rilsa

Budoucí dostupnost, potřeby a možnosti financování sociálních služeb scoping review

2025

Budoucí dostupnost, potřeby a možnosti financování sociálních služeb scoping review

David Kocman

Magdaléna Jozová

Jiří Zeman

Jakub Šlajs

Pavlína Pospíšilová

Denisa Kotenová

Praha, RILSA

2025

Tento výsledek byl finančně podpořen z institucionální podpory na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné organizace na léta 2023–2027 a je součástí výzkumného úkolu „*Budoucí dostupnost, kapacita a potřebnost sociálních služeb a jejich financování*“ (IP70403), řešeného Výzkumným institutem práce a sociálních věcí, v. v. i., v letech 2024–2025.

Toto dílo podléhá licenci Creative Commons Uveďte původ 4.0 Mezinárodní veřejná licence (http://www.creativecommons.org/licenses/by/4.0).

Vydal Výzkumný institut práce a sociálních věcí, v. v. i.
Jeruzalémská 1283/9, Praha 1, 110 00
Vyšlo v roce 2025, 1. vydání, počet stran 93
Tisk: RILSA

https://www.rilsa.cz

Abstrakt

Otázky potřeb, dostupnosti a financování sociálních služeb patří mezi klíčové otázky politiky rozvoj sociální služeb a dlouhodobé péče. Za uplynulých 10 let se nashromáždil značný objem evidence, výzkumů a analýz, které na otázky odpovídají. Chybí však systematický souhrn dosavadního poznání. Cílem této zprávy je proto provést systematickou syntézu evidence a zasadit ji do kontextu mezinárodních debat. Zpráva nejprve ukazuje, co korpus evidence říká o dostupnosti, následně o potřebách a jejich zjišťování a nakonec o možnostech financování. Syntéza zjišťuje limity současného vědění. Běžně používané metody kalkulace aktuální a budoucí dostupnosti konzervují stávající vybavenost a nereflektují vazbu „běžného" k „žádoucímu", tj. k míře potřeb a jejímu uspokojení. Většina evidence týkající se „potřeb" nehovoří o potřebách osob, jak jim rozumí sociální práce. Typicky se velikosti cílových skupin zaměňují za míru potřebnosti, avšak výpočty a odhady zůstávají na úrovni dílčích kalkulací. Konsenzus se omezuje na obecné teze o růstu potřeb a nákladů. Často zdůrazňovaná neudržitelnost financování sociálních služeb z veřejných rozpočtů se spíše předpokládá než dokládá. Evidence neobsahuje vyvážené a vícedimenzionální výhledy ani relativní srovnání s ostatními doménami veřejných služeb. Apelace na zapojení soukromých zdrojů postrádají vyhodnocení rizik i propojení s aktuální zahraniční zkušeností. Finanční analýzy se v kontextu srovnání individualizované a ústavní péče omezují na kalkulaci jednotkové nákladovosti bez srovnání nákladů a účinnosti a dopadů.

Klíčová slova: syntéza evidence; sociální služby; potřeby; dostupnost; nákladovost péče; Česká republika

Abstract

In the past decade, a large analytical body has been accumulated in Czechia, evidencing current needs and future demand in social care and social services as well as estimating associated costs. This scoping review provides a critical synthesis of what is known and identifies the gaps in evidence. It lists seven distinctive approaches to calculating demand and unmet need and four specific meanings of the notion of need. It shows how calculations are highly method-dependent and little consensus is achieved beyond high-level claims of expected growth in demand and cost. Economic analysis has been limited to unit cost calculation and has yet to adopt the gold standard of cost-effectiveness analysis. The scoping review concludes with policy and research development suggestions.

Key words: social care demand; unmet needs; economic analysis; cost of individualisation; critical evidence synthesis; Czech Republic

Obsah

Úvod ... 5

1. Metodologie ... 6

2. Zjištění ... 13
2.1 Dostupnost sociálních služeb ... 13
2.1.1 Přístupy k měření dostupnosti ... 13
2.1.2 Popis a vyhodnocení jednotlivých přístupů k měření dostupnosti ... 15
2.1.3 Optimalizace kapacit a sítí služeb ... 27
2.1.4 Limity evidence z pohledu zadávání sociálních služeb ... 30
2.2 Potřeby a jejich zjišťování ... 30
2.2.1 Variabilita konceptu „potřeb“ ... 30
2.2.2 Metodologie zjišťování potřeb ... 33
2.2.3 Limity evidence z pohledu zadávání sociálních služeb ... 36
2.3 Možnosti financování sociálních služeb ... 37
2.3.1 Zvyšování výdajů na sociální služby – dosavadní trend a budoucí nároky ... 38
2.3.2 Možnosti a zdroje financování ... 40
2.3.3 Příspěvek na péči a jeho možné budoucnosti ... 45
2.3.4 Debata o nákladovosti v kontextu individualizace péče ... 51
2.3.5 Limity evidence z pohledu zadávání sociálních služeb ... 56

3. Souhrn zjištění a co z toho plyne pro *policy* ... 60
3.1 Souhrn zjištění ... 60
3.2 Implikace pro *policy* ... 62

Závěr ... 63

Literatura ... 65

Příloha ... 76

Úvod

Otázky potřeb, dostupnosti a financování sociálních služeb patří mezi klíčové otázky sociální politiky a dlouhodobé péče. Věnuje se jim také odpovídající množství studií. Za uplynulých 10 let se nashromáždil značný objem evidence, výzkumů a analýz, které na otázky dostupnosti a financování odpovídají. S každou novou studií se přitom zvyšuje členitost, různorodost a fragmentace celého vědního pole: k dispozici jsou jednotlivé dílčí závěry, ale chybí systematický souhrn poznání o tom, co se ví (a co se neví), a meta-analytické závěry o dostupnosti a rozvojových nárocích.

Cílem této zprávy je proto (1) provést systematickou syntézu domácího poznání a (2) zasadit ji analyticky do kontextu mezinárodních debat.

Syntézou evidence se v této studii myslí systematické vyhledávání relevantních, již existujících zdrojů (studií a analýz), jejich vyhodnocení a integrace poznatků s cílem odpovědět na konkrétní otázky (Gough et al., 2017; Peters & McInerney, 2020) o budoucí dostupnosti, potřebách a možnostech financování sociálních služeb. Otázky v tomto případě klade zadavatel, Ministerstvo práce a sociálních věcí, v rámci přípravy Národní strategii rozvoje sociálních služeb pro období 2026–2035. Syntéza využívá „rychlého vyhodnocení“ dosavadních poznatků (Thomas et al., 2013) prostřednictvím metody *scoping review* (Klerings et al., 2023), která umožňuje zmapovat rozsah evidence a kriticky vyhodnotit její povahu, včetně slabých stránek a bílých míst.

Následující kapitola Metodologie detailně popisuje celý proces tvorby syntézy. Třetí kapitola pak postupně představuje zjištění k jednotlivým tématům: nejprve ukazuje, co korpus evidence říká o dostupnosti, následně o potřebách a jejich zjišťování a nakonec o možnostech financování.

Místo závěru zavítáme na nedávno uspořádanou konferenci k individualizované podpoře, abychom zjištění o publikované evidenci porovnali s aktuální debatou *policy* aktérů a jejich pojetím témat dostupnosti a financování sociálních služeb.

1. Metodologie

Zpráva provádí syntézu evidence, tedy systematické vyhledávání relevantních již existujících zdrojů (studií a analýz), které umožní odpovědět na specifické otázky. Volba konkrétní metody *scoping review* se odvíjela od specifických podmínek výzkumu (zejm. relativně krátký časový rámec a nízká dostupnost vyhledávaných zdrojů) a především od povahy výzkumných otázek. Některé kroky syntézy byly nastavené efektivně s ohledem na čas, což však nemá vést k nižším nárokům na kvalitu systematického vyhledávání (Hamel et al., 2021). *Scoping review* umožňuje zmapovat rozsah a povahu sledovaného předmětu zájmu a to napříč různorodými zdroji evidence (Munn et al., 2018; Page et al., 2020), což zejména v Česku odpovídá situaci, kdy velká část evidence pochází z oblasti tzv. „šedé literatury" (Adams et al., 2016; Arksey & O'Malley, 2005), tedy literatury zveřejňované mimo publikační mechanismy akademických nakladatelství a navazujících akademických databází. Na rozdíl od klasické systematické rešerše není cílem prokázat, jak silnou má intervence nebo model důkazní základnu (Munn et al., 2018). Výhodou *scoping review* je spíše možnost získat přehled o hustotě a kvalitě evidence k vybranému problému a následně podpořit ideaci dalšího výzkumu tím, že se identifikují mezery či nesrovnalosti v dosavadním poznání (DfID, 2019). Jinými slovy, *scoping review* nám v případě naší studie umožňuje komplexně zmapovat, jak k dostupnosti a financování sociálních služeb přistupuje korpus evidence, co se o nich ví, jak se o nich pojednává a případně jaká je v rámci témat shoda.

Předkládaná zpráva odpovídá na dvě hlavní výzkumné otázky a soubor podotázek (box č. 1), stanovených zadavatelem (MPSV).

Box č. 1 **Výzkumné otázky pro syntézu evidence**

O1: Jaká se předpokládá dostupnost, kapacita a potřebnost sociálních služeb do roku 2035?

- O1a. včetně toho, zda a jakým způsobem je v ostatních zemích řešeno určení „normativního" zastoupení sociálních služeb

O2: Jaké jsou možnosti finančního zajištění soc. služeb v ČR do roku 2035?

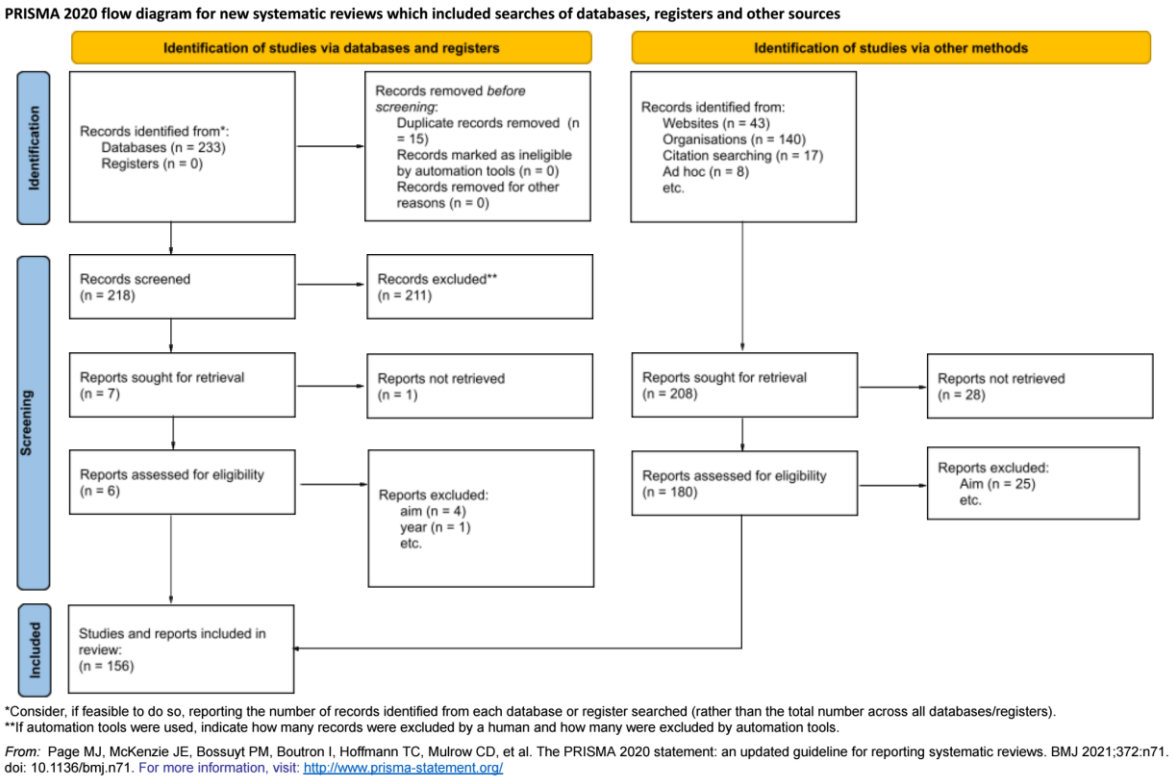
- O2a. při srovnání systémů financování soc. služeb v jiných zemích a s důrazem na finanční zdroje mimo rozpočet státních institucí
- O2b. se zohledněním stárnutí populace (v oblasti dlouhodobé péče o seniory)
- O2c. se zohledněním deinstitucionalizace sociálních služeb (v oblasti služeb sociální péče pro děti a dospělé se zdravotním znevýhodněním)
- O2d. se zohledněním nákladů na péči v domácím prostředí a v instituci (zařízení soc. služeb)

V návaznosti na výzkumné otázky jsme stanovili jednoduchá kritéria pro zařazení do korpusu, který slouží jako souhrn veškerých zdrojů pro zodpovězení výzkumných otázek (tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 **Kritéria zařazení studie do korpusu evidence**

Název kritéria	Kritérium zařazení	Kritérium vyřazení
Geografická relevance	zdroje se týkají České republiky jako celku nebo jednotlivých krajů	zdroje zaměřené na menší regiony (obce, SO ORP, MAS, MČ) nebo na zahraniční regiony
Časová relevance	zdroje byly publikovány v roce 2013 a později	zdroje vydané v roce 2012 a dříve
Tematická relevance	výzkumné otázky se týkají dostupnosti a/nebo potřeb(nosti) a/nebo kapacit a/nebo financování sociálních služeb v současnosti a/nebo v budoucnosti	jiná (byť těsně související) témata než financování sociálních služeb, dostupnost sociálních služeb nebo budoucí potřebnost a kapacity

Diagram č. 1 **Postup při vyhledávání a screeningu podle protokolu PRISMA-ScR**



Pro zajištění konzistence a srozumitelnosti a současně minimalizaci zkreslení při screeningu existujících studií využíváme aktuální verzi protokolu PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) pro systematické rešerše. Pro *scoping review* se jedná o extenzi PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018; Page et al., 2020). Diagram postupu (diagram č. 1) vizualizuje proces identifikace a screeningu evidence, zejména počet nalezených studií, počet zahrnutých a vyřazených zdrojů na základě kritérií relevance a konečný počet zahrnutých studií do následné analýzy.

Pro vyhledávání byl následně stanoven soubor klíčových slov a jejich kombinací (box č. 2).

Box č. 2 **Klíčová slova pro vyhledávání evidence**

„Sociální služby“

„Budoucí“ / „potřeby“ / „sociální služby“

„Dostupnost sociálních služeb“

„Deinstitucionalizace“

„Dlouhodobá péče“

„Financování“ / „sociální služby“

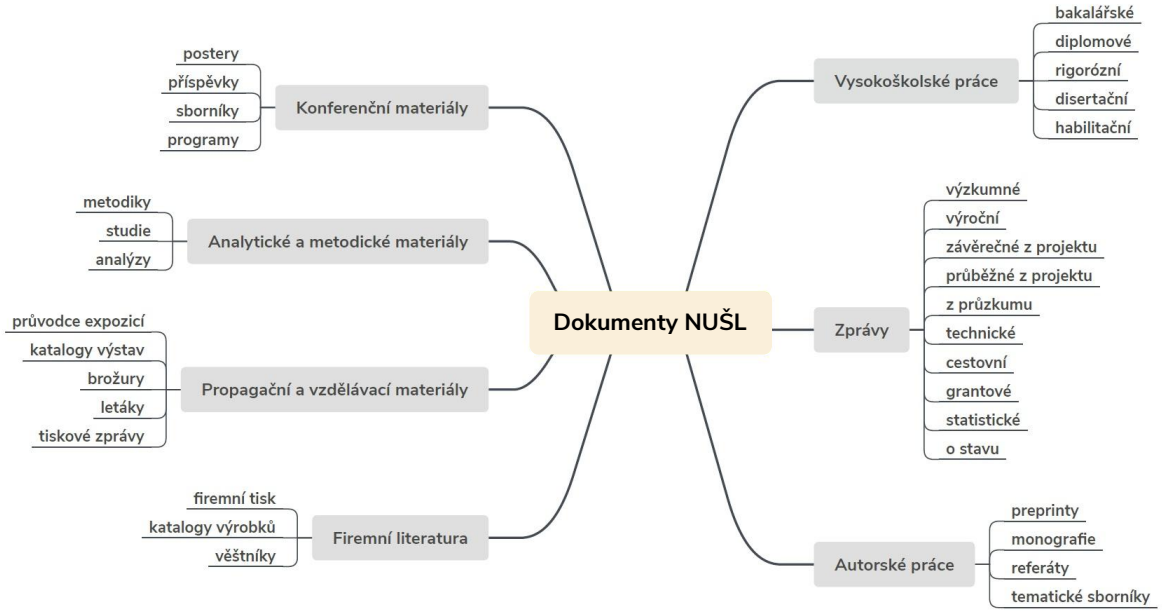
První strategii, vyhledávání v akademických databázích, shrnuje v diagramu č. 1 sloupec vlevo (*Identification of studies via databases and registers*). Pro vyhledávání jsme využili nástroj *One Search*, fulltextový vyhledávač, který vyhledává napříč jednotlivými databázemi. Jedná se o efektivnější a časově úspornější postup, než postupné vyhledávání v jednotlivých akademických databázích. Vyhledávání dle klíčových slov (v českém a anglickém jazyce) nám poskytlo 233 studií, z nichž 15 bylo duplicitních. Do screeningu tak bylo zařazeno 218 studií.

Screening studií byl provedený podle názvu a abstraktu. Na jeho základě bylo vyřazeno 211 studií, které nesplňovaly kritéria relevance. Do detailnějšího screeningu bylo zařazeno 7 studií, které byly považovány za potenciálně relevantní. Pro nedostupnost byla vyřazena 1 studie. V následujícím kroku byly studie podrobené detailní validaci, která zahrnovala seznámení se s obsahem celých textů či jejich klíčových částí. Následně byly vyřazené 4 studie na základě tematické relevance a 1 studie na základě roku vydání. Finálně tak byla do korpusu z akademických databází zahrnuta jedna studie.

Druhou vyhledávací strategii přibližuje v diagramu č. 1 sloupec vpravo (*Identification of studies via other methods*). Identifikace a screening studií byly prováděné v oblasti tzv. „šedé literatury“ (Adams et al., 2016), tedy studií zveřejněných mimo akademické databáze, které obsahují recenzované

a renomované zdroje, zaručují spolehlivost a důvěryhodnost dostupných informací a umožňují efektivní vyhledávání pomocí klíčových slov, filtrů a booleovských operátorů. Identifikace a screening evidence v „šedé literatuře“, jejíž základní typologii ukazuje diagram č. 2, jsou tak časově náročnější, méně kontrolované a vystavené větší míře náhodnosti.

Diagram č. 2 **Typologie šedé literatury podle „Národního úložiště šedé literatury“**



Zdroj: NUŠL (2016)

Pro navigaci „šedou literaturou“ v otázkách potřeb/nosti, dostupnosti a možností financování sociálních služeb jsme sestavili a průběžně aktualizovali seznam institucí, organizací a lokálních databází (tabulka č. 2).

Svébytnou součástí strategie je dohledávání evidence v referencích již získaných studií a praktická nutnost akceptovat nahodilé a ad hoc získané zdroje evidence.

V řadě případů nebylo možné použít vyhledávání podle klíčových slov a screeningem musel projít kompletní výčet textů a dokumentů dané instituce, organizace, lokální databáze či archivu čísel místního časopisu. V takových případech byl screening provedený na základě názvů a klíčová slova byla ve studiích vyhledávaná mechanicky. Celkem prošlo screeningem „šedé literatury“ více než 6 000 textů.

Tabulka č. 2 **Oblasti screeningu šedé literatury a seznam lokalit vyhledávání**

Výzkumné, vzdělávací a konzultační agentury	Veřejné instituce – metodické a výzkumné	Odborné časopisy (nezařazené v mezinárodních databázích)	Střešní organizace a poskytovatelé služeb
ACCENDO **AUGUR** **INESAN** **JOB o.s.** **Ernst a Young** **SocioFactor** **Institut sociální práce** **Delloitte** **QUIP** **Instand** **Tudytam**	MPSV Krajské úřady Výzkumný institut práce a sociálních věcí TA ČR Ostravská univerzita FSS MUNI FF UK FSV UK ÚSP UHK Caritas – VOŠ Portál Thesis – disertační práce Agentura pro sociální začleňování	Fórum sociální politiky Fórum sociální práce Sociální práce / Sociálna práca Sociální služby Veřejná správa a sociální politika Hradecké dny – sborníky z konference Sociální politika – sborníky z konference	Asociace poskytovatelů sociálních služeb Aliance pro individualizovanou podporu Diakonie – Institut důstojného stárnutí Nautis

Screening a systematizace korpusu byla provedena ve třech iteracích. První probíhala od poloviny listopadu 2024 do konce ledna 2025. Identifikaci a screening prováděla MJ, nastavení kritérií a revizi výsledků vyhledávání připravili společně DK a MJ. Týmově také průběžně diskutovali a upravovali vyhledávací strategii, zejména v oblasti šedé literatury. Druhá iterace proběhla od ledna do února a třetí, realizovaná již v autorském týmu DK, JZ, JŠ, PP a DKot, skončila v polovině dubna a překrývala se tak časově s analýzou korpusu evidence (box č. 3).

Box č. 3 **Fáze realizace syntézy evidence**

Fáze 1 listopad 2024 – duben 2025

- 1. iterace vyhledávání a screening zdrojů podle protokolu PRISMA-ScR;
- kompletace první verze korpusu evidence;
- 2. iterace vyhledávání a screeningu zdrojů a doplnění korpusu evidence v oblasti „šedé literatury“;
- 3. iterace prostřednictvím šestičlenného autorského týmu a finalizace korpusu evidence.

Fáze 2 únor 2025 – červen 2025

- série pěti konsenzuálních, tematicky zaměřených workshopů;
- identifikace evidence mimo korpus, obsažené ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb;
- týmová validizace a interpretace evidence zaměřená na silné a slabé stránky.

Fáze 3 duben–červen 2025

- rešerše zahraniční literatury a příprava podkladů pro konsenzuální workshopy;
- zhodnocení debaty v mezinárodním kontextu;
- příprava finálního výstupu.

Z prohledávaných zdrojů bylo nakonec identifikováno celkem 207 zdrojů, které byly vybrány na základě výše uvedených kombinací klíčových slov v názvech dokumentů. Tyto zdroje byly identifikovány z webových stránek (43), z organizací a institucí (140), z referencí literatury již relevantních zdrojů (17) a zdroje ad hoc přidané v průběhu druhé fáze tvoření korpusu (7). Těchto 208 relevantních zdrojů šedé literatury pak bylo podrobeno dalšímu screeningu. V první řadě se sledovala fyzická dostupnost. V této fázi jsme pro nedostupnost vyřadili 28 zdrojů. Zbylých 180 zdrojů bylo podrobeno bližšímu screeningu, v tomto kroku jsme se seznámili s obsahem textů, pročetli jsme klíčové pasáže a následně jsme vyřadili 25 zdrojů na základě kritéria tematické relevance. Výsledný počet zařazených zdrojů „šedé literatury“ je 155, společně s evidencí získanou vyhledáváním v akademických databázích tvoří výsledný korpus 156 zdrojů (viz diagram č. 1).

Základ pro finální korpus zdrojů položila první iterace, která po svém skončení obsahovala 93 zdrojů. Během druhé iterace jsme na základě vyřazovacích kritérií 4 studie z korpusu ještě dodatečně vyřadili a naopak 45 zdrojů do korpusu přibylo. V třetí a finální iteraci jsme zařadili ještě 21 zdrojů.

Cílem fáze 2 bylo vytvořit konsenzuální syntézu evidence a její interpretaci sdílenou různorodým autorským kolektivem. Za tím účelem byly uspořádáno pět konsenzuálních workshopů, zaměřených na jednotlivá témata výzkumného zadání, které se věnovaly silným a slabým stránkám evidence. Oproti dříve uplatněnému formátu „konsenzuální konference“ (MPSV, 2013; Potůček, 2020) byl formát konsenzuálního workshopu zjednodušený a nezahrnoval panel oponentů, který by deliberoval přeložené pozice. Místo toho jsme rozšířili autorský tým o 4 „experty ze zkušenosti“ (srov. Horgan et al., 2020; van Dijck & Steen, 2024). V kontextu české sociální politiky jsou aktuálně takovými experty ze zkušenosti v oblasti zjišťování potřeb, měření dostupnosti a financování sociálních služeb zejména krajští zadavatelé sociálních služeb, tj. správci a plánovači sítí sociálních služeb, jejichž aktivity od spojení financování a plánování sociálních služeb na úrovni krajů v roce 2015 získávají postupně svébytný profesní status.

Doplňkovou interpretativní strategií bylo využití *critical interpretive synthesis* (Dixon-Woods et al., 2006), aplikované v tomto *scoping review* jako *„specifický přístup k vyhodnocování kvality evidence pomocí konceptu relevance, tedy potenciálního přínosu pro rozvoj teorie, spíše než metodologických vlastností, které by určovaly kvalitu jednotlivých studií“* (Barnett-Page & Thomas, 2009, 59).

Limit předkládané studie se odvozuje zejména od povahy „šedé literatury“ a vyhledávání zdrojů v ní, kdy i přes systematizaci a tři iterace vyhledávání je možné, že některé důležité zdroje nebyly identifikované. Široký autorský kolektiv sloužil také jako nástroj jak zmírňovat dopady tohoto limitu.

2. Zjištění

Tato kapitola představuje hlavní zjištění systematické rešerše. Je členěna na tři podkapitoly, nejprve se věnuje otázce, jak je v korpusu evidence zpracováno téma dostupnosti sociálních služeb (podkap. 3.1), následují zjištění ohledně potřeb(nosti) (podkap. 3.2) a konečně zjištění týkající se toho, jak korpus evidence řeší možnosti financování sociálních služeb. Každou z podkapitol uzavírá oddíl věnovaný slabým stránkám a bílým místům evidence vztahující se k danému tématu, uchopených z pohledu zadavatele sociálních služeb.

2.1 Dostupnost sociálních služeb

2.1.1 Přístupy k měření dostupnosti

Tato podkapitola mapuje a vyhodnocuje přístupy k měření dostupnosti sociálních služeb s cílem porozumět konstrukci jednotlivých přístupů a provést jejich uspořádání. Často totiž platí, že rozumět evidenci a konkrétním výstupům předpokládá rozumět tomu, jak taková studie přistupuje k měření a jaké jsou přínosy a limity konkrétního přístupu.

Dostupnost je vícevýznamový termín a různí autoři se snaží o jeho systematizaci (srov. Úlehla, 2008; Pilát, 2015). Z pohledu zadávání sociálních služeb je praktické rozlišovat především dvě kategorie dostupnosti: místní dostupnost (ve smyslu vybavenost) coby přítomnost kapacit v území a finanční dostupnost coby výsledek rozdílu mezi výší požadovaných úhrad za péči a finančními zdroji uživatele, včetně příspěvku na péči.[1]

V této podkapitole se věnujeme „místní dostupnosti“ (k finanční dostupnosti viz podkap. 3.3). Místní dostupnost má v korpusu evidence různé odstíny analytické hloubky. Nejjednodušším je sledování prosté přítomnosti či nepřítomnosti konkrétní sociální služby v území (např. obce nebo kraje), kdy se s dostupností zachází jako s binární proměnnou, která má pouze dva znaky: sociální služba je či není v území zastoupena. V tomto pojetí dostupnosti není předmětem zjišťování, nakolik jsou kapacity sociální služby dostatečné a zda pokrývají zjištěné potřeby osob, prostá přítomnost může být chápaná tak, že je služba dostupná. Komplikovanější variantou přístupu k místní dostupnosti je sledování toho (1) zda a/nebo (2) nakolik jsou služby v území kapacitně (ne)dostatečné. V takovém rámci se již dostupnost řeší ve vazbě na míru potřeb v území, nikoliv prostou přítomnost služby v území.

---

[1] Mezi další aspekty (ne)dostupnosti patří například časová dostupnost, která byla v uplynulém desetiletí jedním z témat v projektech transformace pečovatelské služby (srov. Čtvrtníková et al., 2018).

V korpusu evidence je možné identifikovat sedm přístupů k měření dostupnosti sociálních služeb (tabulka č. 3).

