálních služeb .....	111
13.4. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS .....	114
14. Osoby bez přístřeší (bezdomovci) .....	116

14.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty .....	116
14.2. Statistická a demografická data .....	118
14.3. Druhy, četnost sociálních služeb .....	120
14.4. Definice nezbytných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS.....	122
14.5. Návrh priorit a opatření v této oblasti do roku 2015 .....	123
15. Finanční část .....	125
15. 1. Zdroje financování v oblasti sociálních služeb.....	125
15.1.1. Finanční prostředky z veřejných zdrojů na poskytování sociálních služeb na území HMP .....	125
15.1.2. Úhrady od uživatelů sociálních služeb.....	129
15.1.3. Fondy zdravotních pojišťoven .....	129
15.1.4. Příjmy ze strukturálních fondů EU.....	130
15.1.5. Shrnutí zdrojů financování sociálních služeb za roky 2009-2011.....	130
15.2. Grantový systém podpory sociálních služeb HMP .....	133
15.2.1. Tříleté granty .....	134
15.2.2. Jednoleté granty .....	134
15.3. Provázanost finančního hodnocení sociálních služeb a strategie rozvoje sociálních služeb na úrovni HMP.....	136
15.3.1. Důležitá informace pro poskytovatele sociálních služeb v systému evidence a hodnocení .....	137
15.4.2. Plán financování sociálních služeb na léta 2014–2015 .....	146
16. Principy kontroly a aktualizace SPRSS .....	148
Seznam použitých zkratk .....	149
Vymezení nejdůležitějších používaných pojmů.....	150
Zdroje .....	153
Seznam tabulek, grafů, obrázků .....	158
Tabulka systému hodnocení jednotlivých druhů sociálních služeb .....	161
Další statistická data HMP .....	167

# 1. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2013–2015

Hlavní město Praha (dále jen „HMP“) je zodpovědné za správu procesu řízení systému sociálních služeb na svém území. Jedním z důležitých nástrojů řízení systému sociálních služeb je střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (dále jen „SPRSS“), který definuje podobu sítě sociálních služeb na území HMP, dále základní podmínky a prostředky nutné pro její zajištění.<sup>1</sup>

Sociální službou rozumíme soubor činností pomáhající řešit nepříznivé sociální situace směrem k sociálnímu začlenění znevýhodněných osob. **Obsah plánu rozvoje sociálních služeb** upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů takto:

Plánem rozvoje sociálních služeb se rozumí výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobu jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis způsobu zpracování plánu, popis a analýza existujících zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, 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 (§ 3 písm. h).

SPRSS je součástí žádosti o poskytnutí dotace MPSV na příslušné následující rozpočtové období. Podle § 101 odst. (4) žádost obsahuje mimo jiné zpracovaný střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, který obsahuje ekonomickou analýzu v plánu identifikovaných potřeb a způsob jejich finančního zajištění.

**Povinnost kraje tvořit SPRSS** (včetně některých parametrů) vyplývá z výše uvedeného zákona:

§ 95 písm. d) Kraj zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, a informuje obce na území kraje o výsledcích zjištěných v procesu plánování, při zpracování plánu kraj přihlíží k informacím obce sděleným podle § 94 písm. e) a k údajům uvedeným v registru podle § 85 odst. 5.

§ 95 písm. e) Kraj sleduje a vyhodnocuje plnění plánů rozvoje sociálních služeb za účasti zástupců obcí, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou sociální služby poskytovány.

§ 94 písm. e) Obec spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje, za tím účelem sděluje kraji 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.

<sup>1</sup> In Metodiky pro vytváření optimální krajské sítě sociálních služeb a pro plánování finančních prostředků v rámci procesů vytváření krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb (2011)

## 1.1. Krajský plán rozvoje sociálních služeb a důvody aktualizace SPRSS

Aktualizovaný SPRSS navazuje na jednoleté Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb na území HMP z let 2008, 2009 a 2010. Poslední schválený dokument Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území HMP na léta 2011–2013 byl vzat na vědomí usnesením Rady HMP č. 296 ze dne 15. března 2011 s doporučením jeho aktualizace.

### Hlavní důvody aktualizace SPRSS

- Definovat pozici HMP jako správce systému řízení sociálních služeb na svém území.
- Nastavit složky procesu v systému řízení sociálních služeb.
- Definovat obecné principy podpory sociálních služeb na území HMP.
- Přepracovat nedostatečnou analytickou reflexi demograficko-sociálních trendů v krátkodobém, střednědobém i dlouhodobém horizontu.
- Přepracovat nedostatečnou strategickou úroveň současného SPRSS na území HMP na léta 2011–2013 především s ohledem na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který předpokládá, že tvorba sítě sociálních služeb a její financování bude od roku 2014 zajišťována a garantována z úrovně krajů.
- Nastavit pravidla provázanosti mezi systémem strategie v oblasti poskytování sociálních služeb a systémem financování sociálních služeb ve vztahu k předpokládaným zdrojům financování.
- Nastavit spolupráci mezi HMP a MČ na úrovni sběru dat, financování a strategie v oblasti poskytování a financování sociálních služeb.

SPRSS na období 2013–2015 má ambici *hlavní důvody aktualizace* naplnit nebo nastavit konkrétní kroky (ve formě přijatých priorit), jak se s důvody aktualizace vypořádat nejpozději do roku 2014.

### Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území HMP na období 2013–2015 je

- Strategickým dokumentem HMP v oblasti poskytování sociálních služeb.
- Strategickým dokumentem vytvořeným na základě principů, které vycházejí ze strategií nadnárodní, národní, krajské a obecní úrovně.
- Strategickým dokumentem HMP střednědobého charakteru, který je založen na základních trendech a odhadech demografického vývoje v dlouhodobější perspektivě.
- Jedním z významných praktických nástrojů řízení sociální politiky na úrovni HMP.
- Strategickým dokumentem, jehož účelem je vytvoření finančně udržitelné funkční sítě sociálních služeb na území HMP, která reaguje na potřeby osob, kterým jsou sociální služby určeny.

## 1.2. Procesy tvorby SPRSS na roky 2013–2015

Dne 3. května 2011 byla Radou HMP jmenována Komise Rady HMP pro plánování sociálních služeb<sup>2</sup>, která 25. května 2011 schválila dokument Organizační struktura plánování sociálních služeb. Na základě toho vznikly tři stálé pracovní skupiny:

Stálé pracovní skupiny (PS)	
<b>PS pro strategii rozvoje poskytování sociálních služeb</b>	odborné zázemí v otázkách systémového, koordinačního a metodického prostředí při vytváření strategických dokumentů rozvoje sociálních služeb
<b>PS pro financování sociálních služeb</b>	odborné zázemí v otázkách propojení financování s procesy plánování sociálních služeb
<b>PS koordinátorů a kontaktních osob na MČ</b>	nastavení formy spolupráce a parametry systémové provázanosti mezi MČ a HMP

Stálé pracovní skupiny mají podobu expertní báze, která spolupracuje na nastavení funkční sítě sociálních služeb na území HMP z pohledu strategie, financování a spolupráce MČ a HMP.

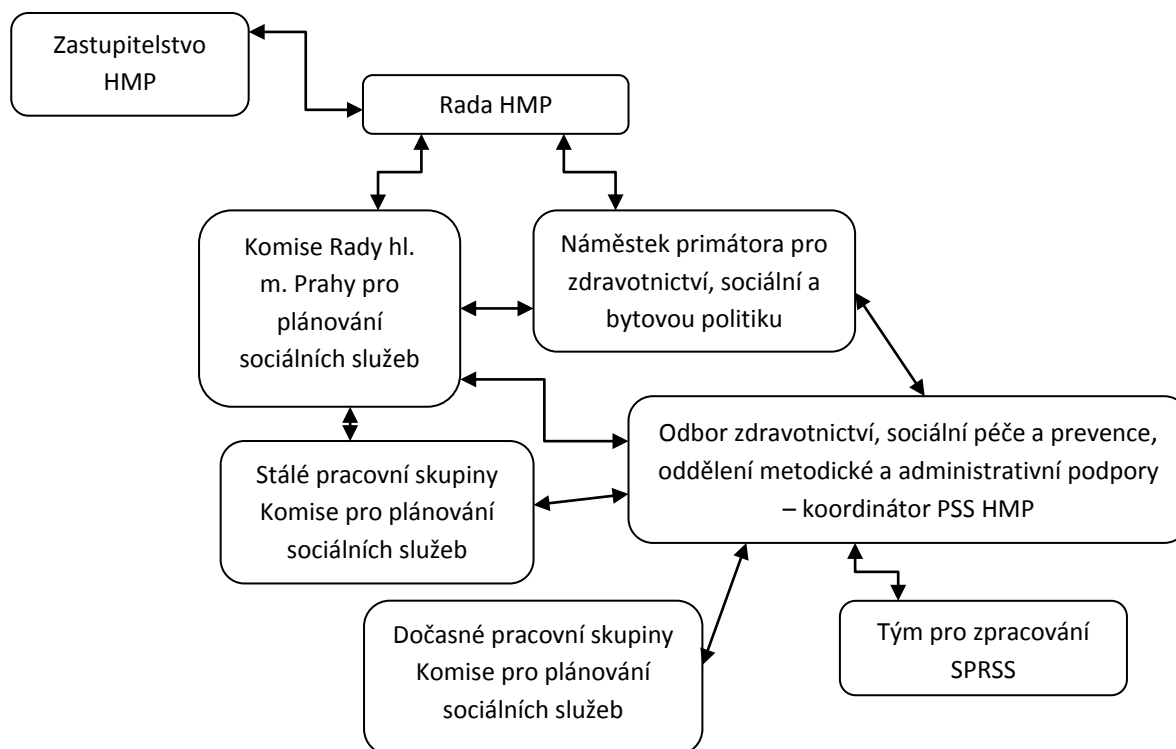
Dále vzniklo devět dočasných pracovních skupin podle cílových skupin uživatelů sociálních služeb:

Dočasné pracovní skupiny
<b>senioři</b>
<b>osoby s tělesným, smyslovým a kombinovaným postižením</b>
<b>osoby s duševním onemocněním</b>
<b>osoby s mentálním postižením</b>
<b>osoby v krizi a oběti trestných činů</b>
<b>osoby se závislostí</b>
<b>osoby bez přístřeší</b>
<b>cizinci a národnostní menšiny</b>
<b>rodina, děti a mládež v krizi</b>

Dočasné pracovní skupiny mají podobu odborné báze, ve které jsou zastoupeni především poskytovatelé sociálních služeb, a která má definovat problémové okruhy v poskytování sociálních služeb (pomocí SWOT analýz), navrhnout řešení problematických okruhů (z pohledu poskytování sociálních služeb pro danou cílovou skupinu) a definovat priority, opatření a aktivity ve střednědobém horizontu. Jednotlivá pracovní jednání v rámci dočasných pracovních skupin probíhala od října 2011 do ledna 2012. Celkový výstup z jednání dočasných pracovních skupin je zveřejněn na Portálu pro sociální oblast města Prahy.

<sup>2</sup> Dne 31. 1. 2012 bylo Radou HMP jmenováno nové složení Komise pro plánování sociálních služeb.

## Základní organizační schéma



V roce 2011 a 2012 v rámci procesů plánování vznikly čtyři důležité materiály, které jsou využity jako podkladové materiály při aktualizaci SPRSS a jsou dostupné na webovém Portálu pro sociální oblast města Prahy:

Dokument	Popis
<b>Výkaz financování a strategie v oblasti poskytování sociálních služeb na SO MČ Praha 1 až 22 (dále jen „Výkaz“)</b>	výkaz financování SO MČ jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb v rámci vlastních grantových (či jiných) zdrojů, dále strategie v oblasti poskytování sociálních služeb na úrovni MČ, které nemají zpracované a schválené strategické dokumenty v oblasti poskytování sociálních služeb
<b>Sociální služby v roce 2011 na území HMP</b>	kvantifikace poskytování sociálních služeb pro devět cílových skupin (počet uživatelů, kapacity) dle schválené strategie SPRSS s ohledem na demografické trendy a statistická data
<b>Odborné podklady z jednání dočasných pracovních skupin (dále jen „Výstupy“)</b>	definování problémových okruhů v oblasti poskytování sociálních služeb (SWOT analýzy) a navrhnout možná řešení (z pohledu poskytování sociálních služeb pro danou cílovou skupinu)
<b>Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území HMP (dále jen „Analýza“)</b>	kvalitativní výzkum potřeb a nabídky služeb na území HMP u devíti cílových skupin uživatelů sociálních služeb (dle schválené strategie v oblasti plánování) a skupiny osob pečujících. Výstupy z kvalitativní analýzy byly ověřeny metodou ohniskových skupin.



### Harmonogram tvorby aktualizovaného SPRSS

<b>vznik Komise Rady HMP pro plánování sociálních služeb</b>	3. května 2011
<b>dokončen materiál Výkaz financování a strategie v oblasti sociálních služeb</b>	říjen 2011
<b>schválení obsahové aktualizace SPRSS</b>	říjen 2011
<b>činnost stálých a dočasných pracovních skupin</b>	říjen 2011–leden 2012
<b>dokončen materiál Sociální služby v Praze v roce 2011</b>	říjen 2011
<b>zahájení práce na aktualizovaném SPRSS</b>	únor 2012
<b>dokončení materiálu výstupů z dočasných pracovních skupin</b>	březen 2012
<b>dokončení materiálu Analýza nabídky a potřeb služeb na území HMP</b>	duben 2012
<b>SPRSS předán k veřejnému připomínkování</b>	září 2012

### 1.3. Struktura SPRSS – stručný popis jednotlivých částí

#### Zdroje a principy tvorby SPRSS

SPRSS vychází ze základních dokumentů evropské, národní a krajské úrovně, které zahrnují principy systému poskytování sociálních služeb. Níže explicitně zmíněné principy tvoří nezbytná základní východiska každé strategie v oblasti systému sociálních služeb.

#### Strategie HMP v oblasti řídicího procesu systému sociálních služeb

HMP definuje vizi, která by měla být postupně naplňována prostřednictvím aktivit, které povedou k tvorbě funkčního systému sítě sociálních služeb. SPRSS v této části identifikuje prvky a vazby systému sociálních služeb, následně definuje procesy systému řízení sociálních služeb a úlohu SPRSS v tomto systému.

Následně SPRSS pracuje se SWOT analýzou (jako metodou strategického plánování) poskytování sociálních služeb na úrovni kraje. Výstupy ze SWOT analýzy se promítají do konkrétních strategických opatření SPRSS.

Tento oddíl reflektuje strategické výstupy v oblasti sociálních služeb jednotlivých MČ a popisuje spolupráci v oblasti sociálních služeb na území HMP definováním druhů sociálních služeb celopražských a místních.

#### Analyticko-strategická část SPRSS podle cílových skupin uživatelů sociálních služeb

V následujícím oddílu propojuje SPRSS analytickou a strategickou část se zaměřením na jednotlivé cílové skupiny uživatelů sociálních služeb. Každá část vychází z definice cílové skupiny a popisu relevantních strategických dokumentů. Významným zdrojem informací jsou socio-demografická data a následná predikce odhadu vývoje. Navazuje analýza sociálních služeb (četnost, kapacity a problematiky) u dané cílové skupiny na úrovni

územního rozdělení. Ve strategické části jsou definovány druhy sociálních služeb, které bude na svém území HMP podporovat a které naopak nebude. Tato část je provázána s prioritami a opatřeními v dané cílové skupině ve střednědobém horizontu s vyčíslením nákladů na realizaci navržených opatření. Součástí oddílu je dlouhodobější predikce založená na trendech v oblasti poskytování sociálních služeb včetně návrhu konkrétních opatření.

#### **Finanční část**

SPRSS popisuje současný systém financování sociálních služeb, analyzuje zdroje systému financování. Ve finanční části budou popsány principy systému financování sociálních služeb HMP a návaznost systému na strategickou část. V oddílu jsou objasněny finanční zdroje na realizaci navrhovaných opatření.

#### **Realizační část**

SPRSS přehledným způsobem (ve formě tabulky) definuje kroky v naplňování strategie řízení sociálních služeb na území HMP. Tabulka obsahuje dosažitelné cíle, konkrétní kroky realizace (opatření, aktivity) s termíny plnění a popsanou odpovědností. Realizační část obsahuje kontrolní a aktualizací mechanismy.

### **1.4. Role SPRSS v systému sociální politiky HMP**

SPRSS je významným nástrojem procesu řízení sociální politiky HMP v oblasti sociálních služeb. Jde o strategický dokument, který rozhodujícím způsobem ukazuje (a zároveň garantuje), kam (a komu) a za jakých podmínek chceme směřovat veřejné prostředky v oblasti poskytování sociálních služeb. Jde o politický závazek a odpovědnost HMP v oblasti naplňování výstupů plánu. HMP má k úspěšné realizaci dokumentu všechny nástroje - odbor ZSP MHMP, možnost spolupráce s MČ, systém financování poskytovatelů sociálních služeb, rozpočet HMP. Odpovědnost před občany nesou samosprávné orgány HMP. Plán obsahuje transparentní mechanismy, které umožňují pravidelnou kontrolu plnění SPRSS.

## 2. Zdroje a principy tvorby střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb

### 2.1. Koncepční a strategické materiály

SPRSS na roky 2013–2015 respektuje a reflektuje následující koncepční a strategické zdroje:

#### Dokumenty evropské úrovně

- Evropský sociální program (2000)
- Evropská sociální charta (2000), ratifikovaná Českou republikou zákonem č. 14/2000

#### Národní strategické materiály

- Bílá kniha v sociálních službách (2003)
- Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009–2012
- Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011–2016
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti (2007)

#### Dokumenty hl. m. Prahy

- Strategický plán hlavního města Prahy (aktualizace 2008)
- Programové prohlášení rady hl. m. Prahy (21. prosince 2011)

#### Strategické dokumenty městských částí Praha 1-22

- Komunitní plán rozvoje sociálních služeb městské části Praha 3 na období 2010–2014
- Koncepce sociální oblasti městské části Praha 4 pro období 2011–2014
- Plán rozvoje a udržitelnosti sociálních a souvisejících služeb na území MČ Praha 9 na období 2012–2014
- Akční plán rozvoje a udržitelnosti sociálních a návazných služeb na území MČ Praha 10 na r. 2012
- Komunitní plán rozvoje sociálních služeb v MČ Praha 12 2006–2014
- Komunitní plán sociálních služeb na území MČ Praha 14, aktualizace na období 2012–2014
- Střednědobý plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb v MČ Praha – Letňany na období 2008–2015, aktualizovaný k 1. 1. 2011
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro MČ Praha 22 a MČ Praha – Kolovraty, aktualizace na období 2012–2013

### 2.1.1. Strategický plán hlavního města Prahy

Z úrovně HMP musí být každý strategický materiál kompatibilní především se **Strategickým plánem hlavního města Prahy**. Jedná se o komplexní programový dokument schválený ZHMP 11. 12. 2008. Oblasti sociálních služeb se týkají tyto aktivity a principy realizace cílů:

L 1.4 Podpora účinného systému rozvoje a plánování sociálních služeb
Podporovat subjekty poskytující různé formy pomoci lidem v tísní a krizových situacích vytvářením materiálních a prostorových podmínek v souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb a navazujících projektů.
Vzdělávat a specializovat sociální pracovníky (podle zákona o sociálních službách).
Rozšířit spolupráci veřejného a soukromého sektoru při zajišťování sociálních služeb.
Podporovat inovační postupy v oboru zdravotních a sociálních služeb zvyšující jejich kvalitu, zlepšovat poradenskou činnost. Vzhledem k demografické situaci rozvíjet všechny formy sociální práce se staršími občany metodou komunitního plánování sociálních služeb.
Rozvíjet systém sociálních služeb moderními a inovačními metodami plánování s důrazem na zapojování jejich uživatelů a poskytovatelů např. metodou komunitního plánování. Ve spolupráci s nimi vytvářet Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb.
Podporovat a aktivizovat sociálně slabé skupiny obyvatel, osoby v tísní a krizových situacích.
Podporovat rodiny s dětmi a rodinnou péči.
Podporovat seniory, udržovat jejich soběstačnost v domácím prostředí, přizpůsobovat systém poskytování sociálních služeb aktuálním podmínkám a potřebám seniorů.
Pomáhat rozvoji nestátních neziskových organizací v oblasti poskytování sociálních a dalších doplňujících služeb.

L 1.5 Preferování moderních způsobů poskytování sociálních služeb
Podporovat terénní zdravotní péči a sociální pomoc.
Zvýšit konkurenceschopnost městských a nestátních zařízení umožňujících zvýšení kvality i rozsahu péče.
Preferovat vznik a provoz sociálních zařízení s menší kapacitou, snažit se o jejich rozmístění na celém území Prahy.
Podporovat rodiny, které zajišťují domácí péči o své handicapované členy.
Monitorovat kvalitu sociálních služeb podle standardů kvality sociálních služeb a hájit zájmy klientů a marginálních skupin, kteří potřebují sociální pomoc a využívají sociální a další doplňující služby.

L 1.6 Odstraňování bariér pro znevýhodněné skupiny obyvatel
Podporovat zvýšení kvality života handicapovaných osob.
Odstraňovat bariéry v objektech a při vstupech do nich, na veřejných prostranstvích a ve všech druzích veřejné dopravy.
Podporovat integraci handicapovaných do společnosti, umožnit jim co nejširší pracovní uplatnění a pobyt v domácím prostředí.
Podporovat vytváření podmínek pro vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a pro zajištění rovného přístupu ke vzdělávání.

Strategický plán hl. m. Prahy je dále rozpracován do návrhů hlavních úkolů pro období

2009-2015 v tzv. **Programu realizace strategické koncepce hl. m. Prahy**. Jako hlavní úkol v sociální oblasti je definováno vymezení a rozvoj sítě sociálních služeb:

Program realizace strategické koncepce hl. m. Prahy
Vytvořit strategii rozvoje sociálních služeb a služeb návazných.
Vytvořit systém jejího financování, který bude obsahovat vizi a priority rozvoje.
Nastavit systém financování sociálních služeb a služeb návazných na základě jejich potřeby, kvality, nákladovosti a efektivity vynakládaných prostředků.
Podpora sítě sociálních služeb prostřednictvím grantových programů hl. m. Prahy: I. Podpora sociálních služeb poskytovaných občanům hlavního města Prahy, II. Podpora služeb, které vhodným způsobem navazují a doplňují sociální služby, IV. Podpora nových sociálních služeb na území hl. m. Prahy.

### 2.1.2. Programové prohlášení Rady hl. m. Prahy z 21. 12. 2011

Podle programového prohlášení Rady HMP je sociální politika jednou z jejích priorit. Zaměřena bude na **podporu rodin**, sociální služby by měly umožnit zejména **seniorům a handicapovaným co nejdéle setrvat v přirozeném prostředí domova**. Praha se bude snažit zvyšovat počet míst v sociálních zařízeních a podpoří i **vznik denních stacionářů**.

#### K tomu Rada do konce volebního období:

vytvoří podmínky pro rozvoj domácí péče jako základ sociální politiky pro seniory a handicapované občany;  
 podpoří vznik denních stacionářů a denních nízkoprahových center pro seniory, zdravotně postižené a další osoby ohrožené sociálním vyloučením;  
 bude podporovat bezbariérové bydlení a výstavbu domovů pro seniory a domů s pečovatelskou službou;  
 bude přísně kontrolovat způsob a efektivnost využití grantů v oblasti sociálních služeb, mimo jiné i tím, že postupně zavede víceleté granty;  
 spustí centrální informační systém pro seniory v rámci stávajících zdrojů a nástrojů, které má hl. m. Praha k dispozici;  
 vytvoří jednotný tísňový systém, který seniorům v případě potíží zprostředkuje okamžitou pomoc;  
 vytvoří koncepci řešení problému bezdomovectví a integrace osob bez přístřeší na pracovním trhu.

### 2.1.3. Ostatní strategické materiály – nadnárodní a národní úroveň

Sociální politika České republiky vychází ze základních dokumentů Evropské Unie. Zákonem č. 14/2000 Sb. m. s. byla ratifikována **Evropská sociální charta (ESCH)**, dokument Rady Evropy z roku 1961. Charta deklaruje základní práva občanů na sociální péči a to článkem 13, který říká:

**Každému se může prostřednictvím kompetentních veřejných nebo soukromých služeb dostat takového poradenství a osobní pomoci nezbytné k zabránění, odstranění nebo zmírnění stavu potřeby jednotlivce nebo rodiny.**

Článek 14 se týká práva využívat služby sociální péče. Státy ratifikující ESCH se zavazují povzbuzovat účast jednotlivců a dobrovolných a jiných organizací při zakládání nebo

udržování takových služeb. Článek 15 zakládá právo tělesně nebo duševně postižených osob na odbornou přípravu k výkonu povolání, rehabilitaci a na profesní a sociální readaptaci. V roce 2000 byl přijat **Evropský sociální program**, jehož jedním z cílů je předcházení sociálnímu vyloučení usnadněním vstupu ohroženým skupinám na trh práce, a to mimo jiných následujícími opatřeními:

**Vytvářet podmínky pro účinné partnerství se sociálními partnery, nevládními organizacemi, místními úřady a organizacemi provozujícími sociální služby. Zapojit podniky do tohoto partnerství a posilovat tak jejich sociální odpovědnost.**

Základní principy poskytování sociálních služeb definuje **Bílá kniha v sociálních službách**, dokument MPSV z roku 2003. Jsou jimi:

- podpora nezávislosti a autonomie uživatele služeb
- začlenění a integrace
- respektování potřeb (individuálních a společností)
- partnerství
- kvalita
- rovnost bez diskriminace
- standardy národní, rozhodování na místě

## 2.2. Obecné principy SPRSS

I na základě výše uvedených skutečností HMP definuje tři hlavní obecné principy rozepsané v jednotlivých tezích, které jsou v souladu se základními koncepčními a strategickými materiály. Principy tvoří základní osu uvažování a fundamentálně se promítají do procesů plánování sociálních služeb na území HMP. Procesy plánování sociálních služeb na území HMP tedy nemohou být v rozporu se základními principy.

### Princip nezastupitelnosti a jedinečnosti sociálních služeb

- Sociální služby jsou důležitou a nezastupitelnou součástí systému veřejných služeb a míra jejich podpory je projevem kulturní i společenské vyspělosti.
- Vyspělou společnost poznáme také podle toho, jak se dokáže postarat o své znevýhodněné občany.
- Pracovnice a pracovníci poskytující sociální služby odvádějí náročnou, úctyhodnou a společensky potřebnou práci.

### Princip práva na důstojný život

- Každý občan má právo na důstojný a plnohodnotný život.
- Právo občanů na důstojný a plnohodnotný život je u znevýhodněných osob také naplňováno prostřednictvím sociálních služeb.

- Je třeba podporovat vlastní schopnost a samostatnost osob při řešení jejich životních potřeb. Poslání sociálních služeb nespočívá v tom, aby občanům organizovalo život, ale pomáhalo jim překonat obtížné životní situace.
- HMP podporuje terénní a ambulantní sociální služby, které umožňují občanům žít plnohodnotný a důstojný život v přirozeném prostředí (v rodině).
- Nezbytná je podpora procesů změn a transformace v pobytových sociálních službách. Jde o procesy zaměřené na podporu nejvyšší možné míry zapojení do běžného života pro znevýhodněné osoby.

### Princip připravenosti

- Na základě sociálních a demografických trendů ve společnosti lze spolehlivě predikovat stárnutí populace, pravděpodobnou kumulaci některých sociálně patologických jevů na území HMP i stratifikaci společnosti ve víceletém horizontu. Trendům je nutné přizpůsobit systém sociálních služeb, včetně financování tohoto systému.
- Lze předpokládat, že dramaticky poroste význam a objem sociálních služeb pro osoby ve vyšším věku, ale i význam a objem služeb sociální prevence, které napomáhají osobám k překonání jejich nepříznivé životní situace a předcházejí šíření společensky nežádoucích jevů. Sociální služby jsou nástrojem prevence, který je vždy levnější a vhodnější než řešení následků a v konečném důsledku šetří výdaje veřejných rozpočtů.

## 3. Strategie HMP v oblasti řídicího procesu systému sociálních služeb

### 3.1. Celková vize HMP v oblasti sociálních služeb

HMP chce vytvářet a spravovat moderně koncipovanou, na potřeby uživatelů pružně reagující, funkční síť kvalitních sociálních služeb, která bude efektivně využívat sociálních služeb realizovaných různými typy poskytovatelů, bude průběžně dotvářena a aktualizována za aktivní účasti samosprávných orgánů, jednotlivých poskytovatelů, uživatelů služeb i široké veřejnosti. Základními atributy funkční sítě sociálních služeb musí být **dostupnost** pro uživatele, **kvalita**, **efektivita** a v neposlední řadě **stabilita**.

SPRSS je nástrojem k naplňování celkové vize HMP v oblasti sociálních služeb, který definuje základní parametry systému.

### 3.2. Základní prvky a vazby systému sociálních služeb

Základními prvky systému jsou samotní aktéři, kterých se systém sociálních služeb jakkoliv týká. **Hlavní aktéři systému sociálních služeb** jsou:

- orgány výkonu státní správy (MPSV a přenesený výkon státní správy realizovaný HMP či MČ);
- orgány výkonu samosprávy (HMP, MČ);
- poskytovatelé sociálních služeb;
- uživatelé sociálních služeb, jejich rodiny a sociální okolí;
- nadace, donátoři, dárci;
- výzkumné a vzdělávací instituce.

V systému sociálních služeb dochází k prolínání činností (ale i zájmů) jednotlivých aktérů, ale ve vzájemné interakci tvoří podobu celého systému. Na úrovni plánování je třeba identifikovat vazby této interakce, kterou jsou jednotlivé prvky systému propojeny. **Hlavní vazby systému sociálních služeb** jsou:

- státní a regionální politika;
- financování sociálních služeb (jak z veřejných zdrojů, tak od uživatelů a soukromých zdrojů);
- právní předpisy (na úrovni EU, ČR, HMP i MČ);
- současné nástroje řízení systému (registrace, inspekce kvality, vykazování dat do OK systému, plány sociálních služeb aj.);
- potřeby občanů;
- poptávka po službách;



- formální a reálná nabídka sociálních služeb od poskytovatelů;
- výzkumná a analytická činnost.

System hlavních prvků (aktérů) systému a jeho vazeb není vyčerpávající, ale jde o popis hlavních mechanismů, které vytvářejí systém sociálních služeb.

### 3.3. System nastavení funkční sítě sociálních služeb na území HMP

HMP vychází z faktu, že současná síť sociálních služeb pro občany HMP není ideální, má mnohé nedostatky, ale je veskrze funkční a většinou vznikala jako reakce na potřeby občanů HMP. Současná síť sociálních služeb na území HMP je konsenzem mezi MČ (obcemi), HMP (krajem) a MPSV (státem).

Cílem HMP ve střednědobém horizontu je přesněji definovat a modelovat otevřenou síť sociálních služeb na základě stanovení jasných parametrů, které sníží na minimum podíl subjektivního hodnocení. Musí jít o bezodkladný proces (2013–2014), pokud možno administrativně nenáročný s maximální komptabilitou a využitím celostátních procesů (např. výstupy z projektu ESF Podpora procesů v sociálních službách MPSV).

Zákon o sociálních službách od roku 2014 předpokládá převod financování sociálních služeb z národní úrovně na krajskou úroveň. Z toho důvodu HMP, jako budoucí správce systému sociálních služeb na svém území, musí realizovat následná opatření, která jsou rozdělena do čtyř fází s časovou návazností.

#### Analytická fáze

- Definice (a přijetí) **jednotného pojmového aparátu** v rámci systému sociálních služeb (kapacita, úkony přímé péče, intervence, kontakt atd.).
- Zavést systematické **kontroly** současného stavu poskytování sociálních služeb na základě jednotného pojmového aparátu (primárně založenou na ověřování údajů z Registru, Výkazů a Žádostí o grant HMP).
- Tvorba aktualizované **mapy sociálních služeb** na území HMP na základě provedených kontrol.
- Tvorba **modelu spolupráce HMP a MČ** v oblasti nastavení funkční sítě sociálních služeb na území HMP (jak v oblasti kontrolní, tak v oblasti zjišťování potřeb a strategie rozvoje sociálních služeb).

#### Komparativní fáze

- Na základě zjištěného definovat **cíle systému sociálních služeb** (tvorbu sítě sociálních služeb s určitými parametry a minimálními doporučenými standardy).
- Na základě zjištěného propojit a sjednotit **system evidence** uživatelů sociálních služeb skrze jednotný system elektronického výkaznictví poskytovatelů sociálních služeb (kolik konkrétních činností v určitém druhu sociální služby využil konkrétní uživatel).

- Na základě zjištěného nově **analyzovat současné zdroje financování** systému sociálních služeb a vyhodnotit jejich nákladovost a efektivitu.
- Na základě zjištěného **definovat výkon a kapacity** na úrovni personálních normativů pro jednotlivé druhy sociálních služeb.
- Na základě zjištěného definovat **parametry kvality** v poskytování sociálních služeb.

### Realizační fáze

- Veřejně definovat **finanční cenu druhu sociální služby** v daných kapacitách a minimálních doporučených standardech.
- Tvorba, vymezení a definování **funkční sítě sociálních služeb** na území HMP včetně konkrétních poskytovatelů sociálních služeb.
- Zavést **systém víceletého financování HMP pro poskytovatele** v síti sociálních služeb.
- Na základě zjištěného (reálného) a očekávaného (předpokládaného) růstu/poklesu kapacit a očekávaného (předpokládaného) růstu/poklesu finančních zdrojů **modelovat udržitelný systém sociálních služeb ve střednědobém horizontu**.
- Nastavit nový **model výkaznictví** poskytovatelů sociálních služeb, který bude umět lépe vyhledávat mezery mezi poptávkou/nabídkou sociálních služeb a reflektovat změny ve zdrojích financování.

### Kontrolní fáze

- Zavést jednoduchý systém periodických **kontrol fungování sítě sociálních služeb** na území HMP (v oblasti kapacit, kvality, výdajů a efektivity).
- Od systému kontrol a výkaznictví odvíjet flexibilitu nastaveného systému sociálních služeb formou **jednoletých akčních plánů**.
- Zavést **evaluační mechanismy** procesů plánování sociálních služeb.

Tyto fáze budou rozpracovány do jednotlivých opatření v rámci realizační části SPRSS.

Je třeba konstatovat, že takto nastavený systém sociálních služeb **musí probíhat na kvalitativně jiné bázi spolupráce HMP a MČ**, než je tomu v současné době. Samotné HMP zásadní změnu systému není schopno realizovat.

Dalším důležitým faktem je, že řada popsaných aktivit nachází svůj odraz na centrální úrovni (MPSV), především realizací projektu Podpora procesů v sociálních službách z ESF EU. HMP, jako správce systému sociálních služeb, může využít výstupy tohoto projektu např. v oblasti definování jednotného pojmového aparátu, definicí výkonů a kapacit, výkaznictví a nastavení parametrů v oblasti plánování atd. Kompatibilita těchto procesů je v oblasti tvorby a řízení systému sociálních služeb podstatná.

### 3.4. Potřeby a metody jejich zjišťování

Definovat potřebnost sociálních služeb v rámci procesů plánování je komplikovaný úkol. Přesto je přístup k této problematice zásadní, neboť zjišťování potřeb je zákonnou povinností obcí a krajů při plánování rozvoje sociálních služeb.

Z úrovně HMP respektujeme **tři základní přístupy**, které jsme v různé míře akcentovali na úrovni HMP.

#### Parametr č. 1 – Potřeby (a z toho odvozená potřebnost) jsou zjišťovány od uživatelů sociálních služeb

- Na škále důležitosti jsou identifikovány reálné lidské potřeby v širším slova smyslu (např. potřeba spánku, stravy, bezpečí, komunikace, sebeprosazení, spirituality) na úrovni individua a rodiny, poté se stanovuje saturace takto identifikovaných potřeb systémem sociálních služeb. Výzkumnou metodou bývá rozhovor (dotazník), kde jsou dotazováni reální (nebo potencionální) uživatelé sociálních služeb. Vážným problémem je potom oddělení přání uživatele od skutečné potřeby a nevyvážená informovanost uživatelů o spektru sociálních služeb obecně.

#### Parametr č. 2 – Potřebnost zjišťovaná od poskytovatelů sociálních služeb (potažmo odborné veřejnosti)

- Kvalifikovaným odhadem poskytovatele a mírou uživatelů čekajících na sociální službu jsou identifikovány individuální potřeby (a z toho odvozená potřebnost) cílové skupiny. Výzkumnou metodou bývá rozhovor (dotazník) a analýza výkaznictví, především výkazů o provozu služeb. Problémem může být, zda u uživatelů žádajících o sociální službu nejde o duplicitu (identický uživatel žádá o službu u více organizací) a kvalifikovaný odhad není jen produktem jednostranného zaměření poskytovatele sociálních služeb na svoji cílovou skupinu uživatelů. Tím, že zatím chybí jednotný evidenční systém u poskytovatelů sociálních služeb, který by případné duplicity vyhodnotil a odstranil, tak problematika potřebnosti ze strany poskytovatelů služeb nemusí být zcela reálná. Sama o sobě jako jediný parametr potřebnosti nemůže stačit.

#### Parametr č. 3 – Potřebnost určená na základě demografických dat a statistických ukazatelů

- Identifikovat společenskou potřebnost jednotlivých druhů sociálních služeb na základě četností a trendů (dlouhodobých a krátkodobých) a vytvořit tzv. normativy (kolik sociálních služeb konkrétního druhu je třeba k zajištění potřeb určitého počtu uživatelů na územní jednotce). Výzkumnou metodou bývá analýza dokumentů a dat z veřejných zdrojů. Problémem je, že potřebnost některých druhů sociálních služeb nejde z tohoto typu dat přesně odhadovat (cizinci, osoby bez přístřeší, osoby se závislostí, osoby v krizi, oběti trestných činů) a zároveň bývá obtížné predikovat jejich vývoj.

HMP se cíleně vyhýbá jednostrannosti přístupu k zjišťování potřeb a potřebnosti sociálních služeb. Záměrně překonává umělou jednostrannost, která je definována údajným rozdílem mezi „individuálními“ potřebami a „společenskými“ potřebami a neodpovídá reálným problémům v oblasti sociálních služeb v roce 2012. Proto je **aktualizace SPRSS postavena na kombinaci všech tří parametrů potřebnosti**.

Parametru č. 1 odpovídá provedená Analýza nabídky a potřeb sociálních služeb na území HMP. Parametru č. 2 odpovídají výstupy z dočasných pracovních skupin, data z evidenčního systému MPSV a realizace celopražské SWOT analýzy. Parametru č. 3 odpovídá studie Sociální služby v Praze 2011 a analytické podklady tohoto dokumentu.

Dalšími metodami, které jsou částečně využitelné v procesech plánování sociálních služeb a v oblasti definování společenských potřeb (a potřebnosti), jsou např. SWOT analýzy nebo benchmarking, což jsou obecně nástroje strategického managementu, které odhalují nedostatky a slabiny systému (produktu) a využívají vlastní přednosti (příležitosti) k rozvoji systému (produktu).

Potřeby uživatelů či potřebnost konkrétních sociálních služeb lze definovat i z úrovně jejich zjišťování. Úroveň zjišťování může být lokální (na úrovni MČ) či krajská (na úrovni HMP). Úroveň zjišťování je v tomto případě výrazně ovlivněna statistickou významností (a početností) uživatelů sociálních služeb. MČ jsou tedy logicky primárně orientovány na saturaci potřeb pro seniory, rodiny s dětmi (tomu zpravidla odpovídají grantové a dotační systémy MČ). Na úrovni HMP jsou statisticky významnou skupinou nejen senioři a rodiny s dětmi, ale i ostatní cílové skupiny uživatelů sociálních služeb.

V krajích ČR je často potřebnost konkrétní sociální služby odvozována od parametru místní dostupnosti pro danou cílovou skupinu. U HMP, z důvodu jeho právního zakotvení, kdy je kromě kraje zároveň městem s hustou sítí veřejné dopravy na svém území, samotný parametr místní dostupnosti v systému sociálních služeb většinou nehraje klíčovou roli.

### 3.5. Celopražská SWOT analýza

SWOT analýza poskytování sociálních služeb na území HMP byla vytvořena společnou činností pracovní skupiny pro strategii rozvoje poskytování sociálních služeb a pracovní skupiny pro financování sociálních služeb.

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dobrá místní dostupnost sociálních služeb</li> <li>• Široká nabídka všech druhů sociálních služeb pro uživatele</li> <li>• Expertní zázemí pro poskytování sociálních služeb (HMP jako sídlo akademických institucí a centrálních institucí veřejné správy)</li> <li>• Široká nabídka kvalifikovaných lidských zdrojů (vysoký počet vysokoškolsky vzdělaných osob)</li> <li>• Silné materiální zázemí pro pobytové služby zřizované HMP</li> <li>• Územně-správní členění HMP na správní obvody vykonávající agendu v rámci sociálního sektoru<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chybějící systém účinné, jednoduché a levné kontroly poskytování sociálních služeb z úrovně zadavatele (HMP a MČ)</li> <li>• Legislativní členění, které komplikuje řízení sítě sociálních služeb na úrovni MČ a HMP</li> <li>• Nefunkční strategické řízení sociálních služeb</li> <li>• Nízká politická priorita rozvoje sociálních služeb</li> <li>• Dlouhodobé podfinancování sociálních služeb</li> <li>• Nedostatek kritérií pro hodnocení poskytovatelů, v návaznosti na systém financování sociálních služeb</li> <li>• Chybějící provázanost registračního systému s fyzickými kontrolami</li> </ul>
Příležitosti	Ohrožení
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zavést systém víceletého financování poskytovatelů sociálních služeb na úrovni HMP</li> <li>• Zlepšit systém spolupráce MHMP a MČ na tvorbě a financování sítě sociálních služeb na úrovni HMP</li> <li>• Zákonná změna, která povede k možné míře spoluúčasti uživatelů některých služeb sociální prevence</li> <li>• Zákonná změna, která umožní při úhradách sociálních služeb sociální péče vycházet z majetku, nikoli z příjmu uživatele</li> <li>• Změna Statutu HMP v souvislosti s definováním sociální politiky HMP a odpovědnosti městských částí</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Možnost nového systému výkaznictví a nacenění služeb ze strany MPSV</li> <li>• Přejedání financování sociálních služeb z centrální úrovně na samosprávné celky (kraje) od roku 2014, včetně výše objemu prostředků *)</li> </ul> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Další postupné snižování finančních prostředků z veřejných zdrojů do oblasti poskytování sociálních služeb</li> <li>• Potenciální nárůst počtu uživatelů sociálních služeb z demografických a sociálně ekonomických důvodů</li> <li>• Možná politická a rozpočtová nestabilita ČR či HMP, která se negativně promítne do oblasti rozvoje a financování sociálních služeb (vyšší HDP, mzdový nárůst, náklady na službu)</li> </ul>

\*) Poslední dva výstupy SWOT analýzy byly pracovními skupinami chápány zároveň v kategorii příležitostí i ohrožení.

<sup>3</sup> K tomu kapitola 3.6.1.

Logickým výstupem uskutečněné celopražské SWOT analýzy by měla být opatření, která reagují na jednotlivé kategorie. Tato opatření se budou promítat do priorit, opatření a aktivit, které budou realizačním výstupem SPRSS.

#### **Opatření eliminující slabé stránky SWOT analýzy:**

- Zavést systém kontroly poskytovatelů sociálních služeb ze strany odboru ZPS MHMP, který bude založen primárně na údajích o kapacitě služeb dle Registru.
- Rozšiřovat systém víceletého financování, který dokáže eliminovat nárazovou podfinancovatelnost poskytovatelů sociálních služeb v jednotlivých letech
- Vytvořit metodiku financování sociálních služeb.

#### **Opatření rozvíjející silné stránky SWOT analýzy:**

- Metodicky podporovat sociální pracovníky MČ při výkonu terénní i ambulantní sociální práce (při zjišťování potřeb poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území dotčené MČ).

#### **Opatření reagující na příležitosti a ohrožení SWOT analýzy:**

- Nastavit systém poměrného financování sociálních služeb mezi HMP a SO MČ.
- Vytvořit systém pravidelného monitoringu a sběru dat, který by umožnil (lépe, častěji apod.) sledovat změny v četnosti uživatelů jednotlivých druhů sociálních služeb.
- Vytvořit mechanismy pro regulaci a řízení funkční sítě sociálních služeb na území HMP především v oblasti financování (HMP bude podporovat pouze sociální služby, které budou zařazeny do sítě sociálních služeb).
- Spolupracovat s MPSV na legislativních změnách v oblasti výkaznictví, nastavení cenových hladin u jednotlivých druhů sociálních služeb a úhradách uživatelů (projekt Podpora procesů v sociálních službách).

### **3.6. Strategie v oblasti spolupráce městských částí a hl. m. Prahy**

Na důležitost vazeb mezi SPRSS HMP a plány rozvoje sociálních služeb vytvářenými na úrovni jednotlivých městských částí upozornil již předcházející SPRSS na období 2011–2013. Vzájemná spolupráce se musí odvíjet na kvalitativně vyšší úrovni. MČ nejsou zákonem o sociálních službách zavázány k tvorbě střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na svém území, ale jejich zákonnou povinností je zjišťování potřeb poskytování sociálních služeb a spolupráce s krajem při tvorbě krajského SPRSS. Díky utvořené organizační struktuře procesu plánování, kdy se koordinátoři městských částí stali od května 2011 členy pracovní skupiny Komise Rady HMP pro plánování sociálních služeb, došlo k intenzivnějšímu zapojení městských částí do procesu tvorby SPRSS na úrovni kraje. Zástupce koordinátorů plánování MČ je členem Komise Rady HMP pro plánování sociálních služeb.

Nastavení efektivní a participativní spolupráce HMP a MČ v oblasti sociálních služeb je pro budoucnost celého systému podstatná. SPRSS nastavuje základní mechanismy této spolupráce.

### 3.6.1. Definice problematiky a základní dokumenty

Postavení Prahy jako hlavního města ČR, kraje a současně i obce je upraveno zvláštním zákonem o hlavním městě Praze. Pro úroveň přeneseného výkonu státní správy je Praha od roku 2001 členěna na 22 správních obvodů, na úrovni samosprávné ji tvoří 57 autonomních městských částí s vlastními volenými samosprávami.

**Statutem hl. m. Prahy** (vyhláška č. 55/2000) Sb. HMP je do samostatné působnosti městských částí zařazeno zjišťování potřeb poskytování sociálních služeb spolu s možností zpracování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb (ve spolupráci s krajem, poskytovateli sociálních služeb na území obce a za účasti osob, kterým jsou poskytovány sociální služby). Dále je Statutem městským částem uloženo zajišťování dostupnosti informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb, integrace a řešení bydlení těžce zdravotně postižených občanů.

Při **zjišťování dat** potřebných pro proces plánování sociálních služeb se **HMP opírá o údaje správních obvodů Praha 1–22**. Správní obvody (MČ 1–22) jsou partnerem HMP v procesech plánování sociálních služeb. Demografická a statistická data jsou zjišťována a sumarizována na úrovni správních obvodů. Na území HMP existují instituce a data (např. evidence ČSSZ, jiné územní dělení městských soudů či územní obvody Policie ČR), která nejsou založena na územním členění správních obvodů či MČ. Analogicky je pak v rámci jednotlivých správních obvodů důležitá spolupráce všech příslušných MČ (tj. MČ Praha 1–57) při zjišťování potřeb poskytování sociálních služeb a dalších otázek týkajících se této problematiky<sup>4</sup>.

### 3.6.2. Základní demograficko-statistická data HMP a MČ

Mezi jednotlivými městskými částmi je řada rozdílů demografických a sociálních. Liší se jejich rozloha, počet obyvatel, věková struktura, ale také míra nezaměstnanosti a počet vyplácených sociálních dávek<sup>5</sup>. Z hlediska financování sociálních služeb je jedním z hlavních faktorů výše rozpočtu MČ a s ním související výše prostředků vynakládaných na zabezpečení sociální péče a zřizování příspěvkových organizací poskytujících sociální služby.

Nejstaršími městskými částmi jsou MČ Praha 4, MČ Praha 10 a MČ Praha 6 s podílem věkové kategorie 65+ více než 20 % (celopražský průměr je přitom 16,4 %) a s vysokým absolutním

<sup>4</sup> Příkladem spolupráce MHMP, správních obvodů a městských částí je tzv. V. dotační program MHMP (od roku 2012 nazvaný Program J5) – podpora městských částí na poskytování vybraných druhů sociálních služeb (od roku 2010 na pečovatelskou službu a NZDM). Od roku 2008 MČ (Praha 1–22) podávají žádost o dotaci na MHMP. O rozdělení finančních prostředků rozhodují komise, jejichž členy jsou zástupci všech městských částí daného správního obvodu, jako host je přizván zástupce MHMP.

<sup>5</sup> V míře nezaměstnanosti se liší jednotlivé městské části až o 4,5%. Největší je nezaměstnanost je v Praze 14 (8,5%), v Praze 19 (7,9%), v Praze 18 (7,4%) a v Praze 21 (7,2%) – tedy především v severovýchodních okrajových částech hlavního města (Kbely, Letňany, Čakovice a další). Naproti tomu nejnižší nezaměstnanost je na Praze 6 (3,7%), Praze 1 (3,9%) a Praze 10 (4,0%). (Sociální služby na území hlavního města Prahy v roce 2011)



počtem osob 85+. Jmenované MČ zároveň patří i k nejlidnatějším s počtem obyvatel nad 100 tis. (spolu s MČ Praha 8). Městské části s nejvyšším podílem (nad 20 %) obyvatel ve věku 0-14 let jsou okrajové MČ Praha 22, MČ Praha 19 a MČ Praha 21 (spolu s Prahou 20 nejmenší MČ podle počtu obyvatel).

Specifické jsou lokality s panelovou sídlištní zástavbou (MČ Praha 4, 11–15) a oblasti s developerskými projekty výstavby na okrajích Prahy. Panelová a do značné míry i nová zástavba je typická svou hustotou, dluhem v oblasti občanské vybavenosti (nedostatkem vhodných prostor pro poskytovatele sociálních služeb) a věkovou homogenitou. Původní obyvatelé sídlišť ze 70. - 80. let se dostávají do seniorského věku a zvyšuje se potřeba služeb pro tuto cílovou skupinu (index stáří se až trojnásobně zvýšil v okrajových sídlištních MČ v letech 1991–2006, týká se to především MČ Praha 11, 12, 13, 15 a 18<sup>6</sup>). Stárnutí pražské populace je faktorem, který bude významně ovlivňovat strukturu a kapacity poskytovaných sociálních služeb. Na druhou stranu se na sídlištních setkáváme s nárůstem rizikového chování dětí a mládeže a počtu rodin s dětmi v tíživé sociální situaci. Vysoce problematické jsou oblasti s výskytem uživatelů návykových látek a osob bez přístřeší v centrálních částech města (především Praha 1, část Prahy 2 a 3) a lokální ohniska sociálně patologických jevů (část Prahy 3, oblast Palmovky na Praze 8 a Santošky na Praze 5).

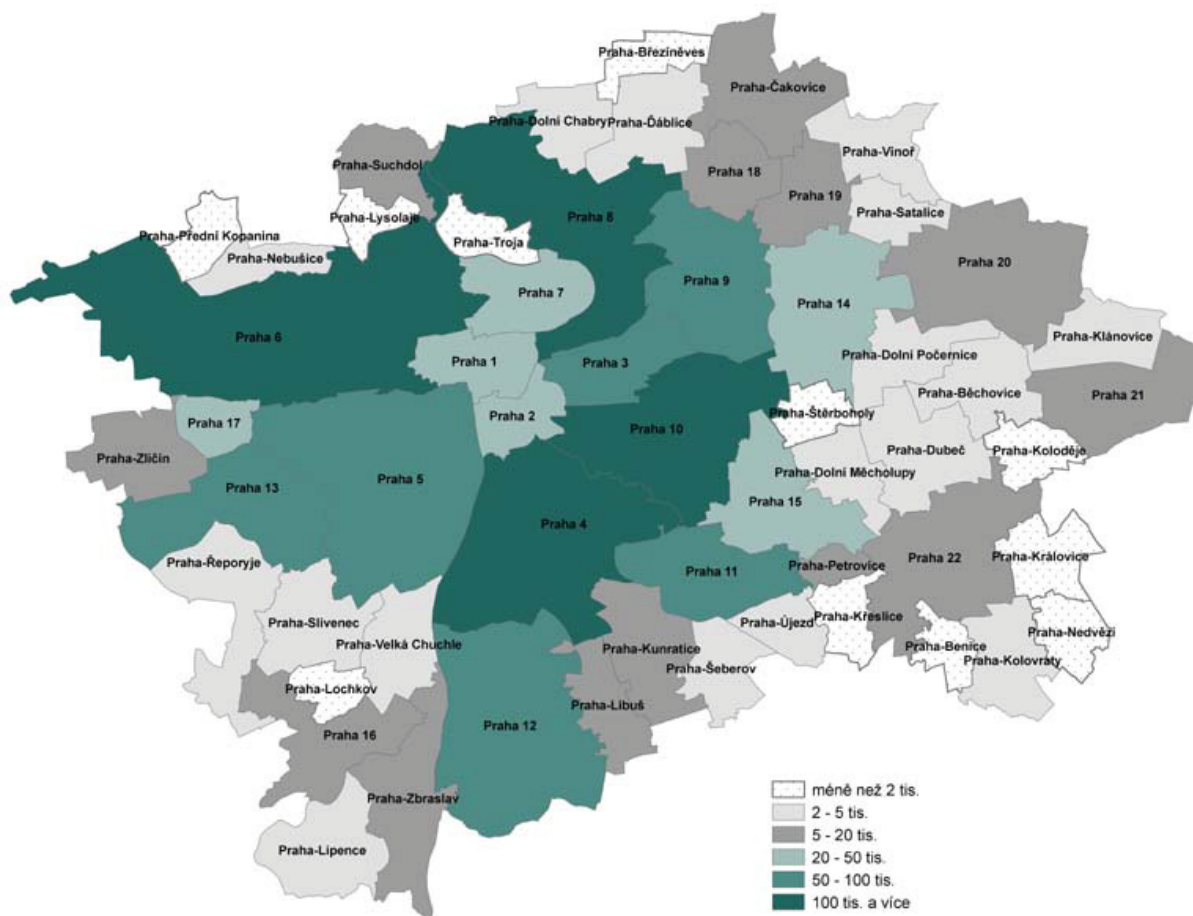
Na území hl. města Prahy je registrováno 591 sociálních služeb poskytovaných 263 subjekty, z toho 29 je příspěvkových organizací hlavního města Prahy. Nejvíce služeb (66) je poskytováno na MČ Praha 8 (rovněž je zde nejvíce lůžek v pobytových zařízeních pro seniory - 667), pouze jedna služba je poskytována na MČ Praha 19. Pobytová zařízení pro seniory nemají SO MČ Praha 13, 16, 18–22.

