Zpráva o stavu péče o ohrožené děti v ČR v roce 2023:

prevence ohrožení dítěte stále Achillovou patou

8000 DŮVODŮ

Rozdělení autorského podílu na Zprávě mezi Nadaci J&T a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Zpracovalo statistickou analýzu dat z výkazů o výkonu sociálně-právní ochrany dětí (SPOD) za jednotlivé správní obvody obcí s rozšířenou působností, analýzu dat ze školských výkazů Z14 (o činnosti dětských domovů), Z34 (o činnosti Středisek výchovné péče), analýzu dat z šetření mezi krajskými úřady ohledně rozčlenění lůžkové kapacity dětských domovů a dat z mimořádného šetření mezi zařízeními výkonu ústavní a ochranné výchovy.

Žádné z ve Zprávě obsažených interpretací dat z výkazů SPOD, interpretací dat vztahujících se sociálním službám, závěrů, doporučení a návrhů řešení nereprezentují stanovisko MŠMT.

Nadace J&T v rámci iniciativy 8000důvodů

Zajistila sběr a zpracování dat vztahujících se k sociálním službám a veškerých dalších dat, z nichž vychází tato Zpráva, vyjma dat z výkazů o výkonu SPOD a dat z výkazů a mimořádných šetření resortu školství. Zpracovala syntézu a interpretace dat, na kterých je tato Zpráva založena. Připravila závěry, doporučení a návrhy řešení.

Poděkování

Ministerstvu práce a sociálních věcí a Iniciativě Za bydlení za poskytnutí dat, bez nichž by tato Zpráva nemohla vzniknout, a všem poskytovatelům sociálních služeb za součinnost při zjišťování kapacit.

Obsah

Úvod 4

I. Ohrožené děti. O kom je řeč? Kolik jich je? 5

Největší skupinou ohrožených dětí jsou děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením .. 5

9 z 10 dětí umístěných mimo péči rodičů je ve státní péči primárně kvůli zanedbávání či špatnému zacházení 10

Shrnutí 12

II. Hlavní problémy péče o ohrožené děti v ČR 14

1 Roste počet dětí, které končí ve státní péči kvůli zanedbávání péče 14

2 Nedaří se snižovat počet dětí ve školských dětských domovech 21

3 Mezi kraji a ORP panují velké rozdíly v míře umísťování dětí do státní péče 27

4 Hlavním důvodem je značný výskyt sociálních problémů v určitých územích a nedostatečná síť podpůrných služeb pro rodiny. 30

III. Hlavní řešení: posílení prevence ohrožení dítěte 35

Proč posilovat prevenci? 35

1 Předcházení traumatizace dětí 35

2 Posílení prevence je nezbytné kvůli snižování neúspěchu ve vzdělání a narovnávání životních šancí dětí 35

3 Posilování prevence je nezbytným předpokladem pro dlouhodobou udržitelnost systému a deinstitucionalizaci péče 37

4 Posílení prevence nemusí být rozsáhlou obtížně realizovatelnou akcí 40

Jak konkrétně rozvíjet prevenci? 41

1 Rozvoj sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (SAS) jako klíčové podpůrné služby v prevenci ohrožení dítěte 41

2 Rozvoj podpory v bydlení 51

3 Posilování fungování škol v prevenci ohrožení dítěte 54

4 Rozvoj prevence náročného či problémového chování 57

5 Rozvoj služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením 65

Závěry a doporučení 69

Seznam tabulek a grafů 70

Seznam grafů 70

Seznam tabulek a map 71

Přílohy 72

Příloha 1: Zdroje dat 72

Příloha 2: Výskyt zanedbávání, špatného zacházení, náročného chování a zdrav. postižení 81

Příloha 3: Kalkulace nákladů na péči o ohrožené děti v ČR 85

Úvod

Není žádnou novinkou ani tajemstvím, že slabá prevence ohrožení dítěte představuje Achillovu patu péče o ohrožené děti v České republice.
Zevrubně se tomuto problému naposledy věnovala výzkumná zpráva Investice do dětí, která popisovala stav v roce 2017.

K jakému posunu došlo v rozvoji prevence ohrožení dítěte za posledních 6 let mezi roky 2017 a 2023?

Hlavním poselstvím této zprávy je, že bohužel k velmi malému.

Zřejmé je to zejména z dat prezentovaných v kapitole II, která následuje po vymezení základních pojmů v kapitole I. Ukazuje se, že situace je horší, než jsme si mysleli. Míra odebírání dětí z rodin v některých regionech zůstává velmi vysoká a přesně kopíruje rozsah sociálních problémů, jakými jsou exekuce nebo bytová nouze.
Síť preventivních služeb a obecně podpory pro rodiny v obtížné životní situaci stále není adekvátně silná vzhledem k obřímu rozsahu problémů (zejména ve vybraných územích). Dochází tak k ohrožení dítěte (či spíše nedostatkům v péči o dítě), kterému by bylo možné předejít, kdybychom uměli lépe předcházet a pomáhat řešit obtížné životní situace rodiny nebo alespoň zmírňovat dopady sociálních problémů na naplňování potřeb dětí.

Jak přesně toho, tedy snížení počtu dětí, jejichž klíčové potřeby nejsou naplňovány, a zejména počtu dětí, které jsou v důsledku nenaplňování potřeb odebírány z rodiny a umístěny do státní péče, docílit, ukazuje kapitola III. Doufáme, že odpovědní tvůrci politik a rozhodovatelé do této kuchařky, která ukazuje, kde (v jakých krajích) a co (jaké služby) nejvíce chybí a jaké je třeba uplatnit nástroje a opatření veřejné politiky, aby došlo k posílení prevence ohrožení dítěte, nejen nahlédnou, ale budou z ní i vycházet.

A další zpráva tohoto typu zveřejněná za 6 let ode dneška nebude muset opět konstatovat, že prevence ohrožení dítěte zůstává Achillovou patou péče o ohrožené děti v České republice…

I. Ohrožené děti. O kom je řeč? Kolik jich je?

Kým se zabývá systém péče o ohrožené děti? Pokud akceptujeme určitou míru zjednodušení, můžeme říci, že existují tři hlavní skupiny dětí ohrožených tím, že nebudou jejich potřeby naplňovány v dostatečné míře:

A. děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením (týráním či zneužíváním);
B. děti s náročným chováním;[1]
C. děti se zdravotním postižením.[2]

Tato kapitola se věnuje:

- nejprve vyčíslení toho, jak velké tyto skupiny dětí přibližně jsou,
- následuje vyčíslení toho, jaká část z dětí v množinách A až C je umístěna ve státem regulované náhradní péči.

Největší skupinou ohrožených dětí jsou děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením

V ČR aktuálně vyrůstají téměř 2 miliony dětí do 18 let.[3] Není možné zcela přesně vyčíslit, kolik dětí spadá do skupin (množin) A, B a C. Navíc se tyto množiny překrývají. Zejména pro děti s náročným chováním platí, že u významné části z nich je náročné chování spojeno se zanedbáváním či špatným zacházením.

[1] Na děti s náročným chováním se sociálně-právní ochrana dětí zaměřuje (viz § 6 zákona 359/1999 Sb.), i když nedochází k nenaplňování jejich potřeb, kvůli dopadům jejich jednání na druhé.
[2] O dětech se zdravotním postižením je spíše než jako o dětech ohrožených vhodnější mluvit spíše jako o dětech, které čelí vyššímu riziku z důvodu zvláštních nároků na péči o děti souvisejících s jejich postižením. Pro většinu z nich platí, že nejde o děti ohrožené, kterými by se měl zabývat systém ochrany dětí.
[3] Dle SLDB 2021 žilo na jaře 2021 v ČR celkem 1 milion 991 tisíc dětí do 18 let.

Avšak velmi pravděpodobně bude platit, že **největší z výše uvedených tří skupin ohrožených dětí jsou děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením** (týráním či zneužíváním). Ze zahraničních studií o prevalenci zanedbávání a špatného zacházení (viz Přílohu 2) vyplývá, že během svého dětství zažije:

1. nějakou formu zanedbání péče 16 % dětí, z toho vážné zanedbávání 6 % dětí,
2. fyzické týrání 7 % dětí,[4]
3. sexuální zneužívání 10 % dětí.

Tyto podmnožiny dětí ohrožených zanedbáváním či špatným zacházením se taktéž vzájemně překrývají. Některé děti zažijí jak zanedbávání, tak týrání či sexuální zneužívání. Proto není možné uvedená procenta sečíst. Pokud bychom předpokládali, že zanedbávání zažije třetina z dětí fyzicky týraných a sexuálně zneužívaných a že dětí, které zažijí psychické týrání (aniž by současně byly zanedbávané nebo zažily jinou formu špatného zacházení), budou 3 % (podobně jako sexuálního zneužívání), vycházel by celkový podíl dětí, které zažijí jednu (nebo vícero) forem zanedbávání či špatného zacházení na **přibližně 15 % dětí v populaci.**[5]

To znamená, že v ČR může být dětí ohrožených rizikem zanedbávání či špatného zacházení přibližně 300 tisíc (pro další odůvodnění viz Box 2).

Box 1 Co vlastně zahrnuje zanedbávání dětí?

Jedná se o širokou kategorii, nezahrnuje jen zanedbávání výživy dítěte, zdravotní péče, bezpečí dítěte nebo jiných základních životních potřeb, ale zanedbávání vzdělávání dítěte, zajištění hranic a dalších potřeb dítěte. O případech zanedbávání dětí je tak také možné hovořit jako o případech, kdy existují nedostatky v péči o dítě vedoucí k nenaplňování potřeb dítěte v určité oblasti. Kapacitu, případně i kompetence rodičů zajistit potřeby dítěte negativně ovlivňuje chudoba, zadlužení rodiny, bytová nouze a další formy ohrožení rodiny. Proto není překvapivé, že výskyt zanedbávání je vyšší v případě rodin s nižším socioekonomickým statusem, jak je zřejmé ze zahraničních studií (viz Přílohu 2) i z analýzy dat z České republiky. V ČR panuje velmi silná souvislost mezi podílem obyvatel v exekucích a počtem dětí ve státní péči, jak je zřejmé ze zjištění prezentovaných v kapitole II.

[4] Některé studie kvantifikují i prevalenci psychického týrání, ovšem data nejsou spolehlivá.
[5] V případě, že vycházíme z hodnoty 6 %, což je podíl dětí, které zažijí vážné zanedbávání, k tomu přičteme hodnotu 2,3 % (třetinu ze 7 %), což by byl podíl dětí fyzicky týraných, které nezažily současně zanedbávání, a hodnotu 3,3 % (třetinu z 10 %), což by byl podíl dětí sexuálně zneužívaných, které současně nezažily zanedbávání.

Box 2 Riziko ohrožení dítěte kvůli zanedbávání či špatnému zacházení. Jak časté je?

Jak je vidět z Grafu 1, v chudobě, energetické chudobě, v rodinách v exekucích či v rodinách ohrožených ztrátou bydlení vyrůstá v ČR 110 až 360 tisíc dětí, tedy 6 % až 18 % dětí. Z toho se ve vážné nouzi či deprivaci, která zahrnuje situace jako bytová nouze nebo život v sociálně vyloučené lokalitě, nachází 50 až 100 tisíc dětí, tedy 2 % až 4 % dětí.

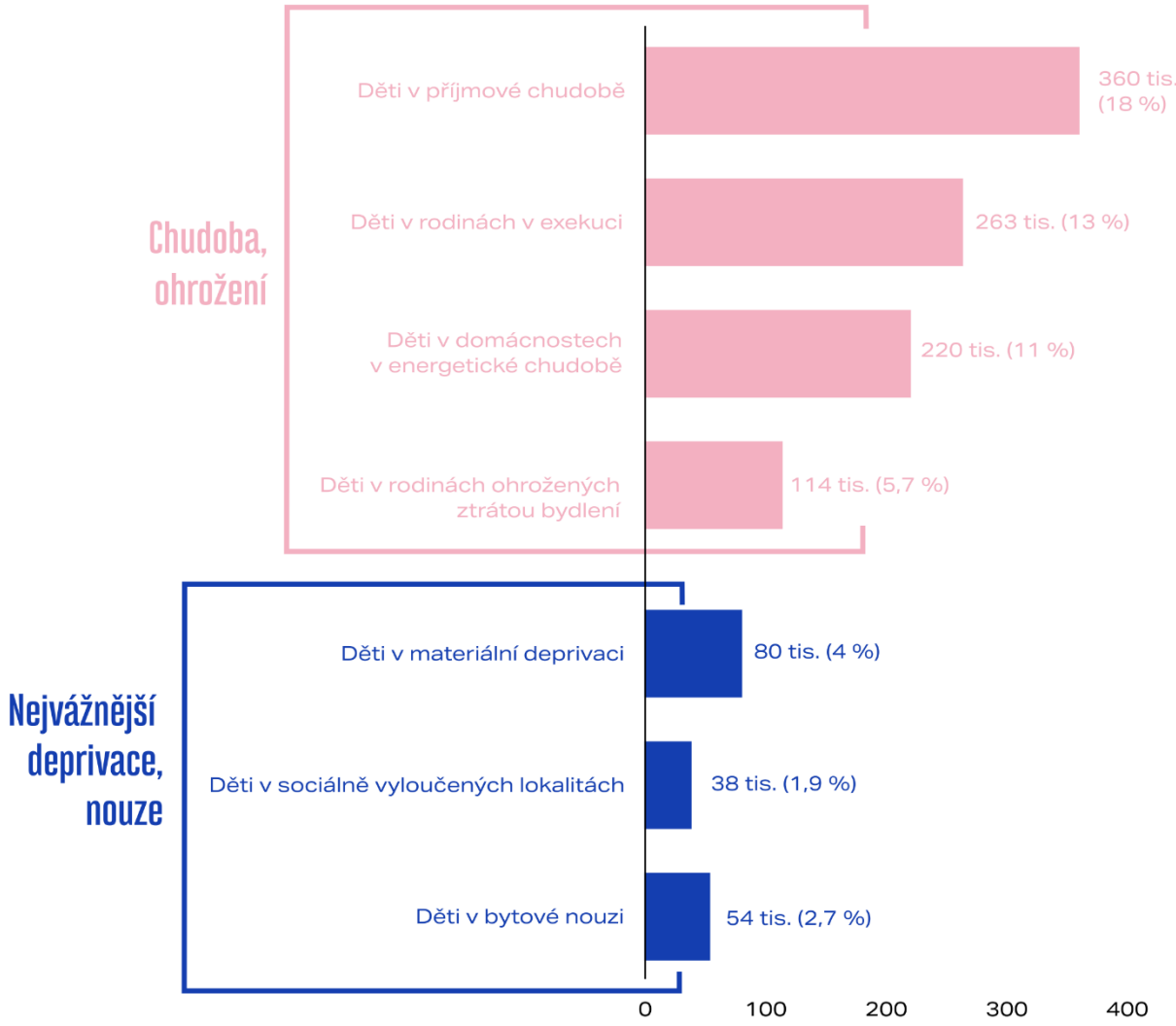
Odhad 300 tisíc dětí ohrožených zanedbáváním či špatným zacházením tedy pravděpodobně bude poměrně realistický. Neplatí sice, že by všechny děti vyrůstající v chudobě či jiných obtížných situacích zachycených v Grafu 1 byly ohrožené zanedbáváním. Pro rodiny v obtížné finanční či bytové situaci (nebo přímo bytové nouzi) je ale náročnější zajistit péči a naplňování potřeb dětí ve všech oblastech. Současně platí, že k zanedbávání či špatnému zacházení s dětmi dochází nejen v rodinách v obtížné ekonomické situaci.

Pro většinu z 300 tisíc dětí, které jsou ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením, platí, že rozsah nenaplňování jejich potřeb není tak závažný, aby bylo nezbytné zapojení orgánů ochrany dětí nebo bylo nezbytné přistupovat k umístění dítěte mimo rodinu. Jde o **děti, které v průběhu svého dětství zažijí nějaké nedostatky v péči či špatné zacházení, ne o děti ohrožené ve smyslu zákona o sociálně-právní ochraně dětí, tzn. dětí, jejichž vývoj je významně nepříznivě ovlivněn. Hovoříme tedy spíše o zvýšeném riziku, že se tyto děti mohou stát ohroženými dle uvedeného zákona.**

Pokud používáme v této zprávě termín *dítě ohrožené zanedbáváním,* je tím myšleno dítě, které je v situaci, kdy hrozí, že by se mohlo stát dítětem ohroženým, jak ho definuje zákon o sociálně-právní ochraně, a mohlo by v důsledku absence pomoci dojít k jeho odebrání z rodiny a umístění do náhradní péče.

V případě významné části z přibližně 150 tisíc rodin, ve kterých těchto 300 tisíc dětí žije (pokud budeme počítat 2 děti na rodinu), tak může být relevantní poskytování různých forem podpůrných služeb, jakými jsou například sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi popsané v kapitole III, proto, aby se zamezilo právě tomu, že se situace dítěte stane tak závažnou, že budeme hovořit o ohroženém dítěti dle § 6.

Graf 1: Odhad počtu dětí do 18 let v ČR v různých formách nouze, chudoby či ohrožení (sloupce není možné sčítat, u jednoho dítěte se může vyskytnout více forem současně; zdroje dat v Příloze 1)



Děti s náročným chováním

Stejně jako u skupiny dětí ohrožených zanedbáváním či špatným zacházením přesně kvantifikovat rozsah výskytu náročného chování (napříč touto publikací je v souladu s aktuální praxí uplatňován termín „náročné chování“[6] namísto termínu „poruchy chování“) není možné. Stejně jako v případě zanedbávání a špatného zacházení nicméně můžeme získat relevantní odhad na základě zahraničních studií. Z analýzy dat reprezentativního vzorku 10 tisíc dětí ve věku 5 až 15

[6] Viz např. Metodické doporučení České školní inspekce Přístupy k náročnému chování dětí a žáků a možnosti jeho řešení.

let ze Spojeného království vyplynulo, že prevalence náročného chování se pohybuje mezi 5 % a 10 %.[7] Pokud vyjdeme ze střední hodnoty, tedy 7,5 %, lze odhadovat, že dětí s náročným (či problémovým) chováním bude v ČR přibližně 150 tisíc.[8] I v tomto případě platí, že zdaleka ne všechny z těchto se dětí by měly být klienty sociálně-právní ochrany dětí (kurátorů pro děti a mládež).

Současně velká část z těchto dětí s náročným chováním bude navíc současně spadat do skupiny A (děti ohrožené zanedbáváním). Mezi náročné (nebo také rizikové) chování se totiž počítá i takové chování, jako je zanedbávání školní docházky, které se současně řadí mezi formy zanedbávání péče. A taktéž platí, že jednou z nejvýznamnějších příčin náročného chování dětí je špatné zacházení ze strany rodiny.[9]

Děti se zdravotním postižením

V případě zdravotního postižení je situace relativně nejsnazší. Na základě toho, že 3,1 % z dětí v základním školství v ČR má podle školské statistiky diagnostikovaný nějaký druh zdravotního postižení,[10] je možné pracovat s předpokladem, že prevalence zdravotního postižení v dětské populaci je přibližně 3,1 %.[11]

Pokud vyjdeme z tohoto procenta, můžeme předpokládat, že v ČR vyrůstá přibližně 60 tisíc dětí do 18 let se zdravotním postižením.

[7] BAKER, Karen. Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 2013, 23.1: 24–29.
[8] Viz Přílohu 2 pro další diskusi.
[9] Viz Metodické doporučení České školní inspekce Přístupy k náročnému chování dětí a žáků a možnosti jeho řešení.
[10] Nepočítaje děti s vývojovými poruchami učení a chování, které školská statistika také eviduje jako děti se zdravotním postižením.
[11] Viz metodiku Analýza potřebnosti rané péče pro podrobnosti.

9 z 10 dětí umístěných mimo péči rodičů je ve státní péči primárně kvůli zanedbávání či špatnému zacházení

Pro většinu z ohrožených dětí platí, že míra ohrožení (či nenaplňování jejich potřeb) není v jejich případě tak závažná, aby bylo nezbytné přistupovat k umístění dítěte mimo rodinu. Do státem regulované náhradní péče (rodinné či pobytové) se zpravidla dostávají děti, v jejichž případě je situace opravdu závažná.
V mnoha případech by ovšem odebrání dítěte šlo předejít, pokud by byla k dispozici adekvátní podpora, která dnes rodinám často chybí z důvodu nedostatku služeb, které ji poskytují (viz následující kapitoly). [12]

Celkem vyrůstá v ČR ve státem financované náhradní péči téměř 23 800 dětí, tedy přibližně 1,2 % z dětské populace.[13] Když započítáme 4,5 tisíce dětí svěřených do péče jiné osoby než rodiče, jako taktéž státem regulované (i když ne financované) formy náhradní rodinné péče, přesáhne počet dětí ve státní péči 28 300 dětí (více než 1,4 % z dětské populace).

Počty dětí ve státní péči spadajících do základních skupin A až C jsou následující:

A. děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením jsou primárně umísťované do dětských domovů, ZDVOP a náhradní rodinné péče, celkem jich je v těchto formách náhradní péče téměř **24 tisíc (viz Graf 2)**,[14]

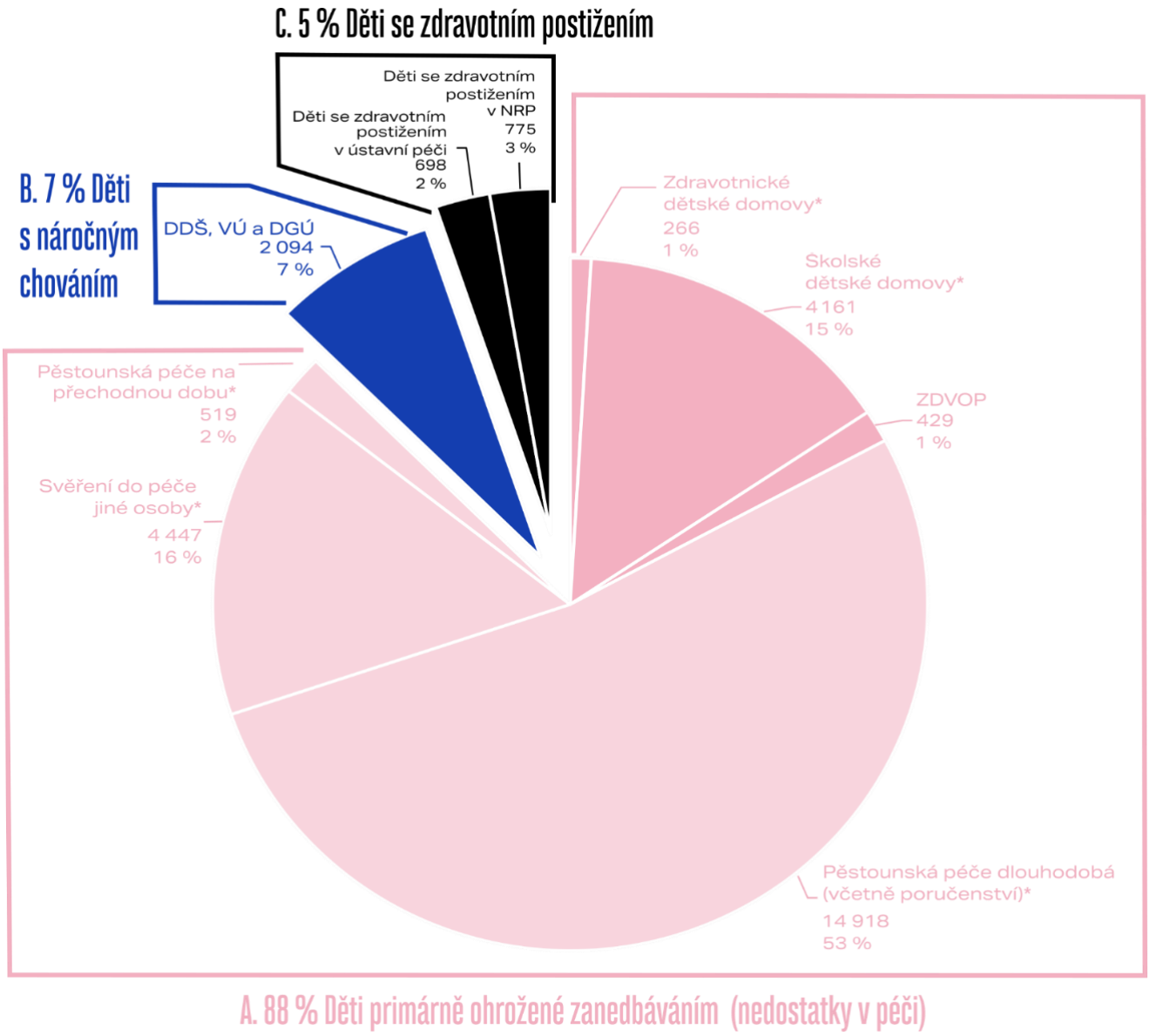
B. děti s náročným či problémovým chováním jsou primárně umísťovány do dětských domovů se školou, diagnostických a výchovných ústavů, v kterých jich je **2 100 (viz Graf 2)**,

C. dětí se zdravotním postižením je v pěstounské péči, domovech pro osoby se zdravotním postižením a dětských domovech (včetně DD pro děti do 3 let věku) přibližně **1 500 (viz Graf 2)**.

Děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením představují přibližně **88 %** ze všech dětí ve státní péči v ČR, jak je vidět z Grafu 2. Je evidentní, že ke **snížení vysokého počtu dětí ve státní péči v ČR nemůže dojít, pokud nedojde k výraznému posílení prevence umísťování dětí primárně ohrožených zanedbáváním (nedostatky v péči) mimo biologickou rodinu.**

[12] To jistě neplatí stoprocentně. Do státní péče se mohou dostat i děti, které nejsou vážně ohrožené, pokud orgány sociálně právní ochrany dětí (a soudy) aplikují „přísná měřítka“. Tato situace nicméně pravděpodobně není příliš častá, jak je zřejmé z Kapitoly II (podkapitoly 4).
[13] Procentuální údaj není zcela přesný, protože mezi 23 500 dětmi ve státní péči je i určitý počet dětí starších 18 let (ve školských zařízeních ústavní péče bylo 445 dětí 18letých a starších, kolik bylo v pěstounských rodinách, nevíme).
[14] Pro podrobnou kvantifikaci a zdroje dat viz text níže.

Graf 2: Děti ve státem regulované a financované náhradní pobytové a rodinné péči v ČR (stav v roce 2021/2022, zdroje dat v Příloze 1)



* Bez dětí se zdravotním postižením.

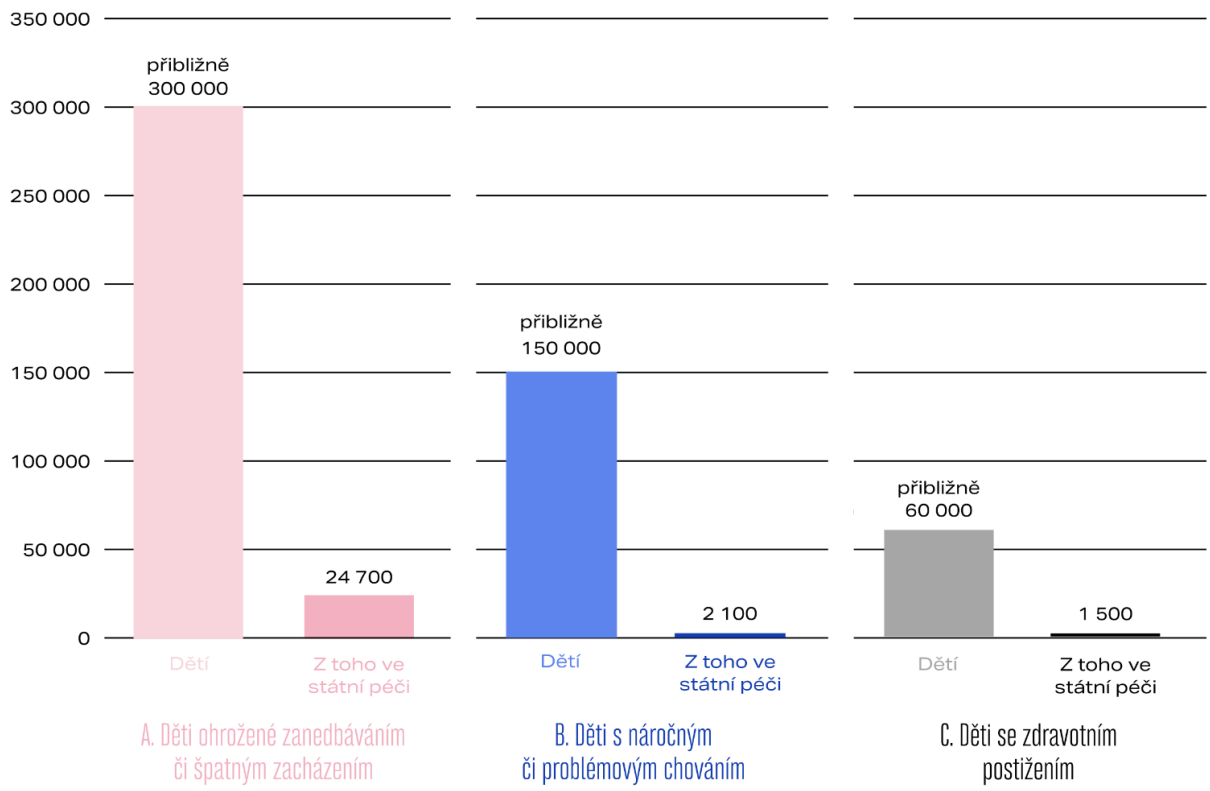
Shrnutí

Největší skupinou ohrožených dětí jsou velmi pravděpodobně děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením. Je jich přibližně dvakrát více než dětí s náročným chováním a přibližně pětkrát více než dětí se zdravotním postižením.

Mezi dětmi ve státní péči zcela převažují děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením, je jich přibližně sedmkrát více než dětí s náročným chováním a zdravotním postižením dohromady. Z toho nevyplývá, že by téměř 90 % z dětí ve státní péči, které se do ní dostaly primárně kvůli zanedbávání či špatnému zacházení, nemělo žádné projevy náročného chování nebo zdravotní postižení či jiné speciální potřeby. Ale primárním důvodem pro jejich umístění mimo původní rodinu bylo zanedbávání péče (či nedostatky v péči) nebo špatné zacházení.

Grafické shrnutí výše prezentovaných odhadů počtu ohrožených dětí ve skupinách A až C, včetně podmnožin ve státní péči, je zachyceno v Grafu 3.