Tabulka č. 3 **Přístupy k měření dostupnosti sociálních služeb v ČR**

Přístup	1. Demografické projekce	2. Epidemiologie a expertní konsenzus	3. Dotazníkové šetření	4. Variabilita kapacit v území	5. Součet odmítnutých zájemců	6. Agregace individuálních potřeb	7. Služba, spádovost, síť
Klíčové koncepty	podíl kapacit na populaci Demografická křivka Budoucí dostupnost	mezera v pokrytí potřeb Podíl kapacit na populaci Optimální dostupnost (kapacit na populaci)	vnímaná nedostupnost	variabilita Podíl kapacit na populaci Běžná dostupnost Referenční hodnoty	počet odmítnutých zájemců (indikace mezery v pokrytí potřeb)	objem potřebné podpory Garantovaná kapacita přímého výkonu	optimální dostupnost (kapacit na populaci)
Příklady	Horecký & Průša, 2019; Hon, 2021; IPR, 2023	Petruželka et al., 2022; Hanzlík & Petruželka, 2021	Péče bez překážek 2019, 2021	Mikula et al., 2024; Soukup et al., 2023; AUGUR, 2019; EY, 2021; Acord, 2024	Vyhláška 505/2006 (§ 39a (3))	Bednář et al., 2024; Veselka & Veselková, 2024	Reforma psychiatrické péče – model CDZ a spec. CDZ
Kolik lidí čeká na péči	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE
Budoucí dostupnost 2035	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	NE
Aktuální dostupnost	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO (nepřímo)
Žádoucí dostupnost	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO
Individuální potřeby	NE	NE	ANO/NE	NE	NE	ANO	nelze určit
Populační potřeby	NE	ANO	ANO	NE	NE	ANO	nelze určit

2.1.2 Popis a vyhodnocení jednotlivých přístupů k měření dostupnosti

Přístup 1: Projekce budoucí dostupnosti

Projekce budoucí dostupnosti kapacit se v korpusu evidence používá pro modelování rozvoje kapacit seniorských služeb, u ostatních cílových skupin se nevyužívá. Je to proto, že typicky taková *„prognóza pracuje pouze s demografickým vývojem“* (Horecký & Průša, 2019, 24), který je významně růstový zejména v seniorské věkové kategorii (srov. tabulka č. 4). Když se hovoří o tom, že plánování služeb ovlivní „demografický vývoj“, myslí se tím plánování služeb pro seniory, a nikoliv pro další cílové skupiny.

Přístup 1 se v korpusu evidence vyskytuje ve dvou variantách:

1. Jako projekce velikosti (seniorské) populace, která bude čerpat sociální služby, zejména služby sociální péče. K tomuto odhadu se využívá projekce velikost skupiny příjemců příspěvku na péči (Průša, 2018; Hon, 2021).

2. Jako projekce objemu kapacit služeb dlouhodobé, respektive sociální péče pro specifickou populaci (Horecký & Průša, 2019; EY, 2021).

Východiskem druhé varianty je určení aktuálního podílu kapacit (lůžek, úvazků) v populaci (podobně jako v Přístupu 4), cílem je však projekce budoucích nároků na kapacity sociální péče pro vybranou cílovou skupinu, a aktuální podíl kapacit ve zvolené populaci je prostředkem pro vztažení se k demografickému vývoji podle aktuálních odhadů ČSÚ. Výsledkem je budoucí objem kapacit při *„udržení alespoň stejného pokrytí sociálních služeb, aby byla zachována stávající kapacita“* (EY, 2021, 7–8).

Při výpočtu odhadu budoucí dostupnosti hraje roli volba jmenovatele, neboť demografické prognózy mají v různých věkových kategoriích odlišnou dynamiku (srov. tabulka č. 4). Celkový i dílčí kohortní trend shrnuje například Hon (2021), když uvádí:

> *„Navzdory tomu, že počet obyvatel (…) bude v blízké budoucnosti (…) klesat, lze očekávat zvýšené nároky na kapacity sociálních služeb a jejich financování. Výsledky ukazují, že je možné očekávat rychlý nárůst počtu lidí v nejvyšších věkových skupinách. S ohledem na demonstrovanou skutečnost, že nejvíce lidí pobírá příspěvek na péči právě ve vysokém věku, je tím pádem samozřejmě možné očekávat i zvyšující se počet příjemců příspěvku na péči.“* (Hon, 2021, 69–70)

Jinými slovy, výsledná kapacitní predikce záleží na tom, zda se jako základ pro výpočet budoucí dostupnosti zvolí celá populace (viz např. Brabec et al., 2023), populace 65+ (EY, 2021), nebo populace 80+ (Horecký & Průša, 2019; Průša et al., 2021). Populační křivka pro věkovou kategorii 80+ má v modelech ČSÚ nejstrmější dynamiku růstu a budoucí dostupnost seniorských služeb při použití demografické křivky pro seniory 80+ proto vykazuje nejvýraznější rozvojovou potřebu. Opodstatněnost výběru právě kohorty 80+ připomíná opět Průša:

> *„Vzhledem k tomu, že průměrný věk obyvatel v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem je více než 80 let, jeví se jako vhodnější hodnotit dostupnost služeb v těchto zařízeních v relaci na 1 000 osob ve věku 80 a více let.“* (Průša, 2021, 27; srov. Průša et al., 2021, 251)

Box č. 4 **Příklady modelace budoucí dostupnosti**[2]

Horecký & Průša (2019): autoři vycházejí ze zjištění, že současná vybavenost v domovech pro seniory je 83,28 míst na 1 000 osob starších 80 let, respektive vybavenost místy v domovech se zvláštním režimem je 36,00 míst na 1 000 osob starších 80 let (pouze vybavenost pečovatelské služby uvažují ve vazbě na populaci 65+) a vypočítávají, o kolik se musí zvýšit kapacity do určitého roku *„pro zachování současné úrovně vybavenosti“* (2019, 25). Autoři cílí na predikci k roku 2050, ale udávají, že většina nárůstu kapacit se má realizovat k roku 2035, do kdy by *„pro zachování současné úrovně vybavenosti“* bylo *„potřeba vybudovat v každém správním obvodu ORP v průměru 289 míst“* (Horecký & Průša, 2019, 25).

Průša et al., (2021): *„Pro zachování úrovně vybavenosti jednotlivými typy služeb sociální péče po celé sledované období do roku 2035 (…) by se počet míst v DS musel zvýšit z 35 596 v roce 2016 na 77 326 míst, (…) počet míst v DZR by se musel zvýšit z 15 387 míst v roce 2016 na 33 436 míst.“* (Průša et al., 2021, 241)

Somerlíková (2023): Podobné závěry se dosahují při použití Přístupu 1 také na regionální úrovni. Například Moravskoslezský kraj došel k závěru, že *„pro zachování stejné úrovně dostupnosti těchto služeb jako v roce 2020 by se do roku 2035 musela zvýšit kapacita (pobytových služeb pro seniory) v MSK o 5 999 míst na 13 153 míst. V průměru by se tedy kapacita těchto služeb na území jednotlivých SO ORP v MSK měla v tomto období zvýšit o 273 míst.“* (Somerlíková, 2023, 4)

EY (2021): Stávající vybavenost je vztažena na 1 000 obyvatel nad 65 let a autoři kalkulují 17,75 lůžek v domovech pro seniory, respektive 9,62 lůžka DZR na 1 000 obyvatel nad 65 let (EY, 2021, 30). Takto stanovená aktuální dostupnost pak slouží ke kvantifikaci budoucí dostupnosti, tj. *„udržení alespoň stejného pokrytí sociálních služeb, aby byla zachována stávající kapacita“* (EY, 2021, 7–8). Autoři dochází k závěru, že *„pro udržení stávajícího pokrytí se musí do roku (2035) vybudovat (11 922) lůžek v pobytových sociálních službách“* (EY, 2021, 7). Studie vedle

[2] Podobně postupuje také ÚZIS (2024) při stanovení kapacitního modelu potřeby dlouhodobé ošetřovatelské lůžkové péče v roce 2040. Autoři docházejí k závěru, že *„pokud by se měl zvýšit i počet stávajících lůžek, aby byl zachován průměrný počet lůžek na 1 000 obyvatel v objemu 2,67 lůžka, bude zapotřebí zvýšit lůžkový fond do roku 2040 minimálně o cca +2 200 lůžek“* (ÚZIS, 2024, 151).

toho uvádí také alternativní metodologii výpočtu při využití autoregresního modelu časové řady (ARIMA). Tyto dvě metody ve stejném textu přitom udávají rozdílné výsledky, které jsou uváděny současně bez dalšího usouvztažnění. Příkladem je odhad kapacit DZR, kdy autoři nejprve uvádějí, že *„v případě zachování vybavenosti na stávající úrovni by v roce 2050 při střední variantě demografického vývoje bylo potřeba 29 789 lůžek, což znamená dobudovat dalších 9 714 lůžek v příštích 30 letech“* (EY, 2021, 30). A následně doplňují, že *„počet lůžek v domovech se zvláštním režimem se každým rokem výrazně zvyšuje a do roku 2050 by dle ARIMA (0,1,0) modelu s konstantou mohl při stejném tempu růstu výstavby dosáhnout 68 324 lůžek (ze současných 20 078)“* (EY, 2021, 31).

Analýzy IPR (Brabec et al. 2023; Wehrenberg, 2024): *„Potřeba lůžek v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem (DZR) je orientačně stanovená doporučeným ukazatelem 4 míst (lůžek) na 1 tis. obyvatel; Praha k roku 2023 dosahuje úrovně 3,6 lůžek na 1 tis. obyvatel (v ČR 5,6 lůžek na 1 tis. obyvatel k roku 2022), (...) dle doporučeného ukazatele jsme k roku 2023 odvodili potřebu lůžek pro 9,4 % obyvatel starších 80 let (80+) a tomu odpovídá současný nedostatek 575 lůžek v DZR, který se s růstem počtu seniorů bude zvyšovat. Jen pro zachování stávající úrovně dostupnosti lůžek DZR by bylo dle prognózy k roku 2050 zapotřebí 2 700 nových lůžek“* (Wehrenberg, 2024, 34).

Druhou obvyklou veličinou, kromě objemů kapacit sociálních služeb, je v oblasti měření dostupnosti služeb pro seniory **také kvantifikace růstu příjemců příspěvku na péči**, která má především indikativní funkci, tedy naznačuje růst míry potřebné péče odvozené od populačního trendu:

> *„Do roku 2030 počet příjemců příspěvku na péči vzroste ze současných necelých 350 tis. osob na 469–489 tis. osob, tedy o 35–40 %.“* (Průša, 2018, 57)

> *„Lze očekávat, že do roku 2035 počet příjemců příspěvku na péči vzroste ze současných cca 355 tis. osob na 537–565 tis. osob.“* (Průša, 2019, 6)

Tabulka č. 4 **Očekávaný vývoj počtu obyvatel Česka (střední varianta, zaokrouhleno v tisících)**

Věková skupina	2025	2030	2035	změna 25–35
0–17	2 077	1 878	1 745	-330 tis.
18–64	6 579	6 498	6 515	-60 tis.
65–79	1 738	1 683	1 651	-90 tis.
80+	522	690	824	+300 tis.
Celkem	10 915	10 748	10 735	-180 tis.

Zdroj: ČSÚ 2023; Projekce obyvatelstva ČR 2023–2100; zpracování vlastní

Přístup 2: Epidemiologie a expertní konsenzus

Klíčový koncept v tomto přístupu je „mezera v léčbě“ (*treatment gap*). O její identifikaci se snaží také další přístupy (viz Přístup 3), avšak bez ustáleného označení, které by bylo konzistentní s mezinárodní praxí (v zahraniční literatuře se používá také *care gap*). Proponenti tohoto přístupu k identifikaci „mezery“ využívají specifickou metodologii, převzatou od kanadských adiktologů (Petruželka et al., 2022).

> *„Základem metodologie odhadu je porovnání údajů o počtu klientů jednotlivých typů služeb (sekundární zdroje dat) a údajů o počtech zástupců cílové populace s potřebou využití jednotlivých typů služeb (kombinace sekundárních zdrojů dat a výsledků delphi studie). Výsledný údaj popisuje, jak by mělo vypadat ideální pokrytí službami tak, aby byly ideálně naplněny potřeby potenciálních klientů. Mezera v poskytování služeb = počet klientů služeb – počet zástupců cílové populace s potřebou využití jednotlivých typů služeb. Tímto postupem získáme hodnotu mezery ve využití služeb, resp. pokrytí potřeb cílové populace.“* (Petruželka et al., 2022, 13)

Tento přístup následně Petruželka et al. (2022) využili na krajské úrovni k návrhu „optimální sítě“ při stabilizovaném mixu adiktologických služeb. Konsenzus ohledně role a výkonu jednotlivých druhů služeb v rámci celého mixu služeb je klíčovým předpokladem konstrukce optimální sítě ve smyslu „ideální“ sítě. Řada oblastí služeb mimo adiktologii nemá vytvořený expertní konsenzus na mixu služeb (zejm. v oblastech služeb s probíhajícími deinstitucionalizačními procesy). Konstrukce optimální sítě pro oblasti služeb mimo adiktologii nejsou v korpusu zastoupené. Adiktologická komunita naopak vykazuje shodu také na *„indikátoru využití služeb, nejčastěji údaje o počtu klientů služeb. Mezi další indikátory využití služeb patří počet kontaktů, počet vyměněných jehel, počet obsazených lůžek, počet provedených výkonů atd.“* (Hanzlík et al., 2020, 69–70).

Přístup 3: Dotazníkové šetření ne/dostupnosti

Dalším přístupem k měření dostupnosti je dotazování zástupců veřejnosti, respektive cílové skupiny na jejich zkušenosti s čerpáním péče a podpory. Dotazníkové šetření v populaci je jednou z metodologií používaných k mapování „nepokrytých potřeb“ (*unmet need*) (Malisauskaite et al., 2021), která se populačně sleduje například pomocí vybraných otázek z výběrového šetření příjmů a životních podmínek domácností v Evropské Unii EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions), nebo mezinárodní časosběrné databáze mikrodat o zdraví, sociálně-ekonomickém postavení a společenských a rodinných vazbách SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Měření dostupnosti pomocí dotazníkového šetření jsou v ČR realizovaná na regionální úrovni a pro specifické oblasti služeb. Příkladem je šetření mezi rodinami pečujícími o děti se závažným zdravotním znevýhodněním, které zjišťovalo, nakolik pečující zůstávají bez dostupné odlehčovací služby (PbP, 2019), respektive bez dostupných denních stacionářů (PbP, 2021). Tato

studie je současně příkladem uživatelského výzkumu, který se snaží vyplnit bílé mezery a generovat informace k tématům, která jsou z hlediska uživatelských potřeb nejpalčivější. Zkušenost krajských samospráv naznačuje, že dotazníkové šetření se využívá také pro sběr informací od zástupců obcí, kteří zase kvůli nedostatku vlastních dat při vyplňování spolupracují s místními poskytovateli.

Mapování dostupnosti služeb prostřednictvím dotazníkového šetření se využívá také v dalších oblastech, jako například ve zdravotnictví, kde se nedávno agentura Median dotazovala obyvatel ČR, zda měli *„v posledním roce problém obstarat/najít lékařskou péči pro svou rodinu“*, a pokud ano, *„u jakého typu lékařů/ošetření to bylo?“*[3]. Podobná celonárodní šetření v oblasti sociálních služeb nejsou v korpusu evidence zastoupená.

Dotazníkové šetření jako takové se v korpusu evidence objevuje i mimo měření dostupnosti, zejména při šetření postojů cílových skupin k dalším aspektům každodennosti (např. postoje k pečování viz FDV, 2018) nebo při mapování potřeb podpory (Šiška & Káňová, 2020).

Přístup 4: Regionální variabilita vybavenosti (aktuální dostupnost)

Komparativní přístup k běžným hodnotám kapacit v území je využitelný k teoretickému i aplikovanému uchopení variability. Používá se v řadě oblastí služeb, například ve zdravotnictví ke srovnání vybavenosti území (Mikula et al., 2024).[4] Studie v tomto přístupu sledují metriky podílu kapacit v populaci (podobně jako v Přístupu 1, který však aktuální podíly kapacit v populaci využívá k odhadu budoucích nároků na dostupnost pomocí demografické predikce – viz výše). Výsledná mapa území s nižší a vyšší vybaveností jedné či více služeb se využívá zejména v benchmarkingu k identifikaci variability ve skupině zvolených jednotek a určení relativní míry vybavenosti. Podobně postupuje také řada krajských zadavatelů sociálních služeb při monitorování a vyhodnocování dostupnosti služeb na území kraje, typicky v granularitě obcí s rozšířenou působností. Například střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje na roky 2023–2025 podává rozbor kapacit domovů pro seniory v jednotlivých ORP tak, že sleduje podíl lůžek na místní populaci. Jiným příkladem je analýza ACORD (2024) pro Ústecký kraj, kde je územní variabilita doplněna o konstrukci referenčních hodnot, které pomáhají určit, co je „běžné“. V obou případech je cílem získat podklady pro identifikaci a následně prioritizaci těch území, která vykazují nižší než „běžnou“ vybavenost.

[3] https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/pruzkum-tretina-cechu-loni-obtizne-shanela-zdravotni-peci-zajem-o-prevenci-roste_2506190620_jab

[4] Mikula et al. (2024) měří *„dostupnost primární zdravotní péče na úrovni malých geografických jednotek. Index dostupnosti založený na metodě KD2SFCA ve vysokém prostorovém rozlišení ukazuje relativní míru dostupnosti kapacit primární péče v relevantním okolí“* (Mikula et al., 2024, 7). Podle autorů jejich výstup *„doplňuje tak stávající portfolio indikátorů dostupnosti, které jsou spíše vhodné pro deskripci na úrovni větších geografických celků (např. počty lékařů na tisíc obyvatel) nebo nereflektují velikost poptávky (mapy dojezdových časů)“* (ibidem).

Studie ACORD (2024) takto zjišťuje, že *„aktuální počet úvazků služby (tj. cca 103 úv. osobní asistence) se v Ústeckém kraji pohybuje výrazně pod referenčním průměrem“* (ACORD, 2024, 20).

Celkově lze říci, že identifikace území s nižší vybaveností a jejich prioritizace může být praktická zejména v situaci významné nerovnosti nebo kapacitní poddimenzovanosti některých území v rámci sledovaného pole. Benchmarking obecně je pokládán za praktický doplňkový nástroj. Nejeví se však vhodný jako hlavní nástroj strategického plánování rozvoje kapacit, neboť neumožňuje plánování v souladu s potřebami osob. Jako přístup totiž konzervuje historicky běžnou vybavenost území tím, že výpočet referenční hodnoty vychází z hodnot stávající dostupnosti bez ohledu na to, zda běžná dostupnost odpovídá míře potřeb. Toto metodologické omezení platí pro celý přístup bez ohledu na přidané citlivosti konkrétních studií (např. Soukup et al., 2024), zohledňující dílčí sociodemografické či jiné ukazatele. Proto využití běžných (referenčních) hodnot samo o sobě neumožňuje zadávat rozvoj sociálních služeb v souladu s potřebami osob. Tento inherentní limit Přístupu 4 reflektují někteří autoři, když uvažují, jaký další horizont je třeba k tomu, aby se z prostých kapacitních podílů na populaci stala informace relevantní k naplňování žádoucí potřebnosti:

> *„Poměr počtu pracovních úvazků ve službách (či jiných jednotek kapacity) a velikosti uvažované populace nevyjadřuje procentuální podíl úvazků připadající na tuto populaci – takový údaj jednoduše nedává smysl. Toho může nabýt až ve vztahu k nějakému jinému údaji o stejném rozměru, označujícímu žádoucí stav, oproti kterému chceme poměřovat zjištěný výchozí stav. To znamená, že si musíme stanovit určitý referenční údaj (normativ) odpovídající žádoucí dostupnosti daného typu služby.“* (Hanzlík et al., 2020, 71)

Přístup 5: Sledování odmítnutých zájemců

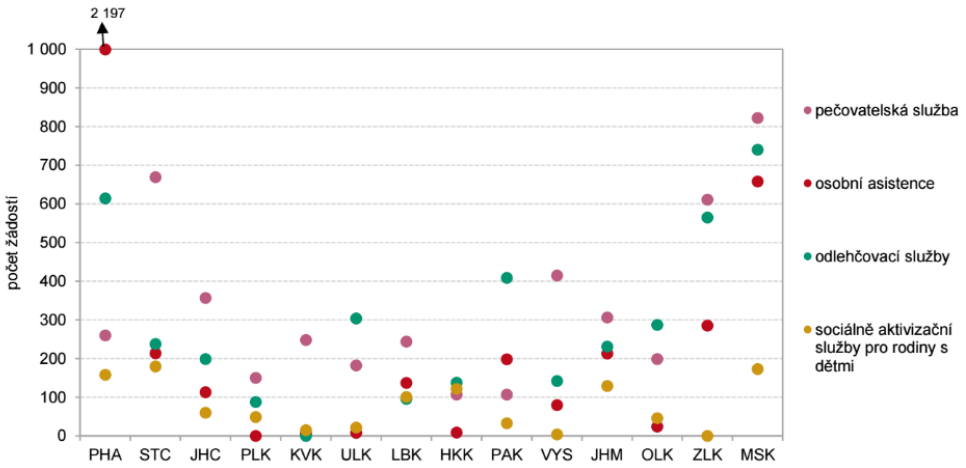
Sledování počtu odmítnutých zájemců o službu je metodologií navrženou v době přípravy zákona o sociálních službách, která měla pomoci v přechodovém období účinnosti zákona kolem roku 2006 a představovala konkrétní návrh, jak odpovědět na otázku, kolik lidí čeká na péči při využití v té době dostupných dat – tedy výkazu poskytovatelů sociálních služeb o odmítnutých zájemcích o danou službu z kapacitních důvodů.[5]

Patří do skupiny přístupů, které se snaží identifikovat mezeru v poskytované péči a určit, jak velká je nepokrytá potřeba podpory. Celkově lze říci, že výhodou je jednoduchý (již zavedený) způsob, jak

[5] Pořadníky čekatelů na umístění do ústavu sociální péče vedené podle dosavadních právních předpisů zůstávají v platnosti i po dni nabytí účinnosti tohoto zákona, nejdéle však po dobu 3 let. Zřizovatelé ústavů sociálních služeb, kteří vedli tyto pořadníky, předají tyto pořadníky ve lhůtě 2 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb a o této skutečnosti vyrozumí ve stejné lhůtě osoby zapsané do pořadníku. (ZSS původní znění, para 120, odst. 8)

odhadnout míru chybějících kapacit. Tento přístup je však spíše přístupem odhadu „poptávky“, doslova „zájmu“, nikoliv potřeb. Mezikrajské srovnání, které každoročně sestavuje Český statistický úřad (srov. graf č. 5.3, diagram č. 3), neříká, jak by se na první pohled mohlo z grafu zdát, že by ve Středočeském kraji s 200 odmítnutými zájemci žilo 10x méně osob, které potřebují osobní asistenci, než v Praze, kde měli přes 2 000 odmítnutých zájemců. Plánování na základě „poptávky“ a související rozdíly v nabídce jsou ze zkušenosti krajských zadavatelů sociálních služeb závislé především na regionálních zvyklostech ve využívání různých druhů sociálních služeb a historické ne/dostupnosti jednotlivých druhů služeb v konkrétním území.

Diagram č. 3 **Ukázka mezikrajského srovnání odmítnutých zájemců o službu podle krajů v roce 2023** (ČSÚ, 2024, 83)



Pozn.: Jedná se o evidované počty neuspokojených žádostí v krajích podle sídla poskytovatele sociální služby nikoliv podle trvalého bydliště žadatele.

Zdroj: MPSV

Počet odmítnutých zájemců o sociální službu jako klíčový vstup v procesech střednědobého plánování navíc postrádá přepočtový mechanismus, který by umožnil z této metriky určit rozvojovou kapacitu v úvazcích nebo v hodinách péče, v níž pracuje krajské zadávání sociálních služeb. Zadavatelé služeb jsou proto nucení vytvářet ad hoc převodníky různého stupně robustnosti a vazby na objemy potřeb.

> *„Kvantifikace potřeb převedená na kapacitní jednotky nemusí být vždy přesně přepočtena. Při zpracování byly zohledněny počty odmítnutých zájemců o služby, kdy se pro potřeby přepočtu na úvazky vychází z modelace 1 pracovní úvazek = cca 10–20 budoucích uživatelů služby v návaznosti na zjištěné potřeby. Pro potřeby služeb osobní asistence (§ 39) se vychází z celkového počtu odmítnutých zájemců*

> *o služby v celém druhu sociální služby a průměrného předpokladu 5 h asistence / týden / odmítnutý zájemce."* (SPRSS HMP, 2025–2027, 89)

Převodník, který v uvedeném příkladu stanovuje *„průměrný předpoklad 5 hodin asistence týdně na odmítnutého zájemce"*, však vychází spíše z průměrných hodnot aktuálně čerpané asistence přepočtené na uživatele, než z agregace individuálních objemů chybějící asistence, stanovené pomocí nástrojů vyhodnocování objemu potřebné podpory v sociální práci. Součástí přístupu je tak stejné riziko jako v Přístupu 4, kterým je onzervování existujícího stavu (odhadem poddimenzovaného) bez vazby na objemy potřebné podpory osob.

Jiný limit tohoto přístupu, známý opět nejlépe krajským zadavatelům sociálních služeb, je vysoký podíl duplicit obsažený v agregovaném počtu odmítnutých zájemců. Systém sociálních služeb (na rozdíl od zdravotnictví) neumí vykazovat jednotlivé uživatele a agregovat čerpání služeb.

> *„Co se týká skutečných potřeb, pak jediným parametrem je kumulativní počet nevyřízených žádostí, který je každoročně publikován ve Statistické ročence z oblasti práce a sociálních věcí. Ta za rok 2016 uvádí celkem 65 764 žádostí do domovů pro seniory a 21 334 do domovů se zvláštním režimem. Toto číslo je však částečně nadhodnoceno, neboť se jedná o kumulaci žádostí, z nichž řada již nemusí být aktuální (z důvodu úmrtí, podání žádostí do více zařízení najednou apod.). APSS ČR odhaduje, že aktuální a skutečný převis žádostí se pohybuje přibližně v jedné čtvrtině celkově evidovaných žádostí, tedy přes 20 000 žadatelů."* (Horecký & Průša, 2019, 5)

Tuto systémovou slepotu podporuje chybějící jednotný vstupní mechanismus do systému sociální péče známý z jiných zemí. Zájemci o sociální služby si v Česku mohou a dokonce mají sami, bez nezávislého zprostředkování a koordinace a bez průběžné korekce, sjednávat čerpání specializovaných služeb přímo s jejich poskytovateli. V celonárodním kontextu je pak mechanismus určení, kdo je oprávněný žadatel a kolik podpory potřebuje, fragmentovaný hned nadvakrát. Na jedné straně je posuzování oprávněnosti „zájmu o službu" pouze na poskytovateli a realizuje se v procesu „jednání se zájemcem" na více než pěti a půl tisíci vstupních míst do systému sociálních služeb. Podle mezinárodní praxi by přitom tuto roli měla zastávat sociální práce na obecních úřadech správního obvodu obce s rozšířenou působností, tedy pouze něco přes 200 „vstupních míst" do systému podpory.[6] Vedle toho je druhá část odborného vyhodnocování potřeb vyjmuta ze sociální práce a delegována na úřady práce. Především jde ale o to, že nefunguje v logice sociální

[6] Proto jsou například senioři v Anglii, kteří mají zájem o sociální péči, mají kontaktovat obecní úřad, kde sociální pracovníci nejprve vyhodnotí celkovou míru potřebné péče a podpory a následně těm, kdo budou potřebovat hodně, zprostředkují vstup do péče podle jednotlivých oblastí potřeb a specializace poskytovatelů (srov. https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/arranging-care/). Senioři v Česku mají naopak kontaktovat rovnou tu sociální službu, kterou si vyberou, ta si sama potřeby vyhodnotí. Obecní sociální pracovníci nemají v celém procesu závažnější roli, než s tímto kontaktováním pomoci.

práce, ale v logice výplaty sociální dávky. Neděje se jinými slovy proto, aby na ní mohla navázat koordinovaná a plánovaná komplexní péče a podpora, ale jen proto, aby mohl být vyplacený příspěvek na péči specifické výše. Po schválení novely zákona o sociálních službách v roce 2025 se celá agenda přesune na ČSSZ, disociace mezi vyhodnocováním potřeb a sociální prací však zůstane. Na úrovni klinické práce s jednotlivcem tak chybí celý funkční segment jednotné odpovědnosti za určení potřeb a zajištění vstupu do služeb v souladu s potřebami jednotlivců, stejně jako průběžné revize a úpravy čerpání péče. Je pouze stanovena obecná odpovědnost za existenci (dostupnost) sítě služeb na úrovni regionu, závažněji netestovaná a nespecifikovaná. Vstupy jednotlivců do služeb a čerpání jsou ponechané na jednotlivci a poskytovateli. Obecní sociální práce je vybavena jen jako informační rozcestník, krajští zadavatelé zase nemají přehled ani kontrolu nad tím, zda uživatelé čerpají dostatek podpory nebo kolik podpory ještě chybí. Zahraniční systémová integrace péče přitom není poháněná odpovědností uživatelů ani rozpadlá na základní jednotku poskytovatelů, jak měli někteří architekti sociálního systému za to (Tomeš, 1991). Integrace péče a podpory se děje pouze prostřednictvím formalizované meziorganizační spolupráce a jasně stanovené odpovědnosti za případovou koordinaci (srov. Janečková, 2018; Janečková & Vepřková, 2017; Holmerová et al., 2013).[7]

Dalším limitem Přístupu 5 je chápání počtu odmítnutých žadatelů jako prosté informace o velikosti „mezery“ v dostupné podpoře a péči, kdy sama mezera se bere jako přirozenost, možná nepříjemná, ale nevyhnutelná. Není propojená s existující odpovědností za zajištění dostupnosti služeb: počet odmítnutých žadatelů se nechápe jako závazný rozvojový rámec (např. pomocí požadavku

[7] Českou odpovědí na problém fragmentace péče je tzv. „síťování“ (MPSV, 2017). Tato místně vyvinutá metoda integrace usiluje o lepší spolupráci mezi poskytovateli v území. Vychází však z chybné organizační teorie a představuje tak pouze slabý nástroj systémové integrace s nízkou mírou dopadu (srov. např. Havlíková & Hubíková, 2025). Teorie programu vychází z předpokladu, že systémové změny lze dosáhnout dostatečně pilnou prací správně vyškolených jednotlivců, v některých projektech přímo case manažerů, jindy svébytných „síťařů“, kteří budou „zespodu“ různými postupy, jako jsou společná setkávání zástupců poskytovatelů služeb v území, a na bázi dobrých osobních vztahů pak spřádat pevnější mezi-organizační spolupráci. Integrace je přitom centrální koncept teorie systémů a její architekturu je třeba uchopit jako svébytný úkol na všech úrovních, od makro, přes mezo po mikro a nikoliv, jak si představuje český model pouze tak, že mikro úroveň bude současně realizovat změny na všech ostatních úrovních služeb. Kodner & Spreeuwenberg (2002) již před téměř čtvrt stoletím definovali integraci jako „*koherentní soubor metod a modelů financovací, administrativní, organizační, poskytovatelské a klinické úrovně, navržených k tomu, aby vytvářely propojení, provázání a spolupráci*“ (Kodner & Spreeuwenberg, 2002, 3). Důležitý detail v této definici je nezastupitelnost všech úrovní, včetně (a mnozí by řekli zejména) financování a administrativy. Integrace se neobejde bez formalizace spolupráce mezi organizacemi, která se následně propisuje do popisu pracovních pozic, organizačních procedur a vzdělávání a díky tomu také do klinické praxe zaměstnanců. „Síťování“, jak je nastavené a praktikované v Česku má daleko k robustní a předvídatelné mezi-organizační spolupráci, vycházející ze sdílené mapy rolí a odpovědností jednotlivých organizačních aktérů v regionálním systému péče a podpory.

na dosahování „funkční nuly“).[8] Sociální péče tak na rozdíl od jiných veřejných služeb nepožaduje, aby neexistovali „odmítnutí zájemci“. Ve zdravotnictví není z klinického hlediska přijatelné, aby se jednoduše odmítali „zájemci“ o koronární bypass. Ve školství zase panuje konsenzus, že nemají existovat „odmítnutí zájemci“ o zápis do školy, a pokud se už při zápisu na děti nedostane, je z toho skandál a veřejná správa čelí nařčení z nepřijatelného systémového selhání. V sociálních službách se naproti tomu počet odmítnutých zájemců chápe jako danost. Problematizuje se jen selektivně, když se čas od času v médiích objeví informace již o *příliš* velkých číslech seniorů čekajících na pobytové služby. U osob se zdravotním znevýhodněním, které čekají na dostatečné kapacity osobní asistence, se naopak spíše rovnou počítá s tím, že funkční alternativou rozvoje terénních služeb má být žádost do domova pro osoby se zdravotním postižením, případně morální apel na zajištění neformální péče. Chybí všeobecné očekávání, podepřené systémovými nástroji, že potřebná péče a podpora bude do určité lhůty dostupná pro každého oprávněného zájemce, tedy v návaznosti na správně ukotvené a nastavené vyhodnocení míry potřebné podpory. Vykazování tak sice generuje souhrn odmítnutých jednotlivců, systém sociálních služeb to ale bere spíše jako kolorit.[9]

Přístup 6: Systematická agregace individuálních potřeb

Tento přístup usiluje o to, aby zadávání sociálních služeb, včetně otázek dostupnosti a plánování rozvoje kapacit, více vycházelo ze zjištěných potřeb *osob,* a tím pádem z výstupů sociální práce. Představa o propojení sociální práce se sociálními službami a jejich rozvojem hledá oporu v interpretaci zákona o sociálních službách a filozofii sociální práce. Současně s tím však zjišťuje, že potřeby osob nejsou v praxi sociální práce systematicky vyhodnocované a následně agregované na úrovni kohort a regionů. Chybí k tomu široká shoda o nutnosti personalizace strategického plánování stejně jako kompetenční základna pro realizaci takových postupů (Bednář et al., 2024; Veselka & Veselková, 2024).