---

<sup>6</sup> Vobecká J.: Potenciálně problémové oblasti Prahy z hlediska struktury obyvatelstva. Online Socioweb 2/2008 (cit. dle Sociální služby na území hlavního města Prahy v roce 2011)



Obr. č. 1 Správní členění HMP



Zdroj: ČSÚ

Tab. č. 1 Počet obyvatel správních obvodů k 31. 12. 2011

	Počet obyvatel	Z toho ve věku 0-14	Z toho ve věku 65+	% obyvatel nad 65 let	Počet obyvatel 85+ (k 31. 12. 2010)
Praha 1	30 002	3 298	4 944	16,5 %	827
Praha 2	49 193	5 044	7 818	15,9 %	1 252
Praha 3	73 587	8 085	12 804	17,4 %	1 890
Praha 4	137 073	15 702	30 819	22,5 %	3 318
Praha 5	86 909	11 496	12 336	14,2 %	1 472
Praha 6	113 718	14 942	23 239	20,4 %	3 163
Praha 7	43 437	5 539	6 762	15,6 %	1 046
Praha 8	111 371	14 499	19 535	17,5 %	1 846
Praha 9	53 972	6 929	9 422	17,5 %	766
Praha 10	110 971	12 893	24 796	22,3 %	3 196
Praha 11	84 994	10 777	12 479	14,7 %	1 097
Praha 12	64 675	7 886	8 513	13,2 %	659
Praha 13	64 901	9 155	5 658	8,7 %	461
Praha 14	48 489	7 454	5 037	10,4 %	392
Praha 15	44 714	6 273	5 387	12,0 %	391
Praha 16	22 791	3 517	3 360	14,7 %	301
Praha 17	30 609	4 014	2 982	9,7 %	261

Praha 18	27 305	4 008	2 992	11,0 %	245
Praha 19	12 740	2 197	1 639	12,9 %	131
Praha 20	15 071	2 243	1 883	12,5 %	156
Praha 21	17 920	2 959	2 116	11,8 %	208
Praha 22	12 716	2 384	1369	10,8 %	119
<b>HMP</b>	<b>1 257 158</b>	<b>161 294</b>	<b>205 890</b>	<b>16 %</b>	<b>23 197</b>

Zdroj: ČSÚ

### 3.6.3. Priority v sociálních službách na úrovni městských částí

Samosprávami schválený SPRSS má v současné době osm městských částí<sup>7</sup>. Priority a potřeby poskytování sociálních služeb občanům HMP byly zjištěny z těchto strategických dokumentů a z Výkazu financování a strategie v oblasti poskytování sociálních služeb, který SO MČ poprvé zpracovaly v roce 2011. Výkaz je systematickým výstupem spolupráce mezi krajem (HMP) a jednotlivými správními obvody (MČ Praha 1–22) v oblasti financování sociálních služeb a v oblasti strategie poskytování sociálních služeb.

Ve strategických dokumentech městských částí se soustředí pozornost na cílovou skupinu senioři spolu s osobami se zdravotním postižením, rodina, děti, mládež a spíše okrajově osoby v krizi a osoby bez přístřeší. Potřeby poskytování sociálních služeb pro cizince ve SPRSS systémově řeší pouze MČ Praha 14.

**Strategická část Výkazu** přináší informace týkající se sociálních služeb pokládaných městskými částmi za nejpotřebnější vzhledem k cílové skupině uživatelů sociálních služeb (přehled o potřebnosti jednotlivých druhů služeb v HMP z pohledu MČ), dále o prioritních cílových skupinách uživatelů služeb z pohledu sociální politiky jednotlivých MČ (přehled o prioritních skupinách uživatelů sociálních služeb v HMP z pohledu všech MČ). MČ byly také tázány na tři druhy sociálních služeb, které jsou pro občany MČ v celopražském měřítku nedostatečné z pohledu územní dostupnosti a kapacitně nedostatečné (přehled kapacitně a územně nedostupných sociálních služeb v HMP z pohledu MČ) a na tři druhy sociálních služeb, které budou nebo by chtěly jednotlivé MČ rozvíjet (přehled o plánech v oblasti sociálních služeb v HMP z pohledu všech městských částí).

Jaké cílové skupiny uživatelů sociálních služeb jsou z pohledu sociální politiky MČ skupinami prioritními?	
1.	Senioři
2.	Rodiny, děti a mládež
3.	Osoby se zdravotním postižením
4.	Osoby s mentálním postižením
5.	Osoby s duševním onemocněním
6.	Osoby bez přístřeší
7. - 8.	Osoby v krizi, osoby ohrožené trestnou činností; Osoby užívající nealkoholové drogy
9.	Národnostní menšiny, cizinci a azylant

<sup>7</sup> MČ Praha 3, 4, 9, 10, 12, 14, 18, společný plán MČ 22 a MČ Praha – Kolovraty

Sociální služby pro cílové skupiny senioři, rodiny, děti a mládež a osoby se zdravotním postižením jsou pro samosprávy jednoznačně lokálně významné.

Které tři druhy sociálních služeb považuje MČ za nejpotřebnější vzhledem k cílové skupině uživatelů sociálních služeb?	
<b>Senioři</b>	pečovatelská služba (22 MČ)
	domovy pro seniory (13 MČ)
	odlehčovací služby (8 MČ)
<b>Rodiny, děti, mládež</b>	nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (14 MČ)
	sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, azylové domy (11 MČ)
	terénní programy (6 MČ)
<b>Osoby se ZP</b>	osobní asistence (17 MČ)
	sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP (6 MČ)
	odlehčovací služby, domovy pro osoby se ZP (5 MČ)
<b>Osoby s duševním onemocněním</b>	chráněné bydlení (8 MČ)
	domovy se zvláštním režimem, sociálně terapeutické dílny (6 MČ)
	podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace (5 MČ)
<b>Osoby s mentálním postižením</b>	osobní asistence (11 MČ)
	chráněné bydlení, Sociálně terapeutické dílny (9 MČ)
	podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, denní stacionáře, domovy pro osoby se ZP, sociální rehabilitace (4 MČ)
<b>Osoby bez přístřeší</b>	noclehárny (14 MČ)
	nízkoprahová denní centra (11 MČ)
	terénní programy (10 MČ)
<b>Osoby v krizi a ohrožené trestnou činností</b>	odborné sociální poradenství (13 MČ)
	krizová pomoc (12 MČ)
	terénní programy (7 MČ)
<b>Osoby užívající nealkoholové drogy</b>	terénní programy (16 MČ)
	kontaktní centra (14 MČ)
	terapeutické komunity (9 MČ)
<b>Národnostní menšiny, cizinci a azylanty</b>	odborné sociální poradenství (17 MČ)
	terénní programy (8 MČ)
	azylové domy (6 MČ)

Které tři druhy sociálních služeb jsou pro občany MČ v celopražském měřítku nedostatečné z pohledu územní dostupnosti?	
1.	domovy pro seniory
2.	denní stacionáře; azylové domy
3.	domovy se zvláštním režimem
Které tři druhy sociálních služeb jsou pro občany MČ v celopražském měřítku kapacitně nedostatečné?	
1.	domovy pro seniory

2.	azylové domy
3.	domovy se zvláštním režimem
<b>Které tři druhy sociálních služeb bude (by chtěla) MČ rozvíjet?</b>	
1.	pečovatelská služba
2.	nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
3.	odlehčovací služby; sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP

**Pozn.** U služeb nedostatečně územně dostupných bylo ještě třemi MČ uvedeno chráněné bydlení, odlehčovací služby a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Kapacitně nedostatečné se pro MČ jeví rovněž ve třech případech chráněné bydlení, osobní asistence a odlehčovací služby. Tři MČ by dále chtěly rozvíjet denní stacionáře, domovy pro seniory a terénní programy.

### 3.6.4. Spolupráce HMP a MČ při zajištění jednotlivých sociálních služeb

SPRSS navrhuje dva systémové kroky v oblasti financování sociálních služeb na území HMP:

1. Rozdělení a podpora sociálních služeb na úrovni místní a celopražské.
2. Zvýšená podpora MČ, které jako zřizovatelé poskytují ambulantní a terénní sociální služby.

#### Sociální služby místní a celopražské

Pro nastavení funkčního modelu sítě sociálních služeb na území HMP je jedním z důležitých předpokladů **definování sociálních služeb tzv. místních (lokálních) a celopražských**. Tato definice je spojena s nastavením poměru výše podpory vybraných druhů místních sociálních služeb městskými částmi<sup>8</sup> při předpokladu zachování stávajícího systému poskytování a financování sociálních služeb v ČR.

Jako místní (lokální) sociální služby lze i na základě strategického výkaznictví jednotlivých MČ definovat část sociálních služeb pro seniory a část sociálních služeb pro cílovou skupinu rodiny, děti, mládež v nepříznivé sociální situaci. Další lokálně významnou cílovou skupinou jsou národnostní menšiny, v kontextu SPRSS máme na mysli Romy v nepříznivé sociální situaci. Celopražského charakteru jsou jednoznačně sociální služby pro osoby bez přístřeší, se závislostí, osoby v krizi a oběti trestných činů, osoby se zdravotním postižením.

<sup>8</sup> O vydefinování služeb celoměstského charakteru se pokusil SPRSS MČ Praha 14. Pro cílovou skupinu ZP: služby rané péče, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se ZP, odlehčovací služby, průvodcovská a předčitatelská služba, domov pro seniory, domovy pro občany se ZP a domovy se zvláštním určením. Pro cílové skupiny rodina, děti a mládež, osoby v krizi a cizinci a menšiny: kontaktní centra, telefonická krizová intervence, nízkoprahová denní centra, noclehárny, služby následné péče, terapeutické komunity, krizová pomoc a intervenční centra.

Lokální	Celopražské
senioři rodiny, děti, mládež	osoby bez přístřeší osoby závislé na nealkoholových látkách osoby v krizi osoby s tělesným a kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením s duševním onemocněním
cizinci, národnostní menšiny	

### 3.6.4.1. Místní sociální služby

Hlavním důvodem definování místních sociálních služeb je adresnější podpora HMP poskytovatelům sociálních služeb, které poskytují lokálně významné sociální služby pro významné cílové skupiny uživatelů z pohledu MČ. U seniorů a rodin, dětí a mládeže v nepříznivé sociální situaci je pro HMP hlavním ukazatelem potřeby sociální služby lokální podpora konkrétních sociálních služeb vyjádřená finančním závazkem MČ. Mezi vybrané druhy sociálních služeb nebyly úmyslně zařazeny pobytové sociální služby pro seniory (DS, DZR, odlehčovací služby) a pečovatelská služba, které by případnou definicí procentního poměru podpory znamenaly znatelný nárůst finančních prostředků do této oblasti z rozpočtu MČ. Vybrané druhy sociálních služeb ze strany HMP respektují současnou výši systému podpory sociálních služeb na území MČ a nastavují nové obrysy spolupráce a vzájemné odpovědnosti u předem definovaných druhů služeb. V důsledku to znamená, že pokud MČ na svém území danou sociální službu chce, tak jí musí podpořit alespoň v daném minimálním objemu finančních prostředků (vyjádřených procentním poměrem k plánovanému rozpočtu) a HMP danou sociální službu finančně podpoří. Pokud MČ danou sociální službu nepodpoří alespoň minimálním objemem finančních prostředků, tak jí HMP vyhodnotí jako lokálně nepotřebnou a nebude jí finančně podporovat (např. sociální služba na území MČ s plánovaným rozpočtem 2 mil. Kč musí být ze strany MČ podpořena minimálně částkou 60 tis. Kč, přitom většina vybraných sociálních služeb má nižší rozpočet než uváděný příklad).

#### Finanční podpora sociálních služeb pro cílovou skupinu senioři

Finanční příspěvek městské části na poskytování sociálních služeb pro seniory bude pro HMP kritériem potřeby služby při hodnocení dotace MPSV a vlastním grantovým řízením.

- U služeb sociální péče (centra denních služeb s převládající cílovou skupinou senioři, denní stacionáře s převládající cílovou skupinou senioři, odlehčovací služby v ambulantní nebo terénní formě poskytování, týdenní stacionáře s převládající cílovou skupinou senioři) bude předpokladem potřeby sociální služby:

podpora SO MČ 1 - 22, kde je sociální služba poskytována, minimálně ve výši 3 % požadavku rozpočtu na poskytování sociálních služeb.

- **U služeb sociální prevence (sociálně aktivizační služby pro seniory a OZP s převládající cílovou skupinou seniory):**

**podpora SO MČ 1 - 22, kde je sociální služba poskytována, minimálně ve výši 3 % požadavku rozpočtu na poskytování sociální služby.**

Registrované sociální služby s volnočasovým charakterem obsahu služby nebudou z úrovně HMP financovány (což zcela neplatí pro sociálně aktivizační služby osob se smyslovým postižením). Návazné služby a služby vhodně doplňující registrované sociální služby budou zcela v gesci městských částí a nebudou financovány HMP, s výjimkou speciálních vypsání grantových programů (v současné době program J4). Pokud dojde na úrovni SO MČ 1 – 22 k mimořádné situaci, lze po dohodě s MHMP finanční podporu vůči poskytovatelům sociálních služeb realizovat i jiným způsobem (např. uplatněním slevy na nájemném v minimální výši 3% požadavku rozpočtu).

#### **Finanční podpora sociálních služeb pro cílovou skupinu rodiny, děti, mládež v nepříznivé sociální situaci**

Jde o podporu terénních a ambulantních preventivních sociálních služeb pro ohrožené děti a mládež, především v lokalitách, kde dochází ke kumulaci sociálně patologických faktorů. Do podpory nelze započítávat prostředky z grantového programu na sociální služby HMP J5.

- **U služeb nízkoprahových zařízení pro děti a mládež bude předpokladem:**

**podpora MČ, kde je sociální služba poskytována, minimálně ve výši 3 % požadavku rozpočtu na poskytování sociální služby.**

- **U terénních programů pro děti mládež:**

**podpora MČ, kde je sociální služba poskytována, minimálně ve výši 3 % požadavku rozpočtu na poskytování sociální služby.**

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi s volnočasovým obsahem služby nebudou HMP jako registrované sociální služby finančně podporovány. Existuje samostatný grantový program J4 na podporu rodiny, který každoročně vyhlašuje odbor ZSP MHMP. Specializované služby (sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, raná péče, odborné sociální poradenství) budou definovány v rámci celopražské strategie včetně nastavení minimálních potřebných kapacit. Pokud dojde na úrovni SO MČ 1 – 22 k mimořádné situaci, lze po dohodě s MHMP finanční podporu vůči poskytovatelům sociálních služeb realizovat i jiným způsobem (např. uplatněním slevy na nájemném v minimální výši 3% požadavku rozpočtu).

### **Finanční podpora sociálních služeb pro cílovou skupinu národnostní menšiny v nepříznivé sociální situaci**

V této oblasti bude HMP sledovat lokální podporu sociálních služeb pro Romy v nepříznivé sociální situaci, ale vzhledem k cílové skupině nechceme podporu HMP zcela limitovat podporou/nepodporou MČ konkrétní sociální službě v určitém objemu finančních prostředků (jako u seniorů či rodin, dětí a mládeže v nepříznivé sociální situaci). Přesto případná finanční podpora MČ, spolu s objektivní lokalizací problematiky, bude hlavním měřítkem potřeby při podpoře/nepodpoře konkrétní sociální služby.

Nastavený systém spolufinancování místních služeb bude aplikován na úrovni MČ od roku 2013 a na úrovni HMP od roku 2014, kdy bude možné ověřit podporu MČ z předešlého roku.

**Do procesu odborného posouzení hodnocení žádostí o grant u místních služeb z úrovně HMP budou přizváni zástupci MČ.**

#### ***3.6.4.2. Celopražské sociální služby***

Financování celopražsky definovaného okruhu sociálních služeb se bude odvíjet od nastavení strategií pro jednotlivé cílové skupiny. MČ by měly umožnit fungování poskytovatelů sociálních služeb na svém území a zároveň finančně podpořit sociální služby poskytované svým občanům. Výše jejich podpory však nebude podmínkou podpory služby ze strany HMP.

### **Finanční podpora sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením (osoby s tělesným, smyslovým a kombinovaným postižením; osoby s mentálním postižením a osoby s duševním onemocněním)**

Systém sociálních služeb pro tyto cílové skupiny bude nastaven na úrovni celopražské strategie (celopražských strategií). Pracovníci sociálních odborů na MČ by měli, v rámci sociální reformy MPSV, systematizovat sběr dat z terénního monitoringu osob, kterých se případné poskytování sociálních služeb týká, nebo může týkat. Je předpoklad, že MČ budou nadále individuálně finančně podporovat poskytovatele sociálních služeb, které prokazatelně (např. doloženým jmenným seznamem) poskytují sociální služby jejich občanům.

### **Finanční podpora sociálních služeb pro osoby bez přístřeší**

Systém sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu bude nastaven na úrovni celopražské strategie. Stejně jako u předcházející cílové skupiny by měl být na základě sociální reformy I. MPSV zvýšen a systematizován terénní monitoring osob, kterých se poskytování sociálních služeb může týkat.

Je předpoklad, že MČ nadále budou finančně podporovat sociální služby poskytované v azylových domech občanům s trvalým bydlištěm na jejich MČ (především matkám či rodinám s dětmi). Sociální politika jednotlivých MČ sehrává hlavní roli v oblasti prevence vzniku situace, kdy matka (rodina) s dětmi je nucena využít sociální službu azylový dům, která je zaměřena na řešení nepříznivé sociální situace spojené se ztrátou bydlení.



HMP je připravena nést náklady na provoz služeb pro osoby bez přístřeší (bezdomovce), ale nezbytná je aktivní participace MČ na celém systému především ve vyhledání vhodných prostor pro poskytování těchto sociálních služeb.

#### **Finanční podpora sociálních služeb pro osoby závislé na nealkoholových látkách**

Systém sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu bude nastaven na úrovni celopražské strategie. Stejně jako u předcházející cílové skupiny by měl být na základě sociální reformy I. MPSV zvýšen a systematizován terénní monitoring osob, kterých se poskytování sociálních služeb může týkat.

Role MČ je nezastupitelná v oblasti primární prevence užívání návykových látek. HMP je připraveno nést náklady na provoz sociálních služeb pro osoby se závislostí (kontaktní centra, terénní programy, služby následné péče), ale stejně jako u služeb pro osoby bez přístřeší je nezbytná participace MČ ve vyhledávání vhodných prostor pro poskytování těchto sociálních služeb.

#### **Finanční podpora sociálních služeb pro osoby v krizi a oběti trestných činů**

Rovněž u této cílové skupiny mají MČ možnost odborného sociálního poradenství v rámci činnosti sociálních pracovníků úřadů MČ. Samotná koncepce těchto služeb, která bude definovat potřebné kapacity a počet služeb na území HMP, je záležitostí celopražskou.

#### **Finanční podpora sociálních služeb pro cizince a národnostní menšiny**

Sociální služby pro tuto cílovou skupinu jsou na pomezí lokálních a celopražských. Problematiku sociálního začleňování těchto skupin obyvatel by měla řešit celoměstská koncepce, podpora služeb sociální prevence pro Romy v nepříznivé sociální situaci je otázkou lokální. Finanční podpora služeb odborného sociálního poradenství, terénních programů a nízkoprahových zařízení pro děti a mládež se týká především MČ Praha 3, Praha 5, Praha 9 a Praha 14. HMP bude při hodnocení žádostí přihlížet k ne/podpoře těchto služeb na lokální úrovni. Správní obvody nad 70 tis. obyvatel by měly rozvinout vlastní strategii v oblasti služeb pro své občany-cizince.

#### ***3.6.4.3. Podpora MČ, které rozvíjejí terénní a ambulantní služby na svém území***

Z úrovně HMP musí být více oceňovány aktivity těch MČ, které ze svých rozpočtových prostředků podporují (popřípadě zřizují či provozují) klíčové terénní a ambulantní služby pro seniory (především pečovatelskou službu, denní stacionáře a odlehčovací služby).

Na úrovni jednotlivých MČ reflektujeme odlišné rozpočtové možnosti, které determinují schopnost MČ sociální službu zřizovat (podporovat), proto nelze k podpoře přistupovat plošně.

V současné době u MČ, které zřizují sociální služby na svém území, je výpočet optimálního návrhu na dotaci ze státního rozpočtu automaticky snížen o 40 % (tzv. příspěvku zřizovatele).



Vzhledem k tomu, že PO MČ se nemohou ucházet o grant v rámci grantového systému HMP a deklarované podpoře terénních a ambulantních služeb jako celku, je HMP připraveno tento příspěvek nově modelovat.

### **Pečovatelská služba (modelace v rozmezí 30–40 %)**

HMP je připraveno v plánovaném systému financování modelovat započítávaný příspěvek zřizovatele na provoz poskytovatele podle kritérií:

- výše rozpočtu MČ (poměr finančních prostředků na sociální služby k ostatním rozpočtovým oblastem);
- potenciální kapacita uživatelů (vztažená k počtu obyvatel 65+);
- obsahový rozsah poskytování sociální služby (poměr základních činností při realizaci služby);
- časový rozsah poskytování sociální služby.

**Výše rozpočtu MČ - čím vyšší poměr prostředků na sociální služby vzhledem k celkové výši rozpočtu MČ, tím nižší modelace příspěvku zřizovatele (max. 2 %).**

**Potenciální kapacita uživatelů – čím vyšší poměr osob 65+ vůči celkovému počtu obyvatel na dané MČ, tím nižší modelace příspěvku zřizovatele (max. 2 %).**

**Pod obsahovým rozsahem poskytování sociální služby rozumíme to, aby v rámci sociální služby nerealizoval poskytovatel pouze činnosti spojené s úklidem a poskytováním stravy nebo pomoc při zajištění stavy, ale i ostatní základní činnosti, které se týkají péče o klienta. Čím vyšší počet ostatních základních činností, tím nižší modelace příspěvku zřizovatele (max. 3 %).**

**Pod časovým rozsahem služby rozumíme poskytování sociálních služeb v co nejdelším denním časovém rozsahu. Čím časově vyšší rozsah poskytované služby (sedm dní v týdnu), tím nižší modelace příspěvku zřizovatele (max. 3%).**

### **Ostatní zřizované sociální služby (modelace v rozmezí 30–40 %)**

HMP je připraveno modelovat započítávaný příspěvek zřizovatele na provoz poskytovatele podle kritérií:

- výše rozpočtu MČ (poměr finančních prostředků na sociální služby k ostatním rozpočtovým oblastem);
- potenciální kapacita uživatelů (vztažená k počtu obyvatel 65+);
- obsahový a časový rozsah poskytování sociální služby.

**Výše rozpočtu MČ - čím vyšší poměr prostředků na sociální služby vzhledem k celkové výši rozpočtu MČ a počtu obyvatel, tím nižší modelace příspěvku zřizovatele (max. 4 %).**

**Potenciální kapacita uživatelů – čím vyšší poměr osob 65+ vůči celkovému počtu obyvatel na dané MČ, tím nižší modelace příspěvku zřizovatele (max. 4 %).**

**Pod obsahovým a časovým rozsahem poskytování sociální služby rozumíme to, aby popis a časový rámec poskytování služby v Registru poskytovatelů sociálních služeb odpovídal zákonu o sociálních službách (max. 2 %).**

### **3.6.5. Finanční podpora procesů plánování sociálních služeb SO MČ ze strany HMP**

HMP pro SO MČ 1–22 vypíše účelovou dotaci, která může být jednotlivým MČ vyplacena a bude sloužit ke spolupráci HMP a SO MČ v oblastech:

- zjišťování potřeb poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území MČ, možností uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích,
- tvorby střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na území MČ.

MČ v souladu s účelem dotace vypíše žádost s konkrétními aktivitami, žádost bude na úrovni HMP zhodnocena z pohledu přínosu pro SPRSS. Následně bude/nebude MČ přiznána částka na realizaci aktivit (maximálně však do výše 50 tis. Kč pro jednu MČ).

### **3.6.5. Navrhované priority do r. 2015**

#### **V oblasti plánování sociálních služeb**

**Priorita MČ1: Vyšší participace jednotlivých SO MČ 1–22 na celopražském systému plánování sociálních služeb**

**Opatření MČ1.1.: Finanční podpora procesů zjišťování potřeb, sběru informací a spolupráci s HMP na úrovni SO**

**Priorita MČ2: Zlepšení spolupráce HMP a SO MČ v oblasti poskytování sociálních služeb pro seniory**

**Opatření MČ2.1.: Tvorba společné strategie poskytování služeb sociální péče pro seniory na území SO MČ a HMP**

#### **V oblasti poskytování sociálních služeb**

**Priorita MČ3: Nastavení systému financování u místních (lokálních) sociálních služeb na území HMP**

**Opatření MČ3.1.: Průběžná práce na vydefinování procentního poměru spoluúčasti SO MČ a HMP při financování lokálních sociálních služeb**

**Priorita MČ 4: Podpora SO MČ, které zřizují a provozují terénní a ambulantní služby na svém území**

**Opatření MČ4.1. Finanční zvýhodnění SO MČ při navrhování dotace na provoz sociální služby v rámci posuzování státní dotace**

**Priorita MČ5: Nastavit systém sběru informací o potřebách poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území SO MČ 1–22**

**Opatření MČ5.1.: Zaměřit terénní práci sociálních pracovníků na úřadech MČ k mapování potřebnosti sociálních služeb osobám či skupinám osob**

## Analyticko-strategická část SPRSS podle cílových skupin uživatelů sociálních služeb

V této části SPRSS budou popsány jednotlivé cílové skupiny uživatelů sociálních služeb, analytická data u jednotlivých skupin jsou základním východiskem pro jednotlivé strategie.

Pro přehlednost dokumentu (a vzhledem k praxi sběru dat a informací) se skupina osob se zdravotním postižením dělí na tři jednotlivé podskupiny s vlastními strategiemi. Dále bude dělena pracovní skupina cizinci a národnostní menšiny, kde jsou jednotlivé strategie popsány také samostatně v oddělených blocích.

## 4. Senioři

### 4.1. Definice cílové skupiny

Ve SPRSS je cílová skupina senioři vymezena věkovou hranicí 65 let<sup>9</sup> a za její reprezentanty jsou považovány osoby ve věku 65 a více let (dále 65+). Tato definice není odvozena od trendů v samotném využívání sociálních služeb (dosažení věku 65 let není spojeno se zlomovým nárůstem ve využívání sociálních služeb), ale je odvozena od obecnějších společenských podmínek (odkazuje na široce sdílené pojetí pojmu senior) a institucionálních podmínek (kategorie osob ve věku 65 a starších je rozlišována např. v rámci statistického výkaznictví apod.).

Tuto široce definovanou cílovou skupinu je praktické dělit na dvě hlavní podskupiny, na **osoby ve věku 65–79 let** a **osoby starší 80 let** (dále 80+). Výraznější potřebu využití sociálních služeb má přirozeně druhá podskupina.

Problematice stárnutí a životním podmínkám seniorů se věnují mezinárodní i národní deklarace a strategické dokumenty.<sup>10</sup> Tyto dokumenty shrnují práva seniorů, formulují principy, kterými by se měly řídit veřejné instituce nebo instituce zaměřující se na různé životní situace seniorů apod. Zmíněné dokumenty a v nich zakotvené principy, mají logicky širší záběr než oblast poskytování sociálních služeb. Při poskytování sociálních služeb cílové skupině seniorů lze jako relevantní vnímat principy, které se týkají poskytování sociálních služeb obecně.<sup>11</sup>

Specifické principy pro poskytování sociálních služeb určených seniorům vycházejí z těchto východisek, současně navazují na obecné principy SPRSS a lze je formulovat následovně:

- Preference poskytování podpory a pomoci v přirozeném sociálním prostředí (blízkými či jinými osobami - neformální péče) a preference terénních, případně ambulantních sociálních služeb pro seniory před pobytovými sociálními službami.
- Podpora podmínek pro poskytování neformální péče v odpovídající formě (podpora pečujících osob, podpora sociálních služeb, jejichž využívání je možné vhodné

<sup>9</sup> Průběh stárnutí, jeho dopady na zdravotní a sociální situaci jedince i kvalita života ve stáří mají v současnosti vysoce individuální charakter. Věková hranice pro vymezení cílové skupiny seniorů z tohoto důvodu proto představuje pouze orientační měřítko a její stanovení se odvíjí od konkrétních společenských podmínek, respektive určitého konsensu. Ve statistických zjišťováních i strategických dokumentech (mezinárodních i národních) je obecně uznávanou kategorií skupina *osob v poproduktivním věku*, kterou se rozumějí osoby ve věku 65 a více let. Vzhledem k obecně sdílené akceptaci této definice jsou také *senioři* (jako obecnější sociální skupina i jako cílová skupina sociálních služeb) většinou ztotožňováni s osobami ve věku 65 a více let.

<sup>10</sup> Zásady OSN pro seniory, Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002, Národní program přípravy na stárnutí zpracované pro období 2008-2012, Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči.

<sup>11</sup> Tj. především principy, které jsou zakotveny v zákoně o sociálních službách, prováděcí vyhlášce k zákonu o sociálních službách a Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.

kombinovat s poskytováním neformální péče, zamezení využívání příspěvku na péči k jiným účelům, posílení informovanosti seniorů a pečujících osob).

- Zajištění finanční, prostorové a časové dostupnosti především terénních a ambulantních sociálních služeb (odpovídající výše úhrad, rozmístění a kapacita služeb, dopravní přístupnost, bezbariérovost, dostatečný časový interval, ve kterém je služba poskytována, dostatečná informovanost seniorů).
- Zajištění potřebné kapacity a odpovídající kvality pobytových sociálních služeb (služba je odpovídající vzhledem k životní situaci a potřebám uživatelů služby a umožňuje vhodně reagovat na měnící se potřeby uživatelů služby, možnost využití pobytových sociálních služeb v regionu, který umožní kontakt s rodinnými příslušníky a v přiměřené době od podání žádosti poskytnutí sociální služby).

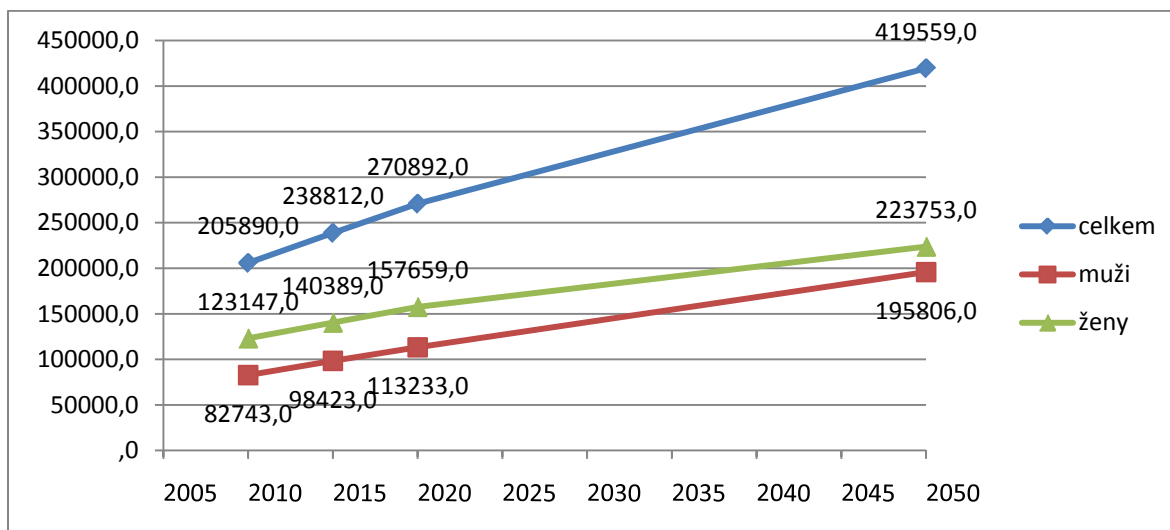
## 4.2. Statistická a demografická data

Podle údajů Českého statistického úřadu<sup>12</sup> na území HMP ke dni 31. 12. 2011 žilo 205 890 osob **ve věku 65+**, tj. 16 % z celkového počtu obyvatel HMP. Z projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem<sup>13</sup> (projekce nezohledňuje vliv migrace) je patrný zřetelný trend zvyšujícího se počtu obyvatel hlavního města Prahy starších 65 let. Pro rok 2015 byl počet seniorů podle projekce odhadnut na necelých 239 tisíc (tj. o 16 % více než v roce 2010), pro rok 2020 na necelých 271 tisíc (nárůst oproti roku 2010 o 32 %) a pro rok 2050 na více než 419 tisíc (2,04x více než v roce 2010).

K 31. 12. 2010 bylo z celkového počtu osob ve věku 65 a více let 123 tisíc žen. Ženy tak reprezentovaly 60 % z celkového počtu osob v této věkové kategorii. Trend zvyšujícího se počtu osob ve věku 65+ lze podle projekce demografického vývoje očekávat u obou pohlaví, přičemž poněkud výraznější nárůst počtu obyvatel ve věku 65+ lze podle projekce očekávat u mužů. Počet mužů ve věku 65+ v roce 2050 byl odhadnut na necelých 196 tisíc (tj. 2,37x více než v roce 2010), počet žen ve věku 65+ v roce 2050 byl odhadnut na necelých 224 tisíc (tj. 1,82x více než v roce 2010).

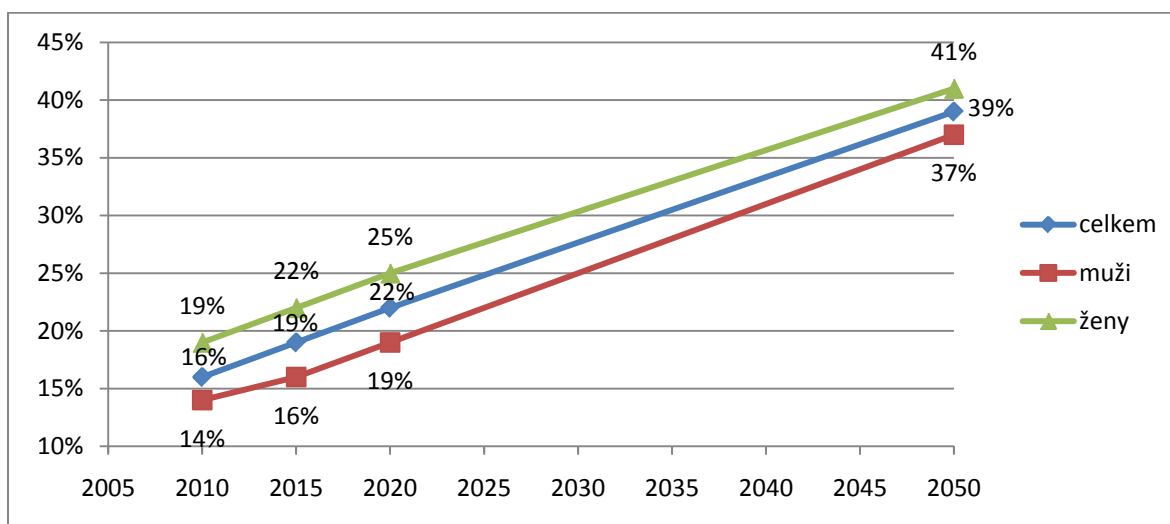
<sup>12</sup> Viz [http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/krajkapitola/104007-11-n\\_2011-06](http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/krajkapitola/104007-11-n_2011-06)

<sup>13</sup> Viz <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4021-10>

**Graf č. 1 Počet obyvatel HMP ve věku 65+ v letech 2010, 2015, 2020 a 2050**

Zdroj: ČSÚ, [www.czso.cz](http://www.czso.cz)

Projekce demografického vývoje předpokládá u obou pohlaví také postupné zvyšování jejich podílu na celkovém počtu obyvatel. Zatímco v roce 2010 podíl osob ve věku 65+ činil 16 %, pro rok 2015 je odhadován na 19 %, pro rok 2020 na 22 % a pro rok 2050 na 39 %. Vzhledem k odhadovanému výraznějšímu nárůstu počtu mužů ve věku 65+ lze podle projekce demografického vývoje v dlouhodobém horizontu předpokládat vyrovnávání podílu mužů a žen v této věkové kategorii (pro rok 2050 je podíl žen v této věkové kategorii odhadován na 53 % oproti 60 % v roce 2010). I při tomto vývoji je možné očekávat, že u žen bude nadále přetrvávat poněkud vyšší (cca o 4 %) podíl osob ve věku 65+ z celkového počtu obyvatel.

**Graf č. 2 Podíl osob ve věku 65+ v % z celkového počtu obyvatel HMP v letech 2010, 2015, 2020 a 2050**

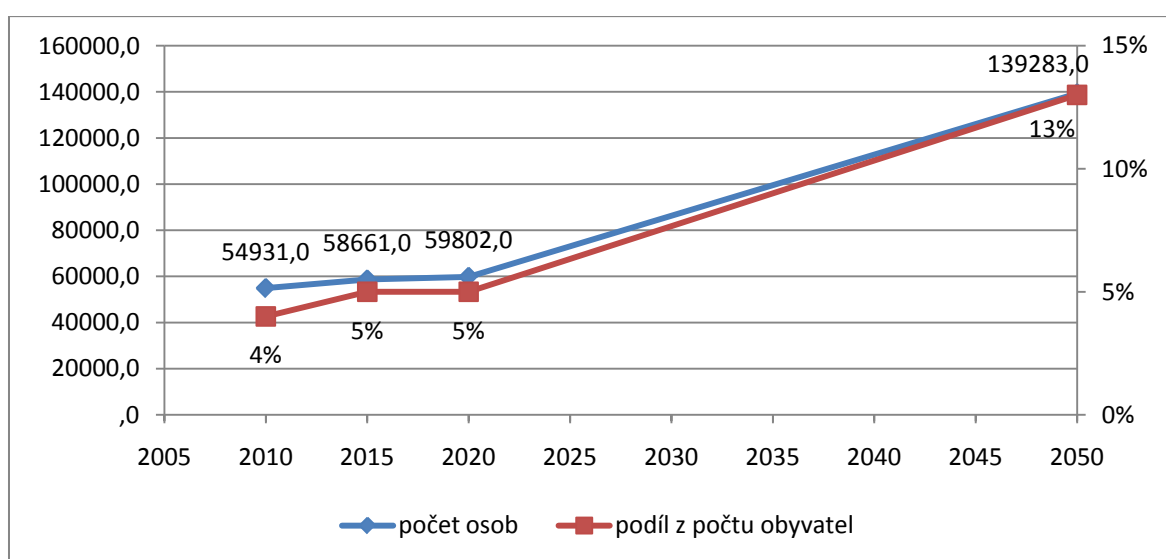
Zdroj: ČSÚ, [www.czso.cz](http://www.czso.cz), vlastní propočty

Podle údajů ČSÚ na území HMP k 31. 12. 2010 žilo 54 931 osob ve věku 80+. V krátkodobém a střednědobém horizontu lze podle projekce ČSÚ očekávat pozvolný nárůst jejich počtu. Pro rok 2015 byl celkový počet obyvatel ve věku 80+ odhadnut na necelých 59 tisíc (tj. o 7 % více

než v roce 2010), pro rok 2020 byl jejich počet odhadnut na necelých 60 tisíc (nárůst o 9 % oproti roku 2010). V dlouhodobém horizontu však jejich celkový počet vzroste velice výrazně – pro rok 2050 činil odhad počtu osob v této věkové kategorii 139 tisíc (tj. 2,54x více než v roce 2010).

V krátkodobém a střednědobém horizontu lze předpokládat poměrně stabilní podíl počtu osob ve věku 80+ z celkového počtu obyvatel (cca 5 %). V dlouhodobém horizontu však lze také v případě tohoto údaje očekávat zřetelný nárůst: podíl osob ve věku 80+ z celkového počtu obyvatel HMP by podle projekce demografického vývoje měl v roce dosahovat až 13 %.

**Graf č. 3 Počet osob ve věku 80+ a jejich podíl z celkového počtu obyvatel HMP v letech 2010, 2015, 2020 a 2050**



Zdroj: ČSÚ, [www.czso.cz](http://www.czso.cz), vlastní propočet

K 31. 12. 2010 byl počet seniorů a jejich podíl z celkového počtu obyvatel nejvyšší v MČ Praha 4 (ve věku 65+ bylo 30 819 osob, tj. 22 % z celkového počtu obyvatel této MČ), Praha 10 (24 796 osob, 22 % obyvatel) a Praha 6 (23 239 osob, 20 % obyvatel). Nejnižší podíl osob ve věku 65+ byl zaznamenán na MČ Praha 13, 14 a 17 (v prvním případě 9 % obyvatel, v dalších dvou MČ 10 % obyvatel).

Je zřejmé, že věková struktura obyvatel se v jednotlivých městských částech HMP liší velmi výrazně. Z tohoto důvodu lze v současnosti potřebnost sociálních služeb pro seniory v jednotlivých městských částech vnímat jako rozdílnou. Vzhledem k odlišným předpokladům demografického vývoje v jednotlivých správních obvodech HMP se tato situace bude postupně vyrovnávat, neboť v centrálních správních obvodech HMP se tempo nárůstu počtu seniorů zpomalí a počty seniorů budou výrazněji narůstat v okrajových správních obvodech.

Na základě stávající demografické struktury obyvatel a tabulek úmrtnosti lze předpokládat, že k nejvýraznějšímu nárůstu počtu osob ve věku 65+ oproti roku 2010 dojde ve správních obvodech MČ 11, 12, 13, 14 a 15. V krátkodobém a střednědobém horizontu lze nejvýraznější nárůst počtu seniorů očekávat ve správních obvodech MČ 11, 12, 13 a 17.



**Tabulka č. 2 Srovnání odhadovaného počtu osob ve věku 65+ se situací v roce 2010 (odhadovaná změna počtu seniorů oproti roku 2010 v %)**

	2015	2020	2050
Praha 1	19	29	55
Praha 2	17	26	71
Praha 3	12	16	55
Praha 4	5	2	7
Praha 5	22	34	87
Praha 6	5	4	14
Praha 7	16	21	81
Praha 8	26	34	44
Praha 9	15	13	62
Praha 10	5	0	10
Praha 11	41	69	69
Praha 12	36	73	95
Praha 13	39	80	209
Praha 14	29	53	165
Praha 15	34	59	128
Praha 16	19	30	71
Praha 17	40	81	182
Praha 18	33	59	176
Praha 19	17	26	122
Praha 20	24	47	105
Praha 21	30	48	134
Praha 22	26	43	167
<b>HMP</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>59</b>

Zdroj: ČSÚ, [www.czso.cz](http://www.czso.cz), vlastní propočet

K nejvýznamnějším trendům současného demografického vývoje na území HMP patří rostoucí počet seniorů v krátkodobém, střednědobém i dlouhodobém časovém horizontu a také v nejbližších letech postupné, v dlouhodobé perspektivě však velmi dramatické, zvyšování dlouhověkosti obyvatelstva. Jako evidentní trend lze hodnotit narůstající podíl obyvatel v poproduktivním věku. Kromě těchto otázek zasluhují pozornost také další významné trendy, především zvyšování jednočetných domácností (zejména u žen) v souvislosti se stárnutím, výraznější počty i podíly seniorů v některých městských částech (Praha 4, Praha 10, Praha 6) a předpokládané vyšší tempo nárůstu počtu seniorů v okrajových městských částech. Tyto stěžejní trendy demografického vývoje výrazným způsobem spoluurčují potřebu sociálních služeb v oblasti dlouhodobé péče a terénních a ambulantních sociálních služeb.

Zatímco demografické trendy lze modelovat i v dlouhodobém horizontu, celkový vývoj systému sociálních služeb již v dlouhodobé perspektivě odhadovat nelze. V nejbližších letech se čekají výrazné změny v organizaci poskytování sociálních služeb (nově definované druhy služeb, reforma využívání příspěvku na péči, financování sociálních služeb) na centrální úrovni (MPSV). U celé řady předpokládaných společenských, případně technologických faktorů nelze dopad zcela předjímat (např. kumulativní vývoj v lékařské péči, dostupnost

prostředků umožňujících poskytování odpovídající péče v domácím prostředí, výraznější role církví jako poskytovatele péče v souvislosti s uvažovanými snahami o majetkové vyrovnání mezi státem a církvemi, kvalitativní změny v lékařské péči, která není přímo spojena s poskytovanými službami, vývoj léků apod.).

### **Počty stávajících a potenciálních uživatelů sociálních služeb mezi seniory**

Z výzkumu mezi pražskými seniory v roce 2008 vyplynulo, že sociální služby využívala pětina dotázaných seniorů (11 % dotázaných seniorů využívalo jednu službu, 5 % dvě služby a 4 % tři či více služeb). Uvedené údaje poskytují jen orientační představu o podílu seniorů využívajících sociální služby, možnosti jejich zobecnění omezují např. charakteristiky dotazovaného vzorku<sup>14</sup> nebo zvolený způsob dotazování<sup>15</sup>. Využití vhodné metodologie může vypovídací hodnotu údajů zvyšovat, podstatnými limity uvedeného údaje zůstává to, že vypovídá „pouze“ o stávajících uživatelích sociálních služeb<sup>16</sup> a že nebyl blíže specifikován okruh či typ služeb, které jsou využívány.

V grafu č. 4 jsou zachyceny tři varianty odhadu potřebnosti využívání sociálních služeb na základě demografických trendů, které byly vypočteny pro případy využívání jakékoli sociální služby 15, 20 a 25 % seniorů z celkového (skutečného či odhadnutého) počtu. Graf umožňuje pouze srovnání vlivu demografických trendů na počty stávajících a potenciálních uživatelů s významem jiných faktorů a samotné vypočtené hodnoty jsou ryze orientační. I tak je z grafu patrné, že demografické trendy se do potřeby využívání sociálních služeb budou v krátkodobém, střednědobém a především dlouhodobém horizontu promítat velmi výrazně, a to i tehdy, pokud by celkový podíl seniorů využívajících sociální služby (z jiných než demografických důvodů) vzrostl či poklesl až o 5 %. Lze tedy konstatovat, že potřebnost sociálních služeb je právě demografickými trendy určována velmi významně.

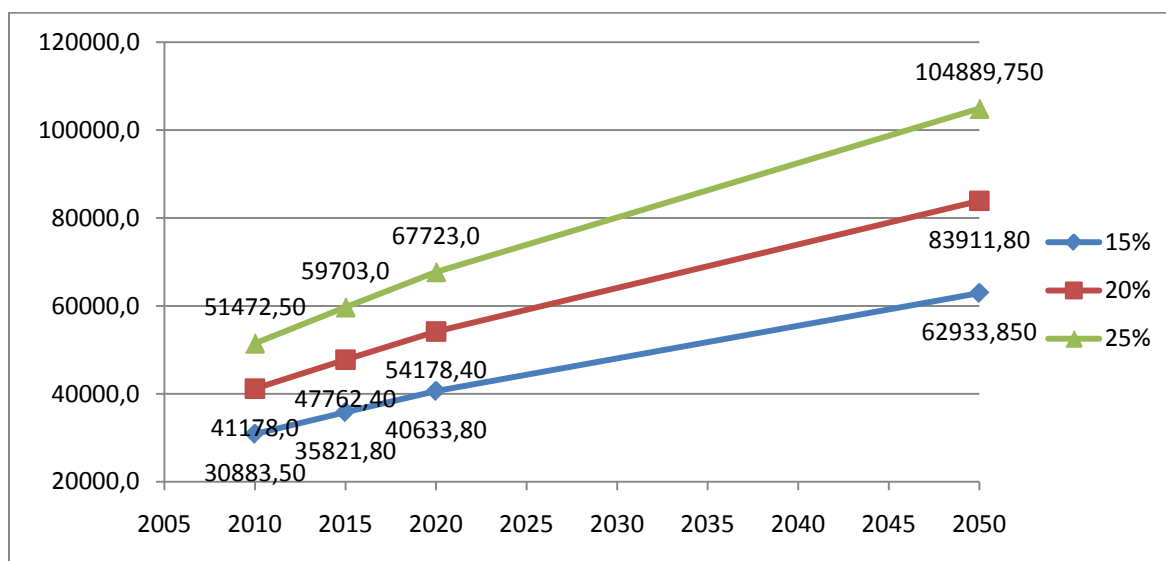
---

<sup>14</sup> Zjištěný podíl osob využívajících sociální služby mohl odrážet nižší zastoupení osob ve věku 80 a více let (18 %) ve sledovaném vzorku, než jaký ukazovaly statistické údaje o demografické struktuře obyvatel (27 %).

<sup>15</sup> Respondenti například mohli vnímat pojem sociální služba širěji a mezi sociální služby řadit i jiné druhy služeb.

<sup>16</sup> V případě seniorů jsou důležitou kategorií i potenciální uživatelé sociálních služeb. Mezi ty lze řadit nejen zájemce o službu, kterým ve využívání služby brání určité překážky nebo jim služba v určitém ohledu nevyhovuje, ale i část seniorů, jež jejich zdravotní stav aktuálně neomezuje, ale s rostoucím věkem vzrůstá riziko jeho zhoršení. Tyto faktory se obtížně sledují a mohou se velmi dynamicky měnit.

**Graf č. 4** Odhady počtu stávajících a potenciálních uživatelů sociálních služeb při orientačních koeficientech (15, 20 a 25 % z celkového k počtu seniorů) v letech 2010, 2015, 2020 a 2050



Zdroj: ČSÚ, [www.czso.cz](http://www.czso.cz), vlastní propočty

### 4.3. Druhy, četnost sociálních služeb

Sociální služby pro seniory jsou svým charakterem převážně poskytovány dlouhodobě a jejich hlavním cílem je zajistit podporu při sebeobsluze a péči o vlastní osobu, až na výjimky nejde o intervenční typ sociální služby. Pro cílovou skupinu seniorů tak lze jako relevantní vnímat většinu služeb sociální péče. Služby sociální péče jsou stěžejními sociálními službami pro tuto cílovou skupinu, senioři ale přirozeně mohou využívat i služeb sociální prevence (především sociálně aktivizační služby pro seniory) a odborného sociálního poradenství.

Z celkového počtu 201 registrovaných sociálních služeb, které poskytují sociální služby na území hlavního města Praha a zaměřují se na cílovou skupinu seniorů<sup>17</sup>, byly nejčastějšími druhy sociálních služeb pečovatelská služba (43 registrovaných služeb), odlehčovací služby (29), odborné sociální poradenství (28) a domovy pro seniory (26). V případě pečovatelské služby se na cílovou skupinu senioři zaměřovalo 98 % z celkového počtu služeb tohoto typu se sídlem na území HMP. U odlehčovacích služeb je podíl služeb poskytovaných seniorům 78 %, v případě odborného poradenství 31 %. Seniorům byly určeny všechny registrované domovy pro seniory a služby tísňové péče (6).

**Tabulka č. 3:** Počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu senioři

druh sociální služby	počet
domovy pro seniory	26
tísňová péče	6
pečovatelská služba	43
odlehčovací služby	29

<sup>17</sup> Při tomto srovnání byly využity údaje z Registru poskytovatelů sociálních služeb platné k 27. 3. 2012.

sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	10
domovy se zvláštním režimem	3
osobní asistence	14
SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením	17
denní stacionáře	14
odborné sociální poradenství	28
telefonická krizová pomoc	3
týdenní stacionáře	1
centra denních služeb	1
sociální rehabilitace	5
terénní programy	1
<b>celkem služeb zaměřujících se na cílovou skupinu seniory</b>	<b>201</b>

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, údaje ke dni 27. 3. 2012

### Sociální služby pro seniory poskytované v pobytové formě

Z kvantitativního vyhodnocení údajů o sociálních službách v Registru vyplynuly následující informace o počtu a kapacitě pobytových služeb pro seniory, mezi něž byly řazeny domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, zařízení pro přechodný pobyt, tedy odlehčovací služby a sociální služby ve zdravotnických zařízeních. Na katastrálním území hlavního města je k dispozici v těchto zařízeních celkem 3 113 lůžek. Pokud bychom připočetli lůžka v zařízeních, která má HMP k dispozici mimo své území nebo zařízení, která jsou v jiném kraji ČR, ale slouží Pražanům, dospějeme k číslu 3 615 lůžek (včetně 138 lůžek určených pro osoby se zrakovým postižením, užívaných však téměř výhradně seniory). To v přepočtu odpovídá 17,5 lůžkům v pobytových službách na 1 000 osob nad 65 let.

#### Pro pobytové sociální služby na území HMP platí následující fakta:

- výrazně nižší počet lůžek v domovech pro seniory (poloviční) a v domovech se zvláštním režimem (pětinový) oproti ostatním krajům ČR;
- významně se lišící lůžková kapacita mezi jednotlivými městskými částmi, soustředění pobytových sociálních služeb do některých městských částí (Praha 8, 10, 11, 6 a 4) a kapacita pobytových sociálních služeb pro seniory přesahující potřebu této služby u obyvatel dané městské části;
- nejčastěji zastoupenou právní formou jsou příspěvkové organizace HMP a MČ;
- 40 % kapacity pobytových služeb (1 241 lůžek) je využíváno klienty, kteří nejsou příjemci příspěvku na péči.

