

Regionální dostupnost sociálních služeb

**zpráva z výzkumných šetření mezi pracovníky
krajských úřadů a pracovníky obcí s pověřeným
obecním úřadem**

Pavel Bareš

VÚPSV v.v.i. Praha

2009

Publikace byla schválena ediční vědeckou radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
Ing. Jan Molek, CSc. (JU, České Budějovice)

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
jako svou 397. publikaci
Vyšlo v roce 2009, 1. vydání, náklad 220 výtisků, počet stran 61
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: Mgr. Michaela Svobodová (JČU)
Ing. Petr Víšek (MPSV)

ISBN 978-80-7416-047-9

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Studie shrnuje zjištění dvou samostatných substudií, z nichž první mapovala dostupnost sociálních služeb v krajích ČR z pohledu pracovníků krajských úřadů a druhá zjišťovala na informace o poskytování sociálních služeb na území vybraných obcí z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem.

Obě šetření měla poněkud odlišná východiska a zaměření. Jejich cílem nebylo sledovat totožné informace z krajské, respektive následně z obecní perspektivy. Záměrem obou šetření bylo shromáždit odlišné, ale vzájemně se doplňující informace o regionální dostupnosti sociálních služeb (krajské šetření), respektive o jejich poskytování ve vybraných lokalitách a faktorech, které situaci v těchto lokalitách ovlivňují (šetření mezi pracovníky obecních úřadů).

Klíčová slova: dostupnost, kraj, obec, střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, sociální služby, sociální péče, sociální prevence, zdravotní péče

Abstract

The survey presents the findings of two separate substudies the first one of which attempted to map the availability of social services in the various regions of the Czech Republic. This substudy reflected the points of view of regional authority employees. The second substudy focused on information on the provision of social services in selected municipalities and reflected the perspective of employees of respective municipal authorities.

The focus of the two substudies differed slightly. The aim was to collect two different but complementary sets of information 1) on the regional availability of social services (the regional survey) and 2) on the provision of social services in selected areas and the key factors which influence that provision in respective area (the municipal survey).

Key words: availability, health care, municipality, region, mid-term social services development plans, services providing social care, services of social prevention, social services

Obsah

Úvod	7
1. Dostupnost sociálních služeb z pohledu pracovníků krajských úřadů	8
1.1 Koncepce šetření a charakteristika vzorku	8
1.2 Zdroje informací o sociálních službách.....	9
1.3 Hodnocení rozdílů v dostupnosti sociálních služeb v jednotlivých regionech krajů	10
1.4 Sociální služby vyznačující se omezenou dostupností v určitých regionech ...	13
1.5 Nejlépe regionálně dostupné a nejrozšířenější sociální služby	15
1.6 Orientační hodnocení geografické a finanční dostupnosti většiny sociálních služeb pro uživatele v oblastech krajů vymezených nominálními kategoriemi.....	16
1.7 Regiony a typy regionů s obtížnější geografickou dostupností sociálních služeb	20
1.8 Regiony a typy regionů s výrazně lepší geografickou dostupností sociálních služeb	21
1.9 Prostředky a opatření ke zvýšení geografické dostupnosti sociálních služeb	22
1.10 Sdílení a výměna informací o situaci v sousedících krajích	23
2. Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem	24
2.1 Koncepce šetření a charakteristika vzorku	24
2.1.1 Předmět zjišťování, okruh dotazovaných osob a způsob dotazování....	24
2.1.2 Výběr a orientační charakteristika vybraných obcí.....	25
2.1.3 Hodnocení regionální dostupnosti sociálních služeb pracovníky příslušných krajských úřadů	26
2.1.4 Povaha získaných dat, jejich prezentace a možnosti interpretace	28
2.2 Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče	29
2.2.1 Potřebnost a zajištění služeb v roce 2008	29
2.2.2 Srovnání změn v poskytování služeb mezi roky 2006 a 2008	30
2.3 Hodnocení rozvinutosti sítě organizací zajišťujících služby sociální a zdravotní péči	31
2.4 Fungování systémů služeb sociální a zdravotní péče	32
2.5 Procesy střednědobého plánování sociálních služeb v obcích a v krajích	36
2.5.1 Plánování v obcích	36
2.5.2 Plánování na úrovni kraje - zapojení obcí a význam pro obce	37
Závěry	39
Použité zdroje	42
Přílohy	45

Úvod

Studie shrnuje zjištění dvou samostatných substudií, které mapovaly poskytování sociálních služeb a jejich dostupnost, v prvním případě z pohledu pracovníků krajských úřadů, ve druhém případě z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem.

První substudie byla realizována mezi pracovníky sociálních odborů (případně odborů sociálních věcí a zdravotnictví) všech krajských úřadů a byly v ní zjišťovány informace o dostupnosti sociálních služeb (konec roku 2007).

Druhá substudie se zaměřila na rozsah realizace a podmínky pro poskytování sociálních služeb a zdravotní péče v obcích situovaných při hranici tří sousedících krajů. Informace byly zjišťovány od pracovníků sociálních odborů 8 vybraných obcí s pověřeným obecním úřadem v Jihočeském, Plzeňském a Středočeském kraji. Rozsah a podmínky poskytování sociálních služeb byly na vzorku stejných obcí sledovány opakovaně v rozmezí dvou let, nejprve v období před nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006) a následně v kontextu nové legislativní úpravy (2008).

Obě šetření měla poněkud odlišná východiska a zaměření. Jejich cílem nebylo sledovat totožné informace z krajské, respektive následně z obecní perspektivy (to by ani nebylo, vzhledem k často výraznějším rozdílům mezi různými regiony kraje, možné). Záměrem obou šetření bylo shromáždit odlišné, ale vzájemně se doplňující informace o regionální dostupnosti sociálních služeb (krajské šetření), respektive o jejich poskytování a faktorech, které jej ovlivňují (šetření mezi pracovníky obecních úřadů).

V případě prvního šetření lze, i přes některá dále uvedená metodologická omezení, předpokládat určitou obecnější platnost. Druhé šetření naproti tomu mapuje pouze situaci několika konkrétních vybraných obcí a poznatky získané z tohoto šetření zachycují pouze situaci v konkrétní sledované oblasti. Zjištěné skutečnosti a jevy se tak sice mohou vyskytnout také v jiných oblastech (mohou tedy být „přenositelné“ - jejich případný výskyt je však před tím potřebné ověřit), některé zaznamenané jevy mohou být platné obecněji (ne ve smyslu zobecnění poznatků na obce ČR, ale přenesením úvah o povaze zjištěných jevů na jinou úroveň obecnosti: abstrahované úvahy nad vzájemnými vztahy zjištěných jevů apod.), nelze však na jejich základě hodnotit celkovou současnou situaci ve sledované oblasti (nelze je zobecnit a výsledky prezentovat jako zjištění o situaci všech nebo většího počtu obcí).

Zjištění z obou substudií vycházejí z výpovědí pracovníků příslušných úřadů. Neopírají se tedy o jasně kvantifikovatelné indikátory, ale o informované výpovědi aktérů, kteří se problematice z titulu své funkce profesně věnují. Získané odpovědi jsou určovány výběrem informací, jež má dotazovaný k dispozici, a promítají se do nich bezpochyby také vlastní stanoviska hodnotitele. U pracovníků odborů sociálních věcí (odborů sociálních věcí a zdravotnictví) tak lze na jedné straně bezpochyby předpokládat značný přehled o problematice, to však automaticky neznamená, že vždy zcela přesně odrážejí situaci v regionu. Z tohoto důvodu se studie dále věnuje agregovaným výsledkům od všech respondentů a není v ní srovnávána situace v jednotlivých krajích, respektive jednotlivých vybraných obcích.

1. Dostupnost sociálních služeb z pohledu pracovníků krajských úřadů

1.1 Koncepce šetření a charakteristika vzorku

Záměrem výzkumné sondy mezi vedoucími odborů sociálních věcí (odborů sociálních věcí a zdravotnictví) krajských úřadů bylo porovnat několik základních charakteristik vypovídajících o regionální dostupnosti sociálních služeb v krajích. Zjišťování se zaměřilo pouze na vybrané charakteristiky a neumožňovalo detailní analýzu situace v regionech nebo dostupnosti jednotlivých typů sociálních služeb. Jeho cílem bylo spíše zachycení obecnějších rysů současné situace, pokud jde o dostupnost sociálních služeb, a vybraných obecnějších předpokladů, které se do ní mohou promítat.

Sledovány byly informace o sociálních službách odpovídajících zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „zákon o sociálních službách“). Zjišťování tak na rozdíl od druhé substudie nezahrnovalo oblast zdravotní péče, oproti ní však naopak zahrnovalo oblast služeb sociální prevence a poradenství.

Šetření mezi pracovníky krajských úřadů se zaměřilo na identifikaci zdrojů informací o sociálních službách, jimiž dotázaní pracovníci disponují, a na zhodnocení případných rozdílů v poskytování sociálních služeb v regionech. Tato druhá otázka byla sledována ze tří různých hledisek - případné rozdíly mezi službami, případné rozdíly mezi různými regiony kraje a případné rozdíly související s obecnějšími geografickými (např. situace v příhraničních regionech) a sídelními, respektive správními předpoklady (krajská města, obce v blízkosti krajského města, obce při hranici s jiným krajem).

V období, kdy byly získány od respondentů odpovědi (listopad 2007-únor 2008), měly již všechny kraje zpracovány první krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (dále jen „krajské plány“).¹ Do krajských plánů byly zahrnuty také informace týkající se dostupnosti sociálních služeb. Údaje týkající se této problematiky však nebyly zahrnuty ve všech krajských plánech. V krajských plánech, jež tyto informace obsahovaly, byly prezentovány odlišné typy údajů, lišila se pozornost věnovaná této otázce i zvolená perspektiva přístupu k ní. Odlišná povaha informací uvedených v dokumentech a jejich charakter² neumožňovaly analyzovat otázku dostupnosti na základě krajských plánů systematictěji (k této otázce srov. krajské plány - viz přehled použitých zdrojů).

Informacemi o sociálních službách v době provedení šetření tedy disponovaly všechny kraje, nicméně tyto informace nebylo možné systematicky zhodnotit. Data získaná v rámci uskutečněného zjišťování tak měla přispět právě k zachycení obecnějších informací o dostupnosti sociálních služeb. Jejich nevýhodou je, že většinou umožňovaly zachytit pouze některé rámcové parametry současné situace a nemohly jít více do hloubky, v některých aspektech také neodpovídaly specifickým charakteristikám kraje (např. vzhledem ke specifickému postavení Hlavního města Prahy se tohoto kraje týkaly pouze některé otázky apod.). Na druhou stranu však bylo takto možné získat ve všech krajích stejně strukturované údaje umožňující příslušnou informaci vyhodnotit ve všech krajích shodným postupem.

¹ V roce 2006 sestavily plán 2 kraje, v roce 2007 (převážně ve druhé polovině roku) 12 krajů.

² Převážně se jednalo o obecná zhodnocení týkající se např. venkovských oblastí apod.

Při šetření byl použit dotazník zasláný pracovníkům odborů sociálních věcí (odborů sociálních věcí a zdravotnictví) všech krajských úřadů. Odpověď se nepodařilo získat pouze od kraje Vysočina. V Jihočeském kraji je agenda sociálních služeb řešena dvěma odděleními (oddělení prevence a humanitních činností se věnuje službám sociální prevence, oddělení sociálních věcí se věnuje službám sociální péče). Za Jihočeský kraj tak byl formulář dotazníku vyplněn ve dvou exemplářích, v jednom případě se odpovědi týkaly služeb sociální prevence a ve druhém služeb sociální péče. Díky tomu bylo možné detailněji zachytit rozdíly mezi oběma oblastmi, na straně druhé to představovalo komplikaci pro vyhodnocení dotazníků. V případě otevřených otázek bylo možné na odpovědi od pracovníků obou oddělení pohlížet jako na jednu odpověď obsahující vyjádření ke dvěma aspektům. V případě uzavřených otázek však bylo možné společně s odpověďmi dalších respondentů posuzovat pouze ty odpovědi respondentů z krajského úřadu Jihočeského kraje, na kterých se shodovali pracovníci obou oddělení. V případě, že byla situace v oblasti služeb sociální péče a v oblasti služeb sociální prevence hodnocena odlišně, nebylo možné vycházet ani pouze z výpovědi pracovníků jednoho z oddělení, ani nebylo možné obě odpovědi sloučit do jedné (volba možnosti nacházející se mezi odpověďmi obou respondentů by byla spíše zkreslující). V těchto případech proto nebyly rozdílné odpovědi na otevřené otázky od těchto respondentů do vyhodnocení situace zařazeny a bylo na ně nahlíženo jako na chybějící hodnoty.

Získané odpovědi představují informované výpovědi reflektující situaci v regionu, nicméně jedná se o individuální reflexi konkrétního pracovníka a o situaci v kraji nemusejí vždy vypovídat zcela přesně. Z tohoto důvodu také nelze údaje využít ke srovnání situace v jednotlivých krajích. Dále v textu jsou proto uvedeny pouze souhrnné výsledky a zjištění nejsou srovnávána mezi jednotlivými kraji.

1.2 Zdroje informací o sociálních službách

Jak vyplynulo již z pasáže přibližující informace dostupné v krajských plánech, informacemi o sociálních službách v době provedení šetření disponovaly všechny kraje. Za **dostatečné** považovalo informace o sociálních službách 10 dotázaných. Šest z nich je hodnotilo jako zcela dostačující. Dostatek základních informací, potřebu jejich doplnění či omezené množství o určitém typu sociálních služeb (odborné sociální poradenství) konstatovali tři dotázaní. Další respondent konstatoval, že data, jimiž kraj disponuje, vyhovují částečně.

V jednom kraji se k této otázce nevyjádřil ani jeden z respondentů, kteří jej reprezentovali, další respondent se vyjádřil k připravované aktualizaci krajského plánu. Jako nedostatečné hodnotil informace pouze jediný respondent.

Dále byly mapovány **zdroje informací** o sociálních službách, které byly využity pro potřeby sestavení krajského plánu rozvoje sociálních služeb. Pro tyto účely byla zvolena polootevřená otázka, obsahující deset kategorií zdrojů informací (viz tabulka) a možnost jejich doplnění samotnými respondenty. Možnosti doplnit nabídnutý okruh zdrojů využili pouze pracovníci pěti krajských úřadů, nicméně v některých případech se jednalo o zdroje dat se srovnatelnou nebo i vyšší relevancí než u některých kategorií zařazených do nabídnutého seznamu (podstatné byly především údaje z Registru poskytovatelů sociálních služeb a dotační žádosti poskytovatelů³). Respondenti uváděli také některé další specifické zdroje dat: benchmarkingové údaje z krajské databáze,

³ V jednom případě nebyl poskytovatel dotací blíže specifikován, jeden respondent uváděl údaje o žadatelích dotace od MPSV, další naopak údaje o žadatelích z krajských dotačních programů.

1. Dostupnost sociálních služeb z pohledu pracovníků krajských úřadů

vlastní analytické materiály zpracovávané odborem sociálních věcí, bezpečnosti a problematiky menšin a informace od krajem zřizovaných organizací.

Z možností, které byly kategorizovány a respondenti označili, zda je využívají, v nabídnutém seznamu, byly nejvýznamnějšími zdroji informací podklady zpracované obcemi při přípravě obecních plánů rozvoje sociálních služeb, konzultace s úředníky obecních úřadů na území kraje a podněty od zástupců poskytovatelů sociálních služeb diskutované při přípravách krajského plánu rozvoje sociálních služeb. Nejméně využívány byly jako zdroje informací podněty od uživatelů sociálních služeb (či potencionálních uživatelů), kteří se přípravy plánu neúčastní, a podněty poskytovatelů zdravotní péče.

Tabulka č. 1 **Zdroje informací pracovníků krajských úřadů o sociálních službách**

okruh informací	celkem odpovědělo	celkem využívá
podklady zpracované obcemi při přípravě obecních plánů rozvoje sociálních služeb	13	13
konzultace s úředníky obecních úřadů na území kraje	13	13
podněty od zástupců poskytovatelů sociálních služeb diskutované při přípravách krajského plánu rozvoje sociálních služeb	13	12
ankety, šetření, sociologické a demografické analýzy či analýzy sekundárních dat (např. Českého statistického úřadu) zpracované pro účely krajského plánu rozvoje sociálních služeb	13	10
podněty zástupců uživatelů sociálních služeb diskutované při přípravách krajského plánu rozvoje sociálních služeb	13	9
odborné konzultace, analytické materiály, expertní posudky apod.	13	9
podněty poskytovatelů sociálních služeb , kteří se přípravy plánu neúčastní (přímé konzultace, pracovní setkání, odborné semináře, lobbying, dotazníková šetření, rozhovory apod.)	13	7
konzultace s volenými zástupci obecních úřadů na území kraje	12	7
podněty od uživatelů sociálních služeb či jejich potencionálních uživatelů, kteří se přípravy plánu neúčastní (dotazníková šetření, rozhovory v zařízeních poskytujících služby sociální péče či zdravotní péči, dopisy, případně stížnosti občanů apod.)	13	5
podněty poskytovatelů zdravotní péče (přímé konzultace, pracovní setkání, odborné semináře, lobbying, dotazníková šetření, rozhovory apod.)	12	2

Z uvedených zjištění vyplývá, že informace o sociálních službách jsou převážně hodnoceny jako dostatečné. Tyto informace jsou zjišťovány více postupy souběžně, více než pět z baterie deseti nabídnutých zdrojů informací využívalo jedenáct dotázaných. Nejvyužívanějšími zdroji informací byly konzultace se zástupci obcí a využívání informací z obecních střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb (OSPRSS), kontakt s poskytovateli zapojenými do krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb (KSPRSS) a výzkumná šetření či analýzy sekundárních dat.