Graf 3: Hlavní skupiny ohrožených dětí včetně podmnožin v různých formách státem regulované náhradní péče (stav v roce 2021/2022, zdroje dat v Příloze 1)



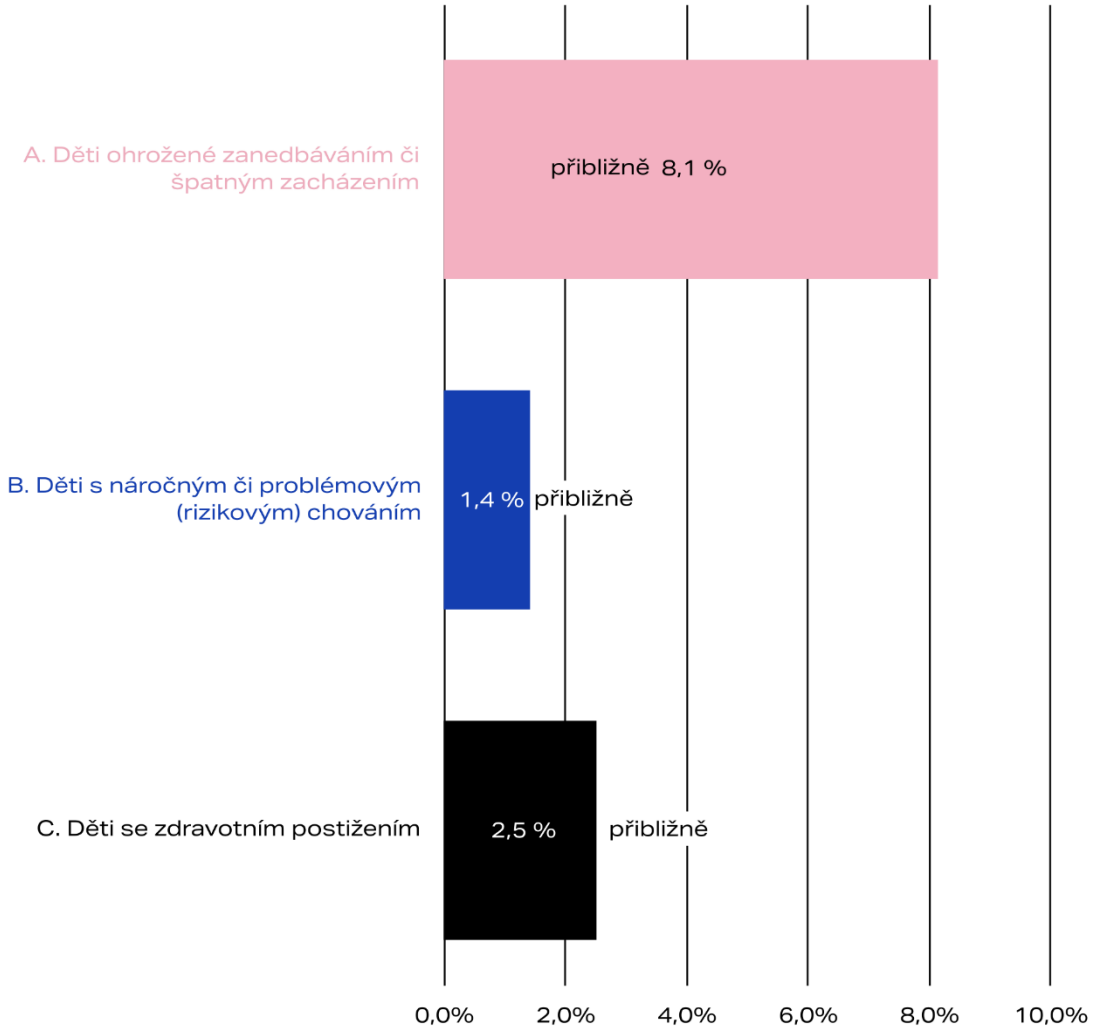
Z Grafu 4 je zřejmé, že mezi výše popsanými základními skupinami ohrožených dětí existuje **výrazný rozdíl v míře umísťování mimo rodinu:**

A. **pro děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením platí, že mimo biologickou rodinu vyrůstá** přibližně **8 % z** této skupiny dětí

B. u **dětí s náročným chováním** mezi **1 % a 2 %**;[15]

C. u dětí se **zdravotním postižením** je to **2 % až 3 %.**

Graf 4: Podíl dětí **oddělených od rodičů a umístěných do státem regulované náhradní péče** v ČR v případě hlavních skupin ohrožených dětí (vlastní výpočet, stav v roce 2021/2022, zdroje dat v Příloze 1)



Děti ohrožené zanedbáváním či špatným zacházením čelí významně vyššímu riziku, že skončí oddělené od svých rodičů, než děti s náročným chováním nebo děti se zdravotním postižením.

[15] I kdybychom předpokládali, že polovina z dětí v dětských domovech je do nich umísťována kvůli náročnému chování (ne nedostatkům v péči), stále bude míra umísťování dětí s náročným chováním do státní péče 2,5 %, tedy čtyřikrát menší než u dětí ohrožených zanedbáváním či špatným zacházením.

II. Hlavní problémy péče o ohrožené děti v ČR

Stručně a výstižně Hlavní problémy péče o ohrožené děti v ČR

1. Roste počet dětí, které končí ve státní péči kvůli zanedbávání péče.
2. Nedaří se snižovat počet dětí ve školských dětských domovech.
3. Mezi kraji a ORP panují velké rozdíly v míře umísťování dětí do státní péče.
4. Hlavní důvodem je značný výskyt sociálních problémů v určitých územích. a nedostatečná síť podpůrných služeb pro rodiny.

1 Roste počet dětí, které končí ve státní péči kvůli zanedbávání péče

Jak bylo vidět z čísel prezentovaných v kapitole I, největší část z dětí ve státní péči představují děti umístěné mimo rodinu primárně kvůli zanedbávání či špatnému zacházení. V dalším textu, který se věnuje dětem ve státní péči, o této skupině mluvíme jako o „dětech primárně ohrožených zanedbáváním (nedostatky v péči)“. Důvodem je skutečnost, že děti zanedbávané představují většinu z dětí ze skupiny A umístěných do státní péče (děti týrané či zneužívané tvoří jen malou část z dětí ve státní péči, viz Box 3 pro vysvětlení).

Počet dětí, které jsou umístěné mimo biologickou rodinu z důvodu ohrožení spojeného se zanedbáváním (nedostatky v péči),[16] od roku 2009 stoupl o více než 6 tisíc (o 33 %), jak je vidět z Grafu 4. Naproti tomu počet dětí umístěných

[16] V následujícím textu je v případě dětí ve státní péči v kategorii A. používáno označení „Děti primárně ohrožené zanedbáváním (nedostatky v péči)“, protože z dat o dětech v ústavní péči (školských i zdravotnických dětských domovech a ZDVOP) je zřejmé, že většina z těchto dětí je umístěna mimo rodinu primárně kvůli zanedbávání (nedostatkům v péči), špatné zacházení (týrání, zneužívání) je přítomno v případě jednotek procent z těchto dětí.

do státní péče primárně kvůli náročnému chování ve stejném období klesl o třetinu. A o čtvrtinu se snížil i počet dětí se zdravotním postižením ve státní péči.

Popsaný vývoj nemá jedno jednoduché vysvětlení. Klíčovou roli v poklesu počtu dětí se zdravotním postižením ve státní péči pravděpodobně hraje to, že rodiče dětí se zdravotním postižením je nechtějí umístit do ústavní péče ani za cenu vysokých osobních obětí. Současně došlo v posledních 30 letech k rozvoji podpůrných služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením, jako jsou raná péče, denní stacionáře, odlehčovací služby a další služby. Pokrytí krajů těmito službami není rovnoměrné, nicméně platí, že základní dostupnost existuje, jak je zřejmé z dat prezentovaných v kapitole III. A stát současně umožňuje rodinám s dětmi se zdravotním postižením pokrýt část z nákladů na tyto služby skrze příspěvek na péči, který vyplácí rodinám s dětmi závislými na péči.

Box 3 Děti ohrožené zanedbáváním či nedostatky v péči jako největší skupina z dětí ve státní péči

Z výkazů o výkonu sociálně právní ochrany dětí je zřejmé, že počet dětí umístěných do státní péče z důvodu týrání či zneužívání je přibližně desetkrát menší než počet dětí umístěných z důvodu zanedbávání (v roce 2021 to bylo 1 712 vs. 173 dětí).[1] K tomu samému došly i analýzy, které zkoumaly důvody umístění do státní péče u dětí, které se v ní nacházejí. Podíl dětí týraných či zneužívaných na dětech ve státní péči se pohybuje v řádu jednotek procent.[2]

Jedním z důvodů je jednak relativně vyšší prevalence zanedbávání než týrání či zneužívání (16 % vs. 7 až 10 %), významnou roli hraje skutečnost, že sexuální zneužívání, ale i jiné formy zneužívání dětí jsou ze své podstaty výrazně skrytějším fenoménem než zanedbávání péče.

Počet každoročně zjištěných případů zanedbávání je tak přibližně desetkrát vyšší než počet zjištěných případů zneužívání (6 000 až 8 000 vs. 700 až 800).[3]

[1] Viz Výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany za rok 2021.
[2] Viz např. výzkumnou zprávu Investice do dětí.
[3] Viz Roční výkazy o výkonu sociálně-právní ochrany dětí.

Snížení počtu dětí s náročným chováním ve státní péči (typicky umísťovaných do výchovných ústavů a dětských domovů se školou[17]) mohl napomoci rozvoj preventivních služeb ve školství (střediska výchovné péče) nebo v sociální oblasti (nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, streetwork).

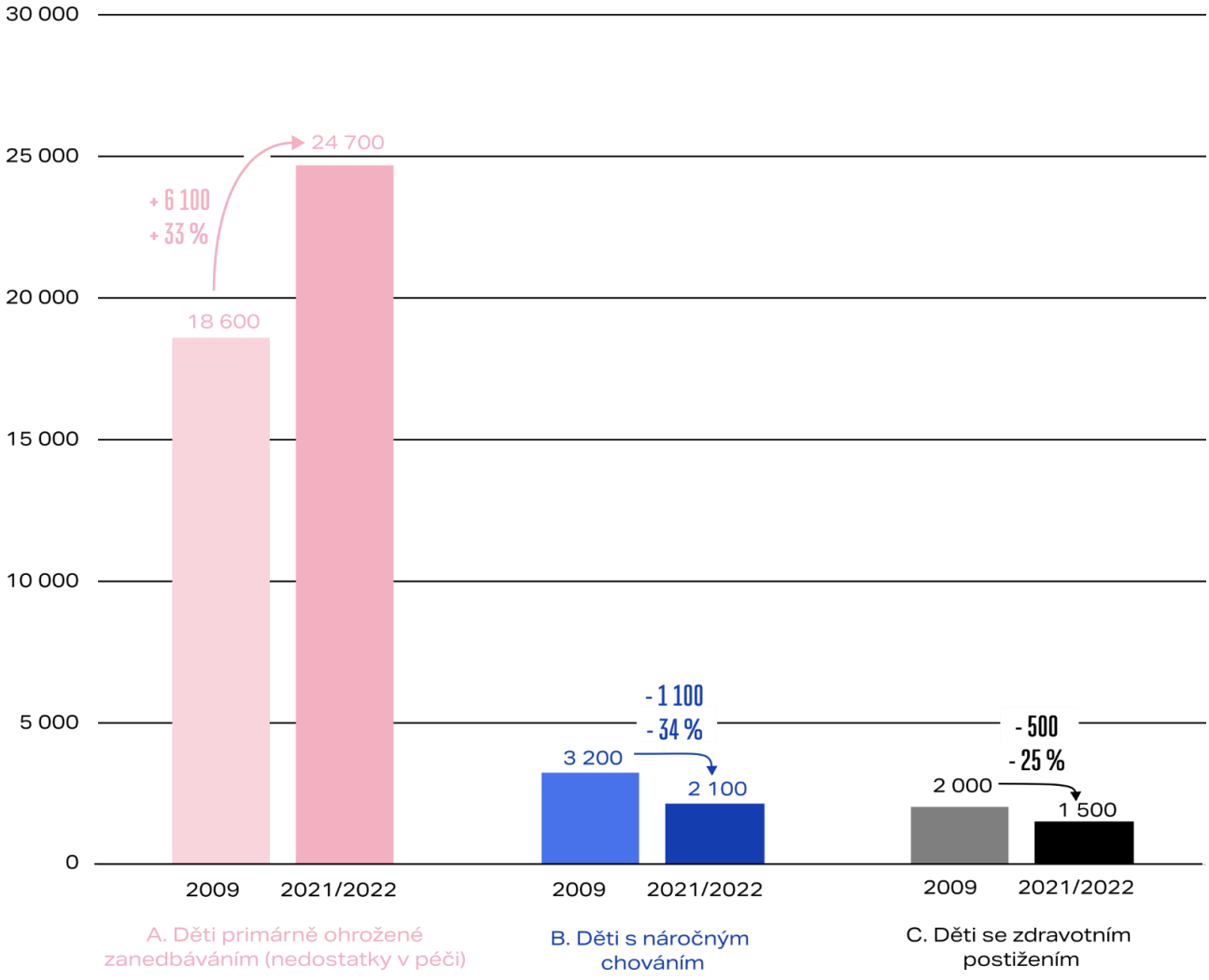
Do hloubky zkoumat vývoj v těchto dvou segmentech náhradní péče o děti, tj. péče o děti se zdravotním postižením a náročným chováním, nicméně není primárním cílem této zprávy.

Vzhledem k tomu, že děti ohrožené zanedbáváním (nedostatky v péči) představují téměř 9 z 10 dětí ve státní péči, věnuje se tato zpráva primárně jim. Ani v případě této skupiny neexistuje jedno jednoduché vysvětlení pro významný nárůst počtu dětí ve státem regulované náhradní péči. Určitou roli mohla hrát formalizace dříve neformální rodinné péče. V každém případě ovšem platí, že nárůst počtu dětí v náhradní rodinné péči (NRP) měl jen minimální dopad na snížení počtu dětí v dětských domovech. Jak je vidět z Grafu 6, přestože počet dětí[18] v náhradní rodinné péči vzrostl od roku 2009 téměř o 7 tisíc, došlo ve stejném období ke snížení počtu dětí v dětských domovech pouze o necelých 450 dětí. To znamená, že v průměru došlo ke snížení počtu dětí v DD pouze o jedno dítě na každých 16 dětí, které přibyly v náhradní rodinné péči.

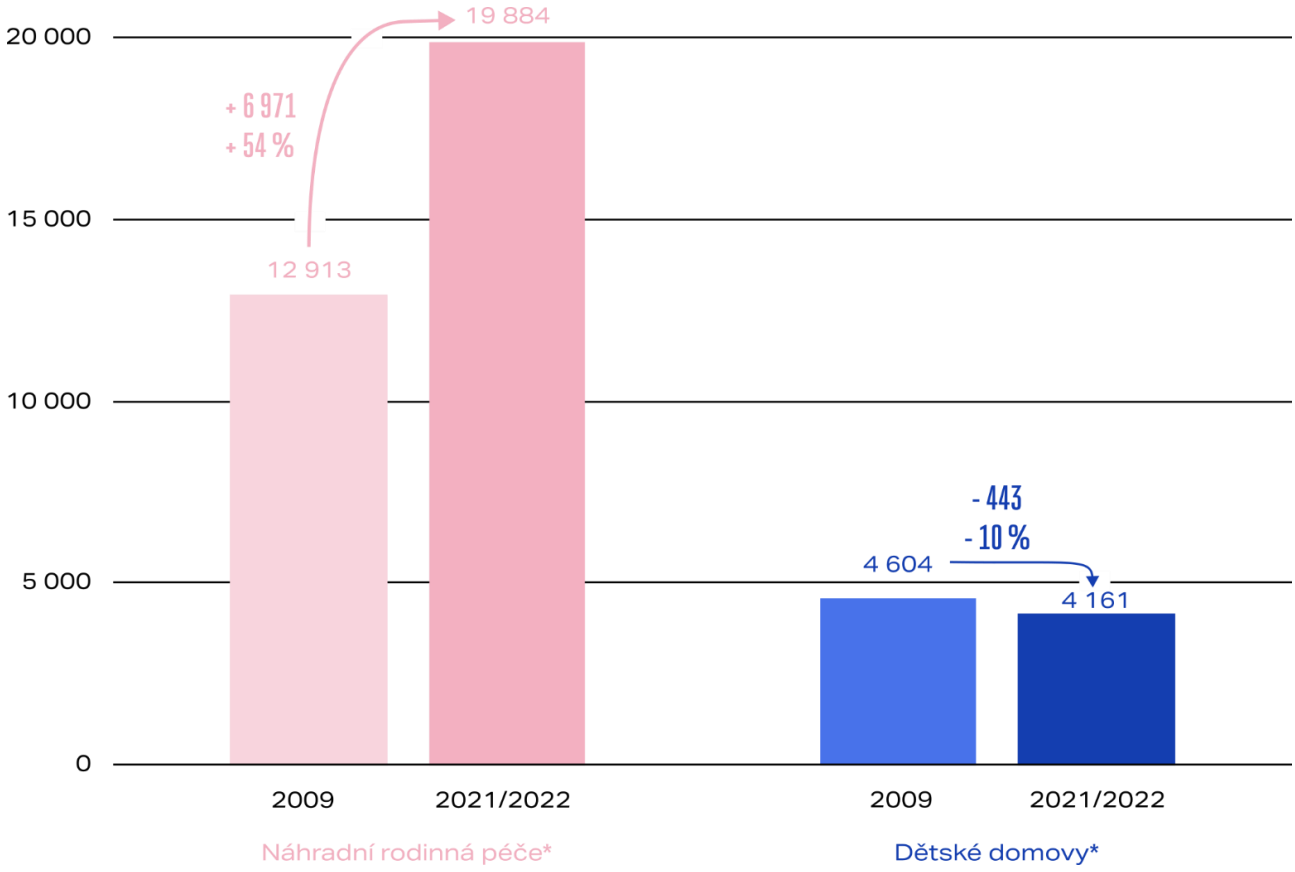
[17] Tyto děti jsou někdy umísťovány i do běžných dětských domovů. Z Grafu 16 níže je ovšem zřejmé, že rizikové chování je jen výjimečně jedním z důvodu umístění dětí do (běžných) dětských domovů, příliš častým důvodem není ani náročné chování ve škole nebo v rodině. Z toho nevyplývá, že by děti umístěné v běžných dětských domovech neměly projevy náročného chování, náročné chování nicméně u většiny z nich nebylo *primárním* důvodem umístnění do zařízení (jako v případě dětí umísťovaných do dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů).

[18] Bez zdravotního postižení, ty ve statistikách oddělujeme, protože spadají do výše popsané kategorie C a tento text se zabývá skupinou A (dětmi primárně ohroženými zanedbáváním).

Graf 5: Porovnání počtu dětí ve státní péči v letech 2009 a 2021 (v třídění dle základních skupin ohrožených dětí, zdroje dat v Příloze 1)



Graf 6: Porovnání vývoje počtu dětí v náhradní rodinné péči s počtem dětí v dětských domovech (vlastní výpočty, zdroje dat v Příloze 1)



* Bez dětí se zdravotním postižením.

Jak je zřejmé z Tabulky 1, neplatí, že zvyšování počtu dětí v pěstounské péči nemá žádný vliv na snižování počtu dětí v ústavní péči. Pokud jde o ústavní péči o nejmenší děti umísťované do zdravotnických dětských domovů, podařilo se během pouhých čtyř let snížit počet těchto dětí téměř o 70 %, některým krajů dokonce o 90 %. A rozvoj pěstounské péče na přechodnou dobu v tom hrál důležitou roli. I když současně platí, **že snížit počet dětí v DD3 se podařilo i Pardubickému nebo Zlínskému kraji, které mají relativně málo pěstounů na přechodnou dobu, ovšem silnou síť sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi,[19] které poskytují podporu biologickým rodinám dětí a fungují jako prevence institucionalizace.**

[19] Viz níže.

Z tabulky 1 je zřejmé, že pokud jde o školské dětské domovy, ve většině krajů ČR v posledních 4 letech nedošlo k vůbec žádnému snížení počtu dětí, v některých krajích dokonce došlo k nárůstu počtu dětí v nich.

Tabulka 1: Porovnání vývoje počtu (stavu) dětí ve zdravotnických a školských dětských domovech v krajích ČR v letech 2018 až 2022 (vlastní výpočty, zdroje dat v Příloze 1)

	Vývoj v letech 2018 až 2022		Dětské domovy pro děti do 3 let (děti do 3 let věku včetně)			Školské dětské domovy (celkem dětí)		
	Snížení počtu dětí do 3 let v DD3	*Snížení počtu dětí v školských DD*	*2018*	*2022*	*Absolutní rozdíl*	*2018*	*2022*	*Absolutní rozdíl*
Česká republika	**-69%**	**1%**	**439**	**138**	**-301**	**4 238**	**4 261**	**23**
Praha	-87%	16%	47	6	-41	122	141	19
Středočeský kraj	-76%	0%	89	21	-68	474	473	-1
Jihočeský kraj		-5%			0	288	275	-13
Plzeňský kraj	-63%	-2%	63	23	-40	262	257	-5
Karlovarský kraj	-75%	2%	16	4	-12	190	194	4
Ústecký kraj	-61%	2%	80	31	-49	712	725	13
Liberecký kraj	-53%	3%	17	8	-9	187	192	5
Královéhradecký kraj	-67%	0%	3	1	-2	213	212	-1
Pardubický kraj	-86%	1%	7	1	-6	144	146	2
Kraj Vysočina	-43%	5%	28	16	-12	228	239	11
Jihomoravský kraj	-25%	-5%	20	15	-5	295	280	-15
Olomoucký kraj	-27%	-4%	11	8	-3	323	310	-13
Zlínský kraj		-1%	0	0	0	235	232	-3
Moravskoslezský kraj	-93%	4%	58	4	-54	565	585	20

To samé potvrzují i data za jednotlivé správní obvody obcí s rozšířenou působností (ORP). Pokud by platilo, že zvyšování počtu dětí v NRP vede k poklesu dětí v ústavní péči, mělo by platit, že ORP s vysokým podílem dětí v NRP bude mít nižší podíl dětí v ústavní péči. Ve skutečnosti ale platí, že čím větší je počet dětí v náhradní rodinné péči v ORP (na tisíc dětí v ORP), tím větší je i počet dětí v ústavní péči (na tisíc dětí) v daném ORP. Počet dětí v pěstounské péči samozřejmě nijak nezvyšuje počet dětí v ústavní péči. Důvodem pro to, že v některých ORP je mnoho dětí v ústavní péči, i přestože je tam současně mnoho dětí v pěstounské péči, je to, že míra ohrožení dětí je v některých ORP tak velká, že ani umístění vysokého počtu dětí do pěstounské péče nestačí, aby počet dětí v ústavní péči klesl (viz dále pro podrobnosti).

Současně je třeba dodat, že z výše prezentovaných dat nevyplývá, že by rozvoj pěstounské péče neměl žádný dopad na míru institucionalizace dětí (i když by

se to tak mohlo jevit). Je pravděpodobné, že pokud by nedošlo v posledních 10 letech k nárůstu počtu dětí v pěstounské péči v ČR, počet dětí v dětských domovech by nestagnoval, ale významně by vzrostl.

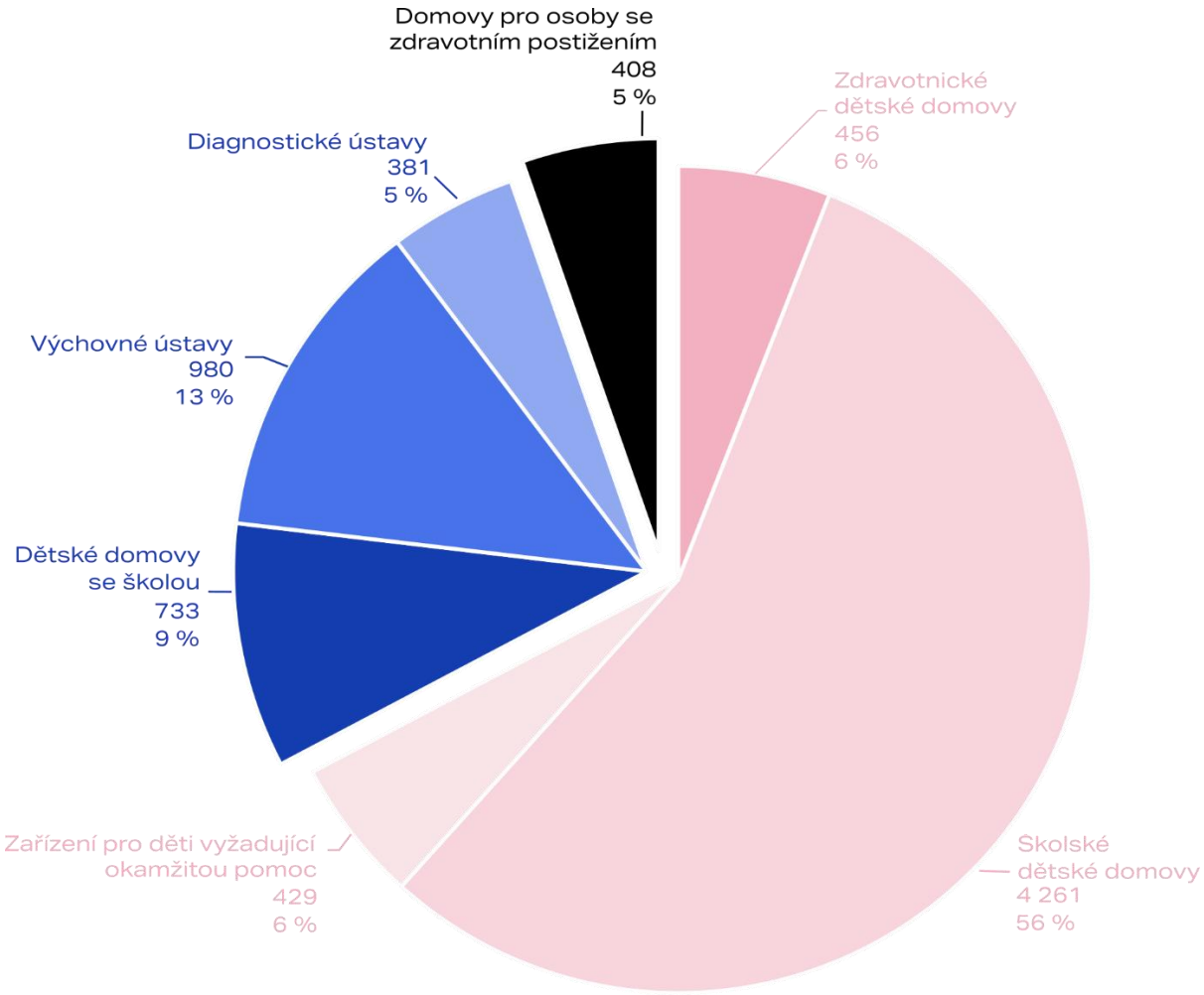
V **každém případě je však zřejmé, že nejdůležitějším úkolem pro ČR, pokud jde o péči o ohrožené děti, je v tuto chvíli posílení podpůrných služeb pro rodiny (zejména v územích, kde se odebírá z rodin velká část z dětí,** viz níže), **které umožní, aby nebylo nezbytné umísťovat tolik dětí do státní péče**. Určitě je vhodné současně zlepšit vyhledávání pěstounů i rozvíjet pěstounskou péči směrem ke specializaci pěstounů na specifické skupiny dětí jako jsou děti s postižením či sourozenecké skupiny. Dokud ale bude počet dětí, pro které je (primárně kvůli nedostatkům v péči) nezbytné zajistit umístění mimo rodinu, tak vysoký jako nyní, pravděpodobně se pro všechny z nich pěstouny nikdy najít nepodaří. Přičemž potenciál samotného rozvoje pěstounské péče jako nástroje deinstitucionalizace péče o děti současně limituje skutečnost, že významná část z dětí, které jsou nyní umísťovány mimo svou rodinu kvůli nedostatkům v péči, jsou děti ze sourozeneckých skupin o 3 a více dětech (viz níže). A zajištění včasné a dostatečně intenzivní podpory původní rodiny dětí, která zamezí ohrožení dítěte, je pro dítě výrazně lepší než zanedbání prevence ústící v umístění mimo rodinu. Každý přesun dítěte, i když jde o umístění do pěstounské rodiny, je pro dítě traumatem.

2 Nedaří se snižovat počet dětí ve školských dětských domovech

To, že se dlouhodobě nedaří snižovat počty dětí ve školských dětských domovech, představuje zásadní problém pro deinstitucionalizaci péče o ohrožené děti v ČR jako takové. Školské dětské domovy totiž představují z hlediska počtu dětí zdaleka nejvýznamnější typ zařízení ústavní péče o děti, jak je vidět z Grafu 7.