Bednář et al. (2024) poznamenávají, že vycházet při plánování rozvoje sociálních služeb z výsledků sociální práce je sice legislativně podporované, když se mají „zjišťovat potřeby osob“, avšak prakticky problematické kvůli tomu, že (1) sociální práce na obcích a v sociálních službách systematicky nesbírá informace o míře a intenzitě potřebné podpory žadatelů, ani takové informace systematicky negeneruje z individuálního plánování[10] a (2) kvůli časovému nesouladu zjišťování potřeb a zajištění

[8] Funkční nula se coby koncept sociální politiky používá například v programech řešení bytové nouze (srov. https://socialnibydleni.org/clanky/funkcni-nula-splneno).

[9] Novelou zákona o sociálních službách 2025 by měl být od roku 2028 zaveden jednotný identifikátor osoby, pod nímž budou poskytovateli sociálních služeb vykazovány osoby, s nimiž byla uzavřena smlouva o poskytování sociální služby, a rovněž osoby, s nimiž smlouva nemohla být uzavřena.

[10] Hubíková et al. (2023) reflektují situaci v obecní sociální práci a ukazují, že *„není běžnou praxí monitorovat potřeby správního obvodu z hlediska poptávky a potřeb obyvatel správního obvodu včetně snahy o zachycení*

dostupné podpory, kdy při vyhodnocování potřebné podpory mají být kapacity sociálních služeb ideálně již dostupné, nikoliv teprve zadávané k rozvoji. Veselka & Veselková (2024a–c) proto usilují o nové nastavení sběru a vyhodnocování informací v sociální práci a jejich dalšímu přenosu z úrovně sociální práce na úroveň zadávání sociálních služeb.

V základu teze o agregaci (individuálních) potřeb je apel na pozornost vůči struktuře a intenzitě potřebné podpory a také připomenutí, že bez znalosti celkového *objemu* potřebné podpory nebude možné – na úrovni případové práce, ani na úrovni strategického plánování rozvoje kapacit sociálních služeb – určit specifickou mezeru v dostupnosti, a to zejména u cílových skupin, které vyžadují podporu a péči každodenně a ve větších objemech. Dnešní zadávání sociálních služeb přitom místo individualizovaných objemů potřebné podpory vystačí jen s velikostmi cílových skupin. Podle AIPP (2023) brání zohlednění individuálních potřeb již samotná metodologie vyhodnocování „stupňů závislosti" v řízení o přiznání příspěvku na péči, neboť třídění osob podle stupňů a v jeho rámci počítání, kolik oblastí života je ovlivněno disabilitou, neposkytuje dostatečný základ k určení individualizovaného objemu potřebné podpory:

> *„Český systém nemá určené žádné kritérium, které by pomohlo stanovit předpokládanou náročnost péče v jednotlivých stupních závislosti. Jednotlivé oblasti a životní potřeby nejsou mezi sebou nijak prioritizovány a při hodnocení jejich zvládání není zohledňováno, jakou pomoc dalších osob vlastně generují. Posuzovaná osoba může být velmi silně omezena třeba jen ve dvou nebo třech životních potřebách, což má výrazný vliv na různé její schopnosti a oblasti života, při současném nastavení získá však nárok jen na nízký stupeň podpory. (…) při posuzování není například sledováno, jak dlouho trvá posuzovanému oblékání nebo vykonání hygieny, jak dlouho potřebuje přítomnost druhé osoby nebo zda určitý úkon zvládne samostatně vykonat jen občas (v závislosti na aktuálním stavu) nebo jen za určitých podmínek (např. když je venku sucho a nefouká silný vítr, když je jeho stav stabilizovaný a nezhoršuje se) či jak časově a fyzicky náročné je pro imobilní osobu a pečujícího dostat se z domu (např. nutnost překonat bariéry, otázka hmotnosti při dopomoci). Jedná se přitom o podstatná kritéria a okolnosti, které určují, jak velký objem pomoci bude dotyčný potřebovat během jednoho dne, týdne či měsíce. Navíc*

případných bílých míst v nabídce služeb sociální práce, tj. zejména opomíjených nepokrytých potřeb či nepříznivých životních situací, a na základě toho přizpůsobovat služby sociální práce poptávce včetně plánování do budoucna. Jednostranné zaměření na individuální sociální práci a téměř úplné opomíjení či podceňování mezo- a makropraxe v sociální práci na obecních úřadech může souviset s tím, že je zanedbáváno monitorování potřeb v dané lokalitě, včetně toho, že ani informace, které sociální pracovníci k dispozici mají, většinou pro vyhodnocování souladu nabídky služeb sociální práce s potřebami a poptávkou klientů nevyužívají" (Hubíková et al., 2023, 112).

> *pokud není definován rozsah potřebné pomoci, není možné stanovit ani průměrné měsíční náklady na její zajištění.“* (AIPP, 2023, 41).

Protože se při posuzování závislosti nesleduje náročnost a časový objem potřebné podpory a péče, neodráží se ani jedno z toho ve stupni závislosti, respektive ve výši příspěvku na péči (AIPP, 2023, 42). AIPP proto navrhuje *„posuzovat potřebnost a náročnost péče a podpory namísto závislosti osob“*, což znamená, že *„hlavním kritériem pro posuzování (by se měl) stanovit rozsah nutné pomoci a podpory druhé osoby a vyhodnocovat ho ideálně v času, v počtu hodin potřebné péče“* (AIPP, 2024a, 2). To by podle AIPP (2024a) mělo znamenat *„zvýšit počet stupňů, které by umožnily citlivější a spravedlivější diferenciaci příjemců dle rozsahu potřebné péče“* (ibidem). Alternativní přístup nabízí Slovinský systém alokace nároku na objem individualizované podpory (Kocman, 2023), který se zcela obejde bez stupňů. Místo nich pracuje s počtem hodin podpory týdně a ty již nepřevádí zpět na stupně závislosti, neztrácí tak informaci o objemu podpory potřebné pro konkrétního člověka. Přiznaný objem potřební podpory se stává doporučenkou do služeb a následně podkladem pro úhradu služeb poskytovatelům z veřejných rozpočtů. Slovinsko dokládá, že sociální politika vynalezla „stupně“ závislosti pouze proto, aby mohla administrovat určitou dávku, aby se mohla stratifikovat populace příjemců dávky. Bez příspěvku na péči a bez úhrad za péči osvobodila sociální politika posuzování nároku ze sevření dávkovým myšlením a umožnila, aby sociální práce převzala agendu stanovení nároku a zajistila individualizaci vyhodnocení potřebné podpory.

Přístup 6 je stále mladým polem praktických experimentů, které se soustřeďují na vývoj a testování nových řešení, jak propojit sociální práci, do jejíž kompetence vyhodnocování míry potřebné podpory má spadat, s postupy a procesy zadávání sociálních služeb (AIPP, 2023; Bednář et al., 2024; Veselka & Veselková, 2024a–c).

Přístup 7: Model služby, spádovosti a celé sítě

Tento přístup je v korpusu evidence ojedinělý a týká se národní sítě center duševního zdraví jako klíčového pilíře reformy psychiatrické péče (MZČR, 2022). V rámci reformy vznikl v ČR unikátní model služby, včetně modelu výkonu, personálního standardu a spádovosti (MZČR, 2022, 4). Většina pozornosti byla v přípravě a následné implementaci věnovaná multidisciplinaritě a provázání sociální a zdravotní části služby. Z hlediska modelace dostupnosti péče je však stejně důležitá kombinace nastavení výkonu, skladby činností (role v systému) a spádové populace. Díky takové triangulaci bylo možné vytvořit kompletní model národní sítě, kde každé centrum duševního zdraví připadá na 100 tisíc obyvatel a zaujímá specifickou roli v systému péče o duševní zdraví.

Díky modelu služby a národní sítě ví každý z krajských zadavatelů sociálních služeb, jaký je v regionu kapacitní horizont a současně jaká je mezera v zajištění podpory a péče. Území s milionem obyvatel má být vybavené deseti centry, území s půlmilionem obyvatel má mít center pět.

> *„Inspirací v péči o duševně nemocné byly různé zahraniční modely. Jedním z nich byl model univerzálních týmů, resp. center ve městě Terstu a dalších italských regionech. Italský model (komunitní tým působící v Terstu) poskytuje pomoc všem osobám s duševním onemocněním pro oblast osídlenou cca 60 000 obyvateli. Jejich součástí jsou i malé lůžkové kapacity. Jinou inspirací mohou být specializované asertivní komunitní týmy z Velké Británie. Jedná se o týmy pro dospělé osoby se závažným duševním onemocněním, s komplexními potřebami, které vypadávají ze služeb základních týmů duševního zdraví."* (MZČR, 2022, 4)

Příběh vývoje center duševního zdraví odhaluje inspirativní mix zahraniční evidence, klinické praxe a dobré vůle. Výsledný model se nakonec ustálil na 80 až 120 tisících a toto rozmezí se vykládá jako spádovost pro 100 tisíc lidí. Součástí tvorby sítě byla také představa o dalších prvcích sítě služeb, od stacionářů po terénní služby, obsluhujících místní populaci. Stejně tak vývoj služby a celé optimální sítě předpokládal, že jde o odhady, které tudíž bude třeba průběžně vyhodnocovat a na základě toho dále upravovat.

2.1.3 Optimalizace kapacit a sítí služeb

Celkově je možné identifikovat čtyři způsoby, jak se v korpusu evidence uvažuje o optimalizaci:

1. optimalizace jako kompenzace, kdy je snahou systematicky určovat a následně dorovnávat kapacity do určité hustoty;

2. optimalizace jako aspirace, kdy je snahou stanovit horizont rozvoje nad rámec stávajícího stavu, kde všichni mají identifikované rozvojové příležitosti – někteří menší, jiní větší;

3. pragmatické pojetí, kdy se optimum ztotožňuje s tím, co je dojednáno;

4. ekonomizující pojetí, kdy se slovo optimální používá jako synonymum slova efektivní.

Jednou z tradic, která si osvojila koncept optimální sítě, je tradice sociodemografických analýz a prognóz, zaměřených na aktuální dostupnost (vybavenost) služeb v území (Průša, 2006; Víšek & Průša, 2012). Je identifikovatelná zejména v oblasti služeb dlouhodobé péče pro seniory (Průša et al., 2019; Průša et al., 2021). V tomto modu se optimální sítí rozumí takový postup, který řeší *rozdíly ve vybavenosti* jednotlivými službami mezi kraji, obcemi nebo různými typy služeb. Slovo „optimální" zde vlastně odkazovalo k procesu *optimalizace* (viz SOCIOKLUB, 1997, Optimalizace sítě sociálních služeb v Roudnici nad Labem a jejím okolí). Autoři studie přímo nedefinovali optimální síť a termín spíše používali jako označení pro vybavenost území s akcentem na faktory, které mají vliv na rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami (Průša, 2006). Autoři předpokládají optimální uspokojování potřeb, pokud kapacita sítě, nebo (obvykleji) jednotlivých konkrétních služeb, je nastavena optimálně, tj, podle normativů vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče

(Víšek & Průša, 2012). Nepracuje se s ideálním horizontem spojeným s mírou potřeb, ale s apelem na vyrovnání dostupnosti do komparativně určeného stavu (viz Přístupy 1 a 4).

V současnosti se tento přístup sebe-označuje jako sociodemografická analýza (Vojtíšek, 2019) a navazuje na hnutí sociálních indikátorů (*social indicators movement*) šedesátých let minulého století a výzkumu sociálních nerovností zejména v oblastech zdraví, vzdělávání a naděje dožití (Land & Michalos, 2018), kde bylo praktické pracovat s územní komparací ve vazbě na specifickou doménu života a vybavenost veřejnými službami, nebo míru veřejných investic apod. Sociální statistiky se v následující dekádě dostaly také do západní Evropy a mezinárodních organizací jako WHO, OECD, Světové banky nebo OSN a od roku 1975 také do EUROSTAT, které v té době začaly konstruovat sestavy sociálních indikátorů životní úrovně (Rothenbacher, 1993). Ve druhé polovině 70. let tato vědní praxe překročila také železnou oponu. Tomeš o ní hovoří jako o „sociální analýze území" (2008, 291), kterou v té době aplikovali v Technicko-ekonomickém výzkumném ústavu hutního průmyslu. Měl dokonce za to, že *„všechny metodiky (sociálních potřeb území) vycházejí v podstatě ze stejných metodologických principů, které sociologové vypracovali (…) k identifikaci sociálních potřeb a očekávání lidí"* (Tomeš, 2008, 292). Návrh, aby zpracování sociální analýzy obce bylo předpokladem pro poskytování státních dotací na sociální aktivity jednotlivých obcí, se objevil při projednávání návrhu zásad zákona o sociální pomoci v roce 1995 (Průša, 2006; srov. Tomeš, 2017).

Druhý přístup k optimální síti je ve vazbě na potřeby osob. Takové uchopení optimální sítě také zahrnuje aspiraci na „ideální" stav. Objevuje se na pomezí sociální a zdravotní péče v rámci reformy psychiatrické péče (zde je produktem model sítě center pro duševní zdraví) a v oblasti adiktologických služeb, kde se modelují optimální sítě adiktologických služeb prostřednictvím ucelené kanadské metodologie (srov. Petruželka et al., 2022) – viz Přístupy 2 a 7.

Podobně aspirační přístup k optimální síti, který se chce vztahovat k nenaplněným potřebám podpory coby základu pro definici horizontu rozvoje, je identifikovatelný také mimo korpus evidence, a to v praxi krajského střednědobého plánování. Některé kraje používají termín „optimální síť" pro označení té z krajských sítí sociálních služeb, která směřuje nad rámec základní sítě: *„návrh optimální sítě navázal na síť základní, vycházel z odborného názoru na ideální zajištění dostupnosti jednotlivých služeb pro obyvatele kraje"* (SPRSS JČK, 2021, 11).

Třetí význam slova „optimální" odkazuje k pragmatickému rámci, kdy optimální je cokoliv, co se dojedná jako optimální normativ:

> *„Jako normativ zde označujeme jakékoli kvantitativní vyjádření dostupnosti služeb, o kterém je v určitou chvíli rozhodnuto, že bude vymezovat žádoucí dostupnost služeb, tj. dostupnost služeb, které chceme docílit v rámci tvorby sítě služeb. K tomuto rozhodnutí může dojít uvnitř úzkého kruhu odborníků, může být odsouhlaseno uvnitř nějaké profesní organizace či v rámci pracovní skupiny, může být učiněno ad hoc pro potřeby definování parametrů sítě služeb nebo může být i zakotveno v legislativě. Normativy zpravidla nějakým způsobem vycházejí z empirické analýzy,*

> *často ale není dost dobře možné dohledat, jak byla pro získání výsledných čísel použita."* (Hanzlík et al., 2020, 72)

Čtvrté, ekonomizující pojetí optima je pak možné nalézt zejména v metodikách zadávání služeb (např. MPSV, 2020) stejně jako v konkrétních strategiích (např. SPRSS HMP, 2025), kde se zadavatelé věnují spíše využití kapacit služeb než dostupnosti služeb. Optimální využití chápou jako takové využití, které je bez neefektivit, bez nevyužité kapacity.

> *„Vytíženosti jednotlivých sociálních služeb se považuje za optimální, aby podíl přímé práce z výše vypočteného objemu pracovních hodin v kalendářním roce" a ty stanovuje pro jednotlivé druhy služeb, například u pečovatelské služby nebo osobní asistence jako 65–75 %, tj. 1 100–1 270 hod. / kalendářní rok."* (SPRSS HMP 2025–2027, 13)

Jak ukazuje zahraniční vývoj, optimalizace sítě sociálních služeb je kombinací strategických a analytických procesů kombinující různé přístupy a metody k zjišťování dostupnosti služeb. Provázanost plánovacích režimů a analytických metod odpovídá trendu integrovaného plánování, který je doporučován i mezinárodními institucemi (OECD, 2020; WHO, 2022).

Zejména v posledních letech se v zahraničí prosazuje pojetí optimalizace jako procesu, který aspiruje na vytvoření co nejtěsnější vazby mezi kapacitou systému a detekovanými potřebami, přičemž síť služeb není chápána jako daný stav, ale jako dynamicky se vyvíjející flexibilní systém. Blíží se tedy aspiračnímu přístupu k modelaci optimální sítě služeb a využívá multidisciplinární přístupy ke zjišťování dostupnosti sociálních služeb.

Zahraniční zkušenosti ukazují, že pojetí optimalizace jako pouhého „vyrovnávání územní vybavenosti" (viz Přístup 1) je v některých zemích často považováno za výchozí, nikoliv dostačující. Například ve Velké Británii je zadávání sociálních služeb (*commissioning*) cyklické a místní samosprávy plánují síť na základě vyvíjejících se trendů, potřeb a finančních možností. V zadavatelském cyklu jsou využívány nástroje strategického řízení, které kombinují data o využívání služeb, demografické projekce a kvalitativní vstupy od uživatelů a veřejnosti (viz např. Glasby et al., 2019; Burchardt & Holder, 2012; Age UK, 2021; Saltman et al., 2007). Modelace optimální sítě kombinuje různé přístupy ke zjišťování dostupnosti, které jsme popsali výše. Skandinávské země pracují s konceptem rovného přístupu k základní síti služeb v každém regionu. Opět využívají kombinace přístupů k modelaci optimalizace a v posledních letech také více posilují regionální koordinaci a plánování (WHO, 2022).

V posledním desetiletí inovují participativní přístupy k optimalizaci sítí sociálních služeb. Tyto modely vycházejí z předpokladu, že efektivní a legitimní síť služeb musí reflektovat nejen odborné a statistické poznatky, ale také zkušenost uživatelů a místních komunit, a to minimálně stejnou měrou. Příkladem může být participativní plánování sociálních služeb v některých regionech Španělska nebo komunitní plánování ve Skotsku, kde jsou uživatelé služeb i širší občanský sektor zapojovaní do celého zadavatelského cyklu (Simon et al., 2021).

2.1.4 Limity evidence z pohledu zadávání sociálních služeb

Budoucí dostupnost seniorských služeb se prakticky neurčuje jinak než pomocí predikce budoucích kapacit při zachování stávajícího podílu služeb v populaci. Chybí zapojení silných stránek ostatních přístupů (Přístup 2 a 7), tj. zejména konsenzus ohledně skladby potřeb a objemu potřebné podpory spolu se stabilizovaným *modelem mixu služeb*, včetně výkonu jednotlivých služeb. Evidence sice odkazuje k různým druhům sociálních (a zdravotních) služeb, avšak neukotvuje je v teoretickém modelu mixu služeb pro specifické cílové skupiny (např. model SIPS, viz Kalvach, 2014). Podobné limity vykazuje také evidence dostupnosti služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním, kde se také nepoužívá model mixu služeb, který by vycházel z mezinárodní dobré praxe a klinických doporučení o struktuře a individualizaci komplexní péče a podpory pro cílovou skupinu. Evidence nedostatečně reflektuje riziko, které pro zadávání rozvoje sociálních služeb představuje petrifikace současného průměru v podobě spoléhání se na výpočet podílu kapacit (ať už absolutně, nebo pomocí referenčních hodnot).

S konceptem mezery v dostupnosti (*care gap*) pracuje pouze Přístup 2 a pouze v oblasti služeb pro osoby se závislostním chováním. Vychází se z nutnosti specifikace *„vztahu k nějakému jinému údaji o stejném rozměru, označujícímu žádoucí stav, oproti kterému chceme poměřovat zjištěný výchozí stav. To znamená, že si musíme stanovit určitý normativ odpovídající žádoucí dostupnosti daného typu služby“* (Hanzlík et al., 2020, 71). Nepracuje se pouze s velikostí cílové skupiny, ale s koherentním modelem, který kromě velikosti cílové skupiny obsahuje také ustálený mix služeb a strukturu cílové skupiny podle náročnosti podpory a péče a související objemy intervencí. V ostatních oblastech sociálních služeb není mezera v dostupnosti uchopená stejně komplexním, koherentním a konsenzuálním způsobem. Mimo jiné proto, že v oblasti pečovatelských služeb (pro OZP i pro seniory) probíhá dlouhodobá kontroverze ohledně deinstitucionalizace, díky níž nebylo zatím dosaženo shody na požadovaném mixu služeb ani na modelu výkonu jednotlivých druhů služeb.

2.2 Potřeby a jejich zjišťování

2.2.1 Variabilita konceptu „potřeb“

V korpusu evidence je možné identifikovat variabilitu a nejednoznačnost pojetí a významu konceptu „potřeb“ (MPSV, 2020).

> *„K všeobecně používanému pojmu ‚potřeba‘ neexistuje v souvislosti s plánováním sociálních služeb aktuálně jednoznačný výklad a obdobně není definováno ani jeho ohraničení v prostředí sociálních služeb. Při pochopení jeho náplně vycházíme nejčastěji z definice opisem nebo spíše z celkového situačního kontextu.“* (MPSV, 2020, 6)

Je možné identifikovat alespoň čtyři významy konceptu „potřeb“ (Bednář et al., 2023), které se mohou v jednotlivých textech míchat (box č. 5).

Box č. 5 **Významy konceptu „potřeb“**

1. „Potřeby“ = velikost cílové skupiny, kdy se zjišťuje velikost cílové skupiny pomocí různých zdrojů dat, statistických, administrativních či epidemiologických.
2. „Potřeby“ = sociální problém, kdy se zjišťuje jeho velikost (např. počet osob v bezdomovectví).
3. „Potřeby“ = postoje veřejnosti, kdy se zjišťují postoje veřejnosti nebo zástupců obcí na dostupnost/přítomnost sociálních služeb, na rozvoj služeb, pomocí různých kvanti- a kvali- metod a nástrojů, od dotazníku po fokusní skupiny nebo participativní setkání.
4. „Potřeby“ = „potřebnost služby“ a „potřeby území“, kdy se různě vyhodnocuje ne/dostatek konkrétních kapacit v území a zjišťuje se, o jaké kapacity konkrétních druhů sociálních služeb má obec/region zájem, nebo zda je služba určitým způsobem „potřebná“.

Potřeby coby velikost cílové skupiny

Toto pojetí vychází z předpokladu, že již data o velikosti populací v sobě obsahují dostatečnou informaci o potřebách a formách/intenzitě potřebné podpory. Příkladem tohoto pojetí konceptu „potřeb“ je Žárský & Wija (2017), kteří navrhují:

> *„Z hlediska potřeb v oblasti zajištění dlouhodobé sociálně zdravotní péče je nejvhodnějším datovým zdrojem oblast nepojistných sociálních dávek, a to především příspěvku na péči a průkazu osoby se zdravotním postižením.“* (Žárský & Wija, 2017, 100)

Specificky pak navrhují interpretovat konkrétní administrativní data ve vazbě na míru potřeb:

> *„Základním interpretačním principem je srovnání výskytu držitelů průkazů (TP, ZTP, ZTP/P) ve věkových kategoriích a z toho odvoditelné závěry z hlediska odhadu potřeb obyvatel v oblasti potřebnosti péče a současně provedení územního srovnání, a to především v rámci ‚distribuce‘ držitelů průkazů.“* (Žárský & Wija, 2017, 29)

Potřeby coby velikost sociálního problému

V druhém pojetí se potřebou myslí jevy, respektive sociální problémy, jako je například bezdomovectví, míra předluženosti obyvatel apod. Jde o podobný konstrukt jako v prvním případě, jen se místo cílové skupiny zjišťuje velikost sociálního problému a u této informace se předpokládá informační nasycenost o potřebách.

> *„(Kalkulačka) umožní na základě znalosti demografických charakteristik a informací o výskytu jednotlivých sociálních jevů a problémů (…) kvantifikovat rozsah potřebnosti sociálních služeb na území krajů nebo správních obvodů obcí s rozšířenou působností.“* (Průša et al., 2019)

Potřeby coby postoje veřejnosti

U zastánců tzv. komunitních metodologií nahrazuje sociodemografickou analýzu předchozích přístupů zjišťování postojů a názorů v populaci. „Potřeby“ jsou odvozovány z explicitních výpovědí, z hlasu těch, kterých se plánování rozvoje služeb týká. Předpokládaným motorem zjišťování potřeb je zejména samotný způsob realizace zjišťování potřeb, který využívá participativní metody. Předpokládá se, že hlas uživatelů a zúčastněné veřejnosti (např. zástupců samospráv) je vybavený znalostí o tom, co chybí a co je třeba posílit, což pak umožňuje zadávat sociální služby adekvátně zjištěným potřebám (srov. Kubalčíková, 2009; Mikulcová et al., 2022).

Potřeby coby potřebnost, respektive přítomnost kapacit v území

Význam potřeb coby „potřebnosti“ se překrývá s běžnou, neexpertní jazykovou praxí a konsensuálním porozuměním výrazu „potřeba“ ve smyslu užitečnosti (něco je potřeba, aby existovalo). Tehdy se hovoří o tom, zda a nakolik jednotlivá území (nikoliv lidé či skupiny) potřebují sociální služby (Kocman et al., 2025). Potřeby se v tomto významu prakticky překrývají s „dostupností“. Například ACORD (2024) takto zjišťuje „potřebnost kapacit“, nikoliv potřeby osob, když uvádí, že *„není dostatečná kapacita osobní asistence. Osobní asistence Kostka Krásná Lípa, p. o., týdně odmítá 2–4 zájemce. Navýšení úvazků s ohledem na potřebnost by mohlo být až dvojnásobné“* (ACORD, 2024, 155).