Při hodnocení uvedených souvislostí týkajících se pobytových sociálních služeb je potřebné reflektovat následující skutečnosti:

- Nižší kapacita pobytových sociálních služeb oproti jiným krajům nemusí nutně znamenat nedostatečné zastoupení těchto služeb. Na území HMP je totiž, oproti

jiným krajům ČR, vyšší rozsah poskytování terénních služeb a existuje zde široká nabídka jiných veřejných služeb.

- Jako problematickou lze vnímat jednoúčelovost existujících pobytových služeb. Řada sociálních služeb je poskytována seniorům, ale jen minimum se jich specializuje např. na osoby trpící demencí. Nabídku služeb pro osoby trpící demencí lze na úrovni HMP hodnotit jako nedostatečnou.
- Pobytové sociální služby jsou poměrně často využívány osobami, kterým by mohla být při využití terénních sociálních služeb podpora a pomoc poskytována v jejich přirozeném prostředí. Důvody této situace mohou být různorodé, patří mezi ně např. omezená informovanost, vnímání pobytových zařízení jako určité „pojistky“ pro případ náhlého zhoršení či postupného zhoršování zdravotní situace, charakteristiky stávající sítě sociálních služeb a jejich dostupnost či finanční situace žadatele o službu.
- Významnou roli je třeba přikládat procesům transformace pobytových sociálních služeb<sup>18</sup>, jejichž klíčovým vyústěním by měla být možnost poskytování sociálních služeb v lepší kvalitě.
- Nedílnou charakteristikou poskytování pobytových sociálních služeb je její propojení s oblastí zdravotní péče, respektive otázka poskytování těchto služeb jako služeb dlouhodobé péče, kterou by měl ukotvit připravovaný zákon o dlouhodobé péči.

#### Sociální služby pro seniory poskytované terénní a ambulantní formou

Prezentované údaje vypovídají o celkovém počtu uživatelů, intervencí či kontaktů, které vykazovaly sociální služby zaměřující se často nejenom na seniory, ale i další cílové skupiny uživatelů. Zatímco u některých sociálních služeb bylo možné předpokládat, že senioři budou reprezentovat výraznou část (nejvýrazněji to platí u pečovatelské služby a tísňové péče), u některých dalších sociálních služeb mohly větší část klientů reprezentovat jiné cílové skupiny (především terénní programy, sociální rehabilitace a odborné sociální poradenství). Přesný podíl uživatelů z řad seniorů (případně intervencí poskytnutých seniorům a kontaktovaných seniorů) u těchto služeb určit nelze.

**Tabulka č. 4 Kapacita ambulantních sociálních služeb v HMP**

druh sociální služby	počet služeb	počet klientů
centra denních služeb	1	2 000
denní stacionáře	14	182
odborné sociální poradenství	28	6 060
odlehčovací služby	29	4
pečovatelská služba	43	4 565
SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením	17	3 070
sociální rehabilitace	5	355

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, údaje ke dni 27. 3. 2012*

**Tabulka č. 5 Kapacita terénních sociálních služeb v HMP**

<sup>18</sup> Viz Konceptce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.

druh sociální služby	počet služeb	počet klientů
odborné sociální poradenství	28	96
odlehčovací služby	29	148
osobní asistence	14	1 715
pečovatelská služba	43	13 633
SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením	17	422
sociální rehabilitace	5	98
telefonická krizová pomoc	3	150
terénní programy	1	50
tísňová péče	6	3 220

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, údaje ke dni 27. 3. 2012

Poskytovatelé ambulantních sociálních služeb pro seniory měli nejčastěji (ve 44 % případů) právní formu sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.), druhou nejčastější právní formou byla příspěvková organizace (33 %). Také v případě terénních služeb pro seniory byly nejčastější právní formou sdružení (34 %) a příspěvková organizace (24 %).

Jednou z klíčových charakteristik sítě sociálních služeb na území HMP je značný počet organizací poskytujících pečovatelskou službu a to, že velká část z nich je zřizována městskými částmi.

### Role neformální péče

Nároky na systém sociálních služeb pro seniory výrazně snižuje neformální péče. O osobu, která má sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, je pečováno v jejím přirozeném prostředí fyzickou osobou (často členem rodiny). K odpočinku pečující fyzické osoby by měly sloužit odlehčovací služby. Nelze samozřejmě očekávat, že všechny pečující osoby budou poskytovat péči srovnatelnou s profesionály, nicméně výhodou neformální péče je, že příjemce péče zůstává ve svém přirozeném prostředí a nižší náklady oproti institucionalizované formě péče.

### Zajištění součinnosti mezi HMP a MČ při poskytování služeb pro seniory

Z Výkazu vyplývá, že MČ věnují při rozvoji sociálních služeb na svém území nejvíce pozornosti právě cílové skupině seniorů. Některé MČ jsou zřizovateli organizací, jejichž sociální služby jsou určeny výhradně či převážně seniorům (především terénní a ambulantní formy poskytování).

#### 4.4. Definice nezbytných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro seniory musí zaměřit:

- Na systémovou finanční podporu a rozvoj terénních sociálních služeb (především pečovatelské služby, osobní asistence), která umožní seniorům zůstat v přirozeném prostředí.
- Na základě spolupráce HMP a MČ nastavit jednotný systém tísňové péče a jednu telefonickou krizovou linku pro seniory na území HMP.
- Na řešení nedostatečných lůžkových kapacit pro osoby s demencí na území HMP.
- Na systémovou finanční podporu a rozvoj odlehčovacích služeb pro osoby poskytující seniorům neformální péči.
- Na změnu jednoúčelového zaměření pobytových sociálních služeb (domovů pro seniory) pro seniory u zařízení zřizovaných HMP.
- Na zvýšení objemu a koordinaci terénní práce sociálních pracovních pracovníků SO MČ 1–22.
- Na podporu terénních a ambulantních sociálních služeb schopných kvalifikovaně poskytnout službu seniorům s přidruženou (duální) problematikou.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit u seniorů musí zaměřit:

- Na řešení sociálního (ústupového, podporovaného) bydlení na úrovni obce (státu) pro osamělé seniory akutně ohrožené bezdomovectvím z ekonomických důvodů.
- Na vznik celopražské strategie poskytování pobytových sociálních služeb pro seniory na úrovni HMP a MČ.
- Ve spolupráci HMP a MČ začít systémově podporovat projekty společného bydlení (cohousing) jako alternativu k pobytovým sociálním službám.

#### Priority a opatření SPRSS

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

#### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita SEN1: Definice udržitelné celopražské strategie sociálních služeb pro seniory na území HMP.**

**Opatření SEN1.1.: Vznik pracovní skupiny na úrovni volených zástupců MČ (1–22) a HMP, pod garancí radního pro zdravotní, sociální a bytovou oblast HMP, která definuje zadání a základní parametry strategie pro expertní skupinu zpracovatelů dokumentu.**

**Opatření SEN1.2.: Systém kontroly kapacit a poskytování sociálních služeb ze strany HMP.**

### **V oblasti poskytování sociálních služeb**

**Priorita SEN2: Podpora setrvání seniorů v jejich přirozeném prostředí.**

**Opatření SEN2.1.: Podpora terénních služeb pro seniory.**

**Priorita SEN3: Rozšíření forem péče pro seniory (osoby) trpící demencí.**

**Opatření SEN3.1.: Vytváření pobytových kapacit pro osoby trpící demencí.**

**Opatření SEN3.2.: Zvýšit podporu ambulantních služeb pro osoby trpící demencí.**



## 5. Osoby se zdravotním postižením

### 5.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty

V **definici cílové skupiny** lze vyjít z Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na léta 2010–2014, schváleným usnesením vlády České republiky č. 253 ze dne 29. března 2010.

Zdravotní postižení je možno charakterizovat jako dlouhodobý nebo trvalý nepříznivý zdravotní stav, který již nelze léčbou výrazně zlepšit či zcela odstranit. Na rozdíl od řady dalších skutečností, které může jejich nositel ovlivnit, se přitom jedná o situaci, která je většinou nezávislá na vůli jedince.

Vznik a existence zdravotního postižení představuje takovou sociální událost, která zásadním způsobem ovlivňuje život každého člověka, kterého se dotýká.

Bezprostřední dopady má nejen na samotné občany se zdravotním postižením, ale také na jejich rodiny. Zejména u těžších forem zdravotního postižení dochází k výrazným změnám v možnostech plnohodnotné účasti a zapojení jak v soukromých aktivitách, tak i ve veřejném životě.

Ze samotné definice vyplývá, že problematika osob se zdravotním postižením (dále jen „OZP“) je výrazně mezirezortní a problematika poskytování sociálních služeb tvoří pouze jednu z významných oblastí života pro OZP.

#### **Základní závazné právní dokumenty v oblasti problematiky OZP:**

**Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením**, která v ČR vstoupila v platnost dne 28. 10. 2009. V dokumentu jsou obsaženy základní principy podpory, ochrany a zajišťování plného a rovného užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podpora úcty k jejich přirozené důstojnosti.

Existuje celá řada závazných nadnárodních dokumentů, které zavazují ČR dodržovat principy, práva a způsoby podpory jednotlivých cílových skupin OZP (směrnice EU Charta pro tělesně postižené, pro mentálně postižené osoby, Zelená kniha).

Na úrovni ČR je to například **Národní plán rovných příležitostí pro OZP na období 2010–2014**.

HMP by v budoucnu mělo být na krajské úrovni schopno deklarovat systém komplexního řešení problematiky OZP na svém území na úrovni samostatného strategického materiálu. HMP může vyjít ze základních předpokladů řešení problematiky a integrace OZP v rámci schválené Strategie hlavního města Prahy (oddíl L 1.7.):

- Odstraňovat bariéry vně i uvnitř objektů, na veřejných prostranstvích a při použití všech druhů veřejné dopravy.

- Usnadnit příjemcům sociální pomoci co nejširší pracovní uplatnění a integraci do společnosti, umožnit pobyt v domácím prostředí.
- Podporovat osobní asistenci pro děti s handicapem, aby mohly chodit do běžných škol.

**Principy SPRSS, které jsou akcentovány v problematice OZP:**

- Právo na důstojný a plnohodnotný život.
- Podpora terénních a ambulantních služeb, které umožní občanům žít důstojný a plnohodnotný život v přirozeném prostředí.
- Podpora změn a transformačních procesů v pobytových zařízeních zaměřených na co nejvyšší možnou míru zapojení do běžného života pro OZP

SPRSS, jehož účelem je tvorba funkčního systému sociálních služeb, musí být pouze dílčím – ač významově důležitým – strategickým dokumentem, který pojednává jednu z problematik OZP. SPRSS **nemůže** nahrazovat krajský plán pro OZP, který musí zachytit i jiné dimenze problematiky (právo, doprava, vzdělávání, zaměstnání, zdravotnictví, volnočasové aktivity atd.).

Z důvodu zaměření a obsahu SPRSS (na problematiku sociálních služeb), jsou OZP chápány jako centrální označení vyplývající z výše uvedené definice, které bude ve SPRSS dále děleno na osoby s tělesným a smyslovým postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením a osoby s duševním onemocněním. Další významnou skupinou, kterou dokument samostatně pojednává, jsou osoby s poruchou autistického spektra, alespoň v kontextu poskytování sociálních služeb na území HMP. Návrh dělení neodpovídá druhům zdravotního postižení, ale spíše odkazuje na praxi dokumentů strategického rázu republikové i krajské úrovně v oblasti sociálních služeb. Především však, a to je podstatné, reflektuje realitu v oblasti poskytování sociálních služeb na území HMP.

## 5.2. Statistická a demografická data

U cílové skupiny OZP nelze z veřejně dostupných zdrojů zjistit primární data o jejich počtech a druhu postižení. Už samotná obecná definice cílové skupiny a multidisciplinární přístup k řešení různých problémových okruhů, neumožňuje prostor pro jednoznačný výčet. U cílové skupiny OZP pro potřeby SPRSS můžeme pracovat se sekundárními daty z veřejně dostupných zdrojů, kterými jsou především:

- údaje o čerpání invalidního důchodu (I. II. a III. stupně);
- přiznané výhody I.–III. stupně;
- počet PnP (především III. a IV. stupeň);
- prognóza věkového rozložení populace;
- kvalifikované odhady a projekce vývoje.

## Invalidní důchody

Jedním z důležitých orientačních ukazatelů je počet čerpání invalidních důchodů (dále ID) na území HMP. Vzhledem k novele zákona o důchodovém pojištění (zák. č. 306/2006), kde se nově rozlišují 3 stupně postižení (podle zdravotní závažnosti), nelze statistiku dlouhodobě opřít o dlouhodobě srovnatelná data. Skupina osob, které pobírají invalidní důchod, je navíc velmi široká (především z pohledu stupně závislosti na péči další osoby). Rovněž na úrovni územního členění HMP nelze zjistit zcela přesná data, územní členění HMP neodpovídá statistikám ČSSZ (statistiky jsou sledovány pro územní celky Praha 1–10, které neodpovídají samosprávnému územnímu dělení).

**Tabulka č. 6 Počet čerpání invalidních důchodů na území HMP**

Praha	Celkem ID	ID III	ID II	ID I	SI*
<b>k 31. 12. 2010</b>	41 200	21 024	4 452	9 303	6 421
<b>k 31. 12. 2011</b>	39 890	19 619	4 883	9 031	6 357

Zdroj: ČSSZ

SI\* - starobní důchod vzniklý transformací invalidního důchodu v 65 letech

Relevantním kritériem pro možné využití sociální služby, při vědomí obtížnosti definice tohoto kritéria, může být invalidní důchod I a II. stupně, tj. zhruba 13 800 OZP na úrovni HMP. Muži a ženy čerpají téměř stejný počet všech stupňů ID (včetně SI). Nejvíce ID I v poměru k celkovému počtu obyvatel pochází ze správních obvodů MČ Praha 4, 5, 9 a 10.

V regionální struktuře ČR má HMP výjimečné postavení jako kraj s nejnižším procentem přiznaných důchodů všech stupňů postižení (3,3 %).

## Průkaz mimořádných výhod

**Průkaz TP** náleží osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I (lehká závislost). Pokud by však tyto osoby byly neschopné zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, náleží jim průkaz ZTP/P. Výjimkou jsou osoby starší 18 let, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty (těm náleží průkaz ZTP).

**Průkaz ZTP** náleží osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost), a osobám starším 18 let, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty. Pokud osoba ve stupni závislosti II není schopná zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, náleží jí průkaz ZTP/P (opětovně se nesmí jednat o zletilou osobu, která tuto schopnost nemá díky úplné nebo praktické hluchotě).

**Průkaz ZTP/P** náleží osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), a osobám, u kterých bylo pro účely příspěvku na mobilitu zjištěno, že nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo

orientace (s výjimkou zletilých osob, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace kvůli sluchovému postižení).

**Tabulka č. 7 Vývoj počtu držitelů průkazu zdravotně postižených osob podle stupně postižení v letech 2000, 2005, 2009, 2010 a 2011 na území HMP**

	Těžce postižení (TP)	Zvláště těžce postižení (ZTP)	ZTP s nutností průvodce (ZTP/P)
<b>2000</b>	23 751	34 357	10 809
<b>2005</b>	9 702	28 533	7 929
<b>2009</b>	13 996	33 176	9 842
<b>2010</b>	14 472	34 075	9 967
<b>2011</b>	14 995	34 209	10 133

*Zdroj: informace s MČ, statistické bulletiny ČSÚ*

S nižší mírou schopnosti sebeobsluhy u OZP, ke které se především vztahuje poskytování sociálních služeb, je obzvláště vypovídající kategorie ZTP/P, kde se počet osob velmi blíží počtu osob, které potřebují ke svému životu péči blízké osoby nebo službu sociální péče (v pobytové, ambulantní či terénní formě). Je pravděpodobné, že držitelé průkazu ZTP/P trpí převážně tělesným, smyslovým či kombinovaným druhem postižení.

V časovém horizontu je viditelný mírný nárůst osob s přiznanými výhodami a lze oprávněně předpokládat, že při obdobné metodice posuzování a vykazování bude počet osob s postižením průběžně narůstat. Předpokládanému trendu napovídá zvyšující se věková struktura obyvatelstva. V regionální struktuře ČR je zajímavým údajem relativně vysoký podíl osob s méně závažným postižením na území HMP.

V lokálním kontextu HMP má nejvíce přiznaných výhod I.–III. stupně Praha 8 (téměř dvojnásobně), Praha 4, Praha 3 a Praha 10.

### Příspěvek na péči

Příspěvek na péči (dále jen PnP) je sociální dávka, která se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Důvodem je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav těchto osob. Počet příjemců PnP logicky nemůže odpovídat počtu OSZ. Ve III. a IV. stupni závislosti lze předpokládat korelaci mezi příjemci dávky PnP a počty I. a II. stupněm ID a počtem ZTP/P, především na úrovni tělesného, smyslového a kombinovaného postižení.

**Tabulka č. 8 Stupně závislosti příspěvku na péči v časové řadě 2009, 2010 a 2011**

	PnP I.	PnP II.	PnP III.	PnP IV.	Celkem
<b>2009</b>	10 080	6 889	3 507	2 188	22 664
<b>2010</b>	10 161	7 075	3 702	2 219	23 157
<b>2011</b>	10 528	7 445	3 843	2 348	24 164

*Zdroj: MPSV*

**Specifika HMP v oblasti dávek a důchodu:**

- nejméně přiznaných důchodů I. – III. stupně na počet obyvatel (3,3 %) v celé ČR;
- podíl TP, ZTP a ZTP/P osob kopíruje republikové průměry s tím, že od roku 2005 lze pozorovat mírný růst především u kategorií ZTP a ZTP/P;
- územní členění MČ kopíruje věkovou strukturu, jsou správní obvody s vyšším věkovým průměrem (Praha 3, 4, 6, 10), ale i správní obvody, které postupně „stárnou“ (Praha 11, 12);
- jsou správní obvody, kde nekoresponduje podíl PnP, ID a přiznaných mimořádných výhod (Praha 5, Praha 8 a Praha 9).

**Projekce OZP na území HMP**

Jako pomocný nástroj pro určení odhadu OZP, typů postižení a míry postižení na území HMP lze s jistou mírou obezřetnosti použít poměrová data z Výběrového šetření zdravotně postižených ČSÚ z let 2006 a 2007. Výpočty jednotlivých kategorií OZP se přibližují kvalifikovaným odhadům odborné veřejnosti.

Procentní podíly z celku, které byly v šetření použity, jsou vztaženy k počtu obyvatel Prahy k 31. 12. 2010.

**Tabulka č. 9 Odhadovaný počet OZP na území HMP**

	Počet osob (k 31. 12. 2010)	Přepočtené procento OZP	Odhadovaný počet OZP
<b>0–14 let</b>	161 294	3,12	5 032
<b>15–29 let</b>	235 643	2,79	6 574
<b>30–44 let</b>	321 545	4,38	14 084
<b>45–59 let</b>	244 522	11,19	27 362
<b>60–75 let</b>	201 268	19,37	38 985
<b>75 let a více</b>	92 886	41,88	38 900
<b>Celkem</b>	<b>1 257 159</b>		<b>130 937</b>

*Zdroj: vlastní výpočty odboru ZSP MHMP*

Podíl OZP pro celé území ČR je 9,87 %. Vzhledem k demografickým specifikům pražského regionu předpokládáme růst podílu OZP na pražské populaci na 10,41 % (dále v projekci započítáme koeficient 10,42 % a odhadovaný počet 131 000 OZP). Podle přepočteného procenta OZP můžeme generovat data za SO Praha 1–22. Je nutné zdůraznit, že jde o **orientační odhad**, bez kterého ovšem nelze účinně plánovat systém sociálních služeb včetně výdajů v dlouhodobém horizontu.

**Tabulka č. 10 Odhadovaný počet osob jednotlivých typů postižení na území HMP**

Typ postižení	Odhadovaný počet osob
<b>Tělesné</b>	67 260
<b>Zrakové</b>	10 685
<b>Sluchové</b>	9 128
<b>Mentální</b>	13 038
<b>Duševní</b>	15 649

<b>Vnitřní</b>	69 866
<b>Celkový počet postižení</b>	192 275
<b>Celkový počet OZP (kvalifikovaný odhad, použití celkového podílu 10,42 % z populace)</b>	131 000

Zdroj: vlastní výpočty odboru ZSP MHMP

Důvod celkově vyššího počtu postižení než odhad počtu OZP je fakt, že určitá část OZP má kombinovaný typ postižení (tj. více typů postižení u jedné osoby).

**Tabulka č. 11 Odhadovaný podíl míry postižení převedený do absolutní četnosti u OZP**

	lehké	středně těžké	těžké	velmi těžké	neuveдено	celkem
<b>podíl mezi OZP (v %)</b>	18,6	41,2	29,7	10,2	0,3	100
<b>počet celkem</b>	24 366	53 972	38 907	13 362	393	131 000

Zdroj: vlastní výpočty odboru ZSP MHMP

Odhad počtu osob s velmi těžkým postižením se blíží počtu osob ZTP/P, ale především na úrovni těžkého a velmi těžkého postižení koresponduje s příjemci ID I. a II. stupně (a SI). Vzhledem k územnímu dělení HMP, a vzhledem k ukazateli stárnutí obyvatelstva, můžeme konstatovat, že nejvyšší míru postižení v současné době vykazují občané správních obvodů Praha 3, Praha 4, Praha 6, Praha 8 a Praha 10.

**Tabulka č. 12 Projekce počtu OZP v letech 2015, 2020 a 2050 na území HMP**

Věková kategorie	2015 počet osob	Odhadovaný počet OZP	2020 počet osob	Odhadovaný počet OZP	2050 počet osob	Odhadovaný počet OZP
<b>0–14</b>	181 040	5 648	190 856	5 955	136 564	4 261
<b>15–29 let</b>	175 596	4 899	145 282	4 053	119 174	3 325
<b>30–44</b>	324 202	14 200	298 097	13 056	189 122	8 283
<b>45–59</b>	235 308	26 331	258 221	28 895	141 363	15 818
<b>60–74</b>	230 170	44 584	230 386	44 625	270 107	52 320
<b>75let +</b>	94 326	39 504	113 289	47 445	222 612	93 230
<b>Celkový počet po započítání nárůstu koeficientu HMP</b>	1 240 642	135 166	1 236 131	144 029	1 079 942	177 237

Zdroj: vlastní výpočty odboru ZPS MHMP

Podle výsledků demografických prognóz obyvatelstvo HMP výrazně zestárne. Podíl lidí nad 65 let by se mohl v roce 2050 přiblížit k jedné třetině, což by znamenalo zdvojnásobení současného podílu. Nejrychleji bude pochopitelně přibývat osob v nejvyšším věku. Počet obyvatel starších 85 let by se měl do roku 2050 zvýšit až o 250 %. Stárnutí populace se obecně projeví i v nárůstu počtu osob se zdravotním postižením zejména ve vyšším věku, což

se výrazně promítne do zvýšených nároků na rodinnou, sociální a zdravotní péči. Tato projekce, i při klesajícím počtu osob do roku 2050, vykazuje růst počtu OZP o zhruba 40 000 osob. Každá OZP, jak ukazuje současné praxe, nemusí využívat sociální službu, ale přesto čtvrtinový nárůst OZP vliv na kapacity sociálních služeb bude mít.

**Tabulka č. 13 Projekce růstu počtu mužů a žen ve věkové kategorii let 75+ do r. 2050**

Věková kategorie 75+	2010	2015	2020	2050
<b>Muži</b>	33 174	34 514	43 350	97 385
<b>Ženy</b>	59 739	59 812	69 939	125 227

*Zdroj: ČSÚ*

Tabulka v projekci do roku 2050 ukazuje trojnásobný nárůst počtu mužů 75+ a více než dvojnásobný u žen. Tento růst bude mít odraz v absolutním počtu OZP, které je věkové kategorii 75+ vyjádřeno poměrem 40,88 % z populace. Podle projekce do roku 2050 se postupně bude měnit poměr dožití osob ve věkové kategorii 85+, kde začíná výrazně narůstat počet žen až dvojnásobně oproti počtu mužů.

**Ovlivňující faktory rozvoje sociálních služeb u skupiny OZP v dlouhodobém výhledu (do roku 2050):**

- stárnutí populace a důsledky, které tento trend doprovázejí (vyšší počet osaměle žijících osob, absolutní i relativní vyšší počet žen ve věkové kategorii 75+);
- změny zdravotního stavu obyvatelstva spojené s kumulativním vývojem zdravotní péče;
- nelze předjímat legislativní změny (reforma zdravotnictví, zákon o dlouhodobé péči, zákon o ucelené rehabilitaci, využití PnP v souvislosti s poskytováním sociálních služeb);
- lze predikovat nárůst zdravotních postižení především v souvislosti s dlouhověkostí (kategorie 85+);
- při současných problémech veřejných rozpočtů lze očekávat trend, při kterém výdaje veřejných rozpočtů budou směřovat spíše do oblasti zdravotně sociální péče o OZP a existuje reálná možnost jejího propojení (respektive oddělení služeb sociální péče od ostatních sociálních služeb /prevence, poradenství/);
- přenášení standardu života z produktivního věku i do období, kdy je člověk závislý na pomoci jiné osoby a z toho rostoucí nákladnost poskytování péče;
- pravděpodobné změny v systému cenových regulací úhrad za poskytování sociální služby.

**V oblasti systému sociálních služeb pro OZP do roku 2050 můžeme předpokládat:**

- zvyšující se počet OZP, téměř na dvojnásobek současného počtu v nejstarších věkových kategoriích (80+);
- nárůst pobytových, terénních i ambulantních kapacit v sociálních službách, které budou reakcí na vyšší počet OZP;



- nedostatečnou výši financí z veřejných rozpočtů na financování systému péče o OZP a s tím spojená nutnost zapojení více zdrojů do systému financování (např. zákonnou formou daňového úlev /povinných odvodů/ do systému, příspěvky uživatelů na některé služby sociální prevence /např. raná péče/);
- vznik nových zařízení nabízejících sociálně zdravotní služby pro OZP (i pobytové formy), které budou provozovat církve v souvislosti s připravovanými církevními restitucemi;
- prohlubováním rozdílů ve schopnostech jednotlivých uživatelů spolupodílet se vlastními náklady na odpovídajícím systému sociálních služeb (úhradových služeb);
- akceleraci transformačních změn v sociálních službách (především v pobytových formách);
- novou zákonnou redefinicí toho, co bude (nebo nebude) sociální službou pro cílovou skupinu OZP.

**V oblasti systému sociálních služeb pro OZP do roku 2015 musíme na úrovni HMP především:**

- pružně reagovat (formou krajských akčních plánů sociálních služeb) na případné legislativní a organizační změny na úrovni ČR (především v souvislosti s připravovaným zákonem o dlouhodobé péči a zákonem o ucelené rehabilitaci);
- metodicky podporovat terénní činnost sociálních pracovníků na SO MČ 1–22 (v rámci reformy I. MPSV), která na základě demografických údajů bude schopna systematicky mapovat území HMP a srovnávat možnosti poptávky a nabídky odpovídající péče o OZP;
- za strany HMP zavést systém kontroly údajů obsažených v registrech a výkazech u jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb;
- ze strany HMP provést kroky k definici funkční sítě sociálních služeb pro OZP;
- nastavit poměr finanční podpory pobytové formy sociálních služeb k terénní a ambulantní formě sociálních služeb u OZP, včetně vyčíslení objemu prostředků;
- systémově rušit jednoúčelové pobytové formy sociálních služeb u OZP zřizované HMP, kterým lze odpovídající péči zajistit jiným druhem a formou sociální služby (především jde o osoby s duševním onemocněním a mentálním postižením s nižšími stupni postižení) – např. chráněné bydlení, raná péče, podpora samostatného bydlení, osobní asistence.

### **5.3. Jednotlivé cílové podskupiny osob se zdravotním postižením**

Zákon o sociálních službách hovoří (v §3 písmeno f)) o tom, že zdravotním postižením se rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Z praxe jednotlivých dokumentů strategického charakteru krajské úrovně vyplývá tendence skupinu OZP dělit na jednotlivé podskupiny podle charakteru postižení. Vzhledem ke



schválené struktury procesů plánování sociálních služeb na území HMP (a činnosti dočasných pracovních skupin, viz bod 1.2.) dělíme ve SPRSS skupinu OZP na podskupinu:

- osob s tělesným, smyslovým, kombinovaným a jiným postižením;
- osob s mentálním postižením;
- osob s duševním onemocněním.

Zvláštní pozornost v rámci první podskupiny bude věnována poskytování služeb pro osoby s poruchou autistického spektra, které jsou významným způsobem zastoupeny na území HMP.

## 6. Osoby s tělesným, smyslovým a kombinovaným a jiným postižením

### 6.1. Definice cílové skupiny

V této cílové skupině pro účely SPRSS rozeznáváme:

- osoby s tělesným postižením;
- osoby se smyslovým postižením;
- osoby s kombinovaným a jiným postižením.

Kvantifikací jednotlivých osob rozumíme kvalifikovaný odhad na základě vytvořené projekce.

**Tabulka č. 14** Projekce odhadů počtu osob vzhledem k typu postižení a jejich věkové rozvrstvení

Typ postižení	Tělesné	Zrakové	Sluchové	Kombinované
Procento z OZP	35 %	5,5 %	4,7 %	13,5 %*
Počet	67 260	10 685	9 128	25 957*
<b>0–14</b>	2 098	333	285	809*
<b>15–29</b>	1 876	298	254	724*
<b>30–44</b>	2 945	468	400	1 137*
<b>45–59</b>	7 526	1 195	1021	2 904*
<b>60–74</b>	13 028	2 070	1 768	5 027*
<b>74+</b>	28 168	4 474	3 822	10 870*

*Zdroj: vlastní výpočty odboru ZSP MHMP*

\* údaje o kombinovaném postižení vznikly třetinovým poměrem z každého typu postižení v tabulce (tj. tělesného, smyslového i zrakového), proto nelze tuto kategorii přičítat k ostatním, ostatní kategorie jí obsahují, proto data v absolutním počtu nesouhlasí s počtem obsaženým v jednotlivých věkových kohortách.

Počet osob s poruchou autistického spektra v populaci je odhadován na 0,9 % lidí v populaci, má stoupající tendenci v poledních deseti až patnácti letech. S největší pravděpodobností je tento fakt způsoben zlepšením diagnostických nástrojů a tudíž i specifické odbornosti diagnostiků a postupným rozšířením diagnostických kritérií. Odhad pro HMP je 1 125 dětí v uplynulých 15 letech, který nepatrně převyšuje republikový průměr, jak se shoduje odborná veřejnost.

### 6.2. Druhy, četnost sociálních služeb

Celkový počet poskytovaných služeb pro OZP na území HMP je 522, z toho 102 v pobytové formě, 316 v ambulantní formě a 260 v terénní formě poskytování sociální služby. Právní forma poskytování sociálních služeb je 59 PO, 374 NNO, 37 CO a 52 jiných právních forem.

Počet poskytovaných sociálních služeb je ovlivněn faktem, že v naprosté většině sociálních služeb jde o poskytovatele, kteří nenabízejí sociální službu pouze jedné cílové skupině uživatelů (OZP), ale většinou i jiným cílovým skupinám (především seniorům). Zvláště poskytovatelé, kteří realizují pečovatelskou službu, mají registrováno více cílových skupin OZP, ale sociální služba je zaměřena převážně na péči o seniory.

Při vědomí této skutečnosti je k 29. 2. 2012 v Registru poskytovatelů sociálních služeb na území HMP registrováno 281 sociálních služeb pro cílovou skupinu osob s tělesným, smyslovým a kombinovaným postižením (z hlediska struktury údajů v Registru jsou započítány i cílové skupiny s chronickým onemocněním, zdravotním postižením a jiným zdravotním postižením).

**Tabulka č. 15 Počet sociálních služeb pro osoby s tělesným, smyslovým, kombinovaným a jiným typem postižením na území HMP**

	Tělesné	Zrakové	Sluchové	Kombinované
<b>Počet služeb na území HMP</b>	141	127	88	197

*Zdroj: Registr sociálních služeb MPSV*

Pozn. Čísla v tabulce jsou vyšší než uváděný počet služeb. Důvodem je poskytování sociální služby osobám s různým typem postižení.

**Tabulka č. 16 Počet poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu aspoň osobám s jedním typem postižení v rámci cílové skupiny**

Druh sociální služby	počet
domovy pro seniory	12
pečovatelská služba	27
odlehčovací služby	16
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	8
domovy se zvláštním režimem	4
osobní asistence	25
SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením	50
tlumočnické služby	16
azylové domy	1
průvodcovské a předčitatelské služby	4
denní stacionáře	11
domovy pro osoby se zdravotním postižením	4
odborné sociální poradenství	72
telefonická krizová pomoc	2
týdenní stacionáře	1
centra denních služeb	2
SAS pro rodiny s dětmi	5
sociálně terapeutické dílny	2
chráněné bydlení	2
sociální rehabilitace	30
raná péče	5

*Zdroj: Registr sociálních služeb MPSV*

Tabulka má spíše informativní charakter ve smyslu nabízených služeb na území HMP. Řada poskytovatelů, jak bylo konstatováno, nabízí relativně široké spektrum služeb různým cílovým skupinám (senioři, rodiny s dětmi aj.)

Specifickou službou je raná péče, kterou na území HMP poskytuje sedm organizací. Služby rané péče se poskytují rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je osobou se zdravotním postižením nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého sociálního prostředí. Služba je zaměřena na podporu rodiny a vývoje dítěte.<sup>19</sup>

**Tabulka č. 17 Kvantifikace právní formy jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb na území HMP**

Právní forma poskytování	Počet
Církevní organizace	24
Nestátní neziskové organizace (o. p. s., o. s.)	212
Příspěvkové organizace	28
Jiné (a. s.)	39

*Zdroj: Registr sociálních služeb MPSV*

V oblasti právní formy poskytování služby platí, že PO jsou většinou charakterem poskytování také převážně zaměřeny na jinou cílovou skupinu – především pečovatelské služby a odlehčovací služby (zřizované převážně MČ) a domovy pro seniory (zřizované převážně HMP) na seniory.

### Osoby s tělesným postižením

Při definici všech cílových skupin OZP nejde o vyčerpávající informace vzhledem k typu postižení ale rámcovou charakteristiku při vědomí, že jde o skupinu velmi různorodou.

Tělesně postižený je člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického postižení. Jedná se o dlouhodobý nebo trvalý stav.

**Omezení hybnosti** může být:

- Primární: přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo postižení centrální nebo periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí např. amputací, deformacemi, vývojovými vadami.
- Sekundární: centrální i periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí je bez patologických změn, hybnost je omezena z jiných příčin (např. důsledkem srdečních, revmatických, kostních chorob).

### Počty poskytovatelů sociálních služeb žádajících o grant HMP

Z výše uvedených důvodů jsou kapacitně lépe vypovídající údaje, které obsahují informace o organizacích, které si žádaly o grant HMP v posledních třech letech a danou cílovou skupinu mají v žádosti o grant uvedenu jako hlavní (čímž deklarují specializaci na práci s danou

<sup>19</sup> Jako hlavní cílovou skupinu uvádějí poskytovatelé rané péče v řadě případů rodiny s dítětem, z toho důvodu je o rané péči pojednáno u cílové skupiny rodiny, děti a mládež, příslušná opatření jsou uvedeny u cílové skupiny osoby se zdravotním postižením a osoby s mentálním postižením (viz SPRSS, opatření ZDR3.1. a OMP 3.1.).

cílovou skupinou). Tabulka nezahrnuje údaje o pečovatelské službě, která je v rámci grantového řízení HMP hodnocena odlišně, a především údaje o PO MČ a HMP.

**Tabulka č. 18 Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby s tělesným postižením, osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením a osoby se zdravotním postižením v letech 2009, 2010 a 2011, které si žádají o grant HMP**

Sledované údaje v letech	2010	2011	2012*
Počet služeb – pobytová forma	16	20	20
Uváděná lůžková kapacita	189	246	248
Počet služeb – terénní a ambulantní forma	58	36	36
Uváděná celková kapacita uživatelů (P, A, T)	12 680	7 460	5 302*
Plánovaný počet pracovníků PP	527	481	363*

*Zdroj: vlastní výpočty odboru ZSP MHMP*

Z tabulky lze vysledovat postupný pokles nabízených služeb i kapacit. Podstatný je i odhadovaný pokles pracovníků PP, který ovšem v případě nabízených služeb koresponduje s poklesem klientů.

**Vybrané problematiky** sociálních služeb pro osoby s tělesným postižením na území HMP, které byly definovány v rámci pracovních skupin:

- V kontextu ČR v současnosti funguje v Praze síť zkušených poskytovatelů sociálních služeb a vyšší dostupnost sociálních služeb pro osoby s tělesným postižením oproti ostatním krajům. Pro cílovou skupinu je příznivá velmi dobrá místní dostupnost (fyzická dosažitelnost) sociálních služeb, která je daná charakterem územní celistvosti HMP s relativně hustou sítí MHD.
- Dobrou místní dostupnost služeb komplikuje na úrovni HMP pomalé tempo odstraňování bariér ve veřejném prostoru a veřejných institucí, což sekundárně ovlivňuje (ne)využívání sociálních služeb.
- V kontextu ČR existuje relativně velká šance na přidělení bezbariérového bytu osobě s tělesným postižením trvale bydlící v Praze.
- Minimální podpora možnosti zaměstnání pro osoby s tělesným postižením především na úrovni HMP a MČ (např. formou zadávání veřejných zakázek, kde může být podmínkou zaměstnání OZP).
- Sociální služby pro občany s tělesným postižením jsou často chápány jako konkrétní druhy služeb sociální péče, případně osobní asistence (v případě pomoci či doprovodu), dalším významným rozměrem problematiky je ovšem aktivní trávení volného času u osob s tělesným postižením, především v souvislosti se vzděláváním a zaměstnáním (např. služby sociální rehabilitace). Uživatel by měl mít možnost vybrat si sociální službu na základě svých potřeb, která např. zajistí péči o jeho osobu, či mu zajistí asistenci (např. doprovod) a pomůže mu aktivně trávit volný čas.

- Chybí nastavení koncepce HMP poskytování sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu na svém území, které by jasně nadefinovalo potřebnou síť sociálních služeb, popsalo mechanismy financování těchto služeb a jasně definovalo kvalitu poskytovatele služby a transparentně popsalo pravidla v praxi poskytování sociálních služeb na svém území (např. v souvislosti s příspěvkem na dopravu u poskytovatele služeb).

### Osoby se smyslovým postižením

V rámci cílové skupiny rozeznáváme především osoby se zrakovým a sluchovým postižením.

#### • Zrakově postižení

Zrakové postižení představuje poškození zrakové soustavy, které způsobuje zhoršené nebo nulové vidění.

Poškození může být orgánové nebo funkční (vzniklé poškozením nervových drah a mozkových center). Z hlediska závažnosti se dělí zrakové postižení na tyto stupně:

- slabozrakost (omezení zrakových funkcí na úroveň 15 – 5 % běžné kapacity);
- praktickou nevidomost, tzv. zbytky zraku (deficit vidění v rozsahu méně než 4 % běžné kapacity až po zachování jakékoli schopnosti vizuální diferenciaci, např. rozlišení počtu prstů před okem);
- nevidomost (znamená chybění tvarového vidění, ale může být zachována schopnost rozlišovat světlo a tmou, někdy je dokonce možné určit směr, odkud světlo přichází – tzv. světlocit s projekcí).

**Tabulka č. 19 Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby se zrakovým postižením v letech 2009, 2010 a 2011, které si žádají o dotaci HMP**

Sledované údaje v letech	2010	2011	2012*
Počet služeb – pobytová forma	2	1	1
Uváděná lůžková kapacita	36	20	20
Počet služeb – terénní a ambulantní forma	6	3	3
Uváděná celková kapacita uživatelů (P, A, T)	558	655	640*
Plánovaný počet pracovníků PP	55	26,7	12,2*

*Zdroj: vlastní výpočty odboru ZSP MHMP*

Takto upravená tabulka ukazuje postupný pokles kapacit u organizací, které žádají o dotaci z HMP. Jediným ukazatelem, který neklesá, je uváděná kapacita uživatelů, což ovšem může mít souvislost s nejasným systémem registrovaných kapacit u ambulantních, ale především terénních, sociálních služeb. Co naopak klesá nejvíce, je počet pracovníků PP (o téměř 78 %), což může mít vliv na kvalitu poskytované služby.

#### • Sluchově postižení

Sluchové postižení znamená omezení nebo úplné chybění zvukových podnětů.

Těžce sluchově postižený není omezen jen v oblasti vnímání řeči, ale chybí mu i sluchová orientace v prostoru, který je mimo dosah zorného pole. Světová zdravotnická organizace vydala v roce 1980 mezinárodní škálu sluchových poruch:

- lehká nedoslýchavost – ztráta 26–40 dB;
- střední nedoslýchavost – ztráta 41–55 dB;
- středně těžká nedoslýchavost – ztráta 56–70 dB;
- těžká nedoslýchavost – ztráta 71–90 dB;
- úplná ztráta sluchu – ztráta nad 90 dB<sup>20</sup>.

Uvedená postižení mohou být buď vrozená, nebo vzniklá během života (vlivem konkrétní situace – úraz, nemoc), při čemž je třeba věnovat uživateli odlišný typ péče a pomoci. Kombinací sluchového a zrakového postižení je hluchoslepota, osoby s takovým postižením musí mít nastavený speciální systém péče a pomoci.

**Tabulka č. 20 Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby se sluchovým postižením v letech 2009, 2010 a 2011, které si žádají o dotaci HMP**

Sledované údaje v letech	2010	2011	2012*
Počet služeb – pobytová forma	-	-	-
Uváděná lůžková kapacita	-	-	-
Počet služeb – terénní a ambulantní forma	15	10	10
Uváděná celková kapacita uživatelů (P, A, T)	2681	3157	3 660*
Plánovaný počet pracovníků PP	31	25,8	20,1*

*Zdroj: vlastní výpočty odboru ZSP MHMP*

Takto upravená tabulka ukazuje postupný pokles kapacit u poskytovatelů, kteří žádají o dotaci HMP. Rostoucími ukazateli jsou uváděné kapacity uživatelů a odhad rozpočtu na rok 2012 (zde musíme zdůraznit, že se jedná o odhad). Klesající je počet pracovníků PP (o téměř 35 %), což může mít vliv na kvalitu poskytované služby.

#### **Vybrané problematiky sociálních služeb pro osoby se smyslovým postižením na území HMP**

- Na území HMP v současnosti funguje rozsáhlá síť zkušených poskytovatelů sociálních služeb a vyšší dostupnost sociálních služeb pro osoby se smyslovým postižením oproti ostatním krajům ČR. Pro cílovou skupinu je příznivá velmi dobrá místní dostupnost (fyzická dosažitelnost) sociálních služeb, která je daná charakterem územní celistvosti HMP s relativně hustou sítí MHD. Z pohledu HMP jde však o více poskytovatelů sociálních služeb, sice s relativně nízkými náklady na poskytování sociální služby, dlouhodobým cílem by však mělo být organizace integrovat a zajistit solidní podmínky pro systémovou péči o uživatele (hlavně v oblasti odborného sociálního poradenství, tlumočnických služeb a průvodcovských a předčitatelských služeb).
- Stále existuje nízká míra informovanosti veřejnosti a zaměstnanců veřejných institucí o problematice osob se smyslovým postižením.

<sup>20</sup> Sluchové ztráty se vypočítávají jako průměr hodnot audiogramu na kmitočtech 500, 1 000 a 2 000 Hz, výsledná průměrná ztráta se udává v dB.

- Poskytovatelé sociálních služeb upozorňují na velmi dobrou bázi spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb.
- Zlepšující se bezbariérovost HMP pro osoby se zrakovým postižením (přechody po veřejných komunikacích, MHD), což má vliv na případné užívání/neužívání sociálních služeb.
- Služby sociální prevence mají u osob se smyslovým postižením zcela specifický význam (sociálně aktivizační služby, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny a raná péče).

### Osoby s kombinovaným a jiným typem postižením

Kombinované postižení je kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka.

Jedná se o tak různorodou skupinu postižení, že prakticky není možné vytvořit jednotný klasifikační systém, a dokonce není ani ustálená terminologie používaná při popisu případů takto handicapovaných osob: používají se pojmy kombinované postižení, postižení více vadami, vícenásobné postižení apod.

Kombinace několika druhů postižení bývají často zapříčiněny genetickými anomáliemi, někdy se projevují formou souborů mnoha příznaků, tedy syndromů (Downův syndrom, Turnerův syndrom atd.). Primární postižení bývá u některých jedinců velmi obtížné stanovit. Tato postižení v sobě snoubí prvky tělesných, mentálních a smyslových poruch.

**Vybrané problematiky** sociálních služeb pro osoby s kombinovaným postižením na území HMP

- Z pohledu HMP je třeba kontrolovat a upřesňovat síť sociálních služeb na území HMP, kde budou nejen organizace poskytovatelů sociálních služeb zaměřené na specifické typy postižení (např. mentálním, duševním, autistickým), ale i existenci organizací poskytovatelů s dostatečnou flexibilitou v poskytnutí sociální služby v případě potřeby (např. osobní asistenci) každému typu postižení.
- Na úrovni HMP má 21 poskytovatelů deklarovanou skupinu osob s kombinovaným postižením jako převládající cílovou skupinu uživatelů v Registru, část uživatelů jsou ale např. osoby s poruchou autistického spektra, kterým se budeme věnovat samostatně. Samotná definice postižení brání kvantifikaci i relevantním odhadům počtu sociálních služeb pro danou cílovou skupinu uživatelů.

### Osoby s poruchou autistického spektra

U osob s poruchou autistického spektra (PAS) je postižení zařazeno mezi pervazivní vývojové poruchy, což je skupina poruch, které se diagnostikují na základě projevů sociální interakce. Stupeň závažnosti poruch bývá různý, typická je také značná variabilita symptomů. Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakéhokoli přidruženého chorobného stavu. Specifický projev deficitů charakteristických pro autismus se mění s věkem dětí. Syndrom je možno diagnostikovat v každé věkové skupině.



### **Vybrané problematiky** sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra na území HMP

- Oproti ostatním krajům ČR je na území HMP vyšší počet uživatelů sociálních služeb s poruchou autistického spektra. Pravděpodobným důvodem je větší množství organizací, které jsou specializovány na práci s touto cílovou skupinou uživatelů sociálních služeb. Přes vyšší počet organizací je o sociální služby pro tuto cílovou skupinu stálý zájem a stávající kapacita zařízení je nedostatečná.
- S rozvojem zdravotní péče se postupně zlepšuje diagnostika osob s PAS, přesto existuje nejednotné přiznávání PnP osobám s podobným typem postižení. V této souvislosti je často finančně limitována sociální služba (denní či týdenní stacionář), kterou uživatel a pečující osoby mohou využívat.
- Nárůst diagnostikovaných osob staršího věku, k postižení se často přidružují další psychické poruchy.
- Poskytovatelé mají identifikovaný nedostatek kapacit v pobytových zařízeních, dále kapacitní nedostatečnost odlehčovacích služeb (často je využívána jako alternativa odlehčovací služby Psychiatrická léčebna v Bohnicích).

### **6.3. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS**

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro osoby s tělesným, smyslovým a kombinovaným postižením musí zaměřit:

- Na rozvoj a podporu klíčových terénních sociálních služeb osobní asistence a rané péče u dětí u výše popsaných cílových skupin.
- Na cílenou podporu konkrétních poskytovatelů tlumočnických služeb a průvodcovských a předčitatelských služeb pro osoby se smyslovým postižením.
- Na rozvoj sociálního poradenství a sociálně aktivizačních služeb pro osoby se smyslovým postižením.
- Na zmapování systému sociálních služeb pro osoby s kombinovaným postižením.
- Na rozvoj a provázanost sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra (doplnění o pobytovou formu sociální služby).

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit pro osoby s tělesným, smyslovým a kombinovaným musí zaměřit:

- Vytvořit koncepční materiál pro OZP na úrovni HMP, který bude zahrnovat i jiné oblasti než sociální služby.
- Na odstraňování bariér ve veřejném prostoru pro osoby s tělesným, smyslovým či kombinovaným postižením.
- Vytvářet nové možnosti bezbariérového bydlení pro osoby s tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením.

- Podporu projektů a aktivit zaměřených na propojování sociální a zdravotní péče u osob s tělesným, smyslovým či kombinovaným postižením.
- Podporu projektů a aktivit zaměřených na pracovní uplatnění osob s tělesným, smyslovým a kombinovaným postižením.

## Priority a opatření SPRSS

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita ZDR1: Na úrovni HMP vytvořit závazný koncepční materiál, který se bude systémově zabývat problematiku OZP.**

**Opatření ZDR1.1: Vznik celopražská strategie pro OZP v oblastech práva, školství, zdravotnictví, trhu práce, dopravní dostupnosti, sociální péče atd.**

**Priorita ZDR2: Zvýšit adresnost podpory vybraným poskytovatelům sociálních služeb.**

**Opatření ZDR2.1.: Vytvoření mapy poskytovatelů sociálních služeb na území HMP na základě kontroly kapacity a reálného výkonu poskytované sociální služby.**

### V oblasti poskytování sociálních služeb

**Priorita ZDR3: Umožnit a zajistit osobám s tělesným, smyslovým a kombinovaným postižením plnohodnotný a důstojný život v přirozeném prostředí.**

**Opatření ZDR3.1: Podpora terénních a ambulantních sociálních služeb, které umožňují osobám s tělesným či kombinovaným postižením zůstat v přirozeném prostředí.**

**Opatření ZDR3.2.: Od roku 2014 zvýšit kapacitu tlumočnických, průvodcovských a předčitatelských služeb pro osoby se smyslovým postižením, dle vzniklé mapy sociálních služeb**

**Opatření ZDR3.3.: Podpora sociálních služeb umožňujících aktivizaci osob se smyslovým postižením.**

**Opatření ZDR3.4.: Vznik pobytové formy sociální služby pro osoby s poruchami autistického spektra.**

## 7. Osoby s mentálním postižením

### 7.1. Definice cílové skupiny a její specifika

Už sama odborná definice mentálního postižení není jednotná. K určité shodě dochází při popisu hlavních charakteristik mentálního postižení, za které jsou považovány:

1. Významně snížená úroveň rozumových schopností (projevuje se sníženým intelektem, zhoršenou schopností učení, problémy v oblasti paměti, pozornosti, myšlení, řeči). Člověk má inteligenční koeficient (IQ) nižší než 70–75.
2. Obtížnější adaptace na běžné životní situace, potíže v některé z oblastí komunikace, péče o sebe, v rodinném životě, v sociálních dovednostech, problémy v oblasti péče o zdraví, vzdělání (čtení, psaní, základy matematiky), trávení volného času, sebekontroly, v uplatnění se v komunitě a v zaměstnání. Určité důležité vzorce chování, které se očekávají od jedince daného věku v daném kulturním prostředí, nejsou přítomny.
3. Tyto problémy se projevují od časného dětství. Mohou být způsobeny různými okolnostmi, které narušují vývoj mozku před narozením, v průběhu porodu a v raném dětství. Asi v jedné třetině jsou známé příčiny biologické (jako např. chromozomální abnormality, genetické faktory, poruchy metabolické, infekční nemoci apod.) ale také psychosociální (jako např. stimulačně chudé, deprivující prostředí apod.). Ve dvou třetinách případů je příčina neznámá.

Lidé s mentálním postižením se vyznačují tím, že se pomaleji učí, mají problémy s pamětí, pozorností, abstraktním myšlením a nevyhovují určitému kulturně podmíněnému očekávání toho, jak se má chovat člověk jejich věkové skupiny v daném kontextu. Neosvojili si repertoár chování, který jiní lidé v jejich věku zvládli. Děti s mentálním postižením se pomaleji vyvíjejí motoricky a verbálně. Mají potíže se základními školními dovednostmi (čtení, psaní, počítání), v komunikaci apod.

V dospělosti mohou přetrvávat problémy se sebeobsluhou, komunikací, soběstačností v různých oblastech.

**Specifická problematika** občanů s mentálním postižením:

- Převládající masivní neinformovanost široké veřejnosti o základní problematice související s osobami s mentálním postižením.
- Stále přetrvávající nedostatečné dodržování základních lidských práv osob s mentálním postižením (například v souvislosti se systémem péče o mentálně postižené, vzdělávacím systémem či přístupem na trh práce).

- Nedostatečná podpora aktivit sloužící k destigmatizaci osob s mentálním postižením a odstraňování předsudků odborné i laické veřejnosti (zejména v oblasti práva na soukromí, svobody pohybu, sexuálního života atd.).
- V ČR stále platí časté upřednostňování tzv. biomedicínského modelu přístupu k uživatelům služby místo sociálního modelu založeného na interakci, kterému odpovídá vývoji péče v původních zemích EU.
- Zařízení pro osoby s mentálním postižením by neměly investovat do rozšiřování stávajících velkokapacitních zařízení ústavního typu na odlehlých místech, ale zaměřit se spíše na budování malých detašovaných pracovišť umístěných v běžné zástavbě.

## 7.2. Druhy, četnost sociálních služeb

Počet poskytovaných sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu odráží trend na úrovni HMP: specializované zaměření poskytovatelů sociálních služeb na práci s cílovou skupinou osob s mentálním postižením. To neplatí o sociální službě osobní asistence, která je častěji poskytována více cílovým skupinám.

Při vědomí této skutečnosti je ke dni 29. 2. 2012 v Registru poskytovatelů sociálních služeb na území HMP registrováno 126 sociálních služeb pro cílovou skupinu osob s mentálním postižením.

Pro cílovou skupinu osob s mentálním postižením HMP v rámci svých zřizovaných organizací poskytuje řadu služeb (vážících se na pobytovou formu) mimo své katastrální území.