Počet dětí ve školských dětských domovech je téměř desetkrát vyšší než ve zdravotnických dětských domovech. I přestože se zdravotnické domovy pokoušejí úbytek malých dětí do 3 let věku (které jsou převážně umísťovány do pěstounské péče na přechodnou dobu) kompenzovat zajišťováním péče o předškolní a školní děti, které již v těchto zařízeních výrazně převažují (tvoří 70 % z dětí v těchto zařízeních).[20]

Graf 7: Počty dětí v různých typech zařízení ústavní péče o děti (2021/2022, zdroje dat v Příloze 1)

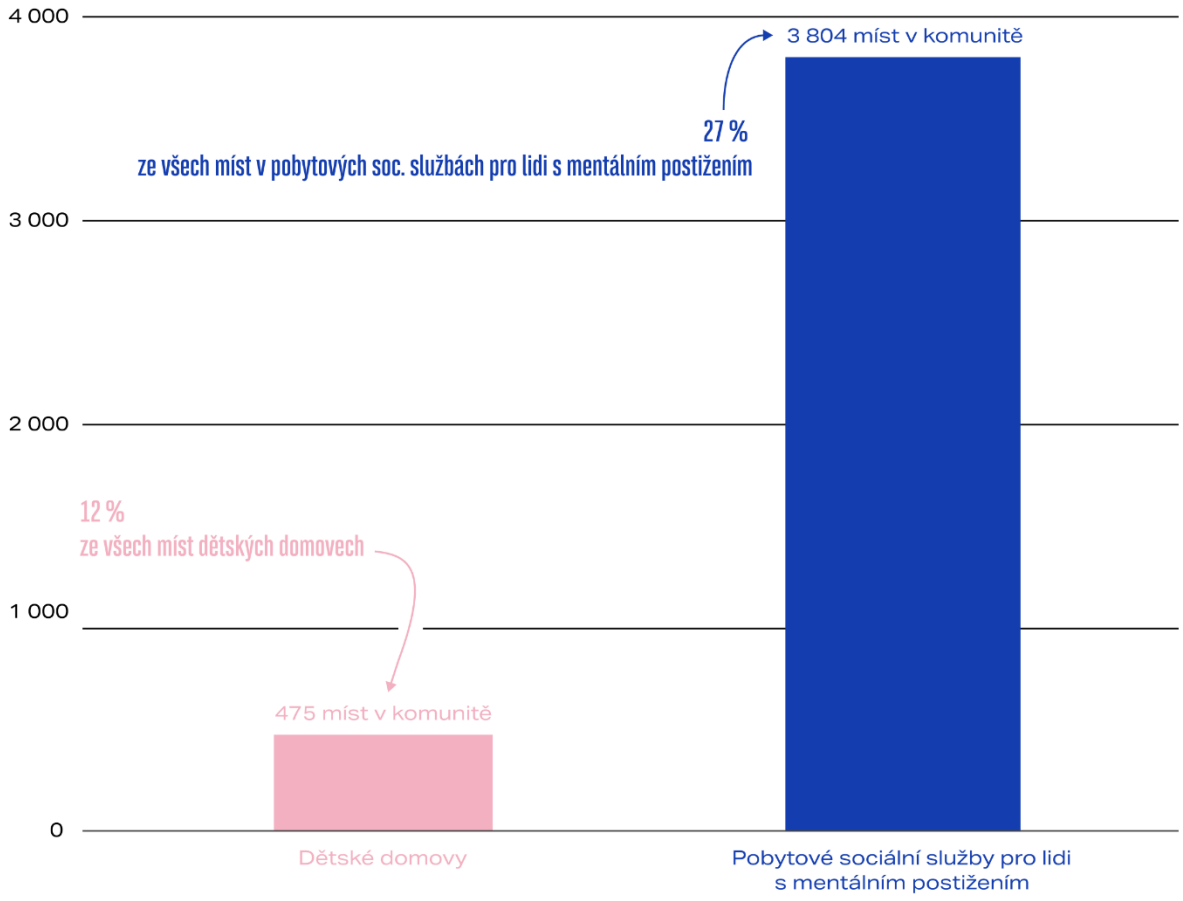


[20] Viz Závěrečnou zprávu ze zjišťování mezi dětskými domovy pro děti do 3 let věku.

Přes snahy co nejvíce přiblížit náhradní péči o děti zajišťovanou dětskými domovy rodině, zpravidla stále nejde o péči komunitního typu

Jak je vidět z Grafu 8, náhradní péče o děti zajišťovaná dětskými domovy probíhá jen z menší části v bytech či domech v komunitě (v běžné zástavbě). Jen menšinu zařízení můžeme označit za malé pobytové služby komunitního typu, v jakých je v případě pobytových sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením už téměř 4 tisíce míst. Z toho nevyplývá, že by téměř 90 % z náhradní péče zajišťované dětskými domovy mělo charakter tradiční ústavní péče. Kromě 12 % z kapacity dětských domovů v komunitě se nachází dalších 36 % z kapacity dětských domovů v cvičných bytech v objektech, kde jsou současně ložnice pro děti (nebo 3 a více takových bytů). Jde tedy o náhradní péči, o níž se v kontextu sociálních služeb hovoří jako o humanizované ústavní péči. V těchto případech nicméně stále dochází k přílišné koncentraci dětí ve státní péči na jednom místě, což ztěžuje přibližování péče rodinnému životu a začleňování dětí do společnosti.

Graf 8: Počet míst v dětských domovech v bytech či domech v komunitě (v lednu 2023) a v pobytových službám pro lidi s mentálním postižením (v roce 2021)



Zdroj: Šetření MŠMT mezi krajskými úřady a výzkumná zpráva Žít jako ostatní.

Naplněnost dětských domovů zůstává vysoká

Naplněnost školských dětských domovů zůstává velmi vysoká. Financování dětských domovů ze strany MŠMT předpokládá, že v jedné skupině (v případě DD tzv. „rodinná skupina“) by mělo být 6 až 8 dětí.

Do **dětských domovů se ovšem zpravidla umísťují vážně ohrožené a značně traumatizované děti, které potřebují intenzivní individualizovanou péči. Tudíž i při počtu 6 dětí na skupinu je obtížně možné naplňovat jejich potřeby. Proto by 6 dětí na skupinu mělo být považováno nikoliv za minimální, ale spíše za maximální akceptovatelný počet dětí na skupinu.**

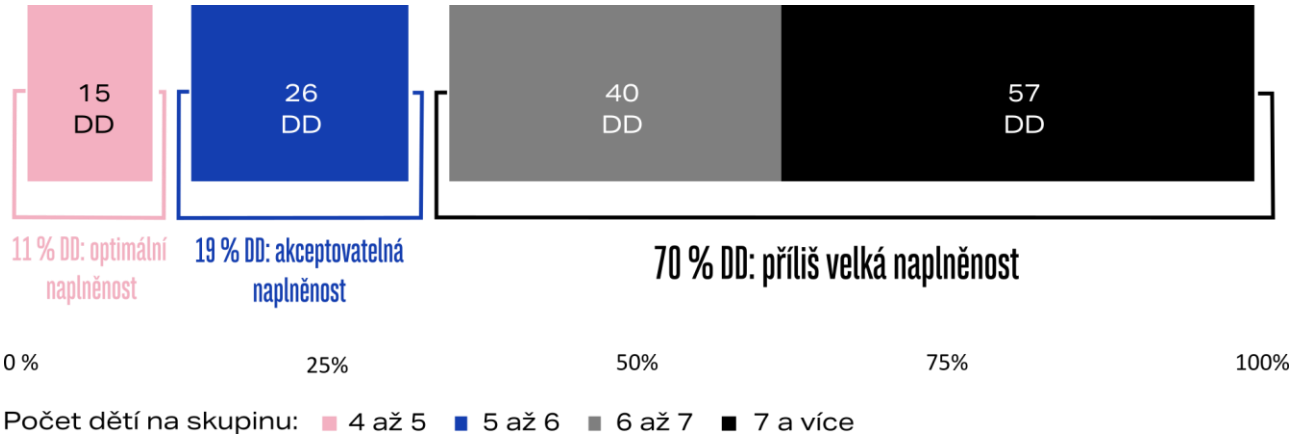
Pokud budeme pracovat s 6 dětmi na skupinu jako limitem, bude činit maximální kapacita dětských domovů v ČR 3 684 dětí, protože v 138 DD je aktuálně celkem 614 rodinných skupin (3 684 je 614krát 6).

Ze statistiky dnů strávených dětmi v zařízení (DD) ovšem vyplývá, že ve školním roce 2021/2022 bylo v DD celkem 4 042 obsazených míst.[21] Průměrný počet dětí ve skupině tedy byl vyšší než 6 (4 042 je více než 3 684). Na jednu skupinu v DD v průměru připadalo 6,6 dětí.[22] Více než 6 dětí na skupinu bylo v DD ve všech krajích ČR vyjma Pardubického a Libereckého (kde bylo 5,6, resp. 5,1 dětí na skupinu). V případě Moravskoslezského a Ústeckého kraje dokonce v průměru připadalo na skupinu více než 7 dětí.

Jak je vidět z Grafu 9, optimální naplněnosti (tj. 4–5 dětí na skupinu) dosahovalo ve školním roce 2021/2022 pouze 11 % z dětských domovů. Naopak pro **7 z 10 dětských domovů platilo, že na rodinnou skupinu připadalo 6 až 7, nebo dokonce 7 až 8 dětí. Jednalo se tedy o zařízení, která byla příliš naplněná na to, aby mohla poskytovat vysoce kvalitní individualizovanou péči zpravidla značně traumatizovaným ohroženým dětem, jaké jsou do dětských domovů umísťovány.**

[21] Děti strávily v DD celkem 1 475 330 dní, počet obsazených míst tedy činil 1 475 330 / 365, tedy 4 042.
[22] Dny strávené dětmi v zařízení zahrnují i děti.

Graf 9: Dětské domovy v ČR podle naplněnosti ve školním roce 2021/2022 (vlastní výpočet, zdroje dat v Příloze 1)



Neplatí přitom, že by vysoká naplněnost dětských domovů byla způsobena tím, že děti v zařízení zůstávají déle a odchází jich méně. Počet dětí, které DD každoročně opustí, je dlouhodobě stabilní (pohybuje se kolem 1 000 dětí ročně). Nestoupá ani počet dětí, které v zařízení dobrovolně zůstávají po dosažení zletilosti. Těchto dětí bylo v dětských domovech k 31. 10. 2022 celkem 325 (7,6 % ze všech dětí), o deset let dříve, 31. 10. 2012, to bylo 458.

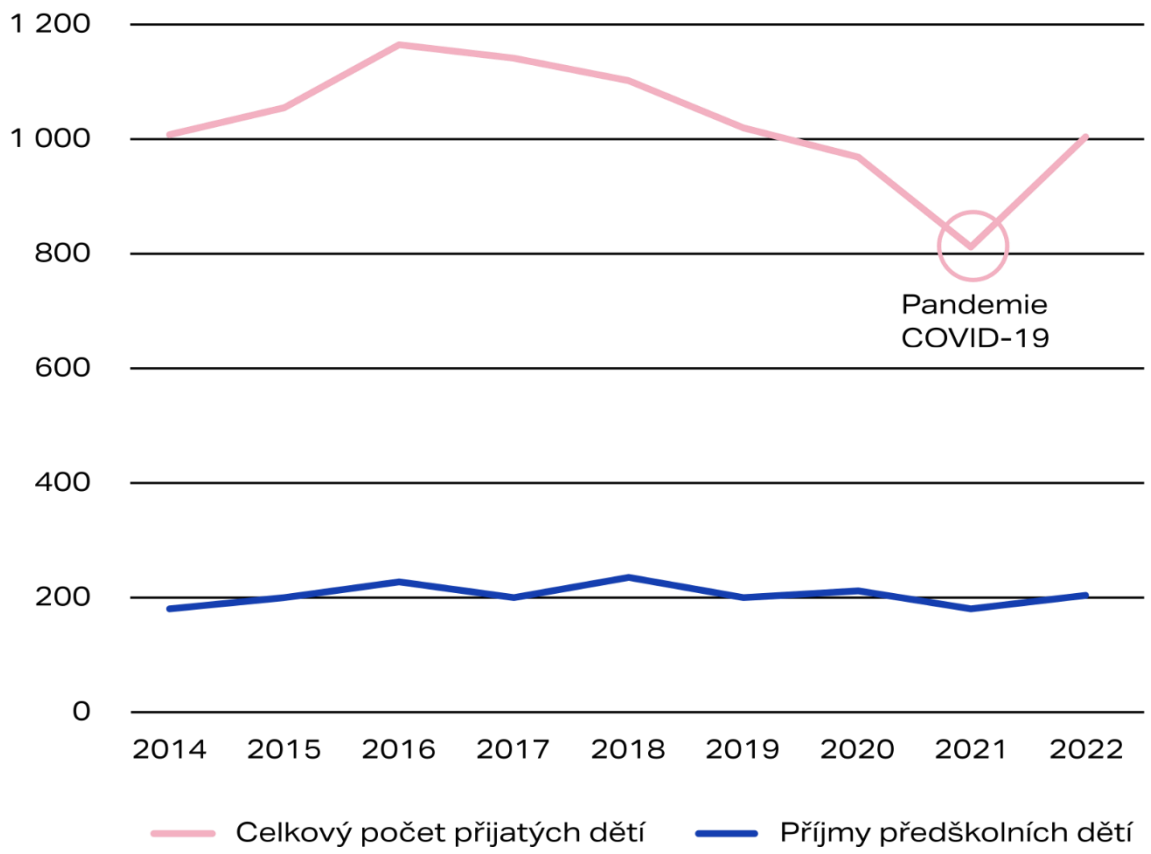
Primární příčinou setrvale vysoké naplněnosti dětských domovů je stabilní přísun nových dětí do jejich péče. Jak je vidět z Grafu 10, s výjimkou let 2020 a 2021 charakterizovaných pandemií covid-19 se počet dětí každoročně přijímaných do dětských domovů pohybuje kolem 1 000 dětí ročně.[23]

Z Grafu 10 je zřejmé, že stabilní je i počet předškolních dětí každoročně přijímaných do školských dětských domovů. To je poměrně překvapivé. V posledních deseti letech došlo k významnému snížení počtu dětí do 3 let věku umísťovaných do zdravotnických dětských domovů pro děti do 3 let věku. Tato zařízení primárně koncipovaná jako zařízení náhradní péče o kojence a batolata tak začala výrazně více zajišťovat péči o předškolní a školní děti, které v minulosti přecházely po překročení hranice tří let věku do péče školských dětských domovů. Na jaře 2022 již v dětských domovech pro děti do 3 let věku bylo stejně dětí ve věku 7 a více let jako dětí do 3 let včetně (30 %) a největší skupinou byly předškolní děti ve věku 4 až 6 let. Téměř polovina (44 %) z dětí přijatých do dětských domovů pro děti do 3 let věku v roce 2021 byla přijata do těchto zařízení, když jim bylo 4 až 6 let nebo 7 a více let. V absolutních číslech se jednalo o 123 předškolních a školních dětí.[24] Pokud zohledníme, že ústavní péči o předškolní děti nově do značné míry zajišťují i zdravotnické dětské domovy, lze říci, že celkový

[23] Snížení počtu přijatých dětí v pandemických letech mohlo mít řadu příčin souvisejících s platnými omezeními a lockdowny: omezení činnosti orgánů sociálně-právní ochrany dětí, faktické uzavření dětských domovů vůči novým příjmům ad.
[24] Viz Závěrečnou zprávu ze zjišťování v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

počet předškolních dětí umísťovaných do ústavní péče (primárně kvůli zanedbávání či nedostatkům v péči) tak velmi pravděpodobně v posledních letech dokonce roste.

Graf 10: Počet dětí ročně přijatých do školských dětských domovů v letech 2010 až 2022 (zdroje dat v Příloze 1)

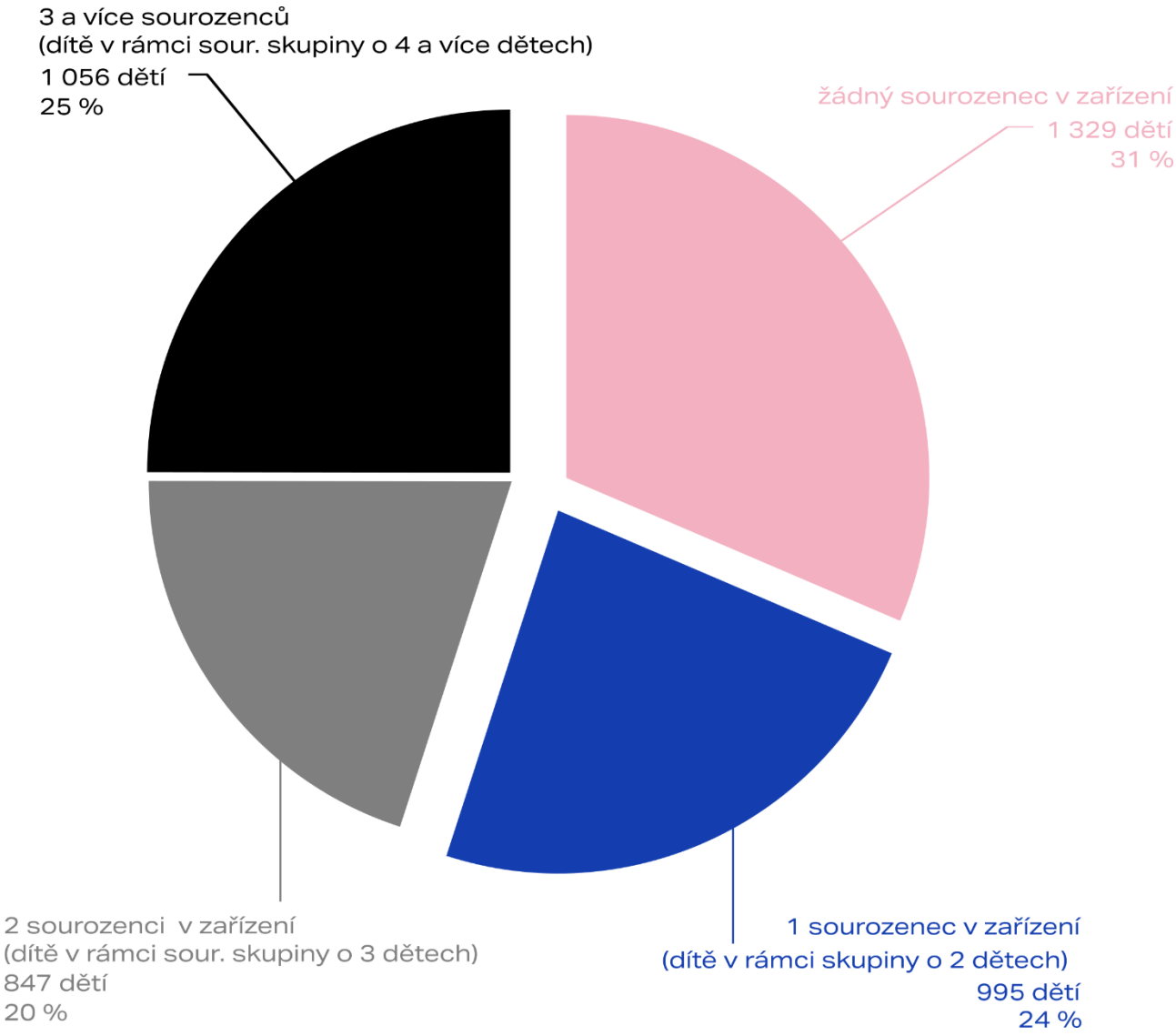


Vysoký počet dětí v DD v každém případě ztěžuje přibližování péče o děti v DD rodinné péči. Zajistit pobytovou péči komunitního typu pro tak velký počet (více než 4 tisíce) dětí je značně finančně nákladné, organizačně a prakticky složité (je obtížné najít či vybudovat dostatečný počet bytů a domků v komunitě, zajistit dostatek kvalifikovaného personálu atd). **Každý úspěšný proces deinstitucionalizace péče o ohrožené děti je založen na snižování počtu dětí v pobytové péči,** které umožní zajistit nákladnou pobytovou péči formou malých pobytových služeb komunitního typu, aniž by došlo k výraznému navyšování celkových nákladů na náhradní péči.

Aby došlo ke snížení počtu dětí v těchto zařízeních, je jednak nezbytné výrazně zintenzivnit vyhledávání pěstounů pro děti aktuálně umísťované do dětských domovů z důvodu nedostatků v péči, ovšem k **výraznému snížení v počtu dětí přijímaných do dětských domovů nedojde bez intenzivního rozvoje preventivních služeb podpory rodiny sloužících k předcházení a minimalizaci ohrožení dítěte** (čímž se umožní setrvání dětí v původních rodinách). Kromě výše popsaných limitů rozvoje pěstounské péče jako nástroje prevence umísťování dětí

do dětských domovů, totiž potenciál pěstounské péče jako nástroje deinstitucionalizace omezuje skutečnost, že pro **téměř polovinu z dětí, které jsou v posledních letech přijímané do dětských domovů platí, že nejde o ani o samostatně umísťované děti ani o pár dvou společně umístěných sourozenců, ale o děti umístěné do zařízení v rámci sourozenecké skupiny 3 a více dětí (viz Graf 11).**[25] Najít pěstouny pro tříčlenné (nebo větší) sourozenecké skupiny složené ze školních dětí je obtížné.

Graf 11: Počet dětí v dětských domovech podle toho, kolik mají v zařízení sourozenců (k 31. 1. 2023) (zdroj: Mimořádné šetření MŠMT mezi zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy)

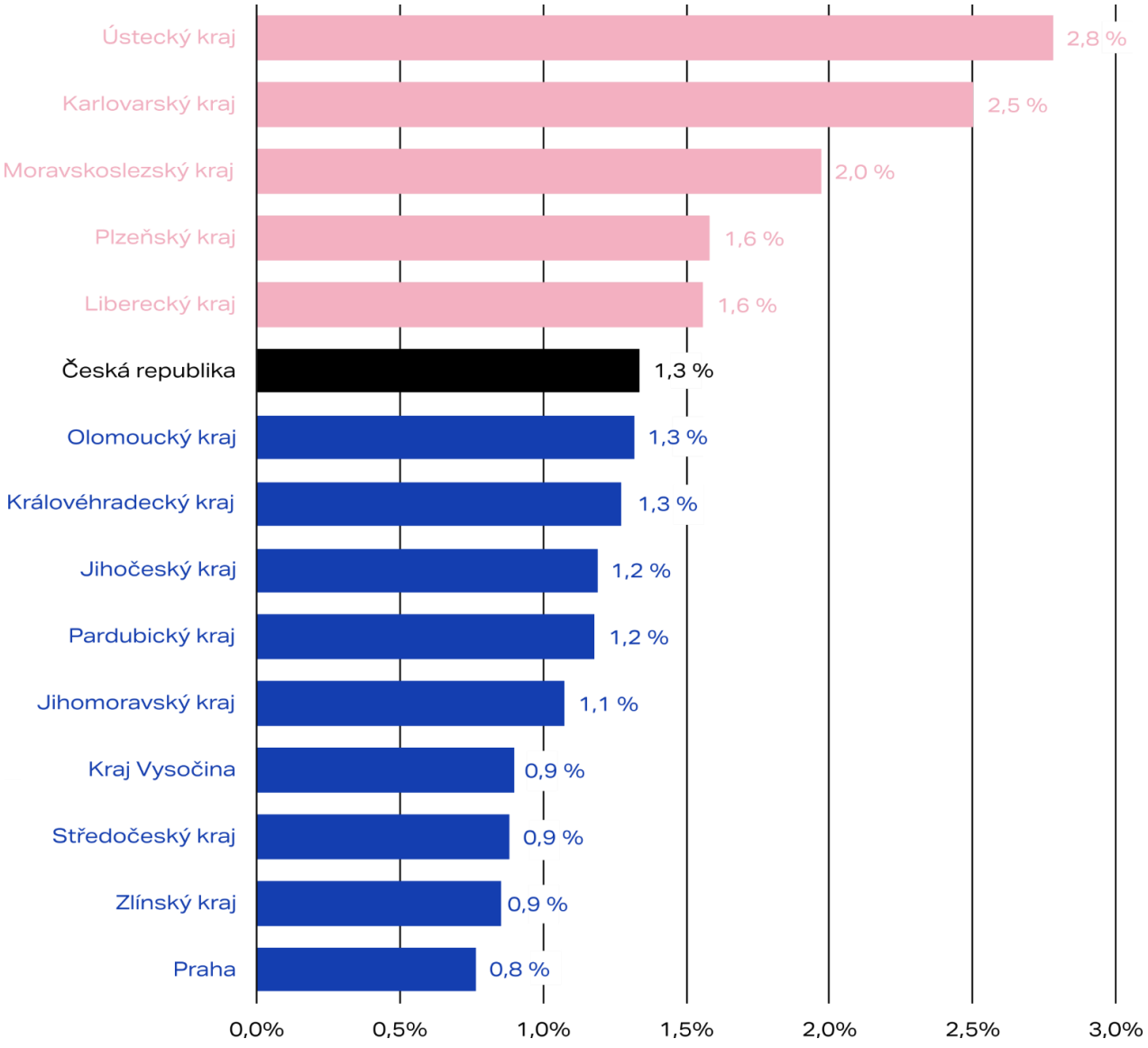


[25] Předběžný výstup z Mimořádného šetření mezi zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy realizovaného v únoru 2023.

3 Mezi kraji a ORP panují velké rozdíly v míře umísťování dětí do státní péče

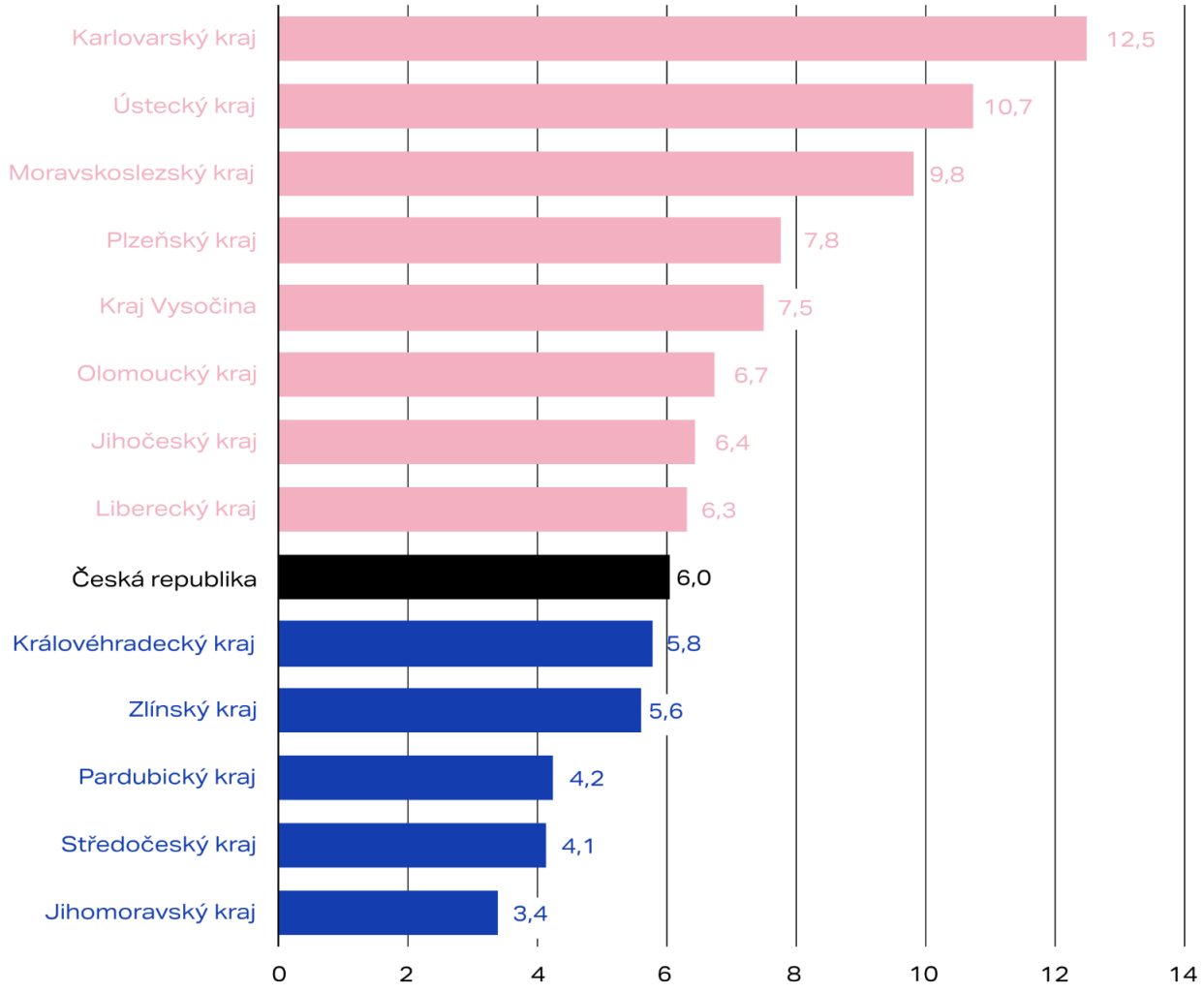
Neplatí, že by podíl dětí oddělovaných od rodičů v různých místech ČR byl obdobný (jako se všude rodí přibližně stejně dětí se zdravotním postižením). Ale právě naopak, mezi jednotlivými kraji ČR existují velké rozdíly v míře umísťování dětí mimo rodinu, jak je zřejmé z Grafu 12. Například v Ústeckém je umístěno do státní péče třikrát více dětí než ve Zlínském kraji.

Graf 12: Podíl dětí umístěných mimo rodinu podle místní příslušnosti vykazujícího OSPOD (k 31. 12. 18–20)



Ještě větší rozdíly mezi kraji panují, pokud se podíváme na počty dětí umísťovaných do ústavní péče, konkrétně do dětských domovů. Jak je vidět z Grafu 13, průměrný počet dětí přijímaných do dětských domovů v přepočtu na tisíc dětí v Karlovarském kraji je téměř čtyřikrát vyšší než počet dětí přijímaných do dětských domovů v Jihomoravském kraji.

Graf 13: Průměrné příjmy dětí do dětských domovů v letech 2017 až 2022 v krajích ČR v přepočtu na 10 tis. dětí ve věku 3 až 18 let v kraji (podle kraje umístění dětského domova)



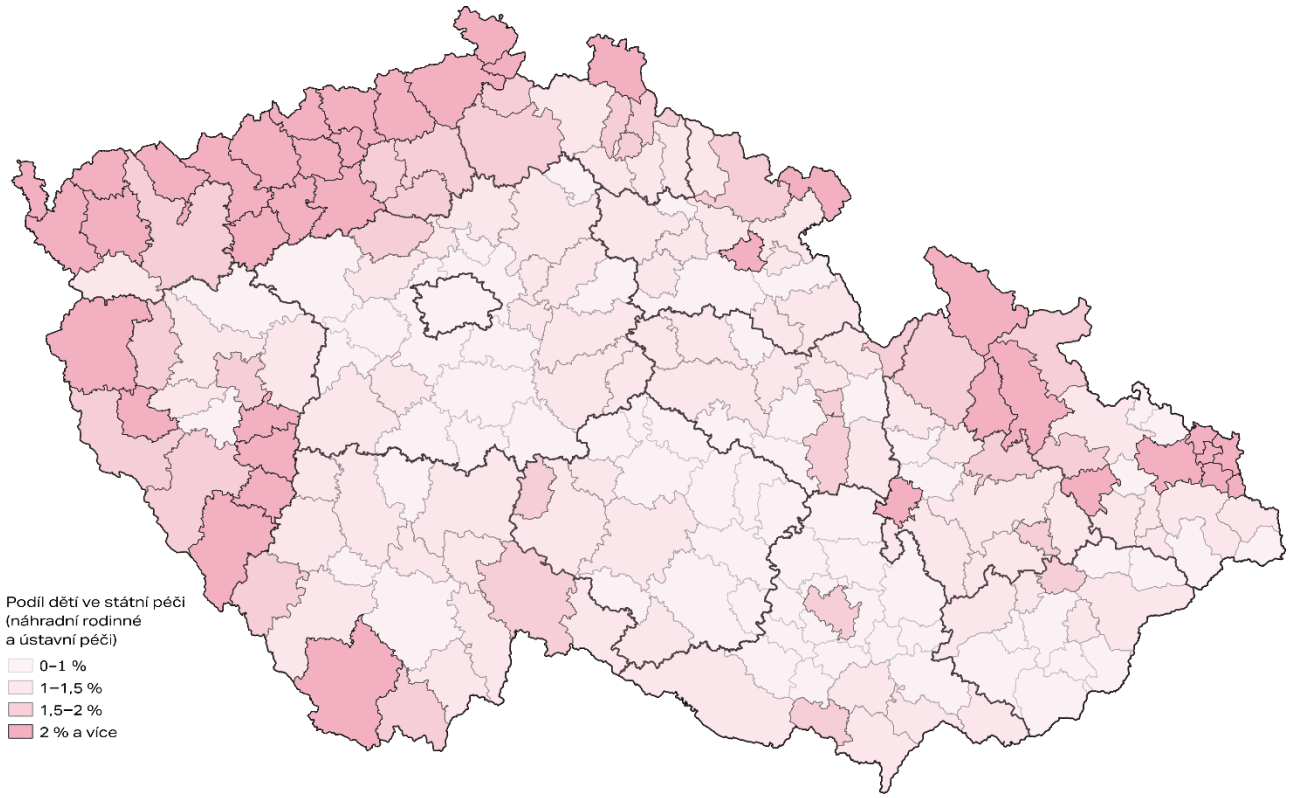
Ještě větší rozdíly ovšem zaznamenáme, pokud se podíváme na úroveň jednotlivých OSPOD (ORP):

- Ve správním obvodu ORP s největším podílem dětí umístěných mimo rodinu (z dětí do 18 let) ze všech ORP v ČR je ve státní péči 4,7 % dětí. V ORP s nejnižším podílem dětí ve státní péči je to 0,38 %, což je 12krát méně.
- I pokud odhlédneme od těchto extrémních případů a podíváme se na 30 ORP s nejvyšší mírou umísťování dětí do státní péče, ukáže se, že průměrný podíl dětí ve státní péči v těchto ORP je 3,1 %, zatímco průměrný podíl dětí ve státní péči v 30 ORP s nejnižší mírou umísťování je 0,6 %, tedy 5krát méně (viz Graf 14).
- O méně než 1 % dětí umístěných mimo rodinu (v ORP) do státní péče hovoříme v případě 66 ORP, tedy v třetině ze všech ORP v ČR.
- V dalších 71 ORP byla míra umísťování dětí do státní péče mezi 1 a 1,5 %.
- Naproti tomu pro poslední třetinu (69) ORP platí, že průměrná míra umísťování dětí do státní péče zde byla 2,3 %, tedy třikrát vyšší než v případě první třetiny (s průměrem 0,74 %).