Ve významu „potřebnosti služeb“ tedy koncept potřeby přestává být spojený s jednotlivcem (a individuálními potřebami) nebo se skupinou (a specifickými potřebami cílové skupiny) a splývá s charakteristikou systému. Pro takovou potřebnost není nutné nejprve vyhodnocovat situaci osoby nebo definovat potřeby skupiny, ale lze ji měřit jednoduchým benchmarkingem služeb nebo dotazováním se veřejnosti, zda mají za to, že v území ne/chybí sociální služby (viz Přístupy k měření dostupnosti identifikované v podkap. 3.1).

V tomto modu například ACORD (2024) zjišťuje, že *„zástupci města České Kamenice reportují nedostatečnou kapacitu domovů pro seniory a velkou potřebnost služby NZDM, (…) Benešov nad Ploučnicí má nedostatek sociálních bytů a dlouhodobě chybí služby typu Senior taxi, potřebnost je velká“* (ACORD, 2024, 148). Obdobně uvažují další autoři:

> *„…pojmenovat indikátory pro určení potřebnosti služeb sociální prevenci na území obcí s rozšířenou působností Karlovarského kraje. (…) Indikátory určující potřebnost respektive vytíženost služby budou vždy jen orientační.”* (Raditsch et al., 2023, 2)

Alternativně se „potřebnost“ služeb v území odvozuje pomocí statistických metod, administrativních dat a vybraných veličin. Takové pojetí bylo popsané jako Přístup 1 k měření dostupnosti (viz podkap. 3.1.1) a lze jej nalézt v predikčních studiích odhadujících *„budoucí potřeby sociálních služeb“* (Hon, 2021, 70).

> *„(Když) se zabýváme budoucí potřebností infrastruktury dlouhodobé lůžkové péče (lůžek LTC), pracujeme se současným stavem infrastruktury lůžek LTC (2022) a hodnotíme dostupnost této vybavenosti z pohledu změn počtu obyvatel k roku 2030 a 2050 podle prognózy. (….) K roku 2030 se dá očekávat celopražská potřebnost cca 6 až 9 tis. nových lůžek LTC.“* (IPR, 2023, 5)

Jinými slovy, potřeba v tomto přístupu splývá s prostým požadavkem na kapacitu služeb v území, na základě výpočtu podle zvolené metody kalkulace a typu dat. Může jít o přímé dotazování nebo kalkulaci budoucí dostupnosti. Potřeby nejsou potřebami osob, ale kvalitou území, kde sociální služby jsou nebo nejsou „potřeba“.

2.2.2 Metodologie zjišťování potřeb[11]

Potřeby ve všech čtyřech uvedených významech jsou spojené s metodami sociálního výzkumu, nepojí se na teorii potřeb osob (skupin) v sociální práci. Autoři se zaměřují na mapování velikosti cílových skupin pomocí demografických a statistických dat a epidemiologických modelů; provádějí kvantitativní a kvalitativní šetření představ veřejnosti, zástupců cílové skupiny, zástupců samospráv o užitečnosti konkrétních druhů sociálních služeb a požadavků na rozvoj kapacit v území. Akcenty na sociodemografickou analýzu a komunitní zjišťování postojů integruje řada autorů v mixu metod sociálního výzkumu, od základních statistických a administrativních přehledů přes výsledky dotazníkových šetření v populaci po skupinové a individuální rozhovory zacílené na zástupce místních skupin (Vojtíšek, 2019).

> *„V případě cílové skupiny osob se zdravotním znevýhodněním je nejběžnější metodou odhadu velikosti cílové skupiny triáda administrativních dat o příjemcích příspěvku na péči, držitelích průkazu ZTP a příjemcích invalidního důchodu. Spolu s administrativními daty kvantitativní povahy se pro odhad velikosti specifické cílové skupiny využívají epidemiologické modely – tj. podíly dané skupiny v celé populaci.“* (Paleček et al., 2024, 46)

[11] Novela zákona o sociálních službách 2025 vnese do praxe kromě „zjišťování potřeb“ nový termín „analýzy potřeb“. Má jít pravděpodobně o synonyma, ale je možné, že paralelní existence dvou rozdílných konceptů („zjišťování potřeb“ a „analýza potřeb“) povede k nejistotám a nutnosti jejich diferenciace a vyjasnění.

Kombinaci epidemiologických a administrativních dat použili k odhadu velikosti cílové skupiny například Thorová et al. (2019), kteří vyšli z epidemiologických celosvětových studií a zprůměrovali odhad velkosti populace lidí s autismem na 1,5 % (Thorová et al., 2019, 8). K tomu přidali údaj o prevalenci potíží v učení a získali územní model, který udával odhad *„cca 4 400 osob s PAS (z toho cca 1 670 má mentální postižení). Ročně se v Karlovarském kraji narodí 1 365 dětí, což znamená, že se ročně v Karlovarském kraji narodí cca 20 dětí s PAS“* (Thorová et al., 2019, 10). Autoři plánovali využít ještě statistické údaje ze školství, zejména z Ústavu pro informace ve vzdělávání, který sleduje počty dětí, žáků a studentů podle postižení a samostatně eviduje také počet osob s autismem. Všimli si však, že *„od roku 2005/2006 sledujeme výrazný nárůst dětí, žáků a osob s autismem, pokles nastává v roce 2017/2018. Dle vyjádření MŠMT je důvodem tohoto poklesu fakt, že část osob dříve evidovaná samostatně pod kolonkou autismus je v případě přidružení dalších postižení nově vykazována v kolonce děti, žáci, studenti s více vadami. Tomu odpovídá fakt, že školní rok 2017/2018 oproti předchozímu školnímu roku zaznamenal pokles o cca 1 900 žáků s autismem v základním školství, zatímco nárůst žáků s více vadami byl téměř dvojnásobný – rozdíl činil více než 5 000 žáků*“ (Thorová et al., 2019, 12).

Tím se podle autorů stala data ze školního roku 2017/2018 pro přiblížení počtu dětí, žáků a studentů s PAS ve vzdělávacím procesu v kraji bezcennou. Důležitým rysem konstrukce velikosti cílové populace je, že každá z využitých metod a datových zdrojů běžně generuje odlišný odhad velikosti skupiny.

> *„Tuto rozrůstající se paletu odhadů pak lze ještě obohatit o další údaje, například z výzkumů provedených v regionu nebo z kvantitativních odhadů získaných od poskytovatelů služeb a sociálních odborů. A tyto různé a často poměrně odlišné údaje není možné jednoduše zprůměrovat či jinak sjednotit. Neexistuje ani cosi jako nejautoritativnější údaj, který by mezi ostatními vyčníval svou vahou. A každý nový výzkum tak spíše k předchozím údajům o velikosti cílových skupin přidává další údaj. Veřejná samospráva ve výsledku vidí lidi s postižením mnohočetně, tzn. jako skupiny, pro které platí současně několik údajů v závislosti na zvolené metodě zjišťování a datovém zdroji.“* (Paleček et al., 2024, 46–47)

U cílových skupin služeb prevence navrhují skladbu zdrojů Raditsch et al. (2023), kteří uvádějí statistiky služeb, sociální dávky závislé na výši příjmu, statistiky nezaměstnanosti, počet osob opouštějících instituce, evidenci OSPOD, údaje ČSÚ a další údaje (jako např. údaje hygienických stanic, škol, apod.), která doplňují o tzv. měkká data, kam řadí vyjádření sociálních pracovníků apod.

> *„Ve hře je tolik proměnných, že i přes získání tvrdých dat z nich bude možno učinit jen kvalifikovaný odhad. Jeho relevanci odhadujeme na +- 30 %. Není možné vybrat indikátory tak, aby spolehlivě indikovaly množství uživatelů jednotlivých sociálních služeb.“* (Raditsch et al., 2023, 2–3)

Podobně uvažuje také ACORD (2024), kde *„mezi ukazatele potřebnosti patří nezaměstnanost, nízké vzdělání, exekuce, vyplacené dávky v hmotné nouzi či nedokončování základní školní docházky. Většina těchto ukazatelů je zakomponovaná v rámci tzv. indexu sociálního vyloučení, který pro každou obec vypočítává Agentura sociálního začleňování“* (ACORD, 2024, 163).

Autoři dále revidují zdroje, které umožní „odhad počtu potenciálních uživatelů“ služeb prevence:

> *„Každá z cílových skupin jednotlivých druhů služeb sociální prevence vykazuje specifický znak, který je nezávisle na ní kvantifikovatelný subjektem veřejné správy či jiným subjektem. Například osoby se sníženou soběstačností v drtivé většině případů pobírají příspěvek na péči. Takovým způsobem je možné zjistit počet potenciálních uživatelů. To samo o sobě však neznamená, že uvedení lidé budou reálnými uživateli služeb sociální prevence. Abychom došli k přesnému odhadu, bude nutné křížit několik indikátorů. Jedním z nich bude výše uvedený specifický znak, dalším bude počet reálných uživatelů jednotlivých služeb sociální prevence za uplynulá léta, nejméně 3 roky v ideálním případě. Dalším indikátorem může být měkký údaj (například vyjádření sociálního pracovníka, odhady expertů a podobně).“* (ACORD, 2024, 3)

Zjišťování potřeb má být základním kamenem střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb (MPSV, 2020) a explicitně či implicitně usiluje o převod objemu zjištěných potřeb na objem plánovaných kapacit a jejich vzájemné sladění. Korpus evidence však pro zjištěné potřeby nenabízí formalizované kalkulační převodníky. Místo kalkulačních vzorců se spíše využívá kolekce jednoduchých heuristik, tj. ustálených pravidel a vzorců uvažování, které pomáhají propojit výstupy „zjišťování“ s odhadem kapacit sociálních služeb (Kocman et al., 2025). Mezi takové heuristiky patří zejména:

- ustálená představa ohledně vazby mezi mírou individuálních potřeb a druhem péče, zejména představa, že lidé s příspěvkem na péči ve stupni III a IV mají čerpat pobytovou službu, a nikoliv podporu terénních služeb (srov. Žárský & Wija, 2017);
- ustálený vzorec týkající se osob s vysokou mírou potřebné podpory, u nichž se nepředpokládá osamostatňování a nezávislost, se mylně ztotožňuje se životem zcela bez podpory (srov. Paleček et al., 2024);
- jinou heuristikou je rozvolnění mezery v poskytované péči prostřednictvím konceptu „potenciálních klientů služeb“ (Wija et al., 2019), což umožňuje bez dalších kalkulačních postupů a zpřesňování ztotožnit míru potřeb s velikostí cílové skupiny.

Jen ojediněle zdroje doporučují přiřadit k velikostem populací a zjištěným postojům také systematické informace ze sociální práce, jako jsou „specifické potřeby cílových skupin“ (Bednář et al., 2024). Takové potřeby jsou přitom známé a v odborné literatuře podloženě definované, v procesech

zjišťování a plánování je tak stačí aplikovat. Příkladem specifických potřeb cílových skupin je čas na odpočinek pro neformální pečující (FDV, 2018; Kasincová, 2019; Průša, 2016b; SocioFactor, 2022a), život v prostředí, kde má člověk sociální vazby a kde se cítí doma pro osoby se zdravotním postižením (Šiška & Káňová, 2020; Tomášková et al., 2023; VOP, 2019), nebo stabilní dostupné bydlení pro osoby v akutní bytové nouzi (Kocman et al., 2019; Walach et al., 2023). Odkazuje se tu vlastně k intervencím či „podporám" různého druhu, na kterých existuje shoda založená na důkazech, jejichž naplnění umožňuje návrat či pokračování běžného života.

2.2.3 Limity evidence z pohledu zadávání sociálních služeb

Zjišťování potřeb chápané jako zjišťování velikosti cílové skupiny či sociálního problému tvoří důležitou komponentu plánování rozvoje sociálních služeb, jejich určení je většinou možné jako odhad, založený na konsenzu a triangulaci různých zdrojů dat a metod výpočtu. Odhady velikosti populací však samy o sobě neobsahují dostatečnou informaci o potřebách cílových skupin, potřebách péče ani o chybějících kapacitách sociálních služeb. Stejně tak jsou pro zadávání sociálních služeb důležité vstupy uživatelů. Jsou nepostradatelné zejména jako zdroj informací o tom, co cílové skupině chybí a co nefunguje v systému péče a podpory. Evidence přitom naznačuje, že běžnější je doptávat se veřejnosti (zástupců vedení obcí nebo zástupců místních obyvatel) na to, zda je vybavenost sociálními službami dostatečná, případně zda některé služby rozvíjet. Přitom běžná zkušenost nebývá schopna odpovídat na takto cílené otázky.

V evidenci také chybí rámec zapojování uživatelů coby partnerů v procesech zadávání služeb (známý v mezinárodní praxi jako ko-produkce). „Koprodukce sociálních služeb" není v české evidenci reflektovaná, byť patří mezi doloženou nejlepší praxi (Schehrer & Sexton, 2010; Rethink, 2015; NCCMH, 2019; LGA, 2022; ADASS, 2022; Plymouth, 2023).

Korpus evidence nereflektuje ani další koncepty mezinárodní debaty, jako jsou například „pečovatelská chudoba" (*care poverty*) (Kröger et al., 2019; Kröger, 2022) či metody zjišťování nepokrytých potřeb péče (*unmet needs*) (Malisauskaite et al., 2021; Kröger et al., 2025) a „mezery" (*care gap*) mezi potřebami péče a poskytovanými službami, které mají na potřeby reagovat (Walker, 1985), zejména ve vazbě na výstupy sociální práce (Thompson et al., 2009; srov. Robertson & Ewbank, 2020).

Návody na zjišťování potřeb nenapovídají, jak pomocí konceptu „specifických potřeb cílových skupin" usadit rozvoje sociálních služeb v klinicky ověřené evidenci. Pro některé cílové skupiny (zejm. osoby s vysokou mírou potřeb) je navíc při zadávání sociálních služeb kromě populačních potřeb praktické také zohledňovat objem individuálních potřeb podpory. K tomu však v evidenci chybí dostatečná opora pro nastavení postupů a výběr nástrojů. Někteří autoři tyto limity v postupech a metodách zjišťování sami reflektují, když si všímají, že *„reálné potřeby ze statistik není možné zjistit. Osoba může být zcela závislá na péči druhé osoby, ale má pečující rodinu, která zajišťuje převážnou část*

péče, a po poskytovateli požaduje například pouze koupel jednou týdně. Ve sledovaných a evidovaných informacích tedy nejsou zřejmé další zdroje, které klienti využívají. Všechny subjekty státní správy a samosprávy, od Ministerstva práce a sociálních věcí přes krajské úřady až po úřady obcí, zajímá pouze údaj o počtech klientů. Dle našeho názoru však kapacitu sociálních služeb tímto způsobem ‚měřit' nelze" (Horecký et al., 2023, 11).

> *„Lze tedy jen obtížně usuzovat, kolik z lidí se zdravotním znevýhodněním s podporou komunitních terénních služeb již žije důstojný a nezávislý život a pro kolik je dosavadní podpora (v domácím prostředí, stejně jako v pobytových službách) stále kapacitně nedostatečná a neodpovídá jejich potřebám. Ani počty lidí ve službách, ani počty neuspokojených žadatelů, ale ani součty lidí v různých stupních závislosti na péči (resp. v různých kategoriích příspěvku na péči) nedávají jasnou představu o skutečných (a celkových) potřebách lidí se zdravotním znevýhodněním."* (Paleček et al., 2024, 55)

Jinými slovy, návody na zjišťování potřeb až na výjimky chybí a postrádají propojení s mezinárodní *teorií potřeb* v sociální práci a jejím využitím v jednotlivých úrovních zadavatelského procesu (srov. Newbigging et al., 2015). Jak připomíná metodika britského ministerstva zdravotnictví, základní kvantitativní (sociodemografické) a kvalitativní (postojové) údaje je žádoucí doplnit také o detailnější vyhodnocení potřeb na úrovni obcí a s ohledem na různé cílové skupiny při zohlednění širších faktorů ovlivňujících životy lidí (DoH, 2013). Jedním z ojedinělých příkladů aplikace teorie potřeb je v českém korpusu projekt ROBIN, jehož cílem bylo inovovat zjišťování dostupnosti, povahy a kvality komunitních pobytových služeb pro osoby s mentálním postižením (Káňová et al., 2020). Korpus evidence obsahuje také dva experimenty s využitím teorie potřeb v procesech zadávání sociálních služeb (Veselka & Veselková 2024b; Bednář et al., 2024). Jak připomínají Tomášková et al. (2023), pro zefektivnění systémového nastavení bude nutné mimo jiné také propojit zejména klinické postupy vyhodnocování potřeb známé v sociální práci se stávajícími procesy posuzování nároku na příspěvek na péči. Rámcově by se podle autorek mělo jednat o posun od stanovení „stupně závislosti" k posouzení potřeb podpory a péče (Tomášková et al., 2023; AIP, 2024).

2.3 Možnosti financování sociálních služeb

Cílem této podkapitoly je kritická syntéza evidence týkající se mechanismů a zdrojů financování sociálních služeb. Závěrečná část se zaměřuje na debatu o nákladovosti individualizované péče a specificky se věnuje jejím metodologickým rámcům, které srovnává s mezinárodní literaturou.

2.3.1 Zvyšování výdajů na sociální služby – dosavadní trend a budoucí nároky

Evidence dokládá zdvojnásobení výdajů veřejných rozpočtů na sociální služby mezi lety 2013 a 2023 (Horecký, 2020; MPSV, 2019; Paleček et al., 2024). Jen mezi lety 2010 a 2015 *„podíl výdajů na sociální služby na HDP ve sledovaném období vzrostl cca dvakrát, v roce 2015 činil 1,3 %“* (Průša, 2017, 102). V období 2007–2019 se zvýšily státní dotace o 134 % (Horecký, 2020). Tentýž trend potvrdila analýza MPSV (2019), která ukázala, že z jednotlivých komponent vícezdrojového financování provozu sociálních služeb nejvyšší růst z veřejných zdrojů zaznamenala dotace MPSV na sociální služby, která *„od roku 2013 do roku 2019 vzrostla o 156 %, u krajů (dotace, granty, příspěvky zřizovatelů) o 115 % a u obcí (dotace, granty, příspěvky zřizovatelů) jen o 27,4 %“* (MPSV, 2019a, 2).

Evidence uvádí mix faktorů tohoto růstu nákladů, od rozvoje kapacit sociálních služeb přes růst potřeb klientů (zejm. stárnutí a zvyšování počtu uživatelů s demencí) a s tím související zvyšování počtu zaměstnanců na počet klientů sociálních služeb. Podle Horeckého (2020) je však klíčovým faktorem zvyšování platů a mezd rozhodnutím vlád ČR, kdy *„nárůst dotace souvisí s tím, že od roku 2007 do roku 2019 se u všech zaměstnanců v sociálních službách zvyšovaly kontinuálně základní platové tarify. Tyto změny byly vždy kompenzovány státní dotací i u organizací odměňujících mzdou. Od roku 2007 do roku 2019 se zvýšily základní platové tarify pracovníků v sociálních službách souhrnně o 75 %“* (Horecký, 2020, 7).

Tento faktor podtrhuje také analýza MPSV (2019a), když uvádí, že *„největší podíl na celkových nákladech sociálních služeb představují náklady na mzdy a platy pracovníků, které představují 73 %“* (MPSV, 2019a, 3).

> *„Ke zvýšení platů a mezd došlo především v důsledku vládních rozhodnutí o navyšování tarifů pracovníkům v sociálních službách. Mezi lety 2013 a 2018 se zvýšil plat v průměru až o 50 % u pracovníků v přímé péči a o 30 % u ostatních profesí. (…) Celkově se u domovů pro osoby se zdravotním postižením průměrně zvýšil náklad z 31 247 Kč na 45 175 Kč (tj. o 45 %).“* (MPSV, 2019a, 21)

Význam podílu personálních nákladů souvisí také s tím, že se v řadě služeb zlepšuje poměr pracovníků přímé péče na počet klientů, a tím pádem rostou ve stávajících službách personální náklady (Horecký, 2020). Na dynamiku vývoje platů a mezd mělo vliv také nízké financování v předchozím období, konkrétně pak *„prakticky stabilní úroveň státní dotace na lůžko v ústavních zařízeních po celou 2. polovinu 90. let a na počátku tohoto tisíciletí“* (Průša, 2017, 101). Deloitte (2015a) v tomto směru připomíná srovnání Evropské komise (EC, 2012), které ukázalo, že průměr veřejných výdajů EU-27 na dlouhodobou péči činil na konci první dekády nového tisíciletí 1,84 % HDP. Česko přitom na dlouhodobou péči vydávalo 0,87 % HDP, zatímco severské země nebo Nizozemsko mezi 3,5 a 5 % HDP. Velká Británie necelá 2 %. Pod celoevropským průměrem byly

však také bohatší středoevropské země jako Rakousko nebo Německo, které na dlouhodobou péči vydávaly 1,43 %, respektive 1,63 % HDP (Deloitte, 2015a, 68).[12]

Mezi nejvýznamnější trendy v oblasti rozvoje kapacit se mezi lety 2007 a 2018 řadí *„snížení počtu domovů pro seniory z 525 na 463 a současně zvýšení počtu domovů se zvláštním režimem ze 75 na 341; zvýšení počtu azylových domů ze 162 na 217; navýšení chráněných bydlení ze 70 na 2 104 a současně snížení klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením z 15 962 na 11 787"* (Horecký, 2020, 8). A v tomto období *„došlo k celkovému zvýšení počtu lůžek v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem ze 42 611 na 53 510"* (ibidem).

Evidence mezi faktory ovlivňující dynamiku rozvoje kapacit neuvádí strategickou prioritizaci konkrétních druhů nebo typů sociálních služeb. Rozvoj kapacit je evidovaný napříč druhy a typy služeb bez významného ohledu na politické vize a závazky: rozvíjejí se institucionální služby stejně jako komunitní služby (pobytové, zejm. CHB, stejně jako terénní), služby sociální péče stejně jako sociální prevence. Podle některých autorů je však setrvačný rozvoj kapacit bez důrazu na strategické cíle a priority problematický (SPMP, 2021). Evidence dále neobsahuje doklad o tom, že by například dosavadní deinstitucionalizace významně prodražovala celkové provozní výdaje. Evidence také naznačuje, že určité segmenty sociálních služeb, jako například podpora pečujících rodin, komunitní péče pro OZP a duševní zdraví, jsou významně poddimenzované (srov. Ombudsman 2018, 2019). Řada autorů také uvádí, že dosavadní rozvoj komunitních služeb sociální péče nebyl robustní natolik, aby v potřebném objemu podpory umožnil možnost volby při výběru typu sociální služby garantovou Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením (Paleček et al., 2024; ANED, 2019).[13]

> *„Jedním z důvodů může být to, že růst nákladů tažený zejména růstem osobních nákladů je vyvolán historickým vnitřním deficitem v oblasti personálního zajištění, který se obnažil změnou ve způsobu poskytování služby. V takovém případě však zvyšování nákladů není primárně výsledkem transformace, ale spíše popsání a řešení neutěšeného stavu."* (Lejsal, 2013b, 15)

Sektorová podfinancovanost přitom nemusela být ani přes zvyšování platů a mezd v uplynulém období narovnaná. Nejvyšší kontrolní úřad (2019) například konstatoval, že *„přestože v kontrolovaném období docházelo k navyšování platů a mezd v sociální oblasti, dosahovala v letech 2015 až 2016 průměrná hrubá měsíční mzda u podskupiny zaměstnanců ‚ošetřovatelé a pracovníci*

[12] Zpráva Evropské komise „*Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018*" přitom udává, že se předpokládá růst veřejných výdajů na dlouhodobou péči ze současného průměru 1,6 % HDP na průměr 2,7 % HDP mezi lety 2016 a 2070 (EC, 2018).

[13] Mít možnost zvolit si formu péče do národního *policy* rámce aplikoval například strategický cíl B Akčního plánu k přechodu sociálních služeb k péči poskytované na komunitní bázi a k větší individualizaci péče a k podpoře deinstitucionalizace sociálních služeb v ČR pro období 2023–2025, když sliboval „*vytvořit podmínky pro svobodnou volbu klienta o směřování další pomoci, podpory a péče s důrazem na respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, samostatnosti a práva začlenění do společnosti*".

v sociálních službách v oblasti pobytové péče' cca 68 % průměrné hrubé měsíční mzdy v nepodnikatelské sféře" (NKÚ, 2019, 9). To by znamenalo, že strategické investice do celého sektoru stále patří mezi klíčové rozvojové úkoly státu. NKÚ proto také upozorňuje, že v příštích letech, kdy *„bude narůstat význam poskytovaných peněžních prostředků na sociální služby a současně budou růst nároky na personální zabezpečení v oblasti sociálních služeb"* (ibidem, 3), bude třeba více prostředků než doposud, aby mohly vzniknout dostatečné kapacity, které umožní uživatelům volbu.

Na tom, že trend zvyšujících se nároků na financování sociálních služeb bude pokračovat také v budoucnosti, je tedy v korpusu evidence identifikovatelná jednoznačná shoda. V návaznosti na rozdílné přístupy ke sledování dostupnosti (viz podkap. 3.2) lze rozlišit dva body uvažování o těchto budoucích nárocích:

1. finanční nároky budou souviset s budoucím zachováním stávající dostupnosti;

2. finanční nároky budou souviset s rozvojem aktuálně nízké dostupnosti.

První se objevuje ve studiích o rozvoji seniorských služeb, druhý zase ve studiích o rozvoji služeb pro osoby se zdravotním postižením, kde se poddimenzovanost a aktuálně nízká dostupnost vhodné sociální péče tematizuje nejhlouběji ve vazbě na potřeby a přání uživatelů. Někteří autoři i nadále uvádějí státní rozpočet jako základní zdroj financování těchto rozvojových nároků a poukazují na to, že podíl státu na nákladech sociálních služeb není majoritní, nehledě na odpovědnost státu za naplnění závazků vůči občanům a s tím související roli veřejných zdrojů:

> *„Vzhledem k demografickému vývoji a stárnutí obyvatelstva bude docházet k nárůstu nároků na finanční prostředky ze státního rozpočtu a na personální zabezpečení v oblasti sociálních služeb. V současné době se MPSV podílí na financování sociálních služeb formou dotace na sociální služby (27 %) a příspěvku na péči (20 %)."* (NKÚ, 2019, 17)

> *„Je nutné zajistit dostatečný objem finančních prostředků ve státním rozpočtu. Současný systém je podfinancován."* (AKČR, 2022, 12)

Většina textů v korpusu evidence týkajících se možností financování se však věnuje identifikaci možných alternativ ke státnímu rozpočtu.

2.3.2 Možnosti a zdroje financování

Nejčastěji uváděnou alternativou financování ze státního rozpočtu jsou návrhy (v korpusu častěji rámované jako apely) na větší zapojení soukromého sektoru. Týkají se specificky služeb sociální péče, u služeb sociální prevence se akceptuje, že mají být financované z veřejných zdrojů (Průša, 2015b,

6).[14] Apel na zapojování soukromých zdrojů je obvykle odvozovaný od předpokládané nestability financování spojené s růstem seniorské populace a související mírou potřebné péče a podpory na jedné straně, a nároky na veřejné finance a rozvoj služeb na straně druhé. Inferenční vztah přitom nevyplývá z povahy růstu výdajů, respektive růstu populace příjemců péče, autoři jej běžně nastolují prostou juxtapozicí obou jevů.

> *„Očekává se, že počet příjemců příspěvku na péči se v následujících 40 letech ztrojnásobí a dosáhne 1,1 milionu. Proto je legitimní otevřít také diskusi o možném zapojení soukromého sektoru do rozšíření kapacit a nabídky služeb v oblasti dlouhodobé péče."* (Krása et al., 2020, 13)

Důvodem identifikované nutnosti většího využití soukromých zdrojů je pro některé autory také to, že nedostatečné financování a rozvoj sociálních služeb z veřejných zdrojů vidí jako politickou volbu, nikoliv ekonomickou nutnost.

> *„Z mého pohledu hlavním důvodem je, že vlády selhávají v zajištění poskytování veřejných služeb pro své občany v požadovaném a potřebném objemu, struktuře a kvalitě. A to je politická volba. Nedávná pandemie covidu-19 ukázala, že zde nejde o peníze, ale o jejich směrování."* (Horecký, 2022, 12–13)

[14] Odlišná filozofie financování služeb prevence a služeb péče se dává do vztahu k předpokládanému inherentnímu rozdílu v jejich povaze: „*Charakter služeb (prevence) je ve srovnání se službami sociální péče zcela odlišný. Zatímco služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení, služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jím ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.*" (Průša, 2015b, 6). Z hlediska procesu sociální práce (srov. Watson & West, 2006; Taylor & Devine, 1993) jsou však uváděné rozdíly mezi službami prevence a péče nevýznamné. Sociální práce s cílovými skupinami se může lišit ve vazbě na specifické potřeby jednotlivých skupin či různé klinicky relevantní dobré praxe, ale jako proces, jemuž jsou předsazené cíle a hlavní zásady (Milner & O'Byrne, 2002), včetně etických zásad (Banks, 2012) a na nějž navazují klinické kompetence (CCETSW, 1992), je sociální práce jediná (jednotná) (Adams et al., 2002). Rozlišování mezi službami péče a prevence tak spíše přetrvává z éry přípravy zákona o sociální pomoci, kdy sociální služby byly podřízeny myšlení tzv. třech pilířů sociálního zabezpečení a převažující pozornosti speciálním populacím, které měly být vystaveny programům responsibilizace jednotlivce a aktivního občanství v rámci zásluhovostí (srov. Tomeš 1991; Niederle & Víšek, 1995; Průša, 2002), pocházející z neoliberální krajiny sociálních dávek (Shamir, 2008; Lødemel & Moreira, 2014). Z hlediska jednotného procesu sociální práce byla však konstrukce dvou „zcela odlišných" kategorií sociálních služeb nešťastná.