**Tabulka č. 21 Počet a forma poskytování sociálních služeb na území HMP**

	Celkový počet služeb	Počet pobytových služeb	Počet ambulantních služeb	Počet terénních služeb
<b>Osoby s mentálním postižením</b>	126	32	63	52

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV*

**Tabulka č. 22 Počet poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu osobám s mentálním postižením území HMP**

Druh sociální služby	počet
<b>pečovatelská služba</b>	12
<b>odlehčovací služby</b>	9
<b>sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče</b>	1
<b>domovy se zvláštním režimem</b>	1
<b>osobní asistence</b>	10
<b>sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením</b>	9
<b>podpora samostatného bydlení</b>	2
<b>azylové domy</b>	1
<b>průvodcovské a předčitatelské služby</b>	1

denní stacionáře	17
domovy pro osoby se zdravotním postižením	6
odborné sociální poradenství	10
telefonická krizová pomoc	2
týdenní stacionáře	4
centra denních služeb	5
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	1
sociálně terapeutické dílny	7
chráněné bydlení	13
sociální rehabilitace	13
tísňová péče	2

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

V pobytové formě služby je na území HMP k dispozici celkem 537 lůžek, které poskytují NNO a PO HMP (domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, týdenní stacionář, odlehčovací služby aj.). V mimopražských zařízeních, zřizovaných HMP, je to dalších 651 lůžek.

Ambulantní služby využívá zhruba 1 100 uživatelů ročně, terénní služby 815 uživatelů, včetně 312 uživatelů u klíčové terénní služby osobní asistence.

**Tabulka č. 23 Právní forma poskytování jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb na území HMP**

Právní forma poskytování	Počet
Církevní organizace	28
Nestátní neziskové organizace (o. p. s., o. s.)	90
Příspěvkové organizace	20
Jiné (a. s.)	8

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

V oblasti právní formy poskytování služby platí, že PO jsou většinou charakterem poskytování primárně rovněž zaměřeny na jinou cílovou skupinu – především pečovatelské služby a odlehčovací služby (zřizované převážně MČ). Výjimkou mezi pobytovými službami jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením (zřizované převážně HMP), které jsou na tuto cílovou skupinu zaměřeny.

**Tabulka č. 24 Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby s mentálním postižením v letech 2010, 2011 a 2012, které si žádají o dotaci HMP**

Sledované údaje v letech	2010	2011	2012*
Počet služeb – pobytová forma	12	11	11
Uváděná lůžková kapacita	167	219	222
Počet služeb – terénní a ambulantní forma	26	20	20
Uváděná celková kapacita uživatelů (P, A, T)	1395	842	947*
Plánovaný počet pracovníků PP	357	258	305*

Zdroj: vlastní výpočty odboru ZSP MHMP

\* údaje nejsou za rok 2012, ale jde o odhady v žádostech o dotaci na poskytování sociálních služeb na MPSV jednotlivých organizací

Z tabulky lze vyčíst, že postupně narůstá počet pobytových kapacit a klesá uváděný počet uživatelů služby a pracovníků PP (z roku 2010 na rok 2011).

Z hlediska lokalizace služeb je pozoruhodné, že ve všech formách vede Praha 2, která vytváří zřejmě nestátním poskytovatelům optimální podmínky pro rozvoj služeb. Rovněž Praha 6, Praha 8 a Praha 10 vykazují vyšší koncentraci sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením.

### **Vybrané problematiky sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením na území HMP**

- Na území HMP v současnosti funguje síť zkušených poskytovatelů sociálních služeb a vyšší dostupnost sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením oproti ostatním krajům ČR.
- Při konzervativním odhadu počtu osob s mentálním postižením zůstávají podmínky vzniku postižení dlouhodobě relativně konstantní. Při modelaci tvorby sítě sociálních služeb na území HMP nelze podcenit vliv předpokládaného kumulativního nárůstu kvality lékařské péče na věku potencionálních uživatelů sociálních služeb a s tím související růst počtu.
- Pozorovatelným trendem na úrovni HMP je „stěhování se“ za sociální službou, vzhledem k počtu a pestrosti jednotlivých druhů sociálních služeb (ale i dostupnosti a kvalitě lékařské péče).
- Jako perspektivní se jeví podpora těch poskytovatelů, kteří jsou specializovaní na práci s danou cílovou skupinou, nabízejí celé spektrum služeb sociální péče (od osobní asistence po chráněné bydlení) a služeb sociální prevence. Sdružování jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb ve snaze nabídnout uživatelům komplexnější péči a pomoc HMP podporuje.
- Jako významný problém se na úrovni HMP jeví absence strategických či analytických materiálů popisujících problematiku, počty uživatelů a kapacity sociálních služeb na území HMP pro danou cílovou skupinu. Problematika sběru validních dat (především celkového počtu) u této cílové skupiny je problematická. Samotný příjem PnP či systém mimořádných výhod (TP, ZTP, ZTP/P) sám o sobě informaci neobnáší.
- Sociální služby jsou v případě této cílové skupiny velmi blízce propojeny se školským systémem a jinými systémy veřejné správy (zaměstnanecký). Jako diskriminační se jeví opakované případy vyžadování platby za asistenta pedagoga během Ústavou ČR garantované bezplatné povinné školní docházky. Tím je porušováno právo na bezplatnou školní docházku.
- Na úrovni HMP (stejně jako v celé ČR) je obecně nízká míra informovanosti o cílové skupině mezi laickou veřejností i na úrovni veřejných institucí (úřadů, vzdělávacích zařízení).
- Problémem HMP jsou pobytové kapacity sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením umístěné mimo její katastrální území (Horní Poustevna, Odlochovice atd.). V současné situaci by neměli být do zařízení přijímáni noví uživatelé sociálních služeb, měl by proběhnout audit nutnosti pobytových služeb pro současné uživatele (zvláště

u osob s nižším stupněm závislosti) a jednoúčelové kapacity tohoto typu dále nerozvíjet. U uživatelů s vyšší mírou soběstačnosti postupně zajistit vhodnější typ služby na území (nebo v blízkém okolí) HMP.

## Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením musí zaměřit:

- Na rozvoj a podporu terénních sociálních služeb osobní asistence a rané péče u dětí s mentálním postižením.
- Na cílenou podporu sociální rehabilitace, jakožto preventivní sociální služby, která významným způsobem rozšiřuje možnost pomoci u dané cílové skupiny (např. v oblasti zaměstnání, rozvoje schopností, potenciálu a kompetencí v běžných situacích).
- Na postupnou redukci sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením a nahrazováním vhodnější formy péče (vhodnějšího druhu sociální služby) pro osoby s mentálním postižením.
- Na rozvoj a podporu sociální služby chráněné bydlení jako alternativy vůči velkokapacitním zařízením pobytového typu u sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením.
- Na rozvoj a podporu denních stacionářů a podobných služeb pro osoby s mentálním postižením.
- Na podporu prvků deinstitutionalizace v zařízeních, které poskytují pobytovou formu služby pro osoby s mentálním postižením.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit pro osoby s mentálním postižením musí zaměřit:

- Zmapovat a vytvořit koncepci péče pro osoby s mentálním postižením na území HMP.
- Podporu projektů a aktivit zaměřených na větší pracovní uplatnění na otevřeném i chráněném trhu práce pro osoby s mentálním postižením.
- Podpora zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti o problematice osob s mentálním postižením.

## Priority a opatření SPRSS

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita OMP1: Na úrovni HMP systémově zmapovat oblast sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením.**

**Opatření OMP1.1.: Tvorba celopražské koncepce sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením na území HMP.**

**Opatření OMP1.2.:** Systematicky připravovat změny v kapacitách pobytových sociálních služeb a kontrolovat vhodnost druhu a formy poskytování sociální služby vzhledem k typu postižení uživatelů u PO poskytujících sociální služby mimo katastrální území HMP.

**Priorita OMP2:** Zvýšit adresnost podpory vybraným poskytovatelům sociálních služeb.

**Opatření OMP2.1.:** Vytvoření mapy poskytovatelů sociálních služeb na území HMP na základě kontroly kapacity a reálného výkonu poskytované sociální služby.

#### **V oblasti poskytování sociálních služeb**

**Priorita OMP3** Umožnit a zajistit osobám s mentálním postižením plnohodnotný a důstojný život v přirozeném prostředí.

**Opatření OMP3.1.:** Podpora terénních a ambulantních sociálních služeb, které umožňují osobám s mentálním postižením zůstat v přirozeném prostředí.

**Opatření OMP3.2.:** Změny v charakteru pobytových služeb u osob s mentálním postižením, jejichž zdravotní stav umožňuje využít jinou než ústavní formu péče.



## 8. Osoby s duševním onemocněním

### 8.1. Definice cílové skupiny a její specifika

Osoby s duševním onemocněním nemohou dostatečně uspokojovat své bio-psycho-sociální potřeby z důvodu vzniku a trvání duševní nemoci při různé míře závažnosti a širokém spektru zdravotních následků. Jde o osoby se závažným duševním onemocněním (podle mezinárodní definice „severe mental illness“ – SMI).

Do této skupiny patří osoby s diagnosou schizofrenního onemocnění, afektivních poruch nebo těžších forem poruch osobnosti (dle MKN F2, F3, F6), s dlouhodobým chronickým průběhem či floridní symptomatikou u kterých se projevuje důsledek tohoto onemocnění jako závažné postižení omezující je zejména v oblasti sociálních funkcí.

Obvykle jsou již v dlouhodobé péči zdravotních nebo sociálních služeb. Už samotný pokus o definici cílové skupiny poukazuje na úzce propojenou problematiku zdravotní a lékařské péče u této cílové skupiny.

Osoby s duševním onemocněním nejsou homogenním celkem, vyžadují různé druhy a intenzitu pomoci. Jakákoliv strategie musí zároveň respektovat potřebu a pomoc sociálního zázemí a být tedy zaměřena i na ovlivňování rodiny (informace, edukace) a podporu vytváření náhradních společenství (např. kluby vedené buď profesionálně, nebo svépomocí).

**Specifické problematika** osob s duševním onemocněním:

- Podíl výdajů na psychiatrickou péči je velice nízký - 3,5 % z rozpočtu ministerstva zdravotnictví. Průměr EU je 6,3 %. Tento fakt ovlivňuje nepřímo rozvoj a návaznost sociálních služeb.
- Pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním existuje stále výrazný a viditelný rozdíl v míře podpory prvků deinstitutionalizace jako alternativou k hospitalizaci (či vícekapacitním pobytovým sociálním službám) proti původním státům EU.
- Kromě již diagnostikovaných osob (a tudíž čerpající psychiatrickou péči) existuje řada lidí, kteří trpí duševní nemocí a nikdy nebyli diagnostikováni (např. mezi bezdomovci či osobami závislími). To se např. projevuje v situacích narušování mezilidských či sousedských vztahů právě kvůli psychickým problémům, které jsou viditelné např. na úrovni MČ.
- Nízká míra znalosti problematiky veřejnosti a nedostatečná systematická podpora destigmatizačních aktivit, které se týkají osob s konkrétním typem onemocnění (např. schizofrenie)
- Vysoká pravděpodobnost potencionálního propadu do bezdomovectví – osoby s duševním onemocněním jsou jednou ze skupin osob, která nejvíce ohrožena bezdomovectvím. Osoby s duševním onemocněním jsou ve zvýšené míře ohroženi nezaměstnaností, duševní onemocnění častokrát nestačí na získání plného ID či

vyšších stupňů PnP. Pokud jde o osoby žijící v jednočlenné domácnosti, tak se zvyšuje nebezpečí sociálního ohrožení (případně vyloučení), které dále umocňují vnější faktory (vyšší DPH, deregulace nájemného, vyšší náklady spojené s poplatky za bydlení atd.).

Na úrovni této cílové skupiny nejde o osoby trpící demencí, která souvisí spíše s nárůstem věku, tato problematika je popsána v oddíle 4, který se věnuje cílové skupině senioři.

## 8.2. Druhy, četnost sociálních služeb

Počet poskytovaných sociálních služeb je evidován k datu 29. 2. 2012 s tím, že převažujícím trendem na úrovni HMP je zaměření poskytovatelů sociálních služeb na tuto cílovou skupinu.

**Tabulka č. 25 Celkový počet a formu poskytování sociálních služeb na území HMP**

	Celkový počet služeb	Počet POB služeb	Počet AMB služeb	Počet TER služeb
<b>Osoby s duševním onemocněním</b>	114	27	68	37

*Zdroj: vlastní zdroje ZSP MHMP*

**Tabulka č. 26 Počet poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu osobám s duševním onemocněním na území HMP**

Druh sociální služby	počet
pečovatelská služba	9
odlehčovací služby	5
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	2
domovy se zvláštním režimem	8
osobní asistence	3
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	6
podpora samostatného bydlení	3
služby následné péče	2
krizová pomoc	2
denní stacionáře	5
domovy pro osoby se zdravotním postižením	6
odborné sociální poradenství	22
telefonická krizová pomoc	2
sociálně terapeutické dílny	5
chráněné bydlení	8
sociální rehabilitace	28
terapeutické komunity	2
domy na půl cesty	3

*Zdroj: Registr sociálních služeb MPSV*

Tabulka v rámci cílové skupiny nemá přesnou vypovídací hodnotu a samotným prostým výčtem poskytovatelů nelze ověřit reálné kapacity uživatelů jednotlivých cílových skupin.

Tabulka má spíše informativní charakter ve smyslu nabízených služeb na území HMP. Řada poskytovatelů nabízí relativně širokou platformu služeb různým cílovým skupinám (senioři, osoby s mentálním aj.)

V pobytových sociálních službách na území HMP je k dispozici 158 lůžek, v mimopražských zařízeních, zřizovaných HMP, je to dalších 514 lůžek.

Ambulantní a terénní formu služby na území HMP využívá podle registru zhruba 7 000 osob (Sociální služby na území hlavního města Prahy v roce 2011). Tento údaj musíme upřesnit: nejde o 7 000 individuálních uživatelů sociálních služeb, tendencí naopak je, že jeden uživatel využívá celé spektrum nabízených služeb, proto lze předpokládat vysokou míru duplicitního výkaznictví.

**Tabulka č. 27 Právní forma jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb na území HMP**

Právní forma poskytování	Počet
Církevní organizace	6
Nestátní neziskové organizace (o. p. s., o. s.)	31
Příspěvkové organizace	15
Jiné (a. s.)	10

V oblasti právního formy poskytování služby platí, že PO jsou většinou charakterem poskytování primárně rovněž zaměřeny na jinou cílovou skupinu – především pečovatelské služby a odlehčovací služby (zřizované převážně MČ).

**Tabulka č. 28 Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby s duševním onemocněním v letech 2010, 2011 a 2012, které si žádají o grant HMP**

Sledované údaje v letech	2010	2011	2012*
Počet služeb – pobytová forma	12	8	8
Uváděná lůžková kapacita	201	158	159
Počet služeb – terénní a ambulantní forma	31	26	26
Uváděná celková kapacita uživatelů (P, A, T)	2825	2017	2085*
Počet pracovníků PP	265	168	138*

Zdroj: vlastní zdroje ZSP MHMP,

\*odhady na rok 2012

Lze pozorovat relativní stabilitu počtu organizací poskytujících sociální služby, celkovou stabilní kapacitu klientů (pokles koresponduje s poklesem sociálních služeb). Jeden trend je pozvolný a stálý – pokles pracovníků v přímé péči, což je zřejmě spojeno s vyššími náklady na provoz sociální služby (nájmy, energie, osobní náklady) a může mít negativní dopad na kvalitu poskytované sociální služby.

Zásadní význam a dopad na poskytování a rozvoj sociálních služeb má fungování systému zdravotní péče o osoby s duševním onemocněním. Celkově podíl duševních nemocí relativně k jiným skupinám chorob narůstá. V České republice stoupají počty lidí ambulantně ošetřených a hospitalizovaných pro duševní onemocnění. V Praze bylo v r. 2009 hospitalizováno celkem 7 617 dospělých a 275 dětí. K dispozici je zde 7 psychiatrických

oddělení nemocnic (397 lůžek) a PL Bohnice s 1 358 lůžky (Aktuální informace č. 48: Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2009, ÚZIS ČR 19. 8. 2010). Po propuštění z psychiatrických lůžkových zařízení je nutná další ambulantní péče trvalá (46 % hospitalizací) nebo dočasná (33 % hospitalizací), 10 % pacientů po propuštění z lůžkové péče potřebuje další (následnou) ústavní péči. V Praze je to tedy téměř 800 dospělých a dětí, kteří potřebují po propuštění z nemocnic a psychiatrických léčeben lůžka v pobytových zařízeních zdravotnických či sociálních (Sociální služby na území hlavního města Prahy v roce 2011).

#### **Vybrané problematiky sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním na území HMP**

- Na úrovni HMP existuje síť poskytovatelů sociálních služeb NNO, kteří nabízejí celé spektrum sociálních služeb (od podpory samostatného bydlení, chráněného bydlení po sociálně aktivizační služby), se snahou pokrýt území HMP. Existuje nadstandardní spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb a psychiatrickou léčebnou v Praze Bohnicích.
- Vzhledem k typu postižení často nedosahují osoby s duševním onemocněním na sociální dávku PnP (nebo pouze na nižší stupeň), pokud nemají možnost jiného příjmu, často si nemohou zaplatit potřebnou úhradovou terénní a ambulantní sociální službu.
- U sociálních služeb pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním je jednou z důležitých aktivit poskytovatelů sociálních služeb možnost rozvíjení specifických schopností a dovedností pro uživatele služby v souvislosti s uplatněním na otevřeném či chráněném trhu práce (odhadem NNO na území HMP zřizují asi 200 tréninkových pracovních míst).
- Uvažovaná transformace psychiatrické léčebny v Bohnicích a s ní spojená razantní redukce lůžkové kapacity může znamenat dramatické zvýšení potřebnosti služeb, které pomohou udržet uživatele v přirozeném prostředí (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení).
- Potřeba rozvoje deinstitucionalizačních aktivit, především u pobytových forem sociálních služeb, a s tím spojená propagace tématiky na úrovni HMP.

#### **Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS**

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním musí zaměřit:

- Na cílenou podporu sociální rehabilitace, jakožto preventivní sociální služby, která významným způsobem rozšiřuje možnost pomoci u dané cílové skupiny (např. v oblasti zaměstnání, rozvíjení schopností, potenciálu a kompetencí v běžných situacích).
- Na podporu terénní formy služeb sociální prevence, které pomohou vyhledávat osoby s duševním onemocněním a umožní účinnou pomoc v přirozeném prostředí

osobám s duševním onemocněním v problémových sociálních situacích (nájemní vztahy, dluhy, komunikace s institucemi atd.).

- Na rozvoj a podporu sociální služby chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním jako alternativy k pobytovým sociálním i zdravotním službám.
- Na podporu prvků deinstitucionalizace v zařízeních, které poskytují pobytovou formu služby pro osoby s duševním onemocněním.
- Na podporu terénních služeb, které propojí sociální a zdravotní služby pro osoby s duševním onemocněním.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit pro osoby s duševním onemocněním musí zaměřit:

- Vytvořit zdravotně – sociální koncepci péče pro osoby s duševním onemocněním na území HMP.
- Na podporu projektů a aktivit zaměřených na větší pracovní uplatnění na otevřeném i chráněném trhu práce pro osoby s duševním onemocněním.
- Na podporu zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti o problematice osob s duševním onemocněním.

### Priority a opatření SPRSS

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

#### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita ODO1: Sjednotit aktivity a kroky v oblasti zdravotní a sociální péče (služeb) pro osoby s duševním onemocněním na území HMP.**

**Opatření ODO1.1.: Tvorba celopražského modelu zdravotně-sociální péče a služeb pro osoby s duševním onemocněním.**

**Priorita ODO2: Zvýšit adresnost podpory vybraným poskytovatelům zdravotně sociálních služeb.**

**Opatření ODO2.1.: Vytvoření mapy poskytovatelů sociálních služeb na území HMP na základě kontroly kapacity a reálného výkonu poskytované sociální služby.**

#### V oblasti poskytování sociálních služeb

**Priorita ODO3: Umožnit a zajistit osobám s duševním onemocněním plnohodnotný a důstojný život v přirozeném prostředí.**

**Opatření ODO3.1.: Podpora terénních a ambulantních sociálních služeb, které umožňují osobám s duševním onemocněním zůstat v přirozeném prostředí.**

**Opatření ODO3.2.: Přesun kapacit z ústavních pobytových služeb do komunitních služeb v oblasti podpory bydlení.**

**Opatření ODO3.3.: Podpora sociálních služeb, které pomohou udržet osoby s chronickým duševním onemocněním v přirozeném prostředí.**

### **V oblasti metodiky a zvyšování informovanosti**

**Priorita ODO4: Zvyšování informovanosti odborné i laické veřejnosti o problematice osob s duševním onemocněním**

**Opatření ODO4.1.: Metodická a informační podpora pracovníkům MČ vykonávajících funkci veřejného opatrovníka**

## 9. Rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci

### 9.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty

Pro potřeby SPRSS lze za rodinu považovat osoby, které vychovávají děti (vlastní či nevlastní) a osoby, které poskytují péči svým rodičům či jiným příbuzným. Do cílové skupiny tak budou řazeny i osoby pečující o své rodiče či příbuzné. S ohledem na překryv s cílovými skupinami *osoby se zdravotním postižením a senioři* a na celkové zaměření zde zvoleného pojetí cílové skupiny však bude věnována především pozornost *rodinám s dětmi v nejširším pojetí*.

Za **dítě** lze podle české legislativy považovat osoby do 18 let věku, pokud nenabýly zletilosti dříve. Používána je také kategorie *nezaopatřené dítě*, kterou se rozumí osoby do 18 let věku a osoby do 26 let věku, pokud se soustavně připravují na povolání.

Pojem **mládež** je rovněž velmi neurčitý a lze jej definovat různě. Pro účely SPRSS jej lze chápat jako obecnější označení pro *mladistvé* a *mladé dospělé*. První kategorie zahrnuje osoby ve věku 15–17 let (v Registru poskytovatelů sociálních služeb je sledována částečně se překrývající věková kategorie osob ve věku 15–18 let). Do kategorie mladí dospělí jsou obvykle řazeny osoby ve věku 18–26 let, a to bez ohledu na to, zda se soustavně připravují na budoucí povolání či nikoliv (v Registru tomu je sledována věková kategorie 19–26 let). Tato cílová skupina přitom nezahrnuje obecně všechny rodiny, děti a mládež, ale pouze ty, které se ocitají v **nepříznivé sociální situaci**. Použití tohoto obecného pojmu ukotveného v zákoně o sociálních službách<sup>21</sup> bylo zvoleno s ohledem na to, že

1. tato cílová skupina by měla zahrnovat jen rodiny a osoby, kterým vzhledem k jejich situaci *vznikne nárok na využívání sociálních služeb* zaměřujících se na pomoc rodinám, dětem či mládeži (jde tedy o rozlišení těchto rodin od rodiny obecně, nízkopříjmových rodin obecně, domácností s osamělým rodičem obecně apod.)<sup>22</sup> a

<sup>21</sup> Pojem je v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezen jako „oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“.

<sup>22</sup> Definice cílové skupin se přímo vztahuje k oblasti sociálních služeb, a bezpochyby je užší ve srovnání s přístupem příznačným pro *rodinnou politiku*. To ale neznamená, že by se podpora rodin, dětí a mládeže na území HMP *všeobecně* měla omezit pouze na tyto rodiny, respektive jejich členy. Pro rodiny, děti a mládež *obecně* je ale nezbytné vytvářet podpůrné nástroje mimo rámec sociálních služeb, tj. především v rámci rodinné politiky HMP. U samotných sociálních služeb je zaměření na rodiny, respektive osoby v *nepříznivé sociální situaci* nezbytnou podmínkou a vyplývá ze zákona. Navzdory zde zvolené užší definici je potřebné reflektovat, že mezi sociálními službami pro rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci a rodinnou politikou zaměřenou na širší cílové skupiny existuje velmi těsná souvislost a nemohou být realizovány bez vzájemné koordinace. Doporučení týkající se vzájemné koordinace těchto politik se nicméně s ohledem na povahu tohoto dokumentu mohou přímo vztahovat pouze k sociálním službám pro zde sledovanou cílovou

2. okruh nepříznivých sociálních situací, které se týkají rodin, dětí a mládeže zahrnutých do této cílové skupiny, je širší než u cílové skupiny *osoby v krizi a osoby ohrožené trestnou činností*, u kterých jsou naopak definičními znaky pouze dva typy nepříznivých sociálních situací uvedených v zákoně o sociálních službách.<sup>23</sup>

Cílem **národní rodinné politiky** vyplývajícím z Národní koncepce rodinné politiky a týkajícím se přitom rozvoje sociálních služeb je:

- *Minimalizace handicapů dětí vyrůstajících v ekonomicky a sociálně oslabených či neúplných rodinách podpůrnými opatřeními tak, aby se jejich životní šance v oblasti vzdělávání, uplatnění na trhu práce a ve společnosti jen minimálně odlišovaly od jejich vrstevníků, kteří vyrůstají v ekonomicky i sociálně silných rodinách;*

Pro oblast sociálních služeb pro rodiny v nepříznivé sociální situaci jsou významné také některé charakteristiky národní rodinné politiky, které se služeb pro tuto cílovou skupinu týkají spíše nepřímo. K takovým je třeba řadit především tyto zásady zakotvené v Národní koncepci rodinné politiky MPSV (s. 10):

- *Rodinná politika bude sladována s ostatními relevantními politikami, především s politikou sociálního začleňování, hospodářskou politikou, politikou zaměstnanosti, vzdělávací politikou, bytovou politikou, zdravotní politikou a politikou sociálního zabezpečení tak, aby byly posilovány vzájemné synergické pozitivní efekty a omezeny negativní vedlejší efekty jiných politik na rodinu;*
- *Národní koncepce rodinné politiky bude podporovat iniciativy vedoucí k podpoře rodiny na úrovni jednotlivých resortů, krajů, obcí, zařízení služeb, organizací občanského sektoru, podniků aj.;*
- *Národní koncepce rodinné politiky bude reflektovat společenské změny v dlouhodobém horizontu a reagovat na ně, obsahovat jasně stanovené a kontrolovatelné cíle. Na základě Koncepce budou vyčleňovány odpovídající zdroje a určována odpovědnost jednotlivých aktérů.*

Z pěti základních cílů Koncepce rodinné politiky HMP jsou pro oblast sociálních služeb pro rodinu, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci nejvíce relevantní tyto dva cíle:

- *Prevence krizových situací v životě fungující rodiny, harmonizace rodinných a profesních rolí;*
- *Provázanost koncepce rodinné politiky s komunitním plánováním a koordinace politik s dopadem na rodinu.*

---

skupinu. Pro rodinnou politiku nicméně nejsou závazné a jejich případná adopce v oblasti rodinné politiky závisí především na procesech formování rodinné politiky.

<sup>23</sup> Mezi cílovou skupinou *rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci* a cílovou skupinou *osoby v krizi a osoby ohrožené trestnou činností* není ostrá hranice a v některých případech se obě tyto cílové skupiny mohou prolínat. Zde zvolené definice, respektive způsob odlišení obou těchto cílových skupin tak jsou do jisté míry schematické, avšak vzájemný překryv obou těchto skupin je pouze částečný a tyto cílové skupiny je vhodnější sledovat odděleně.



Z uvedených souvislostí je zřejmé, že nepříznivá sociální situace je pro tuto cílovou skupinu stěžejním definičním znakem pro možné využití sociálních služeb. Z praktických důvodů bude dále v textu používáno zkrácené označení rodina, děti a mládež.

## 9.2. Statistická a demografická data

Podle údajů ÚZIS lze změny ve věkové struktuře obyvatel HMP v roce 2010 oproti předchozímu roku považovat za nepatrné. Podíl dětí ve věku 0–14 let činil v tomto roce 12,8 % a podíl obyvatel starších 65 let 16,4 %. Z hlediska věkové struktury HMP v roce 2010 charakterizoval ve srovnání s dalšími kraji vyšší podíl staršího obyvatelstva a naopak nižší podíl dětí a mládeže. Pro HMP je příznačný vyšší podíl osob ve věkové kategorii 25–39 let z celkového počtu obyvatel. Podíl patrně odráží situaci na trhu práce v HMP a výraznější vliv zahraniční migrace na celkový počet obyvatel ve srovnání s jinými kraji ČR.

**Tabulka č. 29 Celkové počty dětí a mladých dospělých v HMP podle věkových kategorií používaných v Registru poskytovatelů sociálních služeb a srovnání jejich procentuálního podílu v HMP a v celé ČR**

Věková kategorie	Hlavní město Praha		Celá ČR
	počet k 31. 12. 2010	%	%
<b>0</b>	14 739	1,2	1,1
<b>1-6</b>	76 316	6,1	6,3
<b>7-10</b>	37 179	3,0	3,5
<b>11-15</b>	41 798	3,3	4,4
<b>16-18</b>	32 848	2,6	3,4
<b>19-26</b>	131 899	10,5	10,6

Zdroj: ČSÚ, <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4003-11>, vlastní výpočet.

Ze srovnání údajů o počtu osob do 40 let v jednotlivých správních obvodech HMP (MČ 1–22), v pětiletých věkových kategoriích, je patrné, že podíly osob do 20 let jsou nejnižší na území centrálních MČ. Naproti tomu podíly osob ve věku 20–39 se v těchto MČ pohybují kolem průměrné hodnoty pro HMP. Výše popsaný obecný trend je platný pro celé HMP (tj. zaznamenané nižší podíl osob do 20 let), ale nejmarkantněji se projevuje v centrálních MČ.

Ze srovnání demografických údajů o věkovém složení obyvatel v ČR, HMP a MČ, podle pětiletých věkových skupin, je současně patrný nižší podíl dětí a mladistvých v HMP a srovnatelný počet mladých dospělých. Naproti tomu je na území HMP (oproti průměru ČR) vyšší podíl osob ve věku, pro který je v současnosti příznačné založení rodiny, zahájení demografické reprodukce nebo výchova malých dětí.

**Tabulka č. 30 Podíly obyvatel (v %) ve vybraných pětiletých věkových kategoriích (0–40 let) ve správních obvodech HMP**

	věková kategorie							
	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39
Praha 1	4,6	3,6	2,8	3,7	7,1	7,7	9,4	8,9
Praha 2	4,2	3,4	2,6	3,6	8,2	9,0	10,4	9,2
Praha 3	4,8	3,4	2,7	3,9	6,7	8,9	10,6	8,9
Praha 4	4,8	3,6	3,1	4,3	5,8	7,1	8,9	8,4
Praha 5	5,4	4,4	3,5	4,8	6,6	8,3	9,6	9,2
Praha 6	5,3	4,3	3,5	4,3	7,1	7,3	8,9	7,7
Praha 7	5,8	3,8	3,2	3,6	6,4	8,9	11,3	9,8
Praha 8	5,7	4,2	3,2	4,0	5,4	7,2	10,0	9,6
Praha 9	6,1	3,8	2,9	4,0	5,7	8,2	11,6	10,7
Praha 10	5,1	3,6	2,9	3,9	5,4	7,3	9,7	8,6
Praha 11	5,5	4,1	3,1	4,0	5,8	7,8	10,5	7,8
Praha 12	5,3	3,7	3,2	3,9	6,6	9,0	10,3	7,6
Praha 13	5,5	4,4	4,2	6,1	8,4	8,7	9,0	8,3
Praha 14	5,9	4,8	4,6	6,1	7,2	8,1	9,8	10,0
Praha 15	6,4	4,2	3,4	4,6	7,0	9,4	10,7	8,8
Praha 16	6,3	5,3	3,8	4,7	6,3	7,0	10,0	8,8
Praha 17	5,4	4,1	3,7	5,2	7,8	9,2	10,2	8,1
Praha 18	7,5	4,2	3,0	4,1	5,8	8,8	14,0	10,4
Praha 19	7,7	5,4	4,1	4,0	5,5	8,3	12,4	10,2
Praha 20	6,0	4,6	4,3	5,7	7,0	7,3	9,4	8,6
Praha 21	6,6	5,8	4,1	4,2	5,3	7,8	10,8	10,5
Praha 22	8,7	5,7	4,4	4,2	5,6	7,7	12,4	10,6
<b>HMP</b>	<b>5,5</b>	<b>4,0</b>	<b>3,3</b>	<b>4,3</b>	<b>6,4</b>	<b>8,0</b>	<b>10,0</b>	<b>8,9</b>
<b>ČR</b>	<b>5,5</b>	<b>4,6</b>	<b>4,3</b>	<b>5,5</b>	<b>6,6</b>	<b>7,1</b>	<b>8,5</b>	<b>8,4</b>

Zdroj: ČSÚ, [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/krajp/104003-11-xa,vlastni\\_propocet](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/krajp/104003-11-xa,vlastni_propocet)

V roce 2010 byl počet sňatků na území HMP 4,8 na 1 000 obyvatel (celkem za ČR se jednalo o 4,4 sňatků na 1 000 obyvatel). Počet rozvodů dosahoval v HMP hodnoty 2,8 na 1 000 obyvatel (v celé ČR 2,9 na 1000 obyvatel).

### 9.3. Druhy, četnost sociálních služeb

Sociální služby pro tuto cílovou skupinu lze rozdělit do těchto tří základních skupin podle okruhu osob, kterým jsou určeny:

1. specializované služby pro rodiny v nepříznivé situaci, která souvisí
  - se sociálně ekonomickou situací rodiny,<sup>24</sup>
  - se zdravotními riziky či zdravotním znevýhodněním,<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Tj. služby pro rodiny s nízkými příjmy, nezaměstnané rodiče, neúplné rodiny apod.

<sup>25</sup> Tj. služby pro rodiče závislé na návykových látkách, rodiče s dítětem se zdravotním postižením, obecně služby pro osoby, které pečují o osoby blízké (včetně vlastních rodičů či jiných příbuzných v seniorském věku) apod.

- se sociálními a vztahovými charakteristikami rodinného prostředí<sup>26</sup>;
2. preventivní služby pro ohrožené děti a mládež v problémových lokalitách (resp. v sociálně znevýhodňujícím prostředí) a
  3. specializované služby v oblasti náhradní rodinné péče.

Na území HMP funguje velmi rozvinutá síť sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu (jak z hlediska počtu poskytovaných služeb, tak z hlediska šíře poskytovaných sociálních služeb) a tyto služby jsou místně velmi dobře dostupné.

Při snaze o identifikaci služeb poskytovaných této cílové skupině na základě údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb lze za relevantní považovat údaj o tom, zda je služba poskytována *rodinám s dětmi, dětem do 15 let, osobám ve věku 15–18 let a mladším dospělým*.

**Tabulka č. 31 Celkové počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu rodina, děti, mládež podle typu indikátoru**

Indikátor	celkový počet služeb	počet druhů služeb
<b>rodiny s dětmi</b>	124	20
<b>děti do 15 let</b>	140	22
<b>osoby ve věku 15–18 let</b>	180	26
<b>mladí dospělí</b>	303	31

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, údaje k 27. 3. 2012*

S ohledem na vysoké počty sociálních služeb<sup>27</sup>, z nichž se alespoň některé zaměřují na cílovou skupinu, bylo srovnání počtu sociálních služeb a jejich kapacity provedeno již pouze u druhů sociálních služeb, u kterých se na některou ze sledovaných skupin osob zaměřovala více než polovina z jejich celkového počtu.

Nejvyšší počet služeb zaměřujících se na *rodiny s dětmi* ve více než polovině případů byl zjištěn u sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (všech registrovaných 25 služeb) a rané péče (všech 7 služeb)<sup>28</sup> a kontaktních center (3 registrované služby, tj. 60 % z jejich celkového počtu).

Na *děti do 15 let* se zaměřovalo všech 20 nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, 19 registrovaných sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (tj. 76 % z jejich celkového počtu), všech sedm služeb rané péče a šest registrovaných služeb krizové pomoci (67 %).

<sup>26</sup> Tj. nízká sociokulturní úroveň rodiny, vztahové a výchovné problémy, týrání a zneužívání apod.

<sup>27</sup> Na mladé dospělé se zaměřovaly téměř všechny druhy sociálních služeb, výjimkou byly pouze domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Důvodem této skutečnosti je především to, že věková kategorie zpravidla není určujícím znakem pro vymezení cílové skupiny a služba je poskytována bez ohledu na věk nebo z hlediska věku poměrně široké skupině osob. Mezi klienty některých služeb také mohou převažovat některé věkové kategorie, ačkoli pro zaměření služby je klíčové to, že se zaměřuje na určitou cílovou skupinu (osoby se zdravotním postižením, osoby bez příštěší, osoby opouštějící ústavní péči, osoby závislé na návykových látkách apod.).

<sup>28</sup> Služby rané péče jsou zaměřeny na děti se zdravotním hendikepem, příslušná opatření jsou zahrnuta u cílové skupiny osoby se zdravotním postižením a osoby s mentálním postižením.

Na osoby ve věku 15–18 let se zaměřovalo jediné existující intervenční centrum, všech pět kontaktních center, 18 nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (tj. 90 % z jejich celkového počtu), 14 sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (56 %) a 12 terénních programů (57 %).

V případě jedenácti druhů sociálních služeb byly mladým dospělým určeny všechny služby daného typu. Jednalo se o chráněné bydlení (celkem 15 sociálních služeb se sídlem v HMP), služby následné péče (8), sociálně terapeutické dílny, domy na půl cesty, kontaktní centra, nízkoprahová denní centra a noclehárny (ve všech těchto případech 5 sociálních služeb), podporu samostatného bydlení (3), terapeutické komunity (2) a intervenční centrum a průvodcovské a předčitatelské služby. V případě pěti sociálních služeb podíl těch, které byly určeny mladým dospělým, převyšoval 75 %. Jednalo se o služby sociální rehabilitace (46), azylové domy (22), terénní programy (17), krizovou pomoc (7) a týdenní stacionáře (4).

**Tabulka č. 32 Počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu rodina, děti, mládež ve více než polovině případů podle druhu služby a typu indikátoru**

druh sociální služby	rodiny s dětmi	děti do 15 let	osoby ve věku 15–18 let	mladí dospělí
azylové domy				22
centra denních služeb				5
domovy pro osoby se zdravotním postižením				4
domy na půl cesty				5
chráněné bydlení				15
intervenční centra			1	1
kontaktní centra	3		5	5
krizová pomoc		6	6	7
nízkoprahová denní centra				5
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež		20	18	12
noclehárny				5
podpora samostatného bydlení				3
průvodcovské a předčitatelské služby				1
raná péče	7	7		
služby následné péče				8
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	25	19	14	16
sociálně terapeutické dílny				8
sociální rehabilitace				46
terapeutické komunity				2
terénní programy			12	17
týdenní stacionáře			3	4

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, údaje k 27. 3. 2012

### Zajištění součinnosti mezi HMP a MČ při poskytování služeb pro tuto cílovou skupinu

Dle Výkazu jsou rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci druhou nejvýznamnější cílovou skupinou z pohledu MČ. U této cílové skupiny lze předpokládat výraznou podporu sociálních služeb ze strany MČ.

#### Ovlivňující faktory sociálních služeb pro rodinu, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci na území HMP

Pro situaci této cílové skupiny na území HMP jsou příznačná některá významná specifika a odlišnosti oproti jiným krajům ČR:

- V HMP je vyšší počet neúplných rodin. U neúplných rodin je možné vnímat výraznější rizika spojená se sociálně ekonomickou situací rodiny. Vývoj dětí z neúplných rodin mohou ohrožovat také nevypořádané majetkové vztahy mezi rodiči, popřípadě přetrvávající konflikty mezi rodiči
- Za vysoký lze na území HMP považovat také výskyt sociálně patologických jevů zasahujících rodinu nebo týkajících se dětí a mládeže. V evidenci OSPOD HMP bylo vedeno 38 217 dětí a jejich rodin jako „živé případy“ (z toho se 36 812 pracovaly samy OSPOD a u 1 405 byly požádány o spolupráci). HMP tak bylo krajem se třetím největším počtem dětí a rodin evidovaných OSPOD. Se situací ve většině dalších krajů byl naproti tomu srovnatelný počet klientů v evidenci kurátorů pro mládež (3 741).<sup>29</sup>
- Dalším specifikem HMP je bezpochyby také snazší dostupnost návykových látek a vysoký výskyt jejich užívání mezi mládeží ve srovnání s jinými kraji. Za první pololetí roku 2011 bylo na území HMP evidováno 375 nově evidovaných žadatelů o léčbu, tj. 29,8 na 100 000 obyvatel. Vyšší údaje byly zaznamenány pouze v Olomouckém kraji (464 osob, tj. 72,3 na 100 000 osob), celkový počet léčených uživatelů byl v prvním pololetí roku 2011 evidovaný v HMP byl nejvyšší v ČR (935 z celkového počtu 5 812 osob)<sup>30</sup>. Ze všech krajů byl v HMP nejvyšší i prevalence odhad počtu problémových uživatelů návykových látek (11 350 z celkem 39 200 za celou ČR).
- Specifickou charakteristikou HMP je častější pracovní vytížení rodičů, z nichž velká část má delší než osmihodinovou pracovní dobu. V souvislosti s tím je potřebné věnovat pozornost množství nestrukturovaného volného času u dětí a mládeže.
- Významnou charakteristikou některých MČ na území HMP je hustá sídlištní zástavba na jejich území. S touto skutečností souvisí také vyšší anonymita mezilidských vztahů a oslabená role komunity při poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci.
- Na území HMP žije nejvíce cizinců ze třetích zemí, a to včetně těch, kteří zde již založili rodinu nebo pobývají na území ČR i s rodinou. V HMP žije největší počet dětí, jejichž rodiče pocházejí ze třetích zemí.

<sup>29</sup> Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010, s. 97, 99.

<sup>30</sup> Zdroj: Incidence, prevalence a akutní předávkování 2011, s. 24, 26.

- Jako další specifickou charakteristiku HMP lze vnímat i snazší podmínky pro účelové změny místa pobytu (stěhování mezi MČ). To ztěžuje dosažitelnost rodiče, který má například vyživovací povinnost vůči svým dětem a znesnadňuje řešení problémů spojených s neplacením výživného apod.

Kromě specifických charakteristik HMP jsou významné také obecnější celorepublikové trendy. Z nich lze za nejvýznamnější považovat připravované legislativní změny v oblasti rodinné politiky, především v oblasti náhradní rodinné péče. V kontextu legislativních změn patrně dojde k poměrně výrazným (jen obtížně předem odhadnutelným) změnám v oblasti poskytování sociálních služeb pro rodiny, děti a mládež. V obecnější rovině lze jako významné faktory, které ovlivní trendy vývoje i v oblasti poskytování sociálních služeb, můžeme charakterizovat vyšší míru propojení sociálních služeb a rodinné politiky a změny v uspořádání některých souvisejících politik (vzdělávací politika, bydlení, zdravotnictví, prevence sociálně nežádoucích jevů apod.).

#### **9.4. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS**

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci musí zaměřit:

- Na rozvoj a kvalitní personální a kapacitní natavení sítě specializovaných sociálních služeb v oblasti ochrany rodiny a v oblasti náhradní rodinné péče. Specializované sociální služby nemohou být realizovány na dobrovolnické bázi, úzká spolupráce s MČ (OSPOD) a MPSV.
- Na rozvoj preventivních sociálních služeb (nizkoprahových zařízení pro děti a mládež a terénních programů) v problémových lokalitách HMP, podmínkou podpory HMP bude finanční participace MČ na konkrétních sociálních službách.
- Na zvýšení kapacity sociální služby azylové domy pro matky s dětmi.
- Na rozvoj sociálních služeb pro zdravotně postižené děti podporou sociální služby raná péče a služeb návazných.
- Na věcný obsah poskytování sociální služby u jednotlivých poskytovatelů, se zaměřením na ukončení finanční podpory té sociální služby, která má volnočasový charakter základních činností.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit pro rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci musí zaměřit:

- Na navýšení grantových prostředků v oblasti rodinné politiky HMP.
- Na organizaci odborných seminářů na úrovni HMP na aktuální témata v oblasti rodinné politiky.

## Priority a opatření SPRSS

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita RDM1: Nastavit síť kvalitních specializovaných sociálních služeb pro rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci, která bude pokrývat potřeby této cílové skupiny, a zvýšit adresnost podpory vybraným poskytovatelům sociálních služeb.**

**Opatření RDM1.1.: Definice sítě specializovaných služeb pro rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci na území HMP, které zahrnují služby krizové a oblast náhradní rodinné péče, a podpora takto definované sítě.**

**Priorita RDM2: Dle principu subsidiarity umožnit SO MČ 1–22 co nejvyšší možnou participaci na strategii stanovení sítě preventivních sociálních služeb pro ohroženou mládež v problémových lokalitách na území HMP.**

**Opatření RDM2.1.: Zástupcům MČ umožnit spolupráci na financování (případně podpoře/nepodpoře) vybraných sociálních služeb z úrovně HMP.**

### V oblasti poskytování sociálních služeb

**Priorita RDM3: Účinná pomoc pro rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb.**

**Opatření RDM3.1.: Podpora rodiny, dětí a mládeže v krizi formou odborného sociálního poradenství a sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi zaměřených na oblast sociálně-ekonomickou, zdravotní a sociálně-psychologickou.**

**Opatření RDM3.2.: Podpora rodiny, dětí a mládeže, které se ocitnou v nepříznivé sociální situaci z důvodu ztráty bydlení.**

**Opatření RDM3.3.: Podpora odborného sociálního poradenství v oblasti náhradní rodinné péče.**

### V oblasti metodiky a zvyšování informovanosti

**Priorita RDM4: Zvyšovat informovanost odborné i laické veřejnosti o systému služeb pro rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci na území HMP.**

**Opatření RDM4.1.: Metodická a informační podpora pro relevantní subjekty v oblasti péče o rodinu, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci ze strany HMP.**

**Opatření RDM4.2.: Nastavit platformu odborného setkávání a sdělování informací o problematikách rodin v krizi pod patronací ZSP MHMP.**



## 10. Osoby v krizi a oběti trestných činů

### 10.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty

Cílovou skupinu tvoří dvě odlišné skupiny osob – osoby v krizi a osoby ohrožené trestnou činností. I přes řadu odlišností těchto dvou cílových skupin osob lze najít některé spojující znaky a je proto vhodná jejich společná tematizace.

Jako krizi případně krizovou situaci je možno chápat obtížnou životní situaci, kvůli které je určitá osoba vystavena ohrožení života nebo zdraví<sup>31</sup>. Pro označení krizové životní situace je podstatná intenzita prožívání situace, její průběh či okolnosti, které ji provázejí. Skupinu osob v krizi tak charakterizuje velmi značná různorodost situací a velmi specifické jsou zpravidla i možnosti jejího řešení či překonání.

Naopak u cílové skupiny **oběti trestných činů** je patrné, že tuto skupinu osob charakterizují dva konkrétní definiční znaky. Prvním je skutečnost, že byl spáchán trestný čin. Může se přitom jednat i o neohlášené trestné činy (to může být častý případ např. komerčně zneužívaných osob či obětí protiprávního jednání označovaného jako *domácí násilí*<sup>32</sup>). Druhou klíčovou skutečností je to, že spáchaným trestným činem bylo dotčeno osobě ublíženo, vznikla jí škoda na majetku, zdraví nebo jí byla způsobena morální škoda nebo jiná újma.

Do této skupiny osob lze řadit například pozůstalé po obětech trestných činů. Z uvedené charakteristiky je zřejmé, že nemusí být určující „intenzita“ újmy, která oběti trestného činu vznikla. Podstatné je, že došlo k ohrožení života, zdraví či osobní integrity dotčeného, popřípadě osobě způsobilo újmu spáchaní kteréhokoli trestného činu podle platného právního řádu, nebo dochází k protiprávnímu jednání, které zdraví či život dotčené osoby ohrožuje (lze sem tak řadit i obchod s lidmi či ohrožování života a zdraví osob, s nimiž pachatel žije ve společné domácnosti – domácí násilí).

Spáchaní trestného činu představuje výrazný zásah do osobnostní integrity oběti trestného činu a představuje enormně zatěžující životní situaci. Oběti trestných činů tak lze chápat jako jednu ze skupin osob v krizi.<sup>33</sup>

<sup>31</sup> Takovou situaci mohou je způsobit především různé hraniční situace jako např. úmrtí blízké osoby, sebevražedný pokus, násilné jednání jiné osoby, šikana či dlouhodobé působení stresu či nepříznivých podmínek. Za určitých podmínek či u psychicky více zranitelných osob ale mohou ke krizové životní situaci vést i události, které nejsou obecně vnímány jako takto závažné (srov. Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy, s. 90).

<sup>32</sup> Jako domácí násilí lze chápat fyzické, psychické a/nebo sexuální násilí mezi blízkými osobami, ke kterému dochází opakovaně v jejich soukromí a tím skrytě mimo kontrolu veřejnosti. Intenzita násilných incidentů se stupňuje a vede ke ztrátě schopností včas tyto incidenty zastavit a efektivně vyřešit narušený vztah.

<sup>33</sup> Společná tematizace obou skupin se jeví jako účelná také proto, že není zcela zřejmé, do které z těchto dvou skupin mají být řazeny osoby, které protiprávní jednání proti své osobě neohlásily (to mohou být komerčně zneužívané osoby i oběti domácího násilí): k ohrožení života, zdraví či jiné újmě sice fakticky došlo a krizová



Obě popsané životní situace jsou mezními situacemi, které je jen velmi obtížné řešit vlastními silami a je žádoucí, aby existovaly institucionalizované a vysoce profesionální možnosti podpory a pomoci v těchto situacích. Pro obě situace je společné také to, že se objevují náhle, avšak jejich dopady na život jedince mohou být dlouhodobé. Tomu odpovídá intervenční charakter sociálních služeb pro obě cílové skupiny, který předpokládá ukončení služeb po překonání krizové situace.

Na národní ani krajské úrovni doposud nebyl vytvořen strategický koncepční materiál, který by se zaměřoval na tyto cílové skupiny uživatelů sociálních služeb. Obecný rámec pro poskytování podpory a pomoci osobám z této cílové skupiny je zakotven v zákoně o sociálních službách, prováděcí vyhlášce k tomuto zákonu a standardech kvality sociálních služeb. Nicméně ty pouze ukotvují obecný rámec fungování sociálních služeb (nejen) pro tuto cílovou skupinu. Roli státní správy a samosprávy konkrétně ve vztahu k sociálním službám pro tyto cílové skupiny neupravují a nevyplývají z nich žádná koncepční východiska, která by mohly orgány samosprávy zohlednit při plánování rozvoje sociálních služeb.

Z existujících odborných materiálů lze pro tuto cílovou skupinu za relevantní považovat pouze vybraná ustanovení v koncepčních a strategických materiálech zaměřujících se na ohrožené rodiny (ohrožené děti) a strategických materiálech zaměřených na oběti trestných činů, prevenci kriminality obecně či prevenci a potírání určitého konkrétního typu protiprávního jednání (obchod s lidmi apod.). Pro stanovení koncepčních východisek pro tuto cílovou skupinu mohou být relevantní některé materiály zpracované poskytovateli sociálních služeb či odbornými organizacemi.

Základní principy promítající se do sítě sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu definuje SPRSS. Jeho základním cílem je, s ohledem na velmi různorodé životní situace a potřeby zástupců této velmi rozmanité cílové skupiny, vytvořit pro tuto cílovou skupinu na území HMP síť sociálních služeb, které budou poskytovat podporu a pomoc s různým odborným zaměřením a budou se vzájemně doplňovat.

Sociální služby pro tuto cílovou skupinu přitom lze rozlišit do těchto dvou skupin:

1. Vysoce specializované služby, kterých není vzhledem k mimořádnosti výskytu těchto sociálních jevů nutné poskytovat vysoký počet a nemusejí být rozvrstveny po celém území HMP.
2. Specializované služby, u kterých nadále sehrává roli i jejich rozmístění na území HMP (azylové domy pro ženy nebo rodiče s dětmi v tíživé životní situaci).

Nezbytnou nutností u první skupiny sociálních služeb je zajistit, aby tyto sociální služby byly vysoce profesionální a kvalitní. Na území HMP by přitom měla fungovat síť sociálních služeb, zahrnující tyto služby a specializace: krizová pomoc, telefonická krizová pomoc, intervenční

---

situace je touto okolností velmi výrazně determinována, pro samotnou oběť trestné činnosti však může být významnější to, že se ocitá ve velmi obtížné životní situaci než protiprávnost jednání, které jí poškodilo nebo poškozuje.

centrum a odborné sociální poradenství specializované na situace osob v krizi obecně, a to včetně obětí domácího násilí, děti v krizi (včetně obětí domácího násilí), oběti trestných činů obecně (včetně obětí domácího násilí) a komerčně zneužívané osoby.

## 10.2. Statistická a demografická data

Vzhledem k charakteru krizové sociální situace není možné počet osob v krizi přesně určit. O počtu osob v krizi částečně vypovídají údaje z ročních výkazů poskytovatelů sociálních služeb.

Kromě těchto údajů lze sledovat výskyt určitých rizikových zdravotních a sociálních jevů, zátěžových, či krizových situací, výskyt psychiatrických poruch či onemocnění v populaci apod. Vyšší výskyt různých rizikových zdravotních a sociálních jevů může do určité míry anticipovat vyšší počty osob v krizi, nicméně pro přesnější určení počtu osob v krizi tyto údaje samotné také nepostačují.

V následujícím textu je přiblížen výskyt několika rizikových zdravotních a sociálních jevů v HMP. Srovnání je čistě orientační a trendy vývoje různých rizikových zdravotních a sociálních jevů se do počtu osob v krizi promítají spíše nepřímě. Zároveň je třeba uvést, že u osob v krizi nezáleží na samotné existenci, frekvenci výskytu, intenzitě či formě působení určitého rizikového zdravotního či sociálního jevu. Vliv těchto faktorů na počet osob v krizi totiž záleží především na individuálních možnostech a schopnostech těchto osob úspěšně zvládnout nastalou situaci.