1.3 Hodnocení rozdílů v dostupnosti sociálních služeb v jednotlivých regionech krajů

Odpověď na otázku, zdali a v jakých oblastech podle dostupných informací existují zásadní rozdíly v dostupnosti sociálních služeb mezi jednotlivými regiony kraje, neodpověděl jeden respondent. V příslušném kraji probíhalo mapování, jehož výsledky nebyly v době realizace průzkumu ještě k dispozici.

Ve všech ostatních krajích respondenti uvedli **celkové hodnocení situace**, v jedenácti z nich kromě toho poukázali také na některé důležité souvislosti nebo ve své odpovědi specifikovali regiony či typy služeb, u nichž jsou zaznamenány rozdíly nejvýraznější.

Neexistenci významnějších rozdílů konstatoval jediný respondent. Není patrně překvapivé, že se jednalo o Hlavní město Praha, které se od ostatních krajů výrazně liší svoji rozlohou a strukturou osídlení, ale i správním uspořádáním. Kromě toho lze uvažovat také řadu dalších významných faktorů, které tuto odlišnost způsobily.

V dalším kraji neexistovaly regionální rozdíly v dostupnosti již pouze u služeb sociální prevence. V pěti krajích se dostupnost sociálních služeb v různých oblastech kraje lišila, v dalších čtyřech případech respondenti poukazovali na horší *vybavenost* některých regionů, *nerovnoměrnou síť služeb* (respektive dobrou v některých regionech a nedostačující v jiných) a *absenci některých sociálních služeb*. Respondenti se tak nevyjádřili přímo k otázce, *zda se v regionech liší dostupnost sociálních služeb*, nicméně existence regionálních rozdílů v uvedených ohledech rozdílnou dostupnost do jisté míry předjírají a oba typy odpovědí jsou v zásadě komplementární. Regionální rozdíly implikovalo také vyjádření pracovníka krajského úřadu Středočeského kraje podle něhož *"některé sociální služby jsou pro uživatele obtížně dostupné a raději si zvolí poskytovatele sociálních služeb v Praze"*. Respondent sice ve své odpovědi hodnotí *dostupnost všeobecně* a z jeho odpovědi není přímo zřejmé, *zda li jsou mezi regiony kraje rozdíly*. Nicméně vyjádření naznačuje, že dostupnost služeb patrně není „stejně obtížná“ ve všech regionech kraje. Z vyjádření totiž plyne, že situace se v případě Středočeského kraje neodvíjí pouze od *vybavenosti* vlastního území kraje, ale je ovlivňováno přítomností hlavního města v centrální části regionu. Tento faktor se přirozeně výrazněji promítne do *dostupnosti služeb* v oblastech Středočeského kraje sousedících s hlavním městem nežli do dostupnosti v oblastech hraničících s jinými kraji (vliv jiných krajských center na situaci ve Středočeském kraji je nepochybně nižší než vliv Prahy). I když se tedy respondent nevyjadřuje přímo k existenci rozdílů v dostupnosti služeb, lze patrně i v tomto případě předpokládat existenci regionálních rozdílů v dostupnosti, především mezi „centrálními“ a „okrajovými“ regiony a u méně obvyklých, respektive více specializovaných sociálních služeb.

Podle deseti respondentů měly rozdíly v dostupnosti sociálních služeb **souvislost** s geografickými, sídelními či správními charakteristikami kraje. Jeden respondent uvedl jiné klíčové regionální charakteristiky (dopravní infrastrukturu a hospodářské charakteristiky regionů). Rozdíly mezi různými typy služeb uvedlo sedm dotázaných, z toho dva dotázaní uvedli, které konkrétní služby vnímají v konkrétních regionech jako nedostatečně zajištěné nebo chybějící. Dva respondenti se ve své odpovědi vyjádřili ke kompetencím a úloze samosprávy při poskytování sociálních služeb (role obcí podle typu obce, aktivity kraje).

Geografické, sídelní a správní charakteristiky se v mnoha ohledech prolínaly a nebylo vždy možné jednoznačně přiřadit, který z těchto faktorů převažuje. Například v případě Středočeského kraje je určující **kombinace územních, sídelních i správních charakteristik regionu**, neboť obklopuje jiný kraj, Hlavní město Praha. I v některých dále uváděných případech, kdy bylo možné jednotlivé faktory lépe oddělit, respondenti poukázali na více působících faktorů zároveň.

Velikost sídel (respektive nižší dostupnost služeb v menších obcích) byla jako určující faktor vnímána třemi respondenty. Tři respondenti se věnovali **situaci v okolí větších měst a roli center spádových oblastí**. Ve dvou případech byly v krajském městě služby zajištěny do té míry, že je využívali také klienti žijící v blízkém okolí krajského města. V případě Středočeského kraje tuto roli zastávalo Hlavní město

Praha. V tomto případě mohou být některé služby na samotném území kraje obtížně dostupné a zájemci o ně z tohoto kraje proto raději vyhledají poskytovatele sociálních služeb v Praze. Struktura a typ osídlení byla zmíněna i dalšími respondenty. Jeden respondent poukázal obecněji na **hustotu osídlení** jakožto určující faktor pro dostupnost služeb v regionu (tj. určující nemusí být pouze působení velkých měst na jejich okolí, ale rozmístění obyvatel v určitém regionu obecněji). Dva respondenti poukázali na **rozdíl mezi městskými a venkovskými oblastmi** (respektive nižší dostupnost služeb ve vesnických oblastech).

Mezi klíčovými geografickými faktory byl jedním respondentem zmíněn **rozdíl mezi centrálními a okrajovými oblastmi kraje** (nižší dostupnost v příhraničních oblastech) a třemi respondenty **nižší dostupnost v hornatých oblastech**.

Tři dotázaní poukázali na lepší dostupnost a širší spektrum sociálních služeb v **krajských městech** oproti jiným oblastem (obdobně se vyjadřoval také pracovník krajského úřadu Středočeského kraje; zde ovšem byla situace s ohledem na charakteristiky regionu odlišná - viz výše). Jeden z nich zároveň poukázal na význam samosprávného uspořádání (obec, obec s pověřeným obecním úřadem /dále jen „obec s POU“/, obec s rozšířenou působností: „*V obci (I) sociální služby nakupují od poskytovatelů sociálních služeb se sídlem v obci s pověřeným obecním úřadem (II) nebo v obci s rozšířenou působností (III).*“

Devět respondentů uvedlo přímo konkrétní **regiony, ve kterých jsou služby zajištěny lépe**, nebo naopak hůře oproti jiným regionům (ve dvou případech byly uvedeny přímo konkrétní typy služeb). S ohledem na to, že dotazník obsahoval samostatnou otázku věnující se přímo tomuto tématu, zde přehled těchto regionů neuvádíme (výčet regionů v obou těchto otázkách se navíc překrýval a pro zpracování je vhodnější dále analyzovaná samostatná otázka s tímto zaměřením). Nicméně za pozornost stojí skutečnost, že větší část pracovníků, kteří připouštějí existenci rozdílů v dostupnosti sociálních služeb na území kraje, má informace o regionech s vyšší, respektive nižší dostupností služeb. Zároveň bylo patrné, že míra informovanosti v této otázce se mezi respondenty liší.

Seďm respondentů v odpovědích uvedlo také **formy poskytování**, respektive **typy sociálních služeb**, u kterých respondenti zaznamenali nejvýraznější regionální rozdíly v jejich dostupnosti. Tomuto aspektu se věnovala samostatná otázka a bude proto dále přiblížen podrobněji, omezíme se proto pouze na výčet nejdůležitějších tvrzení respondentů.

Podle jednoho respondenta byla oproti krajskému městu v ostatních obcích kraje horší dostupnost především služeb sociální prevence. Podle jiného respondenta byl naopak v některých obcích „nadbytek“ sociálních služeb jednoho druhu, např. domovů pro seniory nebo služeb pro zdravotně postižené“. Dalším respondentem byla jako problematická hodnocena dostupnost ambulantních a terénních služeb v malých obcích. V jednom z krajských měst byla zajištěna většina typů sociálních služeb s výjimkou tísňové péče, podle vyjádření dalšího respondenta krajské město „stahuje možné klienty azylových a podobných služeb“. Další respondent uvedl více typů sociálních služeb, u kterých existují výraznější rozdíly v jejich dostupnosti. Ze služeb sociální péče se jednalo o centra denních služeb, denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby, osobní asistenci a ze služeb sociální prevence o domy na půl cesty a terénní programy. Další dva respondenti uvedli, které typy služby v konkrétních regionech chybějí (sociální poradny zajišťující odborné sociální poradenství ambulantně, terénní služby, následná péče pro osoby závislé včetně podporovaného bydlení, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, podporované bydlení

pro osoby vyléčené ze závislosti) nebo jsou v nich hůře dostupné (pečovatelská služba, osobní asistence).

1.4 Sociální služby vyznačující se omezenou dostupností v určitých regionech

Charakteristiku okruhu sociálních služeb, které vykazují nejvýraznější rozdíly z hlediska regionální dostupnosti, uvedli všichni dotázaní, nicméně přitom volili rozličné perspektivy (srovnání pouze služeb sociální péče a služeb sociální prevence, uvedení okruhu služeb podle formy poskytování, cílové skupiny či výčet typů služeb, různé specifikace např. ve vztahu k regionům apod.). V odpovědích respondenti rovněž poukazovali na rozličné aspekty vztahující se k tomuto tématu (uvedení okolností ovlivňujících dostupnost, cílů a priorit kraje apod.).

Pouze obecné rozlišení **skupin sociálních služeb**, respektive **forem jejich poskytování** uvedli dva respondenti. V jednom případě byl konstatován rozdíl mezi krajským městem a zbytkem kraje zejména v zastoupení služeb sociální prevence. U služeb sociální péče se v tomto kraji jejich zastoupení lišilo podle regionů. V některých venkovských oblastech kraje služby nebyly zcela dostupné. Další respondent konstatoval největší rozdíly v regionální dostupnosti terénních služeb a částečně také služeb ambulantních.

Další dva respondenti poukázali nejprve na **kontext služeb v regionu** a dále uvedli **konkrétní typy sociálních služeb** vykazující nejvýraznější rozdíly z hlediska regionální dostupnosti. V jednom případě bylo konstatováno nerovnoměrné zastoupení poskytovatelů na území kraje, ve druhém byla uvedena jednak skutečnost, že spíše než míra dostupnosti se různí kvalita poskytovaných služeb. Zároveň respondent konstatoval, že spíše než regionálně se dostupnost služeb liší podle cílové skupiny, uživatelů, jimž jsou určeny. Nejvíce se tato skutečnost týkala sociálních služeb určených menšinám (bez další specifikace), osobám ohroženým prostitucí a podobně.

Nižší dostupnost určitých typů sociálních služeb konstatovalo sedm respondentů. Jednalo se o tyto typy sociálních služeb:

- domovy se zvláštním režimem (4x),
- podpora samostatného bydlení (4x),
- odborné sociální poradenství (2x),
- pečovatelská služba (2x),
- osobní asistence (2x),
- odlehčovací služby (2x),
- služby následné péče (2x),
- tísňová péče (2x),
- raná péče (2x),
- telefonická krizová pomoc (1x),
- tlumočnické služby (1x),
- centra denních služeb (1x),
- denní stacionáře (1x),

1. Dostupnost sociálních služeb z pohledu pracovníků krajských úřadů

- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (1x),
- domy na půl cesty (1x),
- noclehárny (1x),
- nízkoprahová denní centra (1x),
- terénní programy (1x),
- sociální rehabilitace (1x) a
- intervenční centra (1x).

Služby sociální prevence: domy na půl cesty, intervenční centra, krizová pomoc, terapeutické komunity, terénní programy, sociálně terapeutické dílny. Dalších pět respondentů konstatovalo **absenci či nedostatečnou rozvinutost** určitých typů sociálních služeb. Tato charakteristika dostupnost přirozeně do značné míry implikuje, nicméně tyto charakteristiky se nemusejí plně překrývat. Respondenti jako chybějící nebo nedostatečně rozvinuté označili následující sociální služby, respektive služby s uvedeným zaměřením (použity jsou přesné formulace respondentů, nikoliv služby podle zákona o sociálních službách - poslední čtyři body seznamu):

- terénní sociální služby (2x),
- osobní asistence (2x),
- chráněné bydlení (2x),
- pečovatelská služba (1x),
- krizová pomoc (1x)
- nízkoprahové zařízení pro děti a mládež (1x)
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (1x),
- azylové domy (zejména pro ženy) (1x),
- terénní sociální práce (1x),
- sociální prevence - bezdomovectví (1x),
- služby pro občany společensky nepřizpůsobené (1x) a
- služby pro rodiny se zdravotně postiženými dětmi (1x).

Podle jednoho respondenta nebyly **v konkrétních respondentem specifikovaných oblastech kraje** dostupné krizová pomoc, raná péče a intervenční centra.

Na koncepční úlohu kraje při optimalizaci služeb, respektive na potřebu takovéto činnosti poukázali čtyři respondenti. Dva respondenti poukázali na koncepční otázky, především na:

- podporu služeb, které umožňují setrvání v přirozeném prostředí, především terénních a ambulantních služeb (1x),
- potřebu transformace pobytových služeb tak, aby byly poskytovány v malých a efektivních zařízeních a
- potřebu v rámci probíhající transformace pobytových služeb řešit přetrvávající nežádoucí stav, kdy jsou zařízení pro občany se zdravotním postižením (respektive mentálním postižením) umístěna daleko od nejbližší obce, blízko lesa.

Jedním respondentem byla zmíněna potřeba rozvoje sítě služeb ve dvou konkrétních regionech kraje. Další respondent se zaměřil na otázku zajištění optimálního uspořádání sociálních služeb. Upozornil na skutečnost, že přístup obcí v oblasti služeb sociální prevence podporuje určitý nesoulad mezi zaměřením existujících služeb a poptávkou po službách: „*Ve službách prevence je zřejmě nejvyšší potřebnost v oblasti terénní práce ve vyloučených lokalitách, o níž ovšem není velký zájem obcí. Naopak se velmi rozšiřují nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, vznikají ve stále menších obcích. Stávají se jakýmsi 'standardem občanské vybavenosti' ve vztahu k mládeži; bez jasné odpovědi, zda jsou sociálně potřebné.*“ Respondent jako problematické viděl také skutečnosti, že osobní asistence je velmi nákladná a v podstatě se nově rozvíjí, čímž vznikají v oblasti sociálních služeb nové finanční požadavky, a že obce nemají přílišný zájem provozovat terénní sociální práci ve vyloučených lokalitách.

1.5 Nejlépe regionálně dostupné a nejrozšířenější sociální služby

Jeden respondent neshledával lepší dostupnost u žádného typu sociálních služeb. Podle dalšího respondenta nebylo možné zhodnotit dostupnost pouze podle typů sociálních služeb, podstatné je, jaký přístup k sociálním službám mají cílové skupiny, jimž jsou jejich služby poskytovány.

Dva respondenti uvedli obecnější okruh sociálních služeb vyznačujících se vyšší dostupností (služby pro osoby se zdravotním postižením; lepší - i když nikoliv dostatečné - zajištění služeb sociální péče oproti službám sociální prevence). Konkrétní typy sociálních služeb, které byly regionálně nejlépe dostupné nebo nejrozšířenější uvedlo devět respondentů.

Respondenti uváděli tyto typy sociálních služeb:

- pečovatelská služba (6x),
- pobytové sociální služby (5x), zejména domovy pro seniory (5x) a domovy pro osoby se zdravotním postižením (5x),
- denní stacionáře (2x),
- odlehčovací služby (1x),
- odborné sociální poradenství (1x),
- telefonická krizová pomoc (lepší dostupnost oproti jiným službám vyplývá podle respondenta ze samotné formy poskytování pomoci) (1x),
- osobní asistence (1x),
- domy na půl cesty (1x),
- azylové bydlení (1x) a
- služby určené uživatelům drog - kontaktní centra, terénní programy, služby následné péče atp. (1x).