4 Hlavním důvodem je značný výskyt sociálních problémů v určitých územích a nedostatečná síť podpůrných služeb pro rodiny.

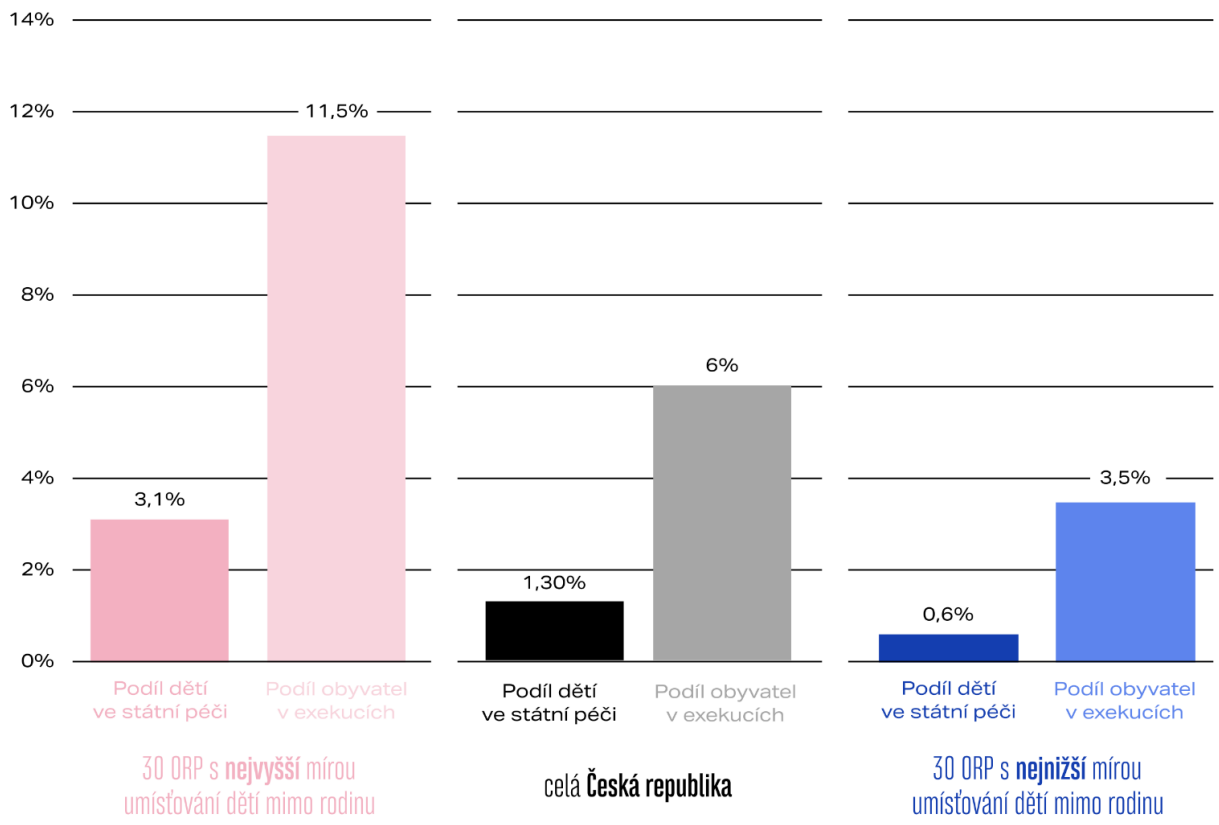
Již z pohledu na Mapu 1 je zřejmé, že míra umísťování dětí do státní péče koreluje s výskytem sociálních problémů v územích (vysoký počet dětí ve státní péči je především z ORP v Ústeckém, Karlovarském a Moravskoslezském kraji).

Mapa 1: Procentuální podíl dětí ve státní péči (umístěných mimo rodinu) podle místně příslušného OSPOD (stav k 31. 12., průměr hodnot za roky 2018–2020, zdroje dat v Příloze 1)



Jak je zřejmé z Grafu 14, v 30 ORP s nejvyšší mírnou umísťování dětí mimo rodinu, kde vyrůstá ve státem regulované náhradní péči 3,1 %, má téměř 12 % obyvatel exekuce, zatímco v 30 ORP s nejnižší mírou umísťování dětí mimo rodinu, kde jich žije ve státní péči pouze 0,6 %, má exekuce jen 3,5 % obyvatel.
Z Grafu 14 je vidět, že ORP, kde má exekuce dvakrát více obyvatel, než je průměrná hodnota za celou ČR, vyrůstá ve státní péči dvakrát více dětí.
A obráceně v ORP s polovičním podílem obyvatel v exekuci oproti národnímu průměru je míra umísťování dětí do státní péče poloviční.

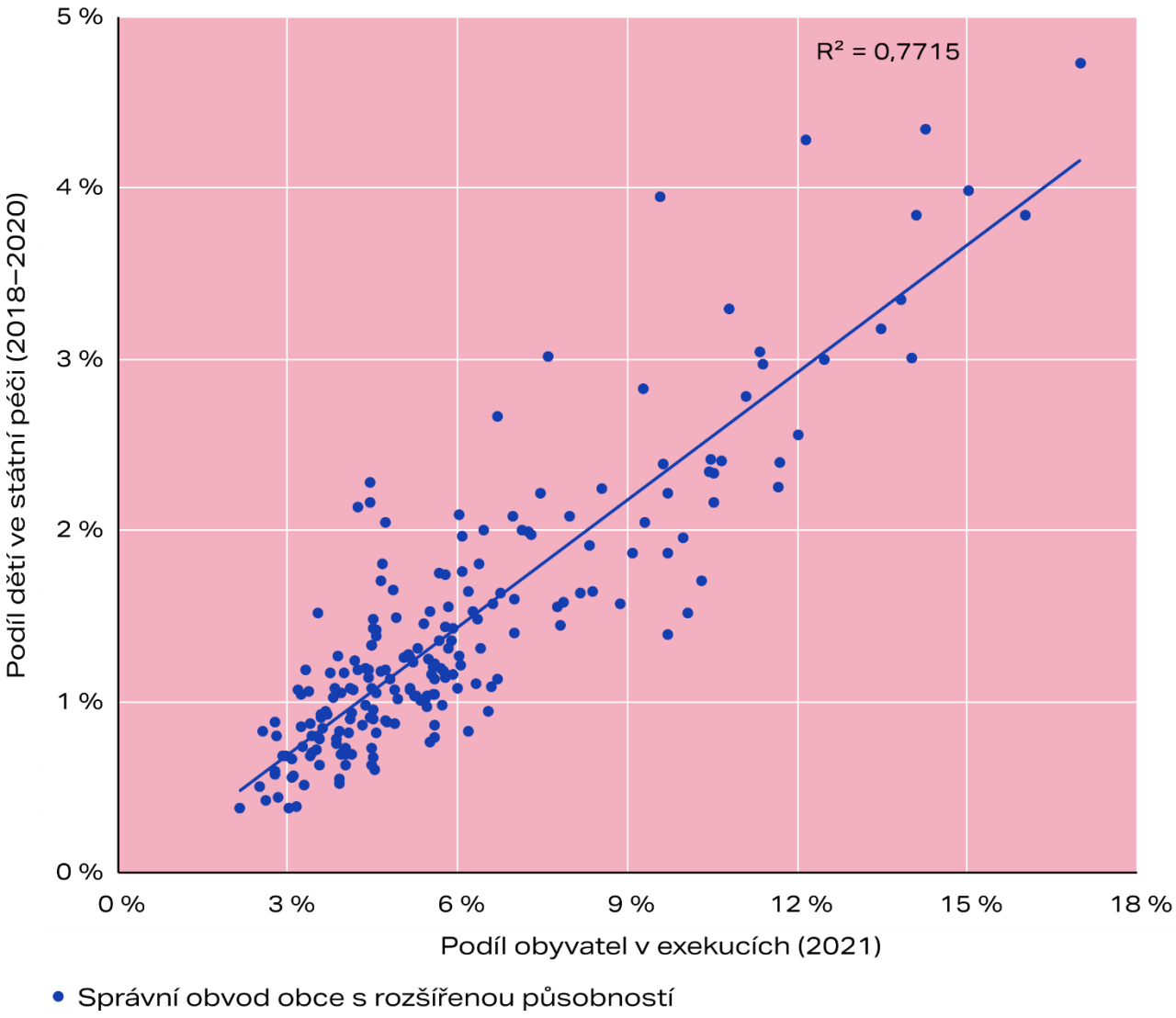
Graf 14: Porovnání podílu dětí umístěných ve státní péči na všech dětech do 18 let (průměr 2018–2020, hodnoty k 31. 12.) s podílem obyvatel v exekucích (v roce 2021)



Silnou souvislost mezi výskytem sociálních problémů a odebíráním dětí z rodin potvrzuje statistická analýza provedená metodou lineární regrese. Ukazuje se, že **souvislost mezi podílem obyvatel v exekucích a mírou umísťování dětí do státní péče v ORP je velmi silná**. Koeficient (R^2) determinace dosahuje hodnoty 0,77. To znamená, že rozdíly mezi ORP v míře exekucí vysvětlují 77 % z variace v míře umísťování dětí do státní péče. Prakticky všechny případy (ORP) se drží velmi blízko regresní křivky, jak je vidět i z Grafu 15.

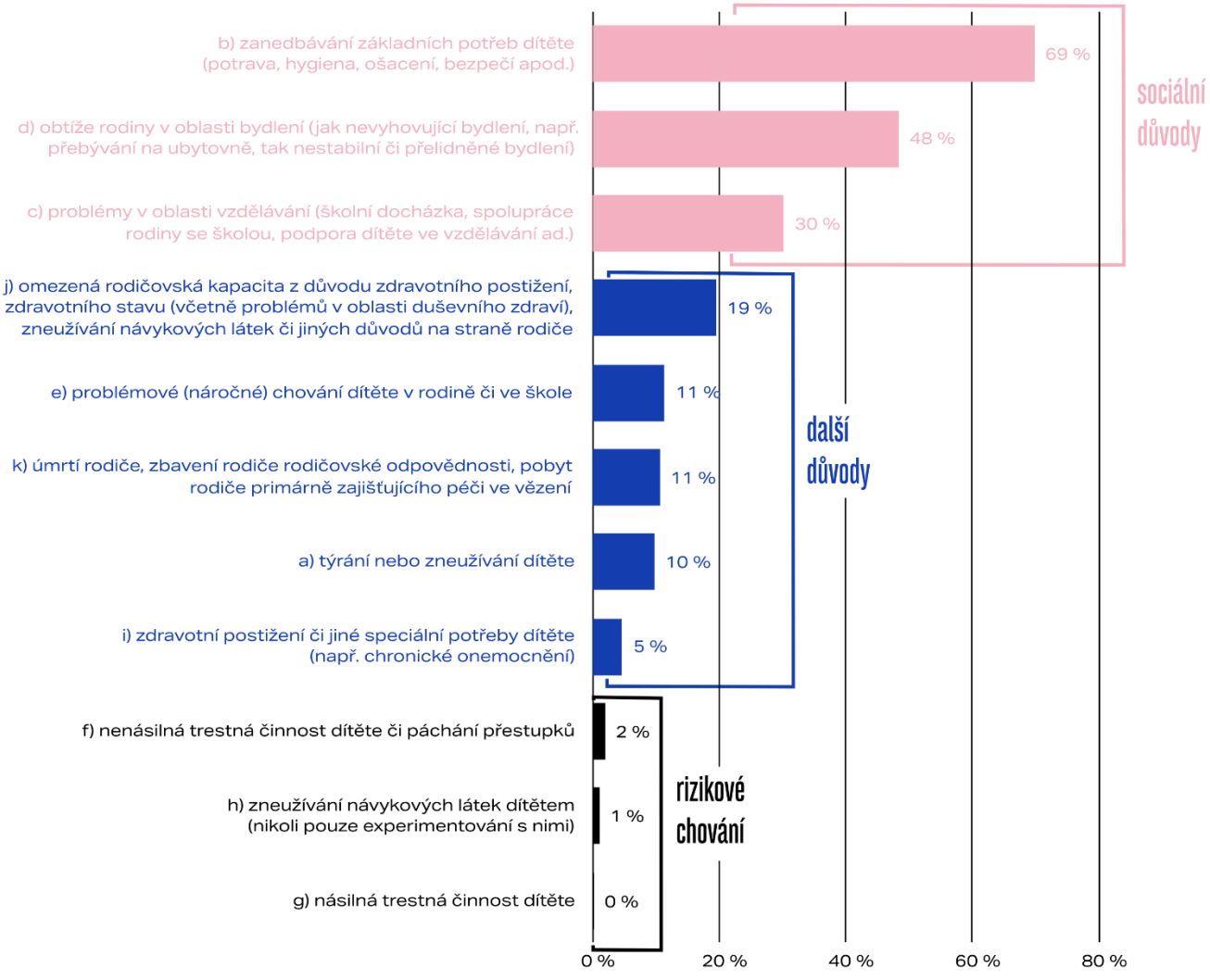
Jde o opravdu výjimečně silnou souvislost. Situace, kdy jeden prediktor (míra exekucí) dokáže vysvětlit 77 % z variace ve výskytu určitého společenského jevu (podílu dětí ve státní péči), je v sociálních vědách velmi vzácná. S pomocí podílu obyvatel v exekucích v ORP je možné dost přesně předvídat, jaký je v daném ORP podíl dětí ve státní péči. Kde je v exekucích mezi 3 a 4 % obyvatel, se podíl se dětí ve státní péči pohybuje kolem 1 %, zatímco tam, kde je v exekucích kolem 12 % obyvatel, blíží se podíl dětí ve státní péči 3 %.

Graf 15: Souvislost mezi podílem obyvatel v exekuci a mírou umísťování dětí do státní péče (zdroje dat v Příloze 1)



Z mimořádného šetření mezi všemi zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy realizovaného MŠMT na počátku roku 2023 vyplynulo, že nejde pouze o souvislost. Jak vidět z Grafu 16, nejčastějším důvodem pro umísťování dětí do dětských domovů je zanedbávání potřeb dítěte. Potřeby dětí je těžké naplňovat pro rodiny v exekucích, finanční nouzi a dalších obtížných životních situacích, jako je bytová nouze, která je druhým nejčastějším důvodem umísťování do dětských domovů.

Graf 16: V případě jaké části z dětí přítomných v dětských domovech k 31. 1. 2023 bylo jedním z důvodů umístění do zařízení?



Zdroj: Mimořádné šetření MŠMT mezi zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy, dotazník vyplnilo 98 % z 137 dětských domovů v ČR, zjištěny údaje celkem o 4 227 dětech v evidenci zařízení.

Různá měřítka uplatňovaná OSPOD (soudy) neovlivňují významným způsobem míru umísťování dětí do státní péče

Z dat je zřejmé, že v umísťování dětí do státní péče nehraje zásadní roli různá praxe různých OSPOD, respektive různá měřítka uplatňovaná různými OSPOD při odebírání dětí z rodin, tedy jinými slovy přísnost nebo benevolence OSPOD.

Pokud by platilo, že umísťování dětí do státní péče do značné míry závisí na fungování místního OSPOD, měly by se vyskytovat případy ORP, kde je relativně vysoký počet dětí umístěných ve státní péči, i přestože dané ORP tolik netrpí výskytem sociálních problémů typu exekuce (protože v daném ORP je OSPOD aplikující přísná měřítka na to, co je ohrožení dítěte). Anebo by naopak měla existovat ORP s vysokou sociální zátěží a relativně nízkým podílem dětí ve státní péči (v důsledku benevolence OSPOD aplikujícího mírná měřítka).

Ani jedno z toho se ovšem prakticky nevyskytuje, jak je zřejmé z Grafu 15. Jak již bylo řečeno, míra exekucí předpovídá umísťování dětí do státní péče s vysokou přesností (ORP se drží blízko křivky). Skoro jako by šlo o přírodní zákon.

Neznamená to, že by kvalita práce OSPOD a rozdíly v měřítkách, která OSPOD uplatňují, nehrála roli v individuálních případech umísťování dětí do státní péče nebo že by nemělo smysl pracovat na zkvalitňování a standardizaci práce OSPOD tak, aby pravidla pro vyhodnocování ohrožení dítěte byla všude obdobná.

Z globálního pohledu je ovšem možné z dat učinit jednoznačný závěr. **Tam, kde je méně sociálních problémů, daří se jim předcházet či je včas řešit (právě díky ve vztahu k problémům adekvátnější síti preventivních podpůrných služeb pro rodiny), se odebírá z rodin méně dětí, jako je tomu například ve Zlínském kraji. Tam, kde je sociálních problémů více, nedaří se je řešit anebo alespoň zmírňovat jejich dopady na děti, se odebírá z rodin více dětí.**

Z toho vyplývá, že potenciál pro snižování ohrožení dítěte a vysoké míry oddělování dětí od rodičů je na prvním místě v rozvoji služeb prevence ohrožení dítěte zaměřených na minimalizaci dopadů sociálních problémů na naplňování potřeb dětí.

III. Hlavní řešení: posílení prevence ohrožení dítěte

Posílení prevence ohrožení dítěte musí být jednoznačnou prioritou, pokud se má systém péče o ohrožené děti v ČR někam posunout, jak je zřejmé z dat prezentovaných výše.

Proč posilovat prevenci?

1 Předcházení traumatizace dětí

Absence včasného řešení problémů vede k jejich eskalaci a v konečném důsledku k odebrání dítěte, k čemuž by nemuselo v mnoha případech dojít, pokud by existovala silnější a dostupnější síť preventivních služeb. Následná práce v náhradní rodinné péči nebo pobytových službách s dětmi, jejichž vývoj byl v důsledku slabé prevence vážně ohrožen (jsou značně traumatizované), je velmi obtížná. Nehledě na to, že každé přemístění dítěte do jiného výchovného prostředí představuje pro dítě trauma, i když se jedná o přesun do prostředí, kde budou lépe naplňovány některého jeho potřeby.

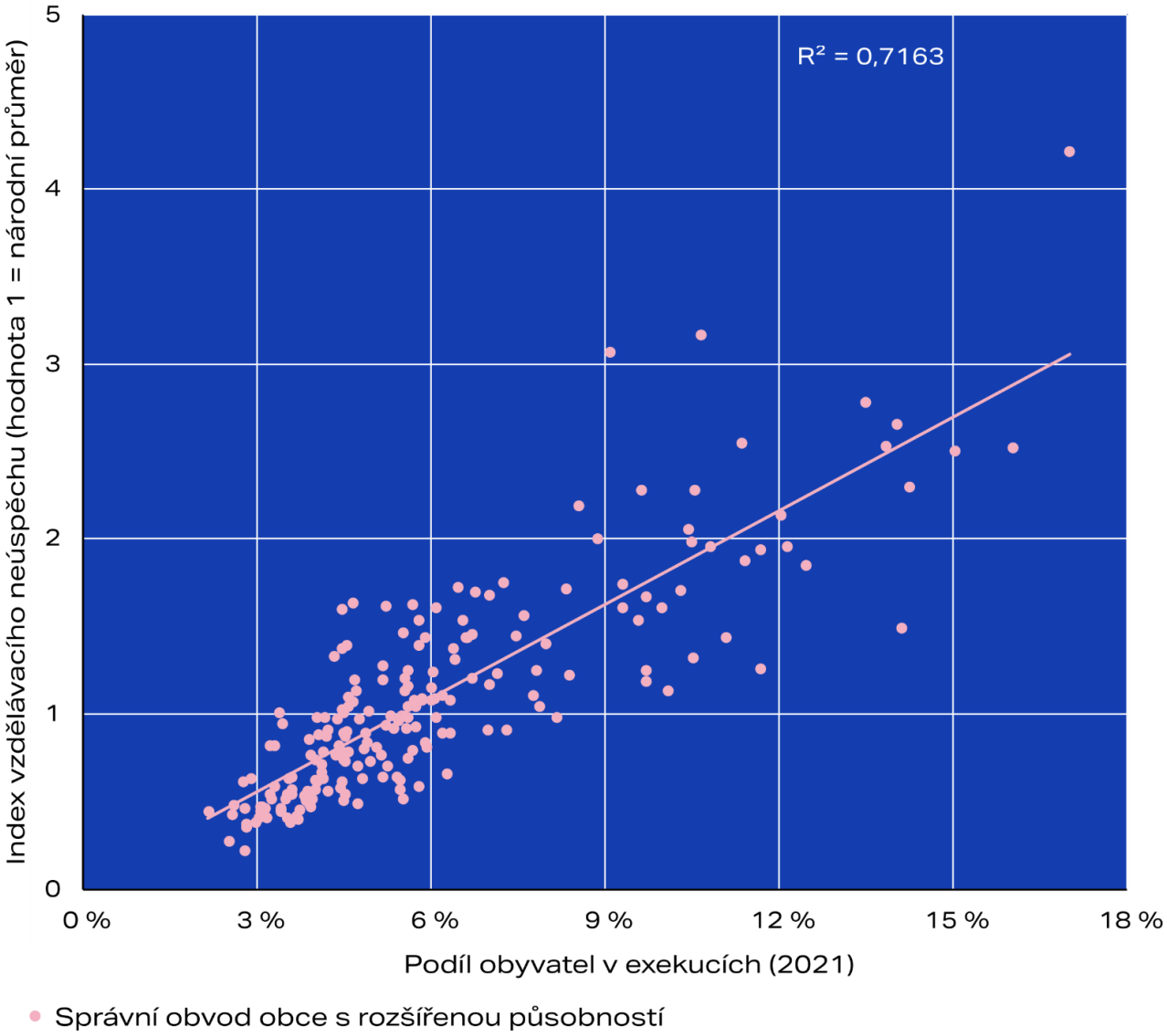
2 Posílení prevence je nezbytné kvůli snižování neúspěchu ve vzdělání a narovnávání životních šancí dětí

Posilování služeb prevence ohrožení dítěte není ovšem důležité zdaleka jenom kvůli snižování počtu dětí umisťovaných do státní péče (oddělovaní dětí od rodičů). Podpůrné služby pro rodiny a děti totiž mohou zamezit i dalším rizikům, jako je například nenaplňování potřeb v oblasti vzdělávání. Pokud vytvoříme index vzdělávacího neúspěchu složený z 9 indikátorů vážných problémů v oblasti

vzdělávání, jakými jsou vysoké absence, propadání nebo nedokončování základního vzdělávání,[26] ukáže se, že vzdělávací neúspěch souvisí s výskytem sociálních problémů stejně (extrémně) silně jako umísťování dětí do státní péče. Regresní křivka je prakticky stejná jako v případě souvislosti mezi podílem obyvatel v exekucích a umísťováním dětí mimo rodinu (viz Graf 17). Podíl obyvatel v exekucích vysvětluje 72 % z variace ve vzdělávacím neúspěchu. To znamená, že rozvoj preventivních služeb zaměřených na prevenci ohrožení dítěte může napomáhat současně prevenci oddělování dětí od rodičů i prevenci vzdělávacího neúspěchu, který vážně limituje životní šance dětí. Je zde velmi silná synergie.

[26] Data převzata z www.datapaq.cz, kde jsou veřejně přístupná. Konkrétně se jedná o:
Propadání v 1. třídě (průměr 2015–2021) [%]
Opakování ročníku na 1. stupni ZŠ (2021) [%]
Opakování ročníku na 2. stupni ZŠ (2021) [%]
Propadání (průměr 2015–2021) [%]
Zameškané hodiny na žáka (průměr 2015–2021) [h]
Žáci s neomluvenými hodinami (průměr 2015–2021) [%]
Nedokončování základního vzdělávání (průměr 2019–2020) [%]
Ukončování povinné školní docházky v 8. třídě (průměr 2019–2020) [%]
Ukončování povinné školní docházky v 7. třídě (průměr 2019–2020) [%]

Graf 17: Souvislost mezi vzdělávacím neúspěchem a mírou exekucí



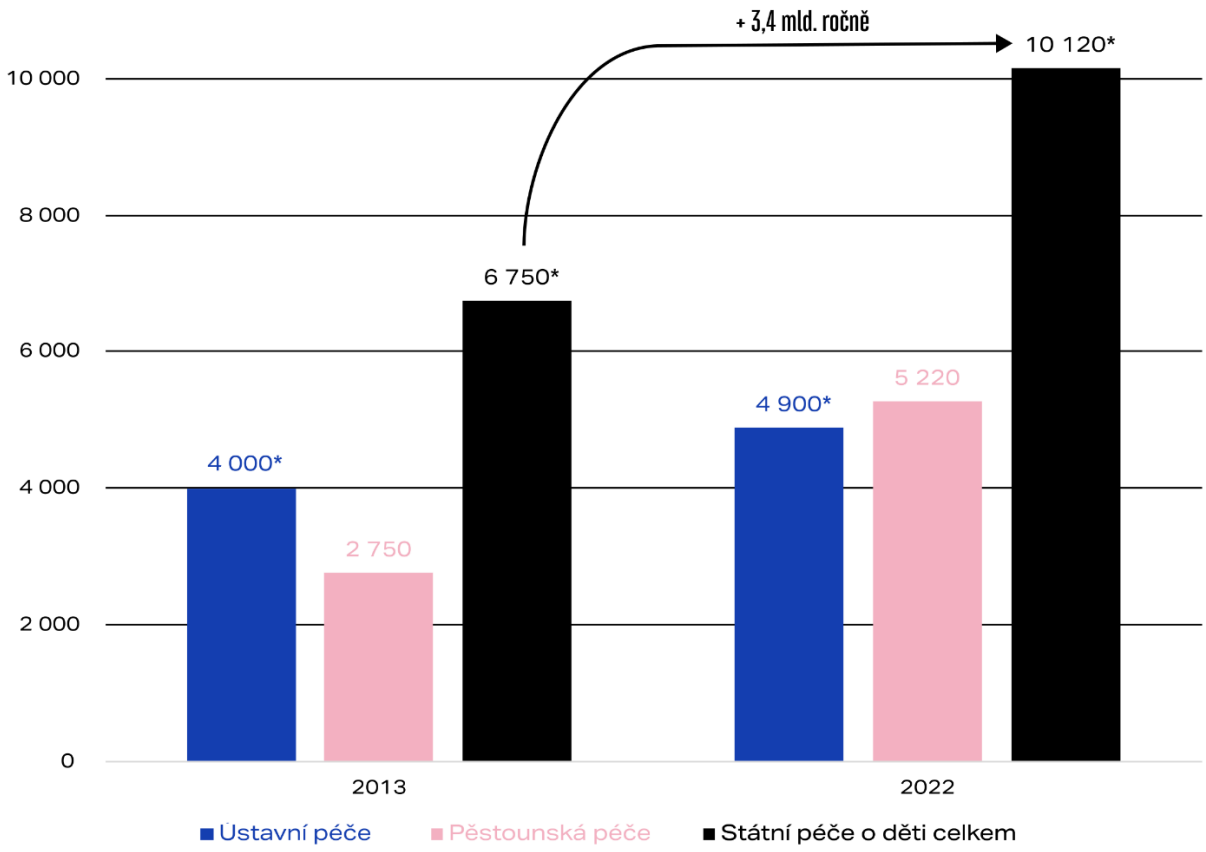
3 Posilování prevence je nezbytným předpokladem pro dlouhodobou udržitelnost systému a deinstitucionalizaci péče

V letech 2012 až 2022 došlo k poměrně významnému zlepšení ohodnocení práce pěstounů, což je dobře vzhledem k tomu, o jak náročnou jde profesi. Spolu s výše popsaným nárůstem počtu dětí ve státem finančně podporované náhradní péči o děti to nicméně vedlo k nárůstu veřejných výdajů na státní péči o děti o přibližně 3,5 mld. ročně. Celkové náklady na zajištění státní péče o děti, tj. ústavní péče a pěstounské péče, tak v roce 2022 velmi pravděpodobně přesáhly 10 mld. Kč. V roce 2023 dojde k dalšímu nárůstu vzhledem k tomu, že odměňování pěstounů je navázáno na minimální mzdu a životní minimum, které

se obojí zvedá, a současně dojde k navýšení nákladů na ústavní péči vyplývající z vysoké inflace a nárůstu cen energií.[27]

Státní péče o děti představuje významný výdaj pro veřejné rozpočty, který svým objemem převyšuje např. výdaje na dávky pomoci v hmotné nouzi nebo na příspěvky na bydlení.[28]

Graf 18: Vývoj ročních nákladů na státní péči o děti v ČR (mil. Kč, vlastní výpočet, zdroje dat v Příloze 3)



* Přibližný údaj.