Významnými rizikovými faktory jsou například úmrtí blízké osoby, sebevražedné pokusy, vážné zdravotní diagnózy či úrazy a psychická onemocnění. Opomenout nelze ani krize spojené s různými fázemi životního cyklu jedince.

V HMP bylo v roce 2010 provedeno celkem 689 511 vyšetření v ambulantních psychiatrických zařízeních, tj. 26 % z celkového počtu vyšetření za všechna tato zařízení v ČR. Z toho prvních vyšetření bylo provedeno 105 445, tj. 21 % z celkového počtu prvních vyšetření.

V psychiatrických odděleních nemocnic bylo v HMP v roce 2010 hospitalizováno 4 217 osob (23 % hospitalizovaných v celé ČR), v psychiatrických léčebnách pro dospělé 6 792 osob (18 % z celkového počtu v celé ČR). Počet osob s trvalým bydlištěm na území HMP hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních činil 8 022, tj. 641,2 na 100 000 obyvatel oproti celorepublikovým 607,2.

Dalšími významnými indikátory jsou údaje o nežádoucích sociálních jevech sledovaných, a to včetně údajů o trestných činech, které se týkají specifické skupiny oběti trestných činů a je proto vhodné se jim věnovat samostatně.

V roce 2009 dosáhl počet obětí trestných činů (osob a skupin osob) na území HMP 17 813, tj. 37 % z celkového počtu obětí trestných činů v tomto roce. Podíl obětí z HMP z jejich

celkového počtu za ČR byl v roce 2009 nejvyšší v případě trestného činu krádeže (52 % z celkového počtu za ČR). Vysoký byl podíl také u trestného činu obchodování s lidmi (36 % - v tomto případě je procentuální podíl čistě orientační s ohledem na skutečnost, že u tohoto trestného činu byl celkový počet obětí v řádu několika desítek) a trestného činu loupeže (společný podíl za trestné činy loupež a loupež ve finančních institucích 24 %).

**Tabulka č. 33 Počet obětí trestných činů (osoby, skupiny osob) na území HMP v roce 2009**

	počet obětí trestných činů	v % z celkového počtu trestných činů za ČR
<b>celkem</b>	17 813	37
<b>z toho oběti určitého trestného činu nebo určité skupiny trestných činů</b>		
krádež	14 931	52
loupež, loupež ve finančních institucích	1 188	24
vydírání	138	9
vražda, vražda novorozence	41	19
úmyslné ublížení na zdraví	577	11
ublížení na zdraví z nedbalosti	64	12
pohlavní zneužívání	64	7
znásilnění	78	16
obchodování s lidmi	15	36
únos, omezování a zbavení osobní svobody, útisk, braní rukojmí	50	16
týrání svěřené osoby, týrání osoby žijící ve společném obydlí	70	9
opuštění dítěte, usmrcení lidského plodu	1	5
ostatní násilné trestné činy	416	12
ostatní trestná činnost	180	17

*Zdroj: Analýza kriminality v roce 2009 a v předchozím dvacetiletém období, s. 86), vlastní přepočty*

### **Obecnější faktory a trendy ovlivňující rozšíření rizikových faktorů v HMP**

Výskyt rizikových faktorů, které se promítají do počtu osob v krizi a obětí trestné činnosti, stejně tak jako počty těchto osob samotných lze odhadovat jen velmi obtížně. Na tuto oblast působí celá řada velmi různorodých jevů a vztahy mezi nimi jsou komplexní. Současně přitom působí jak různé obecnější (demografické, zdravotní, společenské, ekonomické) determinanty, ale i velmi specifické faktory (povědomí o možnostech řešení krizových situací, ohlašování trestných činů apod.). Mezi nejvýznamnější okolnosti lze řadit trendy ve vývoji kriminality a její objasnenosti, počty recidiv, možnosti úspěšné resocializace osob vracejících se z výkonu trestu odnětí svobody, specifické lokální faktory (lokální centra kriminality na území konkrétních MČ), možnosti vlivu legislativy a působení represivních orgánů na trendy ve vývoji kriminality, intenzitu spolupráce orgánů činných v trestním řízení s dalšími organizacemi (poskytovateli sociálních služeb pomáhajících obětem trestných činů, sociální práce v zařízeních pro výkon trestu odnětí svobody apod.).

Nezbytným předpokladem pro vytvoření systému sociálních služeb zaměřujících se na osoby v krizi a oběti trestných činů je zajištění pravidelného monitoringu na úrovni HMP (policie, HMP, MČ, poskytovatelé služeb, odborná veřejnost).

### 10.3. Druhy, četnost sociálních služeb

Sociální služby poskytované této cílové skupině na základě údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb můžeme identifikovat podle zaměření na *oběti domácího násilí, oběti obchodu s lidmi, oběti trestné činnosti, komerčně zneužívané* nebo *osoby v krizi*.

Sociální službou nejčastěji poskytovanou *obětím domácího násilí*, bylo odborné sociální poradenství - celkově patnáct registrovaných služeb, tj. 17 % z celkového počtu sociálních služeb pro danou cílovou skupinu. Dále se na tyto osoby zaměřovalo devět azylových domů (tj. 36 % z jejich celkového počtu), sedm služeb telefonická krizová pomoc (50 %) a jediné existující intervenční centrum.

Také v případě *obětí obchodu s lidmi, obětí trestné činnosti a komerčně zneužívaných osob a osob v krizi* byly nejčastějšími druhy sociálních služeb odborné sociální poradenství a telefonická krizová pomoc. Podíl služeb určených těmito skupinám osob byl ve všech těchto případech vyšší u telefonické krizové pomoci (u obětí obchodu s lidmi dosahoval tento podíl 21 %, u obětí trestné činnosti 43 %, u komerčně zneužívaných 29 % a u osob v krizi 71 %; v případě odborného sociálního poradenství byl tento podíl u jednotlivých postupně jmenovaných skupin osob 15 %, 15 %, 10 % a 33 %). Na *osoby v krizi* bylo zaměřeno také osm služeb krizová pomoc (tj. 89 % z jejich celkového počtu).

**Tabulka č. 34 Počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu osoby v krizi a oběti trestné činnosti podle druhu služby a typu indikátoru**

druh sociální služby	oběti domácího násilí	oběti obchodu s lidmi	oběti trestné činnosti	komerčně zneužívané	osoby v krizi
azylové domy	9	2	2	2	9
intervenční centra	1				
kontaktní centra					1
krizová pomoc	3	3	3	2	8
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	1		1	1	4
noclehárny					1
odborné sociální poradenství	15	13	13	9	29
odlehčovací služby	1				3
osobní asistence					2
pečovatelská služba					1
služby následné péče					1
SAS pro rodiny s dětmi	5		4	1	4
SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením					3

<b>sociální rehabilitace</b>	5		5	1	8
<b>telefonická krizová pomoc</b>	7	3	6	4	10
<b>terénní programy</b>	1	1	1	2	1
<b>tísňová péče</b>	1				1

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, údaje ke dni 27. 3. 2012*

### Zajištění součinnosti mezi HMP a MČ při poskytování služeb pro tyto osoby

Na území HMP je potřebné zajistit a udržet minimální síť vysoce specializovaných sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Podpora organizací tvořících minimální síť sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu pro HMP představuje zásadní prioritu. HMP bude podporovat poskytovatele, kteří mají vybudované dostatečné odborné zázemí pro zajištění odpovídající kvality poskytovaných služeb. Toto hledisko bude jednoznačně preferováno před snahou o podporu širšího okruhu organizací. HMP tak nebude podporovat vysoce specializované sociální služby, které nebudou zařazeny do minimální sítě služeb pro tuto cílovou skupinu. V případě, že MČ vyhodnotí na svém území jako potřebné zajištění služeb, které nebudou součástí popsané minimální sítě služeb HMP, měla by být jejich činnost podporována přímo MČ.

V případě azylových domů pro ženy či rodiče s dětmi v tíživé životní situaci bude HMP podporovat sociální služby jak s ohledem na odborné předpoklady pro poskytování služeb a kvalitu poskytovaných služeb, tak na základě rozmístění těchto služeb na území HMP. Při vyhodnocování těchto otázek HMP předpokládá úzkou spolupráci s MČ a jejich participaci a podporu.

## 10.4. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro osoby v krizi musí zaměřit:

- Na rozvoj a kvalitní personální i kapacitní natavení sítě specializovaných sociálních služeb v oblasti osob v krizi.
- Na podporu sociálních služeb zaměřených na osoby propuštěné z VTOS či VV, především prostřednictvím sociálního poradenství, které zajišťují SO MČ 1–22.
- Na rozvoj sociálních služeb azylové domy (především pro matky s dětmi) a krizová pomoc

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit pro osoby v krizi musí zaměřit:

- Na nastavení systému pravidelného monitoringu událostí a jevů na území HMP, který může definovat rizikové faktory u potencionálních osob v krizi (nové formy sociálně patologických projevů či chování, územní kumulace sociálně patologických jevů atd.) a toto riziko lze snížit podporou vhodné sociální služby.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro oběti trestných činů musí zaměřit:

- Na definování kapacitní i personální natavení sítě specializovaných sociálních služeb v oblasti osob v krizi.
- Na podporu specializovaného odborného sociálního poradenství pro tuto cílovou skupinu, včetně její terénní formy poskytování a telefonické krizové pomoci.
- Na rozvoj sociálních služeb azylových a krizových lůžkových kapacit na pomoc této cílové skupině.
- Zvláštní pozornost a podporu věnovat cílové skupině dětí, které jsou obětí trestných činů.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit pro oběti trestných činů musí zaměřit:

- Na ustanovení pracovní skupiny pod patronací HMP, které bude vyhodnocovat trendy v oblasti trestné činnosti na území HMP, generovat metodické materiály o obětech trestných činů, zaměří se na medializaci tohoto tématu a regulaci poskytování vhodných sociálních služeb.
- Na vznik terénního týmu okamžité podpory pro oběti závažných trestných činů na území HMP.

## Priority a opatření SPRSS

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita KTČ1: Nastavení strategie cílené podpory kvalitních sociálních služeb pro osoby v krizi a oběti trestných činů na území HMP s ohledem na potřeby uživatelů.**

**Opatření KTČ1.1.: Definice sítě sociálních služeb pro osoby v krizi a oběti trestných činů a podpora takto definované sítě.**

**Opatření KTČ1.2.: Pravidelný sběr aktuálních informací a flexibilní reakce HMP na přicházející trendy v oblasti cílové skupiny oběti trestné činnosti.**

### V oblasti poskytování sociálních služeb

**Priorita KTČ2: Podpora a účinná pomoc formou sociálních služeb pro osoby v krizi a oběti trestných činů.**

**Opatření KTČ2.1. Podpora odborného sociálního poradenství a telefonické krizové pomoci pro oběti trestných činů.**

**Opatření KTČ2.2.: Podpora sociálních služeb krizová pomoc, telefonická krizová pomoc, azylových domů a odborného sociálního poradenství pro osoby v krizi.**

**Opatření KTČ2.3.: Zajistit koordinovanější pomoc pro oběti trestných činů.**

**V oblasti metodiky a zvyšování informovanosti**

**Priorita KTČ3: Zvyšovat informovanost odborné i laické veřejnosti o systému služeb pro osoby v krizi a oběti trestné činnosti.**

**Opatření KTČ3.1.: Metodická a informační podpora pro relevantní subjekty v oblasti poskytování péče obětem trestných činů ze strany HMP.**

# 11. Cizinci

## 11.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty

Cizincem se rozumí každá fyzická osoba, která není občanem České republiky. Pro účely zákona o pobytu cizinců se cizincem rozumí fyzická osoba, která není státním občanem České republiky, včetně občana Evropské unie. Za azylanta je pak považován cizinec, kterému byl udělen azyl, a to po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu.<sup>34</sup> Obecnějším pojmem, který má mnoho definic, je migrant. Dle definice OSN se za migranta považuje jakákoliv osoba, která překročí mezinárodně uznávané hranice a zůstává na daném území déle než jeden rok. Za nelegálního migranta se pak považuje osoba, která vstoupila do země nelegálně a zůstává zde, aniž by se spojila s úřady nebo podala žádost o mezinárodní ochranu či překročila povolenou délku pobytu.<sup>35</sup>

Státní občanství lze definovat jako relativně trvalý právní svazek (nebo vztah či status) fyzické osoby a daného státu. Státní občanství je také definováno v Ústavě České republiky v článku 12. Přesnou definici (viz výše) přesněji definoval Ústavní soud ČR.<sup>36</sup>

Nejčastější formou nabývání státního občanství je narození v daném státě popř. osvojením nebo určením otcovství. Obecnou podmínkou pro nabytí státního občanství cizinců na území České republiky je pobyt na našem území v minimální lhůtě pěti let, pokud během této doby nebyla osoba pravomocně odsouzena za trestný čin a současně pokud prokáže znalost českého jazyka a jsou splněny podmínky pro pobyt cizinců (viz zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky).

## 11.2. Statistická a demografická data

Následující údaje pocházejí z předběžných výsledků SLDB z roku 2011.<sup>37</sup> Přesné údaje o počtech cizinců nejsou známy zejména z důvodu nelegální migrace. Od roku 1991 je znatelný zvyšující se podíl osob s jiným než českým občanstvím. K 26. 3. 2011 bylo na území HMP evidováno 178 177 osob s cizí státní příslušností. Z předběžných výsledků SLDB lze spatřovat, že nejvyšší procentuální zastoupení cizinců mají osoby z Ukrajiny (44 %), ze Slovenska (20 %) a Ruska (19 %).

<sup>34</sup> MV ČR. *Terminologický slovník* [online]. Praha, 2010 [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/terminologicky-slovník.aspx>

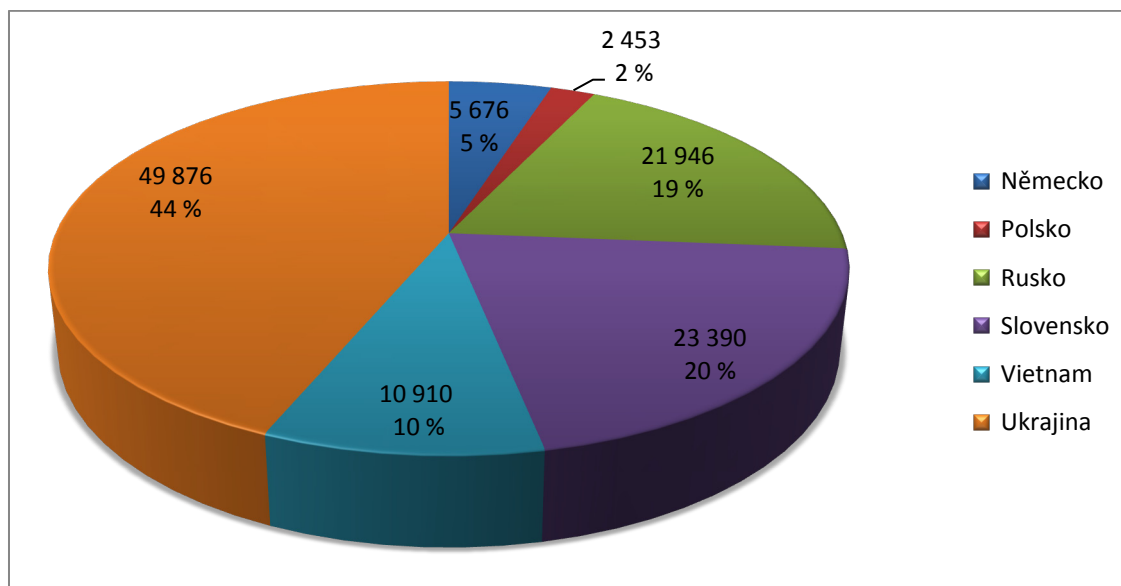
<sup>35</sup> Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy, s. 67

<sup>36</sup> Ústavní právo a státověda II. díl, Ústavní právo České republiky, část 1. 2., s. 293.

<sup>37</sup> Podle definice použité při sčítání lidu v roce 2011 se národností rozumí příslušnost k národu, národnostní nebo etnické menšině. Dále podle této definice není pro určení národnosti v České republice rozhodující mateřská řeč ani řeč, kterou člověk používá nebo lépe ovládá, ale jeho vlastní rozhodnutí. Je možné se hlásit k jedné i více národnostem nebo také k žádné. Do sčítacích formulářů je možné vyplnit jakoukoliv národnost, včetně moravské [online]. Český statistický úřad, 2011-01-13, rev. 2011-02-09, [cit. 2011-03-28]



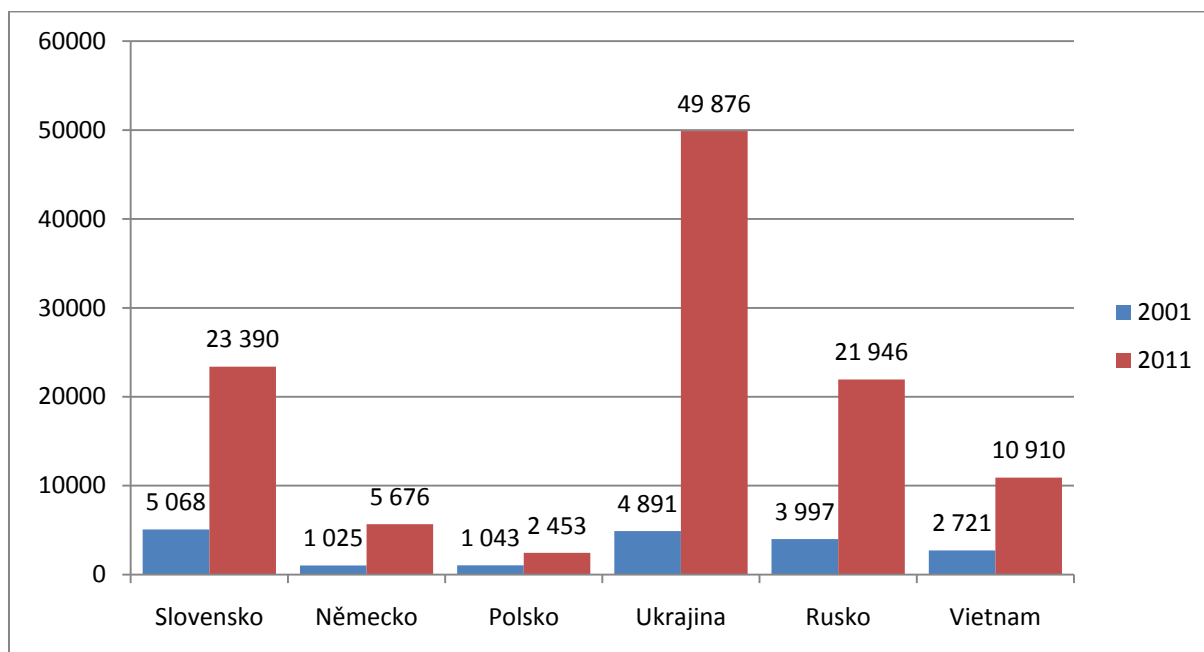
Graf č. 5 Státní občanství na území HMP (předběžné výsledky SLDB 2011)



Zdroj: ČSÚ

V následujících grafech lze vidět nárůst u hlavních skupin cizinců na území hlavního města a jednotlivých městských částech. U jednotlivých sloupců prvního grafu je vyznačen procentuální nárůst mezi lety 2001 a 2011.

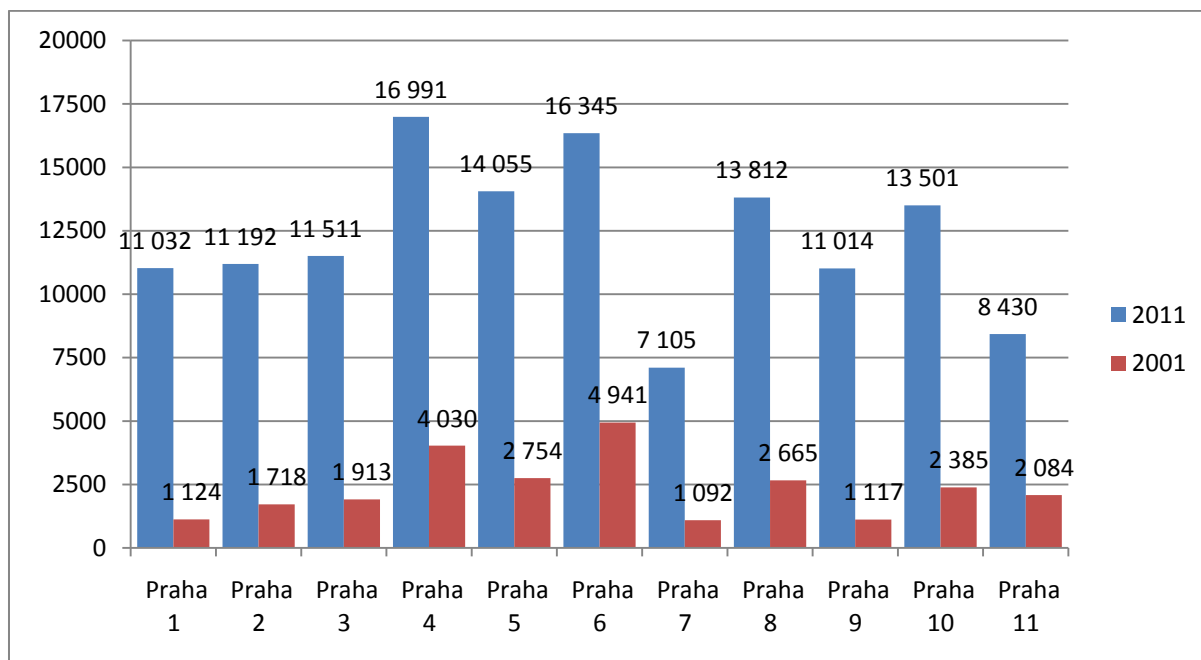
Graf č. 6 Vývoj počtu cizinců na území HMP (SLDB 2001 a 2011)



Zdroj: ČSÚ

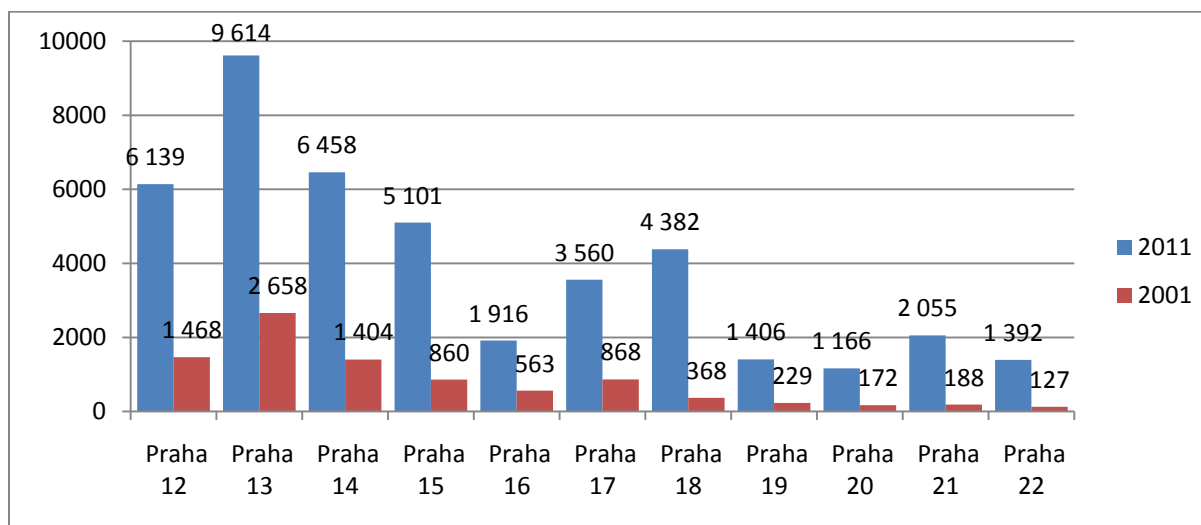
Nejvyšší nárůst byl zřejmý mezi lety 2001 a 2011 zejm. u osob s ukrajinským občanstvím, kde došlo k více než desetinásobnému nárůstu. Současně se zvýšil i počet osob s německým a ruským občanstvím (více než pětinašobně).

Graf č. 7 Vývoj počtu cizinců dle SO MČ Praha 1–11 (SLDB 2001 a 2011)



Zdroj: ČSÚ

Graf č. 8 Vývoj počtu cizinců dle SO MČ Praha 12–22 (SLDB 2001 a 2011)



Zdroj: ČSÚ

Nejvyšší nárůst cizinců byl za posledních deset let zaznamenán na území MČ Prahy 18 (téměř dvanásobný), Prahy 22 a Prahy 21 (desetinásobný), Prahy 9 a Prahy 1 (necelý desetinásobek původního počtu). Nejnižší nárůst zhruba trojnásobný se projevil na území MČ Prahy 6 a Prahy 16, přibližně čtyřnásobný na MČ Praha 11 a Praha 17.

Z posledních údajů zaujímají nevyšší podíl cizinců na území HMP lidé z Ukrajiny, Slovenska a Ruska. Dále se jedná o necelých 11 tisíc občanů z Vietnamu. Nejméně osob s jiným občanstvím zaujímají občané z Polska (2 453 osob).<sup>38</sup>

HMP má v rámci krajů ČR nejvyšší podíl legálně hlášených cizinců k dlouhodobému nebo trvalému pobytu (35 %). Dle odhadů odborníků jsou oficiální počty cizinců na českém území podhodnoceny.

### Prognóza dalšího vývoje

V letech 2008–2012 lze registrovat viditelný pokles osob s dlouhodobým pobytem, tento trend bude pravděpodobně pokračovat i v následujících letech a to především v závislosti na vývoji ekonomické krize a snížené možnosti pracovního uplatnění. Podobný vývoj lze odhadovat i v oblasti migrace za účelem práce či podnikání. Nárůst počtu cizinců, který byl zaznamenán mezi dvěma posledními sčítání lidu, se již patrně nebude opakovat. Situace se bude také odvíjet na základě vývoje legislativních norem ČR (viz novelizace zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, ve znění pozdějších předpisů), kde došlo k značnému zpřísnění podmínek zejména pro podnikatele a zaměstnance jiného občanství.

## 11.3. Druhy, četnost sociálních služeb

Pro cílovou skupinu cizinců a azylantů na území HMP působí celkem 26 sociálních služeb. Nejčastější sociální službou je odborné sociální poradenství. Jedná se celkem o 15 služeb (k 30. červnu 2012 je nahlášeno jedno ukončení této služby poskytované církevní organizací), které nebude mít zásadní vliv na celkovou kapacitu. Dojde ke snížení kapacity o 10 ambulantních klientů a 5 terénních intervencí.

Tabulka č. 35 Počet sociálních služeb poskytovaných na území HMP pro cílovou skupinu cizinci

Druh služby	Počet služeb
azylové domy	1
domy na půl cesty	2
krizová pomoc	1
odborné sociální poradenství	15
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	1
sociální rehabilitace	3
telefonická krizová pomoc	1
terénní programy	2
<b>Celkem</b>	<b>26</b>

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

Nejvyšší kapacitu mají služby zajišťující ambulantní nebo terénní péči. Málo zastoupené jsou služby pobytového charakteru, např. lůžka v azylových domech.

<sup>38</sup> Výsledky sčítání. Státní občanství. ČSÚ. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011* [online]. 2012-02-15 [cit. 2012-04-09].

Dostupné z:

<http://vdb.czso.cz/sldbvo/#!stranka=podletematu&tu=30555&th=&v=&vo=null&vseuzemi=null&void=>

Tabulka č. 36 Kapacity sociálních služeb poskytovaných na území HMP pro cílovou skupinu cizinci

Druh služby	POB interv.	POB lůžka	AMB kl.	AMB interv.	AMB kontakt	TER kl.	TER kontakt	TER hovory	Souhrn dle služeb
azylové domy		5							5
domy na půl cesty	500	15							515
krizová pomoc			20						20
odborné sociální poradenství			1 600	26 148					27 748
SAS služby pro rodiny s dětmi			4						4
sociální rehabilitace			112	22	10 500	20	1 050		11 704
telefonická krizová pomoc							12 088	8 126	20 214
terénní programy						1700	34 400		36 100
<b>Celkem</b>	<b>500</b>	<b>20</b>	<b>1 736</b>	<b>26 170</b>	<b>10 500</b>	<b>1 720</b>	<b>47 538</b>	<b>8 126</b>	

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

Příspěvkové organizace poskytují pouze jednu sociální službu, ostatní zajišťují NNO (nejčastěji občanské sdružení).

Tabulka č. 37 Přehled právní formy poskytování sociálních služeb pro cizince a azylanty na území HMP

Podle právní formy	Počet služeb
Církevní organizace	4
Obecně prospěšná společnost	2
Příspěvková organizace	1
Sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.)	19

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

Sociální služby určené pro tuto cílovou skupinu jsou poskytovány většinou na území MČ Praha 2, 3 a 1. Jelikož nejsou známa relevantní data, která by mapovala cílovou skupinu osob nelegálně žijících cizinců na území HMP, nelze jasně určit, zda územní rozvrstvení sociálních služeb je dostačující. Pokud se zaměříme na nárůst legálně žijících cizinců, není dostatečně pokryto území Prahy 9 a Prahy 21, kde byl efekt za posledních deset let nejvyšší.

Tabulka č. 38 Územní rozložení poskytovaných sociálních služeb pro cizince a azylanty na území HMP

Sídlo služby - poskytovatele	Počet služeb
Praha 1	7
Praha 2	6
Praha 3	4
Praha 4	2
Praha 5	1

Praha 8	4
Praha 9	1
Praha 12	1

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV*

### **Vybrané problematiky sociálních služeb pro sociálně ohrožené cizince na území HMP**

Nejčastější sociální službou využívanou sociálně ohroženými cizinci je odborné sociální a právní poradenství. Nejčastějšími problémy jsou legalizace pobytu (vyřízení dlouhodobého nebo přechodného pobytu, získání českého občanství), pomoc při hledání zaměstnání, pomoc při komunikaci s úřady, vzdělávání a informace o lékařské péči. U této cílové skupiny chybí sociální služby zaměřené na „doprovázení do institucí“ (doprovod sociálního pracovníka na úřady, zdravotnických zařízení a do škol).

Samotní cizinci vnímají jako potřebný rozvoj mediačních služeb a nabídku specifických vzdělávacích kurzů (především jazykových), které nejsou pro tuto cílovou skupinu v dostatečném počtu. Specifickým rysem cizinců je neochota či obava využívat institucionalizované sociální služby.<sup>39</sup>

Cizinci často naráží na jazykovou bariéru u zástupců veřejných institucí, nízký počet překladatelů a nedostatek jazykových mutací veřejných dokumentů.

Ve vztahu k cizincům je nutné upozornit na sdílenou praxi – a to skutečnost, že nárok na sociální služby (dle dikce zákona č. 108/2006 Sb.) mají jen občané Evropské unie a občané třetích zemí, kterým byl udělen azyl nebo migranti s trvalým pobytem na území ČR. Toto úzké vymezení cílových skupin může být ovšem v rozporu s mezinárodními dokumenty, ke kterým se ČR zavázala. Jako problém je vnímána neexistence koncepčního materiálu HMP, který by systémově popsal a řešil problematiku cizinců.

## **12.4. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS**

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro sociálně ohrožené cizince musí zaměřit:

- Na organizační a finanční podporu početně definované sítě odborných sociálních poraden pro sociálně ohrožené cizince.
- Na podporu terénních programů pro sociálně ohrožené cizince na území HMP, které by obsahovaly doprovodné aktivity při obstarávání osobních záležitostí a vedly k lepšímu monitoringu cílových skupin na území HMP.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit u sociálně ohrožených cizinců musí zaměřit:

<sup>39</sup> Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy: Závěrečná zpráva projektu. Praha, duben 2012, s. 71

- Na tvorbu krizových služeb (krizové pomoci) pro sociálně ohrožené cizince, kteří nemohou díky svému právnímu statutu využít sociální, komerční či veřejné služby na území HMP.
- Na vznik celopražského koncepčního materiálu v oblasti cizinců žijících na území HMP.
- Podporovat projekty zaměřené na integraci legálně žijících cizinců na území HMP (především v oblasti vzdělávání a zaměstnání).

### **Priority a opatření SPRSS**

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

#### **V oblasti plánování sociálních služeb**

**Priorita CNM1: Nastavení strategie cílené podpory kvalitních sociálních služeb pro cizince na území HMP.**

**Opatření CNM1.1.: Stanovení základní sítě odborných sociálních poraden pro osoby z třetích zemí.**

**Opatření CNM1.2.: Tvorba celopražské koncepce v oblasti cizinců (migrantů, azylantů) z třetích zemí.**

## 12. Národnostní (etnické) menšiny

### 12.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty

„Definice národnostní menšiny je velmi široká. V našem prostředí lze za národnostní menšinu považovat skupinu osob – občanů České republiky, kteří žijí na našem území, ale odlišují se od majoritní většiny zpravidla etnickým původem, jazykem, kulturou či tradicemi. Jedná se tedy o minoritní skupinu obyvatelstva, která projevuje vůli být považována za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.“<sup>40</sup>

Mezi národnostní (etnickou) menšinu patří romská minorita. V procesech plánování sociálních služeb na území HMP věnujeme pozornost výhradně problémům romské minority. Přesněji řečeno, jedná se o **Romy v nepříznivé sociální situaci**, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením nebo jsou sociálně vyloučení. Další národnostní menšiny využívají sociální služby pouze okrajově. V terminologii cílových skupin, dle zákona o sociálních službách, jsou definovány dvě cílové skupiny: etnické menšiny a osoby v sociálně vyloučených komunitách.

### 12.2. Statistická a demografická data

V současné době na území HMP nejsou dostupná aktuální data o stavu lokalit (komunit) ohrožených sociálními problémy, které by mohla být považovány za sociálně vyloučené. Dle odhadů odborníků na území HMP žije více jak 17 000 osob romské národnosti. Početně nejvíce zastoupeni jsou Romové na MČ Praha 3, 5, 8, 9 a Praha 14, což do značné míry kopíruje údaje o sociálně ohrožených lokalitách (komunitách) na území HMP. Jako problematické, podle terénních sociálních pracovníků, lze vnímat ubytovny využívané z většiny Romy v nepříznivé sociální situaci (na území MČ Prahy 3, 5 a 9) a domy s koncentrací problémových nájemníků.

Podrobné údaje, byť na zcela aktuální, můžeme získat z Mapy sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených romských lokalit v ČR (dál jen „Mapa“). Mapa je jedním z významných výstupů projektu MPSV „Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti“<sup>41</sup>.

Dle Mapy bylo na území HMP **zjištěno 6 sociálně vyloučených lokalit**, kde mimo jednu lokalitu jde o romské sociálně vyloučené lokality, ve kterých nebyl zjištěn nebo odhadnut

<sup>40</sup> ŠVINGALOVÁ, Dana. Majoritní (většinové) a minoritní (menšinové) skupiny. *Multikultura.cz* [online]. 2007 [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <http://www.multikultura.cz/multikulturni-vychova/vychozi-pojmy/majoritni-a-minoritni-skupiny/>

<sup>41</sup> Tento projekt byl financován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR a Mapa byla zpracována v roce 2006 pro území celé České republiky

podíl Romů mezi obyvateli těchto oblastí.<sup>42</sup> Na mnohých MČ došlo, nebo postupně dochází, ke kvalitativním změnám. Přesto je důležité věnovat této oblasti dlouhodobou a systematickou pozornost z důvodu

**Tabulka č. 39 Popis sociálně vyloučených lokalit na území HMP podle Mapy sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených lokalit v ČR**

Sociálně vyloučené lokality na území HMP						
MČ	Odhad počtu	ZŠ	SOU bez maturity	SŠ a vyšší	Odhad nezaměstnanosti	Další specifiká
<b>Praha 3</b>	001 – 2 500	94 %	94 %	1 %	85 %	Byty 3.-4. kategorie, existence holobytů
<b>Praha 5</b>	3001 - 3500	70 %	20 %	10 %	75 %	většina bytů 4. kategorie, holobyty, ubytovny
<b>Praha 8</b>	2001 - 2500	70 %	20 %	10 %	80 %	dvě sousedící čtvrti, plísně, většina bytů - solidní stav, zaznamenaný případy negramotnosti
<b>Praha 9</b>	501 - 600	90 %	9 %	1 %	60 %	zaznamenaný případy negramotnosti, existence romských firem
<b>Praha 14</b>	101 - 150	70 %	22 %	8 %	70 %	byty 1. kategorie, 20 bytů 1. činžovní dům
<b>Praha 14</b>	151 - 200	70 %	22 %	8 %	70 %	panelové domy, 21 bytů, 1. kategorie
<b>Celková data</b>	<b>5755 - 6950</b>	<b>77 %</b>	<b>31 %</b>	<b>6 %</b>	<b>73 %</b>	většinou se jedná o historický kontext, komunity zde dlouhodobě žijí, existence sociálně-patologických jevů (kriminalita, gamblerství, drogy, lichva)

Zdroj: MPSV, <http://www.mpsv.cz/cs/2317>

### Prognóza dalšího vývoje

V obecné rovině jsou sociální služby učené pro Romy v nepříznivé sociální situaci nedostatečně podporované především na lokální úrovni. Spolupráce MČ a HMP je v této oblasti velmi důležitá a měla by vyústit ve společnou podporu (finanční) lokálně potřebných sociálních služeb pro Romy v nepříznivé sociální situaci. Předpokladem je však zlepšený monitoring sociálně ohrožených osob či oblastí a intenzivní terénní práce ze strany MČ a NNO.

Odhady dlouhodobého vývoje jsou v tuto chvíli velmi omezené. K tomuto závěru dospěla i dočasná pracovní skupina zabývající se sociálními službami pro národnostní menšiny.

<sup>42</sup> Mapa sociálně vyloučených a sociálně vyloučením ohrožených romských lokalit v České republice: Praha 9



### 12.3. Druhy, četnost sociálních služeb

Pro cílovou skupinu etnické menšiny je na území HMP registrováno celkem 44 sociální služby. Nejčastěji se jedná o nízkoprahová zařízení pro děti a mládež nebo o odborné sociální poradenství.

Tabulka č. 40 Počty sociálních služeb pro etnické menšiny na území HMP

Druh služby	Počet služeb
azylové domy	4
kontaktní centra	1
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	10
Noclehárny	1
odborné sociální poradenství	9
pečovatelská služba	1
SAS pro rodiny s dětmi	6
SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením	1
sociální rehabilitace	3
telefonická krizová pomoc	1
terénní programy	7
<b>Celkem</b>	<b>44</b>

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

Tabulka č. 41 Kapacita sociálních služeb pro etnické menšiny na území HMP

	POB kl.	POB lůžka	AMB kl.	AMB interv.	AMB kontakt	AMB lůžka	TER kl.	TER. interv.	TER kontakt	TER hovor	Souhrn dle služeb
Azyl. domy	110	114									224
kontaktní centra				100							100
NZDM			1 068	6 600	9 275		200		1 380		18 523
noclehárny						233					233
odb. soc. porad.			1 600	11 762			50	4 000			17 412
pečov. služba							1 000				1 000
SAS pro rodiny s dětmi			314	80	100		520	50	100		1 164
SAS pro seniory a osoby se ZP			240				240				480
Soc. rehab.			112	22	10 500		20		1 050		11 704
tel. kriz. pomoc									12 088	8 126	20 214
terénní programy							3 165	1 200	7 400		11 765
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>114</b>	<b>3 334</b>	<b>18 564</b>	<b>19 875</b>	<b>233</b>	<b>5 195</b>	<b>5 250</b>	<b>22 018</b>	<b>8 126</b>	

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

Poměrně vysoký údaj o kapacitě je u služby telefonická krizová intervence (tuto kapacitu nelze vnímat jako reálnou). Jelikož většina sociálních služeb má zaregistrováno více cílových skupin, není možné jasně identifikovat, jaká je reálná kapacita pro vybranou cílovou skupinu.

**Tabulka č. 42 Přehled právní formy poskytování sociálních služeb pro etnické menšiny na území HMP**

Podle právní formy	Počet služeb
Církevní organizace	3
Obecně prospěšná společnost	6
Příspěvková organizace	7
Sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.)	27
Zájmové sdružení	1

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV*

Z více jak 84 % jsou sociální služby pro tuto cílovou skupinu zajišťovány neziskovým sektorem. Většina služeb je realizována na území MČ Prahy 1, Prahy 2 a Prahy 3, což přímo neodpovídá rozvrstvení např. sociálně-vyloučených lokalit. Jelikož se většinou jedná o terénní sociální práci, lze předpokládat, že tyto služby jsou zajišťovány docházkovou intervencí ze strany poskytovatele sociálních služeb.

**Tabulka č. 43 Územní rozložení poskytovaných sociálních služeb pro etnické menšiny na území HMP**

Sídlo služby - poskytovatele	Počet služeb
Praha 1	6
Praha 2	6
Praha 3	13
Praha 4	1
Praha 5	2
Praha 6	1
Praha 7	1
Praha 9	2
Praha 11	3
Praha 12	3
Praha 14	3
Praha 17	1

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV*

### **Vybrané problematiky sociálních služeb pro Romy v nepříznivé sociální situaci na území HMP**

Zásadním problémem ovlivňujícím současnou i potencionální potřebnost sociálních služeb je zhoršený přístup Romů na otevřený i chráněný trh práce (důsledkem nižší kvalifikace, stigmatizace, diskriminačního chování). V současné době je realizováno minimum programů na podporu zaměstnávání této cílové skupiny.

Dalším důležitým úkolem je kvalitní monitoring sociálně ohrožených osob či oblastí a intenzivní terénní práce ze strany MČ a NNO, která bude umět přecházet případným

problémům a konfliktům. Ekonomické problémy a klesající životní úroveň mohou některé lokální sociální problémy eskalovat v možný otevřený konflikt, kterému je třeba předcházet.

Nejčastěji využívané sociální služby romskou menšinou v nepříznivé sociální situaci jsou služby sociální prevence. Služby sociální péče a pobytové služby nejsou v praxi touto menšinou využívány.

Z výsledků Analýzy vyplývá, že nejčastěji využívanou sociální službou mezi Romy je sociální poradenství a poradenství v oblasti dluhové problematiky. Dále se jedná o terénní sociální služby, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a osobní asistenci. Z hlediska nabídky sociálních služeb je nedostatečná sociální práce v romských vyloučených lokalitách a podpora romského a proromského neziskového sektoru. Nedostatečně je hodnocena provázanost terénních a ambulantních sociálních služeb. Zásadním hlediskem pro poskytování sociálních služeb určené pro Romy je místní dostupnost resp. blízkost služeb v místě bydliště.

Poskytovatelé sociálních služeb také upozorňují na nutnost rozvoje sociálních služeb v místech s vyššími počty Romů v nepříznivé sociální situaci. Z kapacitního hlediska jsou nedostatečné služby azylových domů, odborného sociálního poradenství a terénních programů.<sup>43</sup>

#### 12.4. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro Romy v nepříznivé sociální situaci musí zaměřit:

- Na udržení a rozvoj specializované terénní sociální práce a odborného sociálního poradenství pro Romy v nepříznivé sociální situaci ve spolupráci s MČ.
- Na podporu lokálně významných preventivních sociálních služeb pro rodinu s dětmi, které jsou zaměřeny na Romy v nepříznivé sociální situaci.
- Na zvýšení kapacit azylových domů pro matky s dětmi.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit u sociálně ohrožených cizinců musí zaměřit:

- Na tvorbu a podporu projektů zaměřených na zvýšení možnosti uplatnění na otevřeném trhu práce pro Romy, kteří jsou dlouhodobě nezaměstnaní.
- Ve spolupráci s MČ se zaměřit na důsledný monitoring oblastí, které jsou sociálně ohroženy a koncentrují se zde, ve zvýšené míře, sociální problémy či konflikty.
- Ve spolupráci s MČ řešit sociální (ústupovou) formu bydlení pro romské matky s dětmi, které se ocitají bez domova z ekonomických důvodů.

---

<sup>40</sup>Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy, s. 71–72

## Priority a opatření SPRSS

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita CNM2: Tvorba systému mapování potřeb Romů v nepříznivé sociální situaci, na lokální úrovni.**

**Opatření CNM2.1.: Zmapovat rizikové lokality s vyšším zastoupením Romů v nepříznivé sociální situaci formou terénních šetření**

### V oblasti poskytování sociálních služeb

**Priorita CNM3: Podpora a účinná pomoc formou sociálních služeb pro Romy v nepříznivé sociální situaci ve vybraných lokalitách.**

**Opatření CNM3.1.: Podpora odborného sociálního poradenství a terénních programů pro Romy v nepříznivé sociální situaci ve vybraných lokalitách.**

**Opatření CNM3.2.: Podpora nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v rizikových lokalitách.**

**Priorita CNM4: Podpora a účinná pomoc formou sociálních služeb pro cizince na území HMP.**

**Opatření CNM4.1.: Podpora odborného sociálního poradenství pro cizince z třetích zemí a cizince z EU.**

**Opatření CNM4.2.: Podpora vzniku sociální služby pro cizince, kteří se ocitnou na přechodnou dobu bez přístřeší a nemohou využít stávající nabídku sociálních služeb na území HMP.**

## 13. Osoby ohrožené závislostí

### 13.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje drogovou závislost jako psychický a fyzický stav charakterizovaný změnami chování a reakcemi vždy zahrnujícími nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky a zabránění vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu (tzv. syndrom odnětí drogy).

Cílová skupina osob ohrožených závislostí je velmi široká. V obecné rovině lze do ní zařadit všechny osoby, které jsou ohroženy sociálním vyloučením a současně jsou závislé (fyzicky nebo psychicky) na určitých látkách (nikotin, alkohol, opiáty, stimulační látky, kanabinoidy, halucinogeny) či chování (patologické hráčství, nově informační technologie). Rozmanitost cílové skupiny je dána stupněm závislosti (fáze experimentu, rekreační užívání, problémové užívání až rozvoj závislosti) a specifickou situací nezletilých, závislých matek s dětmi nebo blízkých osob uživatelů návykových látek. HMP je problematikou užívání nelegálních drog v porovnání s ostatními kraji ČR zatíženo nejvíce. Dle Národního monitorovacího střediska je HMP krajem s nejvyšším počtem uživatelů opiátů, rozšířené je injekční užívání Subutexu<sup>®44</sup>, běžné je také současné užívání pervitinu a opiátů.

V rámci SPRSS se budeme zabývat především osobami, které jsou ohroženy závislostí na nelegálních drogách. Důvodem tohoto omezení je stávající síť poskytovatelů sociálních služeb, která se systematicky věnuje pouze cílové skupině osob ohrožených závislostí na nealkoholových drogách a uživatelům drog. Dalším důvodem je díkce zákona o sociálních službách, která definuje druhy sociálních služeb zaměřené na cílovou skupinu osob ohrožených závislostí na návykových látkách.

Výše uvedená závislost na návykových látkách (nelegálních) může mít různé konceptuální rámce, jak na tuto problematiku pohlížet (např. právní, zdravotní, vzdělávací, sociální, etický atd.). Dále do této oblasti výrazně zasahují vnější jevy. Jedná se například o vývoj legislativního rámce České republiky a Evropské unie či změny v postojích společnosti. „Užívání drog totiž neovlivňuje pouze nedostatek informací o drogách a o možných rizicích spojených s jejich užíváním, ale i celý komplex historických, politických, sociálních, environmentálních a kulturních vlivů.“<sup>45</sup>

Snahou protidrogové politiky MHP je snižovat počet aktivních uživatelů nelegálních návykových látek a zároveň minimalizovat rizika spojená s užíváním návykových látek (program snižování rizik a ochrany veřejného zdraví Harm Reduction). Je nutné zdůraznit, že

<sup>44</sup> Subutex<sup>®</sup> je primárně lék určený k perorálnímu užívání při tzv. substituční léčbě závislosti na opiátech.

<sup>45</sup> RADIMECKÝ, Josef. Centrum adiktologie: Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze. Teorie konstrukce drogové politiky [online]. Praha, 2006-06-02 [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/204/Teorie-konstrukce-drogove-politiky>

tohoto cíle nelze dosáhnout na úrovni HMP, nezbytná je **spolupráce HMP a MČ** při řešení těchto problematik.

#### Základní mezinárodní strategické dokumenty

- **Protidrogová strategie EU na období 2005 až 2012,**
- **Protidrogový akční plán EU na období 2009–2012.**

#### Základní národní strategické dokumenty

- **Národní akční plán drogového informačního systému na roky 2011–2012** (Usnesení vlády č. 05/0511 ze dne 17. 5. 2011),
- **Akční plán realizace Národní protidrogové strategie 2010–2012** (vychází z Usnesení vlády č. 340 ze dne 10. 5. 2010),
- **Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018** (Usnesení vlády č. 340 ze dne 10. 5. 2010),

#### Základní dokumenty na úrovni HMP

- **Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2008 až 2012**
- **Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy (každoročně vydávaná od roku 2005)**

## 13.2. Statistická a demografická data

HMP má v rámci svého regionu několik významných specifíků, která ovlivňují drogovou scénu. Hlavní vliv na rozvoj drogové scény má centrální poloha HMP, charakter dopravního uzlu republiky i mezinárodních cest, anonymita, cizinecký ruch, kumulace různých sociálně patologických jevů (bezdomovectví, prostituce, vysoký počet heren) a snazší dostupnost drog v porovnání s ostatními regiony ČR. V souvislosti s užíváním drog dochází k rozvoji dalších negativních jevů, jakými jsou výroba a distribuce omamně psychotropních látek a tím zvýšená kriminalita na území HMP (způsobená snahou drogu si opatřit, aplikace na veřejnosti). Současně je důležité upozornit na velkou citlivost tématu mezi obyvateli HMP (hlavně v místech s vyšším výskytem tohoto jevu), kterou do jisté míry reflektuje přístup místních samospráv. Tento přístup dále umocňuje fakt, že uživatelé drog většinou nemají trvalý pobyt na území HMP. V tomto ohledu lze hovořit o analogii s cílovou skupinou bezdomovců.<sup>46</sup>

Na území HMP se vyskytují otevřené drogové scény, zejména v centru města, na území Prahy 2 a Prahy 5. Existence těchto prostředí je spojena s rušením veřejného pořádku, drobnou trestnou činností, což potvrzují údaje o výskytu drogových trestných činů, kterých se na území HMP uskutečnilo více než 23 %.<sup>47</sup>

<sup>46</sup> Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy, s. 83

<sup>47</sup> Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy, s. 82

Dle Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2010 se jeví jako hlavní ohnisko drogové scény v okolí Václavského náměstí (přes 2 500 osob ročně, 300–500 denně). Další významnou oblastí je okolí Karlova náměstí, dále autobusové nádraží Na Knížecí, dále pak směrem k Andělu, park Na Skalce, Santoška, Mrázovka a Smíchovské nádraží. Další lokální drogové scény můžeme zaznamenat v MČ Praha 3, 4, 7, 8, 10 a 13.

Nejčastěji užívanou nelegální drogou u osob, které se léčily se závislostí na území HMP, je heroin a pervitin (téměř 75 % z nich). Jako základní či sekundární drogu ji označilo více než 84 % léčených uživatelů. Užívání kokainu se meziročně významně nemění, pohybuje se okolo 2 %.<sup>48</sup>

Podle odhadu uvedeného ve Výroční zprávě HMP za rok 2010 (s upozorněním, že čísla jsou podhodnocena) je v Praze asi 6 600 problémových uživatelů drog (přibližně 3 700 mužů a 2 900 žen), z toho 2 900 uživatelů opiátů, 3 600 uživatelů amfetaminů a 200 problémových uživatelů ostatních drog. Odhad injekčních uživatelů drog je 5 200 osob<sup>49</sup>, i když odborníci se shodují, že reálný počet je dvojnásobný. Dle prevalenčních odhadů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti bylo v roce 2010 na území HMP 11 350 problémových uživatelů drog, z toho 6 950 opiátů a 4 400 pervitinu.

V České republice se zvyšuje dostupnost substituční léčby. V roce 2011 bylo v Registru substituční léčby evidováno celkem 2 290 osob (1 621 mužů a 669 žen) ve věku 18–59 let. Více než polovina těchto osob byla ve věku 30–39 let. Tento trend se i meziročně zvyšuje (o necelých 19 %). Průměrný věk léčených osob na území HMP je 32,7 let. U mužů je průměrná věková hranice 33,5 let a u žen 30,9 let. HMP zaujímá nejvyšší podíl léčených substituentů se 42 % (954 osob).

### 13.3. Druhy, četnost sociálních služeb

Zástupci MČ a poskytovatelů sociálních služeb upozorňují na časté problémy se získáváním prostor pro realizaci sociální služby pro tuto cílovou skupinu. Při nutnosti komplexního řešení celé problematiky je absolutně nutná součinnost HMP a MČ za aktivní participace centrální (státní) úrovně.

Předkládaná statistika vychází údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb. Na území HMP je registrováno 35 sociálních služeb pro cílovou skupinu osoby ohrožené závislostí na návykových látkách. Nejčastější formou jsou terénní programy (13 služeb) a odborné sociální poradenství (11 služeb).

<sup>48</sup> Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2010

<sup>49</sup> Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2010:

[http://www.praha.eu/jnp/cz/home/magistrat/tiskovy\\_servis/tiskove\\_zpravy/specifika\\_drogove\\_sceny\\_a\\_jeji\\_eseni\\_v.html](http://www.praha.eu/jnp/cz/home/magistrat/tiskovy_servis/tiskove_zpravy/specifika_drogove_sceny_a_jeji_eseni_v.html)

**Tabulka č. 44 Počty sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách s místem poskytování na území HMP**

Druh služby	Počet služeb
kontaktní centra	5
odborné sociální poradenství	11
služby následné péče	6
terénní programy	13
<b>Celkem</b>	<b>35</b>

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

Neziskové a církevní organizace zajišťují více jak 92 % sociálních služeb zaměřených na tuto cílovou skupinu. Pouze dvě sociální služby jsou příspěvkovými organizacemi.