Jeden z respondentů, který k lepší dostupnosti pobytových sociálních služeb zároveň dodal, že „*v zařízeních poskytujících pobytové služby je potřebné nastartovat proces transformace tak, aby byly poskytovány pouze uživatelům, kteří tento typ služby opravdu potřebují. V souvislosti s tím je nutné pro osoby s nižším stupněm závislosti na pomoci jiné osoby zajistit dostatečnou síť terénních sociálních služeb.*“

1.6 Orientační hodnocení geografické a finanční dostupnosti většiny sociálních služeb pro uživatele v oblastech krajů vymezených nominálními kategoriemi

Respondenti se dále vyjadřovali k otázce geografické a finanční dostupnosti *většiny sociálních služeb pro uživatele* v oblastech definovaných **správními charakteristikami sídel**,⁴ respektive **polohou oblasti** v rámci regionu⁵ nebo na území České republiky.⁶ Mezi sledované typy sídel byla zařazena také kategorie „bývalá okresní města“. Tato charakteristika sice není v současnosti určující z hlediska pravomocí obecní samosprávy ani pro oblast sociálních služeb a zdravotní péče, nicméně lze předpokládat, že se může promítat do jejich vybavenosti, dostupnosti, případně kvality jejich poskytování (především z historických důvodů). Tento předpoklad samozřejmě není automatický, právě za účelem ověření jeho platnosti však byla tato kategorie zařazena.

V některých krajích nebyly relevantní všechny sledované kategorie. Pro Středočeský kraj nebyly relevantní kategorie „území krajského města“ a „příhraniční oblasti“, s ostatními kraji nebyla porovnatelná ani kategorie „obce v blízkosti krajského města“, neboť ta odkazuje v tomto případě na jiný kraj. Pro Hlavní město Praha nebyly relevantní kategorie „obce v blízkosti krajského města“, „bývalá okresní města“, „obce při hranicích mezi okresy“ a „příhraniční oblasti“. V těchto případech nebyly tyto dva kraje zahrnuty do srovnání společně s respondenty, kteří se k otázce nevyjádřili.

Zvolené kategorie zahrnují typy sídel a oblastí s často velmi odlišnými charakteristikami. Již z jejich definice tak lze očekávat, že dostupnost sociálních služeb se v závislosti na těchto kategoriích bude lišit. Samotnou existenci rozdílů v dostupnosti v závislosti na nich tak určitě nelze považovat za nikterak překvapivou. Tuto možnost totiž zakládá již skutečnost, že kategorie spadají do dvou odlišných skupin:

1. Sídla a oblasti, v nichž lze předpokládat v zásadě **lepší dostupnost**, tj. „krajské město“, „bývalé okresní město“ a „obce v blízkosti krajského města“. První dvě kategorie můžeme považovat přímo za centra, ať už regionální či lokální (ve druhém případě jde samozřejmě o tvrzení vykazující určitou míru nejistoty). Třetí zmíněná kategorie reprezentuje oblasti navázané na regionální centrum. V tomto posledním případě můžeme předpokládat, že se i v případě nižší vybavenosti sociálními službami v oblasti samotné do dostupnosti služeb pro její obyvatele pozitivně promítá blízkost regionálního centra.
2. Oblasti, v nichž lze předpokládat v zásadě **horší dostupnost**, tj. „obce při hranicích mezi okresy“, „oblasti při hranici s jiným krajem“ a „příhraniční oblasti“. Jedná se o oblasti již z definice zpravidla vzdálené od regionálních a lokálních center.

V dalším textu se soustředíme na rámcovou charakteristiku zjištěných rozdílů. Četnosti výskytu odpovědí jsou totiž vzhledem ke koncepci průzkumu (odpovědi není možné chápat jako měřitelné indikátory; počet respondentů je malý) pouze orientační.

⁴ Sledovány byly jednak platné správní charakteristiky sídla (krajské město), jednak správní charakteristiky aktuálně již neplatné, které však i nadále mohly být pro současnou situaci určující (bývalé okresní město).

⁵ obce v blízkosti krajského města, obce na hranici okresů

⁶ příhraniční oblasti

Z tohoto důvodu se nejvíce jako vhodné porovnávat mezi sebou všechny sledované typy geografických oblastí, ale spíše samostatné srovnání oblastí v první skupině a samostatné srovnání oblastí ve skupině druhé a následně srovnání obou obecnějších skupin a celkové zhodnocení.

Nejprve budou vyhodnoceny odpovědi respondentů týkající se geografické dostupnosti sociálních služeb a posléze odpovědi týkající se finanční dostupnosti sociálních služeb.⁷ Následovat bude srovnání obou těchto aspektů.

Geografická dostupnost většiny sociálních služeb pro uživatele byla nejvyšší na území krajského města, v nichž byla většina sociálních služeb hodnocena srovnatelnými počty respondentů jako „velmi dobře dostupná“ a jako „vcelku dostupná“. „Obtížná dostupnost“, ani „praktická nedostupnost“ nebyly konstatovány žádným respondentem. Hodnocení dostupnosti většiny sociálních služeb v obcích v blízkosti krajského města a v bývalých okresních městech bylo v zásadě srovnatelné. V obou těchto typech oblastí většina respondentů hodnotila dostupnost většiny sociálních služeb jako „vcelku dostupnou“. Mírně příznivější hodnocení bylo z těchto dvou typů oblastí zaznamenáno v bývalých okresních městech.

Mezi oblastmi, u nichž byla předpokládána nižší dostupnost,⁸ bylo zaznamenáno v zásadě srovnatelné hodnocení geografické dostupnosti. V obcích při hranici mezi okresy byla sice jedenkrát zaznamenána také kategorie „praktická nedostupnost“ (u jiných oblastí se nevyskytla vůbec), nicméně ve srovnání s dalšími dvěma typy oblastí byla v těchto oblastech dostupnost většiny sociálních služeb hodnocena jako „vcelku dostupná“ v nejvíce krajích. K dostupnosti většiny sociálních služeb v oblastech při hranici s jiným krajem a v příhraničních oblastech se však vyjádřila pouze přibližně polovina dotázaných.

⁷ Komplikovaný vztah mezi zajištěním finanční a dopravní dostupnosti naznačuje vyjádření respondenta, podle něhož je pro některé uživatele služba obtížně dostupná kvůli „jízdě za službou na větší vzdálenost, velké časové ztrátě, špatnému spojení. Služby které do těchto oblastí dojíždějí (pečovatelská služba, dovoz obědů), jsou pro větší dojezdovou vzdálenost dražší než v místě sídla služby“. Je potřebné zároveň reflektovat také to, že geografický a finanční aspekt dostupnosti představují pouze dvě možná hlediska. Jak doplnil jeden dotázaný, problémem může být i při dobré geografické dostupnosti nedostačující kapacita existujících zařízení: „Většina druhů sociálních služeb je v blízkosti krajského města geograficky dostupná (ve smyslu jejich zastoupení), nejasná je však dostatečnost kapacity jednotlivých druhů služeb.“ Další respondent poukázal na související otázku existence pořadníků čekatelů, kdy i geograficky dostupné zařízení nemusí být pro zájemce dostupné, neboť ten musí čekat na volné místo. Tyto další aspekty překračovaly rámec provedeného zjišťování.

⁸ Jeden respondent nehodnotil geografickou dostupnost sociálních služeb ani v obcích při hranicích mezi okresy ani v oblastech při hranici s jiným krajem. Poukázal na skutečnost, že odpověď na uvedenou otázku „nelze obecně specifikovat: jak která hranice [mezi okresy, respektive kraji], někde [je] vcelku dostupná a někde prakticky nedostupná.“ Další respondent doplnil, že do geografické dostupnosti v příhraničních oblastech patrně intervenují také další významné faktory, neboť obce v těchto oblastech jsou „většinou oblastmi horskými s řídkým osídlením, obce jsou malé a od sebe velmi vzdálené.“

1. Dostupnost sociálních služeb z pohledu pracovníků krajských úřadů

Tabulka č. 2 **Hodnocení geografické dostupnosti většiny sociálních služeb pro uživatele v oblastech krajů vymezených nominálními kategoriemi**

	většina sociálních služeb je geograficky				pro hodnocení dostupnosti není dostatek informací	validní odpovědi	bez odpovědi / netýká se
	dostupná velmi dobře	vcelku dostupná	obtížně dostupná	prakticky nedostupná			
území krajského města	6	4			1	11	2
obce v blízkosti krajského města	1	8	1		1	11	2
bývalá okresní města	3	8			1	12	1
obce při hranicích mezi okresy		5	3	1	2	11	2
oblasti při hranici s jiným krajem		3	2		6	11	2
přihraniční oblasti		2	4		4	10	3

V hodnocení geografické dostupnosti většiny sociálních služeb byl mezi oběma skupinami oblastí zaznamenán zřetelný rozdíl. To v podstatě potvrzuje předpokládané zařazení obou oblastí do skupin s vyšší, respektive nižší dostupností sociálních služeb. Zatímco v první skupině (s předpokládanou vyšší dostupností) je hodnocení značně pozitivní (dostupnost většiny sociálních služeb byla *převážně* hodnocena jako „vcelku dostupná“ a *zčásti* jako „velmi dobrá“), u druhé skupiny (s předpokládanou nižší dostupností) byla spíše pozitivní stanoviska („vcelku dostupná“) zastávána *srovnatelným počtem respondentů* jako spíše negativní stanoviska („obtížně dostupná“). „Čistě aritmeticky“ tak lze sice hodnocení dostupnosti v těchto oblastech interpretovat jako neutrální, nicméně je potřebné vést v patrnosti, že i hodnocení většiny sociálních služeb jako „vcelku dostupné“ předjímá určité výhrady k jejich dostupnosti. Kritické stanovisko ke geografické dostupnosti sociálních služeb v těchto oblastech tak vyjadřují všichni dotázaní, jakkoli se liší stupeň jejich kritičnosti. V těchto oblastech je zároveň nižší počet respondentů, kteří disponovali informacemi potřebnými k zodpovězení otázky.

Finanční dostupnost většiny sociálních služeb pro uživatele⁹ byla nejvyšší na *území krajského města*. Ve všech oblastech, u nichž byla předpokládána vyšší dostupnost sociálních služeb, byla nejčastěji dostupnost většiny sociálních služeb hodnocena jako „vcelku dostupná“, méně často jako „velmi dobře dostupná“ (nejvíce takto respondenti hodnotili dostupnost většiny služeb v krajském městě). Jako „obtížnou“ hodnotil finanční dostupnost jeden respondent *v obcích v blízkosti krajského města*.

Ve dvou geografických oblastech, v nichž byla předpokládána nižší dostupnost, se k otázce finanční dostupnosti většiny sociálních služeb vyjádřila pouze přibližně polovina dotázaných, v další oblasti přibližně třetina. Z respondentů, kteří finanční dostupnost v těchto oblastech hodnotili, ji ovšem téměř všichni vnímali jako „vcelku dostupnou“. Situace ve všech třech typech oblastí v této skupině tak byla zcela srovnatelná.

⁹ Jeden respondent poukázal na skutečnost, že finanční dostupnost služby pro uživatele dle jeho názoru „zahrnuje nejenom cenu za službu, ale také cenu za dopravu a čas strávený na cestě za službou (platí především pro uživatele žijící při hranicích).“

Tabulka č. 3 **Hodnocení finanční dostupnosti většiny sociálních služeb pro uživatele v oblastech krajů vymezených nominálními kategoriemi**

	většina sociálních služeb je finančně				pro hodnocení dostupnosti není dostatek informací	validní odpovědi	bez odpovědi / netýká se
	dostupná velmi dobře	vcelku dostupná	obtížně dostupná	prakticky nedostupná			
území krajského města	4	5			3	12	1
obce v blízkosti krajského města	2	5	1		3	11	2
bývalá okresní města	2	7			3	12	1
obce při hranicích mezi okresy		6	1		4	11	2
oblasti při hranici s jiným krajem		5			7	12	1
přihraniční oblasti		4			6	10	3

Také v případě finanční dostupnosti se potvrdil předpoklad rozdělení a zařazení typových oblastí do skupin oblastí s vyšší, respektive nižší dostupností. Zatímco ve skupině oblastí s předpokládanou vyšší dostupností sociálních služeb byla zaznamenána zřetelně pozitivní stanoviska („dostupná velmi dobře“), druhou skupinu oblastí již všichni nebo téměř všichni dotázaní, kteří dostupnost většiny sociálních služeb v dané oblasti hodnotili, hodnotili spíše pozitivně, tj. (většinu sociálních služeb vnímali jako „vcelku dostupnou“). V této druhé skupině geografických oblastí byl také nižší počet respondentů, kteří disponovali informacemi potřebnými k zodpovězení otázky.

Ze srovnání mezi hodnocením geografické a finanční dostupnosti většiny sociálních služeb pro uživatele ve vybraných oblastech vyplynulo příznivější hodnocení finanční dostupnosti oproti dostupnosti geografické. Finanční dostupnost byla oproti dostupnosti geografické hodnocena jako lepší ve čtyřech typech oblastí, zatímco opačná situace byla zaznamenána ve dvou oblastech (*území krajského města, bývalá okresní města*). Rozdíly mezi hodnocením geografické a finanční dostupnosti byly v obou těchto případech málo výrazné. V obou případech se přitom jednalo o geografické oblasti, v nichž byla dostupnost z obou aspektů hodnocena velmi příznivě.

Pro celé území kraje nebylo souhrnné hodnocení geografické a finanční dostupnosti sociálních služeb srovnatelným způsobem sledováno. Lze sice předpokládat, že by v takovém případě byly patrně získány podobné poznatky o geografické a finanční dostupnosti, nicméně jedná se pouze o předpoklad a porovnání obou aspektů dostupnosti na celém území kraje nelze z výše uvedených skutečností dovozovat.

Zjevné jsou také menší rozdíly mezi sledovanými typy geografických oblastí při hodnocení finanční dostupnosti oproti dostupnosti geografické. To se týká všech šesti sledovaných oblastí, patrné je to však především ve srovnání skupin oblastí s předpokládanou vyšší, respektive nižší dostupností.

1.7 Regiony a typy regionů s obtížnější geografickou dostupností sociálních služeb

K otázce, ve kterých regionech byla geografická dostupnost sociálních služeb obtížnější, se vyjádřili všichni dotázaní. V devíti krajích byl uveden výčet konkrétních regionů, nicméně kromě něho byly zpravidla vyjmenovány také další významné charakteristiky týkající se regionů vyznačujících se obtížnější dostupností (v 8 krajích), obecnější zhodnocení situace (2 kraje), bylo uvedeno srovnání situace v různých regionech (4 kraje) nebo bylo poukázáno na nějaký specifický faktor, který se do situace promítá (1 kraj).

Jeden respondent sice konstatoval obtížnější geografickou dostupnost sociálních služeb v příhraničních oblastech, zároveň však uvedl, že **celkovou situaci** nevnímá jako problémovou. Naopak další respondent při obecnějším hodnocení situace vyjádřil názor, že územní rozložení sociálních služeb není na území kraje příliš rovnoměrné.

Srovnání oblastí s lišící se dostupností sociálních služeb obsahovala odpověď čtyř respondentů. Dvěma respondenty byla konstatována odlišná situace ve velkých městech a v malých obcích, dva respondenti poukázali na rozdíly mezi městskými a venkovskými oblastmi.

Charakteristiky regionů s obtížnější dostupností sociálních služeb byly uvedeny respondenty z osmi krajů (dále uváděné charakteristiky byly v některých případech uvedeny současně). Obtížnější dostupnost v souvislosti s hustotou osídlení byla konstatována ve dvou krajích. Podle tří dotázaných patřily mezi regiony s obtížnější dostupností horské regiony. Pět respondentů zmínilo obce, které byly příhraničním či okrajovým regionem, v hlavním městě Praha platila podobná situace v okrajových městských částech. Ve Středočeského kraji byly jako regiony se ztíženou dostupností hodnoceny také regiony v okolí hlavního města, v nichž se *„určitý typ sociální služby nacházel na druhé straně kraje a poskytovatel musel čelit náročnosti dopravy ještě přes území hlavního města Prahy.“* Tvrzení respondenta nahlíží situaci spíše z pozice poskytovatelů sociálních služeb působících v tomto kraji. Naproti tomu dostupnost řady sociálních služeb pro jejich uživatele může blízkost hlavního města naopak zvyšovat. I přes to je však potřebné vést v patrnosti respondentem uvedenou komplikaci ovlivňující dostupnost, respektive poskytování sociálních služeb v regionech v blízkosti hlavního města. Jeden respondent poukázal na umístění pobytových zařízení na odlehlých místech. Tato skutečnost podle něho zhoršuje jejich návaznost na další služby.

Konkrétní regiony, v nichž respondenti konstatovali obtížnější dostupnost sociálních služeb, shrnuje tabulka č. 4.