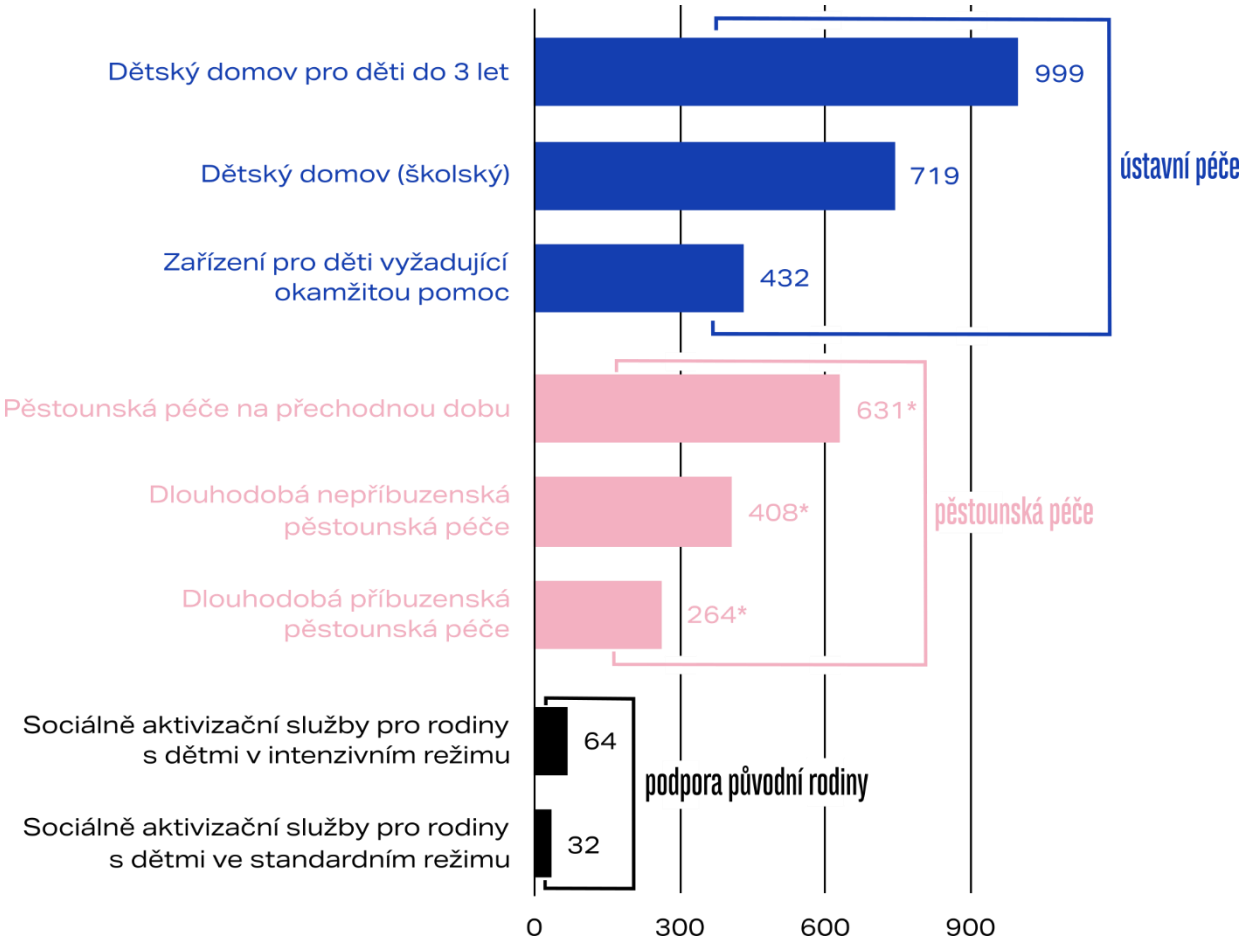
Aby byl systém péče o ohrožené děti dlouhodobě udržitelný a současně bylo možné zajistit adekvátní financování pro malé pobytové služby komunitního typu, které jsou nákladnější než běžná ústavní péče, je nezbytné výrazně posílit financování prevence ohrožení dítěte, která umožní snížení počtu dětí ve státní péči.

[27] Ústavy zajišťující péči o děti budou také podpořeny skrze cenové stropy na energie.
[28] Na příspěvky na bydlení, které představují klíčový nástroj pro podporu téměř 200 tisíc českých domácností, jak se vyrovnat s vysokými cenami energií a rostoucími náklady na bydlení, bude státní rozpočet pravděpodobně vynakládat i po významném zvýšení tohoto příspěvku částku pohybující se kolem 10 mld. Kč ročně.

Rozhodně by samozřejmě nemělo docházet k restrikcím v umísťování ohrožených dětí do státní péče a ponechávání dětí v zanedbávajícím prostředí z důvodů úspor státních financí. Je ale nezbytné více investovat do služeb, které pomáhají rodičům zvyšovat jejich schopnosti a kompetence v péči o děti, což je investice v zájmu dětí vedoucí k naplňování jejich potřeb a prevenci jejich ohrožení. Zároveň, jak bylo výše řečeno, tyto služby napomáhají řešit problémy včas a nedovolí eskalaci problému do bodu, kdy je dítě nezbytné z rodiny odebrat a umístit do státní péče.

Jde o investici s jednoznačně pozitivním poměrem dlouhodobých společenských nákladů a přínosů. Přičemž návratnost investic do prevence nemusí být dlouhá. Jen úspory na pěstounské péči díky tomu, že do ní bude umístěno méně dětí, je možné realizovat velmi rychle (během několika let).

Graf 19: Veřejné náklady na péči o jedno dítě za rok (tis. Kč, vlastní výpočet, zdroje dat v Příloze 3)



* V případě péče o jedno dítě (při péči o sourozeneckou skupinu jsou náklady nižší)

4 Posílení prevence nemusí být rozsáhlou obtížně realizovatelnou akcí

Prezentovaná data jiným způsobem potvrzují zjištění z řady existujících analýz zkoumajících důvody umísťování dětí do ústavní péče v ČR[29]: **Velkou roli v odebírání dětí z rodin hrají tzv. sociální důvody.**

Z dat vyplývá, že v místech, kde jsou sociální problémy přítomné jen v omezené míře, je nezbytné přistupovat k oddělování dětí od rodičů velmi výjimečně, v případě jednoho dítěte ze dvou set dětí až jednoho dítěte ze sta dětí. Tudíž, **pokud by se se České republice podařilo zmírnit dopady problémů sužujících některá území, jakými jsou exekuce, bytová nouze nebo sociální vyloučení, na naplňování potřeb dětí, nemuselo by být od svých rodičů oddělováno a následně umísťováno do státní péče zdaleka tolik dětí, jako je tomu nyní.** Dopady chudoby, exekucí, bytové nouze a dalších problémů na děti totiž zpravidla postupně narůstají, proto může jejich včasné řešení významně snížit negativní dopady na naplňování potřeb dětí, a předejít tak ohrožení dítěte, které si v důsledku žádá umístění mimo rodinu.

Podmínkou pro dosažení významného snížení počtu dětí ve státní péči přitom nemusí být plošné zvyšování kapacit preventivních služeb napříč ČR. Pokud jde o ústavní péči, platí, že polovina ze všech dětí v ústavní péči v ČR je pouze z 10 % (21) ORP. Tudíž **i zlepšení situace pouze** v **omezeném počtu nejproblematičtějších území** (nebo zmírnění dopadů sociálních problémů na naplňování potřeb dětí) **může mít nezanedbatelný dopad na celkovou míru institucionalizace dětí v ČR.**

[29] Viz např. výše citovanou výzkumnou zprávu Investice do dětí nebo zprávu veřejného ochránce práv ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC .

Jak konkrétně rozvíjet prevenci?

1 Rozvoj sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (SAS) jako klíčové podpůrné služby v prevenci ohrožení dítěte

Co je to SAS?

Podle zákona o sociálních službách (zákon 108/2006 sb.) jsou sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi „terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje“.

Jde o velmi významnou službu prevence odebírání dětí z rodin a zároveň i službu napomáhající zajištění podmínek pro jejich návrat do rodin. Poskytne-li se rodině SAS včas, lze ve významném počtu případů předejít eskalaci problému a tím reálnému ohrožení dítěte a jeho následnému umístění mimo rodinu. Každoročně navíc SAS napříč ČR podpoří 400 dětí v návratu ze státní péče do vlastní rodiny.[30] Mimo to ale tato služba může pomáhat zvýšit počet zjištěných případů zneužívání, týrání a dalších ohrožení dítěte (pro více informací o roli SAS viz I. kapitolu výzkumné zprávy ke kapacitám SAS).[31]

Nejde ovšem jen o službu pro rodiny v akutní krizi. Obrátit na SAS se může jakákoli rodina, která se ocitne v obtížné životní situaci. Mezi klientskými rodinami SAS jsou i rodiny, jejichž děti zatím nejsou vážně ohrožené. SAS nedokáže vyřešit všechno, ale jak je zřejmé i z výše uvedené citace ze zákona, jako na jednu z mála veřejných služeb se na ni rodina v obtížné situaci může obrátit prakticky s čímkoli. Může hrát (a v řadě případů také hraje) významnou roli v prevenci školního neúspěchu, čemuž se však právě v důsledku nedostatečné kapacity většinou nemůže věnovat v adekvátní intenzitě.

Z výše uvedeného je zřejmé, že je potřeba zajistit optimální kapacitu SAS v České republice. Paralelně je samozřejmě nezbytné zvyšovat kvalitu těchto služeb. Doporučení v této zprávě se však primárně soustředění na otázku nastavení dostatečných kapacit služby na základě dostupných dat.

Konkrétně jsou předkládána následující tři hlavní doporučení:

[30] Viz zprávu Podpora ohrožených dětí v České republice. Výzkumná zpráva o kapacitách sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi.
[31] Tamtéž.

1. Pokračovat v navyšování kapacit SAS v krajích tak, aby odpovídaly velikosti potenciální cílové skupiny této služby.
2. Umožnit SAS podporovat děti a rodiny v žádoucí intenzitě.
3. Umožnit, aby SAS měly kapacitu i na včasné zahájení práce s rodinou, spolupráci se školami a další aktivity, které nyní zpravidla nemají kapacity realizovat.

1 Pokračovat v navyšování kapacit SAS v krajích tak, aby odpovídaly velikosti potenciální cílové skupiny této služby

V posledních 15 letech došlo k poměrně významnému posílení kapacit SAS ve většině krajů ČR. Například Ústeckému kraji se podařilo svou základní síť SAS rozšířit na hodnotu 130 úvazků. Z toho ovšem nevyplývá, že by kapacity byly už dostatečné. Je třeba vzít v potaz, že služby sociální prevence typu SAS se začínaly po roce 1989 rozvíjet prakticky od nuly, jelikož za komunistického režimu byla terénní sociální práce s rodinou, jakou realizují služby typu SAS, výrazně potlačena.

Pro posouzení adekvátnosti kapacity SAS v jednotlivých krajích ČR je nezbytné nejprve vyčíslit, jak velká je cílová skupina této služby. Jak je zřejmé výše uvedené z citace ze zákona o sociálních službách, cílovou skupinou SAS jsou všechny rodiny s dětmi, jejichž vývoj může být ohrožen. Pokud bychom předpokládali, že SAS nebudou pracovat s dětmi, u kterých je primární příčinou ohrožení zdravotní postižení nebo náročné chování, ale jen s dětmi ohroženými zanedbáváním či špatným zacházením, mohlo by do potenciální cílové skupiny SAS spadat přibližně 15 % dětí (viz I. kapitolu pro odůvodnění tohoto údaje). Nicméně pro část z těchto 15 % dětí do 18 let bude pravděpodobně platit, že nenaplňování potřeb v jejich případě není tak závažné, aby bylo nezbytné zapojení služby typu SAS. U dalších rodin by mohla být spolupráce se SAS odůvodněná, ovšem získání rodiny pro spolupráci se službou v jejich případě není reálné. Pokud budeme pracovat s konzervativním přepokladem, že do cílové skupiny SAS bude spadat 40 % z dětí ohrožených zanedbáváním či špatným zacházením, bude do cílové skupiny SAS spadat v průměru 6 % dětí (40 % z 15 %).

Z existujících výzkumů i dat prezentovaných v kapitole II je nicméně zřejmé, že podíl rodin s dětmi, jejichž vývoj je ohrožen, a tedy i velikost cílové skupiny SAS není všude stejná, ale je vyšší v regionech s vyšším podílem rodin v obtížné finanční a sociální situaci. Podíl dětí umístěných do státní péče ve třiceti ORP nejvíce zatížených exekucemi je pětkrát vyšší než podíl ve třiceti ORP s nejnižším výskytem exekucí. Proto bylo při výpočtu zohledněno, že v krajích, kde je výskyt sociálních problémů zvyšujících riziko ohrožení dítěte vyšší, bude větší i cílová skupina SAS a obráceně.

Tabulka 2: Hodnoty indikátorů potřebnosti služeb typu SAS v krajích ČR

Kraj	A. Dětí umístěných mimo rodinu (na tis. dětí, průměr 2018–2020)	Indikátor A.: Dětí umístěných mimo rodinu (na tis. dětí) / hodnota za ČR (váha 40 %)	B. Podíl obyvatel v exekuci (2021)	Indikátor B.: Podíl obyvatel v exekuci / hodnota za ČR (váha 35 %)	Indikátor C.: Index vzdělávacího neúspěchu (váha 25 %)	Index potřebnosti služeb typu SAS
Česká republika	13,4	1,00	6,21 %	1,00	1,00	1,00
Praha	7,7	0,57	5,51 %	0,89	0,52	0,63
Středočeský kraj	8,8	0,66	4,94 %	0,79	0,86	0,77
Jihočeský kraj	11,9	0,89	5,59 %	0,90	1,02	0,94
Plzeňský kraj	15,8	1,18	6,38 %	1,03	1,18	1,14
Karlovarský kraj	25,0	1,87	11,25 %	1,81	1,69	1,79
Ústecký kraj	27,8	2,08	11,96 %	1,93	2,15	2,07
Liberecký kraj	15,6	1,17	7,85 %	1,26	1,28	1,23
Královéhradecký kraj	12,7	0,95	5,24 %	0,84	0,99	0,94
Pardubický kraj	11,8	0,88	4,79 %	0,77	0,96	0,88
Kraj Vysočina	9,0	0,67	3,78 %	0,61	0,61	0,63
Jihomoravský kraj	10,7	0,80	4,90 %	0,79	0,70	0,77
Olomoucký kraj	13,2	0,98	5,67 %	0,91	1,05	0,99
Zlínský kraj	8,5	0,64	4,02 %	0,65	0,66	0,65
Moravskoslezský kraj	19,7	1,47	7,90 %	1,27	1,27	1,35

Pro účely kvantifikace velikosti cílové skupiny SAS v krajích byl zkonstruován *index potřebnosti služeb typu SAS*. Jako první indikátor zahrnutý do indexu, kterému byla současně přiřazena nejvyšší váha (40 %), byl zvolen podíl přepočteného počtu dětí umístěných ve státní péči v kraji a hodnoty za ČR (ta byla 13,4 na tisíc dětí, to znamená, že např. Praha dosahuje v případě tohoto indikátoru hodnoty 0,57, protože ve státní péči bylo 7,7 z tisíce pražských dětí). Důvodem pro volbu tohoto indikátoru a přiřazení nejvyšší váhy je skutečnost, že do značné míry bude platit, že tam, kde je mnoho tak vážně ohrožených dětí, že je nezbytné přistoupit k umístění mimo rodinu (špička ledovce), bude pravděpodobně i mnoho dětí, které sice nejsou ve státní péči, ale jsou ohrožené a spadají do cílové skupiny SAS. Jak je vidět z Tabulky 2 (druhý sloupec), většina krajů ČR dosahuje v případě tohoto indikátoru hodnoty nižší než 1, výrazně vyšších hodnot dosahuje s ohledem na vysoký podíl dětí ve státní péči Ústecký a Karlovarský kraj.

Jako druhý indikátor zahrnutý do indexu byl zahrnut podíl obyvatel v exekucích.[32]

Posledním zahrnutým indikátorem byl výše prezentovaný index vzdělávacího neúspěchu. Důvodem je především skutečnost, že vážný vzdělávací neúspěch, který indikátor zachycuje (opakování ročníku, nedokončené základní vzdělání apod.), představuje významné nenaplňování potřeb dítěte v oblasti vzdělávání a je relevantní hovořit o rodinách s těmito dětmi jako o cílové skupině služeb typu SAS, které mnohdy poskytují podporu právě v oblasti vzdělání.[33] Přičemž absence a nedodržování školní docházky (které jsou také součástí indexu) jsou jedním z častých důvodů umísťování dětí do státní péče. Třetímu indikátoru byla přiřazena váha 25 %. Variace je obdobná jako u předchozích dvou indikátorů. Některé kraje dokonce dosahují téměř shodné hodnoty jako u druhého indikátoru.

[32] Volba tohoto indikátoru nebyla založena jen na v kapitole II popsané velmi silné souvislosti mezi podílem obyvatel v exekucích a počtem dětí ve státní péči. Vychází z rozsáhlého testování velkého množství predikčních modelů, které zahrnovaly velké množství dalších možných prediktorů umísťování dětí do státní péče (viz Box 4). Z testování vyplynulo, že podíl obyvatel v exekucích je zdaleka nejlepším prediktorem ze všech testovaných. Sám o sobě vysvětluje velkou část z variace v počtu dětí umístěných do státní péče, ale i jiných relevantních závislých proměnných, jako je velikost klientely OSPOD, počet hlášených případů zanedbávání, špatného zacházení a celkového počtu hlášených případů OSPOD. Tudíž by zahrnování dalších potenciálních indikátorů (jako podíl příjemců dávek, podíl nezaměstnaných osob apod.) do indexu znamenalo zvyšování složitosti indexu s minimální přidanou hodnotou. S ohledem na velký význam podílu obyvatel v exekucích nejen jako prediktoru v míře umísťování dětí do státní péče, ale i jako indikátoru obtížné situace rodiny, byla tomuto indikátoru přiřazena v rámci indexu váha 35 %. Hodnota druhého indikátoru byla spočítána stejným postupem jako u prvního indikátoru, tedy jako podíl hodnoty za kraj a hodnoty za ČR (ta byla 6,2 %, to znamená, že Praha dosahuje hodnoty 0,89, protože v Praze to bylo 5,5 %). Rozdíly mezi kraji v případě tohoto indikátoru byly o něco nižší než u indikátoru A, nicméně Ústecký a Karlovarský kraj opět vynikaly víceméně dvojnásobnou hodnotou oproti ostatním krajům.

[33] Tamtéž.

Box 4 Volba indikátorů pro kalkulaci velikosti potenciální cílové skupiny SAS

Klíčovým indikátorem pro kalkulaci velikosti potenciální cílové skupiny SAS je počet dětí umístěných ve státní péči, jak bylo vysvětleno v textu (a výskyt vážného vzdělávacího neúspěchu). Současně je nicméně při kalkulaci velikosti potenciální cílové skupiny SAS vhodné zohlednit i další indikátory výskytu obtížné životní situace mezi rodinami. Proto byla realizována rozsáhlá statistická analýza dat na úrovni ORP, jejímž cílem bylo s pomocí vícenásobné bayesovské regrese identifikovat nejlepší prediktory počtu dětí umístěných mimo rodinu (indikátory dobře předvídající počet dětí ve státní péči jsou indikátory míry ohrožení dětí v ORP a velikosti cílové skupiny SAS). Bylo testováno více než tisíc různých regresních modelů zahrnujících všechny možné kombinace následujících prediktorů:

Počet klientů OSPOD
Zjištěné případy zanedbávání dětí (průměr za roky 2018–2019)
Zjištěné případy týrání či zneužívání (průměr za roky 2018–2019)
Celkový počet zjištěných případů zanedbávání, týrání či zneužívání (průměr za roky 2018–2019)
Index vzdělávacího neúspěchu
Podíl obyvatel s obvyklým pobytem v exekuci v roce 2021
Přibližný počet dětí v bytové nouzi v přepočtu na tisíc dětí v populaci
Počet romských dětí v ZŠ na tisíc dětí ve věku 6 až 18 let
Děti v domácnostech pobírajících příspěvek na živobytí v přepočtu na tisíc dětí v populaci
Počet příjemců příspěvku na bydlení v přepočtu na tisíc domácností
Počet příjemců doplatku na bydlení v přepočtu na tisíc domácností
Počet uchazečů o zaměstnání v evidenci déle než 6 měsíců na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let
Vězněné osoby s trvalým pobytem v obci v přepočtu na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let
Podíl žen s VŠ vzděláním do 50 let věku (na všech ženách do 50 let věku)
Podíl žen se základním vzděláním do 50 let věku (na všech ženách do 50 let věku)

Ukázalo se, že počet obyvatel v exekuci je prediktorem, který svou vysvětlovací silou zdaleka převyšuje všechny ostatní. Sám o sobě dokáže podíl obyvatel v exekuci vysvětlit 77 % variace v počtu dětí ve státní péči, jak je zřejmé i z Grafu 13. Regresní model, který zahrnuje všechny výše uvedené prediktory, má jen minimálně lepší predikční schopnost než jednoduchý model pracující pouze s exekucemi – vysvětluje 81 % variace. Jedinými dalšími statisticky významnými prediktory jsou počet příjemců příspěvku na bydlení v přepočtu na tisíc domácností a podíl žen se základním vzděláním do 50 let věku (na všech ženách do 50 let věku). Jak již bylo řečeno, přidaná hodnota těchto indikátorů je ovšem minimální, přičemž situace je velmi podobná i v případě, kdy použijeme vzdělávací neúspěch jako závislou proměnnou (v tom případě vysvětluje komplexní model 80 % oproti 72 % u samotných exekucí). Z toho důvodu byl jako jediný indikátor pro kalkulaci velikosti potenciální cílové skupiny SAS (nad rámec počtu dětí ve státní péči a vzdělanostního neúspěchu) zvolen podíl obyvatel v exekucích. Zvyšování složitosti přidáváním dalších indikátorů není s ohledem na minimální přínos pro přesnost odůvodněné.

Výsledný *index potřebnosti služeb typu SAS* (vážený průměr hodnot indikátorů A až C) je prezentován v posledním sloupci Tabulky 2. Řada krajů nepřekvapivě s ohledem na nízká skóre u všech tří dílčích indikátorů dosahuje nižší hodnoty *indexu* než 1. To znamená, že v případě těchto krajů bylo předpokládáno, že cílová skupina SAS bude odpovídajícím způsobem menší než 6 % (např. při indexu 0,66 to je 4 %).

Jak je vidět z prvního sloupce Tabulky 3, velmi nízkých hodnot velikosti cílové skupiny SAS dosáhla zejména Praha, Kraj Vysočina a Zlínský kraj, u nichž bylo předpokládáno, že do cílové skupiny SAS bude spadat méně než 4 % dětí. Naopak v případě Ústeckého a Karlovarského kraje je to 12 %, respektive 11 % dětí do 18 let.

V dalších sloupcích Tabulky 3 je zachycen odhad velikosti potenciální cílové skupiny SAS (pokud budeme počítat s hodnotou dvě děti na rodinu, což je průměr pro rodiny spolupracující se SAS[34]) a přepočet počtu rodin v cílové skupině SAS na 1 úvazek v základní síti SAS pro rok 2022 (zaokrouhleno na desítky). To je nejvýznamnější údaj. Graficky je porovnání hodnot za jednotlivé kraje zachyceno z Grafu 20, ze kterého je zřejmé, že mezi kraji ČR panují značné rozdíly v počtu rodin připadajících na jeden úvazek SAS. V některých krajích (jako je Praha a Jihočeský kraj) je hodnota dvojnásobná oproti národnímu průměru, zatímco ve Zlínském kraji je poloviční.

Pro zajímavost je v posledních dvou sloupcích Tabulky 3 prezentováno, kolik by mělo být v jednotlivých krajích úvazků v základní síti SAS, aby dosáhly stejné hodnoty 30 rodin na jeden úvazek jako Zlínský kraj, a o kolik by měl být počet úvazků SAS navýšen. Cílem je především poukázat na nevyváženost sítě SAS a na to, že pokud se rodina ocitne v obtížné životní situaci, která může vést k ohrožení dítěte, ve Zlínském nebo Pardubickém kraji má vyšší šanci na adekvátní podporu než v řadě jiných krajů (viz Graf 20).

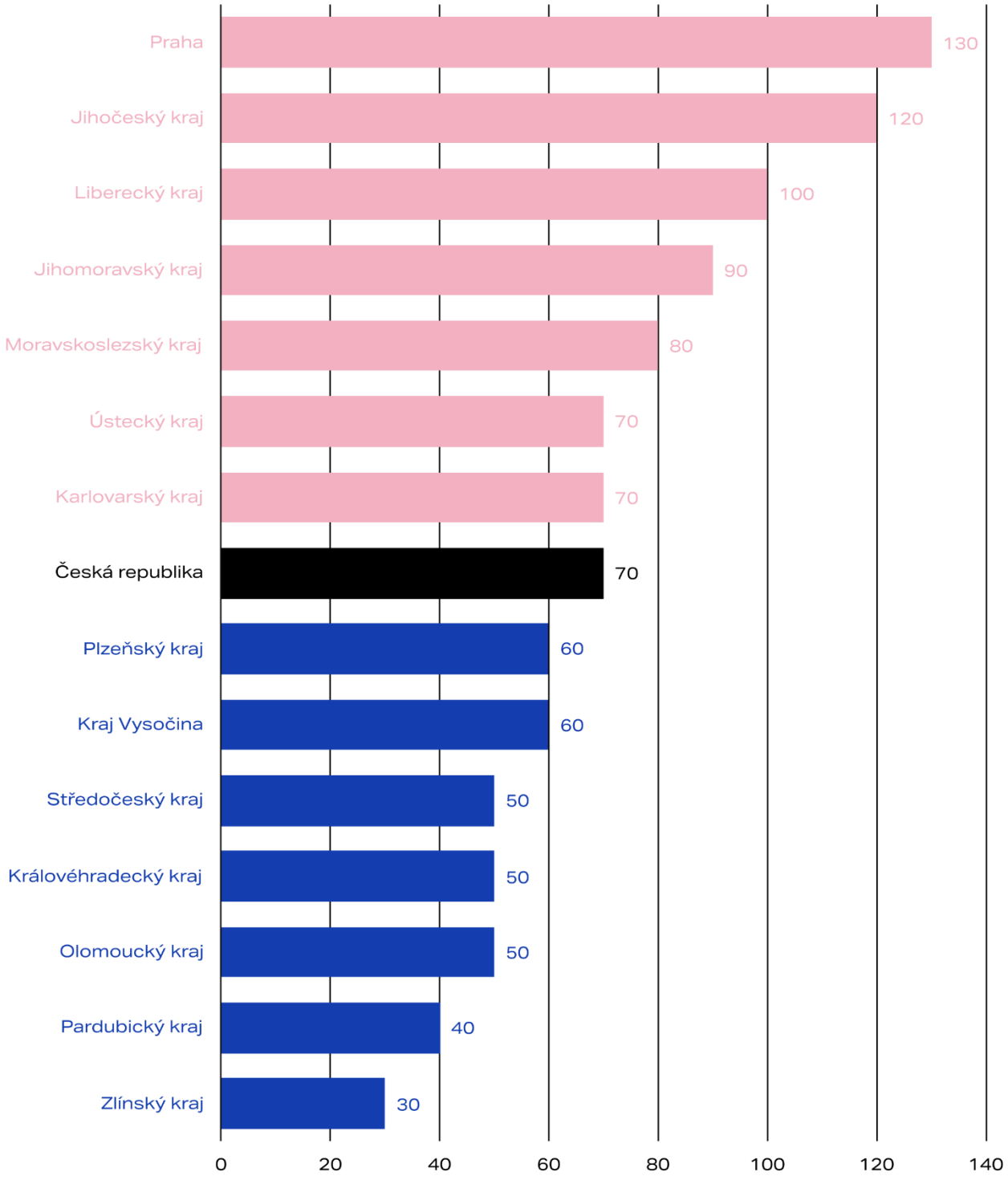
[34] tamtéž

Tabulka 3: Porovnání základní sítě služeb SAS v krajích ČR s velikostí cílové skupiny SAS (zdroje dat v Příloze 1)

Kraj	Jaká část z dětí do 18 let spadá do cílové skupiny (CS) SAS?	Dětí do 18 let s obvyklým pobytem v kraji	Potenciální cílová skupina SAS (2 děti na rodinu)	Základní síť pro rok 2022 (úvazky)*	Rodin v cílové skupině SAS na 1 úvazek SAS	Počet úvazků při stejné dostupnosti SAS jako ve Zlínském kraji	Navýšení kapacit SAS pro dosažení stejné hodnoty jako ve Zlínském kraji
Česká republika	6,0 %	1 991 051	60 000	905	70	1980	1123
Praha	3,8 %	229 410	4 000	33	130	145	113
Středočeský kraj	4,6 %	296 011	7 000	124	50	225	130
Jihočeský kraj	5,6 %	119 642	3 000	29	120	111	84
Plzeňský kraj	6,9 %	107 229	4 000	64	60	122	58
Karlovarský kraj	10,8 %	50 689	3 000	38	70	90	52
Ústecký kraj	12,4 %	151 784	9 000	128	70	312	198
Liberecký kraj	7,4 %	84 037	3 000	31	100	103	72
Královéhradecký kraj	5,6 %	100 449	3 000	54	50	94	45
Pardubický kraj	5,3 %	97 656	3 000	65	40	86	15
Kraj Vysočina	3,8 %	93 930	2 000	31	60	59	28
Jihomoravský kraj	4,6 %	226 141	5 000	58	90	172	122
Olomoucký kraj	5,9 %	116 103	3 000	75	50	114	40
Zlínský kraj	3,9 %	103 502	2 000	67	30	67	0
Moravskoslezský kraj	8,1 %	214 468	9 000	108	80	288	175

* Nepočítaje služby SAS pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením.