**Tabulka č. 45 Přehled právní formy poskytování sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách na území HMP**

Podle právní formy	Počet služeb
Církevní organizace	2
Obecně prospěšná společnost	7
Příspěvková organizace	2
Sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.)	24

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

**Tabulka č. 46 Územní rozložení poskytovaných sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách na území HMP**

Sídlo služby - poskytovatele	Počet služeb
Praha 1	6
Praha 2	3
Praha 3	6
Praha 4	2
Praha 5	4
Praha 6	1
Praha 7	2
Praha 10	1
Praha 11	3
Praha 12	1
Praha 13	3
Praha 15	1
Praha 17	1
Praha 19	1

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV



### **Vybrané problematiky sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách na území HMP**

Problematika závislostí na nealkoholových drogách je svoji povahou multidisciplinární. Zahrnuje oblast primární prevence na základních a středních školách, úzké oborové propojení se zdravotnictvím, tvorby společné strategie například s represivními složkami státu či města (policie) a orgány státní správy a samosprávy.

Podstatné je nepřístupovat k řešení problematiky osob ohrožených závislostí na návykových látkách pouze represivními nástroji, ale usilovat o vyvážený systém protidrogové politiky. Intenzivně podporovat a rozvíjet programy substituční léčby pro osoby závislé na nealkoholových drogách.

Dostupnost sociálních služeb na území HMP je kladně hodnocena zejména jejími uživateli, což je v rozporu s postojem poskytovatelů sociálních služeb, kteří negativně hodnotí nižší možnost oslovení mladší věkové kategorie, obtížné působení v uzavřené drogové scéně a nedostatečnou kapacitu služeb určené pro matky s dětmi. Zatímco kapacity terénních programů a kontaktních center jsou hodnoceny jako naplněné.<sup>50</sup>

Spektrum sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu je v kontextu sociálních služeb v HMP poměrně široké. Problémem může být kapacitní nedostatečnost konkrétních druhů sociálních služeb na území HMP (např. kontaktní centra). Pozitivním faktem je to, že klienti mohou snáze přecházet mezi jednotlivými druhy sociálních služeb (od nízkoprahových služeb po abstinenci léčbu). Toto hledisko je velmi důležité při vzniku relapsu, kdy se uživatel neocitá mimo systém.<sup>51</sup>

Rozvoj sociálních služeb by se měl zaměřit na rozvoj terénních programů, zejména v exponovaných částech HMP (MČ 1, 2 a 5), ale i v dalších lokálně významných částech drogové scény (MČ 3–14).

Na území HMP chybí poskytovatelé sociálních služeb poskytující péči osobám s duální (vícerou) problematikou (bezdomovec se závislostí na návykových látkách, tělesně postižený se závislostí na návykových látkách atd.). Poskytovatelé sociálních služeb často bývají, i na základě zákonného vymezení v souvislosti s registracemi (určení hlavní skupiny uživatelů, kterým je poskytována sociální služba) a grantové praxe (přísné zaměření grantových programů na konkrétní skupinu uživatelů sociálních služeb), pragmaticky zaměřeni pouze na jednu cílovou skupinu uživatelů sociálních služeb. Vzhledem ke kumulaci některých jevů na svém území (bezdomovectví, závislosti) musí HMP systémově podporovat poskytovatele, kteří nabízejí služby pro osoby s duální (vícerou) problematikou. Tomu by měla adekvátně odpovídat i propojenost grantových systémů HMP a zvýhodňování takových poskytovatelů v systému hodnocení.

<sup>50</sup> Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy, s. 87

<sup>51</sup> Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy, s. 88

### 13.4. Reflexe zjištěných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách musí zaměřit:

- Na početní rozvoj a vhodné kapacitní natavení sítě kontaktních center a terénních programů pro uživatele drog s cílem snižování sociálních a zdravotních rizik.
- Na návaznost sociálních služeb v systému péče o uživatele drog, především podporou sociální služby následné péče.
- Na podporu a zvýhodnění těch poskytovatelů sociálních služeb, kteří dokáží poskytnout odpovídající a kvalitní služby osobám s duální (vícerou) problematikou.

Z Analýzy, Výkazu a Výstupů dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách musí zaměřit:

- Na prohloubení a propojení financování sociálních a zdravotních služeb pro uživatele drog v rámci grantových systémů HMP.
- Na spravedlivé systémové legislativní opatření, které bude účinně řešit odmítání některých MČ strpět na svém území služby pro uživatele drog (kontaktní centra a terénní programy).
- Na podporu substituční léčby pro osoby závislé na nealkoholových drogách, jako podstatné složky celé protidrogové politiky HMP.
- Realizaci pilotního projektu aplikační místnosti v Praze jako rozšíření spektra účinných služeb pro osoby závislé na nealkoholových drogách.
- Podporovat projekty zaměřené na osoby vyléčené ze závislostí na návykových látkách a jejich uplatnění na pracovním trhu.
- Na problém zvýšené konzumace alkoholu u mládeže (v kategorii 15–18 let).

#### Priority a opatření SPRSS

Priority a opatření jsou podrobně rozpracovány v jednotlivé aktivity (s konkrétním časovým harmonogramem, konkrétními finančními náklady a odpovědností) ve SPRSS.

#### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita ZAV1: Nastavení strategie cílené podpory kvalitních sociálních služeb pro osoby závislé na nealkoholových drogách.**

**Opatření ZAV1.1.: Tvorba strategie vhodných terénních a ambulantních sociálních služeb pro osoby závislé na nealkoholových drogách se zaměřením na jejich návaznost, kapacitní rozsah a lokalizaci.**

**Priorita ZAV2: Zmapovat stav zdravotně-sociálních služeb na území HMP, které se věnují jiným typům závislosti než na nealkoholových drogách (především závislosti na alkoholu).**

**Opatření ZAV2.1.: Analyzovat druhy závislostí a formy pomoci s praxí, která funguje na území HMP, i v souvislosti s preventivními aktivitami.**

### **V oblasti poskytování sociálních služeb**

**Priorita ZAV3: Podpora a účinná pomoc formou sociálních služeb pro osoby závislé na nealkoholových drogách.**

**Opatření ZAV3.1.: Podpora terénních a ambulantních sociálních služeb pracujících na principu Harm Reduction.**

**Priorita ZAV4: Hledání nových forem účinnější pomoci osobám závislým na nealkoholových drogách.**

**Opatření ZAV4.1.: Vznik komunitního terénního týmu vyhledávajícího především osoby, u kterých se kombinuje více faktorů ohrožení (např. bezdomovec závislý na nealkoholových drogách trpící duševním onemocněním).**

**Opatření ZAV4.2.: Rozšířit spektrum zdravotně-sociálních služeb na osoby se závislostí na nealkoholových drogách o aplikační místnost.**

## 14. Osoby bez přístřeší (bezdomovci)

### 14.1. Definice cílové skupiny, základní principy a dokumenty

Označení cílové skupiny osoby bez přístřeší je odvozeno z dikce zákona o sociálních službách. V kontextu strategických dokumentů mezinárodní, národní i pražské úrovně je tato cílová skupina označena termínem bezdomovci. Z důvodu obecnějšího ukotvení celé oblasti, která přesahuje rezortní problematiku sociálních služeb, se ve všech pražských strategických dokumentech (i ve SPRSS) budeme pracovat s termínem bezdomovci.

Ve stanovisku Evropského hospodářského a sociálního výboru z konce roku 2011 k tématice bezdomovectví je definice tohoto jevu následující:

*„Na úrovni EU neexistuje společná funkční definice osob bez domova. Tato definice se v různých členských státech značně liší. Bezdomovectví je komplexní jev podléhající časovému vývoji. Dotčení jedinci nebo skupiny prošli různými cestami, různým způsobem se stali bezdomovci a různým způsobem se z tohoto stavu vymanili. Mezi bezdomovci je možné rozlišovat různé typy a cílové skupiny. Jsou to například osamělí muži žijící na ulici, děti a dospívající žijící na ulici, mládež opouštějící dětské domovy, samoživitelky žijící na ulici, osoby postižené zdravotními potížemi, jako je alkoholismus, závislé osoby, osoby s psychickými a psychiatrickými problémy, staří bezdomovci, rodiny žijící na ulici, bezdomovci pocházející z etnických menšin, jako jsou Romové nebo obyvatelstvo s kočovným stylem života, přistěhovalci bez domova, žadatelé o azyl bez domova (uprchlíci), druhá generace dětí ulice, jejichž rodiče jsou bezdomovci.“<sup>52</sup>*

„Je důležité také vnímat fakt, že žádná evropská země nebo členská země Evropské unie v současnosti nevyřešila problém, který se týká osob bez přístřeší.“<sup>53</sup> I v tomto kontextu je zřejmé, že bezdomovectví jako komplexní sociální jev je nedílnou součástí společnosti celé EU, potažmo celého euroamerického kulturního okruhu. Koncentrace tohoto jevu je kumulována především ve velkých městských aglomeracích. Je třeba jasně konstatovat, že problematiku bezdomovectví v demokratickém prostředí nelze zcela vyřešit, ale lze omezit možnosti jejího vzniku a eliminovat její škodlivé dopady, především směrem k samotným bezdomovcům, ale také – což je rovněž důležité - směrem k majoritní společnosti.

HMP zpracovává svoji Koncepci postupného řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013–2020 (dál jen „Koncepce“), která by měla být implementačním nástrojem SPRSS s konkrétními závazky v oblasti systémových opatření preventivního charakteru a oblasti rozvoje sociálně-zdravotních služeb pro bezdomovce na svém území.

<sup>52</sup> 2012/C 24/07. Stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru k tématu *Problém bezdomovectví*, s.3.

Dostupné z:<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:024:0035:0039:CS:PDF>, s. 3

<sup>53</sup> *Definice a typologie bezdomovectví: [zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR]*, s. 11

Postoj Výboru regionů EU také stanovuje, že „bezdomečtví je extrémní formou chudoby a sociálního vyloučení, a proto se mu ve strategii EU v oblasti sociální ochrany a sociálního začlenění musí věnovat více pozornosti. Vysoká míra bezdomečtví je pod důstojnost Evropské unie. (...) Veškeré iniciativy na řešení tohoto problému by měly být samozřejmě pojaty v dlouhodobé perspektivě a neomezovat se pouze na (...) současnou krizi.“<sup>54</sup>

#### Dle mezinárodní klasifikace ETHOS sledujeme 13 operačních kategorií:

1. osoby přežívající na ulici (veřejné prostory, parky);
2. osoby v noclehárně;
3. osoby v ubytovnách určených pro bezdomovce (azylový dům, přechodná nebo podporovaná ubytovna);
4. osoby v pobytových zařízeních pro ženy;
5. osoby v ubytovnách pro imigranty (azylová zařízení pro žadatele o azyl);
6. osoby před opuštěním instituce (věznice, vazební věznice, zdravotnické zařízení a zařízení pro děti a mládež);
7. uživatelé dlouhodobější podpory (pobytová péče pro straší bezdomovce, podporované bydlení pro minulé bezdomovce);
8. osoby v nejistém bydlení (přechodné bydlení u příbuzných a přátel, bydlení bez právního nároku nebo na cizím pozemku);
9. osoby ohrožené vystěhováním (výpověď z nájemního bytu nebo ztráta vlastnictví bytu);
10. osoby ohrožené domácím násilím (policejně zaznamenané domácí násilí);
11. osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách (mobilní obydlí, neobvyklá stavba, provizorní obydlí);
12. osoby žijící v nevhodném obydlí (obydlené neobyvatelné byty);
13. osoby žijící v přelidněném bytě (nejvyšší národní norma pro přelidnění).<sup>55</sup>

#### Z výše uvedené typologie lze rozdělit tuto cílovou skupinu na tři základní sféry:

1. **zjevné bezdomečtví** (osoby žijící na venkovních prostranstvích např. ulice, parky, nádraží a využívající sociální služby pro osoby bez přístřeší, především noclehárny a nízkoprahová denní centra);
2. **skryté bezdomečtví** (osoby žijící v bytech bez platné nájemní smlouvy, osoby žijící trvale na komerčních ubytovnách, osoby využívající trvale pobytové sociální služby z důvodu nemožnosti zajistit si jiný typ bydlení atd.);
3. **potencionální bezdomovci** (např. osoby, jejichž příjem nestačí na nezbytné výdaje spojené s živobytím a bydlením, dále zadlužené osoby, osoby propuštěné ze zařízení ústavní výchovy po dovršení zletilosti, osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody či výkonu vazby atd.).

<sup>54</sup> 2011/C 15/08. Stanovisko Výboru regionů „Boj proti bezdomečtví“.

<sup>55</sup> Definice a typologie bezdomečtví: [zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR], s. 32-33.

## Základní mezinárodní strategické dokumenty

- **Evropská sociální charta Rady Evropy**
- **Stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru k tématu Problém bezdomovectví č. 2012/C 24/07**
- **Stanovisko Výboru regionů „Boj proti bezdomovectví“ č. 2011/C 15/08**
- **Prohlášení Evropského parlamentu o zamezení bezdomovectví na ulicích č. 2009/C 259 E/04**

Vzhledem ke klíčovým principům SPRSS je u této cílové skupiny uplatňován princip práva na důstojný život, ale i princip připravenosti, kterým i prostřednictvím služeb sociální prevence předcházíme společensky nežádoucím jevům.

## 14.2. Statistická a demografická data

V mezievropském srovnání členských států EU v roce 2010 bylo v EU 115,5 miliónů osob ohroženo chudobou nebo sociálním vyloučením, což představovalo 23,4 % populace, zatímco příjmovou chudobou bylo ohroženo 16,4 % populace.<sup>56</sup>

Česká republika patří v současnosti mezi členské státy Evropské unie s nejnižší hodnotou souhrnného ukazatele „míra ohrožení chudobou nebo sociálním vyloučením“. Ta v roce 2010 dosáhla 14,4 % a jednalo se o 1 495 tis. osob. Míra ohrožení příjmovou chudobou byla v Česku nejnižší z celé EU a představovala 9 %. Vlivem hospodářské a ekonomické krize lze v nejbližších letech očekávat nárůst těchto souhrnných ukazatelů, které mohou přímo ovlivnit počty zjevných, skrytých i potencionálních bezdomovců, především na území HMP.

V současnosti je na území HMP, podle dostupných dat a informací, nejvyšší počet zjevných bezdomovců, a to v absolutním i procentuálním poměru vůči jiným městům v ČR. Tento aspekt je dán rozlohou a centrální polohou HMP v rámci České republiky. Většina zjevných i skrytých bezdomovců na území HMP je hlášena k trvalému pobytu v jiném kraji ČR (především Středočeském, Ústeckém a Moravskoslezském). Postupně narůstá počet zjevných bezdomovců z jiných zemí (především ze Slovenska).

Lze se opřít o kvalifikované odhady např. výkaznictví poskytovatelů sociálních služeb či realizovaná cílená sčítání osob žijících na ulici. Průměrný věk bezdomovce se odhaduje na 40 let a více. Mladí lidé do 25 let představují asi 15 % z celkového odhadu osob zasažených bezdomovectvím. Z hlediska pohlaví se většinou jedná o muže s českým občanstvím. Statisticky významný počet mladých lidí, kteří žijí na ulici, prošli nějakou formou institucionální výchovy nebo pocházejí z rozvrácených rodin. Tito lidé mají časté zkušenosti s návykovými látkami, mají nižší vzdělání až nulovou odbornou kvalifikaci.<sup>57</sup>

<sup>56</sup> Hodnocení chudoby v EU a v České republice. MPSV [online]. 2012-02-07, 1. vydání [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/12503/tz\\_170212a2.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/12503/tz_170212a2.pdf)

<sup>57</sup> Klíčové body Národní zprávy z výzkumu „Boj proti sociálnímu vyloučení mladé bezdomovecké populace“ za Českou republikou

Na území HMP také proběhlo dvakrát terénní sčítání osob žijících na ulici (v letech 2004 a 2010). V roce 2004 bylo sečteno 1 054 osob, které se zdržovaly na ulici a 323 osob na zastávkách MHD. Současně byl proveden součet osob zdržujících se v daný okamžik v noclehárnách či azylových domech (411 osob). Celkový počet bezdomovců doplněný o údaje z věznic, nemocnic či psychiatrických léčeben dosáhl čísla 3 096 osob, z toho 2 662 mužů a 434 žen. Tento počet podporuje odborný předpoklad o struktuře bezdomovců.<sup>58</sup> Z posledního sčítání v roce 2010, které proběhlo na území HMP, došlo k mírnému zvýšení na sečtených 3 319 osob.

Ve zpracovaném návrhu Konceptce je odhadován současný počet bezdomovců na území HMP na 4 000 osob (z toho cca 1 500 zjevných bezdomovců). Současně je odhadováno, že většina těchto osob nemá trvalé bydliště na území HMP (až 70 %). Konceptce rovněž upozorňuje na možný nárůst osob bez přístřeší ve spojitosti s dopady ekonomické krize a sociálních reforem.

### **Ohrožující faktory při propadu do bezdomovectví**

Jde o pokus definovat aktuální vnitřní a vnější ohrožující psychosociální faktory, které mohou zvyšovat riziko propadu do bezdomovectví u jednotlivých osob.

### **Vnitřní (individuální) možné sociálně patologické okruhy problémů spojených s fenoménem bezdomovectví:**

- rozpad a ztráta rodinných vazeb;
- dlouhodobá nezaměstnanost;
- osobním bankrot a zadluženost (ve vztahu k soukromému sektoru, tak i dluhy na zdravotním a sociálním pojištění apod.);
- výskyt různých forem zdravotního postižení popř. nevyléčitelné onemocnění (např. HIV/AIDS);
- závislost na návykových látkách;
- gamblerství;
- výskyt duálních psychiatrických diagnóz;
- trestná činnost.

### **Vnější (společensko-ekonomické) možné ohrožující faktory na úrovni osob ohrožených bezprostřední ztrátou bydlení:**

- deregulace nájemného a privatizace bytového fondu na MČ;
- zvyšování cen základních potravin, služeb a energií (ve spojitosti s postupným zvyšováním DPH);
- změny v důchodové politice (zmražení růstu starobních důchodů, změny podmínek invalidního důchodu apod.);
- změny v sociálních reformách MPSV;

<sup>58</sup> ČTK, *Kolik je v Praze bezdomovců*, Psychologie DNES, 2004 [online]. Praha, 2004-04-20 [cit. 2012-02-28]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/casopis/pd/kolik-je-v-praze-bezdomovcu-/3632>



- zhoršující se dostupnost lékařské péče z důvodu vyšší finanční spoluúčasti pacientů na úhradách za zdravotní péči;
- růst nezaměstnanosti.

#### **Vnější (společensko-ekonomické) možné ohrožující faktory na úrovni zjevného bezdomovce:**

- zpříšňování nároku na soustavu sociálních dávek (např. dávky hmotné nouze, životního a existenčního minima, rušení doplatku na bydlení aj.);
- reálně se zvyšující stigmatizace osob žijících na ulici;
- dlouhodobý nezájem zaměstnavatelů o tuto cílovou skupinu;
- záznam v trestním rejstříku;
- zhoršený přístup ke zvyšování kvalifikace a uplatnění na trhu práce.

Na základě analýz vývoje nezaměstnanosti, dluhové situace, výpovědí z bytů, rozpočtů domácností a dalších vlivů Koncepce předpokládá, že dojde po roce 2011 k nárůstu zjevných bezdomovců až o 300–500 osob. V rámci struktury zjevných a ostatních bezdomovců může do roku 2014 dojít k celkovému nárůstu až na 6 600 osob (z toho 2 500 zjevných bezdomovců) a v roce 2020 může dojít k celkovému zvýšení na 13 000 osob (z toho 5 000 zjevných bezdomovců). Z těchto předpokladů jasně vyplývá, že rozvoj kapacit sociálních služeb pro lidi bez domova v HMP je nezbytný. Tato opatření se musejí týkat oblasti terénní sociální práce a ambulantních kapacit, ale i oblasti lůžkových kapacit.

### **14.3. Druhy, četnost sociálních služeb**

Nejčastějšími typy sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, které využívají bezdomovci, jsou:

- azylové domy,
- nízkoprahová denní centra,
- noclehárny,
- terénní programy.

Při výčtu kapacit se nemůžeme terminologicky držet názvu bezdomovci, ale musíme používat zákonné označení osoby bez přístřeší z důvodu evidenčních systémů MPSV (především Registru poskytovatelů sociálních služeb). Celkové kapacity sociálních služeb zkresluje fakt, že někteří poskytovatelé sociálních služeb uvádějí skupinu osob bez přístřeší pouze jako jednu z cílových skupin, kterým je poskytována sociální služba. Tudíž nelze přesně zjistit počet uživatelů (osob bez přístřeší), a mnohdy i vzhledem ke složité duální a nejednoznačné problematice uživatelů (např. osoba s tělesným postižením a zároveň bez přístřeší, senior bez přístřeší, závislý na nealkoholových drogách bez přístřeší atd.). Dvě sociální služby nízkoprahová denní centra a noclehárny jsou z díkce zákona zaměřeny pouze na cílovou skupinu osoby bez přístřeší (ale problém nejednoznačné problematiky přetrvává).

Azylové domy, které nabízejí své služby zjevným bezdomovcům, mají kapacitu 597 lůžek, z toho zhruba 30 % lůžek je určeno pro ženy. Podle všech dostupných informací je stávající



kapacita azylových domů, a to především pro ženy a matky s dětmi, nedostačující. Obdobný nedostatek kapacit lze konstatovat i u nízkoprahových denních center a terénních programů, které se zaměřují na akutní pomoc bezdomovcům. Jde nejen o jejich celkovou kapacitu, ale rovněž o rozmístění, komplexnost vybavení, počty a kvalifikaci terénních pracovníků a poskytování zdravotnických služeb.

Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy také ukázala, že poskytovatelé sociálních služeb se snaží reagovat na zvýšenou poptávku mimo rámec zákona o sociálních službách např. zřízením prádelny, hygienických zařízení či šatníků. Současně byl potvrzen fakt, že poptávka po službách pro tuto cílovou skupinu převyšuje nabídku. Poptávka po sociálních službách může nadále růst v souvislosti s dopady ekonomické krize. Poskytovatelé se také shodli na nedostatku míst v azylových zařízeních a akutním nedostatku lůžek v zimních měsících.

U osob potencionálně ohrožených bezdomovectvím je důležitou sociální službou odborné sociální poradenství (§ 37, odst. 3), které může zahrnovat i řešení problémů s bydlením, zadluženosti či pomoc při hledání zaměstnání. Vedle poskytovatelů sociálních služeb mají, dle zákona o sociálních službách, tuto činnost zajišťovat obce v rámci agendy přeneseného výkonu státní správy. Na úrovni HMP jde o správní obvody MČ 1–22, kde by měli tuto agendu plnit sociální pracovníci na specializovaných pozicích kurátorů pro dospělé (v roce 2011, podle závazného výkaznictví SO MČ 1–22, jde o 27 kurátorů pro dospělé na území HMP).

**Tabulka č. 47 Počet sociálních služeb poskytovaných na území HMP, které mají v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV osoby bez přístřeší označenou jako jednu z cílových skupin**

Druh služby	Počet služeb
azylové domy	15
nízkoprahová denní centra	4
noclehárny	5
odborné sociální poradenství	9
SAS pro rodiny s dětmi	2
sociální rehabilitace	3
terénní programy	6
<b>Celkem</b>	<b>44</b>

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV*

Celkový počet vybraných sociálních služeb v Registru sociálních služeb pro osoby bez přístřeší je 44. Dle výše uvedené definice jsou nejčastěji využívanou sociální službou azylové domy (19 služeb) s celkovou kapacitou 597 lůžek a noclehárny s kapacitou 371 ambulantních lůžek. Nejvyšší kapacitu mají terénní programy (31 430 kontaktů), které zajišťuje 5 poskytovatelů sociálních služeb.

K celkovým kapacitním údajům je nutno poznamenat, že u některých sociálních služeb jde o více cílových skupin uživatelů, kterým poskytovatelé nabízejí své služby. Navíc výkaznictví

poskytovatelů sociálních služeb, především na úrovni vykazovaných kontaktů či intervencí, není zcela jednotné (uváděné kapacity se významně liší).

**Tabulka č. 48 Přehled právních forem poskytování sociálních služeb na území HMP**

Podle právní formy	Počet služeb
Církevní organizace	5
Obecně prospěšná společnost	4
Příspěvková organizace	3
Sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.)	32

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV*

**Tabulka č. 49 Počty poskytovatelů sociálních služeb pro osoby bez přístřeší na jednotlivých MČ**

Sídlo služby - poskytovatele	Počet služeb
Praha 1	7
Praha 2	6
Praha 3	5
Praha 5	2
Praha 6	1
Praha 7	5
Praha 8	7
Praha 10	4
Praha 11	2
Praha 12	2
Praha 15	1
Praha 19	1
nezveřejněno	1

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV*

#### 14.4. Definice nezbytných potřeb a návrh priorit a opatření pro SPRSS

Z Koncepce, Analýzy, Výkazů a Výstupů vychází, že HMP se v oblasti sociálních služeb musí zaměřit:

- Na zavedení účinného preventivního systému na úrovni HMP a MČ, který bude bránit propadu jednotlivých osob do bezdomovectví z ekonomických důvodů (terénní práce a odborné sociální poradenství na MČ).
- Na zlepšení spolupráce HMP a MČ v lokalizaci, kapacitách a počtu sociálních služeb na SO MČ 1–22.
- Na řešení nedostatečných lůžkových kapacit pro bezdomovce v zimním období.
- Na zvýšení počtu ambulantních zařízení pro bezdomovce (nizkoprahových denních center, nocleháren) na území MČ 1–10.
- Na zvýšení kapacity azylových domů především pro ženy a matky s dětmi, dále pro bezdomovce v seniorském věku a invalidním důchodu.
- Na zvýšení kapacity terénních programů pro cílovou skupinu bezdomovci.

- Na nastavení sociálních služeb schopných kvalifikovaně poskytnout službu bezdomovcům s přidruženou (duální) problematikou.
- Na zavedení jednotného evidenčního systému v rámci poskytovaných sociálních služeb pro bezdomovce.

Z Koncepce dále vychází, že HMP se v oblasti návazných a doplňujících aktivit a služeb musí zaměřit:

- Na transparentní a spravedlivější rozdělení finančních prostředků na státní úrovni, které půjdou za uživatelem služby (tzn. HMP dostane více finančních prostředků ze státního rozpočtu na bezdomovectví, protože má absolutně nejvyšší počet bezdomovců v ČR, a navíc – což je ještě důležitější – výraznou většinou s trvalým pobytem mimo HMP)
- Na řešení sociálního (ústupového, podporovaného) bydlení na úrovni obce (státu) pro akutně ohrožené bezdomovectvím a osoby potenciálně ohrožené bezdomovectvím.
- Na zlepšení dostupnosti lékařské péče pro bezdomovce.
- Na podporu činnosti potravinových bank.
- Na zlepšení informovanosti veřejnosti o problematice bezdomovců a objektivní medializace tohoto tématu.

## 14.5. Návrh priorit a opatření v této oblasti do roku 2015

### V oblasti plánování sociálních služeb

**Priorita BEZ1: Tvorba celopražské strategie pro osoby bez přístřeší.**

**Opatření BEZ1.1.: Dokončení a implementace Koncepce bezdomovectví do roku 2020 na území HMP.**

**Priorita BEZ2: Zlepšit monitoring bezdomovců na území HMP.**

**Opatření BEZ2.1.: Z úrovně městské části zmapovat a registrovat rizikové lokality s vyšším počtem bezdomovců.**

### V oblasti poskytování sociálních služeb

**Priorita BEZ3: Podpora a účinná pomoc formou sociálních služeb pro bezdomovce.**

**Opatření BEZ3.1. Podpora terénních a ambulantních sociálních služeb pro bezdomovce.**

**Opatření BEZ3.2.: Navýšení kapacity v oblasti denní péče o bezdomovce.**

**Opatření BEZ3.3.: Navýšení kapacity v oblasti ubytování bezdomovců v zimním období.**

**Opatření BEZ3.4.: Vznik kapacity sociálně zdravotních služeb pro bezdomovce**

### **V oblasti metodiky, vzdělávání a zvyšování informovanosti**

**Priorita BEZ4: Zvyšovat informovanost o problematice bezdomovectví odborné i laické veřejnosti.**

**Opatření BEZ4.1.: Pravidelná setkávání odborníků na celopražské úrovni na téma spojené s problematikou bezdomovectví.**

## 15. Finanční část

Financování sociálních služeb z veřejných zdrojů nemá charakter veřejné podpory, jde o podporu poskytování služeb obecného hospodářského zájmu.

Sociální služby jsou významnými veřejnými službami pro občany HMP. Tím, že HMP každoročně financuje sociální služby, v podstatě **nakupuje veřejné služby** pro své občany. Financování sociálních služeb je tedy nákup určité hodnoty za peníze.

Cílem je nastavení systémových kroků k tvorbě finančně udržitelné funkční sítě sociálních služeb, ve které HMP určí, jaké druhy sociálních služeb, pro jakou cílovou skupinu osob, na jaké územní jednotce, v jakém kapacitním objemu a za jaké peníze, chce a bude na území HMP podporovat.

V systému financování je nezbytné pracovat s posledními trendy v oblasti financování sociálních služeb na národní, krajské i obecní úrovni, které fakticky odrážejí problematiku zadluženosti veřejných rozpočtů na všech úrovních a restriktivní přístup k výdajovým stránkám těchto rozpočtů.

HMP Praha si je vědomo vlastní odpovědnosti a nezastupitelné úlohy v oblasti poskytování sociálních služeb.

### 15. 1. Zdroje financování v oblasti sociálních služeb

System financování sociálních služeb je vícezdrojový. Mezi hlavní zdroje příjmů poskytovatelů na provoz sociálních služeb zůstávají **zdroje z MPSV, HMP, MČ** (dotační a grantové příjmy od státu, kraje, obcí) a **ÚP**, dále **příjmy od zdravotních pojišťoven** a **úhrady uživatelů**. Objemem nižší je podíl příjmů z neveřejných zdrojů - **soukromí dárci** (nadace, firmy, jednotlivci), kteří zčásti darují finanční prostředky na činnost nebo aktivity, které přímo nesouvisí s poskytováním sociálních služeb. Na úrovni HMP jsou **finanční prostředky ze strukturálních fondů EU** v sociální oblasti pouze doplňujícím příjmem, podporujícím konkrétní projekty. Dalším doplňkovým příjmem jsou u některých poskytovatelů **příjmy z vlastní činnosti**.<sup>59</sup> U příspěvkových organizací, které poskytují sociální služby, je významným zdrojem **příjmů neinvestiční příspěvek zřizovatele** (MPSV, HMP, MČ).

#### 15.1.1. Finanční prostředky z veřejných zdrojů na poskytování sociálních služeb na území HMP

V této části analyzujeme strukturu a výši zdrojů a trendy vyplývající z financování poskytovatelů sociálních služeb, kteří žádali o dotaci na poskytování sociálních služeb MPSV v letech 2009–2011.

<sup>59</sup> In Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy

Hlavním zdrojem příjmu poskytovatelů sociálních služeb jsou veřejní donoři (orgány státní správy a samosprávy). Na úrovni příjmů poskytovatelů sociálních služeb jde především o příjem z dotace na poskytování sociálních služeb z MPSV, neinvestiční příspěvek na provoz zřizovaných organizací ze strany HMP, grantový systém HMP a neinvestiční příspěvky na poskytování sociálních služeb ze strany MČ (včetně vlastních grantových programů). Výši těchto finančních příjmů v uplynulých třech letech ukazuje následující tabulka.

**Tabulka č. 50 Neinvestiční finanční prostředky MPSV, HMP a MČ na poskytování sociálních služeb v letech 2009, 2010 a 2011**

	MPSV	HMP – NIP PO	HMP	MČ <sup>60</sup>	Z toho MČ – NIP PO
<b>2009</b>	507 466 000	627 369 700	80 851 000	439 882 576	309 441 243
<b>2010</b>	498 106 000	679 423 100	75 038 700	457 586 758	364 368 929
<b>2011</b>	456 829 300	654 731 100	103 264 400	465 330 760	359 187 445

Zdroj: Statistická ročenka MPSV, údaje odboru ZSP MHMP

Údaje, které jsou uvedeny v prvním sloupci tabulky (MPSV), odpovídají výsledkům dotačního řízení **programu podpory A** (z kapitoly 313 – MPSV státního rozpočtu), což je podpora sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter, poskytovaných uživatelům služeb v souladu s místními či regionálními potřebami (podpora podle § 101 zákona o sociálních službách). **Program podpory B**, tj. podpora sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter (podpora podle §104 odst. 3 písm. a) zákona o sociálních službách), není do tabulky započítán. Objektivně finanční prostředky na poskytování sociálních služeb na území HMP existují (v roce 2012 jde velmi zhruba o 50 000 tis. Kč), ale vzhledem k nemožnosti HMP ovlivnit jejich výši a rozdělení, nelze tyto prostředky vázat na strategickou část SPRSS.

U sociálních služeb hodnocených v rámci programu podpory A tabulka v prvním sloupci ukazuje postupný ale poměrně výrazný trend snižování finančních prostředků (v celkovém objemu o cca 50 000 tis. Kč, tj. zhruba o 10 % výše dotace v roce 2009) na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu. V roce 2012 velmi pravděpodobně dojde k dalšímu poklesu. Předpokládaná úroveň poklesu finančních prostředků na poskytování sociálních služeb může dosahovat až výše 55 000 tis. Kč oproti roku 2009 (tj. zhruba 11 %). Pokud reálně uvažujeme o střednědobé strategii, není možné očekávat vyšší výnosy ze státního rozpočtu pro nejbližší období. V optimistické variantě lze očekávat mírný nárůst, spíše však stagnaci či pokles finančních prostředků (kterou naznačují roky 2011 a 2012). V každém případě lze obtížně odhadovat celkovou výši finančních prostředků, čemuž musí odpovídat strategie financování na nejbližší období.

Údaje ve druhém a třetím sloupci ukazují na výši finanční podpory HMP v oblasti poskytování sociálních služeb.

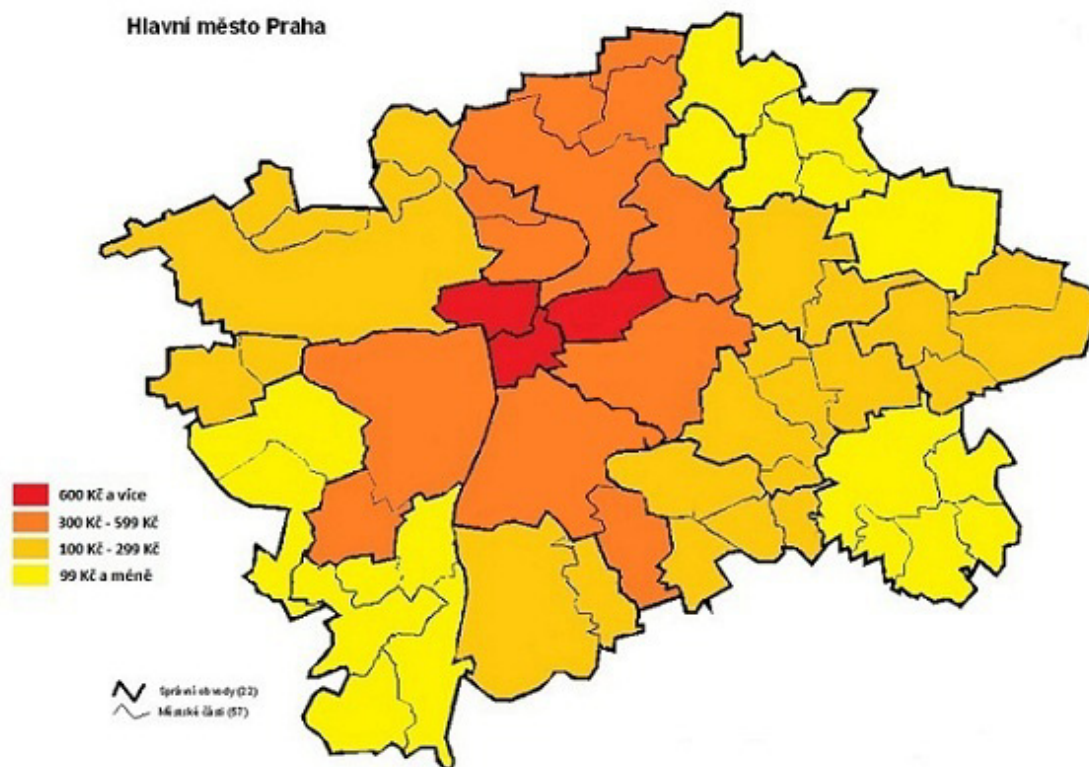
<sup>60</sup> Neinvestiční příspěvky PO, grantová řízení, přímá podpora a jiné neinvestiční transfery v soc. oblasti na MČ

V druhém sloupci jde o neinvestiční příspěvky na provoz příspěvkovým organizacím HMP. Sledovaná oblast ukazuje na výkyvy v oblasti mandatorních výdajů na poskytování sociálních služeb, a podle předběžných odhadů na rok 2012 (výše rozpočtu a možné zdroje dofinancování) lze očekávat jejich další pokles.

Třetí sloupec ukazuje finanční podporu HMP ostatním poskytovatelům sociálních služeb (především NNO) skrze grantový systém HMP. Jde o relativně stabilní finanční částky s mírným nárůstem, jenž reaguje na propady státní dotace (MPSV) především v letech 2009, 2010 a 2011. Trend stabilizace bude pravděpodobně udržen i v roce 2012 (počítá se s částkou 101 500 tis. Kč). V letech 2013–2015 je možné uvažovat o mírném navýšení objemu finančních prostředků.

Trend ukazuje na relativně vyrovnané financování sociálních služeb ze strany SO MČ Praha 1–22. Některé MČ na granty v sociální oblasti uvolňují vyšší částky, jiné částku v grantových systémech snižují. Většinu finančních prostředků MČ na registrované sociální služby tvoří neinvestiční příspěvky na provoz vlastních příspěvkových organizací (70 % v roce 2009, 80 % v roce 2010 a cca 77 % v roce 2011). Finanční podpora ostatních registrovaných poskytovatelů sociálních služeb (především NNO) se reálně může pohybovat kolem 100 000 tis. Kč ročně, z čehož ovšem pouze zhruba 20 % je rozdělováno v grantovém řízení jednotlivých MČ. V letech 2013–2015 je možné uvažovat o stabilizaci či mírném navýšení výnosů. Podíl jednotlivých SO MČ v neinvestičních transferech do oblasti sociálních služeb zobrazuje následující mapa.

**Obr. č. 2 Náklady SO MČ na neinvestiční finanční podporu sociálních služeb na 1 obyvatele v roce 2011**



*Zdroj: Výkaz financování a strategie MČ*

Mapa vyjadřuje neinvestiční podporu registrovaným sociálním službám jednotlivých SO MČ Praha 1–22 rozpočítanou na jednoho obyvatele, zdrojem informace jsou Výkazy financování sociálních služeb MČ 1–22 z roku 2011. Nejde tedy o absolutní objem finančních prostředků, ale o poměrnou částku na jednoho obyvatele. V tomto ukazateli vynikají nejvyšší finanční podporou MČ 1, 2 a 3. Mezi MČ jsou značné rozdíly, které zásadně ovlivňuje počet obyvatel, rozpočtové možnosti, existence/neexistence zřízených příspěvkových organizací a samotná existence/neexistence systémové podpory registrovaným sociálním službám (např. grantových programů). Přesto několik odlišností stojí za povšimnutí: MČ Praha 1 vykazuje dvojnásobně vyšší podporu (1 392,- Kč) na jednoho obyvatele než MČ Praha 2 a Praha 3 (a například i HMP), MČ Praha 6 jako jediná ze srovnatelných „velkých“ MČ Praha 1–10 (např. polohou, počtem obyvatel, rozpočtem) je v nižší kategorii podpory (100 Kč – 299 Kč), u MČ Praha 11–14 hraje významně odlišnou roli podpora NNO, která je nejvyšší u MČ Prahy 14. U MČ Praha 15–22 je podstatným faktorem míry finanční podpory skutečnost, zda MČ má zřízenou příspěvkovou organizaci (pečovatelskou službu), podpora ostatních sociálních služeb je minimální.

Pro srovnání: v roce 2011 HMP na jednoho svého občana vložila do neinvestičních transferů na poskytování sociálních služeb 614,- Kč.



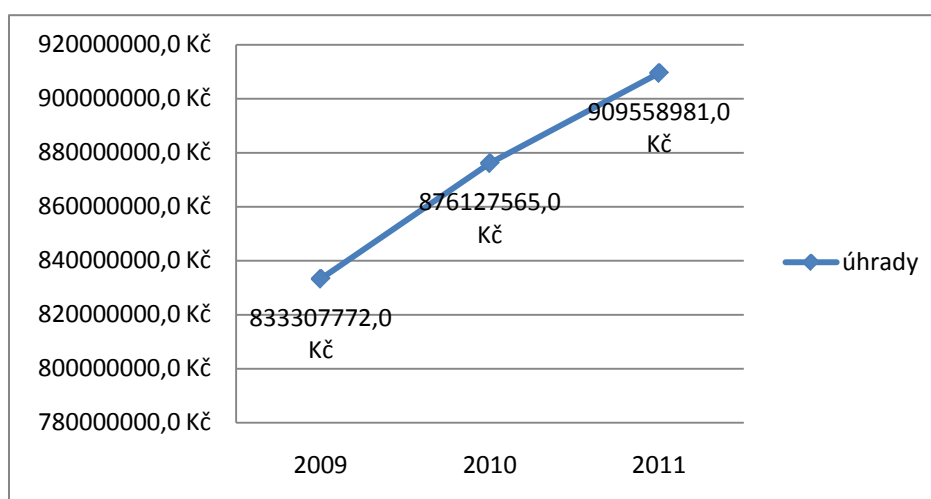
Je třeba zdůraznit, že mapa se skutečně týká pouze **registrovaných sociálních služeb, nikoliv sociální politiky jako takové**, dále nezahrnuje investiční výdaje v oblasti sociálních služeb pro jejich možný jednorázový charakter. Navíc je třeba zdůraznit, že jde pouze o finanční podporu, některé MČ nabízí poskytovatelům sociálních služeb i jiné formy podpory (např. zvýhodněné nájemné), které mohou znamenat pro jednu organizaci úspory v řádech desítek či stovek tisíc Kč ročně.

### 15.1.2. Úhrady od uživatelů sociálních služeb

Podle zákona o sociálních službách jsou sociální služby poskytovány bez úhrady, za částečnou nebo za plnou úhradu nákladů. Úhradami od uživatelů jsou myšleny úhrady za péči, stravu a ubytování spojené s poskytováním sociální služby. Maximální výše uvedených úhrad je stanovena prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Trend ukazuje na zvyšující se úhrady uživatelů sociálních služeb. Oproti roku 2009 došlo k nárůstu o cca 76,3 mil. Kč v roce 2011, tedy o 9,2 %. Vyšší úhrady lze dovodit změnami prováděcí vyhlášky 505/2006 Sb., a především se týkají pobytové formy sociálních služeb.

**Graf č. 5 Vývoj úhrad uživatelů sociálních služeb**



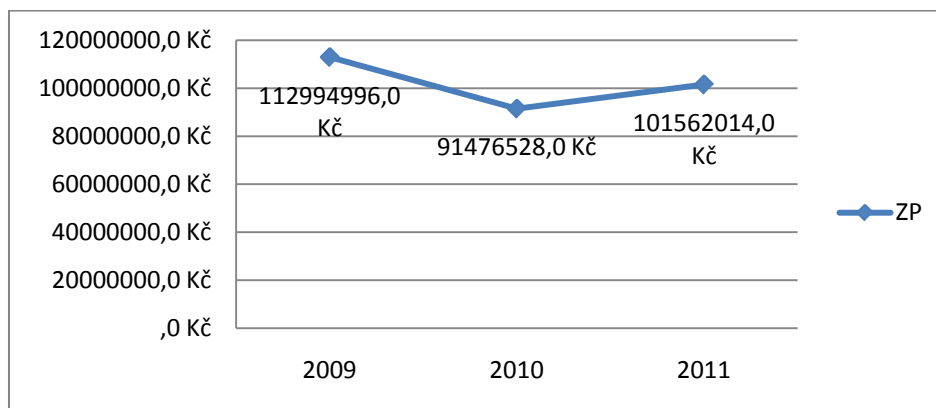
Zdroj: statistiky MHMP

### 15.1.3. Fondy 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.

Trend ukazuje na příjmy z úhrad zdravotních pojišťoven kolem 100 mil. Kč s různými výkyvy, které mohou být způsobeny podáním/nepodáním žádosti o dotaci na poskytování sociální služby v uplynulých třech letech. V roce 2012 lze čekat pokles výnosů v tomto zdroji financování registrovaných sociálních služeb kvůli změnám úhradové vyhlášky VZP.

**Graf č. 6 Vývoj financování sociálních služeb z fondů zdravotních pojišťoven**



Zdroj: statistiky MHMP

#### 15.1.4. Příjmy ze strukturálních fondů EU

Doplňkovým zdrojem příjmů jsou finanční prostředky z ESF v rámci operačních programů Lidské zdroje a zaměstnanost (OPLZZ) a Praha – Adaptabilita (OPPA). Jedním ze specifických cílů OPLZZ je posílení integrace osob ohrožených sociálním vyloučením nebo sociálně vyloučených a to prostřednictvím čtyř oblastí podpory: sociální integrace, sociální integrace romských komunit, integrace sociálně vyloučených skupin na trhu práce a podporou rovných příležitostí na trhu práce a sladění pracovního a rodinného života. V programovacím období 2007–2013 jsou díky podpoře OPLZZ realizovány projekty na území HMP ve výši 35 683 541,- Kč. Operační program Praha – Adaptabilita (OPPA) je zaměřen na podporu konkurenceschopnosti, boje proti sociálnímu vyloučení a vstupu na trh práce obyvatel Prahy. V rámci podpory OPPA jsou financovány projekty na území HMP ve výši 138 130 290,- Kč. Na činnosti související s poskytováním sociálních služeb je na území HMP v obou programech současné době alokováno zhruba 15 000 tis. Kč, což je (proti ostatním krajům ČR) relativně velmi málo.

#### 15.1.5. Shrnutí zdrojů financování sociálních služeb za roky 2009–2011

U služeb sociálního poradenství jsou identifikovány tyto zdroje financování:

- příjmy z veřejných rozpočtů (MPSV, HMP, MČ, resorty státní správy, úřady práce): 70–80 %,
- strukturální fondy: 5–9 %,
- ostatní příjmy (dary, výnosy z vlastní činnosti): 11–23 %,
- příjmy od zdravotních pojišťoven vykazují služby odborného sociálního poradenství u dvou poskytovatelů sociálních služeb v oblasti služeb pro osoby závislé na nealkoholových drogách a osoby v krizi,

- úhrady uživatelů jsou ve výkaznictví zdrojem čtyřech poskytovatelů sociálních služeb.

U **služeb sociální péče** převládají tyto zdroje financování:

- příjmy z veřejných rozpočtů: cca 50 %,
- úhrady uživatelů služby: cca 40 %,
- příjmy od zdravotních pojišťoven: 4,5 %,
- ostatní příjmy: 4,5 %.

U **služeb sociální prevence** jsou identifikovány tyto zdroje financování:

- příjmy z veřejných rozpočtů: přes 70 %,
- úhrady uživatelů služby: 3,5 %,
- ostatní příjmy: přes 20 %.

### Shrnutí trendů v oblasti financování sociálních služeb na území HMP

- roste objem prostředků i kapacit u pobytových forem sociálních služeb,
- stoupá objem prostředků z úhrad služeb sociální péče, celkový rozpočet služeb sociální péče je stabilní,
- služby sociální péče mají znatelně nižší výnosy v oblasti ostatních příjmů (dary, příspěvky nadací, vlastní činnost atd.),
- klesá objem prostředků poskytovaných z veřejných zdrojů u služeb odborného sociálního poradenství, naopak narůstá objem prostředků z jiných zdrojů (dary, výnosy z vlastní činnosti), klesá celkový rozpočet u tohoto druhu sociální služby,
- u služeb sociální prevence zaznamenáváme v roce 2011 navýšení příjmů z veřejných zdrojů oproti roku 2009 o zhruba 15 000 tis. Kč,
- sociální služby, které dostávají nejvyšší míru podpory od veřejných donorů, jsou služby sociální prevence.

**Tabulka č. 51 Jednotlivé podíly financování sociálních u základních druhů sociálních služeb v letech 2009, 2010, 2011**

odb. soc. poradenství	celkem	veřejné zdroje	jiné zdroje	strukturální fondy
2009	62 428 341	50 694 769	7 516 278	4 217 294
2010	60 087 106	44 626 277	9 956 828	5 504 001
2011	56 048 954	39 327 937	13 536 958	3 184 059

sociální péče	celkem	veřejné zdroje	jiné zdroje	strukturální fondy	úhrady uživatelů	zdravotní pojišťovny
2009	2 202 159 236	1 168 554 000	101 992 496	305 000	818 703 294	112 604 426
2010	2 266 748 908	1 188 896 709	117 458 936	5 651 799	863 645 069	91 096 395
2011	2 264 937 780	1 161 821 594	99 580 080	6 412 731	896 016 361	101 129 014

sociální prevence	celkem	veřejné zdroje	jiné zdroje	strukturální fondy	úhrady uživatelů
2009	358 773 589	257 716 131	82 347 487	4 180 469	14 529 502
2010	353 628 596	262 784 356	74 022 309	4 475 034	12 346 897
2011	373 762 539	272 453 526	82 699 527	5 144 866	13 464 620

Zdroj: Údaje odboru ZSP MHMP

**Tabulka č. 52 Financování jednotlivých soc. služeb z MPSV 2009–2012**

Druh služby	2009	2010	2011
azylové domy	16 526 000	22 826 900	21 693 000
centra denních služeb	10 793 000	9 564 001	9 611 000
denní stacionáře	27 292 000	26 081 999	25 767 000
domovy pro osoby se zdravotním postižením	59 569 000	49 762 000	42 858 000
domovy pro seniory	91 760 000	87 416 000	69 008 000
domovy se zvláštním režimem	44 414 000	40 112 000	36 654 000
domy na půl cesty	3 050 000	2 892 000	3 901 000
chráněné bydlení	25 441 000	26 198 000	22 018 000
intervenční centra	1 075 000	500 000	500 000
kontaktní centra	3 136 000	3 486 000	2 897 000
krizová pomoc	5 939 000	5 289 000	7 444 000
nízkoprahová denní centra	2 043 000	2 975 000	3 329 000
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	8 982 000	13 039 000	11 267 000
noclehárny	8 211 000	8 998 000	10 329 000
odborné sociální poradenství	18 766 000	16 338 000	9 234 000
odlehčovací služby	31 963 000	22 928 000	14 038 000
osobní asistence	19 073 350	21 718 000	24 166 000
pečovatelské služby	38 540 000	22 105 000	36 024 000
podpora samostatného bydlení	2 508 000	1 827 000	1 568 000
průvodcovské a předčitatelské služby	400 000	257 000	380 000
raná péče	4 390 000	4 207 000	3 373 000
služby následné péče	1 200 000	2 789 000	3 193 000
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	9 224 000	9 678 000	8 713 000
sociálně aktivizační služby pro seniory	9 414 000	10 582 000	10 384 000
sociálně terapeutické dílny	5 816 000	8 986 000	7 134 000
sociální rehabilitace	31 524 650	51 437 100	47 920 000
soc. služby poskytované ve zdrav. zařízeních ústavní péče	2 980 000	3 895 000	3 169 000
telefonická krizová pomoc	0	0	0
terapeutické komunity	0	0	0
terénní programy	7 454 000	8 520 000	8 103 300
tísňová péče	550 000	0	0
tlumočnické služby	2 060 000	1 455 000	694 000
týdenní stacionáře	13 372 000	12 244 000	11 460 000

Zdroj: Údaje odboru ZSP MHMP, MPSV

Tabulka č. 53 Krajská dotační podpora jednotlivým typům sociálních služeb v letech 2009–2011

Druh služby	2009	2010	2011
azylové domy	4 420 000	5 104 600	10 090 400
centra denních služeb	1 490 000	1 461 000	2 890 500
denní stacionáře	3 202 000	4 294 000	17 183 300
domovy pro osoby se zdravotním postižením	1 400 000	2 438 100	2 076 800
domovy pro seniory	2 845 000	3 874 400	5 908 300
domovy se zvláštním režimem	300 000	1 754 400	279 200
domy na půl cesty	1 330 000	985 000	1 502 600
chráněné bydlení	3 880 000	3 268 900	8 899 500
intervenční centra	0	0	0
kontaktní centra	0	0	0
krizová pomoc	1 450 000	1 275 000	1 634 000
nízkoprahová denní centra	970 000	518 200	2 412 600
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	2 999 800	2 746 000	2 610 800
noclehárny	710 000	688 600	1 781 700
odborné sociální poradenství	4 515 000	2 480 000	2 701 400
odlehčovací služby	4 625 000	4 135 100	4 643 100
osobní asistence	9 925 000	8 893 300	6 568 600
pečovatelské služby	10 318 320	11 113 800	5 389 200
podpora samostatného bydlení	470 000	352 500	260 400
průvodcovské a předčitatelské služby	50 000	25 000	0
raná péče	350 000	347 700	1 362 300
služby následné péče	320 000	162 000	1 307 700
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	2 583 000	1 627 600	1 988 100
sociálně aktivizační služby pro seniory	5 681 880	5 340 200	1 850 500
sociálně terapeutické dílny	2 080 000	914 600	1 167 300
sociální rehabilitace	8 226 000	7 059 100	8 278 800
soc. služby poskytované ve zdrav. zařízeních ústavní péče	100 000	50 000	0
telefonická krizová pomoc	1 590 000	456 400	1 098 600
terapeutické komunity	220 000	82 500	298 000
terénní programy	2 500 000	1 542 700	1 571 600
tísňová péče	500 000	450 000	0
tlumočnické služby	500 000	142 400	824 200
týdenní stacionáře	1 300 000	1 455 300	6 684 500

Zdroj: Údaje odboru ZSP MHMP

## 15.2. Grantový systém podpory sociálních služeb HMP

V této části je představen dotační systém HMP v roce 2012. Nově byly zavedeny tříleté formy financování u určitých druhů služeb sociální péče a sociální prevence a rovněž u sociálních

služeb pro cílovou skupinu osoby bez přístřeší. Víceleté financování je prostředkem zajištění určité míry jistoty finančního zajištění poskytování sociálních služeb.