Tabulka č. 4 **Přehled regionů s obtížnější geografickou dostupností sociálních služeb v krajích**

kraj	regiony
Jihočeský kraj	služby sociální péče: tábořský okres při hranicích s Jindřichohradeckem, Jindřichohradecko a příhraniční oblasti služby sociální prevence: Jindřichohradecko, Pošumaví
Královéhradecký kraj	Broumovsko, okolí Hradce Králové, horské oblasti
Liberecký kraj	Frýdlantský výběžek, Ralsko, Jilemnicko
Moravskoslezský kraj	Bruntálsko, Krnovsko (Osoblažsko), Rýmařovsko, Novojičínsko
Olomoucký kraj	Jesenicko, Šumpersko, Přerovsko, Konicko
Pardubický kraj	jižní část Pardubického kraje a Králicko.
Středočeský kraj	Mnichovo Hradiště, Čáslav, Slaný a Rakovník.
Ústecký kraj	okres Louny, oblast Šluknovského výběžku, některé části okresu Chomutov (Vejprty)
Zlínský kraj	obce s rozšířenou působností Bystřice pod Hostýnem, Holešov, Luhačovice, Vizovice, Valašské Klobouky

1.8 Regiony a typy regionů s výrazně lepší geografickou dostupností sociálních služeb

K otázce, ve kterých regionech byla výrazně lepší geografická dostupnost sociálních služeb, se vyjádřili všichni dotázaní. Ve dvanácti krajích byly uvedeny konkrétní části kraje s výrazně lepší dostupností sociálních služeb, jeden respondent uvedl pouze obecné hodnocení („větší města“).

Krajské město (případně včetně jeho okolí či širšího regionu) bylo uvedeno ve všech regionech, kde tato charakteristika připadala pro rozlišení geografické oblasti v úvahu (tj. s výjimkou hlavního města Prahy a Středočeského kraje). Pouze krajské město uvedl jeden respondent. Čtyři respondenti uvedli konkrétně krajské město (z toho třikrát včetně jeho okolí) a u dalších oblastí s výrazně vyšší dostupností specifikovali pouze jejich typovou charakteristiku („města“, „větší obce“, „bývalá okresní města“, „obce s rozšířenou působností“). Další tři respondenti uvedli společně s krajským městem další města vyznačující se výrazně lepší dostupností sociálních služeb. Z toho v jednom případě bylo uvedeno, že se jedná o obce s rozšířenou působností, respektive bývalá okresní města. Tři respondenti uvedli konkrétní okresy (uvedeno 1x) nebo oblasti (3x). V hlavním městě Praha byla vyšší dostupnost ve „vnitřní Praze (bez MČ Praha 1)“. Důvodem této situace podle respondenta byla koncentrace sociálních služeb do centra města, ovšem s výjimkou Prahy 1 (ta se vyznačuje specifickým charakterem, především malým počtem rezidentů).

1. Dostupnost sociálních služeb z pohledu pracovníků krajských úřadů

Tabulka č. 5 **Přehled regionů s výrazně lepší geografickou dostupností sociálních služeb v krajích (řazení podle úrovně konkretizace odpovědi / typu oblasti)**

kraj	úroveň konkretizace odpovědi / typ oblasti	odpověď respondenta
Plzeňský kraj	krajské město	Plzeň
Olomoucký kraj	krajské město a jiné oblasti kraje, jež nejsou konkretizovány	Olomoucko a města
Pardubický kraj	krajské město a jiné oblasti kraje, jež nejsou konkretizovány	Pardubice a okolí, větší obce (okresní města)
Jihomoravský kraj	krajské město a jiné oblasti kraje, jež nejsou konkretizovány	Brno a bývalá okresní města
Jihočeský kraj	krajské město a jiné oblasti kraje, jež nejsou konkretizovány	služby sociální péče: České Budějovice a jejich okolí, bývalá okresní města a jejich okolí a většina obcí s rozšířenou působností. služby sociální prevence: České Budějovice
Královéhradecký kraj	konkrétní města	Hradec Králové, Jičín, Rychnov nad Kněžnou
Středočeský kraj	konkrétní města	Černošice, Říčany, Brandýs n.L. - Stará Boleslav
Zlínský kraj	konkrétní obce s rozšířenou působností / konkrétní bývalá okresní města	obce s rozšířenou působností: Zlín (krajské město), Kroměříž, Uherské Hradiště, Vsetín (bývalá okresní města)
Ústecký kraj	konkrétní oblasti, okresy	okresy Ústí nad Labem, Litoměřice, Most; oblast Děčína
Liberecký kraj	konkrétní oblasti	Liberecko, Českolipsko, Jablonecko
Moravskoslezský kraj	konkrétní oblasti	Ostravsko, Opavsko, Karvinsko
hlavní město Praha	části města	vnitřní Praha (bez MČ Praha 1)

1.9 Prostředky a opatření ke zvýšení geografické dostupnosti sociálních služeb

Prostředky, jimiž kraj usiluje o zvýšení geografické dostupnosti sociálních služeb v oblastech s jejich nízkou dostupností, byly blíže charakterizovány v jedenácti krajích, jeden respondent uvedl, že takovými prostředky v době dotazování kraj nedisponoval. Další respondent pouze obecně konstatoval, že kraj usiluje o „rozšíření sítě poskytovatelů sociálních služeb rovnoměrně po celém regionu kraje“.

Šest respondentů uvedlo, že k tomuto účelu slouží strategie, která byla navržena v krajském střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb, podle dalšího respondenta zvýšení dostupnosti v těchto oblastech umožní strategická koncepce rozvoje sociálních služeb. V jednom kraji byl v této souvislosti zmíněn nově připravovaný krajský plán.

Pokračování procesu plánování rozvoje sociálních služeb nebo zpracování plánu pro další období jako významné aktivity v této oblasti uvedli tři dotázaní. Metodickou podporu procesů komunitního plánování uvedli rovněž tři respondenti, stejně tak jako konzultace s pracovníky obcí. Konzultace s poskytovateli uvedl jeden dotázaný. Výzkum potřeb veřejnosti byl uveden třemi respondenty. Ve těchto třech krajích ke zvýšení dostupnosti sociálních služeb přispívala také realizace a výstupy analýzy poskytovatelů, analýzy potřeb poskytovatelů, respektive mapování regionální distribuce sociálních služeb na území kraje.

Tři respondenti uvedli finanční podporu (z toho jednou ve vazbě na priority krajského plánu), v jednom případě byla uvedena podpora hospodářsky slabých

oblastí. Dva respondenti předpokládali zpracování samostatného projektu (respektive samostatných projektů) ve vazbě na priority krajského plánu. Ve třech krajích byla mezi prostředky ke zvýšení dostupnosti sociálních služeb zařazena podpora nových sociálních služeb (1x), podpora prioritních sociálních služeb (1x terénní pečovatelská služba, 1x detašovaná pracoviště pro poskytování odborného sociálního poradenství, 1x podpora terénních sociálních služeb v oblastech s jejich nižší dostupností) a podpora projektových záměrů (1x).

1.10 Sdílení a výměna informací o situaci v sousedících krajích

Respondenti dále ve svých odpovědích hodnotili, jaké jsou jejich informace o typech sociálních služeb, které jsou dostupné v přilehlých oblastech sousedních krajů a mohou být vzhledem ke geografické dostupnosti využívány také občany jejich kraje.

Sedm respondentů uvedlo, že má „pouze omezené informace, respektive nedostatečný přehled o těchto službách“. Informace jako „velmi dobré“, respektive přehled o službách v sousedících regionech jako „dostatečný“ hodnotil jeden respondent, „poměrně dobré informace“, respektive „částečný přehled“ uvedli čtyři dotázaní. Jeden dotázaný nedisponoval „žádnými informacemi“.

Výměna informací mezi sousedícími kraji byla osmi respondenty hodnocena jako „pouze omezená“. Tři respondenti ji hodnotili jako „žádnou nebo téměř žádnou“. Naopak, podle dvou respondentů byla spolupráce „poměrně intenzivní“. Jako „velmi intenzivní“ ji nehodnotil žádný dotázaný.

Respondenti měli dále možnost blíže specifikovat např. formy spolupráce, rozdíly mezi jednotlivými kraji apod. Komentář k hodnocení intenzity spolupráce byl doplněn ve třech krajích. Jeden z respondentů upřesnil formy spolupráce a možné zdroje informací: *„vlastní iniciativy mezi krajskými úřady, výměna pracovních zkušeností, setkávání se na poradách, školeních a při příležitosti pořádání seminářů a školení, informace na webu krajů.“* Další respondent poukázal na rozdíly v intenzitě spolupráce mezi třemi sousedícími kraji. Situaci podle něho může zlepšit *„důsledné mapování sociálních služeb prostřednictvím krajských plánů rozvoje sociálních služeb.“* Další respondent se vyjádřil v podobném duchu, že *„jediným zdrojem informací je veřejný registr poskytovatelů sociálních služeb, kdy je však obtížně dohledatelná služba, má-li poskytovatel kraj působení rozdílný od kraje, ve kterém sídlí. Problém by byl řešitelný např. katalogy poskytovaných sociálních služeb v kraji.“*

2. Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem

2.1 Koncepce šetření a charakteristika vzorku

2.1.1 Předmět zjišťování, okruh dotazovaných osob a způsob dotazování

Šetření mezi pracovníky obcí s POU se narozdíl od krajského šetření nezaměřovala na všechny sociální služby podle zákona o sociálních službách, ale pouze na oblast služeb sociální péče podle zákona o sociálních službách. Kromě nich byla pozornost věnována také informacím o službách zdravotní péče. Primárně se studie soustředila na podmínky poskytování sociálních služeb, širší souvislosti, intervující faktory apod. Pro účely šetření bylo nezbytné zachytit také údaje o rozsahu poskytování sociálních služeb a zdravotní péče (ty však byly s ohledem na zaměření a koncepci průzkumu popsány pouze souhrnně, jejich procentuální vyjádření či uvedení četností by bylo zkreslující).

Dotazování byli vedoucí sociálních odborů (sociálních věcí a zdravotnictví) vybraných obcí POU. Jejich odpovědi lze chápat jako informované výpovědi, jež ovšem mohou být ovlivněny okruhem informací, které mají dotazování k dispozici, i jejich vlastními stanovisky.

Pro účely této studie byla realizována dvě samostatná zjišťování v rozmezí dvou let. První se uskutečnilo v období před nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006), druhé bylo realizováno v kontextu nové legislativní úpravy (2008). Při obou šetřeních byly použity dotazníky, v nichž převažovaly otevřené otázky.

Varianta dotazníku z roku 2008 vychází ze zjišťování z roku 2006 a v podstatě jej (s výjimkou několika drobnějších úprav a doplnění) kopíruje. S ohledem na snahu usnadnit respondentům zodpovězení dotazníku a umožnit vzájemnou konfrontaci konkrétních, v rámci první vlny zjišťování uvedených stanovisek byly některé otázky formulovány mírně odlišně a ve formuláři dotazníku pro konkrétní obec byla u některých otázek uvedena odpověď získaná předchozím šetřením.

Přeformulování některých otázek ve verzi dotazníku z roku 2008 souviselo se zpřesněním a aktualizací některých otázek. Jednalo se především o odkazy na již platný zákon o sociálních službách a otázky týkající se střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb.

Konfrontace nových odpovědí respondentů v roce 2008 s hodnocením zjištěným v roce 2006 (předvyplněném v individuálně rozesílaných dotaznících) měla především podnítit k reakcím na dříve uvedené skutečnosti. Měla také umožnit, aby respondenti mohli dřívější hodnocení doplnit o nové skutečnosti, aniž by museli opakovaně uvádět, v jakých ohledech se situace výrazněji nezměnila (respektive aby bylo z odpovědi respondenta jednoznačně zřejmé, kdy se situace ve dříve uvedených ohledech změnila a kdy nikoliv). Tento „konfrontační přístup“ měl také zajistit uvádění srovnatelných

okolností, respektive to, aby v případě poukázání na odlišné aspekty v každém šetření bylo zřejmé, že se jedná o doplnění, případně že vyvstaly nové okolnosti.

Přístup byl zvolen také s ohledem na snahu motivovat respondenty k účasti na šetření. Možnost reakce na dřívější odpovědi respondentům usnadňovala odpověď a činila pro ně přijatelnějším opakované zapojení do šetření. Účel opakovaného zjišťování byl respondentům objasněn v průvodním dopise, nicméně pro úspěšné opakování šetření bylo potřebné respondentům maximálně ulehčit vyplňování dotazníku, k čemuž zvolený přístup přispíval.

S touto skutečností souvisí také výrazný limit zvoleného přístupu, kdy se respondenti mohou omezit „pouze“ na „aktualizaci“ těch aspektů, jimž se věnovali v předchozím šetření. Může tak dojít k určitému zúžení spektra možných odpovědí. V případě, že nedojde ke změnám právě v těch ohledech, jež byly zmiňovány v dřívějším šetření, může tak při opakovaném šetření respondent konstatovat, že nedošlo k žádným změnám a tato odpověď nemusí být zcela přesná. Z tohoto důvodu byla většina otázek formulována tak, aby respondent mohl v rámci své odpovědi jednak uvádět změny oproti hodnocení uvedeném v roce 2006, jednak doplnit jakékoli další klíčové informace o situaci v roce 2008. Vzhledem k popsáním odlišnostem mezi dotazníky použitými v každé vlně zjišťování jsou i přes značnou podobnost v příloze uvedeny obě varianty dotazníku.

Při výběru vzorku bylo zvoleno specifické výběrové kritérium - do zkoumaného vzorku byly zahrnuty pouze obce nacházející se při hranici tří vybraných krajů. Do šetření nebyly zahrnuty příhraniční regiony, jakožto regiony vyznačující se v tomto ohledu podobnými charakteristikami, avšak charakterizované dalšími strukturálními odlišnostmi.¹⁰

2.1.2 Výběr a orientační charakteristika vybraných obcí

Vybráno bylo osm obcí s pověřeným obecním úřadem při hranicích Jihočeského, Plzeňského a Středočeského kraje. Do šetření byly zahrnuty obecní úřady obcí s POU Březnice, Mirovice a Mirovice a Rožmitál pod Třemšínem a obecní úřady disponující zároveň rozšířenou působností Blatná, Horažďovice, Nepomuk a Příbram. Území obce s rozšířenou působností Příbram zároveň zahrnovalo území dalších dvou sledovaných pověřených obcí, Březnice a Rožmitálu pod Třemšínem.

Sledovaná oblast rozhodně netvoří homogenní celek. Nejen s ohledem na gesci tří různých krajských samospráv, ale také s ohledem na lišící se obecní statuty jednotlivých sledovaných obcí, rozlohu jejich území či počet obyvatel. S výjimkou toho, v jakém kraji se obec nachází, jsou uvedené charakteristiky vzájemně velmi těsně provázány a lze na jejich základě zkoumaný vzorek rozdělit na tři skupiny:

- **obce Březnice, Mirovice, Mirovice, Rožmitál pod Třemšínem** - obce s POU, počet obyvatel žijících ve správním obvodu obce s POU mezi třemi až sedmi tisíci,
- **obce Blatná, Horažďovice a Nepomuk** - obce s rozšířenou působností, na jejichž území se nenachází další obec s POU, počet obyvatel žijících ve správním obvodu obce s rozšířenou působností (a tedy i v obvodu obce s POU) mezi 10 a 15 tisíci a

¹⁰ Orientační hodnocení geografické a finanční dostupnosti pracovníky krajských úřadů (srov. kapitola 1.6) nenaznačilo existenci rozdílů mezi oblastmi při hranici krajů a obcemi při hranici okresů, respektive v příhraničních oblastech. Tento poznatek hovoří proti předpokládaným výraznějším odlišnostem mezi těmito třemi typy oblastí, nicméně jedná se pouze o indikativní údaj a na jeho základě nelze automaticky činit závěr, že mezi uvedenými typy oblastí žádné rozdíly nejsou.

- **obec Příbram** - obec s rozšířenou působností, na jejímž území se nacházejí další obce s POU, počet obyvatel ve správním obvodu obce s rozšířenou působností téměř 70 000, počet obyvatel ve správním obvodu obce s POU přes 50 000.

Vnitroskupinové podobnosti a rozdíly oproti dalším skupinám ovšem nelze přeceňovat. Kromě skutečnosti, že jde o obce z různých krajů, se také mezi těmito třemi skupinami obcí objevují významné rozdíly v různých dalších oblastech (např. oproti ostatním sledovaným obcím je zřetelně nižší míra nezaměstnanosti v obcích Březnice a Nepomuk, jež přitom podle popsání rozdělení reprezentují odlišné skupiny).

2.1.3 Hodnocení regionální dostupnosti sociálních služeb pracovníky příslušných krajských úřadů

V této podkapitole bude v krátkosti přiblíženo hodnocení regionální dostupnosti sociálních služeb pracovníky krajských úřadů v krajích, v nichž se vybrané obce nacházejí (tj. v Jihočeském, Plzeňském a Středočeském kraji). Text této podkapitoly tak bude vycházet ze zjišťování mezi pracovníky krajských úřadů, nicméně shrnutý již budou pouze ty charakteristiky, které se úzce dotýkají také témat sledovaných v rámci šetření mezi pracovníky obecních úřadů s POU. Tato podkapitola tak nebude kopírovat strukturu první kapitoly, ale zaměří se již pouze na hodnocení dostupnosti sociálních služeb v oblastech těchto tří krajů sousedících s jinými kraji a otázky, jež s tímto tématem výrazněji souvisely.