Jedna část úvah o vyšším zapojení soukromého kapitálu se týká rozvoje infrastruktury sociálních služeb. Zde se zejména hovoří o možném využití tzv. „PPP projektů“, kdy privátní sektor financuje, navrhuje a staví (případně také následně provozuje) infrastrukturní projekty s odvoláním na nedostatek veřejných zdrojů a státy pak tyto investice dlouhodobě splácejí. Argumentace má typicky apelační povahu.

> *„Nelze očekávat, že bez zapojení dalších finančních prostředků, například formou PPP projektů, ze strukturálních fondů, popř. ze soukromých zdrojů (vč. zahraničních) bude možné očekávané potřeby příjemců příspěvku na péči naplnit.“* (Průša, 2017, 108–109)

Jindy se korpus evidence omezuje na připomínání předpokladů, spíše než shromáždění robustní evidence jako podkladu pro tvorbu *policy*.

> *„Soukromý sektor buduje v posledních letech kapacity sociálních služeb nejvíce. Přináší do sektoru zdravou konkurenci. Přítomnost soukromého sektoru je standardem západních trhů.“* (EY, 2021, 9)

Kromě úvah o financování infrastruktury se návrhy týkají také provozních nákladů. Zde apel na vyšší zapojení soukromých zdrojů tematizuje například možné odstropování výše úhrad. Větší objem financí od uživatelů, ovšem při současné aplikaci mechanismu „zisku“, respektive „přiměřeného zisku“, by podle proponentů měl být tím hlavním motorem rozvoje (Průša, 2015b; Horecký et al., 2021a). Debata je však zčásti komplikovaná tím, že není pokaždé definováno, který ze třech druhů úhrad je předmětem návrhů k odstropování. Například Průša et al. (2021, 310–313) hovoří o potřebě zvýšit úhrady obecně, až následně se autoři vztahují pouze k úhradám za ubytování a za jídlo, a již nikoliv k úhradám za péči. Tezi o tom, že zvýšení úhrad uživatelů povede ke snižování podílu veřejných zdrojů na financování služeb, je teprve třeba empiricky ověřit.[15]

> *„Při rozhodování o konkrétní úpravě výše úhrad za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb je potřeba mít na zřeteli, že zvýšení úrovně těchto úhrad sníží závislost poskytovatelů pobytových zařízení na přiznání dotací ze státního rozpočtu a umožní poskytovat sociální služby na kvalitní úrovni.“* (Průša et al., 2021, 313)

Otázka „přiměřeného zisku“, tedy pouze takového zisku, který by umožnil rozvoj a údržbu infrastruktury a neumožňoval bez další regulace vyvádění finančních prostředků ze systému sociálních služeb, je v evidenci tematizovaná pouze obecně:

[15] Zkušenost krajských zadavatelů z jednání s privátními poskytovateli sociální péče dokonce napovídá, že motivace řady z nich není nahradit dosavadní model financování služeb, ale spíše jej doplnit o další zdroj v podobě veřejných dotací a grantů.

> *„…co se má dít se ziskem a jaká výše zisku je přijatelná, resp. přiměřená. Pokud je zisk nebo část zisku reinvestována do zlepšení poskytovaných sociálních služeb, zůstává v sektoru sociálních služeb, a tudíž nedochází k jeho úniku. A o to jde především. Budoucnost spočívá v rozumné a přijatelné kombinaci – veřejných a soukromých poskytovatelů (komerčních i neziskových) a ve vytvoření regulačního a kvalitativního rámce.“* (Horecký, 2022b, 13)

Svébytnou variantu většího zapojení soukromých kontribucí nabízí téma zavedení pojištěneckého modelu (Deloitte, 2015a; Krása et al., 2020; Hruška et al., 2022; AKČR, 2022). Stoupenci tohoto modelu si slibují zajistit nové zdroje určené pro rozvoj služeb mimo existující mechanismy zapojení veřejných zdrojů. Pro některé autory je pojišťovací model především nástrojem, jak umožnit soukromým poskytovatelům přístup k veřejným financím (Krása et al., 2020), pro jiné by zavedení pojištěneckého modelu přineslo zejména autonomii na rozpočtu státu a řešilo rizika spojená se stávajícím dotačním mechanismem a nejistotami každoročních dojednávání státního rozpočtu (AKČR, 2022).

Návrhy přechodu na „pojišťovací“ model většinou hovoří o „kvazipojišťovacím“ modelu, známém z domén sociálního zabezpečení i zdravotnictví, kdy se jedná o prosté odvody jednotlivců a příjmy státu, zvykově ve středoevropském prostoru označované jako „pojištění“, nikoliv o pojišťovací model praktikovaný v soukromém pojišťovnictví.

> *„Rozlišení vychází z toho, do jaké míry jsou uplatněny pojistně-matematické principy (u pojištění), resp. stanovení odvodů nezávisle na míře rizika, které je s pojištěncem spojeno. Kvazipojištění je možné ilustrovat na systému veřejného zdravotního pojištění, které, ač je pojmenováno ‚pojištění‘, se de facto chová jako daň. Výše odvodů je založena na výši příjmů, nikoliv na míře rizika onemocnění či potřeby zdravotní péče.“* (Lejsal, 2013a, 16)[16]

V korpusu evidence existuje jistá míra nejistoty ohledně variant nastavení a fungování celého mechanismu. Studie Deloitte (2015a) předpokládá, že *„pojistné na sociální služby bude zavedeno nad rámec stávajících odvodů na veřejné pojištění (pojištění na sociální zabezpečení a zdravotní*

[16] Podobně hovoří o pojištění v oblasti sociálního zabezpečení také Igor Tomeš v rozhovoru z roku 2017: „*Říká se tomu pojistná část, ale není to pojistná část, je to příjem a výdaj státního rozpočtu, takže je to státní sociální zabezpečení. U nás už nemáme sociální pojištění. U nás je to všechno sociální zabezpečení. Ale v zákonu to ještě zůstává. To použila Klausova vláda (…) a oni právě z historických důvodů zůstali u termínu pojištění, ačkoliv převzali komunistický model státního zabezpečení*“ (Tomeš, 2017). Tomeš zde naráží na administrativní mechanismus, kde ortodoxie sociálního zabezpečení odlišuje pojištění od podpory (zabezpečení) podle toho, že první využívá odvody na zvláštní účty, druhý odvody do státního rozpočtu. Soudobé modely sociálního pojištění jsou tak často výrazem nostalgie po Bismarckismu, než klasickým pojišťovacím nástrojem ochrany proti ztrátě příjmu. Především pokračující procesy univerzalizace, tj. rozšiřování pokrytí obyvatel a spektra rizik a zejména povinností nad rámec odvodů, smazávají zejména od 70. let 20. století rozdíly mezi pojišťovací logikou a logikou podpory (srov. Konopásek, 1998).

pojištění). Obdobný bude i mechanismus určení výše pojistného z hrubé mzdy a jeho okamžité užití" (Deloitte, 2015a, 133). Podobně Asociace krajů ČR má za to, že *„pokud by se přistoupilo k rozšíření odvodů z odměny za práci, systémově by mohlo být řešeno přes ČSSZ a nevznikal by zcela nový aparát státní správy"* (ibidem, 12). Proti tomu Vostatek argumentuje, že *„nelze doporučit zavedení nového systému povinného pojistného; celková výše příspěvků na sociální zabezpečení je totiž v českém daňovém mixu extrémně vysoká – a je nutno ji aspoň částečně nahradit jiným zdaněním"* (Vostatek, 2021, 5).

Vedle povinného veřejného pojištění dlouhodobé péče proto někteří autoři uvažují také o přechodu na soukromé připojištění dlouhodobé péče v zaměstnanecké variantě *„skupinového pojištění ekonomicky aktivních osob za organizační pomoci a případné finanční participace jejich zaměstnavatelů, (…) existovat by měla i plně individuální forma pojištění dlouhodobé péče"* (Česká asociace pojišťoven, 2020 – cit. in Vostatek, 2021, 5), byť Krása et al. (2020) současně dodávají, že případnou *„alternativou pojištění by bylo financování dlouhodobé péče přímo z veřejných rozpočtů"* (Krása et al., 2020, 6). Variantu, která by naopak rozšířila a zefektivnila veřejný pojištěnecký model, navrhuje Vostatek (2021), když dochází k závěru, že *„nejjednodušší a nejefektivnější pro Česko je přechod k single-payer systému ve financování zdravotní péče i dlouhodobé péče"* (Vostatek, 2021, 6).

Zapojení soukromých zdrojů je nejvýraznější „tváří" uvažování o možných zdrojích financování systému sociálních služeb, ale úvahy o alternativách stávajícího financování netematizují pouze soukromé, ale také další veřejné zdroje. Specifické zastoupení má v evidenci debata o možnostech optimalizace podílu veřejného zdravotního pojištění při financování LTC na sociálně zdravotním pomezí a zejména ve vykazování ošetřovatelských úkonů v pobytových sociálních službách. Odhady hovoří o tom, že zdravotní pojišťovny hradí cca pouze 15 % nákladů ošetřujícími lékaři indikované a ošetřovatelským personálem poskytnuté péče (Průša, 2019; Průša et al., 2021).

> *„Výdaje na ošetřovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb byly poprvé kvantifikovány v roce 2008 na úrovni cca 5,2 mld. Kč. Uvědomíme-li si, že VZP podle své výroční zprávy zaplatila za tento typ péče v roce 2010 celkem pouze 749 mil. Kč, je zřejmé, kde lze spatřovat jeden z nejvýznamnějších zdrojů ekonomických problémů poskytovatelů sociálních služeb. (…) V těchto zařízeních tak dochází dlouhodobě ke skrytému financování zdravotní péče z jiných zdrojů."* (Průša, 2015b, 5)

Požadavky na optimalizaci mixu veřejných zdrojů, tj. jak by se měl stát, kraje a obce spolupodílet na financování sociálních služeb, jsou v evidenci typicky situované podle pozice autora: stát požaduje vyšší podíl financování kraji a obcemi (MPSV, 2019), kraje zase vyšší podíl financování obcemi a státem (AKČR, 2022).

2.3.3 Příspěvek na péči a jeho možné budoucnosti

V ČR stejně jako v řadě dalších zemí EU slaví příspěvek na péči (PnP) ve svých lokálních variantách více než třicet let existence (Timonen et al., 2006; Gori & Morciano, 2019). Jedná se o variantu tzv. „přímé platby“ jednotlivci, která umožňuje nákup péče z formálních i neformálních zdrojů. Aktéři sociální politiky nejen v ČR však dlouhodobě řeší potřebu zefektivnění využívání PnP především v zajištění systému sociálních služeb (Víšek & Průša, 2012; Pearson & Ridley, 2017; Dudová, 2022; Ernst & Young, 2022); paralelně s tím se ptají, zda PnP naplnil původní přísliby. Spolu s tím se množí evaluační akcenty podle úhlu pohledu na to, co měl podle konkrétního autora vlastně být cíl zavedení dávky. Podle jedněch byla *„původní úloha“* příspěvku na péči *„umožňovat vést maximálně nezávislý život“* (Tomášková et al., 2023, 42). Podle jiných bylo cílem *„posílit koupěschopnou poptávku, a přispět tak k vytvoření tržních atributů v rámci systému veřejných služeb. Předpokládalo se, že dojde k mohutnému rozvoji nových sociálních služeb zejména terénního a ambulantního charakteru a k výraznému zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb“* (Průša, 2015a, 2).

Ještě jiní připomínají, že příspěvek na péči *„měl také důrazně posílit roli klienta sociálních služeb jako zákazníka a změnit systém financování sociálních služeb, tj. vést až ke zrušení státních dotací“* (Horecký, 2022, 12).

> *„Základní myšlenkou přímé platby je vybavit klienta systému objemem finančních prostředků a ponechat na něm volbu způsobu zajištění a naplnění svých potřeb. Současně je akcentován zákaznický vztah mezi poskytovatelem služeb a klientem.“* (Lejsal, 2013a, 12)

Tak jako v jiných zemích, kde se zaváděly, byly přímé platby snahou o synergii mezi tržní ideologií dobových politik a aktivismem uživatelského hnutí za větší díl kontroly nad řízením vlastní podpory a péče (Morris, 2004). Marketizace sociálních služeb v postkomunistickém Česku měla být nejen o technicko-administrativní inovaci financování jako takového, ale současně měla být *„projektem morální obnovy, který čerpal z dobra spojovaného s trhem“* (Kalb, 2002, 320; srov. Eyal, 2000). Jak připomíná Lejsal, prostřednictvím příspěvku na péči se měla posílit odpovědnost občanů za zajištění sebe sama a zvýšit možnost volby způsobu života, protože od rozvoje „trhu“ v sociálních službách se očekávalo zvýšení nabídky terénních a ambulantních služeb (Lejsal, 2013a, 11). Současně s tím příspěvek jako dávka nejlépe odpovídal uvažování tvůrců modelu tří pilířů sociálního zabezpečení, který je především univerzem dávkových systémů a sociální služby jako takové jsou podřízené této širší logice a schematicky situované kdesi ve třetím pilíři sociální pomoci.

Podle toho, jak jednotliví autoři chápou „původní cíle“, hodnotí také fungování inovace a možné neefektivity. Někteří hovořili dokonce o „zneužívání“, když podle nich příspěvek fungoval jako kompenzace rozpočtů domácností příjemců, nikoliv jako zdroj úhrad za péči (Jeřábková & Průša, 2013).

> *„Již první analytické poznatky však ukázaly, že značná část příjemců využívá příspěvek na péči v rozporu s představami zákonodárce, tedy nikoli na ‚nákup' potřebných sociálních služeb, ale ke zvýšení svých příjmů, popř. k úhradě svých závazků nebo závazků jiných členů rodiny (např. splátky půjček, hypotéky, leasingu).“* (Průša, 2015b, 3)

Zákonodárce přitom stejně tak umožnil úhrady za neformální péči bez dalšího monitoringu a regulace, což z příspěvku na péči učinilo většinově kompenzaci pro neformální pečující (Tomášková et al., 2023). Kritické reflexi je vystavený také samotný koncept částečného „příspěvku“ místo plné úhrady, neboť *„aby přímá platba byla účinná, musí korespondovat s rozsahem potřeb klienta a objem musí být adekvátní skutečným výdajům spojeným s nákupem odpovídajících služeb. Tuto podmínku však příspěvek nesplňuje“* (Lejsal, 2013a, 12).

V posledních letech se debata o budoucnosti přímých plateb ustaluje mezi dvěma pozicemi: na jedné straně se rozvinul argument o nutnosti posílit systémovou pozici (a specificky kupní sílu) tak, aby příspěvek na péči v souladu se svým deklarovaných smyslem umožnil zajistit dostatek péče také pro osoby s vysokou mírou potřeb podpory (Čipera, 2022). Ve své maximální podobě se posilování financování sociální péče prostřednictvím příspěvku na péči, který by měl umožnit hradit veškerou potřebnou asistenci v plně individualizované míře, může propojovat se starším návrhem, který apeloval na to, aby se veřejné dotace plně překlopily do příspěvku na péči:

> *„Je třeba posoudit, zda je efektivní, aby se stát podílel na financování sociálních služeb ze dvou zdrojů – prostřednictvím příspěvku na péči a prostřednictvím vyrovnávacích plateb –, nebo zda by nebylo efektivní objem finančních prostředků, který je v současné době přiznáván poskytovatelům služeb sociální péče z veřejných zdrojů ve formě dotací, transformovat do příspěvku na péči tak, aby průměrné celostátní náklady daného typu služby byly financovány z takto navýšeného příspěvku na péči.“* (Průša, 2015b, 7; srov. Průša, 2017, 107)

Vedle toho se objevil nový návrh na proměnu PnP do tzv. „individuálních rozpočtů“ (Horecký, 2022), respektive „individualizovaných účtů klientů“ (AKČR, 2022) či „osobních fondů“ (Lejsal, 2013a). Ten by ve své maximální variantě mohl de facto „demonetizovat“ individuální alokaci, pokud by se namísto peněžní hodnoty, respektive stupně příspěvku směřovalo ke stanovení personalizovaného objemu péče a podpory coby nároku na péči, který by byl vyjádřený pomocí jiných jednotek než peněžních (např. v počtu hodin) a mohl být čerpaný různými způsoby, podle výběru uživatele, kromě přímé platby také třeba jako koordinovaná péče, poukázka na péči apod.[17]

[17] Aktuální nastavení novozélandských osobních účtů umožňuje 4 varianty čerpání, od spravování si hotovosti klientem po virtuální nárok s pevně stanoveným objemem podpory, řízený sociálním pracovníkem (srov. https://www.whaikaha.govt.nz/). V původním britském modelu individuálních rozpočtů vyvinutém v roce 2003 organizací *In Control* má v procesu stanovení individuálního rozpočtu dojít nejprve k vyhodnocení potřebné

> *„Tento model předpokládá zvýšení počtu stupňů závislosti na pomoci jiné fyzické osoby nebo vytvoření jiného systému pro určení potřebného rozsahu péče (např. v hodinách).“* (AKČR, 2022, 11)

Určujícím prvkem osobního rozpočtu (účtu) je proto objem potřebné podpory, kdy se *„posoudí, kolik hodin individuální péče a podpory příjemce potřebuje“* a až následně se převede objem potřebné podpory na objem prostředků na její uspokojení (Horecký, 2022, 14).

> *„Individuální rozpočet představuje rozpětí možné podpory, která je čerpána dle skutečné potřeby (tedy nikoliv dávka, která je každý měsíc stejná, bez ohledu na potřeby), jež je upravována, kontrolována, ale i individuálně posuzována.“* (Horecký, 2022, 12)

> *„Nutnou podmínkou pro uplatnění principu ‚peníze za klientem‘ je jasné vymezení rozsahu potřeb, na jejichž uspokojování je veřejná správa připravena se podílet (v rámci státní či regionální sociální politiky), zjištění skutečného rozsahu potřeb, a to jak na mikroúrovni, tak na úrovni jednotlivce a alokace dostatečného objemu prostředků.“* (Lejsal, 2013a, 11)

Jak však uzavírá Horecký, uvažování o individuálních rozpočtech je v českém kontextu na samém začátku:

> *„Jde o systémovou, zásadní, ale i paradigmatickou změnu. Nevidíme tedy jako reálné její navržení, prodiskutování a zavedení v tomto volebním období. Je ale naší ambicí otevřít odbornou diskusi na toto téma, moderovat ji se všemi klíčovými partnery směrem ke konsenzuálnímu konstruktu této změny.“* (Horecký, 2022, 14)

Mezi plným financováním podpory přímou platbou uživatelem a demonetizací nároku na individualizovanou podporu a péči jsou v evidenci zastoupené apely na zachování přímých plateb (příspěvku na péči), ale současně na jejich opětovné rozdělení podle faktického využití, tj. na svébytnou dávku pro pečující a na vlastní příspěvek na sociální službu, včetně možné další stratifikace této části dávky.

> *„Prostřednictvím jedné sociální dávky nelze řešit dvě naprosto odlišné sociální situace – hmotné zabezpečení pečujících osob a financování provozu registrovaných poskytovatelů sociálních služeb. V tomto smyslu je zřejmé, že řešení obou těchto*

---

podpory a na to má navazovat předběžná alokace zdrojů, která určí přibližnou indikativní sumu nákladů na zajištění přiměřené podpory podle individuálních potřeb. Finanční hodnota podpory se tak pouze následně doplňuje k prve stanovenému objemu potřebné podpory a má praktické využití, až pokud se uživatel rozhodne spravovat rozpočet pomocí přímých plateb. Většina rozpočtů je přitom od počátku spravovaná bez přímých plateb u poskytovatelů, kterým jsou náklady propláceny přímo z veřejných pokladen a jsou spravované sociálními pracovníky na obecních úřadech (Slasberg, 2012).

> *sociálních situací je potřebné řešit samostatnou sociální dávkou, přičemž – i s ohledem na výše uvedené skutečnosti – je potřeba soustředit pozornost na koncipování nové dávky, která by hmotně zabezpečila dlouhodobě pečující osoby. Stávající dlouhodobé ošetřovné tyto podmínky nesplňuje, inspirovat se je možno v oblasti pěstounské péče, kde odměna pěstouna naplňuje přesně ty principy, které by obdobná podpora mohla naplňovat – je skutečnou odměnou za poskytovanou péči a pečující osoba není v budoucnu krácena na svých důchodových nárocích."* (Průša, 2023a, 70)

> *„Analýzy systémů financování sociálních služeb ukazují, že stávající stav, kdy příspěvek na péči slouží k financování dvou sociálních situací, je potřeba reformovat. V tomto smyslu je nutno oddělit financování poskytovatelů sociálních služeb pomocí příspěvku na péči od finančního zabezpečení pečujících osob prostřednictvím dlouhodobého ošetřovného nebo jiné sociální dávky. (...) Nové řešení je možné spatřovat v tom, že příspěvek na péči bude poskytován přímo poskytovateli sociálních služeb na základě toho, že tento poskytovatel zajišťuje klientovi sociální služby na základě smlouvy."* (Průša, 2023b, 67)

Pokud jde o roli příspěvku na péči ve financování služeb sociální péče, řada autorů identifikuje problém v jeho kupní síle. Výše příspěvku neumožňuje lidem s vyšší mírou potřebné podpory zajistit potřebný objem a intenzitu podpory a péče (Čipera, 2022; Tomášková et al., 2023; Paleček, 2023; Paleček et al., 2024). Sociální péče v objemu nad 5 hodin denně zůstává pro uživatele komunitních služeb finančně nedostupná, pokud jednotlivec nemá vlastní zdroje na pokrytí potřebné podpory nad rámec přiznaného příspěvku. V takovém případě jsou lidé se zdravotním znevýhodněním vystavení buď „pečovatelské chudobě" (Kröger, 2019, 2022; Kroeger et al., 2025), kdy nemohou čerpat podporu v objemu odpovídajícím potřebám, nebo jsou nuceni činit volby, které neodpovídají jejich přání, a podávat žádosti do pobytové služby. Jde o ekonomicky vnucenou situaci podmíněnou tím, že stát mitigoval riziko pečovatelské chudoby pouze u vybraných pobytových služeb, nikoliv u terénních a některých komunitních pobytových služeb.

> *„Pokud příjemce péče potřebuje více než 4,7 hod. péče denně, pak je pro něj ekonomicky výhodnější pobyt v pobytovém zařízení sociálních služeb."* (Horecký et al., 2023, 18)

Řada aktérů sociální politiky se snaží problém pečovatelské chudoby řešit zvyšováním příspěvku na péči, například kampaň „Pátý stupeň" (Čipera, 2022) volá po zavedení dalšího, pátého stupně, aby si lidé s vysokou mírou potřeb mohli dovolit nakoupit více podpory. Podobné snahy předpokládají, že právě příspěvek na péči umožní řešit pečovatelskou chudobu. Někteří autoři však naznačují, že příčina pečovatelské chudoby, tedy důvod, proč se uživatelé služeb dostávají do situace, kdy nemají dostatek prostředků na potřebnou podporu a péči, přitom leží v rozdílném nastavení úhrad za péči – netýká se tedy služeb prevence ani většiny pobytových služeb sociální péče. Riziku pečovatelské chudoby jsou vystaveni jen ti zájemci o služby, kde jsou úhrady nastavené

výpočtem za hodinu péče, a naopak jsou před tímto rizikem chráněni ti zájemci o služby, kde jsou úhrady za péči nastavené tak, že uživatel zaplatí úhradu za péči maximálně do výše přiznaného příspěvku. Rozdílným nastavením úhrad za péči se zejména lidé s vyšší mírou potřebné podpory dostávají do situace, kdy jim stejná dávka – příspěvek na péči – umožňuje plně čerpat péči v některých druzích služeb (DOZP, DZR, DS) a významně hůře nebo vůbec ji neumožňuje čerpat v jiných, přitom jimi možná preferovaných druzích služeb (OA, PS, PSB, CHB).[18]

> *„Úhrady za péči v DOZP (…) jsou ze zákona nastavené tak, že se péče v jakémkoliv objemu hradí jen do výše příspěvku na péči, který jednotlivec pobírá. V DOZP tedy zaplatí klient za péči tím, co dostane od státu ve formě příspěvku na péči, a nemusí hledat další zdroje, aby na 24/7 péči dosáhl. V chráněném bydlení ale na vyšší objem podpory nebude mít finance (pokud se např. zřizovatel nebo zadavatel nedohodnou a neupraví nastavení úhrad a prostředky do služby nedostanou jinou cestou).“* (Paleček et al., 2024, 93)

Z toho však také plyne, že efektivnější způsob, jak řešit pečovatelskou chudobu, může spočívat v odstranění příčiny této chudoby, tedy v narovnání toho, jak jsou nastavené úhrady za péči, než v posilování nástroje (tj. příspěvku na péči), který ji nevyřeší, jen ji může částečně zmírnit. Nerovnost podmínek pro čerpání služeb sociální péče je současně bariérou rozvoje komunitních služeb pro osoby s vyšší mírou potřebné podpory a důvodem, proč v Česku komunitní služby většinou nabízejí podporu a péči jen uživatelům, kteří vlastně moc podpory nepotřebují (Paleček et al., 2024).

Dalším problémem spojeným s příspěvkem na péči je způsob určování míry potřebné podpory. V mezinárodním kontextu je hodnocení individuálních potřeb v kompetenci sociální práce s jednotlivcem. V Česku došlo k *dvojímu posunu* a deprofesionalizaci sociální práce, když se z klinické kompetence, využívané především pro nastavení plánu péče nebo koordinace podpory, stal (pouhý) správní krok v procesu přiznání sociální dávky a když navíc místo sociálních pracovníků, vyhodnocujících míru potřeb, dostal poslední slovo ve věci určení stupně závislosti na pomoci jiné osoby posudkový lékař.

> *„Medicínský pohled převládá také v sociální politice, zejména v řízení o příspěvku na péči, kde se sice prostřednictvím kompetencí sociální práce sledují domény každodennosti (tzv. základní potřeby), ale určení stupně tzv. závislosti na pomoci druhého člověka provádí nakonec lékař a odvozuje jej od dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Stejný koncept dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se*

[18] Podle ZSS § 73, odst. 4) se v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory či domovech se zvláštním režimem úhrada za péči stanoví ve výši přiznaného příspěvku. Naproti tomu podle § 75, odst. 1) se za poskytování osobní asistence, pečovatelské služby, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb či služeb v chráněném bydlení hradí úhrada za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou, kdy se rozsah počítá jako souhrn úkonů nebo hodin podpory.

> *již dříve propsal do zákona o zaměstnanosti a definic osoby se zdravotním znevýhodněním a osoby se zdravotním postižením. Česká správa sociálního zabezpečení zaměňuje sociální pojetí disability za zdravotní stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než 1 rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění."* (Paleček et al., 2024, 11)

Na související, i když svébytný problém poukázali další autoři, když argumentují, že čtyři stupně závislosti neumožňují dostatečně specifické škálování potřeb a v kontextu limitované kupní síly příspěvku neumožňují ani dostatečnou individualizaci péče. Přesnější míra intenzity potřebné péče a podpory v pásmu nad 5 hodin denně zůstává nepostihovaná a vlastně neurčitelná.

> *„Stávající čtyři stupně příspěvku nevytvářejí dostatečně citlivou škálu, která by byla schopná pokrýt rozdíly v intenzitě potřeb lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním. U osob s přiznaným prvním stupněm příspěvku však aktuálně vystačí na 11 minut péče denně, u těch s nejvyšším, čtvrtým stupněm a ‚úplnou závislostí', na 4 hodiny a 8 minut péče denně."* (Tomášková et al., 2023, 37)

Řešením nedostatečné individualizace vyhodnocování míry potřebné podpory je podle řady autorů zvýšení počtu stupňů závislosti podle rakouského nebo slovenského vzoru.

> *„Je možné zvýšit diferenciaci míry závislosti do více stupňů, neboť počet čtyř stupňů závislosti v naší zemi je v současné době nejnižší v Evropě. Přitom by bylo vhodné rozšířit spektrum činností a potřeb při hodnocení míry závislosti, stanovit váhy těchto potřeb a činností a rozšířit počet stupňů závislosti."* (Průša, 2023b, 67)

> *„Zvýšení počtu stupňů závislosti na pomoci jiné fyzické osoby nebo vytvoření jiného systému pro určení potřebného rozsahu péče (např. v hodinách)."* (AKČR, 2022, 11)

Elegantní řešení problému nedostatečné individualizace vyhodnocování potřebné podpory však nabízí slovinský model (Kocman, 2024), kde se vyhodnocuje potřebný rozsah péče v hodinách za týden a ten se již zpětně nepřevádí na stupeň závislosti, respektive stupeň příspěvku na péči. Místo toho zůstává formulovaný jako jednotlivci přiznaný počet hodin podpory týdně. Kromě toho slovinský model řeší také výše popsaný problém pečovatelské chudoby, spojovaný s příspěvkem na péči tím, že předchází jejímu vzniku. Nezatěžuje uživatele služeb sociální péče (osobní asistence) úhradami za péči (podobně jako v Česku nejsou tomuto riziku vystavováni např. uživatelé služby sociální rehabilitace). Financování sociálních služeb navíc není fragmentované tím, že by část veřejných zdrojů průběžně financovala služby přímo a druhá část veřejných zdrojů byla nejprve distribuována uživateli ve formě dávky, aby je až následně dostaly sociální služby. Slovinské služby požadují od uživatelů pouze doklad o přiznaném nároku na individualizovaný objem podpory, který

se vydává na základě vyhodnocení potřebné podpory v sociální práci. Provozní náklady veřejné pokladny hradí v plné výši přímo poskytovatelům (Dremejl et al., 2020).