### 15.2.1. Tříleté granty

**Program T1** – Podpora sociálních služeb poskytovaných občanům hlavního města Prahy. Konkrétně jde o podporu těchto sociálních služeb:

#### Služby sociální péče:

- Osobní asistence
- Podpora samostatného bydlení
- Chráněné bydlení
- Denní stacionáře (osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s chronickým onemocněním, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby se zdravotním postižením)

#### Služby sociální prevence:

- Domy na půl cesty
- Azylové domy (rodiny s dětmi, osoby v krizi, osoby se zdravotním postižením, oběti domácího násilí)
- Raná péče
- Tlumočnické služby

**Program T2** – Podpora sociálních služeb určených pro cílovou skupinu osob bez přístřeší.

- Nízkoprahová denní centra
- Azylové domy – pro cílovou skupinu osoby bez přístřeší
- Noclehárny

Programy tříletých grantů jsou v podstatě pilotním projektem, který by měl ukázat na slabiny a silné stránky tohoto způsobu financování sociálních služeb. Komplexně by měl být systém nastaven od roku 2015, kdy by se tříletý režim měl týkat všech druhů sociálních služeb a měl by být totožný se základní sítí sociálních služeb na území HMP.

### 15.2.2. Jednoleté granty

**Program J1** – Podpora sociálních služeb poskytovaných občanům hlavního města Prahy (mimo sociálních služeb pro osoby bez přístřeší).

#### Služby sociální péče:

- Osobní asistence
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory

- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

**Služby sociální prevence:**

- Azylové domy
- Raná péče
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- Terénní programy
- Sociální rehabilitace
- Telefonická krizová pomoc
- Krizová pomoc
- Domy na půl cesty
- Tlumočnické služby
- Sociálně terapeutické dílny
- Služby následné péče

**Program J2** – Podpora sociálních služeb určených pro cílovou skupinu osoby bez přístřeší.

- Nízkoprahová denní centra
- Azylové domy – pro cílovou skupinu osoby bez přístřeší
- Noclehárny

**Program J3** – Podpora odborného sociálního poradenství.

V rámci pravidel a podmínek bude v rámci tohoto programu podpořeno odborné sociální poradenství zaměřené na cílové skupiny:

- imigranti a azylanti
- osoby v krizi
- oběti trestné činnosti
- oběti domácího násilí
- osoby se specifickým druhem postižení: osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby se sluchovým postižením, osoby se zrakovým postižením, osoby s poruchou autistického spektra, osoby s Alzheimerovou chorobou, epileptici, osoby s tělesným postižením – vozíčkáři)

**Program J4** – Podpora rodiny.

- Služby podpory rodiny
- Služby náhradní rodinné péče
- Služby prevence nežádoucích jevů souvisejících s životem rodiny
- Služby v oblasti podpory dětí a mladých dospělých do 26 let opouštějících zařízení ústavní výchovy a pomoc při jejich začleňování do běžného života

Program J4. je určen pro poskytovatele služeb pro rodinu, kteří provozují veřejně prospěšnou činnost v oblasti služeb pro rodinu, jedná se o projekty, které jsou určeny občanům hlavního města Prahy a podporují a posilují funkci biologické a náhradní rodiny. Jedná se např. o aktivity na podporu sanace rodiny, na podporu náhradní rodinné péče atd.

Nejedná se o sociální služby registrované podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

#### **Program J5 – Podpora financování sociálních služeb na úrovni MČ HMP**

Jedná se o podporu sociálních služeb s místním či regionálním charakterem specifickým pro území MČ, které si ve vlastních grantových řízeních administrují SO MČ 1–22. Jde o sociální služby:

- Pečovatelská služba
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

V grantovém systému HMP nejsou zahrnuty sociální služby pro osoby závislé na nealkoholových drogách, které mají svůj vlastní grantový program na pomezí zdravotnictví a sociálních služeb, dále sociální služba tísňová péče a integračního centra, kterou zajišťuje na území Prahy příspěvková organizace HMP.

### **15.3. Provázanost finančního hodnocení sociálních služeb a strategie rozvoje sociálních služeb na úrovni HMP**

Pokud provazujeme financování se strategií v oblasti sociálních služeb je nutné popsat současný systém hodnocení sociálních služeb. Tento systém hodnocení sociálních služeb nedokáže zcela zohlednit, že způsob financování, sám o sobě, obsahuje systémové nerovnosti a problémy.

#### **Na úrovni transparentnosti systému:**

1. Nerovné postavení příspěvkových organizací (státní, krajské, obecní) poskytujících sociální služby vůči nestátním neziskovým zařízením poskytujících sociální služby v systému rozdělování veřejných zdrojů.
2. Nerovné postavení poskytovatelů sociálních služeb v nepřehledném systému financování v dalších grantových programech (státních, krajských, obecních), které znemožňují v konečném důsledku objektivní posouzení jednotlivých poskytovatelů z úrovně hodnotitelů (veřejných donorů).

#### **Na úrovni poskytovatelů sociálních služeb:**

1. Neustálé rozšiřování spektra sociálních služeb (a zakládání nových služeb) při klesajícím objemu finančních prostředků z veřejných rozpočtů, což je – ze strany poskytovatelů sociálních služeb - zdůvodněno potřebností konkrétních sociálních služeb pro uživatele a faktickou nemožnost zadavatele (krajského úřadu) omezit či regulovat rozšiřování spektra sociálních služeb.

#### **Na úrovni kontrolní:**

1. Nerovné postavení poskytovatelů sociálních služeb, kteří prošli kontrolou (účetnictví, registračních podmínek, inspekcí kvality poskytování sociálních služeb, poskytování služeb na místě) a naopak poskytovatelů, kteří kontrolou neprošli, což v samotném



důsledku představuje nerovnost při hodnocení žádosti o finanční podporu z úrovně hodnotitelů (veřejných donorů).

#### Na úrovni zadavatelů:

1. Nepřehledný systém vícezdrojového financování, který jednotlivým zadavatelům znemožňuje použít aktuální údaje o poskytovatelích sociálních služeb.
2. Neexistence plošné a účinné zákonem vymezené spolupráce mezi zadavateli (stát, kraj, obec) na poli financování sociálních služeb.
3. Pokles finančních prostředků ze státního rozpočtu na poskytování sociálních služeb, na který adekvátně neumí pružně reagovat ostatní veřejné zdroje (kraje, obce), čímž permanentně hrozí celkový pokles finančních prostředků na poskytování sociálních služeb z veřejných zdrojů.

Při vědomí těchto nerovností a problémů je nastaven systém hodnocení sociálních služeb používaný HMP v rámci dotačních řízení (v oblasti grantů HMP na sociální služby a v návrhu MPSV u dotace na poskytování sociálních služeb). Systém byl vytvořen na základě komunikace s poskytovateli služeb při snaze o co nejobektivnější zhodnocení žádosti na základě dat o poskytování služby, které odkazují v konečném důsledku především k nákladovosti jednotlivých sociálních služeb.

#### 15.3.1. Důležitá informace pro poskytovatele sociálních služeb v systému evidence a hodnocení

- Žádný poskytovatel sociálních služeb nemá automatický nárok na finanční podporu HMP.
- Rozšíření kapacit sociální služby či založení nové sociální služby nemá automaticky nárok na finanční podporu HMP.
- Poskytovatel sociálních služeb, který chce rozšířit kapacitu sociální služby či založit novou sociální službu, a bude žádat o finanční prostředky HMP, musí mít svůj záměr v souladu se strategií SPRSS a musí ho konzultovat s odborem ZSP MHMP.
- Údaje uváděné na žádosti o finanční podporu (grant či dotaci) musí odpovídat údajům ve veřejném registru sociálních služeb, jak na úrovni kapacitním, tak personálním. Pokud jsou v žádosti o grant (dotaci) jiné údaje než ve veřejném registru sociálních služeb, musí být o situaci před momentem hodnocení prokazatelně zpraven odbor ZSP MHMP (dopisem, emailem) a musí s ním souhlasit.
- Každý poskytovatel sociální služby, který žádá o finanční podporu HMP, musí mít v personálním zajištění služby obsazenou pozici sociálního pracovníka (v žádosti i veřejném registru).

#### 15.3.2. Postup při výpočtu výše optimální ho návrhu dotace

1. Úvodním krokem je definování **jednotky**, ke které budeme vztahovat cenovou hladinu u jednotlivých druhů sociálních služeb (např. u pobytové formy služby – jednotka lůžko, terénní forma služby – jednotka počet pracovníků či uhrazená hodina přímé péče uživatelem

služby, ambulantní forma služby – jednotka maximální denní (nebo okamžitá) kapacita či počet pracovníků atd.).

2. Poté dojde ke **stanovení cenové hladiny** z veřejných zdrojů na **jednotku/za rok** dle jednotlivých druhů sociálních služeb. Veřejnými zdroji se rozumí státní dotace z rezortu MPSV (kapitola 313 – MPSV), úhrady od uživatelů sociálních služeb stanovené metodikou MPSV, úhrady z fondů zdravotních pojišťoven a neinvestiční příspěvek u příspěvkových organizací.

**Stanovení cenové hladiny určují následující kritéria:**

- vývoj nákladů na daný druh sociální služby - vycházíme z dat za rok 2009, 2010 a 2011,
- republikový průměr nákladů na sociální službu,
- konzultace s poskytovateli sociálních služeb,
- úprava cenové hladiny u jednotlivých žadatelů - v cenové hladině se dále promítá i zohlednění dalších kritérií např. stupně postižení, cílová skupina, poměr pracovníků v přímé péči k ostatním pracovníkům sociální služby (přepočtené úvazky),
- individuální hodnocení - stanoveno procentní úpravou cenové hladiny +/- 10–20 % (hodnocena především specifika služby (soulad se SPRSS, popis služby, místní dostupnost, časový rozsah služby, zohlednění sociálních služeb pro uživatele s duální sociální problematikou) – nutná shoda celé pracovní skupiny (sociální pracovník, ekonom, koordinátor plánování sociálních služeb, inspektor, registrátor)).

3. Následně je možné provést **výpočet optimálního návrhu:**

$[(\text{cenová hladina} \times \text{jednotka} / \text{kapacita}) - \text{minimální úhrady od uživatelů} + \text{úhrady od zdravotních pojišťoven} - \text{odečet neinvestičního příspěvku zřizovatele} / \text{u PO}]$ .

4. Úprava **optimálního návrhu** na procentní výši podle působnosti sociální služby pro hl. m. Prahu (např. sociální služba je poskytována ve třech krajích, z toho připadá na hl. m. Prahu 30 %: úprava optimálního návrhu bude tedy krácena na 30 %)

5. Tvorba **reálného návrhu** podle skutečné výše dotace, kdy se poměrným způsobem krátí optimální návrhy v rámci daného druhu služby.

V Tabulce systému hodnocení sociálních služeb (str. 159) je přehledně uvedeno, které ukazatele jsou sledovány při hodnotícím procesu jednotlivých druhů sociálních služeb.

### 15.3.3. Strategie dotváření systému hodnocení sociálních služeb na úrovni HMP

Výše uvedený systém chceme rozvíjet (a dotvářet) v konkrétních krocích:

1. Propojit systém hodnocení sociálních služeb se systémem kontrolním (viz opatření SYS3.1.).
2. Propojit systém hodnocení s novým jednotným evidenčním systémem sociálních služeb z úrovně HMP (viz opatření SYS3.3.).

3. Vytvořit personální normativy v jednotlivých druzích sociálních služeb (tj. počet zaměstnanců na počet uživatelů), které budou zároveň reflektovat odlišnosti cílových skupin uživatelů (viz opatření SYS3.2.).
4. Definování konkrétních druhů sociálních služeb mimo katastrální území HMP, které HMP bude/nebude podporovat.
5. Definování koeficientu vícezdrojovosti u jednotlivých druhů sociálních služeb (procentní poměr podpory HMP vůči ostatním finančním zdrojům).
6. Od roku 2014 bude HMP aplikovat hledisko potřeby u konkrétních druhů sociálních služeb (denní stacionáře, centra denních služeb, terénní a ambulantní odlehčovací služby, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (pro seniory), nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, terénní programy (pro děti a mládež)) v souvislosti s podporou/nepodporou SO MČ Praha 1–22 v roce 2013.
7. Zavést systém pravidelné aktualizace hodnotícího systému (viz opatření SYS3.3.).

Úmyslem těchto kroků je průběžně dopracovávat transparentní systém řízení a financování sociálních služeb z úrovně HMP.

Do roku 2015 je cílem HMP, na základě objektivních kritérií a transparentním způsobem, vybrat konkrétní poskytovatele sociálních služeb, kteří budou tvořit funkční síť sociálních služeb na území HMP. Síť sociálních služeb bude od roku 2015 financována víceletým (tříletým) grantem. Víceletý grant se bude týkat všech druhů sociálních služeb na území HMP. Další poskytovatelé sociálních služeb budou financovány v jednoletých grantových programech sledujících přísně krajské priority v oblasti rozvoje sociálních služeb.

#### **15. 4. Plán financování sociálních služeb na území HMP na léta 2013–2015**

Plán sociálních služeb bude pravidelně jednou ročně aktualizován především kvůli upřesněnému finančnímu výhledu na následující rok a připravovaným změnám v organizaci poskytování sociálních služeb. Současný SPRSS je tedy zaměřen na rok 2013, ostatní odhady jsou spíše orientačního charakteru.

##### **15.4.1. Plán financování sociálních služeb na rok 2013**

Celkově odhadovanou výši neinvestičních prostředků (v tis.) na poskytování registrovaných sociálních služeb na rok 2013 obsahuje tabulka č. 54.

Tabulka č. 54 Odhad veřejných a ostatních zdrojů finančních prostředků (v tis. Kč) v roce 2013

NIP PO HMP	Granty HMP	Program A MPSV	Program B MPSV	NIP PO MČ	Granty MČ	Celkově
570 000	100 000	445 000	10 000	365 000	105 000	1 595 000
Úhrady uživatelů	Fondy zdravotních pojišťoven	Prostředky z projektů EU	Jiné			
1 000 000	85 000	25 000	200 000			1 310 000
Celkový předpoklad součtu veřejných a ostatních zdrojů v roce 2013					2 905 000	

Zdroj: Vlastní výpočty odboru ZSP MHMP

Celkově lze odhadovat, že na úrovni HMP v roce 2013 budou výnosy na poskytování sociálních služeb ze všech zdrojů zhruba 2 902 000 000,- Kč. Tato suma nezahrnuje pouze organizace poskytující sociální služby na území HMP, ale rovněž organizace poskytující sociální služby občanům s trvalým pobytem v Praze mimo její katastrální území.

Vzhledem ke struktuře položek, které tvoří neinvestiční výnosy na poskytování sociálních služeb, lze z úrovně HMP ovlivnit přímo položky NIP PO HMP a granty HMP, a zprostředkovaně lze ovlivnit výši rozdělení dotace na poskytování sociálních služeb Program A MPSV. Vzhledem k mandatornímu charakteru prostředků pro NIP PO HMP, lze modelovat pouze položku granty HMP a položku dotace na poskytování služby Program A MPSV (ÚZ 13305). Tyto položky nám pro rok 2013 limitně určují prostor, který musí být základem pro tvorbu celopražské strategie v oblasti poskytování sociálních služeb. Zároveň ukazuje na význam a nutnost budoucí koordinace financování sociálních služeb s ostatními subjekty (především se SO MČ Praha 1–22).

Tabulka č. 55 Faktické a předpokládané neinvestiční výnosy registrovaných sociálních služeb (grantový systém HMP pro sociální služby a dotace na poskytování sociálních služeb program A MPSV) v letech 2011, 2012 a 2013

	Granty na sociální služby HMP	Dotace na poskytování služeb program A (MPSV)	Celkově
<b>2011</b>	105 025 800	456 829 300	561 855 100
<b>2012 (odhad)</b>	105 000 000	450 000 000	555 000 000
<b>2013 (plán)</b>	100 000 000	445 000 000	545 500 000

Zdroj: Statistická ročenka MPSV, vlastní výpočty ZSP MHMP

Finanční plán na rok 2013 je postaven na realistickém odhadu výnosu neinvestičních prostředků z veřejných a dalších finančních zdrojů na poskytování registrovaných sociálních služeb. Následující tabulka základního schématu financování sociálních služeb v roce 2013 obsahuje ve druhém sloupci procentní hodnotu z celkového objemu finančních prostředků,

který při jakémkoliv celkovém objemu finančních prostředků (z úrovně HMP a MPSV) obdrží daný druh sociální služby v roce 2013, třetí sloupek obsahuje odhad částky v rámci grantového systému HMP v roce 2013, který odráží především prioritní oblasti, kde dochází k postupnému navýšení grantových prostředků u prioritních sociálních služeb na úkor jiných sociálních služeb. Čtvrtý sloupec odhaduje výši dotace na poskytování sociálních služeb v programu A MPSV a v součtu funguje jako druhý zdroj modelace směrem k prioritním oblastem. V pátém sloupci je vyjádřen procentní poměr růstu/poklesu finančních prostředků v rámci druhu sociální služby oproti roku 2011. Prvních pět sloupců tabulky spolu přímo souvisí.

Tabulka č. 56 Základní schéma systému financování na rok 2013 (v tis.) podle jednotlivých druhů sociálních služeb

Druh služby	Procentní hodnota podílu z celku	Částka v grantovém systému HMP na registrované sociální služby	Částka na poskytování sociálních služeb – program A MPSV	Procentní poměr proti roku 2011	Odhadovaná částka na sociální služby ze strany MČ v roce 2013
azylové domy	6,5	12 000 000	22 000 000	7 %	5 000 000
centra denních služeb	1,9	2 500 000	8 000 000	-16 %	200 000
denní stacionáře	6,1	7 000 000	26 000 000	-23 %	18 000 000
domovy pro osoby se zdravotním postižením	8,3	2 000 000	35 500 000	-2 %	50 000
domovy pro seniory	14,1	7 000 000	69 000 000	-1 %	45 000 000
domovy se zvláštním režimem	6,5	1 000 000	40 000 000	10 %	700 000
domy na půl cesty	0,9	1 200 000	3 800 000	2 %	50 000
chráněné bydlení	5,7	7 000 000	25 000 000	3 %	600 000
intervenční centra	0,1	0	500 000	0 %	0
kontaktní centra	0,5	0	2 900 000	0 %	250 000
krizová pomoc	1,7	1 700 000	7 500 000	1 %	200 000
nízkoprahová denní centra	1	1 760 000	4 000 000	1 %	200 000
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	2,9	2 000 000	12 500 000	5 %	3 500 000
Noclehárny	2,2	1 100 000	11 000 000	1 %	40 000
odborné sociální poradenství	2	3 500 000	7 500 000	-8 %	2 500 000
odlehčovací služby	3	5 240 000	12 000 000	-8 %	33 500 000
osobní asistence	6,1	10 000 000	24 000 000	11 %	3 000 000
pečovatelské služby	8,2	7 200 000	37 000 000	7 %	172 000 000
podpora samostatného bydlení	0,6	1 000 000	2 000 000	42 %	0
průvodcovské a předčitatelské služby	0,142	0	500 000	30 %	0
raná péče	1	2 500 000	3 000 000	22 %	100 000

služby následné péče	0,5	300 000	2 500 000	-14 %	100 000
SAS pro rodiny s dětmi	1,8	3 000 000	6 500 000	-10 %	1 000 000
SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením	1,9	2 500 000	8 000 000	-13 %	5 000 000
sociálně terapeutické dílny	1,4	1 500 000	6 000 000	-9 %	400 000
sociální rehabilitace	8,8	7 500 000	40 000 000	-14 %	1 200 000
soc. služby poskytované ve zdrav. zařízeních ústavní péče	0,3	0	1 500 000	-51 %	500 000
telefonická krizová pomoc	0,2	1 000 000	0	0 %	250 000
terapeutické komunity	0	200 000	0	0 %	0
terénní programy	2	2 500 000	8 300 000	12 %	2 000 000
tísňová péče	0	0	0	0 %	4 800 000
tlumočnické služby	0,4	1 000 000	1 500 000	33 %	100 000
týdenní stacionáře	2,8	4 000 000	12 000 000	-12 %	200 000
<b>Celkově</b>	<b>99,8</b>	<b>99 200 000</b>	<b>440 000 000</b>		
<b>předpokládané finanční rezerva na rok 2013</b>		<b>800 000</b>	<b>5 000 000</b>		

Zdroj: Vlastní výpočty odboru ZSP MHMP

Údaje v oranžovém sloupci 6 jsou odhadem finančních prostředků jednotlivých SO MČ 1–22 na registrované sociální služby v roce 2013, tyto částky lze odhadnout na základě dat z let 2009, 2010, 2011 a odhadu na rok 2012. Z pohledu HMP jde především o významnou podporu sociálních služeb pro seniory, které zřizují samotné MČ (pečovatelská služba, domovy pro seniory, odlehčovací služby a denní stacionáře) a částečně u sociálních služeb pro rodinu, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci, čemuž odpovídají priority ve schválených strategických dokumentech jednotlivých MČ a ve výkazu z roku 2011. Ostatní druhy sociálních služeb nejsou podporovány ze strany MČ systémově a nelze tudíž počítat s konkrétní finanční participací u jiných druhů sociálních služeb (respektive dalších cílových skupin).

**Faktické upřesnění a prioritní rámce v systému financování v rámci jednotlivých druhů sociálních služeb s ohledem na cílové skupiny uživatelů, které vyplývají ze základní tabulky:**

1. Azylové domy – navýšení finančních prostředků v rámci druhu sociální služby především u dvou prioritních skupin - matky (rodiny) s dětmi bez přístřeší a bezdomovce.
2. Centra denních služeb – pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby koresponduje s počtem poskytovatelů a kapacitami služby v uplynulých dvou letech.
3. Denní stacionáře – pokles finančních prostředků u této sociální služby odráží zcela mimořádné výdaje na podporu denních stacionářů v rámci grantového systému HMP v roce 2011, průměr výdajů na roky 2009, 2010, 2011 a odhad na rok 2012 je nižší než navrhované částka pro rok 2013. Prioritními skupinami u denních stacionářů jsou osoby s demencí a osoby s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením.
4. Domovy pro osoby se zdravotním postižením – mírný pokles finančních prostředků v rámci druhu služby reaguje na změny v charakteru služeb pro osoby s mentálním postižením – přechod z pobytové formy služby na vhodnější služby sociální péče (především chráněného bydlení, týdenních stacionářů).
5. Domovy pro seniory – mírný pokles finančních prostředků v rámci druhu služby reaguje na změny v účelovosti pobytových služeb na území HMP (část kapacit DS na DZR).
6. Domovy se zvláštním režimem – navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby sleduje strategii tvorby pobytových služeb pro osoby trpící demencí na území HMP.
7. Domy na půl cesty – stabilizace finančních prostředků v rámci druhu sociální služby.
8. Chráněné bydlení – navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby reaguje na opatření a jsou především zaměřena na osoby s tělesným, kombinovaným a mentálním postižením.
9. Intervenční centra – stabilizace finančních prostředků v rámci druhu sociální služby. Sociální služby na území HMP zajišťuje organizace zřízená HMP a není zařazena do grantových programů HMP.
10. Kontaktní centra – stabilizace finančních prostředků v rámci druhu sociální služby. Na úrovni HMP je služba kontaktní centra financována z protidrogových grantových programů HMP.
11. Krizová pomoc – mírné navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby bude zaměřeno cizince z jiných než třetích zemí a osoby v krizi.
12. Nízkoprahová denní centra – mírné navýšení finančních prostředků v rámci druhu sociální služby reaguje na stabilizaci současných poskytovatelů sociálních služeb na území HMP (uvažované navýšení kapacit v roce 2013 a 2014 jde mimo grantový systém a dotaci na poskytování sociálních služeb MPSV).
13. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež – mírné navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby reaguje, mírné navýšení je zatím předpokládáno na úrovni státní dotace (program A). V grantovém systému HMP je NZDM zařazeno do programu J5, který přerozděluje MČ v rámci svých dotačních řízení a při rozdělování nemusí respektovat (často nerespektují) systém hodnocení HMP.
14. Noclehárny – mírné navýšení finančních prostředků v rámci druhu sociální služby reaguje na stabilizaci současných poskytovatelů sociálních služeb na území HMP (uvažované navýšení kapacit v roce 2013 a 2014 je mimo grantový systém a dotaci na poskytování sociálních služeb MPSV).



15. Odborné sociální poradenství – pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby souvisí s celkovým vyšším objemem služeb na území HMP, prioritou je podporovat odborné sociální poradenství pro cizince, národností menšiny, osoby v krizi, oběti trestných činů, specializovaných poraden pro rodinu, mládež a děti v nepříznivé sociální situaci, dále podporovat základní síť poraden pro jednotlivé druhy postižení a čtyři občanské poradny na území HMP. Více využít stávajících SO MČ 1–22, které ze zákona musí poskytovat odborné sociální poradenství.
16. Odlehčovací služby – pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby souvisí s klesajícím počtem poskytovatelů sociálních služeb. V dalších letech chce HMP obrátit klesající trend podpory.
17. Osobní asistence – navýšení finančních prostředků je především zaměřeno na osoby s tělesným, kombinovaným a mentálním postižením. Výraznější navýšení je dáno již schváleným navýšením objemu prostředků v roce 2012.
18. Pečovatelské služby – navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby reaguje na demografický výhled v souvislosti se zvyšováním dlouhověkosti u seniorů.
19. Podpora samostatného bydlení – navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby je především zaměřeno na osoby s duševním onemocněním.
20. Průvodcovské a předčitatelské služby – navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby je zaměřeno na osoby se smyslovým postižením.
21. Raná péče – navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby je zaměřeno na osoby s tělesným, kombinovaným a mentálním postižením.
22. Služby následné péče – pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby souvisí s klesajícím počtem poskytovatelů sociálních služeb.
23. Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi – pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby souvisí s oblastí, které chceme v rámci druhu sociální služby podporovat (např. HMP nechce podporovat organizace s volnočasovým obsahem činností, nechceme podporovat specifické odborné sociální služby pro rodinu v nepříznivé sociální situaci, která je personálně zajišťovaná dobrovolníky).
24. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením – pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby souvisí s oblastí, kterou chceme v rámci druhu sociální služby podporovat (např. chceme podporovat sociální služby především pro osoby se zdravotním postižením, nechceme podporovat sociální služby pro seniory s volnočasovým obsahem služby).
25. Sociálně terapeutické dílny – mírný pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby souvisí s oblastí, kterou chceme v rámci druhu sociální služby podporovat (např. chceme především podporovat sociální služby především pro osoby s tělesným, smyslovým, kombinovaným a mentálním postižením).
26. Sociální rehabilitace – pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby souvisí s počtem poskytovatelů na území HMP, které je třeba snížit, dále souvisí s oblastí, kterou chceme v rámci druhu sociální služby podporovat (např. chceme podporovat služby především pro osoby s tělesným, smyslovým, kombinovaným a mentálním postižením a chronickými psychosociálními obtížemi).
27. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – pokles finančních prostředků v rámci druhu sociální služby souvisí s klesajícím počtem poskytovatelů sociálních služeb.

28. Telefonická krizová pomoc – stabilizace finančních prostředků v rámci druhu sociální služby. Podpořit jednu nonstop telefonní linku pro seniory, jednu linku pro oběti trestných činů a jednu linku zaměřenou na děti a mládež.
29. Terapeutické komunity – tento druh sociální služby nebyl podporován v roce 2012 z dotace na poskytování sociální služby MPSV program A, poskytnut grant HMP.
30. Terénní programy – navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby a je především zaměřena na osoby závislé na nealkoholových drogách, bezdomovce, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci a osoby s duševním onemocněním. Terénní programy pro osoby závislé na nealkoholových látkách jsou v rámci financování HMP financovány jako dotace na protidrogovou prevenci (jím grantovým schématem).
31. Tísňová péče – tento druh sociální služby není podporován z prostředků HMP a dotace na poskytování sociální služby MPSV program A. V roce 2013 a 2014 by měly být určeny – ve spolupráci s MČ - základní parametry jednotného systému tísňové péče pro HMP.
32. Tlumočnické služby – navýšení finančních prostředků v rámci druhu služby je zaměřeno na osoby se smyslovým postižením.
33. Týdenní stacionář – pokles finančních prostředků u této služby koresponduje zcela mimořádné výdaje na tento druh služby v roce 2011, průměr výdajů na roky 2009, 2010, 2011 a odhad na rok 2012 je nižší než navrhovaná částka pro rok 2013.

#### 15.4.2. Plán financování sociálních služeb na léta 2014–2015

Při této strategii se můžeme opřít pouze o trendy a odhady. Klíčový moment nastane v roce 2014 při převodu finančních prostředků ze státního rozpočtu na poskytování sociálních služeb na kraje, respektive záleží na absolutním objemu finančních prostředků při tomto transferu.

##### Odhady vycházejí z následujících předpokladů:

1. Dotaci na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu bude převedeno od roku 2014, dle § zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
2. Finanční prostředky, které budou ze státního rozpočtu převedeny na jednotlivé kraje a budou účelově vázány na podporu sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence.
3. Finanční prostředky, které budou ze státního rozpočtu převedeny na HMP, budou v objemu nejméně 500 000 tis. Kč.
4. Podíl HMP na financování sociálních služeb se nebude snižovat, bude mírně růst.
5. Podíl MČ na financování sociálních služeb se bude vyrovnávat, bude reagovat na výrazné lokální rozdíly ve financování sociálních služeb.
6. Finanční prostředky za úhrady v systému sociálních služeb budou stoupat, předpokládáme, i při vyšší podpoře terénních úhradových služeb, jejich mírný nárůst.
7. Finanční prostředky z fondů zdravotních pojišťoven budou u sociálních služeb stagnovat nebo klesat na úroveň roku 2012.
8. Finanční prostředky z projektů ESF budou u sociálních služeb růst oproti rokům 2011 a 2012.

9. Finanční prostředky z jiných zdrojů (dary, vlastní činnost atd.) budou, vzhledem k očekávaným ekonomickým problémům ČR, spíše stagnovat.

**Tabulka č. 57 Odhad neinvestičních finančních prostředků (v tis. Kč) na poskytování sociálních služeb v letech 2014 a 2015**

	NIP PO HMP	Granty HMP	Program A MPSV	Program B MPSV	NIP PO MČ	Granty MČ	Celkově
<b>2014</b>	600 000	105 000	500 000	-	380 000	105 000	1 690 000
<b>2015</b>	600 000	110 000	500 000	-	385 000	105 000	1 705 000
	Úhrady uživatelů	Fondy zdravotních pojišťoven	Prostředky z projektů EU	Jiné			
<b>2014</b>	1 000 000	85 000	25 000	210 000			1 320 000
<b>2015</b>	1 010 000	85 000	20 000	210 000			1 325 000
<b>2014</b>	<b>Celkově jde o částku 3 005 000</b>						
<b>2015</b>	<b>Celkově jde o částku 3 030 000</b>						

*Zdroj: vlastní odhad ZSP MHMP*

V tabulce jde o přibližný konzervativní odhad, který bude každoročně korigován akčním plánem sociálních služeb, bude obsahovat konkrétní údaje za uplynulé období a reagovat na známé změny v systému financování, především na úrovni státního rozpočtu. Možný potenciaální nárůst finančních prostředků HMP a státní dotace bude primárně použit na realizaci priorit vyplývajících ze SPRSS.

# 16. Principy kontroly a aktualizace SPRSS

**SPRSS bude vystaven pravidelné kontrole plnění priorit, opatření a aktivit jeho strategické části.**

1. Ve čtvrtletních časových intervalech bude pravidelně předkládána zpráva o průběžném plnění SPRSS Výboru pro zdravotnictví, sociální a bytovou politiku ZHMP. Výbor ZHMP bude průběžnou zprávu hodnotit v režimu informace.
2. V každoročním intervalu (každoročně nejpozději do 31. listopadu) bude Radě HMP předložen Aktualizovaný plán sociálních služeb na rok následující (dále jen „Aktualizovaný plán“).

## **Podoba Aktualizovaného plánu:**

- Procentní plnění strategické části SPRSS na konkrétní rok (včetně procentní úspěšnosti plnění).
- Přepsání (případné úprava) strategické části na rok následující.
- Finanční strategie poskytování sociálních na rok následující.

## Seznam použitých zkratk

<b>A, AMB</b>	ambulantní
<b>a. s.</b>	akciová společnost
<b>CO</b>	církevní organizace
<b>ČSSZ</b>	Česká správa sociálního zabezpečení
<b>ČSÚ</b>	Český statistický úřad
<b>DZR</b>	domov se zvláštním režimem
<b>ES</b>	Evropské společenství
<b>ESF</b>	Evropský sociální fond
<b>EU</b>	Evropská unie
<b>HMP</b>	hlavní město Praha
<b>ID</b>	invalidní důchod
<b>MČ</b>	městská část
<b>MHD</b>	městská hromadná doprava
<b>MHMP</b>	magistrát hlavního města Prahy
<b>MPSV</b>	ministerstvo práce a sociálních věcí
<b>NNO, NO</b>	nestátní nezisková organizace, nezisková organizace
<b>o. p. s.</b>	obecně prospěšná společnost
<b>o. s.</b>	občanské sdružení
<b>OPLZZ</b>	Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost
<b>OPPA</b>	Operační program Praha – Adaptabilita
<b>OZP</b>	osoba se zdravotním postižením
<b>P, POB</b>	pobytové
<b>PAS</b>	porucha autistického spektra
<b>PnP</b>	příspěvek na péči
<b>PO</b>	příspěvková organizace
<b>PP</b>	přímá péče
<b>PS</b>	pracovní skupina
<b>SI</b>	starobní důchod vzniklý transformací invalidního důchodu v 65 letech
<b>SLDB</b>	Sčítání lidu, domů a bytů
<b>SPRSS</b>	střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
<b>SO</b>	správní obvod
<b>SOU</b>	střední odborné učiliště
<b>T, TER</b>	terénní
<b>TP</b>	těžce postižený
<b>ÚZIS</b>	Ústav zdravotnických informací a statistiky
<b>VŠ</b>	vyšší škola
<b>VTOS</b>	výkon odnětí trestu svobody
<b>VV</b>	výkon vazby
<b>ZHMP</b>	zastupitelstvo hlavního města Prahy
<b>ZP</b>	zdravotní postižení
<b>ZSP MHMP</b>	odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence magistrátu hlavního města Prahy
<b>ZTP</b>	zvláště tělesně postižený
<b>ZTP/P</b>	zvláště tělesně postižený s nutností průvodce

# Vymezení nejdůležitějších používaných pojmů

**Zákon o sociálních službách** - zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

**Vyhláška k zákonu o sociálních službách** - vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

**Sociální služba** – pojem ukotvený v zákoně o sociálních službách. Rozumí se jím činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

**Druh sociální služby** – typy sociálních služeb rozlišené podle zákona o sociálních službách. V zákoně je rozlišeno 33 druhů sociálních služeb, které lze řadit do tří obecnějších kategorií – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

- **Sociální poradenství** zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb a poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.
- **Služby sociální péče** napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.
- **Služby sociální prevence** napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

**Forma poskytování sociální služby** – informace o způsobu poskytování sociální služby jejímu uživateli z hlediska kombinace informace o místu bydliště jejího uživatele a informace o místu, na kterém je služba uživateli poskytována. V zákoně o sociálních službách je rozlišena terénní, ambulantní a pobytová forma poskytování sociální služby.

- **Terénní** forma poskytování služby (terénní služba): služba je osobě poskytována v jejím přirozeném sociálním prostředí.
- **Ambulantní** forma poskytování služby (ambulantní služba): služba, za kterou osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a její součástí není ubytování.
- **Pobytová** forma poskytování služby (pobytová služba): služba je spojená s ubytováním v zařízení sociálních služeb.
- **Relevantní formy poskytování** jsou v zákoně o sociálních službách vyjmenovány u všech druhů sociálních služeb s výjimkou odborného sociálního poradenství (u něj lze předpokládat pouze terénní a ambulantní formu poskytování). Jednotlivé druhy sociálních služeb mohou být

poskytovány v jedné či více ze zákonem uvedených forem. Konkrétní sociální služba nemusí být poskytována ve všech v zákoně připouštěných formách.

**Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (SPRSS)**- v zákoně o sociálních službách vymezen jako výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobu jejich uspokojování. Krajům je v zákoně o sociálních službách uložena povinnost zpracovávat SPRSS pro celé jejich území. Podrobnější informace o SPRSS jsou uvedeny v kapitole 1. Proces tvorby SPRSS, jeho implementaci a monitoring lze označit jako **plánování rozvoje sociálních služeb**, na rozdíl od pojmu SPRSS není tento pojem zakotven v legislativě.

**Komunitní plánování sociálních služeb** – Doporučená metoda pro plánování rozvoje sociálních služeb, která může být využita při plánování rozvoje sociálních služeb na místní úrovni. Pojem je používán (analogicky jako v případě pojmů „SPRSS“ a „plánování rozvoje sociálních služeb“) také pro označení procesu tvorby **komunitního plánu sociálních služeb** (komunitní plán), jeho implementace a monitoringu. Jako komunitní plány bývají označovány některé SPRSS zpracované na místní úrovni (tj. obcemi, městskými částmi apod.). Pojem komunitní plán není ukotven v legislativě, nicméně pojem se ustálil již v období před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách. Oproti pojmu SPRSS u něho byly také důkladněji vyjasněny jeho stěžejní charakteristiky a rozpracovány doporučené postupy (metodiky). Volba označení komunitní plán odráží zejména skutečnost, že obce nemají povinnost zpracovávat SPRSS ve smyslu zákona o sociálních službách a pojem KPSS lépe odráží některá hlediska, která jsou klíčová pro plánování sociálních služeb na místní úrovni.

**Uživatel sociální služby** (uživatel) - občané ČR či další oprávněné osoby (např. osoby s trvalým pobytem, osoby, jimž byl udělen azyl apod.), které splní podmínky zákona o sociálních službách. Okruh osob, které mají nárok na poskytnutí konkrétního druhu sociální služby, respektive okruh životních situací, při nichž nárok na využívání služby vzniká, je vymezen v zákoně o sociálních službách pro každý druh sociální služby samostatně. Za uživatele sociálních služeb lze přitom považovat pouze osoby, které sociální služby využívají (též „stávající uživatelé sociálních služeb“). Osoby, kterým na využívání sociální služby vznikl nárok, ale sociální službu nevyužívají, lze označit jako jejich **potenciální uživatele**. V nejširším pojetí (např. pro účely střednědobých a dlouhodobých prognóz) lze za potenciální uživatele považovat i osoby, kterým nárok na využívání sociální služby doposud nevznikl, ale v blízké budoucnosti je nutné tuto možnost předpokládat (typicky např. starší senioři).

**Cílová skupina** (cílová skupina uživatelů sociálních služeb) – skupina osob, které mají nárok na využívání sociální služby a je určitelná podle určitých specifických charakteristik. Zahrnuje nejen stávající, ale i potenciální uživatele sociálních služeb. Sociální služby jsou určeny velmi širokému okruhu osob v nepříznivé sociální situaci a okruh potřeb těchto osob i charakteristiky jimi zakoušené nepříznivé situace jsou velmi různorodé. Z tohoto důvodu je účelné rozlišovat několik obecnějších cílových skupin podle povahy nepříznivé sociální situace či potřeb osoby. Přiřazení osoby do určité cílové skupiny představuje určité zobecnění a nemůže dostatečně zohlednit individuální potřeby jedince ani jeho konkrétní situaci, pro účely tvorby a implementace SPRSS je však takovéto zobecnění nezbytné. Pro rozlišení cílových skupin neexistuje jeden všeobecně platný postup a způsob jejich rozlišení by měl co nejvíce odrážet konkrétní situaci v regionu, pro který je SPRSS zpracováván. Obecně lze říci, že do jedné cílové skupiny by měly zařazeny osoby, jejichž situace a potřeby vykazují co možná největší podobnosti a naopak jednotlivé cílové skupiny by měly od sebe navzájem dobře odlišitelné a neměly by se příliš prolínat. Počet sledovaných cílových skupin by také z technických důvodů neměl být příliš vysoký. Pro účely tohoto dokumentu bylo rozlišeno těchto devět cílových skupin:

1. **senioři,**
2. **osoby se zdravotním postižením,**
3. **osoby s mentálním postižením (s poruchou učení),**
4. **osoby s duševním onemocněním,**
5. **rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci,**
6. **osoby v krizi a oběti trestných činů,**



7. **cizinci a národnostní menšiny,**
8. **osoby ohrožené závislostí a**
9. **osoby bez přístřeší.**

**Poskytovatel sociálních služeb** (poskytovatel) – organizace, které sociální služby poskytují. Při splnění podmínek stanovených zákonem o sociálních službách jsou poskytovatelem územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu.

**Nestátní nezisková organizace** – souborné označení pro soukromé právnické osoby (případně některé autonomně řízené právnické osoby s veřejným zřizovatelem), které neusilují o dosahování a přerozdělování zisku. Zpravidla jsou vymezovány na základě právní formy organizace, kdy mezi nestátní neziskové organizace bývají řazena občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, nadace a nadační fondy a účelová zařízení registrovaných církví a náboženských společností (zkráceně též církevní organizace). Současné chápání pojmu NNO patrně projde velmi výraznou proměnou po 1. lednu 2014, kdy nabyde účinnosti nový občanský zákoník a patrně také bude schválen zákon o veřejné prospěšnosti, které v této oblasti přinesou řadu poměrně zásadních změn.

**Registr poskytovatelů sociálních služeb** (Registr) – informační systém veřejné správy, ve kterém jsou evidovány údaje o registrovaných poskytovatelích sociálních služeb. Údaje z Registru lze využívat pro potřeby plánování rozvoje sociálních služeb na krajské i místní úrovni. Pro tyto účely lze využít především údaje o počtu poskytovatelů sociálních služeb, počtu a druhu jimi poskytovaných služeb, sídle služby (do úrovně obce) a územní působnosti služby (do úrovně krajů), cílové skupině služby, věkové kategorii osob, kterým je služba určena a kapacitě služby. Kapacita určité služby je sledována zvláště pro různé formy poskytování služby a může být vykazována prostřednictvím jednoho či více kapacitních indikátorů (počet klientů, počet kontaktů, počet intervencí, počet lůžek a počet hovorů). Využití dat z Registru při plánování rozvoje sociálních služeb omezuje řada limitů, nicméně tyto údaje umožňují zachytit alespoň nejdůležitější charakteristiky existující sítě sociálních služeb na určitém území.

**SWOT analýza** – metoda, jejíž pomocí je možno identifikovat silné (ang: Strengths) a slabé (ang: Weaknesses) stránky, příležitosti (ang: Opportunities) a hrozby (ang: Threats), spojené s určitým projektem, politikou (ve smyslu opatření) apod. Jedná se o metodu analýzy užívanou především v marketingu, ale také např. při analýze a tvorbě politik. Díky tomu je možné komplexně vyhodnotit fungování firmy, nalézt problémy nebo nové možnosti růstu. Je součástí strategického (dlouhodobého) plánování.

**Benchmarking** – nástroj strategického managementu, jedná se o nepřetržitý a systematický proces porovnávání a měření produktů, procesů a metod vlastní organizace s těmi, kdo byli uznáni jako vhodní pro toto měření, za účelem definovat cíle zlepšování vlastních aktivit



## Zdroje

- Koncepce péče o ohrožené děti a děti žijící mimo vlastní rodinu (2006)
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti (2007)
- Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011
- Národní koncepce rodinné politiky (2005)
- Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014
- Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012
- Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče (2011)
- Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči (2011)
- Průzkum sociální situace cizinců na území Hl. m. Prahy (2010)
- Podkladová studie o situaci rodin v hlavním městě Praze, o životních podmínkách a potřebách rodin a možnostech jejich uspokojování
- Evropský sociální program (2000) – není toto dokument Rady Evropy?
- Listina základních práv Evropské Unie (2007/C 303/01)
- Směrnice Rady 2005/85/ES ze dne 1. prosince 2005 o minimálních normách pro řízení v členských státech o přiznávání a odnímání postavení uprchlíka
- Směrnice Rady 2003/9/ES ze dne 27. ledna 2003, kterou se stanoví minimální normy pro přijímání žadatelů o azyl,
- Schengenská prováděcí úmluva - z 19. června 1990 k provedení Schengenské dohody ze dne 14. června 1985 mezi vládami států Hospodářské unie Beneluxu, Spolkové republiky Německo a Francouzské republiky o postupném odstraňování kontrol na společných hranicích,
- Směrnice Rady 2003/109/ES ze dne 25. listopadu 2003 o právním postavení státních příslušníků třetích zemí, kteří jsou dlouhodobě pobývajícími rezidenty,
- Readmisní dohody sjednané ES - smlouvy uzavřené Evropským společenstvím o předávání, přebírání, popř. průvozu občanů států smluvních stran a občanů třetích států.
- Nařízení Rady (EHS) č. 302/93 ze dne 8. února 1993 o zřízení Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost
- Protidrogová strategie EU na období 2005 až 2012,
- Protidrogový akční plán EU na období 2009–2012.
- 2012/C 24/07. *Stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru k tématu Problém bezdomovectví.*
- 2011/C 15/08. *Stanovisko Výboru regionů „Boj proti bezdomovectví“*
- Prohlášení Evropského parlamentu o zamezení bezdomovectví na ulicích č. 2009/C 259 E/04

## Zákony

- Listina základních práv a svobod - usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech
- Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 95/1974 Sb., o Mezinárodní úmluvě o odstranění všech forem rasové diskriminace
- Usnesení Vlády ČR č. 581 ze dne 17. 9. 1997 (vytvoření Meziresortní komise pro záležitosti romské komunity),
- Usnesení Vlády ČR č. 254 ze dne 29. 3. 2010 (transformaci komise viz výše v Radu vlády pro záležitosti romské komunity),
- Usnesení Vlády ČR č. 13 ze dne 4. 1. 2012 (rozšířena působnost Rady o schvalování návrhu dotací ze státního rozpočtu z rozpočtové kapitoly Úřadu vlády ČR – výdaje na poskytování neinvestičních dotací k financování programů Podpora terénní práce, Prevence sociálního vyloučení a komunitní práce a Podpora koordinátorů pro romské záležitosti),
- Usnesení Vlády č. 60 ze dne 25. 1. 2012 (zřízení Rady vlády pro národnostní menšiny, jeho současné znění bylo schváleno vládou dne 25. ledna 2012),
- Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami,
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (zejm. §§ 283–288),
- Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, ve znění pozdějších předpisů a novela zákona, vyhlášenou ve Sbírce zákonů pod č. 106/2011 Sb., kdy došlo k rozšíření seznamů o 33 dalších látek - převážně syntetických,
- Nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší, než malé ve smyslu trestního zákoníku bylo publikováno ve Sbírce zákonů pod č. 455/2009 Sb.,
- Nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů, bylo publikováno ve Sbírce zákonů pod č. 467/2009 Sb.,
- Zákona č. 200/1990 Sb. o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim,
- Národní akční plán drogového informačního systému na roky 2011–2012 (Usnesení Vlády č. 05/0511 ze dne 17. 5. 2011),

- Akční plán realizace Národní protidrogové strategie 2010–2012 (vychází z Usnesení Vlády č. 340 ze dne 10. 5. 2010),
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (Usnesení Vlády č. 340 ze dne 10. 5. 2010),
- Usnesení Vlády ČR č. 643 ze dne 19. června 2002 (vznik Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti),
- Zákon o pomoci v hmotné nouzi - zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění,
- Zákon o státní sociální podpoře - Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění,
- Zákon o životním a existenčním minimu - Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění,
- Zákon o sociálním zabezpečení - Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění platném znění.
- Nařízení vlády č. 306/2006 Sb., o stanovení některých podmínek pro dodávky potravin z intervenčních zásob ve prospěch nejchudších osob.

### Národní strategické materiály

- Bílá kniha v sociálních službách (2003)
- Koncepce péče o ohrožené děti a děti žijící mimo vlastní rodinu (2006)
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti (2007)
- Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011
- Národní koncepce rodinné politiky (2005)
- Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014
- Národní program Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení Česká republika (2009)
- Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012
- Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009–2012
- Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011–2016
- Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2011–2015 (2011)
- Národní zpráva o rodině (2004)
- Národní koncepce rodinné politiky (2005)
- Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách,
- Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek.
- Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislostí na opiátech

## Dokumenty hl. m. Prahy

- Obecně závazná vyhláška č. 55/2000 Sb. hl. m. Prahy, kterou se vydává Statut hlavního města Prahy, ve znění pozdějších předpisů
- Strategický plán hlavního města Prahy (aktualizace 2008)
- Programové prohlášení rady hl. m. Prahy (21. prosince 2011)
- Program realizace strategické koncepce hl. m. Prahy
- Koncepce rodinné politiky hlavního města Prahy 2009–2010 (2010)
- Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2008 až 2012
- Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy (2005–2010)
- Návrh Koncepce řešení problematiky bezdomovectví na území hl. m. Prahy, s. 7–8

## Strategické dokumenty městských částí Praha 1–22

- Komunitní plán rozvoje sociálních služeb městské části Praha 3 na období 2010–2014
- Koncepce sociální oblasti městské části Praha 4 pro období 2011–2014
- Návrh střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Prahy 7 na období 2010–2014
- Plán rozvoje a udržitelnosti sociálních a souvisejících služeb na území MČ Praha 9 na období 2012 - 2014
- Akční plán rozvoje a udržitelnosti sociálních a návazných služeb na území MČ Praha 10 na r. 2012
- Komunitní plán rozvoje sociálních služeb v MČ Praha 12 2006–2014
- Komunitní plán sociálních služeb na území MČ Praha 14, aktualizace na období 2012–2014
- Střednědobý plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb v MČ Praha-Letňany na období 2008–2015, aktualizovaný k 1. 1. 2011
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro MČ Praha 22 a MČ Praha – Kolovraty, aktualizace na období 2012–2013

## Ostatní

- Zásady OSN pro seniory - příloha Rezoluce VS OSN A/RES/46/91 (1991)
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením
- Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (2002)
- Evropská sociální charta (2000), ratifikovaná Českou republikou zákonem č. 14/2000
- Evropská Charta regionálních či menšinových jazyků (Rada Evropy; přijato Usnesením Vlády č. 1574 ze dne 7. 12. 2005)
- Rámcová úmluva o ochraně národnostních menšin (Rada Evropy; Úmluva pro Českou republiku vstoupila v platnost 1. dubna 1998. Český překlad dokumentu je publikován ve Sbírce zákonů České republiky pod č. 96/1998 Sb.)
- Pražská deklarace (o principech účinné lokální protidrogové politiky)
- Národní protidrogová centrála: Výroční zpráva 2009.
- Usnesení vlády ČR č. 284 ze dne 1. 9. 2004, ukládající ministerstvům využívat metodu komunitního plánování při řešení dostupnosti a kvality veřejných služeb
- Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči (2011)
- Ústavní právo a státověda II. díl, Ústavní právo České republiky, část 1. 2.
- Sociální služby – srovnání ČR a EU (2008)

- Metodiky pro vytváření optimální krajské sítě sociálních služeb a pro plánování finančních prostředků v rámci procesů vytváření krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb (2011)
- Analýza existujících Střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb (2011)
- Kritéria kvality plánování sociálních služeb (2007)
- Metodiky pro plánování sociálních služeb (2007)
- Systém sociálního zabezpečení v České republice (2009)
- Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010 (2011)
- Sociální služby na území hlavního města Prahy v roce 2011
- Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy (2012)
- Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče (2011)
- Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči (2011)
- Statisticko-sociologická studie o postavení a životních podmínkách seniorů v hlavním městě Praze (2008)
- Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007
- Průzkum sociální situace cizinců na území Hl. m. Prahy (2010)
- Mapa sociálně vyloučených a sociálně vyloučením ohrožených romských lokalit v České republice: Praha 9
- Podkladová studie o situaci rodin v hlavním městě Praze, o životních podmínkách a potřebách rodin a možnostech jejich uspokojování (2009)
- Incidence léčených uživatelů drog (ČR – 1. pololetí 2011), prevalence léčených uživatelů drog (ČR, 1. 1. – 30. 6. 2011) a akutní předávkování a zdravotní komplikace v souvislosti s užitím drogy (ČR – 1. pololetí 2011)
- Údaje v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2011.
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010 (2011)
- Definice a typologie bezdomovectví: [zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR] (2007)
- Hodnocení chudoby v EU a v České republice (2012)
- Klíčové body Národní zprávy z výzkumu „Boj proti sociálnímu vyloučení mladé bezdomovecké populace“ za Českou republikou (2010)
- Zdravotnická ročenka hl m. Praha (2011)
- Zdravotnická ročenka České republiky (2011)
- Psychiatrická péče 2010 (2011)
- Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 45 Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2010 (2011)
- Analýza kriminality v roce 2009 a v předchozím dvacetiletém období (2010)
- Výkaz financování a určování priorit v oblasti sociálních služeb v městských částech Praha 1 až 22 (2011)
- Registr poskytovatelů sociálních služeb ([www.iregistr.mpsv.cz](http://www.iregistr.mpsv.cz)), (únor-březen 2012)
- webové stránky ČSÚ ([www.czso.cz](http://www.czso.cz))

# Seznam tabulek, grafů, obrázků

## Obrázky

**Obr. č. 1** Správní členění HMP

**Obr. č. 2** Náklady MČ na neinvestiční finanční podporu sociálních služeb na 1 obyvatele v roce 2011

## Grafy

**Graf č. 1** Počet obyvatel HMP ve věku 65 a více let v letech 2010, 2015, 2020 a 2050

**Graf č. 2** Podíl osob ve věku 65 a více let v % z celkového počtu obyvatel HMP v letech 2010, 2015, 2020 a 2050

**Graf č. 3** Počet osob ve věku 80 a více let a jejich podíl z celkového počtu obyvatel HMP v letech 2010, 2015, 2020 a 2050

**Graf č. 4** Odhady počtu stávajících a potenciálních uživatelů sociálních služeb při orientačních koeficientech (15, 20 a 25 % z celkového k počtu seniorů) v letech 2010, 2015, 2020 a 2050

**Graf č. 5** Státní občanství na území HMP (předběžné výsledky SLDB 2011)

**Graf č. 6** Vývoj počtu cizinců na území HMP (SLDB 2001 a 2011)

**Graf č. 7** Vývoj počtu cizinců dle MČ MHP – MČ Praha 1-11(SLDB 2001 a 2011)

**Graf č. 8** Vývoj počtu cizinců dle MČ MHP – MČ Praha 12-22 (SLDB 2001 a 2011)

**Graf č. 9** Vývoj úhrad uživatelů sociálních služeb

**Graf č. 10** Vývoj financování sociálních služeb z fondů zdravotních pojišťoven

## Tabulky

**Tabulka č. 1** Počet obyvatel správních obvodů k 31. 12. 2011

**Tabulka č. 2** Srovnání odhadovaného počtu osob ve věku 65 a více let se situací v roce 2010 (odhadovaná změna počtu seniorů oproti roku 2010 v %)

**Tabulka č. 3** Počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu senioři

**Tabulka č. 4** Kapacita ambulantních sociálních služeb v HMP

**Tabulka č. 5** Kapacita terénních sociálních služeb v HMP

**Tabulka č. 6** Počet čerpání invalidních důchodů na území HMP

**Tabulka č. 7** Vývoj počtu držitelů průkazu zdravotně postižených osob podle stupně postižení v letech 2000, 2005, 2009, 2010 a 2011 na území HMP

**Tabulka č. 8** Stupně závislosti příspěvku na péči v časové řadě 2009, 2010 a 2011

**Tabulka č. 9** Odhadovaný počet OZP na území HMP

**Tabulka č. 10** Odhadovaný počet osob jednotlivých typů postižení na území HMP

**Tabulka č. 11** Odhadovaný podíl míry postižení převedený do absolutní četnosti u OZP

**Tabulka č. 12** Projekce počtu OZP v letech 2015, 2020 a 2050 na území HMP

**Tabulka č. 13** Projekce růstu počtu mužů a žen ve věkové kategorii let 75+ do r. 2050

**Tabulka č. 14** Projekce odhadů počtu osob vzhledem k typu postižení a jejich věkové rozvrstvení

**Tabulka č. 15** Počet sociálních služeb pro osoby s tělesným, smyslovým, kombinovaným a jiným typem postižením na území HMP

**Tabulka č. 16** Počet poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu aspoň osobám s jedním typem postižení v rámci cílové skupiny

**Tabulka č. 17** Kvantifikace právní formy jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb na území HMP

**Tabulka č. 18** Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby s tělesným postižením, osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením a osoby se zdravotním postižením v letech 2009, 2010 a 2011, které si žádají o grant HMP.