Následující výpovědi nejenže jsou zjištěny od odlišného okruhu dotazovaných osob (a liší se tedy perspektiva dotazovaného), ale především se většinou týkají sociálních služeb obecněji a není v nich odlišována situace v oblasti služeb sociální péče a služeb sociální prevence.¹¹

Ve všech těchto třech krajích bylo poukázáno na regionální rozdíly v dostupnosti sociálních služeb (v Jihočeském kraji však byly rozdíly v dostupnosti sociálních služeb konstatovány pouze pro oblast služeb sociální péče). Žádný z respondentů explicitně nezařadil mezi oblasti s nižší dostupností sociálních služeb žádnou z obcí zahrnutou do vzorku v šetření mezi pracovníky obcí s POU. Ve Středočeském kraji byly oblasti s nižší dostupností sociálních služeb jmenovitě uvedeny, v Jihočeském kraji byly jmenovitě uvedeny některé oblasti s nižší dostupností sociálních služeb (viz dále). V Jihočeském kraji byly dále jako oblasti s nižší dostupností chápány také oblasti vyznačující se specifickými charakteristikami - příhraniční regiony a menší obce. Ačkoliv se druhá charakteristika týkala také obcí zařazených do šetření mezi pracovníky obcí s POU, nelze z uvedené skutečnosti automaticky vyvozovat, že by právě tyto obce patřily k obcím s nižší dostupností. V Plzeňském kraji byla uvedena pouze obecná charakteristika („oblasti s nízkou hustotou osídlení“), ze které také není dostatečně zřejmé, zdali mezi oblastmi s nižší dostupností sociálních služeb figurují také obce, které byly v Plzeňském kraji obslány v rámci šetření mezi pracovníky obcí s POU.

¹¹ Pouze v Jihočeském kraji byla získána dvě zcela samostatná hodnocení těchto dvou oblastí. V případě otevřených otázek byla zařazena, pouze ta hodnocení, na nichž se shodli pracovníci obou oddělení. U otevřených otázek byly zohledněny výpovědi obou respondentů z tohoto kraje (srov. kapitola 1.1). V Jihočeském kraji bylo samozřejmě možné sledovat již pouze výpovědi týkající se služeb sociální péče. Protože ve dvou dalších krajích však zpravidla není možné odlišit vyjádření k oblasti služeb sociální péče a k oblasti služeb sociální prevence, bude i v případě Jihočeského kraje zohledněna teprve odpověď pokrývající obě tyto oblasti.

2. Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem

Respondenti ke svému hodnocení doplňovali také některé určující specifické územní, sídelní a správní charakteristiky krajů, které zakládají nebo mohou zakládat existující rozdíly v dostupnosti sociálních služeb.

Ve **Středočeském kraji** je situace oproti všem ostatním krajům ČR specifická především tím, že sousedí s krajem Hlavním město Praha a nemá vlastní regionální centrum.¹² Rozdíly v dostupnosti naopak patrně utlumuje rozmístění velkých a středně velkých měst na území kraje. Respondent uvedl hned několik větších měst vyznačujících se lepší dostupností sociálních služeb, především v okolí Prahy (Brandýs nad Labem - Stará Boleslav, Černošice, Říčany), kde je zavedena příměstská doprava, která podle respondenta obyvatelům zpřístupňuje sociální služby poskytované v hlavním městě. Nicméně i mezi velkými a středně velkými městy podle respondenta existují rozdíly, respondent uvedl také několik středně velkých měst s nižší dostupností sociálních služeb (Čáslav, Mnichovo Hradiště, Rakovník, Slaný).

Pro **Plzeňský kraj** je naopak signifikantní, že krajské město má v rámci kraje zřetelně dominantní postavení a ostatní města nacházející se na území kraje nehrají zdaleka takovou roli center „spádových oblastí“, jako je tomu v jiných krajích. Také v dostupnosti sociálních služeb je proto v Plzeňském kraji markantnější rozdíl mezi krajským městem a dalšími regiony kraje, nežli je tomu ve většině ostatních krajů.

Jihočeský kraj charakterizuje především to, že patří mezi kraje s největší rozlohou a zároveň figuruje mezi kraji s nižším počtem obyvatel. Především v regionech s nízkou hustotou obyvatel, kde jsou zároveň výrazné vzdálenosti mezi sídly (táborský okres při hranicích s Jindřichohradeckem, Jindřichohradecko) a v příhraničních, většinou horských oblastech tak byla podle respondenta dostupnost sociálních služeb ztížená. Dostupnost sociálních služeb však byla jako dobrá hodnocena v bývalých okresních městech a obcích s rozšířenou působností. Toto vyjádření naznačuje, že obce s pověřeným obecním úřadem samotné nepředstavují „spádové obce“ pro obce prvního typu, ale že obec s rozšířenou působností je z hlediska zajištění sociálních služeb „spádovou obcí“ jak pro obce prvního typu, tak také pro obce s POU nacházející se v jejich „spádovém území“. Všeobecně však lze obce s POU ještě považovat za středně velké obce a sociální služby lze za obtížně dostupné považovat až v nejmenších obcích.

V šetření mezi pracovníky krajských úřadů byla za účelem orientačního srovnání sledována informace o geografické, respektive finanční **dostupnosti většiny sociálních služeb** v obcích v různých typech oblastí. Vzhledem k minimu odpovědí od pracovníků z těchto tří krajů nebylo možné situaci v obcích při hranici krajů porovnat se situací v dalších typech oblastí (izolovaně tento údaj nebyl vzhledem k jeho obecnosti využitelný).

Ve dvou krajích měli respondenti poměrně dobré **informace**, respektive dostatečný **přehled** o typech sociálních služeb, které jsou dostupné v přílehlých oblastech sousedních krajů a mohou být vzhledem ke geografické dostupnosti využívány také občany kraje. Jeden respondent hodnotil informace o těchto službách jako pouze omezené, respektive přehled o nich jako nedostatečný.

Výměna informací o sociálních službách se sousedícími kraji byla v jednom případě považována za „poměrně intenzivní“ a v dalším kraji byla vyhodnocena jako „pouze omezená“. V jednom z těchto tří krajů byla zhodnocena jako „žádná nebo téměř žádná“.

¹² Velmi významným faktorem je bezpochyby také značná rozloha kraje. Také tuto charakteristiku Středočeského kraje je potřebné vést v patrnosti i přesto, že ji respondent nezmiňoval.

Ve všech krajích tedy můžeme pozorovat rozdíly v dostupnosti sociálních služeb a významnou roli specifických charakteristik regionů, které tyto rozdíly do značné míry předurčují. Co do rozdílů v dostupnosti sociálních služeb mezi různými oblastmi kraje se tyto kraje výrazněji neliší od ostatních krajů. Zřetelnou odlišností vybraných krajů naopak je to, že ve všech lze zaznamenat významné charakteristiky, které tyto rozdíly do značné míry zakládají. Zároveň v těchto krajích panuje lepší přehled o službách v sousedních krajích, než je tomu ve všech krajích ČR a také spolupráci mezi kraji v této otázce lze zde hodnotit jako intenzivnější ve srovnání s jinými kraji.

2.1.4 Povaha získaných dat, jejich prezentace a možnosti interpretace

Dále prezentované výsledky ze šetření mezi pracovníky vybraných obecních úřadů s POU nemají obecnou platnost. To ovšem ani nebylo cílem provedených šetření. Hlavním záměrem byla identifikace těch aspektů, které mohou být významné z hlediska realizace sociálních služeb a zdravotní péče na úrovni regionální samosprávy v oblastech, jež nepokrývá (nebo pokrývá jen v omezené míře) činnost organizací působících ve větších a především krajských městech.¹³ Dále předkládaná zjištění se tedy omezují na situaci obcí, u nichž faktor geografické polohy vzhledem k regionálnímu centru patrně nemůže výrazněji přispět k zabezpečení sociálních služeb a zdravotní péče na území obce a obec je tak v obou oblastech vystavena vyšším nárokům.

Získaná data mají spíše kvalitativní povahu, je pro ně výrazně určující jejich kontext (obce na hranici tří krajů). Výsledky nicméně odkrývají některé skutečnosti, které patrně můžeme očekávat i v jiných regionech nacházejících se při hranici sousedících krajů, a naznačují potřebu věnovat regionálním souvislostem soustavnější pozornost.

V rámci šetření provedeném před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách se z osmi odeslaných dotazníků vrátilo sedm (nepodařilo se získat odpovědi pracovníků obecního úřadu v Mirovicích). V opakovaném zjišťování po změně legislativy bylo opět osloveno všech osm vybraných obcí, odpověď byla získána od šesti z nich (odpovědi se nepodařilo získat od pracovníků obecních úřadů v Mirovicích a v Nepomuku).

V dalším textu budou prezentovány pouze agregované poznatky od všech respondentů. Důvodem je malá velikost vzorku, způsob jeho výběru a skutečnost, že odpovědi pracovníků obecních úřadů nejsou měřitelným ukazatelem a při takto malém počtu respondentů není možné na základě nich činit další srovnání. V dalším textu proto nebude zachycena ani situace v jednotlivých sledovaných obcích ani nebudou charakterizovány rozdíly podle výše uvedených tří skupin ani podle okresů, respektive krajů, v nichž se obce nacházejí.

¹³ To samozřejmě nevylučuje iniciativy kraje a nesnižuje význam krajské politiky, především v oblasti rozvoje sociálních služeb. Případné rozdíly v dostupnosti sociálních služeb situací mezi kraji (více k tomu srov. kapitoly 1. a 2.5.3) a v jejich sociální politice ale chápeme jako odlišné faktory. Při vymezení vzorku v této substudii byla klíčovým výběrovým kritériem vyšší vzdálenost od větších měst a situování obcí při hranicích krajů nebo v jejich značné blízkosti.

2.2 Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče

2.2.1 Potřebnost a zajištění služeb v roce 2008

Nejprve byl od respondentů zjišťován **rozsah poskytování sociálních služeb a zdravotní péče**.¹⁴ Vzhledem k malé velikosti vzorku by číselná kvantifikace výsledků mohla být zkreslující a dále v textu jsou proto shrnuty pouze nejvýraznější charakteristiky (respektive změny) týkající se poskytování sledovaných typů služeb na daném území. Účelem otázky bylo především umožnit orientační srovnání pozice jednotlivých typů služeb, zachycení změn mezi oběma periodami sledování a přiblížení širšího pozadí odpovědí na další sledované otázky.

Chráněné bydlení nebylo zajištěno v žádné z dotázaných obcí, přitom se všichni respondenti shodovali, že zajištění této služby by v obci bylo potřebné. U dalších desíti služeb se všichni respondenti shodovali již pouze v otázce, zda je služba realizována, nebo naopak pouze v otázce, zda je služba potřebná.

V žádné z dotázaných obcí tak nebyly zajišťovány také *centra denních služeb, týdenní stacionáře, hospic a stacionáře pro dospělé*. *Centra denních služeb a stacionáře pro dospělé* přitom bylo podle většiny dotázaných potřebné zajistit, naopak *týdenní stacionáře a hospic* byly ve většině obcí vnímány jako nepotřebné.

Za potřebné bylo ve všech obcích považováno šest typů sociálních služeb a zdravotní péče: *osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, denní stacionáře, domovy pro seniory a domácí zdravotní péče*. Dostatečně přitom byla zajištěna pouze *pečovatelská služba*. *Domovy pro seniory a domácí zdravotní péče* byly v některých obcích zajištěny dostatečně, zatímco v jiných pouze částečně nebo vůbec. Naproti tomu v případě *osobní asistence, podpory samostatného bydlení a denních stacionářů* převažovaly obce, kde tyto služby zcela chyběly.

Z osmi sledovaných služeb, na jejichž hodnocení se již neshodovali všichni dotázaní ani v jednom ze sledovaných aspektů (na potřebnosti zajištění služby ani na hodnocení adekvátnosti jejího zajištění potřebám), jich bylo šest hodnoceno jako převážně chybějící. Z nich tři služby (*tísňová péče, odlehčovací služby, domovy pro osoby se zdravotním postižením*) bylo ve většině obcí potřebné realizovat a u tří dalších služeb (*domovy se zvláštním režimem, léčebny pro dlouhodobě nemocné, dětské stacionáře a centra*) se míra zajištění v dotázaných obcích značně lišila. Další dva typy služeb byly vnímány převážně jako nepotřebné (*průvodcovské a předčitatelské služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče*).

Všemi nebo většinou respondentů tak bylo za *nepotřebné* považováno 7 sledovaných typů služeb. Další 9 typů služeb *nebylo provozováno* v žádné obci nebo ve většině z nich, ačkoliv byly vnímány jako *potřebné* a u dalších dvou typů služeb, které byly ve všech obcích považovány za potřebné, se míra jejich zajištění vzhledem k potřebám lišila. Poslední službou, jež byla všemi respondenty považována za potřebnou a podle většiny z nich byla zajištěna *dostatečně*, byla *pečovatelská služba*.

¹⁴ Hodnoceny byly tyto typy služeb sociální péče podle zákona o sociálních službách: osobní asistence, pečovatelská služba, tísnová péče, 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. Zároveň s těmito sociálními službami byly sledovány také tyto služby zdravotní péče: hospic, léčebny pro dlouhodobě nemocné, dětské stacionáře a centra, stacionáře pro dospělé a domácí zdravotní péče.

2.2.2 Srovnání změn v poskytování služeb mezi roky 2006 a 2008

U šesti typů sledovaných služeb (tísňová péče, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, dětské stacionáře a centra, stacionáře pro dospělé) byla v roce 2008 potřeba jejich realizace konstatována více respondenty, než tomu bylo v roce 2006. Naopak, denní stacionáře vnímalo jako potřebnou službu v roce 2008 méně respondentů než v roce 2006.

Z dvanácti služeb, u nichž byla potřeba v obou letech hodnocena srovnatelně, bylo u sedmi srovnatelné také hodnocení toho, zdali jsou zajištěny adekvátně k existující potřebě. Jednalo se o osobní asistenci, pečovatelskou službu, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, hospic, léčebny pro dlouhodobě nemocné a domácí zdravotní péči. Ze zbývajících pěti služeb, u nichž byla v obou letech potřeba srovnatelná, byly v roce 2008 dvě hodnoceny příznivěji (průvodcovské a předčitatelské služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče), dvě byly poskytovány v méně obcích, zato však v těchto obcích lépe odpovídaly existující potřebě (podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby) a u jedné (centra denních služeb) se hodnocení úspěšnosti při zajištění služby mírně zhoršilo.

Týdenní stacionáře, jež byly v roce 2008 považovány za potřebnou službu méně respondenty, byly zajištěny v obou letech srovnatelně úspěšně. Naopak u šesti služeb, kde byla v roce 2008 potřeba realizace konstatována více dotázanými než v roce 2006, bylo v otázce úspěšnosti zajištění služby možné pozorovat zhoršení. Tyto služby nebyly zajištěny v obcích, které „nově uznaly“ potřebu jejich realizace. Tísňová péče nebyla realizovaná v žádné obci, kde byla v roce 2008 tato služba nově vyhodnocena jako potřebná. Ani chráněné bydlení a stacionáře pro dospělé neprovozovala žádná z obcí nově uznávajících potřebu jejich provozování. V případě těchto dvou služeb navíc nebyla poskytována ani ve dvou obcích, ve kterých byly v roce 2006 zajištěny a alespoň zčásti potřebě odpovídaly. Naopak, denní stacionáře a dětské stacionáře a centra sice v roce 2008 také neprovozovala žádná z obcí, které ji nově hodnotily jako potřebnou, avšak byla úspěšněji zajištěna v některých obcích, které ji provozovaly již v roce 2006. Ze dvou obcí, které nově jako potřebné identifikovaly domovy pro osoby se zdravotním postižením, byly v jedné zajištěny dostatečně. Také v tomto případě však potřeba poskytování služby narostla výrazněji, než se ji dařilo uspokojit.

Potřeba i rozsah realizace značné části sledovaných služeb byly v obou letech hodnoceny srovnatelně. To platilo především o zdravotních službách a službách sociální péče, jež byly široce provozovány již před zavedením nové legislativní úpravy (domovy pro seniory, pečovatelská služba). U části služeb, které byly nově ukotveny teprve novou legislativní úpravou, můžeme pozorovat častější hodnocení služby jako potřebné, přičemž ale v obcích, které potřebu zajištění služby nově uznaly, tyto služby provozovány doposud nejsou.

Tento jev odráží především skutečnost, že při opakovaném šetření se již ustálila terminologie, která byla v roce 2006 ještě zcela nová a služby poskytované organizacemi působícími v obci této terminologii nemusely zcela přesně odpovídat. Odpovědi z roku 2006 tak do značné míry odrážely to, jaké organizace působící v obci respondent přiřadí k určitému typu služeb sledovaných ve výzkumu (a to i přesto, že zákon již byl schválen, nicméně období pro seznámení s ním bylo velice krátké). Naproti tomu od roku 2007 jsou organizace poskytující sociální služby registrovány pro poskytování určitého typu sociálních služeb. Odpovědi v roce 2008 tak jsou bezpochyby přesnější a lépe odpovídají existující situaci. Uvedený důvod vysvětluje i snížení počtu obcí, v nichž jsou služby realizovány „pouze v omezené míře“, a volbu jednoznačnějších odpovědí

(„služba není realizována navzdory existující potřebě“, respektive „služba je realizována v dostatečném rozsahu“). Podstatnou skutečností je ale především častější uznávání potřeby realizace některých služeb, jež v roce 2006 ještě nebyly součástí legislativní praxe. Zjištěné změny patrně poukazují spíše na posun v tom, jak je situace v oblasti vyhodnocována (respektive, které služby jsou považovány za potřebné), nikoliv v samotném rozvrstvení poskytovaných služeb. Na to poukazuje především to, že doposud nedochází k zajištění těchto služeb, které by stávající potřebu řešilo alespoň částečně (viz také dále).