Obecně řečeno, každý z návrhů konkrétního mechanismu financování slibuje zejména řešení stability a předvídatelnosti rostoucích nároků na rozvoj sociálních služeb. Se stabilitou a udržitelností spojuje korpus evidence zejména pojišťovací model sociální (dlouhodobé) péče, a to přesto, že stejný zdroj financování, tj. kontribuce ekonomicky aktivní populace, ať už nesou jakékoliv označení, jsou v jiných debatách o odvodech sociálního pojištění (resp. o průběžném financování státních důchodů) chápané jako zdroj rizik a nestability. V oblasti sociálních služeb naopak řada autorů zmiňuje kontribuce povinného pojištění sociální péče jako zdroj udržitelnosti.

Na systémové problémy související s nejistotou, nestabilitou a nepředvídatelností financování sociálních služeb poukazují také zadavatelé sociálních služeb, kraje odpovědné za dostupnost kapacit. Vycházejí z toho, že *„pro zajištění dostupnosti sociálních služeb odpovídajících potřebám osob v nepříznivé sociální situaci je nezbytné vytvořit stabilní dlouhodobě udržitelné prostředí pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb“* (AKČR, 2022, 2). Krajští zadavatelé se v dlouhodobém horizontu také přiklánějí zejména k pojistnému systému. Jiný argument o nestabilitě nevyzdvihuje pouze financování, ale celkovou organizační roztříštěnost a zajištění stability a předvídatelnosti spatřuje naopak v převedení kompetencí z krajů na stát (MPSV, 2019; Průša et al., 2021).

2.3.4 Debata o nákladovosti v kontextu individualizace péče

V debatě o individualizaci péče a jejích nákladech převládá v korpusu evidence přístup výpočtu jednotkové nákladovosti, to, čemu někteří autoři říkají „čistě ekonomická efektivita“ (Horecký, 2023). A to přesto, že i v české sociální politice byl zaznamenán mezinárodně platný zlatý standard ekonomické analýzy v sociální péči, kterým je *cost-effectiveness analysis*.

> *„Není možno analyzovat efektivnost zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči pouze na principu přímo vyčíslitelných nákladů a snadno měřitelných výsledků v podobě průběžných výstupů. Toto pojetí je pravděpodobně nejbližší úzkému principu sledování nákladové efektivnosti v poměru cena/výkon, nicméně neumožňuje zachytit působení faktorů, které nemají tržní hodnotu. Efektivnost sociálních služeb – a tedy i efektivnost zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči – se v tomto pojetí jeví jako širší koncept, který zahrnuje i finální výstupy ve formě zlepšení sociální situace potřebných a zahrnutí vstupů, které se v daném čase na trhu koupit nedají, neboť jsou výsledkem dlouhodobé kultivace a nastavení sociálně-ekonomického prostředí.“* (Průša, 2013, 10)

Aplikace tohoto „širšího“ pojetí a souvisejících metod není v korpusu zastoupená. Místo toho se při srovnání druhů intervencí využívají pouze nákladové jednotky. Věnovat pozornost pouze jedné

straně mince, otázce nákladů *(cost)*, je tak autorskou volbou autorů, pravděpodobně vedenou metodologickou dostupností.

> *„Uvedený multispektrální model hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči je postaven na hodnocení řady faktorů, z nichž některé nelze vůbec kvantifikovat, neboť nejsou sledovány, popř. jejich kvantifikace je velmi obtížná. Z tohoto titulu bude v dalším textu pozornost soustředěna na hodnocení ekonomické efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči.“* (Průša, 2013, 11)

Jiným argumentem o utilitě prosté ekonomické efektivity je domnělá jednoduchost komparace:

> *„Předpokladem je stanovení společné jednotky tak, aby tato mohla být srovnatelná v obou typech péče (pobytové a terénní), a tak, aby nám pomohla přinést odpověď na otázku, od jakého objemu péče přestává být ekonomicky efektivní péče terénní a začíná být efektivnější péče pobytová.“* (Vostatek et al., 2013, 33)

Mezinárodní metodologický standard přitom uvádí, že „stanovit společnou jednotku“ nákladu může být praktické, pokud se srovnání provádí v rámci homogenního pole a jednotek, které lze srovnávat.[19] Samotná „společná jednotka“ však srovnatelnost nezajistí. Srovnání pak mohou být zavádějící, pokud se nezajistí komparabilita intervencí prostřednictvím dalších metrik, zejména prostřednictvím vazby k dopadům, a to nikoliv nutně dopadům monetizovaným (monetizace vstupů i výstupů se používá pouze v případě *cost-benefit* analýzy). Debata o individualizaci péče se přitom v korpusu evidence opírá o prostou kalkulaci jednotkové nákladovosti, zejména průměrný náklad za hodinu péče. S takovým výpočtem si následně klade otázky ohledně srovnání programů péče a intervencí, jako například zda je nákladnější pobytová nebo terénní služba.[20] Ojedinělou je analýza, která usiluje o zapojení dalších proměnných. Lejsal (2013b) si všímá nákladů transformovaných služeb ve vztahu k *„obslužné kapacitě domácností, tj. počtu hodin, po které jsou k dispozici v jednotlivých domácnostech pracovníci přímé péče“* (Lejsal, 2013b, 33). Studie sleduje náklady ve vazbě na *„předpokládanou časovou náročností péče pro klienty dle míry závislosti“* a konstatuje:

> *„Je zřetelně vidět pozitivní vývoj ve všech (…) typech domácností (s vyšší mírou individualizace péče), přičemž reálná obslužná kapacita dosahovala v DOZP 24 %*

[19] Například srovnání investičních nákladů na jedno lůžko u stejného druhu sociální služby.

[20] Přitom spektrum komplexních metod ekonomické analýzy veřejných služeb souhrnně představil již Ochrana (2005), který popsal výčet metod: CMA (analýzu minimalizace nákladů), CBA (analýzu nákladů a přínosů), CEA (analýzu efektivnosti nákladů) a CUA (analýzu užitečnosti nákladů). V současnosti je cost-effectiveness analysis etablovanou metodou také v české farmakoekonomii, kde se využívá pro komparaci specifických intervencí, zejména různých druhů farmak (srov. Klimeš et al., 2012; Kamenský et al., 2025) a celý sektor je metodologicky koordinovaný ze státní úrovně (SÚKL, 2022). Ve zdravotně sociálních službách byla CEA v Česku využita několikrát v oblasti péče o duševní zdraví (Winkler et al., 2018; Broulíková et al., 2021).

> *(a nyní 34 %, 56 % resp. 31 %). Výsledkem procesu transformace je vyšší míra adresnosti a adekvátnosti nabízené a poskytované pomoci. Náklady domácnosti (s vyšší mírou individualizace péče) jsou nejvyšší ze sledovaných forem, současně však dosahují nejlepšího poměru mezi předpokládanými časovými nároky péče o klienty dle Michalíkovy (2008) studie a skutečně vytvořenou personální obslužnou kapacitou. Další indikátory (pokles průměrných nákladů u domácností pro osoby s nízkou mírou potřeb, změna struktury pracovníků, změna celkové struktury nákladů ve prospěch osobních nákladů apod.) dovolují formulovat závěr, že v případě domácnosti (s vyšší mírou individualizace péče) dochází po transformaci ke zvýšení nákladů, současně však jsou zdroje alokovány výrazně efektivněji."* (Lejsal, 2013b, 34)

Již od 80. let 20. století platí, že v sociální péči je vhodnější sledovat klinicky relevantní dopady v životech lidí (outcomes) a využívat *cost-effectiveness analysis* (Knapp, 1984; Beecham & Knapp, 1991; Cambridge & Knapp, 1997; Cambridge et al., 2002; Knapp et al., 2011; Knapp, 2015; Romeo et al., 2016). Bez takového rámce srovnatelnosti je podle autorů závěr o tom, že péče v domácím prostředí při čerpání více než 2–5 hodin denně na osobu je dražší než v pobytové službě, možná početně správně, ale bez potřebné informační hodnoty. Maximálně může vypovídat o personálním podhodnocení pobytové služby, pokud by se ve výpočtu vážila dostupná míra podpory ve vazbě na vyhodnocený objem potřeb. Podobným srovnáním různých intervencí chybí druhá část analýzy, neboť *„otázka nákladů není pouze otázkou nákladů, ale také potřeb a dopadů v životech lidí"* (Knapp et al., 2011, 113).

> *„Cost-effectiveness znamená identifikaci a měření využití zdrojů (nákladů) ve vazbě na produkci výstupů (dopadů). Může se vyjadřovat jako podíl, například náklad na jednotku dopadu. Intervence nebo modely péče lze srovnávat podle toho, zda obsahují lepší nebo stejný výsledek za stejný nebo nižší náklad. Cost-effectiveness analýza se tedy zajímá o náklady na vstupu a kvalitu výsledků na výstupu. Nehledá přitom nejlevnější variantu. Vyžaduje vyhodnocení kvality výsledku. (…) vyžaduje porozumění tomu, co jsou faktory nákladu a faktory výsledku, tedy tomu, co způsobuje, že služba je relativně nákladnější nebo účinnější."* (Felce, 2017, 188)

V české sociální politice chybí analytický zájem o zahrnutí klinických výsledků do ekonomické analýzy. Potenciálním faktorem, proč kalkulaci nákladů vybrané jednotky a srovnání dvou typů péče stále nenahradil mezinárodně akceptovaný standard komparativní analýzy relativních nákladů a měřitelných dopadů na životy uživatelů sociálních služeb, může být jazykový úzus. Čeština na rozdíl od angličtiny v běžné jazykové praxi nejčastěji slovo *efektivnost* spojuje s neplýtváním a úsporností, což ovšem odpovídá spíše anglickému termínu efficiency. Jenže termín *effectiveness* je odvozeninou adjektiva *efektivní*, tedy *účinný* a zajímá se především o dopady a jejich klinicky definovanou přesnost. Je tak prostý ekonomizujících konotací. České překlady ekonomické teorie se této jazykové pasti nevyhnuly, a může tak docházet k významovým posunům. Ochrana (2005) hovoří

o „analýze efektivnosti nákladů“, SÚKL (2022) zase o „analýze nákladové efektivity“. Podle Průši (2015b) *„efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí, (…) takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích“* (Průša, 2015b, 7).

V českém korpusu je také neznělá důležitost pomlčky mezi termíny *cost* a *effectiveness*, která má naznačovat, že se analýza zajímá o vztah mezi oběma veličinami a cílem není jednu převést na (pod) druhou. Správný český překlad by tedy měl nejspíš znít prostě jako „analýza nákladů (a) účinnosti“ a podtrhovat, že se současně jedná především o srovnávací analýzu nákladů a účinnosti dvou různých intervencí. Architektura srovnávání tak pracuje s kvadranty dvou různých nákladovostí a dvou různých účinností a jejich vazbami.

Korpus evidence přitom obsahuje sledovatelnou genealogii analýzy jednotkové nákladovosti. Ta vede k prvotní črtě ředitele pobytové služby Marianum v Opavě publikované v roce 2011 (Janýška, 2011). Autor k analýze přistoupil jednoduše tak, jak mu umožňovala jeho situovanost provozního ekonoma a manažera organizace, která se sama proměňuje ze zařízení ústavní péče na několik návazných služeb a má za úkol *„transformovat se z původního jednoho pracoviště pro 99 uživatelů s celodenní péčí do 8 samostatných pracovišť v 8 domech, ve kterých bude 18 domácností s celodenní péčí“* (ibidem, 22). Takový provozní pohled vychází ze schválených kritérií transformace a vypočítává maximální hodnoty, podle nichž *„v jednom bytě může bydlet maximálně šest uživatelů. V jednom bytovém domě mohou být maximálně dva byty, tj. maximálně 12 uživatelů. (…) Ve dvou domech budou dva byty po šesti uživatelích chráněného bydlení, dohromady 24 uživatelů“* (ibidem).

> *„Náklady na bydlení: srovnatelné s náklady před transformací (nižší provozní náklady, vyšší odpisy). Náklady na celodenní stravu: srovnatelné s náklady před transformací. Provozní náklady na zajištění sociální služby: srovnatelné s náklady před transformací. Personální náklady na zajištění sociální služby: podstatné navýšení, které má mnoho příčin, jejichž společným jmenovatelem je změna personálního plánování pro komplexní zajištění služby, způsobená deinstitucionalizací služby.“* (Janýška, 2011, 22)

Tento pohled nepřesahuje zájem organizačního provozu, není pohledem celostním, nesleduje současně klinické dopady. Je pohledem dílčím a soustřeďuje se pouze na to, co umí identifikovat jako změnu spojenou s rozmístěním provozní jednotky do více lokalit a zvýšením počtu pracovníků v denních a nočních směnách. S ohledem na situovanost autora a dílčí cíle analýzy je taková jednodimenzionálnost pochopitelná. Provozní pohled se však v korpusu evidence stal jediným pohledem na nákladovost a opanoval debatu o individualizaci sociální péče. Na Janýšku následně odkazuje Vostatek et al. (2013), když uvádí, že *„se potvrdily dříve prezentované (Janýškovy) názory, že náklady na péči poskytovanou v přirozeném domácím prostředí jsou vyšší než náklady na péči poskytovanou v pobytových zařízeních“* (Vostatek et al., 2013, 50). Na tento text pak odkazuje Průša (2015b) a srovnání nákladů na hodinu péče v obou kontextech pobytové a komunitní služby, spolu

se známými závěry replikuje následně také analýza MPSV (2019a). Jako celek tato linie ukazuje, nakolik výsledek analýzy závisí na použité metodě. Analýza MPSV uvádí:

> *„Potvrzuje se, že náklady (terénních služeb, zejm. intenzivnější podpory) jsou vyšší z toho důvodu, že obsloužení jednoho klienta v domácím prostředí stojí na hodinu péče více než obsloužení jednoho klienta v pobytovém zařízení, kde dochází ke kumulaci pracovních pozic. Konkrétně jeden pracovník poskytne za stejnou dobu (např. 8hodinovou směnu) péči více klientům, na rozdíl od pracovníka pečovatelské služby, která zajišťuje jednoho pracovníka na jednoho klienta. Stejně jak je uvedeno v části analýzy k personálnímu zabezpečení, tak personální náklady činí více jak tři čtvrtiny celkových nákladů sociálních služeb. Díky tomu dochází k situaci, kdy náklady na hodinu sociální péče v pobytových zařízeních podle provedených propočtů činí 192 Kč, náklady na péči, která je poskytována v domácnosti klienta pečovatelské služby, jsou o cca 29 % vyšší a činí 248 Kč.“* (MPSV, 2019a, 23)

MPSV uzavírá, že *„analýza vyvrací tvrzení, že péče poskytovaná v pobytových zařízeních je nákladnější nežli péče poskytovaná terénními sociálními službami“* (MPSV, 2019a, 23). Konstrukce výpočtu přitom mimoděk naznačuje, že stejný uživatel (a stejný objem potřeb) v pobytové službě dostane méně podpory než při čerpání terénních služeb. Již si však neklade návaznou otázku, zda je tomu tak na úkor krácení potřebné podpory. Nejnověji se komparace různých kontextů péče pomocí porovnání nákladů na „hodinu péče“ objevila v Horeckého studii (2023). Analýza ukazuje, že od cca 2–3 hodiny péče denně je „ekonomicky výhodnější“ pobytová služba než péče doma. Potvrzuje tím původní tvrzení z roku 2011, respektive z roku 2013, že *„zejména ve vyšších stupních příspěvku na péči, tj. potřebnosti péče, se ukazuje péče v domácnosti uživatele jako méně optimální, a tedy i méně efektivní varianta”* (Vostatek, et al. 2013, 51).

Zobecnění provozního pohledu na systémovou úroveň zadávání sociálních služeb a strategického plánování rozvoje je dále podporované tím, že modernizace sociální péče (známá jako deinstitucionalizace) se v Česku nejčastěji aplikuje stejným modelem, v jakém počítal náklady na změny Janýška (2011). Limity takového ekonomického i organizačního rámce změny ukazuje zejména srovnání s mezinárodní debatou, kde sledování nákladů a dopadů v životech uživatelů přináší komplexnější závěry o individualizaci sociální péče, než jaké umí identifikovat provozní pohled:

> *„Model komunitní péče není inherentně dražší než model institucionální péče, pokud do výpočtu zahrneme také míru potřebné podpory a kvalitu zajišťované péče. Nové komunitní služby mohou být nákladnější a přitom mohou mít lepší poměr nákladů a výsledků (be more cost-effective) proto, že pokud jsou dobře nastavené a řízené, mají lepší klinické výsledky (outcomes).“* [21] (Knapp et al., 2011, 113)

[21] Zde je třeba zdůraznit, že „outcomes“ nejsou chápané jako libovolné dopady, například v podobě „spokojenosti“ s jednoduchým dotazníkem administrovaným klientům zařízení. Spokojenost obecně může být

2.3.5 Limity evidence z pohledu zadávání sociálních služeb

Téma (ne)udržitelnosti financování tvoří rámec debaty o budoucím financování, avšak bez robustních dokladů, že by sociální péče byla ohrožena finanční **neudržitelností**. Sleduje se prostý růst a jeho extrapolace do budoucnosti bez komplexnějších vazeb a bez dopadové stránky. Náklady na celý sektor se sice za sledované období výrazně zvýšily, ale stále jsou velmi nízké ve srovnání s ostatními sektory veřejných služeb, jako je vzdělávání (kde běžné výdaje na základní a střední školství představují v rámci OECD 4–5 % HDP) nebo zdravotnictví (kde mezinárodní srovnání ukazuje, že běžné výdaje v nejbohatších zemí OECD přesahují 10 % HDP, ale i Česká republika je na průměru, když na zdravotnictví vydává 9,1 % HDP) (OECD, 2023). To jsou objemy násobně větší než veřejné výdaje na sociální služby. V zemích EU a OECD je podíl veřejných výdajů na dlouhodobou péči mezi 1,6 % a 1,8 % HDP a takto relativně nízký má zůstat i po předpokládaném růstu v budoucnosti (Robertson et al., 2014; EC, 2012, 2018; OECD, 2020). Příkladem komplexnějšího uvažování o nákladovosti, jaké v české evidenci chybí, je nedávná analýza vývoje nákladů na zdravotnictví (Charlesworth et al., 2021), kde autoři ukazují, že *„od založení Národní zdravotní služby v Británii v roce 1948 se výdaje na zdravotnictví více než ztrojnásobily z 3,5 % podílu HDP na 7,2 % v letech 2018–2019. V nominálních číslech jsou výdaje 10x vyšší než před 70 lety. (…) Obdobně jako v ostatních zemích OECD rostou výdaje na zdravotnictví více než roste celá ekonomika. (…) V Anglii jsou výdaje na sociální péči o třetinu nižší než ve Skotsku, které zajišťuje bezplatnou sociální péči pro seniory. Žádná rozvinutá země nemá systém péče založený primárně na privátních zdrojích, (…) země s větším podílem privátní péče mají také větší nerovnost v přístupu ke zdravotním službám, nižší redistributivní dopady mezi příjmovými skupinami a vyšší incidenci katastrofických výdajů za péči a ošetření. (…) Aby v příštích 15 letech byla sociální péče schopna odolávat tlaku růstu nákladů a nároků, musí veřejné výdaje růst průměrně o 3,9 % ročně“* (Charlesworth et al., 2021, 2013; srov. též Stevenson et al., 2025).

U tématu spolufinancování se debata pouze shoduje na tom neopouštět filozofii mixu finančních zdrojů. V debatě chybí rozpracování podílu jednotlivých aktérů, častý je apel na větší zapojení soukromých zdrojů. Chybí však reflexe toho, že země s nejdelší tradicí zapojování soukromých zdrojů do rozvoje veřejné infrastruktury od PPP projektů ustupují (Spojené království, Austrálie, Kanada). Tamní sociální, zdravotní, školská nebo justiční politika došla po několika desetiletích k závěru, že využívání privátních iniciativ k financování veřejné infrastruktury se v dlouhodobé perspektivě významně prodraží (O'Dowd, 2018; Booth, 2018). Dala tak zapravdu kritické evidenci, která již od 90. let varovala před ideologicky motivovanými tezemi o tom, že veřejný sektor se bez soukromých prostředků a know-how neobejde (srov. Sussex, 2001; Smith, 1999; Jones, 2001; Pollock et al., 2001). Část evidence zmiňuje také zapojení privátních zdrojů při pokrytí provozních

relevantní v hotelových službách, ale nevztahuje se ke klinickým výsledkům, které jsou vyhodnotitelné pomocí kalibrovaných nástrojů v sociální práci. Současně, jak si všimla analýza EY (2025a) metodologická volba, to, které klinické výsledky měřit a pomocí jakých nástrojů, je netriviální a otevřené pečlivému výběru a odůvodnění.

nákladů. Neuvádí však specifické parametry využití privátních zdrojů uživatelů a jejich rodin. Téma možného odstropování úhrad za ubytování a stravu se v souvislosti se seniorskými službami sociální péče objevuje spíše jako obecný koncept bez detailnějšího rozpracování. Tato varianta by přitom měla pokaždé specifikovat, co má být „přiměřený zisk“, který by umožňoval údržbu a rozvoj infrastruktury a současně by limitoval neefektivity v podobě odvodu zisku mimo systém sociálních služeb. A jak mělo vypadat paralelní posílení ochrany uživatele.

V evidenci chybí pojmenování toho, že nejčastěji navrhovaná dlouhodobá alternativa současného nastavení v podobě pojištěneckého modelu má pro různé své podporovatele různé kladné stránky, které nemusí být při implementaci mechanismu nutně kompatibilní. Například zadavatelé sociálních služeb na pojištěneckém mechanismu především akcentují jeho nezávislost na každoročním rozhodování o státním rozpočtu a tak i vyšší předvídatelnost spolu s průběžným čerpáním. Nemusí přitom sdílet motivaci zastánců privátních a korporátních poskytovatelů pobytových služeb, pro něž je pojišťovací mechanismus, podobně jako ve zdravotnictví, především nástrojem, jak si zajistit efektivnější přístup k veřejným zdrojům ve srovnání se současným financováním sítí služeb.

V evidenci prakticky chybí pozitivní výhled na budoucí *policy* možnosti cesty z krize sociální péče. V zahraniční literatuře se objevuje v podobě modelu univerzálně dostupné sociální péče (IPPR, 2019; Humphries, 2022) [22] po vzoru velkých odvětví veřejných služeb, jako je zdravotnictví. Univerzální dostupnost odkazuje k systému, kde je péče dostupná *„každému, kdo ji potřebuje, když ji potřebuje a kde ji potřebuje čerpat a bez finančních překážek“*. [23] Aby princip univerzální dostupnosti nebyl kompromitován jinými vlivy, zejména ekonomickým aspektem, má být čerpání služeb (dominantně) bez úhrad uživatelů, za péči a výdaje se má hradit jinými existujícími kanály než koncovým uživatelem.[24]

[22] Typologie sociálních systémů, od rané klasiky Richarda Titmuse po boom, který na počátku 90. let 20. století odstartovala klasifikace Esping-Andersona, měly analytické aspirace. Přináležitost států k určitému typu neznamenalo nepřeložitelnost a nepřenositelnost, například mezi anglosaským a středoevropským kontextem (Seeleib-Kaiser & Sowula, 2020). Nepřeložitelnost by ani nebyla empiricky doložitelná v prostředí pokročilé hybridizace a globální cirkulace politik (Bertin et al., 2021). Přesto někteří autoři v českém korpusu používají argument o neaplikovatelnosti, zejména anglosaských a severských politik, nástrojů a mechanismů kvůli „odlišnému charakteru sociálního systému“. Takový argument přitom falsifikovala samotná česká *policy* praxe, včetně té nejrozsáhlejší změny, aplikace „klausových“ (původně anglo-amerických) ekonomických reforem po roce 1989.

[23] Takto definuje základní z principů všeobecně dostupného zdravotnictví (Universal Health Coverage) Světová zdravotnická organizace a připomíná, že se jedná o jeden z klíčových Cílů udržitelného rozvoje do roku 2030 (srov. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

[24] Jako univerzální systém péče se označuje i systém, kde je většina služeb bezúhradových a jen specifické služby (např. stomatologie) nebo úkony jsou spojené s úhradami od uživatelů (Robertson et al., 2014).

Právě opakovaná srovnání sociální a zdravotní péče jsou dlouhodobě zdrojem argumentu o potřebě změny financování sociální péče a přechodu k jednotnému systému univerzálně dostupné zdravotně-sociální péče. Ve Velké Británii tuto potřebu uvedla již zpráva *Royal Commission on Long Term Care for the Elderly* v roce 1999. Nejnověji se univerzálně dostupné sociální péči věnuje Komise baronky Caseyové, která má za úkol připravit spuštění Národní služby péče (*National Care Service*) po vzoru Národní zdravotní služby (*National Health Service*, NHS). To, že je systém spolufinancování sociální péče nespravedlivý vůči svým uživatelům, potvrzovaly také konzervativní vlády (Dilnotova zpráva, 2011), které navrhovaly alespoň zpřísněnou regulaci úhrad za péči či rozvolnění majetkových testů, tedy opak deregulace a liberalizace, které podle autorů nejsou vhodnými nástroji zajištění robustního systému sociální péče. Avšak klíčovým argumentem, proč je pouze univerzálně dostupná sociální péče cestou ze současné krize sektoru, je sama rostoucí potřeba, nesená demografickým vývojem a pokroky v lékařství. Tedy ten samý faktor, který je jinými autory označován za hrozbu pro veřejné finance a důvod pro liberalizaci a privatizaci. Proponenti veřejně financované cesty z krize připomínají paralely se situací po 2. světové válce, kdy evropské státy, které chtěly zajistit přístup ke vzdělávání a zdravotní péči pro každého, podle potřeb, *musely* jít cestou veřejného financování. Tento hlas zdůrazňuje, že jakmile se sociální péče začne dotýkat velké části, nebo dokonce většiny populace, není již možné o ní uvažovat jako jakési „chudinské službě“, kde stát doplatí náklady za nemajetné a ostatní sociální vrstvy si její čerpání zajistí zčásti či plně samy – jak se například uvažovalo také při koncipování příspěvku na péči. Pokud se podle autorů sociální péče stává univerzálně potřebnou, je třeba univerzálně zajistit také její dostupnost. A dnešní sociální péče je v krizi právě proto, že univerzální je pouze v některých deklaracích (např. práva na přístup ke komunitním službám ukotvený v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením), avšak v realitách nastavení systémů pro všechny a podle potřeby zajišťovaná není (IPPR, 2019; Humphries, 2022).

> *„V roce 1948 se zdravotní péče stala univerzálně dostupnou, protože se týká každého, každý někdy v průběhu života potřebuje léčbu. To samé ale tehdy neplatilo pro sociální péči. Ta se týkala malého okruhu lidí a byla minoritním odvětvím. Problém je, že to se za 75 let změnilo spolu s prodlužující se délkou života a pokroky ve zdravotnictví, díky nimž se dnes žije s chronickými nemocemi mnohem déle. Dnešní sociální péče je téměř tak univerzální, jako bylo zdravotnictví v roce 1948. Systém na to musí reagovat, ale to se neděje. Stále uvažujeme jako v roce 1948. Jenže potřeba je potřeba. Je nemyslitelné, že by lidé měli prodávat dům, aby si mohli dovolit léčbu rakoviny. Stejně nemyslitelné by to mělo být u sociální péče.“* (Humphries, 2023)

Systémy všeobecně dostupné sociální péče v korpusu evidence sice reviduje například studie Deloitte (2015a), avšak neidentifikuje jejich potenciál. Cílem studie bylo koneckonců předložit argumenty hovořící pro pojištěnecký model a autoři si univerzální dostupnost chybně spojili pouze s financováním ze státního rozpočtu. Zdravotnictví jako inspiraci pro reformu financování dlouhodobé péče identifikoval Vostatek (2021). Ten dokonce pléduje pro „single-payer“ systém,

když uvádí, že právě díky univerzalitě veřejné zdravotní péče a nutné regulaci je v Česku aktuálně praktikovaný kvazitržní model sedmi pojišťoven zbytný, a naopak je zdrojem neefektivit. Dále pak naznačuje, podobně jako Tomeš (2017), že možná není ani nutné imitovat pojištěnecký model, když se jedná o de facto „daňový“ odvod ekonomicky aktivní populace, použitý na průběžné financování systému péče.