**Tabulka č. 19** Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby se zrakovým postižením v letech 2009, 2010 a 2011, které si žádají o dotaci HMP

**Tabulka č. 20** Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby se sluchovým postižením v letech 2009, 2010 a 2011, které si žádají o dotaci HMP

**Tabulka č. 21** Počet a forma poskytování sociálních služeb na území HMP

**Tabulka č. 22** Počet poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu osobám s mentálním postižením území HMP

**Tabulka č. 23** Právní forma poskytování jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb na území HMP

**Tabulka č. 24** Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby s mentálním postižením v letech 2010, 2011 a 2012, které si žádají o dotaci HMP

**Tabulka č. 25** Celkový počet a formu poskytování sociálních služeb na území HMP

**Tabulka č. 26** Počet poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu osobám s duševním onemocněním na území HMP

**Tabulka č. 27** Právní forma jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb na území HMP

**Tabulka č. 28** Vývoj počtu poskytovatelů sociálních služeb, kapacity sociálních služeb, personálního zajištění služeb a nákladů na dané sociální služby pro osoby s duševním onemocněním v letech 2010, 2011 a 2012, které si žádají o grant HMP

**Tabulka č. 29** Celkové počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu rodina, děti, mládež podle typu indikátoru

**Tabulka č. 30** Počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu rodina, děti, mládež ve více než polovině případů podle druhu služby a typu indikátoru

**Tabulka č. 31** Počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu osoby v krizi a oběti trestné činnosti podle druhu služby a typu indikátoru

**Tabulka č. 32** Počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu rodina, děti, mládež ve více než polovině případů podle druhu služby a typu indikátoru

**Tabulka č. 33** Počet obětí trestných činů (osoby, skupiny osob) na území HMP v roce 2009

**Tabulka č. 34** Počty registrovaných sociálních služeb zaměřujících se na cílovou skupinu osoby v krizi a oběti trestné činnosti podle druhu služby a typu indikátoru

**Tabulka č. 35** Počet sociálních služeb poskytovaných na území HMP pro cílovou skupinu cizinci

**Tabulka č. 36** Kapacity sociálních služeb poskytovaných na území HMP pro cílovou skupinu cizinci

**Tabulka č. 37** Přehled právní formy poskytování sociálních služeb pro cizince a azylanty na území HMP

**Tabulka č. 38** Územní rozložení poskytovaných sociálních služeb pro cizince a azylanty na území HMP

**Tabulka č. 39** Popis sociálně vyloučených lokalit na území HMP podle Mapy sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených lokalit v ČR

**Tabulka č. 40** Počty sociálních služeb pro etnické menšiny na území HMP

**Tabulka č. 41** Kapacita sociálních služeb pro etnické menšiny na území HMP



- Tabulka č. 42** Přehled právní formy poskytování sociálních služeb pro etnické menšiny na území HMP
- Tabulka č. 43** Územní rozložení poskytovaných sociálních služeb pro etnické menšiny na území HMP
- Tabulka č. 44** Počty sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách s místem poskytování na území HMP
- Tabulka č. 45** Přehled právní formy poskytování sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách na území HMP
- Tabulka č. 46** Územní rozložení poskytovaných sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách na území HMP
- Tabulka č. 47** Počet sociálních služeb poskytovaných na území HMP, které mají v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV osoby bez přístřeší označenou jako jednu z cílových skupin
- Tabulka č. 48** Přehled právních forem poskytování sociálních služeb na území HMP
- Tabulka č. 49** Počty poskytovatelů sociálních služeb pro osoby bez přístřeší na jednotlivých MČ
- Tabulka č. 50** Neinvestiční finanční prostředky MPSV, HMP a MČ na poskytování sociálních služeb v letech 2009, 2010 a 2011
- Tabulka č. 51** Jednotlivé podíly financování sociálních u základních druhů sociálních služeb v letech 2009, 2010, 2011
- Tabulka č. 52** Financování jednotlivých soc. služeb z MPSV 2009–2012
- Tabulka č. 53** Krajská dotační podpora jednotlivým typům sociálních služeb
- Tabulka č. 54** Odhad veřejných a ostatních zdrojů finančních prostředků (v tis.) v roce 2013
- Tabulka č. 55** Faktické a předpokládané neinvestiční výnosy registrovaných sociálních služeb (grantový systém HMP pro sociální služby a dotace na poskytování sociálních služeb program A MPSV) v letech 2011, 2012 a 2013
- Tabulka č. 56** Základní schéma systému financování na rok 2013 (v tis.) podle jednotlivých druhů sociálních služeb
- Tabulka č. 57** Odhad neinvestičních finančních prostředků (v tis.) na poskytování sociálních služeb v letech 2014 a 2015



## Tabulka systému hodnocení jednotlivých druhů sociálních služeb

Druhy služby	Jednotka cenové hladiny	Poměr pracovníků PP/ k ostatním pracovníkům (v případě špatného poměru odečtení 10 % z výše cenové hladiny)	Stupně postižení (pokud je nad 50 % uživatelů služby ve III. a IV. PnP, jde o přičtení 10 %)	Individuální hodnocení (odečet a přičtení 20 % z výše cenové hladiny)
<b>Sociální poradenství</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	75:35	ne	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Osobní asistence</b>	hodina přímé péče	70:30	ne	popis služby, časový rozsah poskytování služby (nonstop provoz, pokrytí v době od 22 do 6 hodin), působnost služby pro pražské klienty, počet hodin přímé péče/výše úhrad
<b>Pečovatelská služba</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	60:40	ne	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Tísňová péče</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	70:30	ne	popis služby, časový rozsah poskytování služby (nonstop provoz), působnost služby pro pražské klienty
<b>Průvodcovské a předčitatelské služby</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	70:30	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, počet hodin přímé péče/úvazkům přímé péče

<b>Podpora samostatného bydlení</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	70:30	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, počet hodin přímé péče/úvazkům přímé péče
<b>Odlehčovací služby</b>	pobyt – lůžko, terén – počet pracovníků – přepočtené úvazky	pobyt 60:40 terén 70:30	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, počet hodin přímé péče/výše úhrad Kombinace forem poskytování (pobyt i terén)
<b>Centra denních služeb</b>	maximální denní kapacita (dle cílové skupiny – vyšší cenová hladina osoby se zdravotním postižením, nižší cenová hladina senioři)	70:30	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, počet hodin přímé péče/výše úhrad
<b>Denní stacionáře</b>	maximální denní kapacita (dle cílové skupiny – vyšší cenová hladina osoby se zdravotním postižením, nižší cenová hladina senioři)	70:30	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, počet hodin přímé péče/výše úhrad
<b>Týdenní stacionáře</b>	lůžko	65:35	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Domovy pro osoby se zdravotním postižením</b>	lůžko	60:40	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Domovy pro seniory</b>	lůžko	60:40	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Domovy se zvláštním režimem</b>	lůžko	60:40	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby,

				působnost služby pro pražské klienty
<b>Chráněné bydlení</b>	lůžko	70:30	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, samostatné byty či komunitní typ péče, pohotovost 24 hodin
<b>Soc. služ. poskytované ve zdrav. zařízeních ústavní péče</b>	lůžko	60:40	ano	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Raná péče</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	75:25	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, poměr hodin PP k fondu pracovní doby
<b>Telefonická krizová pomoc</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	75:25	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, poměr hodin PP k fondu pracovní doby
<b>Tlumočnické služby</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	75:25	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, poměr hodin PP k fondu pracovní doby
<b>Azylové domy</b>	lůžko (jednotlivec, rodič s dítětem)	60:40	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby (nonstop provoz), působnost služby pro pražské klienty
<b>Domy na půl cesty</b>	lůžko	60:40	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty

<b>Kontaktní centra</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	75:25	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, poměr hodin PP k fondu pracovní doby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Krizová pomoc</b>	pobytová – lůžko terén, ambulance – počet pracovníků – přepočtené úvazky	70:30	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, poměr hodin PP k fondu pracovní doby, působnost služby pro pražské klienty, u terénu a ambulance - poměr hodin PP k fondu pracovní doby
<b>Intervenční centra</b>	pracovní úvazek	60:40	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Nízkoprahová denní centra</b>	maximální denní kapacita	70:30	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	75:25	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby (minimálně 15 hod/týden), působnost služby pro pražské klienty, kombinovaná forma poskytování (terén a ambulance)
<b>Noclehárny</b>	lůžko	60:40	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Služby následné péče</b>	pobytová – lůžko, terén, ambulance – počet pracovníků – přepočtené úvazky	80:20	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, poměr hodin PP k fondu pracovní doby, působnost služby pro pražské klienty, kombinace forem poskytované služby, rozlišení

				individuálních a skupinových aktivit
<b>Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky – pouze přímá péče		-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty, spolupráce s OSPOD, dobrovolníci, forma služby ambulantní a terénní
<b>Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	75:25	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Sociálně terapeutické dílny</b>	max. denní kapacita	70:30	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Terapeutické komunity</b>	dosud nehodnoceno- nejsou zařazeny v sociálních grantech HMP a v rámci SD hodnoceno v programu B		-	
<b>Terénní programy</b>	počet pracovníků – přepočtené úvazky	75:25	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, poměr hodin PP k fondu pracovní doby, působnost služby pro pražské klienty
<b>Sociální rehabilitace</b>	pobytová – lůžko, terén, ambulance – počet pracovníků – přepočtené úvazky	pobyt 60:40 terén, ambulance 70:30	-	popis služby, časový rozsah poskytování služby, působnost služby pro pražské klienty

Zdroj: ZSP MH

### Popis jednotlivých komponent tabulky:

**Jednotka, ke které vztahujeme cenovou hladinu** – podle druhu sociální služby je jednotkou:

- kapacita lůžek u pobytové formy služby,
- maximální denní (okamžitá) kapacita v zařízení poskytující ambulantní formu služby,
- hodiny přímé péče u vybraných úhradových sociálních služeb,
- pracovní úvazek u ostatních terénních a ambulantních sociálních služeb.

**Charakteristika jednotky** zahrnuje:

- **Lůžko** – musí souhlasit s údaji v Registru poskytovatelů sociálních služeb.
- **Maximální denní kapacita v ambulantním zařízení** - musí souhlasit s údaji v Registru poskytovatelů sociálních služeb.
- **Maximální okamžitá kapacita v ambulantním zařízení** – musí souhlasit s údaji v Registru poskytovatelů sociálních služeb.
- **Hodina přímé práce** – skutečně odpracovaná hodina přímé práce, která je definována samotnou přímou činností s uživatelem služby (nikoliv pouze v jeho prospěch) a jasně váže na vyčíslenou úhradu (dle úhradové vyhlášky). Hodiny přímé péče musí korespondovat s fondem pracovní doby (nejméně polovina pracovní doby tj. 1020 hodin ročně) a úhradami. Kde úhrady za sociální službou nejsou ze zákona o sociálních službách hrazeny, nebude hodina přímé práce jednotkou hodnocení.
- **Pracovní úvazek** – u pracovníků v přímé péči (v rámci pracovního úvazku) bude započítávána nejméně polovina pracovní doby pro přímou práci s uživatelem služby. Tím, že zadavatel finančně podpoří určitý počet pracovníků v přímé péči v rámci organizace, zároveň sděluje, že u organizace z veřejných zdrojů očekává konkrétní hodiny přímé práce a činnosti s uživateli služby (např. finančně podpoříme organizaci se třemi pracovníky PP, očekáváme zhruba 3 060 hodin PP ročně, což je 6 120 intervencí nebo 12 240 kontaktů).

**Individuální hodnocení** – má ohodnotit poskytované sociální služby z hlediska některých kvalitativních ukazatelů poskytování sociální služby a specifických vlastností služby vzhledem k cílové skupině uživatelů sociálních služeb.

## Další statistická data HMP

### 1. Obyvatelstvo HMP podle pohlaví a druhu pobytu k 26. 3. 2011

		26. 3. 2011	1. 3. 2001	3. 3. 1991
<b>Obyvatelstvo celkem</b>		1 272 690	1 169 106	1 214 174
<b>v tom pohlaví</b>	<b>muži</b>	618 476	554 382	570 247
	<b>ženy</b>	654 214	614 724	643 927
<b>v tom druh pobytu</b>	<b>trvalý</b>	1 130 963	1 144 483	1 214 174
	<b>dlouhodobý</b>	141 727	24 623	.
<b>z celku cizinci</b>		178 177	34 728	.
<b>Narození v obci trvalého bydliště</b>		665 252	722 986	724 174

Zdroj: ČSÚ

### 2. Obyvatelstvo HMP podle věku k 26. 3. 2011

			26. 3. 2011	1. 3. 2001	3. 3. 1991
<b>Obyvatelstvo celkem</b>			1 272 690	1 169 106	1 214 174
<b>v tom ve věku</b>	<b>0–14 let</b>	<b>celkem</b>	162 262	156 702	224 597
		<b>muži</b>	83 052	80 441	115 270
		<b>ženy</b>	79 210	76 261	109 327
	<b>15–64 let</b>	<b>celkem</b>	898 486	822 528	803 189
		<b>muži</b>	449 075	401 364	386 469
		<b>ženy</b>	449 411	421 164	416 720
	<b>65 a více let včetně nezjištěno</b>	<b>celkem</b>	211 942	189 876	186 388
		<b>muži</b>	86 349	72 577	68 508
		<b>ženy</b>	125 593	117 299	117 880

Zdroj: ČSÚ

### 3. Obyvatelstvo HMP podle nejvyššího ukončeného vzdělání k 26. 3. 2011

		26. 3. 2011	1. 3. 2001	3. 3. 1991
<b>Obyvatelstvo ve věku 15 a více let</b>		1 110 428	1 012 404	989 577
<b>z toho nejvyšší ukončené vzdělání</b>	<b>základní včetně neukončeného</b>	114 071	146 511	216 769
	<b>střední včetně vyučení (bez maturity)</b>	227 404	292 029	293 681
	<b>úplné střední (s maturitou) a vyšší odborné včetně nástavbového</b>	381 867	361 871	302 288
	<b>vysokoškolské</b>	249 714	190 373	158 489
	<b>bez vzdělání</b>	2 850	1 465	1 151

Zdroj: ČSÚ

## 4. Obyvatelstvo HMP podle ekonomické aktivity k 26. 3. 2011

		26. 3. 2011	1. 3. 2001	3. 3. 1991	
<b>Obyvatelstvo celkem</b>		1 272 690	1 169 106	1 214 174	
<b>Ekonomicky aktivní</b>		623 034	635 105	648 993	
<b>v tom</b>	<b>zaměstnaní</b>	580 275	601 031	631 078	
	<b>z toho</b>	zaměstnanci	415 638	456 271	.
		zaměstnavatelé	27 362	25 714	.
		osoby pracující na vlastní účet	102 113	100 645	.
	<b>nezaměstnaní</b>	42 759	34 074	17 915	
<b>Ekonomicky neaktivní</b>		503 153	519 242	565 181	

Zdroj: ČSÚ

## 5. Obyvatelstvo HMP podle státního občanství k 26. 3. 2011

		26. 3. 2011	1. 3. 2001	3. 3. 1991
<b>Obyvatelstvo celkem</b>		1 272 690	1 169 106	1 214 174
<b>z toho podle státního občanství</b>	<b>Česká republika</b>	1 067 483	1 129 104	1 186 970
	Slovensko	23 390	5 068	16 757
	Německo	5 676	1 025	
	Polsko	2 453	1 043	
	Ukrajina	49 876	4 891	
	Rusko	21 946	3 997	
	Vietnam	10 910	2 721	

Zdroj: ČSÚ

## 6. Věková struktura obyvatel v krajích k 31. 12. 2011

	Počet obyvatel celkem	Základní věkové skupiny			Index stáří	Průměrný věk
		0–14 let	15–64 let	65 a více let		
<b>Česká republika</b>	10 505 445	1 541 241	7 262 768	1 701 436	110,4	41,1
<b>Hlavní město Praha</b>	<b>1 241 664</b>	<b>164 659</b>	<b>863 497</b>	<b>213 508</b>	<b>129,7</b>	<b>41,9</b>
Středočeský kraj	1 279 345	203 393	880 832	195 120	95,9	40,3
Jihočeský kraj	636 138	93 935	439 059	103 144	109,8	41,2
Plzeňský kraj	571 709	81 913	394 320	95 476	116,6	41,5
Karlovarský kraj	303 165	44 616	212 394	46 155	103,4	40,9
Ústecký kraj	828 026	127 990	577 193	122 843	96,0	40,4
Liberecký kraj	438 600	67 139	303 874	67 587	100,7	40,6
Královéhradecký kraj	553 856	81 441	377 554	94 861	116,5	41,5
Pardubický kraj	516 411	77 030	354 670	84 711	110,0	41,0
Kraj Vysočina	511 937	75 331	351 776	84 830	113,0	41,1
Jihomoravský kraj	1 166 313	168 031	803 165	195 117	116,0	41,3
Olomoucký kraj	638 638	92 972	440 747	104 919	112,9	41,2
Zlínský kraj	589 030	83 903	406 257	98 870	117,8	41,4
Moravskoslezský kraj	1 230 613	178 888	857 430	194 295	108,6	40,9

Zdroj: ČSÚ



## 7. Obyvatelstvo podle pohlaví, druhu pobytu, rodáci a cizinci podle SO HMP (k 26. 3. 2011)

	Obyv. celkem	muži	ženy	Trvalý pobyt	Dlouhodobý pobyt	Narození v obci trvalého bydliště	Z celku cizinci
<b>HMP</b>	<b>1 272 690</b>	<b>618 476</b>	<b>654 214</b>	<b>1 130 963</b>	<b>141 727</b>	<b>665 252</b>	<b>178 177</b>
Praha 1	37 193	19 137	18 056	27 040	10 153	14 485	11 032
Praha 2	51 972	25 685	26 287	42 372	9 600	25 013	11 192
Praha 3	73 904	35 785	38 119	64 064	9 840	37 379	11 511
Praha 4	139 601	66 553	73 048	126 450	13 151	74 878	16 991
Praha 5	87 634	42 792	44 842	76 243	11 391	45 419	14 055
Praha 6	112 507	53 698	58 809	99 005	13 502	59 597	16 345
Praha 7	43 787	21 493	22 294	38 077	5 710	22 755	7 105
Praha 8	114 800	55 422	59 378	103 641	11 159	60 949	13 812
Praha 9	54 708	26 610	28 098	45 299	9 409	25 421	11 014
Praha 10	111 262	52 602	58 660	100 909	10 353	60 090	13 501
Praha 11	85 836	41 407	44 429	79 934	5 902	47 543	8 430
Praha 12	64 529	31 635	32 894	60 430	4 099	35 620	6 139
Praha 13	63 838	31 136	32 702	56 986	6 852	32 416	9 614
Praha 14	48 279	24 048	24 231	43 494	4 785	25 769	6 458
Praha 15	44 746	21 884	22 862	41 127	3 619	24 983	5 101
Praha 16	22 353	11 090	11 263	20 903	1 450	12 393	1 916
Praha 17	30 099	14 670	15 429	27 353	2 746	15 420	3 560
Praha 18	27 201	13 653	13 548	23 671	3 530	13 182	4 382
Praha 19	12 641	6 317	6 324	11 627	1 014	6 760	1 406
Praha 20	15 108	7 432	7 676	14 227	881	8 432	1 166
Praha 21	17 613	8 966	8 647	15 988	1 625	9 675	2 055
Praha 22	13 079	6 461	6 618	12 123	956	7 073	1 392

Zdroj: ČSÚ

## 8. Vybraná demografická data HMP

	obyv. celkem	podle pohlaví		podle věku			Cizinci	Ekon. aktivní	Domy celkem	z toho obydl.	Obydl. byty celkem
		muži	ženy	0–14 let	15–64 let	65 +					
<b>HMP</b>	<b>1 272 690</b>	<b>618 476</b>	<b>654 214</b>	<b>162 262</b>	<b>898 486</b>	<b>211 942</b>	<b>178 177</b>	<b>623 034</b>	<b>98 955</b>	<b>89 825</b>	<b>496 911</b>
Praha 1	37 193	19 137	18 056	3 129	28 188	5 876	11 032	14 409	2 113	1 960	10 019
Praha 2	51 972	25 685	26 287	5 785	38 202	7 985	11 192	23 892	2 239	2 177	18 174
Praha 3	73 904	35 785	38 119	7 802	53 027	13 075	11 511	35 867	3 058	2 936	30 671
Praha 4	139 601	66 553	73 048	16 629	91 628	31 344	16 991	65 714	10 909	9 929	59 577
Praha 5	87 634	42 792	44 842	11 742	63 102	12 790	14 055	42 550	7 542	6 835	33 350
Praha 6	112 507	53 698	58 809	14 533	74 346	23 628	16 345	51 651	12 205	11 052	45 581
Praha 7	43 787	21 493	22 294	5 307	31 551	6 929	7 105	21 611	1 744	1 638	16 986
Praha 8	114 800	55 422	59 378	15 173	79 288	20 339	13 812	55 060	8 297	7 600	45 327
Praha 9	54 708	26 610	28 098	7 036	37 856	9 816	11 014	24 775	2 380	2 198	22 244
Praha 10	111 262	52 602	58 660	12 816	73 393	25 053	13 501	52 163	7 132	6 645	49 375
Praha 11	85 836	41 407	44 429	10 518	62 373	12 945	8 430	45 552	4 501	4 030	33 290
Praha 12	64 529	31 635	32 894	7 856	47 947	8 726	6 139	35 415	4 750	4 278	24 489
Praha 13	63 838	31 136	32 702	8 866	49 108	5 864	9 614	34 723	3 502	3 122	23 169
Praha 14	48 279	24 048	24 231	7 327	35 878	5 074	6 458	25 012	3 949	3 551	17 534

<b>Praha 15</b>	44 746	21 884	22 862	6 245	32 875	5 626	5 101	23 821	4 004	3 586	17 289
<b>Praha 16</b>	22 353	11 090	11 263	3 406	15 499	3 448	1 916	11 204	4 366	3 831	7 909
<b>Praha 17</b>	30 099	14 670	15 429	4 006	22 989	3 104	3 560	16 515	1 784	1 615	11 147
<b>Praha 18</b>	27 201	13 653	13 548	4 030	20 137	3 034	4 382	13 781	2 124	1 919	9 968
<b>Praha 19</b>	12 641	6 317	6 324	2 185	8 781	1 675	1 406	6 245	2 389	2 160	4 636
<b>Praha 20</b>	15 108	7 432	7 676	2 278	10 869	1 961	1 166	7 943	2 625	2 319	5 128
<b>Praha 21</b>	17 613	8 966	8 647	3 083	12 323	2 207	2 055	8 449	4 317	3 818	5 493
<b>Praha 22</b>	13 079	6 461	6 618	2 510	9 126	1 443	1 392	6 682	3 025	2 626	5 555

Zdroj: ČSÚ

### 9. Základní ukazatele nezaměstnanosti v HMP

	k 31. 12. 2007	k 31. 12. 2008	k 31. 12. 2009	k 31. 12. 2010	k 31. 12. 2011
<b>uchazeči o zaměstnání celkem</b>	17 363	17 433	29 865	33 433	32 580
<b>z toho:</b>					
<b>Ženy</b>	9 193	8 940	14 491	16 669	16 326
<b>absolventi škol a mladiství</b>	985	904	1 601	1 717	1 622
<b>osoby se ZP</b>	2 130	1 911	2 192	2 565	1 337
<b>dosažitelní uchazeči o zaměstnání celkem</b>	15 813	16 143	28 947	32 123	31 019
<b>v %</b>	91,1	92,6	96,9	96,1	95,2
<b>uchazeči s nárokem na podporu v nezam.</b>	7 268	8 518	12 661	11 754	9 226
<b>volná pracovní místa celkem</b>	28 746	25 002	8 508	5 743	7 465
<b>z toho pro:</b>					
<b>absolventy škol a mladistvé</b>	2 667	2 227	334	420	611
<b>osoby se ZP</b>	549	552	170	229	329
<b>počet uchazečů na 1 volné pracovní místo</b>	0,6	0,7	3,5	5,8	4,4
<b>míra nezaměstnanosti celkem v %</b>	2,16	2,14	3,66	4,07	3,95
<b>Muži</b>	1,87	1,86	3,33	3,60	3,49
<b>Ženy</b>	2,52	2,49	4,10	4,70	4,56

Zdroj: MPSV

### 10. Doplnková demografická, ekonomická a sociální data HMP

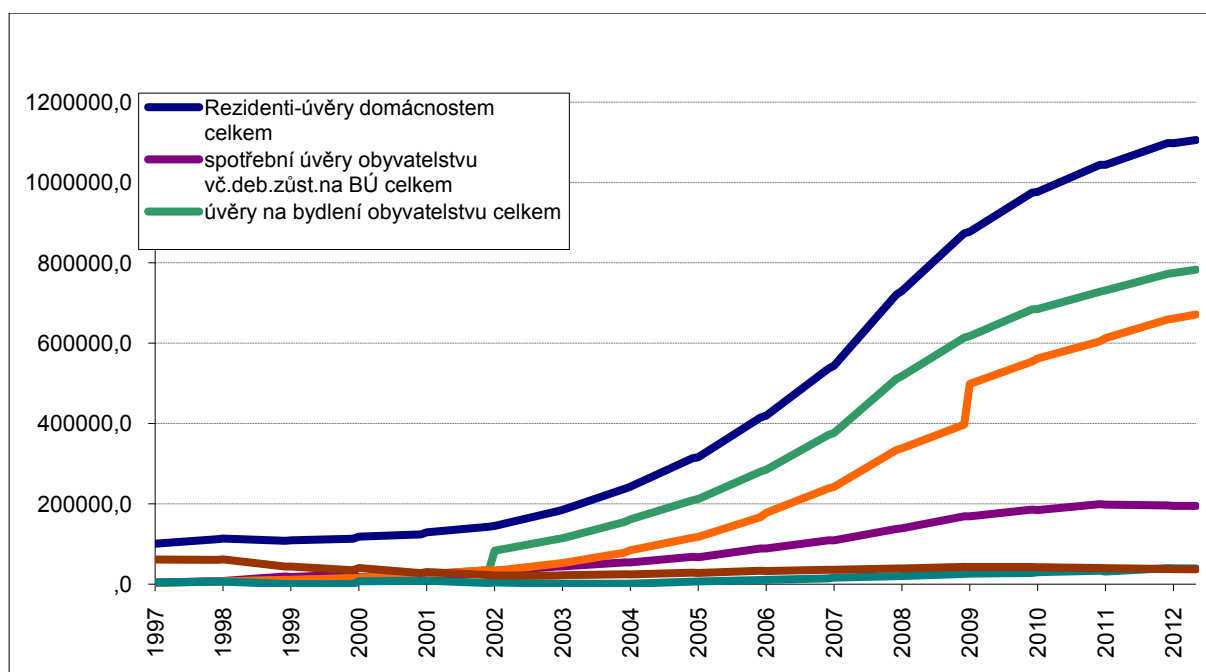
Ukazatel	Měřicí jednotka	Období	Hodnota ukazatele	Růst * (pokles) v %	Datum poslední aktualizace
Počet obyvatel <sup>4)</sup>		k 31. 3. 2012	<b>1 243 426</b>	<b>0,1</b>	12. 6. 2012
Regionální HDP <sup>1)</sup>	mil. Kč b.c.*)	rok 2010	<b>972 551</b>	<b>3,4</b>	1. 12. 2011
Tvorba hrubého fixního kapitálu na obyvatele	Kč, b.c.	rok 2010	<b>207 218</b>	<b>-14,1</b>	26. 4. 2012
Disponibilní důchod domácností na obyvatele	Kč, b.c.	rok 2010	<b>246 119</b>	<b>3</b>	1. 12. 2011
Průměrná mzda	Kč	1. čtvrtletí 2012	<b>31 845</b>	<b>3</b>	7. 6. 2012
Míra registrované nezaměstnanosti <sup>2)</sup>	%	k 31. 5. 2012	<b>4,03</b>	<b>0,02</b>	8. 6. 2012
Obecná míra nezaměstnanosti <sup>3)</sup>	%	4. čtvrtletí 2011	<b>2,8</b>	<b>-0,6</b>	10. 4. 2012
Počet ekonomických subjektů		k 31. 3. 2012	<b>535 139</b>	<b>4,4</b>	12. 4. 2012
Počet stavebních ohlášení a povolení		1. čtvrtletí 2012	<b>1 741</b>	<b>6,5</b>	10. 5. 2012

<b>Zahájené byty</b>		1. čtvrtletí 2012	<b>1 036</b>	<b>5,5</b>	10. 5. 2012
<b>Dokončené byty</b>		1. čtvrtletí 2012	<b>863</b>	<b>184,8</b>	10. 5. 2012
<b>Základní stavební výroba</b>	mil. Kč b.c.	1. čtvrtletí	<b>9 340</b>	<b>-13,2</b>	12. 6. 2012
<b>Mzdy v průmyslu</b>	Kč	1. čtvrtletí 2012	<b>34 872</b>	<b>1,5</b>	11. 6. 2012
<b>Tržby v průmyslu</b>	mil. Kč	1. čtvrtletí 2012	<b>86 185</b>	<b>3,2</b>	11. 6. 2012
<b>Počet hostů v hromadných ubytovacích zařízeních</b>		1. čtvrtletí 2012	<b>954 470</b>	<b>16</b>	22. 6. 2012

Zdroj: ČSÚ

\*) v běžných cenách

### 11. Vývoj zadluženosti domácností v ČR (1997–2012), údaje v mil. Kč



Zdroj: ČNB

## 12. Základní územně demografická data ze SLDB v roce 2011 na MČ 1–57

	Hl. m. Praha	Praha 1	Praha 2	Praha 3	Praha 4	Praha-Kunratice	Praha 5	Praha-Slivenec	Praha 6	Praha-Lysolaje	Praha-Nebošice	Praha-Přední Kopanina	Praha-Suchdol	Praha 7	Praha-Troja	Praha 8	Praha-Březiněves	Praha-Ďáblice	Praha-Dolní Chabry	Praha 9
<b>Území, struktura osídlení</b>																				
Rozloha (ha) k 1. 1. 2012	49 613	554	418	648	2 420	810	2 750	759	4 152	248	368	327	513	710	337	2 180	339	738	499	1 331
Hustota zalidnění (počet obyvatel na km <sup>2</sup> ) k 1. 1. 2012	2 503	5 394	11 765	10 975	5 278	1 032	2 951	402	2 359	571	838	229	1 281	5 837	351	4 759	361	464	758	4 011
<b>Obyvatelstvo</b>																				
Počet obyvatel k 31. 12. 2011	1 241 664	29 857	49 237	71 140	127 723	8 361	81 161	3 051	97 951	1 414	3 084	750	6 576	41 416	1 184	103 757	1 224	3 425	3 783	53 382
Střední stav obyvatelstva (k 1. 7. 2011)	1 237 943	29 891	49 141	71 194	127 849	8 157	81 137	2 961	97 762	1 407	3 048	765	6 454	41 335	1 175	103 661	1 191	3 396	3 770	52 748
<b>Podíl obyvatel ve věku (v %):</b>																				
0–14	13,3	10,1	11,7	11,1	11,9	18,0	13,7	18,2	13,2	17,8	20,0	13,3	14,5	12,6	18,2	13,3	19,7	19,8	18,8	13,2
15–64	69,5	73,4	72,3	70,9	64,3	69,5	71,1	67,9	64,6	69,0	66,1	77,3	68,8	71,3	65,5	67,5	68,9	65,4	67,7	68,3
65 a více	17,2	16,5	16,0	18,0	23,8	12,5	15,2	13,8	22,1	13,2	14,0	9,3	16,8	16,1	16,4	19,2	11,4	14,8	13,5	18,5
Průměrný věk obyvatel	41,9	43,3	41,7	42,8	44,8	37,7	40,8	39,2	44,0	38,0	38,7	38,7	40,1	41,5	39,8	42,9	37,0	38,3	38,6	41,5
z toho muži	40,2	42,0	40,1	40,7	42,8	36,6	39,4	38,3	41,8	37,0	37,2	38,7	38,5	39,6	39,8	41,1	36,7	37,5	37,3	39,9
z toho ženy	43,4	44,8	43,2	44,7	46,6	38,9	42,2	39,9	46,0	39,0	40,2	38,7	41,6	43,3	39,8	44,5	37,2	39,1	40,0	43,0
Živě narození v roce 2011	13 968	312	521	815	1 220	85	921	38	1 057	18	33	5	74	543	9	1 154	12	29	48	671
Zemřelí v roce 2011	12 092	317	541	838	1 551	38	734	25	1 272	13	22	2	54	475	9	1 127	9	27	37	475
Přirozený přírůstek v roce 2011	1 876	-5	-20	-23	-331	47	187	13	-215	5	11	3	20	68	-	27	3	2	11	196
Saldo migrace v roce 2011	5 751	-186	199	75	5	250	-332	155	855	10	134	-5	147	-25	11	63	77	79	56	885
Celkový přírůstek v roce 2011	7 627	-191	179	52	-326	297	-145	168	640	15	145	-2	167	43	11	90	80	81	67	1 081
Celkový přírůstek obyvatel oproti 1. 1. 2011 (%)	0,6	-0,6	0,4	0,1	-0,3	3,6	-0,2	5,5	0,7	1,1	4,7	-0,3	2,5	0,1	-	0,1	6,5	2,4	1,8	2,0
Počet sdružených ambulantních zařízení	119	13	11	4	12	-	13	-	14	-	-	-	-	12	-	3	-	-	-	2

Počet samost. ordinací prakt. lékařů pro dospělé	535	38	29	33	56	-	37	-	57	-	-	-	15	1	41	-	1	2	20	
Počet samost. ordinací prakt. lékařů pro děti a dorost	244	4	9	12	23	-	18	-	23	-	1	-	6	-	19	-	-	1	9	
<b>Ekonomické subjekty podle městských částí k 31.12.2011</b>																				
Počet ekonomických subjektů zapsaných v RES	529 377	35 709	32 713	39 429	58 845	3 102	38 234	993	42 296	514	803	366	2 270	19 881	665	39 187	392	1 133	1 313	18 572
<b>Neumístění uchazeči o zaměstnání k 31. 12. 2011</b>																				
Neumístění uchazeči celkem	32 580	755	1 372	2 046	3 236	167	2 367	61	1 916	23	39	8	101	1 205	19	2 629	17	67	79	1 567
z toho ženy	16 326	347	634	1 001	1 606	91	1 252	34	988	14	23	4	56	601	10	1 311	10	36	40	782
Volná pracovní místa	7 465	700	533	951	327	33	641	3	499	67	1	0	16	200	43	455	0	2	30	727
Dosažitelní uchazeči o zaměstnání	31 019	738	1 355	1 906	3 087	159	2 262	58	1 797	21	39	8	94	1 120	19	2 458	16	64	76	1 508
<b>Bytová výstavba v roce 2011</b>																				
Dokončené byty	3 480	57	103	34	437	23	110	63	67	2	5	1	4	83	15	305	40	52	10	395
v tom v bytových domech	2 759	28	86	34	405	-	90	34	56	-	-	-	-	83	8	291	-	38	-	395
v rodinných domech	577	-	1	-	17	23	19	29	7	2	5	1	4	-	7	14	40	14	10	-
v nebytových domech	115	-	16	-	15	-	1	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
v domech s pečovatelskou službou	29	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Praha 10	Praha 11	Praha-Křeslice	Praha-Šeberov	Praha-Újezd	Praha 12	Praha-Libuš	Praha 13	Praha-Řeporyje	Praha 14	Praha Dolní Počernice	Praha 15	Praha-Dolní Měcholupy	Praha-Dubeč	Praha-Petrovice	Praha-Štěrboholy	Praha 16	Praha-Lipence	Praha-Lochov	Praha-Velká Chuchle
<b>Území, struktura osídlení</b>																				
Rozloha (ha) k 1. 1. 2012	1 860	979	344	500	370	2 332	523	1 323	986	1 352	576	1 024	466	860	179	297	931	825	272	603
Hustota zalidnění (počet obyvatel na km <sup>2</sup> ) k 1. 1. 2012	5 859	7 880	263	596	761	2 334	1 848	4 524	398	3 389	382	3 023	507	395	3 382	687	875	303	235	351
<b>Obyvatelstvo</b>																				
Počet obyvatel k 31. 12. 2011	108 998	77 170	904	2 980	2 819	54 426	9 674	59 874	3 926	45 822	2 200	30 954	2 365	3 393	6 041	2 041	8 141	2 502	639	2 115
Střední stav obyvatelstva (k 1. 7. 2011)	109 086	77 239	885	2 947	2 820	54 312	9 620	59 635	3 855	45 696	2 205	30 713	2 301	3 348	6 028	1 974	8 257	2 477	619	2 067
<b>Podíl obyvatel ve věku (v %):</b>																				
0–14	11,9	12,2	19,1	16,1	20,0	12,2	14,1	13,9	15,8	15,2	16,7	13,7	18,2	18,1	14,0	18,4	13,9	17,5	17,8	17,9
15–64	65,2	71,1	71,9	72,7	70,9	72,8	76,0	76,6	72,6	74,2	65,9	72,1	72,5	67,7	75,1	72,5	69,7	68,5	65,1	65,3
65 a více	22,9	16,7	9,0	11,3	9,0	15,0	9,9	9,4	11,5	10,6	17,4	14,2	9,3	14,2	10,9	9,2	16,5	14,0	17,1	16,8
Průměrný věk obyvatel	44,6	43,0	37,2	38,7	36,3	42,4	38,5	38,3	38,9	38,0	41,1	40,4	36,3	38,4	38,7	36,4	41,3	39,2	40,8	40,2
z toho muži	42,3	41,5	35,9	38,3	36,0	41,2	37,8	37,4	38,0	37,0	40,0	39,1	35,6	37,2	37,5	35,7	39,9	37,9	39,4	39,4
z toho ženy	46,8	44,4	38,4	39,1	36,5	43,6	39,2	39,1	39,8	39,0	42,3	41,6	36,9	39,6	39,8	37,2	42,7	40,5	42,1	41,0
Živé narození v roce 2011	1 197	829	3	15	45	629	94	630	36	511	20	418	39	49	71	44	71	18	5	25
Zemřelí v roce 2011	1 438	681	4	17	12	421	48	302	21	301	21	215	12	22	33	3	78	24	6	15
Přirozený přírůstek v roce 2011	-241	148	-1	-2	33	208	46	328	15	210	-1	203	27	27	38	41	-7	-6	-1	10
Saldo migrace v roce 2011	-26	-329	41	81	46	52	80	523	135	19	18	208	151	86	-23	85	-110	72	19	121
Celkový přírůstek v roce 2011	-267	-181	40	79	79	260	126	851	150	229	17	411	178	113	15	126	-117	66	18	131
Celkový přírůstek obyvatel oproti 1. 1. 2011 (%)	-0,2	-0,2	4,4	2,7	2,8	0,5	1,3	1,4	3,8	0,5	0,8	1,3	7,5	3,3	0,2	6,2	-1,4	2,6	2,8	6,2
Počet sdružených ambulancí	7	9	-	-	-	3	-	6	-	4	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-

zařízení																				
Počet samost. ordinací prakt. lékaře pro dospělé	52	25	1	3	-	19	5	22	2	10	1	12	3	1	-	-	4	1	-	1
Počet samost. ordinací prakt. lékaře pro děti a dorost	18	12	-	-	-	18	3	17	1	8	-	8	1	1	-	-	3	-	-	1
<b>Ekonomické subjekty podle městských částí k 31. 12. 2011</b>																				
Počet ekonomických subjektů zapsaných v RES	41 255	25 506	225	1 203	903	22 056	4 800	19 767	1 349	13 458	808	10 767	1 027	917	1 899	804	2 795	787	166	789
<b>Neumístění uchazeči o zaměstnání k 31. 12. 2011</b>																				
Neumístění uchazeči celkem	2 448	2 261	17	66	67	1 640	241	1 895	96	1 581	52	695	40	52	153	25	211	51	12	44
z toho ženy	1 213	1 137	12	28	27	780	113	940	55	808	23	352	15	30	83	13	115	36	5	21
Volná pracovní místa	495	164	0	4	1	85	10	468	12	139	13	146	37	1	1	20	21	10	2	3
Dosažitelní uchazeči o zaměstnání	2 303	2 156	17	66	67	1 578	231	1 808	90	1 531	51	662	38	50	143	23	203	49	10	43
<b>Bytová výstavba v roce 2011</b>																				
Dokončené byty	172	177	17	15	6	31	15	18	9	29	14	10	22	78	-	53	7	10	53	2
v tom v bytových domech	156	169	-	-	-	8	-	-	-	10	-	-	6	74	-	44	-	-	-	-
v rodinných domech	7	8	16	15	4	22	15	17	9	19	14	9	16	4	-	9	7	10	2	2
v nebytových domech	9	-	1	-	2	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	51	-
v domech s pečovatelskou službou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Praha- Zbraslav	Praha 17	Praha- Zličín	Praha 18	Praha- Čakovice	Praha 19	Praha- Satalice	Praha- Vinoř	Praha 20	Praha 21	Praha- Běchovice	Praha- Klánovice	Praha- Koloděje	Praha 22	Praha- Benice	Praha- Kolovraty	Praha- Královice	Praha- Nedvězí
<b>Území, struktura osídlení</b>																		
Rozloha (ha) k 1. 1. 2012	985	326	718	561	1 018	600	380	600	1 693	1 015	683	590	375	1 561	277	649	496	381
Hustota zalidnění (počet obyvatel na km <sup>2</sup> ) k 1. 1. 2012	967	7 671	690	3 088	989	1 104	627	639	887	1 018	454	548	366	578	198	508	61	73
<b>Obyvatelstvo</b>																		
Počet obyvatel k 31. 12. 2011	9 526	24 973	4 950	17 323	10 071	6 627	2 383	3 835	15 028	10 334	3 101	3 229	1 372	9 025	549	3 298	303	277
Střední stav obyvatelstva (k 1. 7. 2011)	9 425	24 870	4 849	17 191	9 955	6 575	2 370	3 727	15 001	10 257	2 895	3 221	1 350	8 746	545	3 258	303	279
<b>Podíl obyvatel ve věku (v %):</b>																		
0–14	16,5	13,1	15,2	14,1	18,3	16,7	18,2	19,0	15,3	19,1	11,5	19,1	19,0	18,8	14,6	23,7	16,5	14,1
15–64	68,2	76,2	72,8	74,3	70,4	67,5	69,9	70,8	71,4	69,0	77,1	63,7	69,1	70,4	73,8	65,3	63,7	72,9
65 a více	15,2	10,6	12,0	11,7	11,3	15,8	11,9	10,2	13,3	11,9	11,3	17,2	11,9	10,8	11,7	11,0	19,8	13,0
Průměrný věk obyvatel	40,1	39,5	38,6	39,2	37,0	39,5	38,6	36,6	39,7	37,9	39,5	40,2	38,6	36,5	40,4	35,6	42,5	42,6
z toho muži	39,3	38,3	37,6	38,4	35,9	38,0	38,0	36,1	38,8	37,2	38,1	38,1	38,0	35,5	40,6	34,8	40,8	41,8
z toho ženy	40,9	40,7	39,6	39,9	38,2	41,0	39,3	37,0	40,6	38,6	41,3	42,2	39,3	37,5	40,1	36,3	44,3	43,4
Živě narození v roce 2011	115	270	71	265	177	96	27	67	134	132	26	36	20	151	7	55	3	2
Zemřelí v roce 2011	69	148	27	128	65	58	18	23	113	59	23	23	11	56	6	20	3	2
Přirozený přírůstek v roce 2011	46	122	44	137	112	38	9	44	21	73	3	13	9	95	1	35	-	-
Saldo migrace v roce 2011	152	0	209	164	104	100	27	133	25	186	382	24	20	427	18	77	-	1
Celkový přírůstek v roce 2011	198	122	253	301	216	138	36	177	46	259	385	37	29	522	19	112	-	1
Celkový přírůstek obyvatel oproti 1. 1. 2011 (%)	2,1	0,5	5,1	1,7	2,1	2,1	1,5	4,6	0,3	2,5	12,4	1,1	2,1	5,8	3,5	3,4	-	-
Počet sdružených ambulantních zařízení		-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-



Počet samost. ordinací prakt. lékaře pro dospělé	4	7	2	7	2	2	1	1	5	3	1	2	1	4	-	1	-	-
Počet samost. ordinací prakt. lékaře pro děti a dorost	3	8	1	2	1	1	-	1	2	3	1	1	-	2	1	1	-	-
<b>Ekonomické subjekty podle městských částí k 31. 12. 2011</b>																		
Počet ekonomických subjektů zapsaných v RES	3644	7 392	1 907	5 210	2 736	2 288	853	1 064	5 043	3 223	2 177	1 185	465	3 185	178	885	106	138
<b>Neumístění uchazeči o zaměstnání k 31. 12. 2011</b>																		
Neumístění uchazeči celkem	229	786	86	509	237	165	61	114	387	296	62	76	29	155	11	49	5	2
z toho ženy	111	388	39	278	138	86	32	56	183	164	37	33	18	85	3	24	3	2
Volná pracovní místa	18	12	115	65	7	63	21	8	160	12	42	1	2	76	0	2	0	1
Dosažitelní uchazeči o zaměstnání	222	755	85	499	228	157	59	112	354	284	54	67	28	147	9	48	5	2
<b>Bytová výstavba v roce 2011</b>																		
Dokončené byty	11	5	180	374	10	21	1	97	27	33	22	10	11	109	4	17	1	3
v tom v bytových domech	5	5	171	372	3	12	1	65	11	-	20	-	-	79	-	-	-	-
v rodinných domech	6	-	8	2	7	9	-	28	14	33	2	8	10	27	4	17	1	3
v nebytových domech	-	-	1	-	-	-	-	4	2	-	-	2	1	3	-	-	-	-
v domech s pečovatelskou službou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Zdroj: ČSÚ

**13. Projekce věkového rozložení obyvatelstva do roku 2050 podle věkových kategorií na území HMP (bez migrace)**

Věk	2009*)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
<b>Celkem</b>	<b>1 233 211</b>	<b>1 235 324</b>	<b>1 236 656</b>	<b>1 238 137</b>	<b>1 239 340</b>	<b>1 240 191</b>	<b>1 240 642</b>	<b>1 236 131</b>	<b>1 220 559</b>	<b>1 194 870</b>	<b>1 163 280</b>	<b>1 132 622</b>	<b>1 105 700</b>	<b>1 078 942</b>
0–4	62 155	65 922	68 267	69 833	70 369	69 211	67 692	57 420	46 428	37 588	35 475	41 460	47 925	47 215
5–9	45 204	47 561	50 763	53 695	57 463	62 116	65 815	67 654	57 392	46 410	37 575	35 462	41 448	47 911
10–14	42 750	41 492	41 303	42 591	43 651	45 175	47 533	65 782	67 623	57 369	46 394	37 564	35 453	41 438
15–19	60 468	56 635	52 439	48 261	45 223	42 708	41 451	47 491	65 725	67 567	57 324	46 363	37 540	35 434
20–24	82 300	77 778	73 449	69 163	64 396	60 355	56 528	41 376	47 406	65 609	67 452	57 238	46 301	37 497
25–29	103 984	97 285	92 537	88 954	85 577	82 124	77 617	56 415	41 298	47 319	65 500	67 350	57 157	46 243
30–34	125 121	125 134	121 928	116 769	110 566	103 706	97 021	77 416	56 274	41 197	47 209	65 362	67 224	57 067
35–39	95 437	103 087	110 026	116 418	121 956	124 690	124 699	96 691	77 158	56 091	41 069	47 082	65 203	67 078
40–44	83 731	82 464	83 127	85 591	88 992	94 878	102 482	123 990	96 159	76 750	55 816	40 888	46 896	64 977
45–49	75 088	79 152	81 893	83 350	84 246	82 987	81 738	101 637	123 010	95 440	76 213	55 463	40 659	46 666
50–54	82 171	77 828	74 540	72 295	71 611	73 877	77 877	80 531	100 298	121 538	94 401	75 460	54 973	40 343
55–59	89 706	89 592	88 506	86 265	83 266	79 935	75 693	76 053	78 853	98 519	119 627	93 048	74 494	54 354
60–64	89 937	89 334	89 848	87 664	86 331	85 746	85 684	72 783	73 563	76 640	96 169	116 994	91 186	73 160
65–69	60 109	66 926	71 409	78 352	83 207	84 088	83 565	80 810	69 104	70 370	73 673	92 783	113 207	88 500
70–74	41 577	41 530	43 108	45 468	48 993	54 608	60 921	76 793	75 011	64 724	66 443	69 876	88 476	108 447
75–79	41 272	40 183	38 189	36 843	35 651	35 569	35 665	53 487	68 491	68 038	59 410	61 588	65 237	83 329
80–84	31 630	31 475	32 073	32 026	32 079	31 494	30 765	28 429	44 132	57 780	58 634	51 891	54 750	58 668
85–89	16 402	17 659	18 398	18 882	19 132	19 397	19 562	20 189	19 679	32 037	42 950	44 828	40 509	44 068
90+	4 169	4 287	4 853	5 717	6 631	7 527	8 334	11 184	12 955	13 884	21 946	31 922	37 062	36 547
0–14	<b>150 109</b>	<b>154 975</b>	<b>160 333</b>	<b>166 119</b>	<b>171 483</b>	<b>176 502</b>	<b>181 040</b>	<b>190 856</b>	<b>171 443</b>	<b>141 367</b>	<b>119 444</b>	<b>114 486</b>	<b>124 826</b>	<b>136 564</b>
15–64	<b>887 943</b>	<b>878 289</b>	<b>868 293</b>	<b>854 730</b>	<b>842 164</b>	<b>831 006</b>	<b>820 790</b>	<b>774 383</b>	<b>759 744</b>	<b>746 670</b>	<b>720 780</b>	<b>665 248</b>	<b>581 633</b>	<b>522 819</b>
65+	<b>195 159</b>	<b>202 060</b>	<b>208 030</b>	<b>217 288</b>	<b>225 693</b>	<b>232 683</b>	<b>238 812</b>	<b>270 892</b>	<b>289 372</b>	<b>306 833</b>	<b>323 056</b>	<b>352 888</b>	<b>399 241</b>	<b>419 559</b>
průměrný věk	<b>41,6</b>	<b>41,8</b>	<b>42,0</b>	<b>42,2</b>	<b>42,4</b>	<b>42,6</b>	<b>42,8</b>	<b>44,1</b>	<b>45,7</b>	<b>47,5</b>	<b>49,2</b>	<b>50,3</b>	<b>50,8</b>	<b>51,3</b>

\*) reálné údaje