2.3 Hodnocení rozvinutosti sítě organizací zajišťujících služby sociální péče a zdravotní péči

Cílem dotazování bylo zaznamenat informace o sociální i zdravotní oblasti a jejich případný překryv (zdravotně sociální služby). Tři respondenti se v roce 2008 (v roce 2006 čtyři) vyjádřili úžeji k problematice sociálních služeb, tři další se vyjádřili k sociálním službám i problematice zdravotně sociálních služeb. Regionální rozsah nespécifikovali tři respondenti, ve dvou případech se charakteristika týkala obce samotné a v jednom (v roce 2006 ve dvou) obce a jejího spádového území.

Při hodnocení sítě organizací poukázali všichni respondenti na určité nedostatky či problémy, celkově však byla situace jako neuspokojivá hodnocena pouze v jediném případě (navíc pouze v oblasti sociálních služeb, naopak oblast zdravotních služeb byla zajištěna dostatečně). Další respondent hodnotil, i přes konstatování určitých nedostatků, síť služeb celkově příznivě.

Jako největší **nedostatky existující sítě služeb** respondenti uváděli:

- absence služeb pro rodiny s dětmi (1x),
- chybějící místa v pobytových zařízeních sociálních služeb (2x)¹⁵ a absence sociálních bytů¹⁶ (1x),
- „absence asistenčních služeb, které by usnadnily setrvání závislé osoby ve vlastní domácnosti, popř. v chráněném bytě“¹⁷ (1x),
- chybějí sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních,
- zajištěno je pouze několik základních typů služeb - pečovatelské služby (2x), sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních (1x) a
- do budoucna by mohla být problémem neexistence domova se zvláštním režimem (1x).

¹⁵ Jeden z respondentů uváděl „domovy důchodců“ a „domovy s pečovatelskou službou“, tj. v souladu s platnou legislativní úpravou by se mělo jednat o domovy pro seniory, respektive poskytování pečovatelské služby v pobytových zařízeních sociálních služeb.

¹⁶ Tato problematika překračuje zde sledované oblasti sociálních a zdravotních služeb.

¹⁷ Formulace respondenta naznačuje, že patrně není myšlena osobní asistence, ale terénní služby všeobecně.

Ve svých hodnoceních respondenti uváděli také tyto **významné charakteristiky stávající sítě služeb**:

- možnost využívání pobytových služeb občany z celé spádové oblasti (1x),
- absenci služeb na území obce kompenzovala dostupnost služeb (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře, tísňová péče, hospic) v rámci okresu nebo přilehlých regionů (1x),
- v obci působí pouze jeden či dva poskytovatelé sociálních či zdravotních služeb (3x); ten zajišťuje buďto pouze jedinou službu (2x) nebo širší spektrum služeb (1x) a
- nejčastěji zajištěnými typy služeb byly pečovatelská služba (3x), pobytové sociální služby (2x), osobní asistence (1x) a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních (1x),
- přínosem by byla dostupnost stacionářů a různé formy respitní péče¹⁸ (1x).

V roce 2008 nebyly, oproti hodnocení situace v roce 2006, zaznamenány ve třech menších obcích žádné změny. V dalších obcích byly v síti služeb zaznamenány tyto **změny**:

- rozšíření okruhu poskytovaných služeb (sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních) (1x),
- změny v oblasti terénních služeb (naopak u pobytových služeb ke změnám nedošlo), rozšíření nabídky služeb (osobní asistence) i regionální působnosti (v roce 2006 poskytována „zejména občanům obce“, od 1.1.2008 v celém správním obvodu) (1x),
- příznivější hodnocení situace ve srovnání s rokem 2006 (2x) a
- odlišný okruh problémů či nedostatků (změna priorit v oblasti, přesnější označení, použití pojmů s oporou v zákoně o sociálních službách).

2.4 Fungování systémů služeb sociální a zdravotní péče

Spolupráce mezi jednotlivými typy organizací (organizace zřizované městem, nestátní neziskové organizace) byla s jedinou výjimkou hodnocena jako dobrá či vynikající. Úzká spolupráce se ukázala jako velmi užitečná při zprostředkování kontaktu mezi organizacemi, při vyřizování příspěvků na péči, stejně tak jako při převodu zajišťování pečovatelské služby z města na neziskovou organizaci.

Jeden respondentů výhody a formy úzké spolupráce blíže charakterizoval již v prvním šetření následovně:

„Bez spolupráce mezi jednotlivými příspěvkovými organizacemi obce, nestátními neziskovými organizacemi, které provozují sociální služby, resp. poskytují zdravotní péči občanům, bychom nemohli plnohodnotně zabezpečit jejich dobré životní podmínky, které jsou u nich ztížené tím, že jsou zdravotně handicapovaní, nemají žádné příbuzné a jsou odkázáni na pomoc zvenčí. Z těchto důvodů by bez vyhledávací činnosti sociálních

¹⁸ Odlehčovací služby.

2. Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem

pracovníků obcí, upozornění pečovatelské služby, sociálních pracovníků ze zdravotnických zařízení či domácí péče určitě část potřebných občanů propadla sociální sítí. Jejich nepodchycení by mělo za následek to, že by zůstali bez jakékoliv pomoci."

Spolupráce se oproti zjišťování z roku 2006 v některých obcích prohloubila, nicméně již v prvním šetření ji bylo možné hodnotit jako dobrou. Z odpovědí jednoho z respondentů z roku 2008 vyplynulo, že předchozí velice úzká spolupráce organizací působících v této obci se dále zintenzivnila v souvislosti s procesy komunitního plánování:

„V roce 2006-2007 proběhl v obci proces komunitního plánování. Při něm došlo k výraznému posílení partnerství mezi organizacemi (poskytovateli sociálních a doprovodných služeb), městem a dalšími subjekty. Byly vytvořeny pracovní skupiny, ve kterých spolupracují zástupci organizací, obce a uživatelů služeb. Činnost pracovních skupin pokračuje i v roce 2008."

V rámci systémů sociálních služeb a zdravotní péče **byly nejlépe zajištěny**: péče o seniory (2x), následná a rehabilitační péče ve zdravotnickém zařízení (1x), domácí zdravotní péče (1x), pečovatelská služba (2x), rozvoz obědů (1x). Jeden respondent zdůraznil podporu města při plnění aktivit Komunitního plánu sociálních služeb.

Oproti roku 2006 nebyly mezi respondenty v roce 2008 zaznamenány výraznější změny. Ze skutečností uvedených nově až v roce 2008 stojí za pozornost především podpora procesu komunitního plánování městem a rozvoj následné a rehabilitační péče.

K efektivnímu fungování systému podle dvou respondentů přispívalo využití metody komunitního plánování. Další respondent hodnotil jako největší přínosy současného systému:

- širší podporu poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí,
- zvyšování kvality péče v rezidenčních zařízeních,
- vyšší finanční ohodnocení práce rodinných pečujících.

Uvedeny byly také některé typy služeb, které se daří v obci úspěšně zajišťovat (pečovatelská služba, sociální poradenství, dovoz teplého jídla).

V roce 2006 respondenti neuváděli konkrétní charakteristiky systému, ale upozorňovali na klíčové činnosti a předpoklady jeho úspěšného zajištění služeb:

- kontakt pracovníka zajišťujícího sociální péči v místě bydliště klienta v obvodu úřadu,
- vyhledávání potřebných občanů,
- znalost místních podmínek,
- dobrou spolupráci zainteresovaných složek a
- kvalitní práci zdravotního personálu.

2. Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem

V roce 2008 respondenti poukazovali zejména na tyto **nedostatky současného systému poskytování služeb sociální a zdravotní péče:**

- absence konkrétních typů sociálních služeb (k síti služeb viz výše) (2x),
- obtíže občanů při vyřizování příspěvků na péči a průkazů mimořádných výhod ZTP/P vyplývajících z velké vzdálenosti obcí a špatné dopravní dostupnosti (1x),
- zrušení některých úřadů (odpověď nebyla podrobněji specifikována) (1x),
- občané jsou okolnostmi nuceni využívat služeb neregistrovaných poskytovatelů, které jsou někdy poskytovány za velmi nevýhodných podmínek a v nedostatečné kvalitě (1x),
- registrovaní poskytovatelé nevyužívají nového systému k rozvoji svých služeb - nabídka se nerozšiřuje, kapacita nezvyšuje - někteří poskytovatelé se odvolávají na přísná kritéria standardů kvality (1x),
- osoby s nejnižším stupněm závislosti mnohdy neinvestují dávku do sociálních služeb v potřebném rozsahu, protože chápou příspěvek na péči jako navýšení příjmů - nejčastěji slouží k úhradě léků a zdravotní péče (1x),
- využití pečovatelské služby ze vzdálených míst brání nedůvěra občanů k cizím lidem (pečovatelkám) a jejich vzdálenost (1x),
- občané spádových obcí mají i nadále omezenou dostupnost při výběru sociálních služeb, zákon 108/2006 Sb. nepřinesl podle respondenta předpokládané zlepšení nabídky a dostupnosti sociálních služeb pro všechny občany,
- do budoucna je podle respondenta nutné zainteresovat i menší obce na spolupráci v rámci komunitního plánování sociálních služeb (1x).

Výraznější změny oproti roku 2006 explicitně uvedl jeden respondent. Podobně jako při hodnocení sítě služeb poukazoval na rozšíření terénních služeb, konkrétně pečovatelské služby a osobní asistence, a to na celé spádové území. Podle téhož respondenta také současné nastavení způsobu financování pobytových služeb dostává obec do situace, kdy pobytová zařízení přijetí klienta podmiňují přiznáním příspěvku na péči od II. stupně a často v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu není možno občana, jehož zdravotní stav vyžaduje celodenní péči, do zařízení umístit.

U všech respondentů pak odpovědi v roce 2008 ve srovnání s rokem 2006 více reflektovaly nedostatky samotného systému, zatímco v roce 2006 spíše poukazovaly na chybějící typy služeb. V roce 2006 se konkrétně jednalo o tyto typy služeb: osobní asistence a poskytování sociálních služeb v bytech potřebných občanů celodenně. Konstatována byla také nutnost daleké dojíždky a obtížnost získání registrace v ordinaci praktického lékaře a stomatologa. V menších obcích byla jako omezená vnímána také možnost výběru sociálních služeb, respektive možnost výběru konkrétního poskytovatele služby. Nedostupnost terénních služeb, respektive nedostupnost zdravotnických služeb přitom konstatovali respondenti již ve vztahu k území obce samotné, přičemž tyto problémy ještě dále narůstaly v menších obcích v jejím spádovém území.

Mezi chybějícími zařízeními byla v roce 2006 v oblasti sociálních služeb dále zmíněna: ústavní zařízení sociální péče pro osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje celodenní péči a dohled, dům pro seniory, pečovatelská služba, osobní asistence a stacionář. Jako závažný nedostatek bylo uvedeno také zrušení lékařské služby první

2. Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem

pomoci a absence zařízení pro stále ležící pacienty, respektive skutečnost, že za poskytnutí pobytu v těchto zařízeních jsou placeny velmi vysoké úhrady.

Jako nejzásadnější **překážky optimálního zajištění služeb sociální a zdravotní péče** vnímali v roce 2008 tři respondenti nedostatek financí, přičemž dva z nich tuto otázku spojovali s neochotou řešit situaci a malou podporou sociální politiky ze strany obce (nedostatečné finanční investice do sociálních programů, nezáměr o zřízení vlastní organizace poskytující sociální služby a malá podpora dobrovolnických aktivit v sociální oblasti). Jeden respondent poukázal na skutečnost, že s výjimkou jediné organizace v obci nepůsobí neziskové organizace angažující se v sociálních službách. V jednom případě byla uvedeno konkrétní zařízení (domov s pečovatelskou službou¹⁹). Další respondent poukázal na omezenou dostupnost zdravotních služeb. Zdůraznil přitom některé faktory, které omezují dostupnost (především finanční) a návaznost zdravotních služeb:

„Zavedením poplatků za zdravotnické služby, poplatky za léky, neustálé omezování zdravotnických služeb, neustálé snižování počtu ošetřujícího personálu ve zdravotnických zařízeních zhoršuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče. V rámci úspory se pacienti velmi často předčasně vrací do domácí péče. Následně se po několika dnech ocitají zpět v nemocnicích. Z hlediska zabezpečení dalšího umístění lidí, kteří jsou propuštěni z nemocnic a nemají se kam vrátit, jsou často bez příjmu nebo plně invalidní bez nároku na výplatu důchodu, nejsou schopni dalšího samostatného života, chybí zařízení, kde by mohli být umístěni.“

Podobně jako v roce 2008, i v roce 2006 byla nejzásadnější překážkou problematika finančního zajištění. Po této stránce byla podle respondentů situace v obou letech srovnatelná. V roce 2006 respondenti ve svých odpovědích poukázali také na problematiku zajištění regionální dostupnosti poskytovaných služeb a péče a diskutována byla také otázka návaznosti služeb a kvalifikace personálu. Naopak, v roce 2006 respondenti nevnímali jako jednu z překážek sociální politiku obce.

Vzdálenost obcí ve spádové oblasti od obce s POU byla ve většině dotazovaných obcí faktorem výrazně limitujícím dostupnost služeb sociální péče a zdravotních služeb. Pouze v jedné obci se je dařilo zajistit, v menších obcích ve srovnatelné míře jako v samotné obci. Situace v této obci byla hodnocena příznivě v obou realizovaných šetřeních. Podle dalšího respondenta byly v celém regionu obce s rozšířenou působností dostupné služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Rozšíření dostupnosti služeb pro tyto cílové skupiny oproti roku 2006 (kdy nebyly v menších obcích srovnatelně dostupné žádné služby) se v této obci v roce 2008 podařilo dosáhnout v návaznosti na výstupy komunitního plánování. V další obci byla (v roce 2006 i v roce 2008) bez ohledu na vzdálenost od centra poskytována pečovatelská služba. Další respondent konstatoval již v prvním šetření, že *poskytování zdravotní péče (domácí péče) na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou je limitováno okruhem 15 km od obce. Sociální péči, tj. pečovatelskou službu a centrum denních služeb, poskytuje [název poskytovatele] v [dotázaná obec] a v několika okolních obcích, kde je zajištěn dovoz oběda, případně dovážka nákupů*. V roce 2008 se podle tohoto respondenta tato situace nijak nezměnila. Ke změně nedošlo ani

¹⁹ V souladu s platnou legislativní úpravou by se mělo jednat o poskytování pečovatelské služby v pobytových zařízeních sociálních služeb.

v dalších obcích, v nichž byla dostupnost služeb v menších obcích hodnocena jako horší všeobecně (respektive již nebyly respondenty uvedeny žádné služby, které by byly výjimkou). Celkově tedy můžeme konstatovat zřetelné rozdíly v dostupnosti služeb v menších obcích a minimální posun v roce 2008 oproti situaci v roce 2006.

2.5 Procesy střednědobého plánování sociálních služeb v obcích a v krajích

2.5.1 Plánování v obcích

V roce 2006 nebyl hotový komunitní plán v žádné z dotazovaných obcí, nicméně komunitní plánování (respektive **střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb** po nabytí účinnosti zákona o sociálních službách) bylo započato již před prvním šetřením ve třech obcích s rozšířenou působností²⁰ a jedna obec s pověřeným obecním úřadem se účastnila přípravy plánu ve spolupráci s příslušnou obcí s rozšířenou působností. V roce 2008 již byl **komunitní plán** zpracován pro území všech těchto čtyř obcí. Další tři menší obce (respektive dvě v roce 2008) do přípravy plánů nebyly zapojeny.

Jeden z dotázaných uvedl, že v obci již probíhá monitorování plnění plánu a příprava na jeho aktualizaci. Společně s aktualizací se již připravuje i rozšíření procesu plánování na obce v jejím spádovém území jakožto regionu obce s rozšířenou působností. V důsledku toho se plánování rozvoje sociálních služeb budou moci v budoucnu účastnit také další dvě sledované obce s POU. Celkově tak lze proces plánování rozvoje sociálních služeb ve sledované oblasti považovat za velice rozšířený. Zároveň je patrný pozitivní vývoj v této oblasti mezi oběma uskutečněnými zjišťováními.

Se spoluprací s obcemi ve spádovém území a se spoluprací s krajem byli spokojeni respondenti ze tří obcí, které zpracovávaly komunitní plány v roce 2006. Naopak, jako nedostatečnou hodnotil spolupráci s dalšími aktéry v roce 2006 jeden respondent reprezentující obec s pověřeným obecním úřadem, jež byla zapojena do přípravy komunitního plánu zajišťované příslušnou obcí s rozšířenou působností.