> *„Ze systémového hlediska není existence pojistného oprávněná, protože poskytování základních zdravotních služeb je u nás univerzální, nezávislé na výdělku. Pojistné veřejného zdravotního pojištění je u nás běžně považováno za ‚zdravotní daň‘.“* (Vostatek, 2021, 3)

Pro účely této zprávy však postačí zjištění, že univerzální dostupnost služeb je dosažitelná více mechanismy, které jsou z hlediska organizace služeb sekundární a měly by být podřízené cílům systému péče, plynoucím z klinicky definovaných cílů, vázaných na plánované dopady péče v životech lidí, které orientují (nebo měly by orientovat) zadávání a poskytování sociálních služeb. K tomu však bude nejprve nutné dokončit emancipaci systému sociálních služeb (a sociální práce) od „dávkového myšlení“, které již tři desetiletí podřazuje sociální služby smyslu a cílům sociálních pilířů (srov. Konopásek et al., 1992; Niederle & Víšek, 1995; Průša, 1999, 2002; Průša et al., 2014).

Evidenci dále chybí širší kritická reflexe, známá ze zahraniční literatury, toho, nakolik je samotná existence příspěvku na péči bariérou individualizace péče a její dostupnosti na úrovni jednotlivce. A to ze dvou důvodů. Stupně závislosti při vyhodnocení „míry závislosti“ nemohou dosáhnout stejné míry individualizace vyhodnocení potřebné podpory jako objem hodin podpory týdně. Druhým důvodem je návazný mechanismus přímé platby na úhradu za péči. Zde chybí reflexe toho, že přímé platby mohou sloužit části uživatelů pro zajištění vlastních asistentů (asistentů sociální péče), ale není efektivním nástrojem financování komplexů sociálních služeb, kde by mohl lépe fungovat univerzální systém sociální péče, podobně jako univerzální systém zdravotní péče, tedy financovaný jinými mechanismy, než prostřednictvím úhrad spotřebitele.

V otázce nákladovosti spočívají limity evidence v úzce pojaté metodologii komparace různých kontextů na základě výpočtu nákladů na jednotku. Takový přístup zajišťuje komparabilitu jen zdánlivě. Srovnáním nákladů na hodinu v pobytovém zařízení a v terénních službách chybí dopadová stránka analýzy. Metoda *cost-effectiveness* analýzy je přitom dlouho akceptovaná jako nejvhodnější pro oblast sociální péče (Knapp, 1984). Evidence také neobsahuje modelování možných budoucností, které by například propojily úvahy o nárocích na personální rozvoj sociální péče s úvahami o budoucnosti dalších odvětví hospodářství, specificky o dopadech průmyslu 4.0 a souvisejícího uvolnění pracovní síly díky pokračující automatizaci v některých odvětvích (Philbeck & Davis, 2018; Grigoli et al., 2020).

3. Souhrn zjištění a co z toho plyne pro *policy*

3.1 Souhrn zjištění

Otázka **budoucí dostupnosti** sociálních služeb se řeší v případech, kdy je možné využít demografické projekce. To vede k tomu, že budoucí dostupnost je **predikována pro oblast služeb pro seniory, pro ostatní cílové skupiny se modely budoucí dostupnosti v korpusu evidence nevyskytují**.

Nejběžnějším přístupem k otázce dostupnosti je sledování **aktuální dostupnosti**. Její měření využívá několika různých postupů/nástrojů, **typicky se stanovuje podíl kapacit na populaci a existující „běžný stav“** (jako medián, průměr, 75. centil a další).

Oba přístupy k aktuální a budoucí dostupnosti **konzervují stávající vybavenost** a nereflektují vazbu „běžného“ k žádoucímu, tj. k míře potřeb a jejímu uspokojení.

Modelování **optimální sítě** je v evidenci zastoupené pouze **pro některé cílové skupiny** a ve dvou odlišných modech. První chce vycházet z potřeb osob a aspiruje na optimální síť **ve smyslu „ideálního“ stavu**. Objevuje se na pomezí sociální a zdravotní péče v reformě psychiatrické péče (produktem je model sítě center pro duševní zdraví) a v oblasti adiktologických služeb, kde se modelují optimální sítě adiktologických služeb. Druhý způsob, jak uchopit koncept optimální sítě, je identifikovatelný v oblasti služeb dlouhodobé péče pro seniory, kde však koncept „optimální“ sítě slouží **jako synonymum pro stanovení vybavenosti území jednotlivými službami**. V tomto modu se nepracuje s ideálním horizontem spojeným s mírou potřeb, ale s apelem na vyrovnání dostupnosti do běžného stavu (viz níže Přístupy 1 a 4).

Nejistoty modelování dostupnosti kapacit jsou nejvýraznější **v oblasti tzv. „pečovatelských služeb“**, konkrétně v dlouhodobé péči **pro seniory a v oblasti deinstitucionalizace** služeb pro děti a dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním. Důvodem nejistot jsou několik desetiletí probíhající expertní a politické kontroverze **ohledně vhodného mixu služeb** v kontextu deinstitucionalizace a individualizace péče a podpory. To se projevuje zejména v pokračující debatě o tom, jaká je dobrá praxe v poskytování individualizované péče a podpory, jaká má/může být struktura komplexní podpory a jak modelovat mix služeb odpovídající potřebám člověka, moderním trendům a mezinárodním závazkům. Probíhající kontroverze v těchto oblastech služeb vedou k tomu, že evidence je různorodá. Ve srovnání s tím je patrná vysoká míra konsensu ohledně mixu služeb v oblastech služeb duševního zdraví a v adiktologických službách.

V korpusu evidence je identifikovatelná **dílčí vazba na zahraniční metodologie** měření dostupnosti. Především tzv. sociodemografická analýza navazuje po mnoha překladech na hnutí sociálních indikátorů (*social indicators movement*) šedesátých let minulého století a výzkumu sociálních nerovností. Aktuální trendy a koncepty se v korpusu objevují výjimečně.

Většina evidence týkající se „potřeb“ nehovoří o potřebách, jak jim rozumí sociální práce (specifické potřeby cílové skupiny, respektive individuální potřeby podpory), ale o velikosti cílové skupiny, velikosti sociálního problému, názorech veřejnosti, případně o potřebnosti služeb v území spíše než o potřebách osob.

Nástroje a metody **zjišťování takto pojatých potřeb** proto také **vycházejí ze sociálního výzkumu** a kombinují dostupná data (především administrativní a epidemiologická data). V evidenci až na výjimky chybí propojení s mezinárodní teorií potřeb v sociální práci, jejich zjišťování a využití v jednotlivých úrovních zadavatelského procesu.

Důležitým rysem odhadů velikosti cílové populace je, že **jednotlivé metody generují odlišné údaje**. Triangulace většinou nevede ke vyšší robustnosti odhadu, spíše se generují různé, většinou pokaždé odlišné odhady velikosti téže cílové skupiny. Někdy se liší až o řád.

Běžně se o financování sociálních služeb hovoří ve spojení s „nutností změny“ a „udržitelností“. **Neudržitelnost financování systému sociálních služeb z veřejných rozpočtů se nedokládá**, pouze předpokládá, někdy se odvozuje již od trendu růstu nákladů v uplynulé dekádě. Evidence neobsahuje vyvážené a vícedimenzionální výhledy, kdy by se spolu s modely růstu nákladů odhadoval také růst národního hospodářství, vývoj v dalších odvětvích služeb a dalších ukazatelů hospodářství.

K tématu budoucího financování se v evidenci opakuje zejména **apel na aktivnější zapojení soukromých zdrojů**, případně jiných veřejných zdrojů mimo státní rozpočet (zejm. optimalizace úhrad od zdravotních pojišťoven). Méně častý je apel na větší roli veřejných rozpočtů, aby *„dlouhodobě fatálně podfinancované veřejné investice do sociálních služeb“* nahradila snaha *„zajistit dostatečnou podporu investic do sociálních služeb ze strany centra, krajů a obcí“* (Horecký et al., 2021, 16). V apelaci na zapojení soukromého sektoru do zajištění veřejných služeb **chybí syntéza rizik, která by zahrnula zkušenosti zemí, které již od zapojení soukromého kapitálu (PPP projektů) ustupují.**

Ve srovnání se zahraniční literaturou chybí zejména **nabídka řešení krize v sociální péči, která by také zahrnovala řešení prostřednictvím veřejných rozpočtů, zejména zajištění univerzálně dostupné sociální péče** ve vazbě na rostoucí nároky a míru potřeb. Jde přitom o model aplikovaný v evropském školství nebo zdravotnictví.

Debata o nákladovosti individualizace sociální péče je úzce zaměřená na jednotkovou nákladovost a **vyhodnocování nákladů různých forem péče (programů, intervencí) není informované mezinárodně akceptovaným standardem** ekonomické analýzy dopadů a nákladů, kterým je v oblasti sociální péče *cost-effectiveness* analýza.

3.2 Implikace pro *policy*

Pro tvorbu Národní strategie rozvoje sociálních služeb přináší syntéza evidence řadu podnětů a otázek. K tématu místní dostupnosti a optimálního mixu služeb dlouhodobé péče jde o následující:

- Syntéza potvrdila, že rozvoj služeb dlouhodobé péče (zejm.) pro seniory a osoby se zdravotním znevýhodněním se na rozdíl od adiktologických služeb nebo služeb péče o duševní zdraví nemůže opřít o konsenzuální model optimálního mixu služeb. Ten je přitom důležitým předpokladem modelace optimální sítě.

- Rozvoj sociálních služeb v území je limitován nejasnostmi ve vymezení místní dostupnosti. Revize tohoto tématu je praktickým předpokladem zefektivnění rozvoje sociálních služeb na úrovni krajských sítí, respektive jeho metodické garance v gesci MPSV. Součástí tématu je také nejistota ohledně jednotek místní dostupnosti (určitá populace, obec, ORP, něco jiného?) a metody, jak místní dostupnost stanovovat.

- Stávající nástroje zadávání sociálních služeb stejně jako procesy vyhodnocování stupňů závislosti na pomoci druhé osoby nejsou dostačující zejména pro plánování a realizaci kapacit sociálních služeb pro osoby s vyšší mírou potřeb. Je třeba revidovat a navrhnout mechanismus plánování podpory na úrovni jednotlivce i území, které umožní rozvoj a zajištění individualizované podpory (zejm. vyhodnocování potřeby a plánování kapacit v hodinách).

- Syntéza evidence ukázala, že není dostupný nástroj sledování postupu při naplňování požadavku čl. 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (právo na nezávislý život). Česká republika se kvůli tomu nachází v nevýhodné pozici, kdy nemůže ukázat, zda a nakolik již v naplňování článku 19 pokročila, jak jí ukládá CRPD. Současně se z debat s krajskými zadavateli ukazuje jako praktické usilovat o vývoj relativně jednoduchého nástroje použitelného ve veřejné správě.

K tématu možností financování sociálních služeb a zejména služeb sociální péče, které jsou na rozdíl od služeb prevence předmětem debaty a kontroverze, plynou ze syntézy evidence následující podněty a otázky:

- Při komparativní analýze nákladů sociální péče se využívá pouze jednotková nákladovost. Chybí sledování dopadů. Návrhy sledovat také dopady se začínají objevovat, avšak jsou limitované na monitoring transformace s využitím Business Intelligence (EY, 2025a) a v oblasti ekonomických analýz navrhují pouze aplikaci *cost-benefit* analýzu (ibidem). Zahraniční literatura však jako doporučený metodologický standard pro oblast sociální péče uvádí *cost-effectiveness* analýzu. Je proto třeba připravit metodologický rámec využití CEA zejména s ohledem na volbu měření dopadu a následně provést analýzu).

Závěr

Místo běžného sumativního závěru v této podkapitole porovnáváme stav evidence s aktuálním stavem veřejné debaty o dostupnosti a možnostech financování. Nejnověji proběhla podobná debata na konferenci *Individualizovaná podpora 2025: reflexe a výzvy,* pořádané Aliancí pro individualizovanou podporu na začátku června. Konference se postupně věnovala tématům potřeb, financování a budoucí dostupnosti sociální péče pro děti a dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním, včetně osob s vysokou mírou potřeb. Konference ukázala, že zástupci hlavních *policy* aktérů, od ministerstva práce a sociálních věcí, ministerstva financí či Ombudsmana po uživatelská a sebeobhájcovská sdružení, mají znalost konzistentní s korpusem evidence a nadto v ní umějí identifikovat a vážit hlavní témata, jako například bariéry rozvoje sociálních služeb a interpretovat nutné kroky změny.

Jako bariéru identifikují již samotný rámec debaty, konkrétně opakující se teze o tom, že ve veřejných rozpočtech není dostatek peněz na rozvoj sociálních služeb, a teze o údajné „neudržitelnosti" rozvoje v souladu s potřebami. Ministerstvo financí na konferenci potvrdilo, že stále čeká na robustní syntézu a zatím neví, co jsou dražší, co levnější, co efektivnější a co méně efektivní možnosti. Současně je otevřené diskusi o zvyšování výdajů, potřebuje jen vědět, co za navýšené prostředky dostaneme. V debatě již nebylo dost prostoru na vyjasnění vztahu k dalším odvětvím veřejných služeb a na otázku, zda jsou výdaje na sociální služby v objemu něco přes jeden a půl procenta HDP málo, či příliš. Je tak na budoucí dohodě, zda výdaje na sociální služby mají tvořit dvě procenta HDP, nebo pět jako u školství, nebo přes 8 % jako v případě zdravotnictví. Je však jisté, že by mělo jít o dohodu o konkrétních prioritách, a nikoliv o neurčitých ekonomických limitech. Na konferenci také zaznělo, že přece rostou rozpočty u ostatních oblastí a tyto ostatní priority nemusí mít dopředu vyčíslené, kolik to bude přesně stát a co za to dostaneme. Naopak strategická rozhodnutí s velkými závazky a významnými dopady do veřejných rozpočtů se běžně dějí na základě politických priorit a mají rámcovou povahu, například v podobě nové hladiny výdajů jako podílu na HDP. V takovém kontextu pouze opakovat, že na sociální služby nejsou finance, především znamená, že sociální služby nejsou pro daného mluvčího prioritou.

Konference se také opakovaně dotkla bludného kruhu zvyšování úhrad za péči a zvyšování příspěvku na péči. Nejprve panelisté připomněli, že v příspěvku na péči se snoubí neslučitelné aspirace. Pro jedny je nástrojem financování služeb, pro druhé je především odměnou za neformální péči. V situacích sdílené péče je tato neslučitelnost nejpatrnější. Pokud domácnost utratí peníze za služby, nezůstane pečujícím na živobytí, protože se vše platí ze stejné dávky. A následně se v debatě ukázalo, že právě příspěvek je také bariérou individualizace podpory a slepou uličkou rozvoje kapacit. Nejnaléhavěji to pojmenoval sebeobhájce v poslední části konference: *„Já nepotřebuji příspěvek na péči. Já potřebuji tu péči. S těmi penězi se vůbec nepotřebuji potkat."* Připomněl tím, že cílem je systémově zajistit dvě dostupnosti a ani jednu z nich nezajistí příspěvek na péči. První dostupnost je o tom, aby sociální služba (osobní asistence) byla místně dostupná,

což nejčastěji znamená, aby lidé, kteří se obrátí na poskytovatele, nebyli odmítnutí pro nedostatek kapacit (či nešlo o úplnou neexistenci služby v místě, kde člověk žije). Druhá dostupnost je o tom, aby čerpání podpory v objemu, který odpovídá individuálním potřebám člověka, bylo pro uživatele finančně dostupné. Místní dostupnost mají v rukou správci regionálních sítí, nikoliv příjemci příspěvku na péči. Krajští zadavatelé ji umí zajistit, pokud na nové kapacity dostanou nové finance. Finanční dostupnost má v rukou stát, který ji umí vyřešit, jak ukázal v pobytových službách, kde nastavil úhrady za celodenní péči na úroveň příspěvku (bez ohledu na faktickou potřebu péče). Jejich uživatelé se tím pádem nemohou dostat do situace, kdy by neměli na úhradu péče. To samé by měl zajistit také pro uživatele ostatních služeb sociální péče.

Z konferenční debaty se také dalo odhadnout, že existují velké, avšak přesně nezjištěné kapacitní mezery v poskytované péči. Pokud na péči čekají tisíce (odmítnutých) žadatelů a část existujících uživatelů čerpá podporu hluboce pod úrovní individuálních potřeb, tak budoucí rozvoj se nemůže týkat jen pobytových služeb. Také kapacity komunitních služeb, jako je osobní asistence, pečovatelská služba nebo podpora samostatného bydlení, bude nejspíš potřeba nejen o něco posílit, jak je v praxi střednědobého plánování zvykem, ale znásobit. Finanční dostupnost intenzivní podpory zase může vyřešit centrální úprava úhrad za péči, která bude směřovat k univerzálně dostupným službám sociální péče, stejně jako jsou univerzálně dostupné služby zdravotní nebo sociální služby prevence (tedy založené na principu solidarity). V kontextu zahraničních debat bude právě univerzální dostupnost sociální péče tím víc nezbytná, čím více lidí bude sociální služby potřebovat. Pokud se nějaké potřeby začnou dotýkat téměř každého – a v kontextu stárnutí je neustále připomínáno, že sociální péče se vlastně postupně stává potřebou většiny populace – tak soukromé zdroje ani korporátní programy nemohou nabídnout uspokojivá řešení. Společnost začne požadovat péči, která je veřejně garantovaná a dostupná. Zrovnoprávnění úhrad za péči v komunitní péči a pobytových službách je jedním z předpokladů zvyšování dostupnosti podpory v domácím prostředí a snižování tlaku na pobytové kapacity. Mechanismy, jak nastavit financování, jsou přitom známé. Jak připomněla zástupkyně vlády, například o povinném pojištění sociální péče se hovoří roky. Bude však třeba dohody na technickém řešení a zacílení odvodů, buď z práce, nebo z něčeho jiného.

Celkově konference naznačila, že jednotlivé teze, pokud se složí do jednoho celku, tvoří ucelenou architekturu systémové změny s významným potenciálem zlepšit dostupnost zejména služeb sociální péče a udržitelného financování individualizované podpory.

Literatura

ADAMS, Jean et al., 2016. Searching and synthesising "grey literature" and "grey information" in public health: critical reflctions on three case studies. *Systematic Reviews*, 5(1), 164–175. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-016-0337-y

ADAMS, Robert et al., 2002. *Social Work Themes, Issues and Critical Debates*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

ARKSEY, Hilary & Lisa O'MALLEY, 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Socical Research Methodology*, 8(1), 19–32. DOI: https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

ADASS, 2022. *A Guide to Co-production in Adult Social Care*. London: Association of Directors in Adult Social Services & IPC Oxford Brookes University. Dostupné z: ADASS-SE-Co-production-Guide-Feb-2023-for-website.pdf

AGE UK, 2023. *The State of Health and Care of Older People in England 2023*. London: AGE UK. Dostupné z: *https://www.ageuk.org.uk/siteassets/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/age_uk_briefing_state_of_health_and_care_of_older_people_july2023.pdf*

ANED, 2019. Living independently and being included in the community – Czech Republic. (Tech. No. Task 1.2). The Academic Network of European Disability Experts (ANED). Dostupné z: https://individualisedliving.com.au/wp-content/uploads/sites/3/2022/03/Living_independently_and_being_included.pdf

BANKS, Sarah, 2012. *Ethics and Values in Social Work* (4th Ed). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

BAUER, Anette, 2015. *The economic case for early and personalised support for parents with learning difficulties*. Paper given at University of Glasgow, 3rd June 2015. Dostupné z: https://www.pssru.ac.uk/pub/5145.pdf

BAUER, Anette et al., 2017. Costs and economic consequences of a help-at-home scheme for older people in England. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), 780–789. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12372

BEECHAM, Jeni & Martin KNAPP, 1991. Costs, Needs, and Outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 17(3), 427–439. DOI: https://doi.org/10.1093/schbul/17.3.427

BEECHAM, Jeni et al., 2004. Twelve years on: Service use and costs for people with mental health problems who left psychiatric hospital. *Journal of Mental Health*, 13(4), 363–377. DOI: https://doi.org/10.1080/09638230410001729816

BERTIN, Giovanni et al., 2021. Do standard classifications still represent European welfare typologies? Novel evidence from studie on health and social care. *Social science and Medicine*, 281, 114086. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114086

BOOTH, Lorna, 2018. Goodbye PFI. Insight. London: House of Commons Library. Dostupné z: https://commonslibrary.parliament.uk/goodbye-pfi/

BROULÍKOVÁ et al., 2021. The timely diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: Microsimulating cost-effectiveness in the Czech republic. *Demografie*, 63(4), 216–225. DOI: https://doi.org/10.54694/dem.0287

BURCHARDT, Tania & Holly HOLDER, 2012. *Developing social care: The current evidence base and future directions*. Joseph Rowntree Foundation.

CAMBRIDGE, Paul & Martin KNAPP, 1997. At What Cost? Using Cost Information for Purchasing and Providing Community Care for People with Learning Disabilities. *British journal of learning disabilities,* 25(1), 7–12. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.1997.tb00002.x

CAMBRIDGE, Paul et al., 2002. Twelve Years On: The Long-term Outcomes and Costs of Deinstitutionalisation and Community Care for People with Learning Disabilities. *Tizard Learning Disability Review*, 7(3), 34–42. DOI: https://doi.org/10.1108/13595474200200027

CCETSW, 1992. *Rules and Requirements for the Diploma in Social Work DipSW, Paper 30*, 2nd ed. London: CCETSW.

CHARLESWORTH, Anita et al., 2021. What is the right level of spending needed for health and care in the UK? *The Lancet*, 397(10288), 2012–2022. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00230-0

ČSÚ, 2024. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení – 2023*. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z: https://csu.gov.cz/docs/107508/2e649731-0b29-3c95-788a-a0d8484d0db7/19002924.pdf?version=1.2

ČTVRTNÍKOVÁ, Ilona et al., 2018. *Žít doma: metodika procesu transformace pečovatelské služby*. Praha: Institut pro sociální práci.

DFID, 2019. *Rapid evidence assessments*. London: Department for International Development. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/collections/rapid-evidence-assessments

DoH, 2013. *Statutory Guidance on Joint Strategic Needs Assessments and Joint Health and Wellbeing Strategies*: London: Department of Health. Dostupné z: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6304e6fdd3bf7f3664b65b35/Statutory-Guidance-on-Joint-Strategic-Needs-Assessments-and-Joint-Health-and-Wellbeing-Strategies-March-2013.pdf

DIXON-WOODS, Mary et al., 2006. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(3), 1–13. Dostupné z: https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-6-35#citeas

DREMELJ, Polona et al., 2020. *Evalvacija uvajanja Zakona o osebni asistenci: končno poročilo*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Dostupné z: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Invalidi/Evalvacija_osebna_asistenca_koncno_porocilo.pdf

DUDOVÁ, Radka, 2022. Cash for Care as Special Money: The Meaning and Uses of the Care Allowance in Close Relationships in the Czech Republic. *Feminist Economics*, 28(2), 329–355. DOI: https://doi.org/10.1080/13545701.2021.1988126

EC, 2012. *Long-term Care: need, use and expenditure in the EU-27*. Brussels: European Commission. Dostupné z: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf

EC, 2018. *Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018*. Brussels: European Commission. Dostupné z: https://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en

EYAL, Gil, 2000. Anti-politics and the spirit of capitalism: Dissidents, monetarists, and the Czech transition to capitalism. *Theory & Society*, 29(1), 49–92.
Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/3108479

FELCE, David, 2017. Community Living for Adults with Intellectual Disabilities: Unravelling the Cost Effectiveness Discourse, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(3), 187–197. DOI: https://doi.org/10.1111/jppi.12180

GLASBY, Jon et al., 2019. *Partnership Working in Health and Social Care: What Is Integrated Care and How Can We Deliver It?* 3rd Edition. Bristol: Policy Press.

GRIGOLI, Francesco et al., 2020. Automation and Labor Force Participation in Advanced Economies: Macro and Micro Evidence. *European Economic Review*, 126, 103443.
DOI: https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2020.103443

HAMEL, Candyce et al., 2021. Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 74–85. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041

HANZLÍK, Kryštof et al., 2020. *Metodika praktické aplikace nástroje zajištění dostupnosti služeb*. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2021/05/Metodika-prakticke-aplikace-nastroje-zajisteni-dostupnosti-sluzeb.pdf

HAVLÍKOVÁ, Jana & Olga HUBÍKOVÁ, 2025. With Empty Hands: How the Lack of Public Resources Distorts Social Work Performance. *Czech and Slovak Social Work Journal*, 25(1), 21–34. https://socialniprace.cz/en/article/with-empty-hands-how-the-lack-of-public-resources-distorts-social-work-performance-2/

HOLMEROVÁ, Iva et al., 2013. Opportunities and challenges for integrated provision of long-term care services in the Czech Republic. In. *Challenges of ageing societies in the Visegrad countries*. Budapest: Hungarian Charity Service of the Order of Malta, 91–103. Dostupné z: http://ageing.maltai.hu/

HORGAN, Aine et al., 2020. Expert by experience involvement in mental health nursing education: The co-production of standards between Experts by Experience and academics in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 553–562.
DOI: https://doi.org/10.1111/jpm.12605

HUBÍKOVÁ, Olga et al., 2023. *Sociální práce na obecních úřadech*. Praha: RILSA. Dostupné na https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_535.pdf

HUMPHRIES, Richard, 2022. *Ending the Social Care Crisis: A New Road to Reform*. Bristol: Policy Press.

HUMPHRIES, Richard, 2023. Podcast – *Ending the Social Care Crisis: In conversation with Richard Humphries*. Birmingham: Centre for Care.
Dostupné z: https://centreforcare.ac.uk/updates/2023/11/podcast-ending-the-social-care-crisis/

JANEČKOVÁ, Marcela, 2018. Bariéry a možnosti integrace zdravotní a sociální péče v České republice. *Geriatrie a gerontologie*, 7(3), 96.

JANEČKOVÁ, Marcela & Radka VEPŘKOVÁ, 2017. *Integrace péče: reflexe stavu ČR. Zpráva z výzkumu*. Praha: CELLO, FHS UK. Dostupné z: https://tarantula.ruk.cuni.cz/AKTUALITY-4286-version1-vyzkumna_zprava_integrace_pece.pdf

JANÝŠKA, Antonín, 2011. Transformace pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením: dosavadní vývoj, existující mýty a pasti a ekonomické podmínky jejich poskytování. *Fórum sociální politiky*, 5(5), 20–23. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/transformace-pobytovych-socialnich-sluzeb-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim-dosavadni-vyvoj-existujici-myty-a-pasti-a-ekonomicke-podminky-jejich-poskytovani/

JONES, Judy, 2001. Former Treasury Adviser Weighs In Against PFI. *British Medical Journal*, 322(7292), 948. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11312222/

KALB, Don, 2002. Afterword: Globalism and Postsocialist prospects. In. *Postsocialism: Ideals, ideologies and practices in Eurasia*. London: Routledge, 317–334.

KALVACH, Zdeněk, 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE.

KAMENSKÝ, Vojtěch et al., 2025. Burden of HPV-Induced Diseases and Cost Effectiveness of Catch-up Vaccination in Czech Republic: A Model-Based Study. *BMC public health* 25(1), 1–14. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-025-21599-6

KOCMAN, David, 2024. *Implementace zákona o osobní asistenci ve Slovinsku: syntéza evidence.* Praha: RILSA. Dostupné na: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_567.pdf

KOCMAN, David et al., 2019. *Systémové řešení bytové nouze rodin a jednotlivců na úrovni obcí Náměty a doporučení pro města a obce s vysokou mírou bytové nouze*. Praha: Platforma pro sociální bydlení. Dostupné z: https://www.ukoncovani-bezdomovectvi.cz/

KOCMAN, David et al., 2025. Zjišťování potřeb v plánování rozvoje sociálních služeb: kritická interpretativní syntéza. *Sociologický časopis / Czech Sociological review*, v recenzním řízení.

KODNER, Dennis & Cor SPREEUWENBERG, 2002. Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1–6. DOI: https://doi.org/10.5334/ijic.67

KONOPÁSEK, Zdeněk, 1998. *Estetika sociálního státu*. Praha: G+G.

KONOPÁSEK, Zdeněk, 1993. O dvojí univerzalitě institucí welfare state (není mix jako mix). *Sociologický časopis*, 29(2), 203–224. Dostupné z: https://sreview.soc.cas.cz/artkey/csr-199311-0015_the-welfare-mix-on-the-way-to-welfare-universalism-socialist-and-non-socialist-institutional-regimes.php

KONOPÁSK, Zdeněk et al., 1992. *Universální dávkový systém rodinné politiky: Dávky bezprostředně vázané na dětství a rodičovství*. Bratislava: VÚPSV.

KLERINGS, Irma et al., 2023. Rapid reviews methods series: Guidance on literature search. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28(6), 412–417. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112079

KLIMEŠ, Jiří et al., 2012. PUK11 Cost-Effectivness Analysis of Once Daily Versus Twice Daily Tacrolimus in Post-Renal Transplant Patients in the Czech Republic. *Value in health*, 15(7), A457. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.08.1449

KNAPP, Martin, 1984. *The Economics of Social Care*. London: Macmillan.

KNAPP, Martin, 1993. Principles of applied cost research. In. *Costing Community Care. Theory and Practice*. Canterbury: PSSRU, 61–72.