Graf 20: Počet dětí v potenciální cílové skupině SAS v přepočtu na jeden úvazek SAS (zdroje dat v Příloze 1)



2 Umožnit SAS podporovat děti a rodiny v žádoucí intenzitě

Stávající kapacity zpravidla neumožňují SAS pracovat s rodinami v žádoucí intenzitě. Z reprezentativního šetření mezi službami SAS napříč ČR realizovaného v roce 2021 organizací Lumos a Charitou ČR se zaměřením na hodnocení adekvátnosti jejich kapacit[35] vyplynulo, že:

- Ve většině rodin by bylo zapotřebí intervenovat v průměru minimálně dvakrát týdně. Aktuálně SAS ovšem mají zpravidla kapacity navštěvovat rodiny v průměru jen jednou týdně.
- Často tak nemají dostatečné kapacity věnovat se nad rámec řešení existenčních problémů rodiny intenzivnímu posilování rodičovských kompetencí a jejich nácviku. To významně ztěžuje dosahování významných posunů v interakcích rodiče a dítěte, v naplňování citových potřeb dětí a někdy i základních potřeb dítěte, jakou je např. potřeba bezpečí.
- 93 % služeb uvedlo, že pokud by měla SAS kapacitu na větší četnost návštěv v rodině, byla by úspěšnost služby (v posunu k vyššímu naplňování potřeb dětí a prevenci ohrožení) větší.
- Pouze pětina služeb SAS uvedla, že má dostatečné kapacity na to, aby mohla službu poskytovat většině z klientských rodin v takové intenzitě, která odpovídá potřebám dětí v rodině.

Umožnit SAS podporovat děti a rodiny v adekvátní intenzitě je klíčovým předpokladem pro prevenci institucionalizace. Zejména dětské domovy jsou plněny dětmi (sourozeneckými skupinami) z poměrně malého počtu rodin s mnohačetnými problémy, pro které platí, že pro prevenci ohrožení je nezbytná intenzivní podpora po určité období. Je nezbytné zajistit, aby měly SAS kapacitu na to, navštěvovat rodinu v takové intenzitě, jakou daná rodina v dané chvíli potřebuje (tzn. i denně).

Tudíž řešením není jenom (plošné) rozšiřování základních sítí SAS tak, aby více odpovídaly velikosti potřebné populace v krajích (popsané výše), ale také zavedení možnosti dofinancování intenzivní práce SAS s vybranými rodinami na individuální bázi.

Konkrétně by takové dofinancování mohlo v českém kontextu vypadat například tak, že krajský úřad (krajský OSPOD) rozhodne (na základě žádosti sociální služby nebo OSPOD na ORP) o přiznání příspěvku na zajištění intenzivní podpory pro rodinu po určité období (např. půl roku, maximálně rok). Podobný model financování intenzivní práce s rodinou (rozpočet na rodinu) je úspěšně uplatňován v řadě evropských zemí.

[35] Tamtéž.

Navíc v jiných oblastech (např. vzdělávání dětí se speciálními potřebami) ČR také umí zajistit, aby šly peníze za dítětem (jsou přiděleny peníze na asistenta, a díky tomu nemusí dítě mimo hlavní vzdělávací proud), nikoli dítě za penězi, jako je tomu v ochraně dětí, kde se děti umísťují do ústavní péče, protože ta je na rozdíl od podpory rodiny víceméně adekvátně financovaná.

3 Umožnit, aby SAS měly kapacitu na včasné zahájení práce s rodinou, spolupráci se školami a další aktivity, které nyní zpravidla nemají kapacity realizovat

Jaký vliv by mělo na zvýšení úspěšnosti služby SAS, kdyby byla započata spolupráce rodiny se službou včas, tj. ve chvíli, kdy problémy rodiny nebyly ještě tak vážné? **84 %** služeb SAS dotázaných v rámci reprezentativního šetření uvedlo v odpovědi na tuto otázku, že **včasné zahájení spolupráce má významný pozitivní vliv na úspěšnost služby.**[36]

V průměru ovšem „platí pouze pro 20 % klientských rodin SAS, že děti v nich vyrůstající nejsou vážně ohrožené, a lze tedy mluvit o včasném zahájení spolupráce. [37]“

„Když byla SAS položena otázka *„Pro jakou část rodin, se kterými spolupracujete, platí, že se dostávají do služby pozdě, tedy až ve chvíli, kdy jsou problémy rodiny rozvinuté, děti značné ohrožené?“*, ukázalo se, že pro téměř **čtvrtinu služeb platí, že se k nim dostávají pozdě všechny nebo skoro všechny (75 % až 100 %) rodiny. Pro dalších více než 40 % služeb platí, že se k nim dostává pozdě větší část (50 až 75 %) z klientských rodin.**[38]

Z rozkrývání příčin toho, proč je tak často zahajována spolupráce SAS s rodinou pozdě, vyplynulo, že jedním z hlavních důvodů je skutečnost, že školy či lékaři informují OSPOD o rodině (nebo rodinu o službě SAS), až když se situace stane opravdu závažnou. Pokud má dojít ke zlepšení situace, je nezbytné, aby SAS měly dostatečnou kapacitu i na šíření informací o existenci a cílech služby a na navazování spolupráce se školami, pediatry a dalšími relevantními subjekty. Což v tuto chvíli většina nemá.

[36] Tamtéž.
[37] Tamtéž, s. 26.
[38] Tamtéž, s. 26.

2 Rozvoj podpory v bydlení

Obtíže rodiny v oblasti bydlení (nevyhovující bydlení) jsou jedním z nejčastějších důvodů umísťování dětí do státní péče, jak je vidět z Grafu 16 výše.[39] Bytová nouze je zřídkakdy sama o sobě oficiálním důvodem pro umístění dítěte mimo rodinu, protože to by bylo protizákonné (s výjimkou pobytů ve ZDVOP, které nejsou soudně nařízené, u kterých to zákon nezakazuje). Přebývání rodin na ubytovnách, v extrémně přelidněných nebo nevyhovujících bytech či v nejistém bydlení (s čímž je spojeno časté stěhování a změny škol dětí) značně ztěžuje naplňování potřeb dětí v řadě oblastí od zdraví přes vzdělávání po bezpečí. Jde tedy o zásadní rizikový faktor, který vede k rozvoji dalších problémů rodiny.

To potvrzují výsledky z reprezentativního šetření mezi SAS. **Existence zákona o sociálním bydlení**, respektive funkčního systému podpory v bydlení, díky kterému by se ohrožené rodiny v bytové nouzi dostaly do vyhovujícího bydlení, **by významně napomohla zvýšení účinnosti SAS dle tvrzení téměř 8 z 10 služeb SAS.**[40]

1 Přijmout zákon o podpoře v bydlení

Žádost rodiny o pomoc spočívající v nalezení adekvátního bydlení se stává obtížně splnitelnou v situaci, kdy není dost obecních sociálních bytů ani neexistuje systém podpory v bydlení založený na poskytování garancí pro soukromé majitele bytů, kteří mnohdy ohroženým rodinám nechtějí byt pronajmout (např. proto, že jsou vnímané jako rizikoví nájemníci).

Proto je nezbytné přijmout zákon o podpoře v bydlení, který připravuje Ministerstvo pro místní rozvoj ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí, a zajistit, aby měly rodiny s ohroženými dětmi v bytové nouzi prioritní přístup k podpoře, jak je obvyklé i v zahraničí v systémech s funkční prevencí ohrožení dítěte.

2 Zajistit, aby kapacity azylových domů odpovídaly velikosti potřebné populace

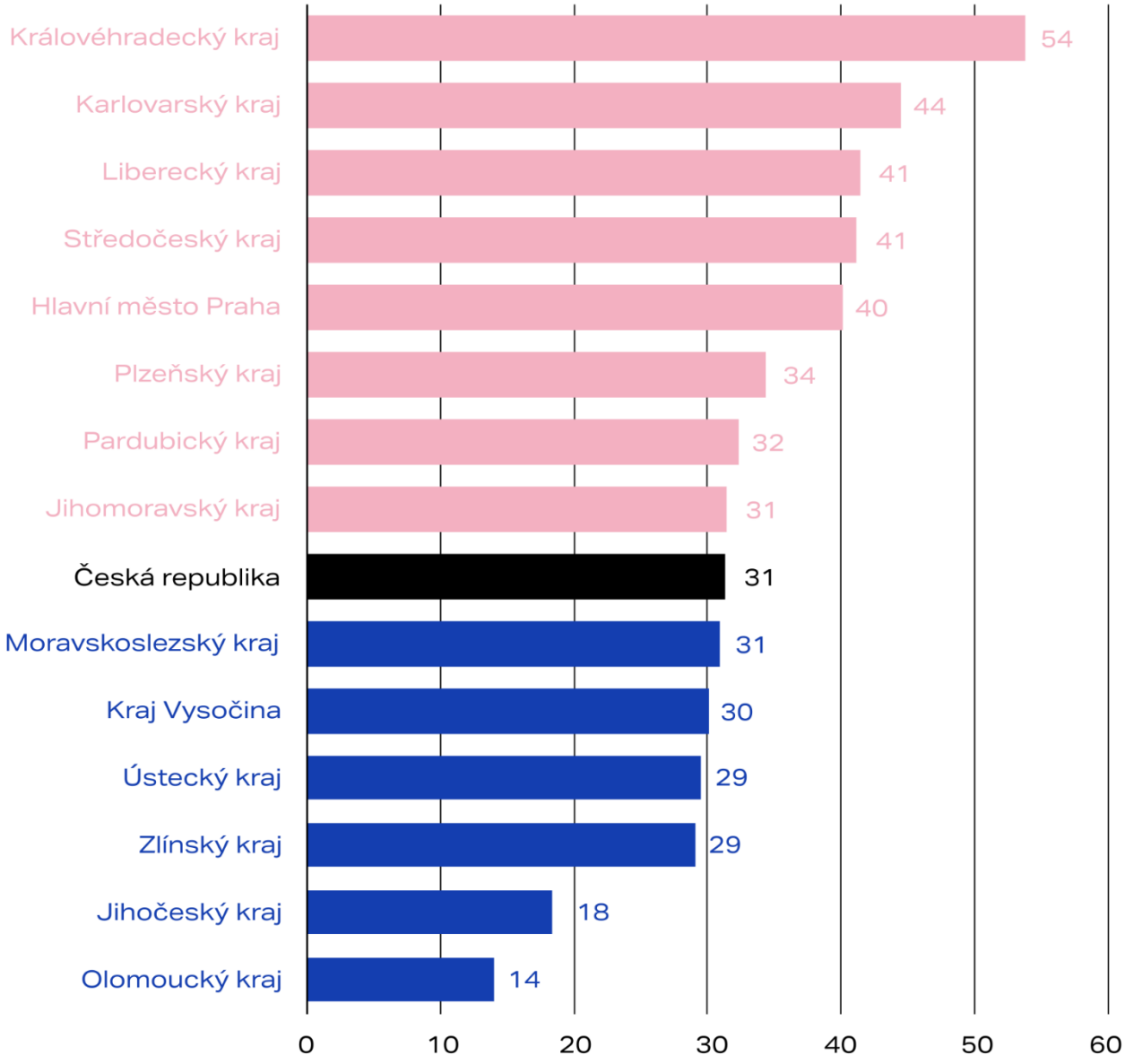
Pro případy krize je současně nezbytné, aby byly pro ohrožené rodiny k dispozici dostatečné kapacity azylových domů poskytujících krizové ubytování. Pokud budeme vycházet z toho, že primární potenciální klientelou azylových domů jsou domácnosti ohrožené ztrátou bydlení, ukáže se (obdobně jako v případě SAS), že mezi kraji panují i v kapacitách azylových domů významné rozdíly. Za-

[39] Viz také výše citovanou zprávu veřejného ochránce práv o ZDVOP, zprávu *Investice do dětí* nebo studii Českých priorit Náklady bytové nouze. Nebo Analýzu důvodů vedoucích k umístění ohroženého dítěte do Dětského centra Liberec.
[40] Viz výše citovanou zprávu o kapacitách SAS.

tímco v Olomouckém kraji připadá na jedno dětské lůžko v azylovém domě přibližně 14 potenciálních dětských klientů, v Karlovarském a Libereckém kraji je to třikrát tolik (viz Tabulku 4).

Současně platí, že jen malá část z azylových domů pro rodiny s dětmi nabízí své služby celým rodinám, zpravidla jde o služby určené pouze matkám s dětmi, takže s přestěhováním (jen matky s dětmi) do azylového domu je spojeno vysoké riziko rozpadu rodiny.

Graf 21: Počet potenciálních dětských klientů azylových domů v přepočtu na 1 lůžko pro děti v azylových domech



Tabulka 4: Porovnání kapacit azylových domů pro rodiny s dětmi v porovnání s velikostí potřebné populace

Kraj	Dětí do 18 let s obvyklým pobytem v kraji	Přibližný počet dětí ohrožených ztrátou bydlení	Dětí v bytové nouzi	Přibližná velikost potenciální cílové skupiny azylových domů	Lůžka v azylových domech pro děti	Počet potenciálních dětských klientů v přepočtu na 1 lůžko v AD	Lůžka pro rodiče	Lůžka pro rodiče a děti celkem
Česká republika	1 991 051	67 000	28 800	95 800	3 056	31	1 350	4 425
Hlavní město Praha	229 410	10 000	2 700	12 700	317	40	140	457
Středočeský kraj	296 011	8 000	3 800	11 800	287	41	142	439
Jihočeský kraj	119 642	3 000	1 700	4 700	256	18	91	346
Plzeňský kraj	107 229	3 000	1 500	4 500	131	34	76	207
Karlovarský kraj	50 689	2 000	1 200	3 200	72	44	42	114
Ústecký kraj	151 784	7 000	3 200	10 200	346	29	151	497
Liberecký kraj	84 037	2 000	1 400	3 400	82	41	30	112
Královéhradecký kraj	100 449	3 000	1 300	4 300	80	54	36	116
Pardubický kraj	97 656	3 000	1 400	4 400	136	32	61	197
Kraj Vysočina	93 930	3 000	1 100	4 100	136	30	61	197
Jihomoravský kraj	226 141	6 000	2 800	8 800	280	31	111	391
Olomoucký kraj	116 103	3 000	1 800	4 800	342	14	134	476
Zlínský kraj	103 502	3 000	1 400	4 400	151	29	70	221
Moravskoslezský kraj	214 468	10 000	3 600	13 600	440	31	205	655

3 Posilování fungování škol v prevenci ohrožení dítěte

Školy jsou klíčovým subjektem v prevenci ohrožení dítěte. Děti jsou ve škole denně. Od škol už nyní pochází největší část z případů hlášených OSPOD,[41] i přestože školy evidentně OSPOD zpravidla hlásí jen nejvážnější případy (viz níže).

Prevence nemůže fungovat bez dobré spolupráce ze strany škol. Jak již bylo popsáno výše, naprostým klíčem k úspěchu v prevenci ohrožení dítěte je včasnost pomoci. Realitou je ovšem to, že rodiny se dostávají k podpůrným službám (typu SAS) zpravidla pozdě. A nevyužitý potenciál škol ve včasném záchytu potenciálního ohrožení dítěte a v navázání spolupráce s podpůrnými službami pro rodinu je zřejmě jedním z hlavních důvodů.

V odpovědi na otázku, co je důvodem toho, proč se ke službám SAS dostávají rodiny pozdě, 45 % dotazovaných SAS služeb uvedlo, že „velmi často (tj. v případě 75 % až 100 % se službou SAS spolupracujících rodin) je důvodem pozdního zahájení spolupráce to, že školy, pediatři či další instituce předají informace o ohrožení dítěte OSPOD (případně rodinu informují o SAS, pokud má SAS se školou navázanou spolupráci), až když se situace stane opravdu závažnou. Dalších 38 % služeb uvedlo, že pozdní informování ze strany škol či lékařů je často důvodem pozdního vstupu rodiny do služby SAS (tj. platí pro 50 % až 75 % rodin zahajujících spolupráci se SAS, až když je situace opravdu závažná).[42]“

Škola by nicméně neměla fungovat jen jako včasný zdroj informací o ohrožení dítěte (a zprostředkovávat případné navázání na další podpůrné služby), mohla by být i zdrojem základní podpory znevýhodněných dětí.

Cest k posílení fungování škol v prevenci ohrožení dítěte je celá řada. Zde se věnujeme třem z nich:

1. ukotvení relevantních pozic,
2. vzdělávání všech pedagogů,
3. vybraným formám přímé podpory znevýhodněných dětí.

[41] Viz Výkazy o výkonu sociálně-právní ochrany dětí.
[42] Viz výše citovanou výzkumnou zprávu *Podpora ohrožených dětí v České republice,* s 25.

1 Ukotvení a systémová podpora relevantních pedagogických pozic klíčových pro prevenci ohrožení dítěte

Důležitou pozicí pro prevenci ohrožení dětí v případě škol nacházejících se v místech vysoce zatížených sociálními problémy je pozice školního sociálního pedagoga (či sociálního pracovníka). Nejde o pozici, která by měla být na všech školách, ale ve **školách s vysokým podílem sociálně znevýhodněných dětí má nezastupitelné místo**. Předpokladem pro to, aby mohlo být více sociálních pedagogů na školách, které to potřebují, je nicméně zařazení sociálního pedagoga mezi pedagogické pracovníky podle zákona o pedagogických pracovnících. To by znamenalo více zdrojů financování činnosti této pozice (nikoli pouze z projektů, jak je tomu dnes).

Co je nezbytné, je (po vzoru zahraničních systémů)[43] upravit **novou pozici přítomnou ve všech školách: osobu odpovědnou za prevenci ohrožení dítěte**. Respektive nemusí jít nutně o novou pozici, která by byla nově povinně na všech školách vedle školních metodiků prevence a výchovných poradců. Spíše je nezbytné jasně vymezit agendu, práva a povinnosti, kvalifikační předpoklady a minimální časovou dotaci pro výkon agendy prevence ohrožení dítěte (formou snížené vyučovací povinnosti stejně jako u výchovných poradců). V praxi by mohlo mít ukotvení této pozice například formu doplnění existujících norem upravujících činnost a podmínky působení školních metodiků prevence, které aktuálně kladou důraz spíše na prevenci rizikového (náročného) chování dětí než na prevenci ohrožení dítěte z důvodu zanedbávání či špatného zacházení. Konkrétně by mohlo jít o:

- doplnění (respektive specifikace, konkretizace) odpovědností školního metodika prevence v oblasti prevence ohrožení dítěte ve vyhlášce 72/2005 Sb.;
- doplnění vyhlášky 317/2005 Sb. o kvalifikační podmínky pro činnosti v oblasti prevenci ohrožení dítěte a úprava povinných okruhů specializačního vzdělávání školních metodiků prevence;
- snížení vyučovací povinnosti (rozsahu přímé pedagogické činnosti) o odpovídající počet hodin týdně, který je nezbytný pro zajištění agendy prevence ohrožení dítěte v nařízení vlády 72/2005 Sb. Snížení vyučovací povinnosti by se přitom nemuselo odvíjet jen od počtu žáků ve škole jako

[43] Např. v Anglii je na každé škole „designated person for child protection" (pověřená osoba pro ochranu dětí).

v případě výchovných poradců, ale mohlo by také zohledňovat rozsah sociálních problémů, které zvyšují riziko ohrožení dítěte (viz Kapitola II této Zprávy).[44]

2 Vzdělávání všech pedagogů

Vedle určené osoby odpovědné za prevenci ohrožení dítěte s dostatečnou kapacitou pro tuto agendu je nezbytné, aby všichni učitelé měli základní kompetence v oblasti ochrany dětí, zejména dokázali rozpoznat, kdy se mají obrátit na odpovědnou osobu za prevenci ohrožení dítěte na své škole. K tomu je nezbytné současně doplnit pregraduální přípravu učitelů o adekvátní kompetence a posílit další vzdělání učitelů v této oblasti.[45]

3 Obědy, snídaně a aktivity pro znevýhodněné děti jako prevence ohrožení dítěte

Ze zahraničních zkušeností i projektů realizovaných v ČR je zřejmé, že velmi efektivním způsobem, jak předcházet ohrožení dítěte (nenaplňování potřeb dětí) i vzdělávacímu neúspěchu, je přímá podpora škol dětem z rodin v obtížné životní situaci. Může jít například o poskytování obědů dětem z chudých rodin bez vyžadování příspěvku na školní stravování od rodičů (záměrně hovoříme o příspěvku na stravování, protože veřejné rozpočty hradí větší část z ceny oběda v případě všech dětí ve školním stravování). To by mělo být jednoduše celorepublikově dostupné bez složité administrativy, nikoli složitě skrze různé veřejné a soukromé dotační tituly, jako je tomu nyní.[46]

Velmi se osvědčují i snídaňové kluby ve škole pro potřebné děti. V ČR byla k tomu nově vydána i metodika Národním pedagogickým institutem.[47] A jako prevence zanedbávání školní docházky (jako jedné z nejčastějších forem ohrožení dítěte) může také fungovat možnost bezplatného využití školní družiny, školního klubu či kroužků při škole pro děti z chudých rodin.

[44] Adekvátní snížení týdenního rozsahu přímé pedagogické činnosti by bylo možné stanovit na základě dat ze škol, kde jsou aktuálně činnosti v oblasti prevence ohrožení dítěte zajištěny adekvátně.
[45] Aktuálně je nabídka kurzů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků v ochraně dětí malá.
[46] Možností je navýšení existující finanční podpory školních jídelen ze strany MŠMT o částku odpovídající stravnému na každého dětského strávníka z rodin pobírajících přídavky na děti (a následné odpuštění příspěvku na stravování těmto dětem školní jídelnou).
[47] Viz Národní pedagogický institut: Snídaňové kluby. Metodická kuchařka pro základní školy.

4 Rozvoj prevence náročného či problémového chování

1 Střediska výchovné péče

Klíčovou veřejnou službou v rámci prevence náročného či problémového (rizikového) chování jsou tzv. střediska výchovné péče (dále SVP). Jde o primárně ambulantní službu,[48] která nabízí jak poradenství, tak terapie pro samotné děti i celé rodiny a současně i služby pro školy (pokud na ně má kapacity, což ale většinou nemá).

Aby SVP mohlo fungovat jako skutečně preventivní služba, je nezbytné, aby jeho ambulantní služby byly dostupné v rámci správního obvodu ORP (případně v blízkém ORP). Jednak platí to, že čím vzdálenější je služba pro rodinu, tím vážnější musí být situace, aby do ní rodina dojela (a fakticky je pro některé rodiny právě z důvodu vzdálenosti úplně nedostupná). Vzdálenost také limituje možnost poskytování služeb SVP školám.

Aktuálně je ambulance **střediska výchovné péče pouze v třetině** (66 z 206) **správních obvodů obcí s rozšířenou působností a chybí úplně v některých správních obvodech ORP s vysokou mírou umísťování dětí do ústavní péče,** jak je vidět z Mapy 2. V rámci rozvoje sítě SVP by tato ORP měla být prioritou. Pokud seřadíme ORP podle toho, jaká část ze všech dětí s nařízenou ústavní výchovou v ČR v nich žije sestupně od těch s největším podílem po ty s nejmenším, ukáže se, že **50 % ze všech dětí v ústavní výchově v ČR je z pouze 22 ORP. Tato ORP by měla být vysoce prioritní z hlediska budování sítě SVP. V** dalších 39 ORP je soustředěno dalších 25 % z dětí s nařízenou ústavní výchovou. To znamená, že přítomnost ambulance SVP je zde taktéž důležitá. Naopak zbývajících 145 ORP, ze kterých je dohromady pouze 25 % ze všech dětí s nařízenou ústavní výchovou v ČR, je z tohoto hlediska méně významných.

Účelem SVP ovšem není poskytovat služby jen rodinám, ze kterých jsou umísťovány děti do ústavní péče. Ambulance SVP by měla být ve všech větších ORP, kde je velká populace dětí s náročným chováním, aby byly služby SVP dostupné všem rodinám, které potřebují podporu související s náročným chováním jejich dětí. Proto je nezbytné při rozvoji sítě SVP současně zohledňovat i velikost dětské populace v ORP.
Pokud seřadíme ORP sestupně podle počtu dětí s náročným chováním (viz Box 5 pro popis postupu), ukáže se, že polovina všech dětí s náročným chováním v ČR se soustředí v 31 ORP (což je primárně dáno tím, že jde o velká ORP s velkými městy a velkou dětskou populací).[49] Těchto 31 ORP bylo označeno jako vysoce prioritní z hlediska nutné přítomnosti ambulance SVP. V dalších 50 ORP se soustředí dalších 25 % dětí ze všech dětí s náročným chováním v ČR. Tato byla označena jako důležitá. Naopak zbývajících 125 ORP je dohromady pouze

[48] K některým ambulancím je přidružen denní stacionář a pobytová služba.
[49] Praha je počítána jako 1 ORP.

25 % ze všech dětí v náročným chováním v ČR (jde převážně o „venkovská" ORP s malou dětskou populací). Tato ORP byla tedy označena jako méně významná.

Ve chvíli, kdy zohledníme potřebnost zřízení ambulance SVP z hlediska počtu dětí v ústavní péči i z hlediska počtu dětí s náročným chováním, ukáže se, že:

- **ambulance SVP by měla být přednostně (do 3 let) zřízena v 7 ORP, kde zatím není, přestože patří mezi 35 vysoce prioritních ORP (buď z hlediska počtu dětí v ústavní péči, nebo kvůli velké populaci dětí s náročným chováním),**
- **dále by měla být co nejdříve (do 5 let) otevřena v 7 ORP, které jsou velmi důležité jak z hlediska počtu dětí v ústavní péči, tak z hlediska počtu dětí s náročným chováním,**
- **současně by měla být (do 10 let) ambulance SVP otevřena ve 22 ORP, které jsou důležité z hlediska počtu dětí s nařízenou ústavní výchovou nebo z hlediska počtu dětí s náročným chováním a zatím v nich SVP není.**

Grafické shrnutí je v Grafu 22 a Mapě 2.

Box 5 Odhad počtu dětí s náročným chováním ve věku 6 až 18 let v ORP

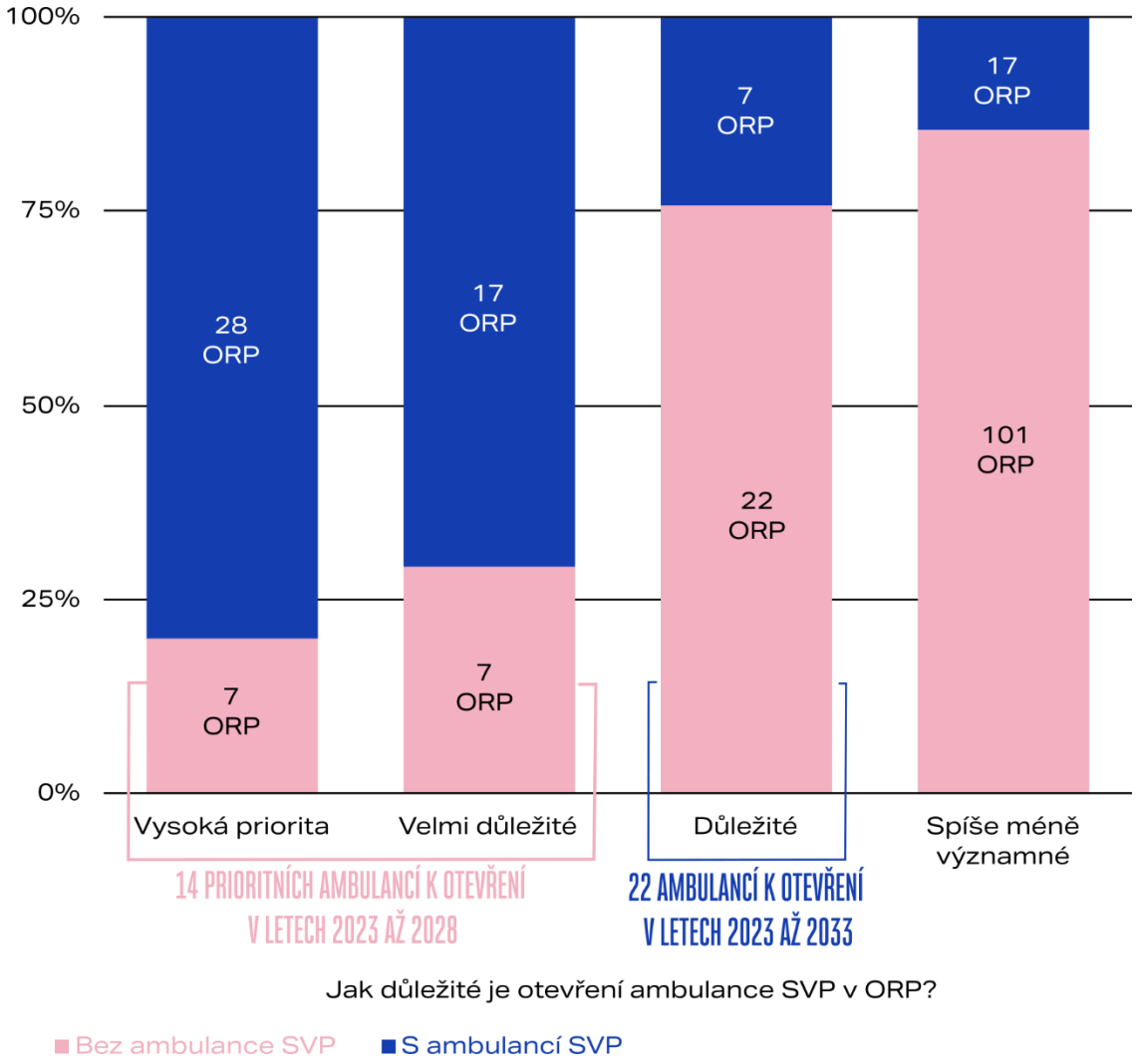
Základním předpokladem je, že výskyt náročného chování je u 7,5 % dětí (viz kap. I pro odůvodnění), pro každé ORP byl ale vypočten přesnější odhad počtu dětí s náročným chováním zohledňující míru sociálních problémů, protože prevalence náročného chování souvisí s výskytem sociálních problémů.

Jako indikátor sociálních problémů byl zvolen podíl obyvatel v exekuci, který je velmi silným prediktorem umísťování dětí do ústavní péče i vzdělávacího neúspěchu (viz kap. II).