Spolupráce s poskytovateli byla v roce 2008 hodnocena všemi třemi respondenty, kteří se k otázce vyjádřili, jako intenzivní, velmi dobrá, respektive velmi přínosná. Oproti tomu **spolupráce s obcemi** byla jedním respondentem hodnocena jako horší, zatímco další respondent byl i se spoluprací na tomto poli spokojen. V další obci se aktuálně připravovalo zapojení obcí do střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb. Ke **spolupráci s krajem** se v roce 2008 vyjádřil pouze jeden respondent, který konstatoval propojení plánování na obou úrovních, aniž by ovšem explicitně hodnotil rozsah spolupráce.

²⁰ Z toho v jednom případě komunitní plánování probíhalo na území města, v jednom na území obcí sdružených ve svazku obcí a v posledním ve správním obvodu obce s rozšířenou působností a dalších obcí mikroregionu zasahujícího území více obcí. V obou posledně zmíněných případech komunitní plánování zahrnovalo území všech obcí ve správním obvodu obce s rozšířenou působností a některé obce nacházející se ve správních obvodech jiných obcí s rozšířenou působností.

2.5.2 Plánování na úrovni kraje - zapojení obcí a význam pro obce

Činnost kraje související s ustanoveními § 95 zákona o sociálních službách²¹ se do intenzity a forem **spolupráce mezi krajem a obcí** promítla ve třech obcích. Respondenti uvedli konkrétně tyto vlivy, respektive formy spolupráce:

- průběžné informování o nových poskytovatelích sociálních služeb na území kraje a o činnosti související se střednědobým plánováním rozvoje sociálních služeb pro území kraje,
- odpovídající metodické vedení na úseku financování a dotačních řízení,
- vzájemné konzultace v rámci informačních seminářů a
- spolupráce mezi koordinátorem komunitního plánování a vedoucím Odboru sociálních věcí a zdravotnictví města a krajským koordinátorem plánování rozvoje sociálních služeb.

Ve dvou obcích naopak činnost kraje související s ustanoveními § 95 zákona o sociálních službách intenzitu ani formy spolupráce nijak neovlivnila. Je přitom potřebné věnovat pozornost skutečnosti, že se jednalo o obce s pověřeným obecním úřadem, které doposud rozvoj sociálních služeb neplánovaly ani nebyly zapojeny do plánování zajištěného obcí s rozšířenou působností.

K vlivu činností kraje souvisejících s ustanoveními § 95 zákona o sociálních službách a k vlivu samotného krajského plánu na **přípravu obecního plánu** se vyjádřili pouze dva respondenti. Jeden z nich nepředpokládal žádný vliv ani od těchto činností kraje ani od výsledného dokumentu. Naopak, druhý respondent očekával (opět v případě uvedených činností kraje i výsledného dokumentu) vliv na chystanou aktualizaci obecního plánu (v době šetření platný obecní plán vznikl dříve než krajský plán a krajským plánem tak přirozeně ovlivněn ani být nemohl).

Samotné poskytování sociálních služeb na území obce a v jejím spádovém území krajský střednědobý plán sociálních služeb (tj. výsledný dokument, nikoliv již pouze činnost kraje spojená s jeho zpracováním) podle čtyř respondentů neovlivnil. Z nich však jeden respondent předpokládal, že takový vliv bude mít v následujících letech, kdy budou probíhat další etapy plánování sociálních služeb na úrovni kraje i na úrovni obcí.

Do **zpracování krajského střednědobého plánu sociálních služeb** se promítla činnost tří dotázaných obcí. V jednom případě nebyla odpověď dále rozvedena, dvě obce poskytly kraji zpracovaný (respektive právě dokončovaný) obecní plán, jenž mohl být krajem využit pro přípravu krajského plánu. Jedna z těchto obcí se také zapojila do samotného zpracování krajského plánu - členkou krajské pracovní skupiny byla jedna z členek pracovní skupiny podílející se na přípravě obecního plánu (zástupkyně poskytovatelů sociálních a doprovodných služeb). Další dvě obce se do zpracování krajského plánu nezapojily vůbec (obě obce s POU, ani jedna se doposud na obecní úrovni neplánovala), respondent z další obce odpověď k této otázce neuvedl.

²¹ Tj. především zjišťování potřeb poskytování sociálních služeb na území kraje, spolupráce s obcemi, dalšími kraji a poskytovateli sociálních služeb, zpracování krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb.

2. Poskytování sociálních služeb a zdravotní péče z pohledu pracovníků obcí s pověřeným obecním úřadem

Respondenti byli tázáni také na to, zda a jaké **podněty uplatněné obcí v období přípravy krajského plánu** byly do tohoto dokumentu začleněny, respektive které jejich podněty uplatněny nebyly. Ke druhé z těchto otázek se nevyjádřil žádný respondent. Obcí uplatněné podněty uvedl jeden respondent. Krajský plán podle něho díky jejich zohlednění reflektuje nabídku stávajících služeb i neuspokojené potřeby uživatelů (chybějící služby).

Závěry

Šetření, která se uskutečnila mezi pracovníky odborů sociálních věcí (sociálních věcí a zdravotnictví) krajských, respektive obecních úřadů, naznačila řadu významných skutečností týkajících se regionální dostupnosti sociálních služeb, respektive jejich poskytování v obcích nacházejících se při hranici s jiným krajem. Získané informace přirozeně nemohou zachytit veškeré klíčové souvislosti a při zjišťování některých informací bylo nezbytné značné zjednodušení formulace tak, aby bylo možné situaci zachytit alespoň orientačně. Některá zjištění tak představují spíše vstupní informaci a bude potřebné jejich další doplnění či provedení další analýzy. Limitující je také skutečnost, že zjištěné poznatky jsou založeny na výpovědi specifického okruhu respondentů, která může být ovlivněna perspektivou, kterou k dané otázce zaujímají.

V případě substudie mezi pracovníky obecních úřadů nebyla širší zobecnitelnost ani cílem, šetření bylo spíše případovou studií mapující situaci v určitém konkrétním regionu. Při zjišťování realizovaném mezi pracovníky krajských úřadů byly získány odpovědi téměř za všechny kraje, nicméně s ohledem na okruh sledovaných jevů, způsob jejich sledování a malý absolutní počet respondentů ani toto šetření neusilovalo o *mapování* situace v České republice, jeho cílem bylo především odhalit a popsat významné jevy a zachytit klíčové faktory týkající se dostupnosti sociálních služeb. Následující přehled zjištěných poznatků se tak zaměřuje pouze na nejmarkantnější zjištění a nejdůležitější zjištěné skutečnosti.

Jedním z významných zjištění **substudie realizované mezi pracovníky krajských úřadů** bylo, že respondenti považovali informace o sociálních službách, jimiž disponují, za dostačující a k jejich získávání využívali celou řadu různých zdrojů. Mezi nimi byly nejvíce využívány konzultace se zástupci obcí a využívání informací z OSPRSS, kontakt s poskytovateli zapojenými do KSPRSS a výzkumná šetření či analýzy sekundárních dat.

Rozdíly v dostupnosti sociálních služeb v různých oblastech kraje konstatovali téměř všichni dotázaní, byť v některých případech odpověď respondenta o existenci těchto rozdílů vypovídala spíše nepřímou (např. byla konstatována „lišící se vybavenost službami“ apod.). V jednom kraji nebyly žádné výraznější rozdíly zjištěny v oblasti služeb sociální prevence. Pouze pracovník magistrátu Hlavního města Prahy nepovažoval rozdíly za zásadní všeobecně, tj. za celou oblast sociálních služeb. Z hlediska dostupnosti sociálních služeb byly velmi významné územní, sídelní a správní charakteristiky krajů.

Nejčastěji uváděnými typy služeb, u nichž byla dostupnost hodnocena jako omezená, byly domovy se zvláštním režimem a podpora samostatného bydlení. Jako nejlépe dostupné byly vnímány pečovatelská služba, domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Orientační hodnocení geografické a finanční dostupnosti většiny sociálních služeb pro uživatele neindikovalo výraznější rozdíly mezi třemi různými typy oblastí vzdálených od regionálních či lokálních center (tj. obcemi při hranicích mezi okresy, oblastmi při hranici s jiným krajem a příhraničními oblastmi). Ve všech krajích, v nichž byla relevantním rozlišujícím znakem kategorie „krajské město“ (tj. všech krajích s výjimkou Hlavního města Praha a Středočeského kraje), byla právě v krajském městě dostupnost nejvýraznější, ve většině krajů navíc společně s některými dalšími regiony (především velká města, bývalá okresní města apod.).

V šesti krajích měla při řešení rozdílů v dostupnosti sociálních služeb významnou roli strategie, která byla navržena v krajském střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb, v dalším kraji měla ke zvýšení dostupnosti v těchto oblastech přispět strategická koncepce rozvoje sociálních služeb. V jednom kraji měl tuto roli sehrát nově připravovaný krajský plán. Krajský střednědobý plán rozvoje sociálních služeb je klíčovým dokumentem pro oblast sociálních služeb a snaha o zajištění vyšší dostupnosti sociálních služeb v oblastech doposud charakterizovaných jejich nižší dostupností by se měla do podoby plánu i jeho realizace promítnout.

V rámci **substudie realizované mezi pracovníky obcí s POU** byla nejprve srovnána potřebnost a míra realizace 14 služeb sociální péče a 5 služeb zdravotní péče. Z šesti typů sledovaných typů služeb, které byly ve všech obcích považovány za potřebné, byla dostatečně zajištěna pouze *pečovatelská služba*. *Domovy pro seniory a domácí zdravotní péče* byly v některých obcích zajištěny dostatečně, zatímco v jiných pouze částečně nebo vůbec. Naproti tomu v případě *osobní asistence*, *podpory samostatného bydlení* a *denních stacionářů* převažovaly obce, kde tyto služby zcela chyběly.

Chráněné bydlení nebylo zajištěno v žádné z dotázaných obcí, přitom se všichni respondenti shodovali, že zajištění této služby by v obci bylo potřebné.

Všemi nebo většinou respondentů bylo za *nepotřebné* považováno 7 sledovaných typů služeb. Dalších 9 typů služeb *nebylo provozováno* v žádné obci nebo ve většině z nich, ačkoliv byly vnímány jako *potřebné* a u dalších dvou typů služeb, které byly ve všech obcích považovány za potřebné, se míra jejich zajištění vzhledem k potřebám lišila. Poslední službou, jež byla všemi respondenty považována za potřebnou a podle většiny z nich byla zajištěna *dostatečně*, byla pečovatelská služba.

Potřebnost i rozsah realizace značné části sledovaných služeb byly v obou letech hodnoceny srovnatelně. To platilo především o zdravotních službách a službách sociální péče, jež byly široce provozovány již před zavedením nové legislativní úpravy (domovy pro seniory, pečovatelská služba). U části služeb, které byly nově ukotveny teprve novou legislativní úpravou, můžeme pozorovat častější hodnocení služby jako potřebné, přičemž ale v obcích, které potřebu zajištění služby nově uznaly, tyto služby provozovány doposud nejsou.

Při hodnocení sítě organizací poukázali všichni respondenti na určité nedostatky či problémy, celkově však byla situace jako neuspokojivá hodnocena pouze v jediném případě (navíc pouze v oblasti sociálních služeb, naopak oblast zdravotních služeb byla zajištěna dostatečně).

Spolupráce mezi jednotlivými typy organizací (organizace zřizované městem, nestátní neziskové organizace) byla s jedinou výjimkou hodnocena jako dobrá či vynikající. Úzká spolupráce se ukázala jako velmi užitečná při zprostředkování kontaktu mezi organizacemi, při vyřizování příspěvků na péči, stejně tak jako při převodu zajišťování pečovatelské služby z města na neziskovou organizaci. Spolupráce se oproti zjišťování z roku 2006 v některých obcích prohloubila, nicméně již v prvním šetření ji bylo možné hodnotit jako dobrou.

V rámci systémů sociálních služeb a zdravotní péče byly nejlépe zajištěny: péče o seniory, následná a rehabilitační péče ve zdravotnickém zařízení, domácí zdravotní péče, pečovatelská služba, rozvoz obědů. Oproti roku 2006 nebyly mezi respondenty v roce 2008 zaznamenány výraznější změny. V roce 2008 i v roce 2006 byla nejzásadnější překážkou problematika finančního zajištění. Po této stránce byla podle respondentů situace v obou letech srovnatelná.

Vzdálenost obcí ve spádové oblasti od obce s POU byla ve většině dotazovaných obcí faktorem výrazně limitujícím dostupnost služeb sociální péče a zdravotních služeb. Pouze v jedné obci se je dařilo zajistit, v menších obcích ve srovnatelné míře jako v samotné obci.

V roce 2006 nebyl hotový komunitní plán v žádné z dotazovaných obcí, nicméně komunitní plánování (odpovídající v období po nabytí účinnosti zákona o sociálních službách procesům **střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb**) bylo započato již před prvním šetřením ve třech obcích s rozšířenou působností a jedna obec s pověřeným obecním úřadem se účastnila přípravy plánu ve spolupráci s příslušnou obcí s rozšířenou působností. V roce 2008 již byl **komunitní plán** zpracován pro území všech těchto čtyř obcí. Další tři menší obce (respektive dvě v roce 2008) do přípravy plánů nebyly zapojeny.

Jeden z dotázaných uvedl, že v obci již probíhá monitorování plnění plánu a příprava na jeho aktualizaci. Společně s aktualizací se již připravuje i rozšíření procesu plánování na obce v jejím spádovém území jakožto regionu obce s rozšířenou působností. V důsledku toho se plánování rozvoje sociálních služeb budou moci v budoucnu účastnit také další dvě sledované obce s POU. Celkově tak lze proces plánování rozvoje sociálních služeb ve sledované oblasti považovat za velice rozšířený. Zároveň je patrný pozitivní vývoj v této oblasti mezi oběma uskutečněnými zjišťováními. Zjišťování poukázalo také na rostoucí provázanost mezi procesy plánování rozvoje sociálních služeb na obecní a krajské úrovni. Do zpracování krajského střednědobého plánu sociálních služeb se promítla činnost tří dotázaných obcí. Krajský plán nicméně neměl výraznější vliv na samotné poskytování sociálních služeb na území obce a v jejím spádovém území.

Ze srovnání situace v roce 2006 a v roce 2008 vyplynuly spíše postupné přeměny v oblasti sociálních služeb. Výchozí situace byla v příslušném regionu rozhodující především pokud jde o okruh poskytovaných služeb sociální péče a zdravotní péče a docházelo spíše k postupným proměnám spektra poskytovaných služeb. V souvislosti s nabytím účinnosti zákona nedošlo k výraznějším změnám ve struktuře služeb, nicméně zjištění naznačila, že patrně jsou rozběhnuté procesy, které by k tomu mohly přispět. V roce 2008 bylo také možné pozorovat zintenzivňující se spolupráci mezi obcemi a kraji, byť bylo zřejmé, že se plánování na krajské a obecní úrovni doposud spíše sladuje, než že by již bylo výrazněji koordinované. V roce 2008 byla patrná lepší obeznámenost s pojmy používanými v nové legislativě, což naznačovaly změny ve vnímání, které služby jsou v daném regionu považovány za potřebné. Tato zjištění lze tedy shrnout tak, že nabytí účinnosti zákona o sociálních službách představovalo výraznější mezník spíše pro zadavatele a poskytovatele sociálních služeb, zatímco samotné spektrum nabízených služeb v uvedeném období procházelo spíše postupnou proměnou.

Použité zdroje

Krajský úřad Jihočeského kraje. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje*. [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-12-17] Dostupné z [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=1223&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=1223&par[lang]=CS)

Krajský úřad Jihomoravského kraje. *Strategie zajišťování sociálních služeb v Jihomoravském kraji pro rok 2008*. Interní podklad MPSV

Krajský úřad Karlovarského kraje. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji (návrh strategie zajišťování sociálních služeb na rok 2008)*. [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-12-17] Dostupné z http://www.kr-karlovarsky.cz/NR/rdonlyres/04B42C28-1A47-48E5-BE19-EE42FAFCDD55/0/soc_SPRSS.doc

Krajský úřad Královéhradeckého kraje. *Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji pro období 2007-2009*. [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-12-17] Dostupné z http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/kralovehradecky_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb.pdf

Krajský úřad Libereckého kraje. *Strategie střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje pro rok 2008*. [online] při poslední revizi (13.10.2009) dokument nedostupný [cit. 2007-12-17] <http://www.kraj-lbc.cz/index.php?page=2159>

Krajský úřad Moravskoslezského kraje (a). *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na rok 2008-2009*. [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-12-17] http://www.kr-moravskoslezsky.cz/soc_20.html

Krajský úřad Moravskoslezského kraje (b). *Základní sociálně-demografické údaje ve vztahu k plánování sociálních služeb* [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-2-6] http://www.kr-moravskoslezsky.cz/soc_20.html

Krajský úřad Olomouckého kraje. *Plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro rok 2008* [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-12-17] http://www.kr-olomoucky.cz/NR/rdonlyres/5A906504-EFE3-4B74-824C-1A37C58554EF/0/Plán_rozvoje_sociálních_služeb_v_Olomouckém_kraji_pro_rok_2008.doc

Krajský úřad Pardubického kraje. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2008-2010* [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-12-17] <http://www.pardubickykraj.cz/document.asp?thema=3788>

Krajský úřad Plzeňského kraje. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2008-2010* [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-12-17] <http://www.kr-plzensky.cz/article.asp?itm=32587>

Krajský úřad Středočeského kraje. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb 2008 - 2009* [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-9-24] <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/>

Krajský úřad Ústeckého kraje. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2008-2011*. [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-12-17] http://www.kr-ustecky.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.aspx?id_org=450018&id_dokumenty=1643510

Krajský úřad Kraje Vysočina. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v kraji Vysočina pro rok 2008-2009. [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2008-2-4] http://www.kr-vysocina.cz/vismo/dokumenty2.asp?u=450008&id_org=450008&id=1793355&p1=0&p2=&p3

Krajský úřad Zlínského kraje (a). Plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro rok 2008. [online] poslední revize 7.4.2008 [cit. 2007-12-17] <http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?nid=3055&docid=51213&doctype=ART&did=6976>.

Krajský úřad Zlínského kraje (b). *Analýza vybavenosti území Zlínského kraje sociálními službami* [online] poslední revize 7.4.2008 [cit. 2008-2-11] <http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?nid=3055&docid=51213&doctype=ART&did=6976>

Kritéria kvality plánování sociálních služeb. Praha: MPSV, 2007. 19 s.

Magistrát hlavního města Prahy 2007. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Hlavního města Prahy*. [online] poslední revize 11.9.2008 [cit. 2008-4-9] http://magistrat.praha-mesto.cz/75738_Strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-hl-mesta-Prahy.

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro pracovníky odborů sociálních věcí (odborů sociálních věcí a zdravotnictví) krajských úřadů

Příloha č. 2 Dotazník pro pracovníky odborů sociálních věcí (odborů sociálních věcí a zdravotnictví) vybraných obecních úřadů obcí s pověřeným obecním úřadem v roce 2006

Příloha č. 3 Dotazník pro pracovníky odborů sociálních věcí (odborů sociálních věcí a zdravotnictví) vybraných obecních úřadů obcí s pověřeným obecním úřadem v roce 2008

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Informace o dostupnosti sociálních služeb na krajských úřadech

Zde prosím uveďte, který kraj zastupujete:

- 1) Máte pocit, že Váš odbor má v současnosti o síti organizací poskytujících služby sociální péče a služby sociální prevence působících na území kraje dostatek informací pro potřeby sestavení krajského plánu rozvoje sociálních služeb?

V případě potřeby zhodnoťte prosím služby sociální péče a služby sociální prevence odděleně.

.....
.....
.....
.....

- 2) Jakým způsobem tyto informace získáváte? (můžete vybrat více možností)

- podněty zástupců uživatelů sociálních služeb diskutované při přípravách krajského plánu rozvoje sociálních služeb
- podněty od uživatelů sociálních služeb či jejich potencionálních uživatelů, kteří se přípravy plánu neúčastní (dotazníková šetření, rozhovory v zařízeních poskytujících služby sociální péče či zdravotní péči, dopisy, případně stížnosti občanů apod.)
- podněty od zástupců poskytovatelů sociálních služeb diskutované při přípravách krajského plánu rozvoje sociálních služeb
- podněty poskytovatelů sociálních služeb, kteří se přípravy plánu neúčastní (přímé konzultace, pracovní setkání, odborné semináře, lobbying, dotazníková šetření, rozhovory apod.)
- podněty poskytovatelů zdravotní péče (přímé konzultace, pracovní setkání, odborné semináře, lobbying, dotazníková šetření, rozhovory apod.)
- podklady zpracované obcemi při přípravě obecních plánů rozvoje sociálních služeb
- konzultace s úředníky obecních úřadů na území kraje
- konzultace s volenými zástupci obecních úřadů na území kraje
- odborné konzultace, analytické materiály, expertní posudky apod.
- ankety, šetření, sociologické a demografické analýzy, či analýzy sekundárních dat (např. Českého statistického úřadu) zpracované pro účely krajského plánu rozvoje sociálních služeb
- jiné, prosím uveďte:

3) Uvedte prosím, zdali a v jakých oblastech podle dostupných informací existují zásadní rozdíly v dostupnosti sociálních služeb mezi jednotlivými regiony Vašeho kraje.

.....
.....
.....
.....

4) Uvedte prosím, u kterých typů služeb sociální péče a služeb sociální prevence spatřujete v tomto ohledu nejzávažnější nedostatky.

.....
.....
.....
.....

5) U kterých typů služeb sociální péče a služeb sociální prevence hodnotíte dostupnost ve srovnání s ostatními typy služeb naopak jako výrazně lepší?

.....
.....
.....
.....

6) *Geograficky* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb na území krajského města

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

7) *Finančně* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb na území krajského města

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

8) *Geograficky* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb na území obcí nacházejících se v blízkosti krajského města

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

9) *Finančně* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb na území obcí nacházejících se v blízkosti krajského města

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

10) *Geograficky* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb na území bývalých okresních měst

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

11) *Finančně* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb na území bývalých okresních měst

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

12) *Geograficky* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb na území obcí nacházejících se *při hranici mezi bývalými okresy*

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

13) *Finančně* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb na území obcí nacházejících se *při hranici mezi bývalými okresy*

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

14) *Geograficky* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb v oblastech nacházejících se *při hranicích s jiným krajem*

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi (např. v případě lišící se situace mezi oblastmi sousedícími s jinými kraji apod.):

.....

15) *Finančně* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb v oblastech nacházejících se *při hranicích s jiným krajem*

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb

prostor pro případné upřesnění odpovědi (např. v případě lišící se situace mezi oblastmi sousedícími s jinými kraji apod.):

.....

16) *Geograficky* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb v oblastech nacházejících se *při hranicích republiky*

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb
- kraj nemá zahraniční hranici

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

17) *Finančně* je pro uživatele (včetně potencionálních) většina sociálních služeb v oblastech nacházejících se *při hranicích republiky*

- dostupná velmi dobře
- vcelku dostupná
- obtížně dostupná
- prakticky nedostupná
- není dostatek informací pro hodnocení dostupnosti služeb
- kraj nemá zahraniční hranici

prostor pro případné upřesnění odpovědi:

18) Uvedte prosím, ve kterých regionech Vašeho kraje hodnotíte geografickou dostupnost sociálních služeb jako obtížnější.

.....
.....
.....

19) Ve kterých regionech Vašeho kraje hodnotíte geografickou dostupnost ve srovnání s ostatními regiony naopak jako výrazně lepší?

.....
.....
.....

20) Jakými prostředky usiluje Váš kraj o zvýšení geografické dostupnosti sociálních služeb v oblastech s nejnižší dostupností těchto služeb?

.....
.....
.....
.....

21) Jaké máte informace o typech sociálních služeb, které jsou dostupné v přilehlých oblastech sousedních krajů a mohou být vzhledem ke geografické dostupnosti využívány také občany Vašeho kraje?

- velmi dobré, dostatečný přehled o existujících službách
- poměrně dobré, částečný přehled o existujících službách
- pouze omezené, nedostatečný přehled o existujících službách
- žádné

22) Jak po této stránce hodnotíte výměnu informací mezi Vaším krajem a sousedícími kraji?

- velmi intenzivní
- poměrně intenzivní
- pouze omezená
- žádná nebo téměř žádná

prostor pro případné upřesnění odpovědi (např. v případě lišící se situace mezi oblastmi sousedícími s jinými kraji apod.):

.....

Zde ponecháváme prostor pro Vaše další připomínky a náměty.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Děkujeme za Váš čas a trpělivost

Příloha č. 2

DOTAZNÍK

Realizace služeb sociální péče a poskytování zdravotní péče

1. Působí na území Vaší obce organizace zajišťující následující typy služeb sociální péče a poskytující uvedené formy zdravotní péče?

	ne, službu však není potřebné realizovat	ne, službu je přitom rozhodně potřebné provozovat	v omezené míře, kapacity nejsou dostatečné	ano, kapacity odpovídají současné potřebě
a) osobní asistence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) pečovatelská služba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) tísňová péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) průvodcovské a předčita- telské služby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) podpora samostatného bydlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) odlehčovací služby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) centra denních služeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) denní stacionáře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) týdenní stacionáře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) domovy pro osoby se zdravotním postižením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) domovy pro seniory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) domovy se zvláštním režimem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) chráněné bydlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) hospic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) léčebny pro dlouhodobě nemocné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) dětské stacionáře a centra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) stacionáře pro dospělé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) domácí zdravotní péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Považujete síť organizací zajišťujících služby sociální péče a zdravotní péči (viz typy služeb uvedené v otázce č. 1) ve Vaší obci a jejím spádovém území za dostatečně rozvinutou?

V případě potřeby zhodnoťte prosím situaci ve zdravotní a v sociální oblasti, respektive na území obce a v jejím spádovém území odděleně.

.....
.....
.....
.....

3. Jak hodnotíte spolupráci mezi jednotlivými typy organizací (příspěvkové organizace kraje či města, nestátní neziskové organizace), které provozují sociální služby, respektive poskytují zdravotní péči ve Vaší obci a jejím spádovém území?

.....
.....
.....
.....

4. Uveďte prosím, konkrétně v jakých oblastech (může jich být i více) a z jakého důvodu spatřujete v současnosti nejzávažnější nedostatky v systému poskytování služeb sociální péče a zdravotní péče.

.....
.....
.....
.....

5. Jaké oblasti ve Vaší obci a jejím spádovém území v rámci systému služeb sociální péče a zdravotní péče se podle Vás v současnosti daří řešit nejlépe? V čem spatřujete hlavní důvody lepších výsledků v příslušné oblasti?

.....
.....
.....
.....

6. Uveďte prosím, jaké okolnosti považujete za nejvýraznější překážky optimálního zajištění služeb sociální péče a zdravotní péče na území Vaší obce, respektive v jejím spádovém území.

.....
.....
.....
.....

7. Jaké charakteristiky současného systému služeb sociální péče a zdravotní péče oceňujete nejvíce? Jaké postupy se ve Vaší obci a jejím spádovém území osvědčují nejvíce?

.....
.....
.....
.....

8. Byl ve Vaší obci vypracován komunitní plán pro oblast sociálních služeb?

.....
.....
.....
.....

9. Je Vaše obec zapojena do procesu komunitního plánování sociálních služeb?

.....
.....
.....
.....

10. Jak hodnotíte spolupráci a zapojení organizací, obcí nacházejících se ve spádovém území Vaší obce a kraje na procesu komunitního plánování?

.....
.....
.....
.....

11. Jsou podle Vašeho názoru služby sociální péče a zdravotní péče ve spádovém území poskytovány bez ohledu na vzdálenost od centra (obce s pověřeným obecním úřadem)?

.....
.....
.....
.....

Příloha č. 3

DOTAZNÍK

Realizace služeb sociální péče a poskytování zdravotní péče v roce 2008

- 1. Došlo od 1.1.2007, tj. od nabytí účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách), ke změně rozsahu poskytování některého typu služeb sociální péče nebo se oproti tomuto období změnil rozsah poskytování následujících forem zdravotní péče (nejen v souvislosti se nabytím účinnosti zákona o sociálních službách)?**

	rozsah poskytování je srovnatelný jako před 1.1.2007	rozsah poskytování je oproti období před 1.1.2007 vyšší	rozsah poskytování je oproti období před 1.1.2007 nižší	služba nebyla poskytována před 1.1.2007 ani v násled. období
a) osobní asistence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) pečovatelská služba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) tísňová péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) průvodcovské a předčítatelské služby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) podpora samostatného bydlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) odlehčovací služby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) centra denních služeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) denní stacionáře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) týdenní stacionáře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) domovy pro osoby se zdravotním postižením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) domovy pro seniory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) domovy se zvláštním režimem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) chráněné bydlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) hospic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) léčebny pro dlouhodobě nemocné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) dětské stacionáře a centra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) stacionáře pro dospělé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) domácí zdravotní péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedošlo-li ke změnám u žádného z uvedených typů služeb sociální péče a forem zdravotní péče, pokračujte otázkou č. 3.

2. Zhodnoťte prosím rozsah činnosti organizací poskytující služby sociální péče a poskytující uvedené formy zdravotní péče na území Vaší obce.

	službu není potřebné realizovat	služby nejsou poskytovány, jejich poskytování je přitom rozhodně potřebné	jsou poskytovány v omezené míře, kapacity nejsou dostatečné	jsou, poskytovány, kapacity odpovídají potřebě
a) osobní asistence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) pečovatelská služba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) tísňová péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) průvodcovské a předčítatelské služby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) podpora samostatného bydlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) odlehčovací služby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) centra denních služeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) denní stacionáře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) týdenní stacionáře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) domovy pro osoby se zdravotním postižením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) domovy pro seniory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) domovy se zvláštním režimem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) chráněné bydlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) hospic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) léčebny pro dlouhodobě nemocné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) dětské stacionáře a centra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) stacionáře pro dospělé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) domácí zdravotní péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Došlo od 1.1.2007 do současnosti ke změnám (v souvislosti se zavedením zákona o sociálních službách i bez vazby na něj) v uspořádání sítě organizací zajišťujících služby sociální péče a zdravotní péči (viz typy služeb uvedené v otázce č. 1) ve Vaší obci a jejím spádovém území? V případě potřeby zhodnoťte prosím změny ve zdravotní a v sociální oblasti, respektive na území obce a v jejím spádovém území odděleně.

.....

.....

.....

.....

4. Proměnila se od 1.1.2007 výrazněji intenzita a formy spolupráce mezi jednotlivými typy organizací (příspěvkové organizace kraje či města, nestátní neziskové organizace), které provozují sociální služby, respektive poskytují zdravotní péči ve Vaší obci a jejím spádovém území?

.....
.....
.....
.....

5. Uveďte prosím, konkrétně v jakých oblastech (může jich být i více) a z jakého důvodu spatřujete v současnosti nejzávažnější nedostatky v systému poskytování služeb sociální péče a zdravotní péče.

Vaše odpověď v roce 2006: *odpověď respondenta z prvního provedeného zjišťování*

a) K jakým případným změnám došlo u Vámi dříve popsaných nedostatků?

.....
.....
.....

b) Jaké nedostatky vyvstaly nově od 1.1.2007?

.....
.....
.....

6. Jaké oblasti ve Vaší obci a jejím spádovém území v rámci systému služeb sociální péče a zdravotní péče se podle Vás v současnosti daří řešit nejlépe? V čem spatřujete hlavní důvody lepších výsledků v příslušné oblasti?

Vaše odpověď v roce 2006: *odpověď respondenta z prvního provedeného zjišťování*

a) K jakým případným změnám došlo v oblastech, které bylo již při předchozím šetření možné označit za úspěšné?

.....
.....
.....

b) Které další oblasti lze za úspěšné považovat v současnosti?

.....
.....
.....

7. Uved'te prosím, jaké okolnosti považujete za nejvýraznější překážky optimálního zajištění služeb sociální péče a zdravotní péče na území Vaší obce, respektive v jejím spádovém území.

Vaše odpověď v roce 2006: *odpověď respondenta z prvního provedeného zjišťování*

a) Proměnily se Vámi dříve popsané překážky nebo se je podařilo překonat?

.....
.....
.....
.....

b) Jaké překážky vyvstaly nově od 1.1.2007?

.....
.....
.....
.....

8. Jaké charakteristiky současného systému služeb sociální péče a zdravotní péče oceňujete nejvíce? Jaké postupy se ve Vaší obci a jejím spádovém území osvědčují nejvíce?

Vaše odpověď v roce 2006: *odpověď respondenta z prvního provedeného zjišťování*

a) Změnila se relevance Vámi dříve popsaných osvědčujících se charakteristik obou systémů či účinných postupů anebo jejich dopady?

.....
.....
.....

b) Jaké další charakteristiky obou systémů a postupy se ukazují jako přínosné v současnosti?

.....
.....
.....

9. Byl ve Vaší obci vypracován střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, respektive v období před 1.1.2007 komunitní plán pro oblast sociálních služeb?

.....
.....
.....
.....

10. Zpracovává Vaše obec střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro území Vaší obce?

.....
.....
.....
.....

11. Proměnila se od 1.1.2007 výrazněji intenzita a formy spolupráce a zapojení organizací, obcí nacházejících se ve spádovém území Vaší obce a kraje do procesu přípravy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb pro území Vaší obce?

.....
.....
.....
.....

12. Jsou podle Vašeho názoru služby sociální péče a zdravotní péče ve spádovém území poskytovány bez ohledu na vzdálenost od centra (obce s pověřeným obecním úřadem)?

Vaše odpověď v roce 2006: *odpověď respondenta z prvního provedeného zjišťování*

a) Případné změny v popisovaných okolnostech:

.....
.....
.....

b) Případná doplnění týkající se současné situace:

.....
.....
.....

Zde ponecháváme prostor pro Vaše další připomínky a náměty.

.....
.....
.....
.....
.....

Děkujeme za Váš čas a trpělivost