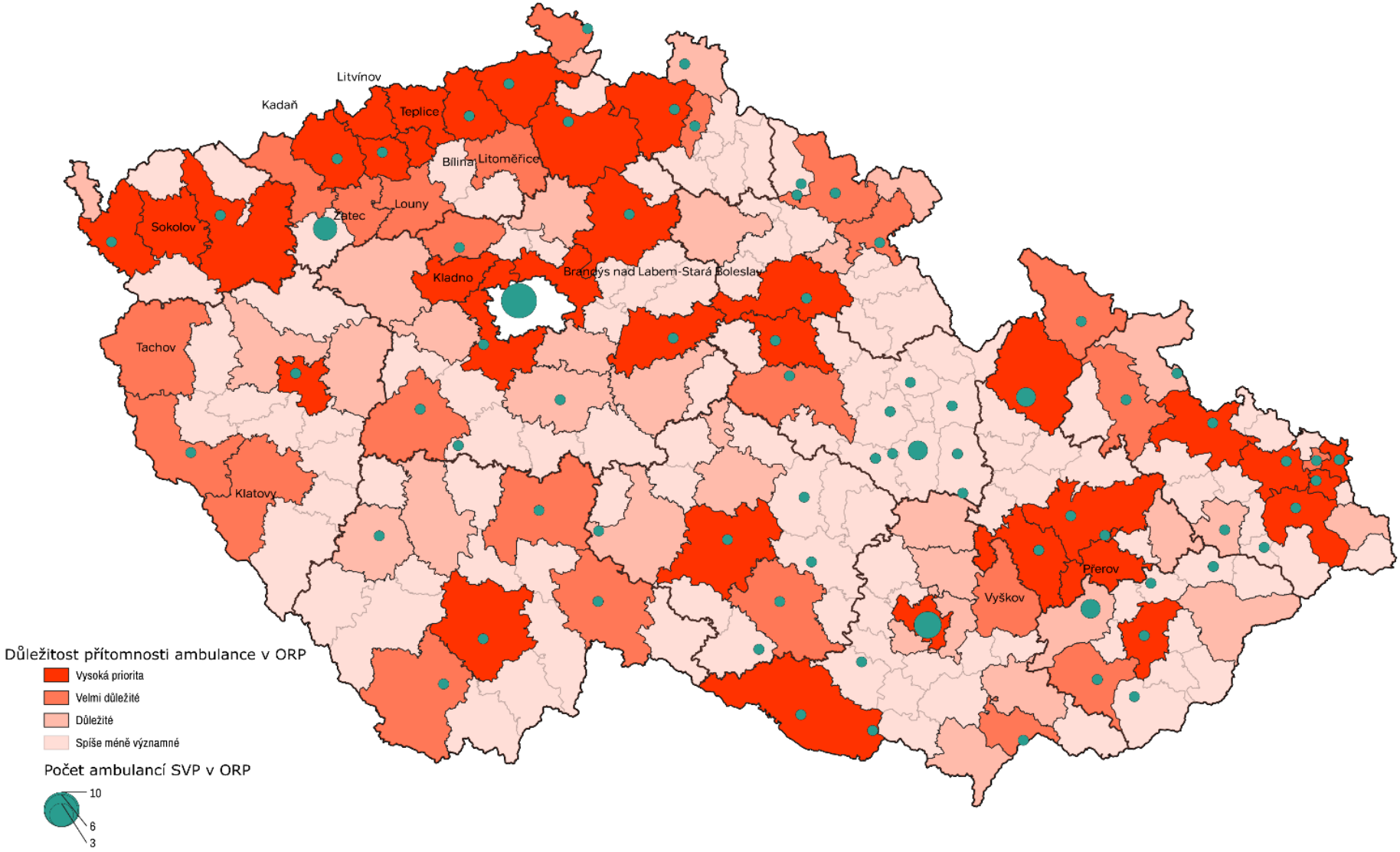
Bylo předpokládáno, že v ORP s podílem obyvatel v exekucích odpovídajících národnímu průměru, tedy 6 %, bude podíl dětí s náročným chováním 7,5 %. Tam, kde je vyšší podíl obyvatel v exekuci, byl předpokládán vyšší podíl dětí s náročným chováním a obráceně. Nebylo nicméně předpokládáno, že v ORP s dvojnásobným podílem obyvatel v exekuci oproti národnímu průměru (tedy 12 %) bude dvojnásobný podíl dětí s náročným chováním (15 %). Ale byl předpokládán efekt v poloviční síle, tedy při dvojnásobném podílu obyvatel v exekuci byl předpokládán 1,5násobný podíl dětí s náročným chováním (tedy 7,5 % × 1,5 = 11,25 %).

S pomocí této upravené prevelance náročného chování byl vypočítán odhad počtu dětí ve věku 6 až 18 let s náročným chováním v ORP.

Graf 22: ORP podle potřeby zřízení ambulance SVP z důvodu vysokého počtu dětí v ústavní péči nebo velké populace dětí s náročným chováním (stav na jaře 2023)



Mapa 2: Důležitost ambulance SVP versus přítomnost ambulance SVP v ORP (stav na jaře 2023)



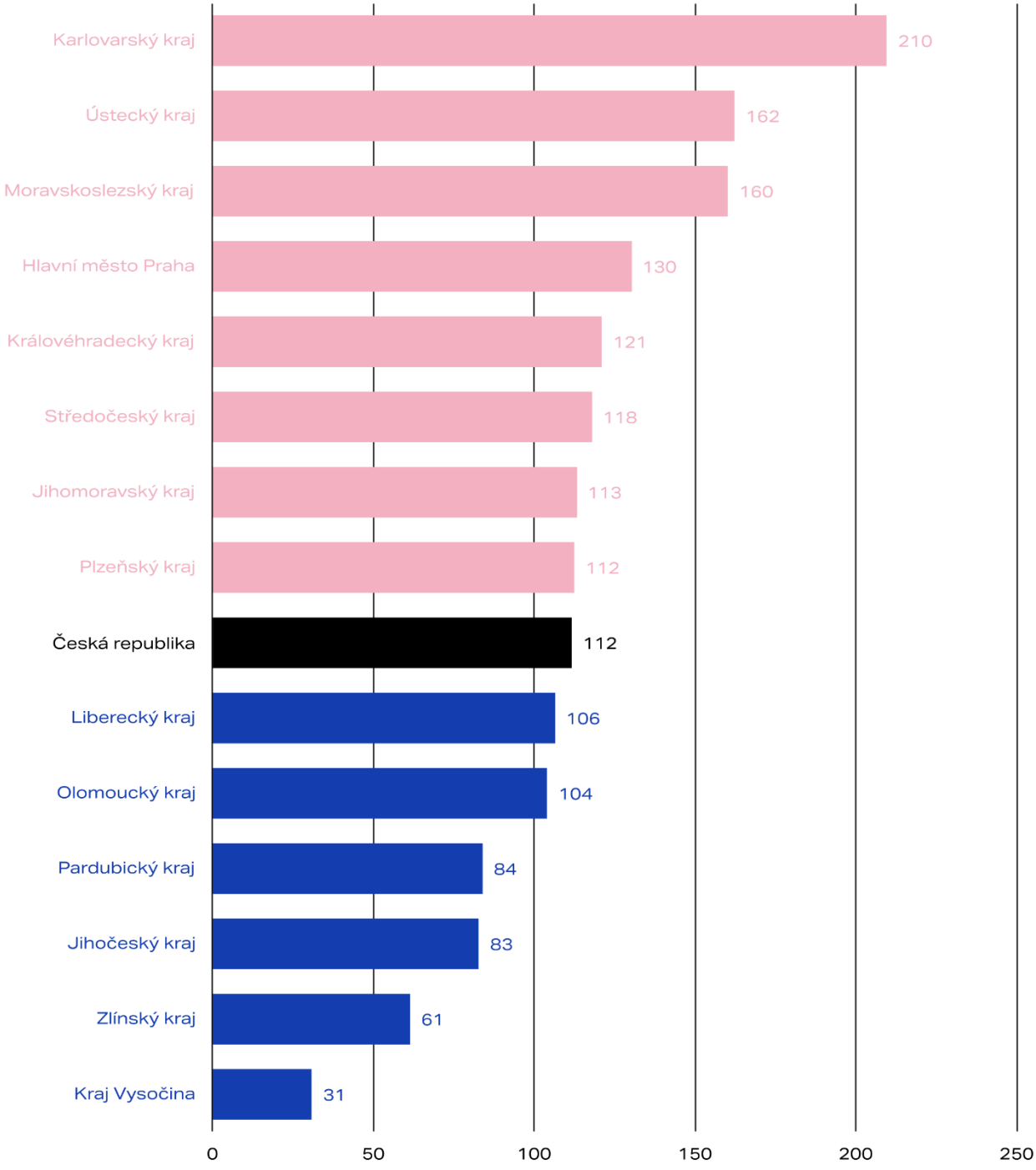
2 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Důležité místo v prevenci náročného chování (ale i zanedbávání či problémů v oblasti vzdělávání) mohou hrát i nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (sociální služba poskytovaná podle zákona o sociálních službách, dále NZDM). I pro NZDM platí, že mezi kraji panují značné rozdíly v kapacitách v porovnání s velikostí potřebné populace, která byla kalkulována obdobně jako v případě SVP s rozdílem, že navíc byl zohledněn odhad počtu dětí v sociálně vyloučených lokalitách.[50] V Tabulce 5 je vidět, že zatímco na Vysočině a ve Zlínském kraji připadá přibližně 40 až 50 dětí (v rámci potenciální klientely) na 1 úvazek NZDM, v Karlovarském kraji je to přibližně 200 dětí.

Určitě je tedy i v případě NZDM jako významné preventivní služby zvažovat posílení kapacit, otevírání klubů v oblastech, kde jich je aktuálně málo (nebo nejsou vůbec), přestože by přítomnost NZDM zde měla svoje opodstatnění vzhledem k velikosti potenciální klientely.

[50] Přítomnost NZDM je důležitější v územích s vyšší mírou sociálního vyloučení s ohledem na tom, že tamní populace má typicky horší přístup k jiným volnočasovým aktivitám.

Graf 23: Počet potenciálních klientů NZDM v přepočtu na jeden úvazek NZDM



Tabulka 5: Porovnání kapacit NZDM s odhadovanou velikostí potenciální cílové skupiny této služby

Kraj	Úvazků v základní síti NZDM pro rok 2022	Dětí ve věku 6 až 18 let	Podíl obyvatel v exekuci	Přibližný podíl dětí vyrůstajících v sociálně vyloučených lokalitách	Index pro predikci potenciální klientely NZDM	Jaká část z dětí je potenciální klientelou NZDM?	Potenciální klientela NZDM	Potenciálních klientů na 1 úvazek NZDM
Česká republika	883	1 318 348	6 %	2 %	1,00	7,5%	98 700	112
Hlavní město Praha	62	144 825	6 %	1 %	0,74	5,6%	8 100	130
Středočeský kraj	77	197 191	5 %	0 %	0,61	4,6%	9 100	119
Jihočeský kraj	52	79 730	6 %	1 %	0,72	5,4%	4 300	83
Plzeňský kraj	35	71 141	6 %	0 %	0,74	5,6%	4 000	114
Karlovarský kraj	31	34 788	11 %	5 %	2,47	18,6%	6 500	211
Ústecký kraj	160	103 656	12 %	9 %	3,35	25,1%	26 000	162
Liberecký kraj	40	56 106	8 %	1 %	1,01	7,6%	4 300	108
Královéhradecký kraj	31	67 533	5 %	1 %	0,74	5,5%	3 700	120
Pardubický kraj	36	64 949	5 %	1 %	0,62	4,7%	3 000	83
Kraj Vysočina	65	62 305	4 %	0 %	0,43	3,2%	2 000	31
Jihomoravský kraj	84	146 244	5 %	2 %	0,87	6,5%	9 500	113
Olomoucký kraj	45	77 204	6 %	1 %	0,82	6,1%	4 700	104
Zlínský kraj	44	68 833	4 %	1 %	0,53	4,0%	2 700	61
Moravskoslezský kraj	120	143 843	8 %	4 %	1,79	13,4%	19 300	160

3 Terénní programy (streetwork)

V prevenci náročného či rizikového chování hraje důležitou roli práce s ohroženými dětmi a mládeží přímo v terénu (streetwork). Ta je v ČR primárně realizována formou sociální služby „terénní programy“, jejichž cílovou skupinou jsou děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy.

V celé ČR je celkem 29 služeb terénních programů s touto cílovou skupinou, přičemž většinou jde o malé služby s méně než 2 úvazky a zpravidla se tyto služby nevěnují jen práci s dětmi a mládeží (ty jsou jednou z několika cílových skupin služby). V řadě krajů je pokrytí minimální. I v případě tohoto druhu preventivních služeb je tedy na místě realizovat přezkum potřebnosti v územích a rozvíjet je tam, kde je to adekvátní.

5 Rozvoj služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením

Přestože je počet dětí se zdravotním postižením ve státní péči v České republice výrazně nižší než počet dětí odebraných z rodiny kvůli zanedbávání, neznamená to, že by služby pro tyto děti a jejich rodiny neměly být dále rozvíjeny. Proto se níže krátce věnujeme i kapacitám podpůrných služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením. S ohledem na primární zaměření této Zprávy na děti ohrožené zanedbáváním jde ale spíše o stručné porovnání kapacit vybraných podpůrných služeb v krajích ČR než o zevrubnou analýzu situace v této oblasti.

Síť služeb pro tyto rodiny by si nicméně zasloužila samostatné zkoumání. Zejména proto, že nabízené pobytové služby veskrze nejsou deinstitucionalizované a děti většinou doposud žijí v budovách společně s dospělými a malých komunitních pobytových služeb není dostatek.[51] Proto by bylo vhodné udělat podrobnou analýzu nabízených komunitních i pobytových služeb, které jsou důležité pro zamezení nárůstu počtu dětí s postižením ve státní péči kvůli nedostatečné podpoře pečovatelů.

1 Raná péče

Klíčovou veřejnou podpůrnou službou pro rodiny se zdravotním postižením, či vývojovým opožděním pro rodiny s dětmi do sedmi let je sociální služba raná péče.

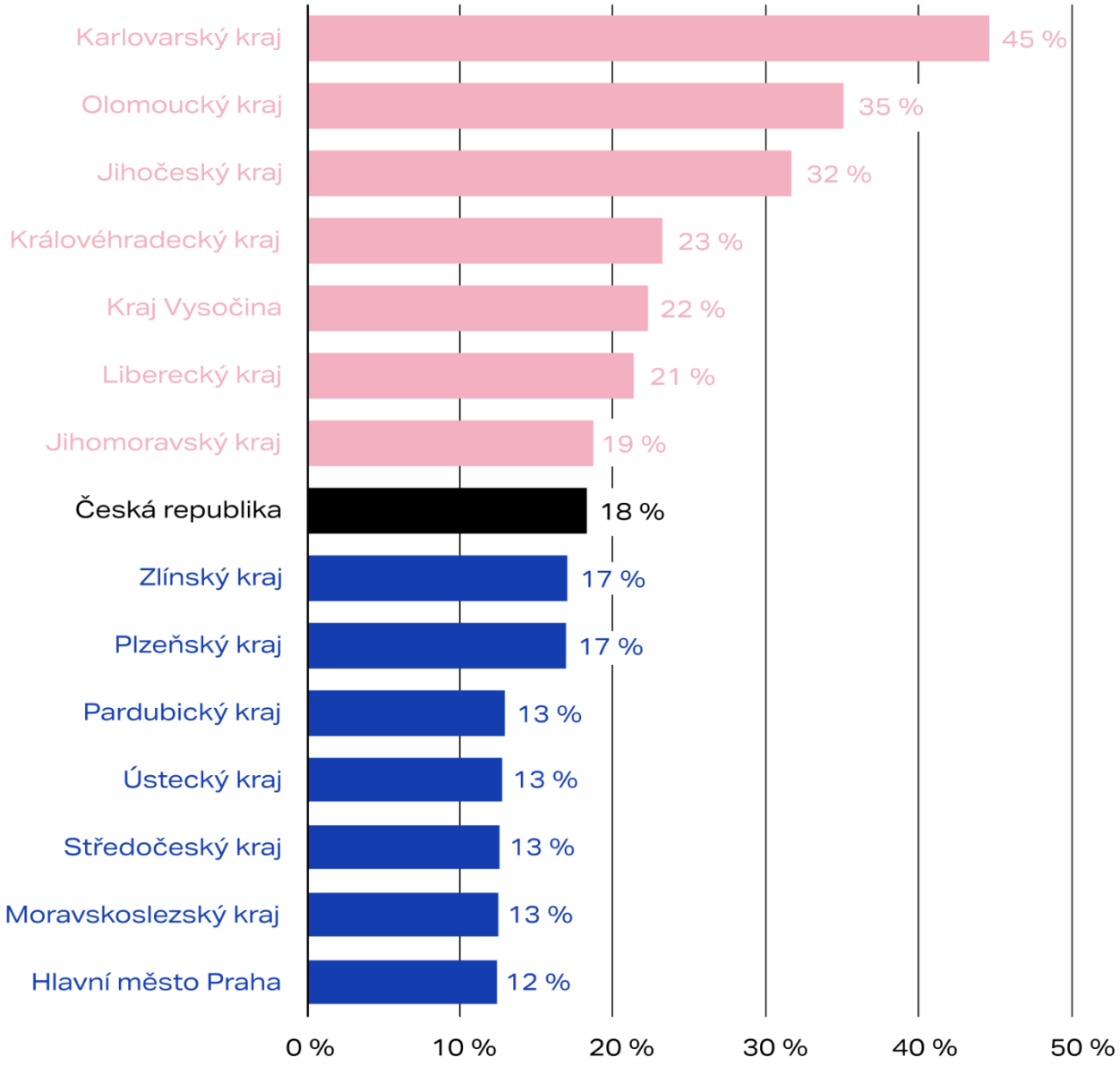
Jak bylo prezentováno v kapitole I, zdravotní postižení má přibližně 3,1 % dětí v populaci. To znamená, že potenciální cílová skupina rané péče čítá celkem 3,1 % ze všech dětí do 7 let v ČR, tedy jedná se o cca 28 tisíc dětí. Při předpokladu, že 1 úvazek rané péče zajišťuje péči o 22 rodin[52], je kapacita služeb rané péče v ČR schopna pokrýt přibližně 5 tisíc rodin s dětmi se zdravotním postižením. To postačuje na podporu necelých 20 % z rodin s dětmi se zdravotním postižením (či vývojovým opožděním) v ČR.[53] Stejně jako v případě ostatních druhů sociálních služeb popsaných výše panují značné rozdíly mezi kraji i v kapacitách rané péče. Zatímco v Karlovarském kraji mají služby rané péče kapacitu podpořit téměř polovinu z potřebné populace, v Praze je to téměř čtyřikrát méně, pouze 12 %, jak je vidět z Tabulky 6.

[51] Viz Výzkumnou zprávu o dětech s postižením žijících v ústavní péči v ČR.
[52] Viz Analýza situace rané péče za rok 2015.
[53] Pokud budeme předpokládat, že v každé rodině je jedno dítě se zdravotním postižením.

Tabulka 6: Porovnání kapacit rané péče s velikostí potenciální cílové skupiny v krajích ČR (zdroje dat v Příloze 1)

Kraj	Dětí do 7 let v kraji	Dětí se zdravotním postižením do 7 let věku (3,12 % ze všech)	Úvazků v základní síti rané péče pro rok 2022	Kapacita krajské sítě (22 rodin na 1 úvazek)	Na jakou část z dětí do 7 let se zdravotním postižením postačuje kapacita krajské sítě
Česká republika	893 534	27 878	232	5109	18 %
Hlavní město Praha	111 329	3 473	20	431	12 %
Středočeský kraj	129 404	4 037	23	508	13 %
Jihočeský kraj	53 483	1 669	24	528	32 %
Plzeňský kraj	47 707	1 488	11	251	17 %
Karlovarský kraj	21 347	666	14	297	45 %
Ústecký kraj	64 865	2 024	12	258	13 %
Liberecký kraj	36 860	1 150	11	246	21 %
Královéhradecký kraj	44 200	1 379	15	320	23 %
Pardubický kraj	43 711	1 364	8	176	13 %
Kraj Vysočina	42 621	1 330	13	296	22 %
Jihomoravský kraj	105 059	3 278	28	614	19 %
Olomoucký kraj	51 686	1 613	26	565	35 %
Zlínský kraj	46 597	1 454	11	247	17 %
Moravskoslezský kraj	94 665	2 954	17	370	13 %

Graf 24: Jakou část z potenciální klientely rané péče má kapacitu podpořit základní síť rané péče v kraji?



2 Odlehčovací služby a osobní asistence

Kapacitu odlehčovacích služeb a osobní asistence, která je k dispozici pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením, je velmi obtížné zjistit, protože 90 % z těchto služeb poskytuje současně služby rodinám s dětmi se zdravotním postižením do 18 let, rodinám s dospělým členem se zdravotním postižením a často i seniorům.

Z Tabulky 7 je zjevné, že ve všech krajích ČR působí minimálně 5 odlehčovacích služeb a služeb osobní asistence, mezi jejichž cílovou skupinu spadají taktéž děti do 18 let. Základní infrastruktura těchto služeb tedy existuje ve všech krajích ČR.

Tabulka 7: Odlehčovací služby a služby osobní asistence s cílovou skupinou děti v krajích ČR (zdroje dat v Příloze 1)

Kraj	Možná dětská klientela odlehčovacích služeb a osobní asistence	Odlehčovacích služeb v kraji (s cílovou skupinou děti do 18 let)	Osobní asistence v kraji (s cílovou skupinou děti do 18 let)	Odlehčovacích služeb a služeb osobní asistence (s cílovou skupinou děti do 18 let)
Česká republika	52 119	78	103	181
Praha	6 188	7	4	11
Středočeský kraj	7 586	17	8	25
Jihočeský kraj	3 126	4	9	13
Plzeňský kraj	2 798	4	2	6
Karlovarský kraj	1 383	3	2	5
Ústecký kraj	4 098	4	6	10
Liberecký kraj	2 217	10	11	21
Královéhradecký kraj	2 641	2	11	13
Pardubický kraj	2 535	3	8	11
Kraj Vysočina	2 425	3	6	9
Jihomoravský kraj	5 751	3	7	10
Olomoucký kraj	3 026	6	7	13
Zlínský kraj	2 706	4	11	15
Moravskoslezský kraj	5 639	8	11	19

* Děti se zdravotním postižením od 3 let věku.

Závěry a doporučení

České republice se podařilo v posledních 15 letech dosáhnout několika významných posunů v péči o ohrožené děti. Byly výrazně zlepšeny podmínky pro výkon pěstounské péče a došlo k její profesionalizaci. Díky tomu, že většina ohrožených dětí do 3 let, které potřebují náhradní péči, je umísťována do pěstounské péče na přechodnou dobu, se dramaticky snížil počet nejmenších dětí v zdravotnických dětských domovech pro děti tří let věku.

Celkový počet dětí ve státní péči ale bohužel poměrně významně vzrostl. Hlavní příčinou je nárůst v počtu dětí primárně ohrožených zanedbáváním (nedostatky v péči) ve státem regulované náhradní péči o více než 6 tisíc (počet dětí s náročným chováním a zdravotním postižením ve státní péči se naopak snížil).

Prevence ohrožení dítěte, zejména ohrožení plynoucího ze zanedbávání a nedostatků v péči, zůstává Achillovou patou systému. Pro to, aby došlo ke snížení vysoké míry traumatizace dětí, odebírání dětí z rodin i vážného neúspěchu ve vzdělávání, je nezbytné:

1. pokračovat v posilování krajských sítí sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi a umožnit jim (skrze dofinancování práce s vybranými rodinami) poskytovat podporu zvláště ohroženým rodinám v dostatečné intenzitě,
2. přijmout zákon a podpoře v bydlení a zajistit adekvátní kapacity azylových domů tam, kde jsou nedostatečné, a zároveň zajistit azylové domy poskytující ubytování celým rodinám,
3. výrazně posílit fungování škol v prevenci ohrožení dítěte zanedbáváním a nedostatky v péči,
4. významně rozšířit síť středisek výchovné péče a nízkoprahových zařízení pro děti a mládež tam, kde je slabá,
5. pokračovat v rozvoji rané péče a odlehčovacích a dalších služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením.

Speciální pozornost je přitom třeba věnovat regionům silně zatíženým sociálními problémy, kde končí ve státní péči pětkrát až desetkrát více dětí než v oblastech s lepší sociální situací.

Podrobný návod, jak na to, dává třetí kapitola této Zprávy.

Seznam tabulek a grafů

Seznam grafů

Graf 1: Odhad počtu dětí do 18 let v ČR v různých formách nouze, chudoby či ohrožení 8
Graf 2: Děti ve státem regulované a financované náhradní pobytové a rodinné péči v ČR 11
Graf 3: Hlavní skupiny ohrožených dětí včetně podmnožin v různých formách státem regulované náhradní péče 12
Graf 4: Podíl dětí oddělených od rodičů a umístěných do státem regulované náhradní péče v ČR v případě hlavních skupin ohrožených dětí 13
Graf 5: Porovnání počtu dětí ve státní péči v letech 2009 a 2021 17
Graf 6: Porovnání vývoje počtu dětí v náhradní rod. péči s počtem dětí v dětských domovech 18
Graf 7: Počty dětí v různých typech zařízení ústavní péče o děti 21
Graf 8: Počet míst v dětských domovech v bytech či domech v komunitě (v lednu 2023) a v pobytových službách pro lidi s mentálním postižením (v roce 2021) 22
Graf 9: Dětské domovy v ČR podle naplněnosti ve školním roce 2021/2022 24
Graf 10: Počet dětí ročně přijatých do školských dětských domovů v letech 2010 až 2022 25
Graf 11: Počet dětí v dětských domovech podle toho, kolik mají v zařízení sourozenců 26
Graf 12: Podíl dětí umístěných mimo rodinu podle místní příslušnosti vykazujícího OSPOD 27
Graf 13: Průměrné příjmy dětí do dětských domovů v letech 2017 až 2022 v krajích ČR v přepočtu na 10 tis. dětí ve věku 3 až 18 let v kraji (podle kraje umístění dětského domova) 28
Graf 14: Porovnání podílu dětí umístěných ve státní péči na všech dětech do 18 let (průměr 2018 až 2020, hodnoty k 31. 12.) s podílem obyvatel v exekucích (v roce 2021) 31
Graf 15: Souvislost mezi podílem obyvatel v exekuci a mírou umísťování dětí do státní péče 32
Graf 16: V případě jaké části z dětí přítomných v dětských domovech k 31. 1. 2023 bylo jedním z důvodů umístění do zařízení? 33
Graf 17: Souvislost mezi vzdělávacím neúspěchem a mírou exekucí 37
Graf 18: Vývoj ročních nákladů na státní péči o děti v ČR 38
Graf 19: Veřejné náklady na péči o jedno dítě za rok 39
Graf 20: Počet dětí v potenciální cílové skupině SAS v přepočtu na jeden úvazek SAS 48
Graf 21: Počet potenciálních dětských klientů azylových domů v přepočtu na 1 lůžko pro děti v azylových domech 52
Graf 22: ORP podle potřeby zřízení ambulance SVP z důvodu vysokého počtu dětí v ústavní péči nebo velké populace dětí s náročným chováním (stav na jaře 2023) 59
Graf 23: Počet potenciálních klientů NZDM v přepočtu na jeden úvazek NZDM 62
Graf 24: Jakou část z potenciální klientely rané péče má kapacitu podpořit základní síť rané péče v kraji? 67

Seznam tabulek a map

Tabulka 1: Porovnání vývoje počtu (stavu) dětí ve zdravotnických a školských dětských domovech v krajích ČR v letech 2018 až 2022 _____ 19
Tabulka 2: Hodnoty indikátorů potřebnosti služeb typu SAS v krajích ČR _____ 43
Tabulka 3: Porovnání základní sítě služeb SAS v krajích ČR s velikostí cílové skupiny SAS _____ 47
Tabulka 4: Porovnání kapacit azylových domů pro rodiny s dětmi v porovnání s velikostí potřebné populace _____ 53
Tabulka 5: Porovnání kapacit NZDM s velikostí potenciální cílové skupiny této služby _____ 63
Tabulka 6: Porovnání kapacit rané péče s velikostí potenciální cílové skupiny v krajích ČR _____ 66
Tabulka 7: Odlehčovací služby a služby osobní asistence s cílovou skupinou děti v krajích ČR __ 68

Mapa 1: Procentuální podíl dětí ve státní péči podle místně příslušného OSPOD _____ 30
Mapa 2: Důležitost ambulance SVP vs. přítomnost ambulance SVP v ORP (stav na jaře 2023) ___ 60

Přílohy

Příloha 1: Zdroje dat

Graf/Tabulka/Mapa	Indikátor	Zdroj dat	Poznámka
Graf 1: Odhad počtu dětí do 18 let v ČR v různých formách nouze, chudoby či ohrožení	Děti v příjmové chudobě	vlastní analýza dat SILC 2021	v rámci výzkumného projektu Ostravské univerzity a Iniciativy Za bydlení
	Děti v rodinách v exekuci	Data Paq	vlastní výpočet: podíl rodičů v exekuci (13,2 %) * počet dětí do 18 let dle SLDB 2021 (1 991 tis.)
	Děti v domácnostech v energetické chudobě	studie Energetická chudoba a její řešení	
	Děti v rodinách ohrožených ztrátou bydlení	vlastní analýza dat SILC 2021	výzkumný projekt Ostravské univerzity a Za bydlení
	Děti v materiální deprivaci	vlastní analýza dat SILC 2021	výzkumný projekt Ostravské univerzity a Za bydlení
	Děti v bytové nouzi	Iniciativa Za bydlení, MPSV, SLDB 2021	vlastní analýza podkladových dat od jmenovaných zdrojů
Graf 2: Děti ve státem regulované a financované náhradní pobytové a rodinné péči v ČR	Zdravotnické dětské domovy	Dětské domovy pro děti do 3 let věku	od celkového počtu dětí odečteno 190 dětí se zdravotním postižením dle zařízení
	Školské dětské domovy	Statistická ročenka školství	od celkového počtu dětí odečteno 100 dětí se zdravotním postižením (odhad založený na počtu dětí se zdravotním postižením v DD dle výkazu Z14, nepočítaje děti s lehkým postižením, s nimž nejsou spojeny zvláštní nároky na péči)
	ZDVOP	Výkaz o výkonu SPOD za rok 2021	
	Pěstounská péče dlouhodobá	Výkaz o výkonu SPOD za rok 2021	od celkového počtu dětí odečteny děti se zdravotním postižením dle Výkazu

	Svěření do péče jiné osoby	Výkaz o výkonu SPOD za rok 2021	od celkového počtu dětí odečteny děti se zdravotním postižením dle Výkazu
	Pěstounská péče na přechodnou dobu	Výkaz o výkonu SPOD za rok 2021	od celkového počtu dětí odečteny děti se zdravotním postižením dle Výkazu
	DDŠ, VÚ a DGÚ	Statistická ročenka školství	
	Děti se zdravotním postižením v ústavní péči	Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2021 Dětské domovy pro děti do 3 let věku	součet počtu dětí se zdravotním postižením v DOZP, DD a DD3
	Děti se zdravotním postižením v NRP	Výkaz o výkonu SPOD za rok 2021	
Graf 3: Hlavní skupiny ohrožených dětí včetně podmnožin v různých formách státem regulované náhradní péče	A. Celkem dětí ohrožených zanedbáváním či špatným zacházením	odhad, viz text kapitoly I. a Přílohu 2	
	A. Z toho ve státní péči	Graf 2 (součet hodnot v množině A.)	
	B. Celkem dětí s náročným či problémovým chováním	odhad, viz text kapitoly I. a Přílohu 2	
	B. Z toho ve státní péči	Graf 2 (součet hodnot v množině B.)	
	C. Celkem dětí se zdravotním postižením	odhad, viz text kapitoly I. a Přílohu 2	
	C. Z toho ve státní péči	Graf 2 (součet hodnot v množině C.)	
Graf 4: Podíl dětí oddělených od rodičů a umístěných do státem regulované náhradní péče v ČR v případě hlavních skupin ohrožených dětí	Hodnoty A, B., C.	vlastní výpočet z hodnot v Grafu 3	
Graf 5: Porovnání počtu dětí ve státní péči v letech 2009 a 2021	A. Děti primárně ohrožené zanedbáváním (nedostatky v péči)	vlastní výpočet, zdroje dat shodné jako v případě Grafu 2	
	B. Děti s náročným chováním	vlastní výpočet, zdroje dat shodné jako v případě Grafu 2	

	C. Děti se zdravotním postižením	vlastní výpočet, zdroje dat shodné jako v případě Grafu 2	
Graf 6: Porovnání vývoje počtu dětí v náhradní rodinné péči s počtem dětí v dětských domovech	Náhradní rodinná péče	Výkazy o výkonu SPOD	zahrnuje pěstounskou péči, poručenství s osobní péčí poručníka a svěření do péče jiného osoby než rodiče
	Dětské domovy	Statistická ročenka školství	předpoklad 100 dětí se zdravotním postižením (nepočítaje děti s lehkým postižením, s nimž nejsou spojeny zvláštní nároky na péči - viz poznámku ke zdrojům Grafu 2)
Tabulka 1: Porovnání vývoje počtu (stavu) dětí ve zdravotnických a školských dětských domovech v krajích ČR v letech 2018 až 2022	Počty (stav) dětí v dětských domovech pro děti do 3 let věku	Dětské domovy pro děti do 3 let věku	stav na jaře roku, vlastní výpočet % snížení počtu dětí
	Počty (stav) dětí ve školských dětských domovech	Statistická ročenka školství	stav k 31.10., vlastní výpočet % snížení počtu dětí

Graf/Tabulka/Mapa	Indikátor	Zdroj dat	Poznámka
Graf 7: Počty dětí v různých typech zařízení ústavní péče o děti	Počty dětí v jednotlivých typech zařízení ústavní péče	shodné zdroje jako v případě Grafu 2	
Graf 9: Dětské domovy v ČR podle naplněnosti ve školním roce 2021/2022	Počty dětských domovů podle naplněnosti	vlastní analýza interních dat MŠMT za jednotlivá zařízení	z výkazu Z14 odevzdaného v listopadu 2022
Graf 10: Počet dětí ročně přijatých do školských dětských domovů v letech 2010 až 2022	Počty dětí ročně přijatých do dětských domovů	Statistická ročenka školství	
Graf 12: Podíl dětí umístěných mimo rodinu podle místní příslušnosti vykazujícího OSPOD	Počet dětí do 18 let v krajích	otevřená data SLDB 2021	
	Počet dětí umístěných mimo rodinu	Výkazy o výkonu sociálně-právní ochrany dětí ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností (agregované na kraje); počet dětí umístěných mimo rodinu je součtem hodnot uvedených v: ř. 89a, s. 1 (počet dětí v pěstounské péči) ř. 89b, s. 1 (počet dětí v pěstounské péči na přechodnou dobu) ř. 89c, s. 1 (počet dětí v poručenství s osobní péčí poručníka) ř. 89d, s. 1 (počet dětí svěřených do péče jiné osoby než rodiče) ř. 94, s. 9 (počet dětí s nařízenou ÚV umístěných v zařízení pro výkon ÚV) ř. 96a, s. 9 (počet dětí v ZDVOP na základě rozhodnutí soudu) ř. 94b, s. 9 (počet dětí v ZDVOP na základě žádosti zákonného zástupce, žádosti dítěte, žádosti OSPOD se souhlasem rodiče)	Výkazy o výkonu sociálně-právní ochrany dětí ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností byly poskytnuty Ministerstvem práce a sociálních věcí na základě žádosti Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy, které zpracovalo statistiky založené na těchto výkazech prezentované v této Zprávě.
Graf 13: Průměrné příjmy dětí do dětských domovů v letech 2017 až 2022 v krajích ČR v přepočtu na 10 tis. dětí v kraji	Počet dětí ve věku 3 až 18 let v krajích	otevřená data SLDB 2021	
	Průměrné příjmy do dětských domovů	Statistická ročenka školství	

Graf/Tabulka/Mapa	Indikátor	Zdroj dat	Poznámka
Mapa 1: Procentuální podíl dětí ve státní péči (umístěných mimo rodinu) podle místně příslušného OSPOD	Počet dětí do 18 let ve správních obvodech ORP (OSPOD)	otevřená data SLDB 2021	
	Počet dětí ve státní péči (umístěných mimo rodinu)	stejný zdroj jako v případě Grafu 10	viz poznámku ke Grafu 10
Graf 14: Porovnání podílu dětí umístěných ve státní péči na všech dětech do 18 let (průměr 2018–2020, hodnoty k 31. 12.) s podílem obyvatel v exekucích	Podíl dětí ve státní péči	stejný zdroj jako v případě Grafu 10	viz poznámku ke Grafu 10
	Podíl obyvatel v exekucích	podíl počtu fyzických osob s exekucí k 31.12.2021 dle Exekutorské komory ČR a počtu obyvatel s obvyklým pobytem v ORP dle otevřených dat SLDB 2021	
Graf 15: Souvislost mezi podílem obyvatel v exekuci a mírou umísťování dětí do státní péče	Podíl obyvatel v exekucích	stejný zdroj jako v případě Grafu 12	
	Podíl obyvatel v exekucích	stejný zdroj jako v případě Grafu 10	
Graf 17: Souvislost mezi vzdělávacím neúspěchem a mírou exekucí	Podíl obyvatel v exekucích	stejný zdroj jako v případě Grafu 12	
	Index vzdělávacího neúspěchu	vlastní výpočet z dat prezentovaných na Datapaq.cz	viz poznámku pod čarou č. 26
Graf 18: Vývoj ročních nákladů na státní péči o děti v ČR	Náklady na jednotlivé formy státní péče o děti	viz Přílohu 3	
Graf 19: Veřejné náklady na péči o jedno dítě za rok	Náklady na jednotlivé formy státní péče o děti	viz Přílohu 3	
Tabulka 2: Hodnoty indikátorů potřebnosti služeb typu SAS v krajích ČR	A. Dětí umístěných mimo rodinu (na tis. dětí, průměr 2018–2020)	stejný zdroj jako v případě Grafu 10	
	Indikátor A.: Dětí umístěných mimo rodinu (na tis. dětí) / hodnota za ČR (váha 40 %)	podíl hodnoty v daném kraji a hodnoty za celou ČR (13,4)	
	B. Podíl obyvatel v exekuci (2021)	stejný zdroj jako v případě Grafu 12	
	Indikátor B.: Podíl obyvatel v exekuci / hodnota za ČR (váha 35 %)	podíl hodnoty v daném kraji a hodnoty za celou ČR (6,21 %)	
	Indikátor C.: Index vzdělávacího neúspěchu (váha 25 %)	stejný zdroj jako v případě Grafu 14	
	Index potřebnosti služeb typu SAS	vážený průměr hodnot Indikátoru A (váha 40 %), Indikátoru B (váha 35 %), Indikátoru C (váha 25 %)	

Graf/Tabulka/Mapa	Indikátor	Zdroj dat	Poznámka
Tabulka 3: Porovnání základní sítě služeb SAS v krajích ČR s velikostí cílové skupiny SAS	Jaká část z dětí do 18 let spadá do cílové skupiny (CS) SAS?	vlastní výpočet: násobek hodnoty indexu potřebnosti služeb typu SAS a hodnoty 6 %	
	Dětí do 18 let s obvyklým pobytem v kraji	otevřená data SLDB 2021	
	Potenciální cílová skupina SAS (2 děti na rodinu)	vlastní výpočet: násobek hodnot v prvním a druhém sloupci tabulky vydělený hodnotou 2	
	Základní síť pro rok 2022 (úvazky)*	Základní sítě sociálních služeb jednotlivých krajů pro rok 2022, jak jsou dostupné na internetových stránkách jednotlivých krajů	Nepočítaje služby SAS pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením
	Rodin v cílové skupině SAS na 1 úvazek SAS	vlastní výpočet: podíl hodnot ve 3. a 4. sloupci tabulky	
	Počet úvazků při stejné dostupnosti SAS jako ve Zlínském kraji	vlastní výpočet: podíl hodnoty ve 3. sloupci a hodnoty 30 (počet rodin na 1 úvazek SAS ve Zlínském kraji)	
	Navýšení kapacit SAS pro dosažení stejné hodnoty jako ve Zlínském kraji	vlastní výpočet: rozdíl mezi hodnotou v 6. a 4. sloupci tabulky	
Graf 20: Počet dětí v potenciální cílové skupině SAS v přepočtu na jeden úvazek SAS	Počet dětí v potenciální cílové skupině SAS v přepočtu na jeden úvazek SAS	Tabulka 3	
Graf 21: Potenciálních dětských klientů azylových domů v přepočtu na 1 lůžko pro děti v azylových domech	Potenciálních dětských klientů azylových domů v přepočtu na 1 lůžko pro děti v azylových domech	Tabulka 4	
Tabulka 4: Porovnání kapacit azylových domů pro rodiny s dětmi v porovnání s velikostí potřebné populace	Dětí do 18 let s obvyklým pobytem v kraji	otevřená dat SLDB 2021	
	Přibližný počet dětí ohrožených ztrátou bydlení	vlastní analýza dat SILC 2021	aplikace definice ohrožení ztrátou bydlení prezentované ve Zprávě o vyloučení z bydlení 2021 na data SILC 2021
	Dětí v bytové nouzi	stejný jako v případě Grafu 1	
	Přibližná velikost potenciální cílové skupiny azylových domů	součet hodnot ve 2. a 3. sloupci Tabulky 4	
	Lůžka v azylových domech pro děti	vlastní šetření mezi všemi poskytovateli služby azylový dům, jejichž cílovou skupinou jsou děti do 18	realizováno na podzim 2021

	Potenciálních dětských klientů v přepočtu na 1 lůžko v AD	podíl hodnoty 4. a 5. sloupce	
	Lůžka pro rodiče	vlastní šetření mezi všemi poskytovateli služby azylový dům, jejichž cílovou skupinou jsou děti do 18	realizováno na podzim 2021
	Lůžka pro rodiče a děti celkem	vlastní šetření mezi všemi poskytovateli služby azylový dům, jejichž cílovou skupinou jsou děti do 18	realizováno na podzim 2021

Graf/Tabulka/Mapa	Indikátor	Zdroj dat	Poznámka
Graf 22: ORP podle důležitosti ambulance střediska výchovné péče z důvodu vysokého počtu dětí v ústavní péči a/nebo velké populace dětí s náročným chováním (stav na jaře 2023)	Počty ORP podle přítomnosti SVP a důležitosti otevření ambulance SVP	viz doprovodný text	počty ambulancí v SVP na základě analýzy výkazů Z35 (MŠMT)
Mapa 2: Důležitost ambulance SVP versus přítomnost ambulance SVP v ORP (stav na jaře 2023)	Počty ORP podle přítomnosti SVP a důležitosti otevření ambulance SVP	stejné jako u Grafu 19	
Graf 23: Potenciálních klientů NZDM v přepočtu na jeden úvazek NZDM	Potenciálních klientů NZDM v přepočtu na jeden úvazek NZDM	Tabulka 5	
Tabulka 5: Porovnání kapacit NZDM s odhadovanou velikostí potenciální cílové skupiny této služby	Úvazků v základní síti NZDM pro rok 2022	Základní sítě sociálních služeb jednotlivých krajů pro rok 2022, jak jsou dostupné na internetových stránkách jednotlivých krajů	
	Dětí ve věku 6 až 18 let	otevřená data SLDB 2021	
	Podíl obyvatel v exekuci	stejný jako v případě Grafu 12	
	Přibližný podíl dětí vyrůstajících v sociálně vyloučených lokalitách	Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR	vlastní analýza podkladových dat k této analýze
	Index pro predikci potenciální klientely NZDM	vlastní výpočet	průměr z: podílu obyvatel v exekucích oproti hodnotě za ČR a podílu dětí v SVL oproti hodnotě za ČR (např. pro kraj s 12 % obyvatel v exekucích a 6 % dětí v SVL je hodnota indexu: průměr z 12 % / 6 % tj. 2 a z 6 % / 2 % tj. 3, tedy průměr z 2 a 3, tj. 2,5
	Jaká část z dětí je potenciální klientelou NZDM?	násobek hodnoty v 5. sloupci Tabulky 5 (indexu) a hodnoty 7,5 %	
	Potenciální klientela NZDM	násobek hodnoty v 2. a 6. sloupci Tabulky 5	
	Potenciálních klientů na 1 úvazek NZDM	Podíl hodnot v 7. a 1. sloupci Tabulky 5	Přibližná velikost potenciální cílové skupiny azylových domů

Graf/Tabulka/Mapa	Indikátor	Zdroj dat	Poznámka
Tabulka 6: Porovnání kapacit rané péče s velikostí potenciální cílové skupiny v krajích ČR	Dětí do 7 let v kraji	otevřená data SLDB 2021	
	Dětí se zdravotním postižením do 7 let věku (3,12% ze všech)	násobek hodnoty v prvním sloupci Tabulky 6 a hodnoty 3,12 %	
	Úvazků v základní síti rané péče pro rok 2022	Základní sítě sociálních služeb jednotlivých krajů pro rok 2022, jak jsou dostupné na internetových stránkách jednotlivých krajů	
	Kapacita krajské sítě (22 rodin na 1 úvazek)	násobek hodnoty v 3. sloupci Tabulky 6 a hodnoty 22	
	Na jakou část z dětí do 7 let se zdravotním postižením postačuje kapacita krajské sítě	Podíl hodnoty v 4. a 2. sloupci Tabulky 6	
Graf 24: Jakou část z potenciální klientely rané péče má kapacitu podpořit základní síť rané péče v kraji?	Jakou část z potenciální klientely rané péče má kapacitu podpořit základní síť rané péče v kraji?	Tabulka 6	
Tabulka 7: Odlehčovací služby a služby osobní asistence s cílovou skupinou děti v krajích ČR	Možná dětská klientela odlehčovacích služeb a osobní asistence	násobek počtu dětí ve věku 3 až 18 let v kraji dle SLDB 2021 a hodnoty 3,12 %	
	Odlehčovacích služeb v kraji (s cílovou skupinou děti do 18 let)	Registr poskytovatelů sociálních služeb	
	Osobní asistence v kraji (s cílovou skupinou děti do 18 let)	Registr poskytovatelů sociálních služeb	
	Odlehčovacích služeb a služeb osobní asistence (s cílovou skupinou děti do 18 let)	Registr poskytovatelů sociálních služeb	

Příloha 2: Výskyt zanedbávání, špatného zacházení, náročného chování a zdravotního postižení

A. Výskyt zanedbávání a špatného zacházení

V souvislosti s výskytem zanedbávání a špatného zacházení v dětské populaci je nezbytné vzít na prvním místě v potaz, že případy zanedbávání nebo špatného zacházení, o kterých vědí státní úřady přestavují jen pomyslnou špičku ledovce. Odborná literatura identifikuje v souvislosti se zanedbáváním a zneužíváním pět úrovní pomyslného ledovce:

1) děti, které jsou nahlášeny policii jako chronicky zneužívané nebo zanedbávané,
2) děti, které jsou nahlášeny orgánům ochrany dětí a ty je uznají jako ohrožené děti, na které se zaměřuje veřejnoprávní ochrana dětí,
3) děti nahlášené orgánům ochrany dětí jinými odborníky, jako jsou lékaři, zdravotnický personál, školy či široká veřejnost,
4) děti, v jejichž případě zaznamenají zanedbávání či špatné zacházení sousedé, příbuzní či známí, ale orgány ochrany dětí nejsou upozorněny,
5) zneužívaní nebo zanedbávaní dětí, které nebylo nikým uznáno.[54]

Podíl dětí, které jsou hlášeny státním úřadům, je v případě některých forem zanedbávání a špatného zacházení velmi nízký. V případě týrání a sexuálního zneužívání se podle některých studií pohybuje pouze mezi 5 % a 10 %.[55]

Tato Zpráva proto primárně vychází, pokud jde o výskyt zanedbávání a špatného zacházení, ze studií prezentujících celoživotní prevalence (výskyt daných jevů v průběhu celého dětství) založené na retrospektivních výpovědích. Přestože má tento přístup svoje limity, odborníci se shodují na tom, že při dobré operacionalizaci traumatizujících zkušeností v dětství mohou být výsledky založené na studiích tohoto typu dostatečně validní.[56]

[54] Viz STOLTENBORGH, Marije, et al. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 2015, 24.1: 37–50. strana: 45.
[55] Viz GILBERT, Ruth, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 2009, 373.9657: 68–81.
[56] Viz STOLTENBORGH… op. cit, s. 46.

Pokud vyjdeme z jedné z nejrozsáhlejších studií tohoto typu realizované ve Spojeném království,[57] která se dotazovala na opakované zkušenosti zanedbávání a špatného zacházení do 16 let věku, ukáže se, že prevalence jednotlivých forem špatného zacházení a zanedbávání jsou následující:

1. fyzické týrání zažije 7 % dětí (6 % chlapců, 7 % dívek),
2. sexuální zneužívání 10 % dětí (6 % chlapců a 15 % dívek),
3. zanedbávání 16 % dětí, z toho vážné zanedbávání 6 %.

K obdobným hodnotám došla i celá řada dalších studií a jsou prezentovány v review včetně výše citované review v *Lancetu*.[58]

V této Zprávě je proto pracováno s těmito hodnotami výskytu zanedbávání a špatného zacházení.

Zahraniční studie přitom potvrzují předpoklad, se kterým se v této Zprávě taktéž pracuje, že výskyt zanedbávání je vyšší v případě dětí v rodinách v obtížné sociální situaci spadajících do nižších společenských tříd, s rodiči v méně kvalifikovaných profesích.[59]

B. Výskyt náročného chování

Určitou představu o výskytu náročného chování v dětské populaci je možné získat z prevalence psychiatrických diagnóz indikujících náročné chování. V souvislosti s náročným chováním je relevantní pracovat se dvěma hlavními kategoriemi psychiatrických diagnóz:

1. opozitní vzdorovitou poruchou, která se uplatňuje spíše jako diagnóza náročného chování v mladším dětství, kdy mezi projevy náročného chování zpravidla ještě nepatří rizikové chování objevující se v adolescenci,
2. a poruchou chování, v rámci jejíž diagnostiky patří mezi diagnostická kritéria právě různé projevy rizikového chování.

Tabulka 8 shrnuje výsledky zahraničních studií zaměřených na prevalenci opozitní vzdorovité poruchy a poruch chování u dětí a mládeže. Prezentuje procentuální podíly dětí, pro které platí, že splňují kritéria Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické společnosti pro tyto poruchy (nemusely je mít nutně diagnostikovány psychiatrem, šlo o splnění kritérií). Jak je zřejmé

[57] MAY-CHAHAL, Corinne; CAWSON, Pat. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 2005, 29.9: 969-984, strany 679–980
[58] Viz GILBERT…, op. cit.
[59] Viz MAY-CHAHAL… op. cit., GILBERT…, op. cit. a také BYWATERS, Paul, et al. *The relationship between poverty, child abuse and neglect: An evidence review.* York: Joseph Rowntree Foundation, 2016, pro osvětlení mechanismů působících mezi chudobou a zanedbáváním dětí.

z tabulky, mezi dětmi ve věku 5 až 15 let[60] je 3,5 až 5 % dětí, u nichž jsou naplněna diagnostická kritéria pro opozitní vzdorovitou poruchu nebo poruchy chování.

Tabulka 8: Prevalence psychiatrických diagnóz indikujících náročné chování

Věk dítěte	Celkem dětí splňujících kritéria pro psychiatrické diagnózy indikující náročné chování	Z toho porucha chování	Z toho opozitní vzdorovitá porucha
5 až 9 let	3,5 %	0,8 %	2,7 %
10 až 12 let	3,6 %	1,1 %	2,5 %
13 a 15 let	4,75 %	3,3 %	1,4 %

Zdroj: Vlastní zpracování dat prezentovaných v MAUGHAN, Barbara, et al. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2004, 45.3: 609-621, strany 615 a 621.

Pokud budeme předpokládat, že podíl dětí do 5 let věku splňujících diagnostická kritéria pro tyto psychiatrické diagnózy bude minimální, lze odhadovat, že kritéria těchto psychiatrických diagnóz budou naplněna v případě přibližně 3,5 % ze všech dětí do 18 let. Za předpokladu, že kritéria pro psychiatrické diagnózy opozitní vzdorovitá porucha a poruchy chování jsou naplněna v případě přibližně poloviny dětí s náročným chováním, lze odhadovat, že celkový výskyt náročného chování v dětské populaci bude přibližně 7 %. Současně, jak bylo uvedeno v kapitole I, z analýzy dat reprezentativního vzorku 10 tisíc dětí ve věku 5 až 15 let ze Spojeného království vyplynulo, že prevalence náročného chování se pohybuje mezi 5 % a 10 %.[61] Uplatnění střední hodnoty mezi 5 a 10 % (tedy 7,5 %) jako primární hodnoty odhadu prevalence náročného chování v dětské populaci v této Zprávě lze považovat ve světle výše prezentovaných dat jako odůvodněné.

Současně platí, že napříč touto Zprávou aplikovaný předpoklad, že výskyt náročného chování je vyšší v případě dětí z rodin s nižším socioekonomickým statusem, potvrzují jak existující výzkumy,[62] tak analýza dat z výkazů o výkonu sociálně-právní ochrany dětí. Počet klientů řešených kurátory pro děti a mládež kvůli trestné činnosti, přestupkům a výchovným problémům v jednotlivých správních obvodech obcí s rozšířenou působností (ORP) poměrně silně souvisí s výskytem sociálních problémů v ORP.[63] A na silnou souvislost mezi prostředím, v němž dítě vyrůstá, zejména jeho rodinou, a výskytem náročného chování poukazuje i

[60] Pro ostatní věkové kategorie nebyla v daných studiích data.
[61] BAKER, Karen. Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 2013, 23.1: 24–29.
[62] Tamtéž.
[63] Například podíl obyvatel v exekucích vysvětluje 45 % z variace v počtu klientů řešených kurátory pro děti a mládež z výše uvedených důvodů přepočteném na tisíc dětí ve věku 6 až 18 let v ORP.

Metodické doporučení České školní inspekce Přístupy k náročnému chování dětí a žáků a možnosti jeho řešení.

C. Výskyt zdravotního postižení

Jednou z možností, jak postupovat v rámci kvantifikace počtu dětí se zdravotním postižením v ČR, je vyjít z počtu dětí pobírajících příspěvek na péči. Příspěvků na péči dětem do 18 let bylo vyplaceno v roce 2021 celkem 31 900 (dle Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2021.[64]) Limitem tohoto přístupu je nicméně mimo jiné to, že příspěvek na péči pravděpodobně nečerpají všechny děti, které na něj mají nárok. Přestože příspěvek mohou čerpat děti od 1 roku, čerpání příspěvku dětmi do 7 let věku je nízké.[65] Užitečnost příspěvku na péči jako indikátoru zdravotního postižení současně limituje skutečnost, že v rámci posuzování stupně závislosti při posuzování nároku na příspěvek na péči osoby se hodnotí pouze schopnost zvládat základní životní potřeby v každodenním životě (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let). Nehodnotí se např. schopnosti v oblasti vzdělávání, možnost uplatnění na trhu práce a další oblasti života.

Proto je vhodnějším přístupem ke kvantifikaci rozsahu zdravotního postižení vyjít ze školské statistiky, která eviduje i zdravotní postižení, která nemusejí implikovat závislost na péči opravňující vznik nároku na příspěvek na péči, ale představují znevýhodnění dítěte a zátěž pro rodinný systém z jiných důvodů. A v rámci této Zprávy je uplatněn přístup ke kvantifikaci zdravotního postižení v dětské populaci založený na školské statistice, nikoli statistika vyplacených příspěvků na péči.

[64] Viz: Statistickou ročenku z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2021. Důvodem, proč je tato hodnota je výrazně nižší než počet dětí se zdravotním postižením založený na školské statistice, je jednak to, že míra čerpání příspěvku na péči je nízká, zejména mezi dětmi do 7 let, jak je zřejmé z metodiky Analýza potřebnosti rané péče, dále skutečnost, že v rámci školské statistiky jsou za děti se zdravotním postižením počítány i děti s méně závažnými formami postižení (např. lehčím mentálním postižením), které nemusejí být dostatečně závislé na péči, aby měly nárok na příspěvek na péči.

[65] Viz metodiku Analýza potřebnosti rané péče.

Příloha 3: Kalkulace nákladů na péči o ohrožené děti v ČR

Přibližná výše veřejných výdajů na zajištění ústavní péče o děti byla primárně založena na údaji prezentovaném ve zprávě Investice do dětí, která prezentuje veřejné náklady na ústavní péči o děti v roce (to činily 4 448 mil. Kč). Jelikož financování veřejných zařízení náhradní péče o děti je zpravidla primárně nastaveno tak, že každoročně dochází k navýšení rozpočtu přibližně o hodnotu inflace, která se mezi lety 2013 a 2021 pohybovala kolem 2 % ročně, byly přibližné náklady na ústavní péči v roce 2013 vypočteny jako 90 % hodnoty z roku 2017 a náklady v roce 2022 jako 110 % hodnoty z roku 2017.[66]

Prezentované celkové veřejné výdaje na náhradní rodinnou péči byly primárně vypočteny z dat prezentovaných v Informaci o vyplacených dávkách zveřejňované MPSV[67] ve Zprávách o činnosti Úřadu práce České republiky za roky 2013 a za rok 2021.[68] Do nákladů byly zahrnuty odvody a pojistné, které stát hradí nepříbuzenským pěstounům.[69]

Při výpočtu jednotkových nákladů jednotlivých forem péče o ohrožené děti bylo v případě ústavní péče opět primárně vycházeno z výzkumné zprávy Investice do dětí s tím, že částky byly navýšeny stejně jako v případě celkových výdajů.[70] V případě (školských) dětských domovů byla provedena komplexní aktualizace dat. Z Monitoru státní pokladny[71] byly převzaty výnosy zařízení z transferů v roce 2022 všech 99 veřejných dětských domovů, které současně neposkytují jiné služby (školu, ZDVOP ad.),[72] a tato částka byla vydělena průměrným denním stavem dětí v evidenci zařízení v roce 2022[73] přičemž bylo zohledněno navýšení republikového normativu na rodinnou skupinu v dětském domově ze strany MŠMT pro rok 2023.[74]

[66] Výdaje na ústavní péči v roce 2023 budou pravděpodobně navýšeny (oproti roku 2022) o vyšší hodnotu než 2 % s ohledem na výrazně vyšší inflaci.
[67] Konkrétně byla využita informace o vyplacených dávkách v prosinci 2013, protože obsahuje údaj o vyplacených dávkách za celý rok 2013, a stejná informace z prosince 2022 obsahující výdaje za rok 2022.
[68] Ta obsahuje informace o částce vyplacené na státní příspěvky na výkon pěstounské péče. Při výpočtu výdajů na státní příspěvky na výkon pěstounské péče za rok 2022, které ještě nebyly k dispozici, bylo pracováno s výdaji za rok 2021 a zohledněno navýšení státního příspěvku na výkon pěstounské péče od ledna 2022 (z 48 na 54 tis. Kč ročně).
[69] U výdajů za rok 2013 byly zahrnuty v případě všech pěstounů, protože v té době je stát hradil u všech pěstounů.
[70] S výjimkou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, kde státní příspěvek na péči o jedno dítě specifikuje Zákon č. 359/1999 Sb.
[71] Aplikace provozovaná Ministerstvem financí, která obsahuje (mimo jiné) účetní závěrky všech veřejných dětských domovů.
[72] Finanční data za dětské domovy, které současně poskytují jiné služby, by byla nevypovídající.
[73] Kalkulováno na základě hodnoty uvedené zařízeními v řádku 0415 ve výkazu MŠMT Z-14-01 (dny strávené dětmi v zařízení) dělenou 365 (počet dní v roce).
[74] Pro rok 2022 činil normativ 3 3343 826 Kč na rodinnou skupinu pro rok 2023 byl navýšen na 3 510 263 Kč.

Hodnota prezentovaná v Grafu 19 (719 tis. Kč na dítě/rok) tedy poskytuje velmi přesnou představu o tom, kolik stojí veřejné rozpočty pobyt jednoho dítěte v dětském domově na rok.[75]

Při kalkulaci nákladů na pěstounskou péči byly zohledněny výše příspěvků a odměn účinné od roku 2022, respektive výše minimální mzdy a životního minima pro rok 2023, na které jsou příspěvky a odměny pěstounů navázané. Stejně jako u celkových nákladů na pěstounskou péči bylo počítáno v případě nepříbuzenské péče s odvody a pojistným.

Náklady na sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS) byly vypočteny následovně: celkové osobní náklady na jeden úvazek v přímé práci byly kalkulovány jako 12násobek mediánu mzdy sociálního pracovníka v mzdové sféře dle ISPV (33 500) navýšený o povinné odvody. K tomu bylo v souladu s Kritérii výpočtu optimálních nákladů sociálních služeb Pardubického kraje připočteno 30 % režijních nákladů a 25 % na osobní náklady nepřímé péče.

Při průměrných 11 rodinách na úvazek a 2,5 dítěte na rodinu ve službách SAS,[76] vychází náklad na jedno dítě v případě služeb SAS na necelých 32 tisíc Kč ročně (tato hodnota je v Grafu 16 prezentována jako SAS ve standardním režimu).

Náklady na SAS v intenzivním režimu (dvakrát intenzivnější spolupráci s rodinou, než je obvyklé) činí 64 tisíc Kč ročně na jedno dítě.

[75] Jak díky skutečnosti, že byla poprvé provedena kalkulace nákladnosti péče v dětských domovech založená na počtu dní strávených dětmi v evidenci zařízení (nikoli na stavu k určitému datu, což může být zkreslující), tak díky domu, že do analýzy bylo zahrnuto 99 dětských domovů všech velikostních kategorií ze všech krajů ČR, v kterých bylo 74 % ze všech dětí pobývajících v dětských domovech v roce 2022.

[76] Hodnoty, které vyplynuly z reprezentativního šetření mezi SAS v roce 2021. Viz Podpora ohrožených dětí v České republice, op. cit.

Autoři a přispěvatelé

Za MŠMT:

Jan Klusáček, analytik Odboru řízení a podpory regionálního školství

Za Nadaci J&T:

Barbora Křižanová

8000DŮVODŮ

MŠMT