KNAPP, Martin, 2015. The cost-effectiveness challenge: is it worth it? *Alzheimer's Research & Therapy*, 7, 10. DOI: https://doi.org/10.1186/s13195-015-0095-4

KNAPP, Martin et al., 2011. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health and Social Care in the Community*, 19(2), 113–125. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00969.x

KNAPP, Martin & Jil BEECHAM, 1990. Costing mental health services. *Psychological Medicine*, 20(4), 893–908. DOI: https://doi.org/10.1017/s003329170003659x

KRÖGER, Timo et al., 2019. Care poverty: Unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3(4), 485–500.
DOI: https://doi.org/10.1332/239788219X15641291564296

KRÖGER, Timo, 2022. *Care Poverty: When Older People's Needs Remain Unmet*. Bristol: Polity Press. Cham: Palgrave Macmillan.

KRÖGER, Timo et al., 2025. *Care Poverty and Unmet Needs: Inequalities in Theory and Practice*. Bristol: Polity Press. Dostupné z: https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/care-poverty-and-unmet-needs

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, 2009. Role uživatele a zjišťování potřeb v procesu komunitního plánování sociálních služeb. *Sociální práce / Sociálna práca*, 9(1), 85–96.

LAND, Kenneth & Alex MICHALOS, 2018. Fifty Years After the Social Indicators Movement: Has the Promise Been Fulfilled? *Social indicators research* 135(3), 835–868.
DOI: https://doi.org/10.1007/s11205-017-1571-y

LGA, 2022. *Strategic collaborative planning and commissioning: A guide*: London: Local Government Association. Dostupné z: https://www.local.gov.uk/publications/strategic-collaborative-planning-and-commissioning-guide

LØDEMEL, Ivar & Amilcar MOREIRA (eds.), 2014. *Activation or workfare?: Governance and the neo-liberal convergence.* Oxford: Oxford University Press.

MALISAUSKAITE, Gintare et al., 2021. *Measuring unmet health and care needs among older people using existing data. BRIEF. Technical report*. Canterbury: Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System (PRUComm). Dostupné z: https://pru.hssc.ac.uk/assets/uploads/files/unmet-needs-summary-final.pdf

MARCUS, George, 2000. *Para-Sites: A Casebook against Cynical Reason*. Chicago: University of Chicago Press.

MICHALÍK, Jan et al., 2008. *Uživatelé sociálních služeb a nový systém jejich poskytování výzkum názorů a postojů listopad 2007 – leden 2008*. Olomouc: Institut rozvoje sociálních služeb. Dostupné z: http://poradna.nrzp.cz/docs/vyzkum-uzivatele-2008.pdf

MILNER, Judith & Patrick O'BYRNE, 2002. *Assessment in Social Work* (2nd ed). London: Palgrave Macmillan.

MORRIS, Jenny, 2004. Independent living and community care: a disempowering framework. *Disability & Society*, 19(5), 427–442. DOI: https://doi.org/10.1080/0968759042000235280

MPSV, 2015. Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice: sborník z konference. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cms/documents/c499b537-c85d-4cad-e916-fda4a5444d34/Konsensualni_konference__o_bezdomovectvi__v_CR_-_sbornik.pdf

MPSV, 2017. *První střípky ze síťování*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: https://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Brozura_Sitovani_final.pdf

MUNN, Zachary et al., 2018. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 143–143. DOI: https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x

NIEDERLE, Petr & Petr VÍŠEK, 1995. K novému pojetí sociální pomoci. *Sociální politika*, 1, 10–11.

NCCMH, 2019. *Working Well Together: Evidence and Tools to Enable Co-production in Mental Health Commissioning*. London: National Collaborating Centre for Mental Health. Dostupné z: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/working-well-together/working-well-together---evidence-and-tools-to-enable-co-production-in-mental-health-commissioning.pdf

NEWBIGGING, Karen et al., 2015. *Commissioning for better outcomes: A route map*. London: Local Government Association and University of Birmingham. Dostupné z: https://www.local.gov.uk/commissioning-better-outcomes-route-map-updated-edition

OECD, 2020. *Integrating Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*. OECD Publishing. Dostupné z: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2015/07/integrating-social-services-for-vulnerable-groups_g1g53418/9789264233775-en.pdf

OECD, 2023. *Health care financing in times of high inflation*. Paris: OECD. Dostupné z: https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf

O'DOWD, Adrain, 2018. Public will have to pay £220bn for PFI until 2040, NAO calculates. *British Medical Journal*, 360, k273. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.k273

OCHRANA, František, 2005. *Nákladově užitkové metody ve veřejném sektoru*. Praha: Ekopress.

PAGE, Matthew et al., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, 71. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71

PEARSON, Charlotte & Julie RIDLEY, 2016. Is personalisation the right plan at the wrong time?: Re-thinking cash-for-care in an age of austerity. *Social Policy and Administration*, 51(7), 1042–1059. DOI: https://doi.org/10.1111/spol.12216

PHILBECK, Thomas & Nicholas DAVIS, 2018. The Fourth Industrial Revolution: Shaping a New Era. *Journal of International Affairs*, 72(1), 17–22. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/26588339

PILÁT, Miroslav, 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál.

PLYMOUTH, 2023. *Co-production Commissioning: A Tool Kit*. Plymouth: City Council. Dostupné z: https://www.plymouthonlinedirectory.com/media/6074/Co-Production-Commissioning-Toolkit/pdf/Co-Production_Commissioning_Toolkit.pdf

POLLOCK, Allyson et al., 2001. How private finance is moving NHS into corporate corporate ownership. *British Medical Journal*, 322, 960–963. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.322.7292.960

POTŮČEK, Martin et al., 2022. *Návrat lidí bez domova do bydlení. Konsensuální konference*. Praha: CESES. Dostupné z: https://ceses.cuni.cz/CESES-474-version1-e_kniha_final.pdf

PRŮŠA, Ladislav, 1999. Analýza vývoje systému sociální pomoci v 1. polovině 90. let. *Sociální politika*, 2: I–VIII.

PRŮŠA, Ladislav, 2002. Analýza vývoje systému sociální pomoci v 90. letech. *Práce a mzda*, 50(1), 29–46.

PRŮŠA, Ladislav, 2006. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VUPSV. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_212.pdf

PRŮŠA, Ladislav et al., 2014. *Alchymie nepojistných sociálních dávek*. Praha: Wolters Kluwer.

PRŮŠA, Ladislav et al., 2019. *Kalkulačka výskytu vybraných sociálních jevů. Nástroj vzniklý v projektu Nové přístupy k zajištění dostupnosti sociálních služeb na regionální úrovni*. Dostupné z: https://starfos.tacr.cz/cs/projekty/

RETHINK, 2015. *Co-production in Commissioning: Getting started*. London: RETHINK Mental Illness a Volunteering Fund.
Dostupné z: https://www.rethink.org/media/2256/co_production_getting_started_guide.pdf

ROBERTSON, Ruth et al., 2014. *The social care and health systems of nine countries*. London: The Kings Fund. Dostupné z: https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/92e25176a8/new_settlement_health_social_care_background_paper_social_care_2014.pdf

ROBERTSON, Ruth & Leo EWBANK, 2020. *Thinking differently about commissioning Learning from new approaches to local planning*. London: The Kings Fund. Dostupné z: https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/thinking-differently-commissioning

ROMEO, Renee et al., 2016. The cost of care homes for people with dementia in England: a modelling approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1466–1475. DOI: https://doi.org/10.1002/gps.4637

ROTHENBACHER, Franz, 1993. National and International Approaches in Social Reporting. *Social indicators research*, 29(1), 1–62. DOI: https://doi.org/10.1007/BF01136196

RUSH, Brian et al., 2019. Development of a Needs-Based Planning Model to Estimate Required Capacity of a Substance Use Treatment System. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. Supplement No. 18, 51–63. DOI: https://doi.org/10.15288/jsads.2019.s18.51

SALTMAN, Richard et al., 2007. *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care.* Open University Press & WHO. Dostupné z: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/primary-care-in-the-driver-s-seat-organizational-reform-in-european-primary-care

SCHEHRER, Silvia & Stephanie SEXTON, 2010. *Involving users in commissioning local services*. London: Joseph Rowntree Foundation. Dostupné z: https://www.drugsandalcohol.ie/13147/1/user-involvement-service-commissioning-full.pdf

SHAMIR, Ronen, 2008. The age of responsibilization: On market-embedded morality. *Economy and Society,* 37(1), 1–19. DOI: https://doi.org/10.1080/03085140701760833

SIMON, J. et al. 2021. Local Area Coordination: Building Stronger Communities from the Ground Up. *Journal of Social Policy*, 50(3), 579–598.

SEELEIB-KAISER, Martin & Jakob SOWULA, 2020. The genesis of welfare regime theory. In. *Ideal Types in Comparative Social Policy*. London: Routledge, 41–59.

SLASBERG, Colin et al., 2012. How self-directed support is failing to deliver personal budgets and personalisation. *Research*, *Policy and Planning*, 29(3), 161–177. Dostupné z: http://ssrg.org.uk/wp-content/uploads/2012/01/Slasberg-et-al.pdf

SMITH, Richard, 1999. PFI: Perfidious Financial Idiocy: A "Free Lunch" That Could Destroy the NHS. *BMJ: British Medical Journal* , 319, 7201, 2–3. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.319.7201.2

SOCIOKLUB, 1998. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB.

SPRSS HMP, 2025. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hl. M. Prahy v letech 2025–2027*. Příloha č. 1 k usnesení Zastupitelstva HMP č. 19/22 ze dne 12. 12. 2024. Praha: Magistrát hlavního města Prahy. Dostupné z: https://praha.eu/documents/d/socialni/sprss_2025-2027-final-ted-zhmp_13-12-2024

SPRSS JČK, 2021. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2022–2024*. České Budějovice: Jihočeský kraj. Dostupné z: https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files/inline-files/sprss_22-24_zk_web_obalky_cerven21.pdf

SPRSS SČK, 2022. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje v letech 2023–2025*. Dostupné z: https://stredoceskykraj.cz/web/socialni-oblast/sprss-sk-2023-2025

STEVENSON, George et al., 2025. *Adult social care funding pressures: 2023–35*. London: The Health Foundation. Dostupné z: https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/analysis/adult-social-care-funding-pressures-2023-35

SUSSEX, Jon, 2001. *The economics of the private finance initiative in the NHS*. London: Office of Health Economics. Dostupné z: https://www.ohe.org/wp-content/uploads/2014/08/273-2001_Economics_of_Private_Finance_Init_Sussex.pdf

SÚKL, 2022. *Postup pro posuzování analýzy nákladové efektivity* (verze 5). Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv. Dostupné z: https://sukl.gov.cz/wp-content/uploads/2024/06/05-A-SP-CAU-028-Postup_pro_posuzovani_analyzy_nakladove_efektivity-17012022.pdf

TAYLOR, Brian & Toni DEVINE, 1993. *Assessing Needs and Planning Care in Social Work*. Aldershot: Arena.

THOMAS, James et al., 2013. Rapid evidence assessments of research to inform social policy: taking stock and moving forward, *Evidence & Policy*, 9(1), 5–27.
DOI: https://doi.org/10.1332/174426413X662572

THOMPSON, James et al., 2009. Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135–146.
DOI: https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.2.135

TOMEŠ, Igor, 1991. *Koncepce systému sociální pomoci*. Bratislava: RILSA.

Tomeš, Igor, 2008. Analýza sociálních potřeb. In. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 291–308.

TOMEŠ, Igor, 2017. *Profesor Igor Tomeš: Sociální politiku by měli dělat odborníci, ne politici.* Rozhovor. Revue pro sociální politiku a výzkum. Praha: ISPV. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/2017/11/profesor-igor-tomes-socialni-politiku-by-meli-delat-odbornici-ne-politici/

TRICCO, Andrea et al., 2018. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. DOI: https://doi.org/10.7326/m18-0850

ÚLEHLA, Ivan, 2008. Zajištění dostupnosti plánování sociálních služeb na principech komunitního plánování. In. *Manuál zadavatele sociálních služeb*. Praha: Instand.

VAN DIJCK, Charlotte & Trui STEEN, 2024. Engaging experts by experience as co-producers: challenges and strategies. *Public Management Review*, 26(8), 2242–2259. DOI: https://doi.org/10.1080/14719037.2023.2183244

VÍŠEK, Petr & Ladislav Průša, 2012. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: NCSS & VÚPSV. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf

WALACH, Václav et al., 2023. Znevýhodnění mezi znevýhodněnými? Prediktory bydlení na ubytovnách v českých sociálně vyloučených lokalitách. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 59(1), 65–93. DOI: https://doi.org/10.13060/csr.2023.002

WALKER, Alan, 1985. *The care gap: How can local authorities meet the needs of the elderly*? London: Local Government Information Unit.

WATSON, David & Janice WEST, 2006. *Social work process and practice : approaches, knowledge, and skills*. London: Palgrave Macmillan.

WEATHERLEY, Helen et al., 2017. *Scoping Review on Social Care Economic Evaluation Methods.* CHE Research Paper 150. York: University of York, Centre for Health Economics Dostupné z: https://eprints.whiterose.ac.uk/135405/1/CHERP150_social_care_evaluation_methods.pdf

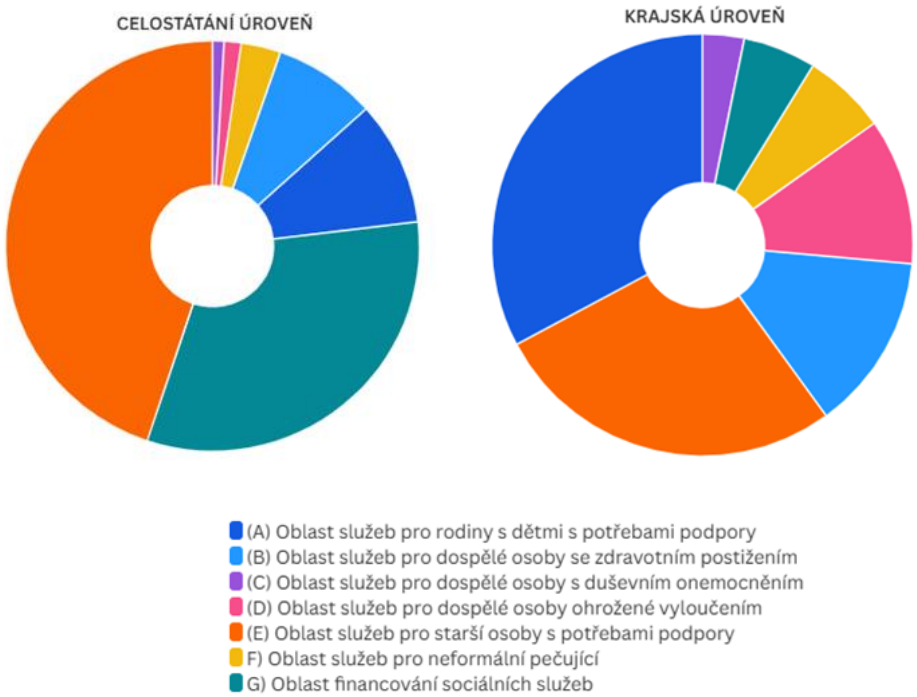
WINKLER, Petr et al., 2018. Cost-Effectiveness of Care for People with Psychosis in the Community and Psychiatric Hospitals in the Czech Republic: An Economic Analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1023–1031. DOI: https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30388-2

WHO, 2023. *Finland: health system summary 2023 (HiT series).* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Dostupné z: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary

Korpus evidence

Korpus evidence lze dělit podle územní jednotky analýzy na studie vztahující se na celou ČR a studie na úrovni krajů. Souvisí to s vysokou mírou podílu analýz dostupnosti služeb vázaných na zadávávání rozvoje sociálních služeb na úrovni krajů. Zmapovali jsme zdroje dle cílových skupin, kdy jsme strukturu oblastí služeb konstruovali na základě běžné praxe krajského střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb.

Graf č. 1 **Zastoupení oblastí služeb v analýzách podle územní jednotky**

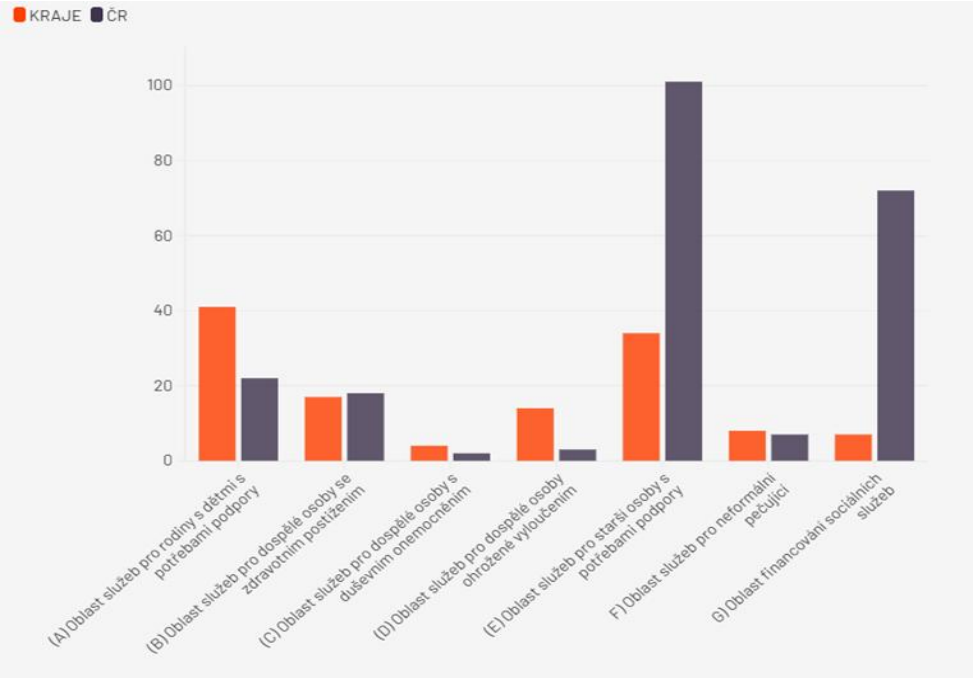


V korpusu evidence, zdá se, existuje rozdíl mezi krajskou a celostátní úrovní analýz v míře pozornosti věnované jednotlivým oblastem služeb a cílovým skupinám. Analýzy, kde je územní jednotkou region, respektive kraj, distribuují pozornost jednotlivým cílovým skupinám rovnoměrněji než celostátní analýzy. Zdroje evidence, kde je územní jednotkou celá ČR, se zdají být selektivnější a kladou největší důraz zejména na dvě oblasti: financování sociálních služeb a cílovou skupinu starších lidí s potřebami péče a podpory. Některé cílové skupiny jsou v korpusu této evidence zastoupeny výrazně méně – sem patří například rodiny s dětmi ohrožené sociálním vyloučením nebo lidé bez domova, které se v evidenci s celorepublikovým záběrem vyskytují jen minimálně.

Plnému spektru zranitelných skupin se věnuje pozornost především na úrovni zadavatelů rozvoje sociálních služeb, což může souviset s praxí střednědobého plánování a mandatorním zjišťováním potřeb napříč rozpoznávanými cílovými skupinami. Naproti tomu analýzy s celostátním rámcem mohou spíše reflektovat aktivity vybraných *policy* aktérů a jejich zaměření, zejména v oblasti dlouhodobé péče o starší osoby a transformace a deinstitucionalizace péče.

Zároveň i v regionálních analýzách dostupnosti a potřebnosti je identifikovatelná variabilita a častěji je pozornost evidence věnovaná cílovým skupinám rodin s dětmi se zdravotním postižením, starším lidem s demencí nebo jinými potřebami podpory a lidem se zdravotním postižením obecně. Méně zastoupené cílové skupiny jako lidé s duševním onemocněním, osoby v rodinách s výskytem násilí, lidé bez domova nebo příslušníci národnostních menšin jsou ve výzkumech krajů zastoupení jen zřídka.

Graf č. 2 **Zastoupení krajské a celostátní analýzy podle oblasti sociálních služeb**



Graf č. 2 osvětluje distribuci analytické pozornosti z trochu jiného úhlu, když mapuje rozdíly mezi analýzami s krajským, respektive celonárodním zaměřením podle jednotlivých oblastí služeb. Naznačuje, že:

- Vyšší míra zastoupení krajských analýz ve srovnání s celostátními analýzami v oblasti služeb pro rodiny s dětmi s potřebami podpory stejně jako v oblasti služeb pro dospělé ohrožené vyloučením může souviset s pozorností, kterou krajské procesy střednědobého plánování zejména v posledních letech věnují těmto oblastem.

- Relativně nízké zastoupení krajských i celostátních analýz v oblasti služeb pro osoby s duševním onemocněním může souviset s tím, že hlavní *policy* aktéři jsou spíše v gesci zdravotnictví a zdravotně-sociálních služeb než v oblasti sociálních služeb.

- Služby pro starší osoby patří mezi nejčastější témata evidence na krajské úrovni, avšak jsou jednoznačně nejvýznamnějším tématem celonárodní evidence. Na tomto vysokém zastoupení se podílí především publikační aktivity Asociace poskytovatelů sociálních služeb.

- Podobně vysoká míra celonárodní evidence je zastoupena v oblasti financování sociálních služeb, respektive služeb sociální péče, která se v evidenci váže typicky právě na oblast služeb pro seniory. Relativně nižší zastoupení tématu financování v analýzách na úrovni krajů může zase souviset s tím, že téma financování patří mezi oblasti, kde si krajští zadavatelé sociálních služeb vytvářejí vlastní evidenci v rámci procesů střednědobého plánování, a vzniká tak méně samostatných analýz financování na úrovni této územní jednotky.

+ + +

1. 3P CONSULTNG, nedat. *Analýza potřeb osob se zdravotním postižením týkajících se pobytových služeb příspěvkových organizací Libereckého kraje*.

2. ACCORD, 2024a. *Analýza potřebnosti sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra*. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1789797

3. ACCORD, 2024b. *Analýza potřebnosti sociálních služeb v Ústeckém kraji*. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1790623

4. AKČR, 2022. *Základní teze a návrhy změn v oblasti plánování a financování sociálních služeb v ČR*. Praha: Komise Rady AKČR pro sociální věci.

5. AIP, 2024. *Stát musí spravedlivě posuzovat, jakou podporu OZP potřebují pro důstojný život – poziční dokument*. Praha: Aliance pro individualizovanou podporu. Dostupné z: https://aipp.cz/stat-musi-spravedlive-posuzovat-jakou-podporu-lide-s-postizenim-potrebuji-pro-dustojny-zivot/

6. AUGUR, 2014. *Aktualizace analýzy potřebnosti sociálních služeb v Ústeckém kraji 2014*. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1687688

7. BAREŠ, Pavel, 2021. Nové přístupy v oblasti dlouhodobé péče v ČR? Možnosti jejich zavádění do praxe a hodnocení jejich efektů na příkladu pilotního projektu „Center pro rodinné pečující". *Veřejná správa a sociální politika*, 1(1), 19–34. Dostupné z: https://www.vssp.slu.cz/contents/vsp/2021/01.pdf

8. BAREŠ, Pavel, 2013. *Ústavní sociální služby v České republice. Přehled a charakteristika vybraných sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

9. BAREŠ, Pavel & Filip HON, 2023. *Vývoj obecních rozpočtů v období pandemie a po reformě daní účinné od roku 2021 a jeho implikace pro financování a poskytování sociálních služeb*. Praha: RILSA. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_539.pdf

10. BAREŠ, Pavel & Ladislav PRŮŠA, 2016. Dostupnost služeb sociální péče ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností v Jihočeském kraji. *Fórum sociální politiky*, 10(1), 11–17. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/dostupnost-sluzeb-socialni-pece-ve-spravnich-obvodech-obci-s-rozsirenou-pusobnosti-v-jihoceskem-kraji/

11. BEDNÁŘ, Martin et al., 2024. *Rozvoj procesů zadávání sociálních služeb v Olomouckém kraji: Souhrnná zpráva z inkubační fáze*. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc. Dostupné z: https://www.caritas-vos.cz/component/phocadownload/category/1-evropske-projekty-ukoncene?download=101:souhrnna-zprava-z-inkubacni-faze-projektu&Itemid=101

12. BÍLKOVÁ, Marie, 2022. Rozpočtové provizorium v sociálních službách. *Sociální služby*, 24(2), 14–15. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1666856930_unor-final.pdf

13. BRABEC, Tomáš et al., 2024. *Prognóza obyvatel a veřejné vybavenosti v Praze 2023–2050 – Úvod a shrnutí.* Praha: Institut plánování a rozvoje. Dostupné z: https://iprpraha.cz/assets/files/files/e4ad19e5863cf7a2cf1a9b0f5c5a5044.pdf

14. CIBULKOVÁ, Petra, 2021. „Česká republika nemá plán na rozvoj sociálních služeb vycházející z podmínek stárnutí populace," říká radní Kraje Vysočina pro oblast sociálních věcí Jan Tourek. *Sociální služby*, 23(11), 19. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1666856817_listopad-final.pdf

15. ČAP, 2020. *Dlouhodobá péče na rozcestí. Jak mohou komerční pojišťovny pomoci? Position paper*. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/5b%20Position%20paper%20LTC.pdf

16. ČIPERA, Erik, 2023. Podpořit ty nejpotřebnější. *Můžeš*, 1, 6–10. Dostupné z: https://www.muzes.cz/wp-content/uploads/2023/03/MUZES-01_2023-STRANY.pdf

17. ČTVRTNÍK, Jakub & Matěj LEJSAL, 2013. *Sociální služby a způsob financování – podklad k odborné diskuzi*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

18. DELOITTE, 2015a. *Alternativní způsoby a změny ve financování osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby. Podkladová studie pro Fond dalšího vzdělávání*. Praha: Deloitte Advisory s. r. o.

Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/8_Alternativn%C3%AD-zp%C5%AFsoby-a-zm%C4%9Bny-ve-financov%C3%A1n%C3%AD-osob-z%C3%A1visl%C3%BDch-na-pomoci-jin%C3%A9-fyzick%C3%A9-osoby.pdf

19. DELOITTE, 2015b. Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na: https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/Studie_financovani_soc_sl.pdf

20. DUŠEK, Ladislav, 2024. *Nově vznikající datová a analytická spolupráce resortů MPSV a MZ: Národní sociální informační systém – první výsledky*. Prezentace na konferenci Digitalizace a technologie v sociálních službách (Praha, 29. 2. 2024).

21. ERNST & YOUNG, 2021. *Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

22. ERNST & YOUNG, 2022. *Analýzy potenciálu digitalizace a zefektivnění procesů v sociálních službách*. Praha: Ernst & Young, s. r. o. Dostupné z: https://www.ey.com/content/dam/ey-unified-site/ey-com/cs-cz/newsroom/2023/ey-analyza-potencialu-digitalizace.pdf

23. ERNST & YOUNG, 2025a. *Analýza dosavadního postupu transformace v České republice.* Praha: Ernst & Young, s. r. o. Dostupné z: https://www.trass.cz/documents/121907/123772/Analýza+dosavadního+postupu+transformace+v+České+republice+%28MPSV%2C+EY%2C+březen+2025%29.pdf/30518c59-b013-d691-ae0c-d69c91c935f2?t=1746440968404

24. ERNST & YOUNG, 2025b. *Srovnávací analýza transformačních modelů vybraných členských zemí EU*. Praha: Ernst & Young, s. r. o. Dostupné z: https://www.trass.cz/documents/121907/123772/Srovnávací+analýza+transformačních+modelů+vybraných+členských+zemí+EU+%28MPSV%2C+EY%2C+březen+2025%29.pdf/e766b404-88c5-1727-b312-fcbf8399adcc?t=1746441003108

25. ERTINGEROVÁ, Izabela et al., 2022. *Vývoj a perspektivy trhu sociálních služeb pro seniory v Moravskoslezském kraji*. Dostupné z: https://www.ekf.vsb.cz/export/sites/ekf/cs/.content/galerie-souboru/VaV-projekty/TJ04000315/Klicove-shrnuti-souhrnne-vyzkumne-zpravy.pdf

26. FDV, 2018. *Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II" – Závěrečná zpráva z šetření.*

27. FLÉGR, Ondřej, 2020. *Život doma nebo v domově – terénní sociální služby pro osoby s PAS v PAK*. Praha: Tudy Tam.

28. GUMAN, Ivan, 2013. *Efektivnost prostředků vynaložených v ústavní a v komunitní péči* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

29. HOLMEROVÁ, Iva et al., 2016. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

30. HON, Filip et al., 2020. *Mezinárodní komparace rozsahu a struktury příjemců příspěvku na péči a podmínek pro jeho přiznání v ČR, na Slovensku, v Německu a v Rakousku*. Praha: VÚPSV. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vv_016.pdf

31. HORECKÝ, Jiří, 2019a. „Pokrytí" dlouhodobé péče. *Sociální služby*, 21(12), 11–12. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960605_prosinec.final.pdf

32. HORECKÝ, Jiří, 2019b. „Stárnoucí" údaje – Česká republika 15. *Sociální služby*, 21(10), 15–16. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960696_rijen-final.pdf

33. HORECKÝ, Jiří, 2020. *Financování sociálních služeb v ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/Financování%20sociálních%20služeb%20v%20České%20republice_FACT%20SHEETS.pdf

34. HORECKÝ, Jiří, 2022a. Individuální rozpočty. *Sociální služby*, 24(8–9), 12–14. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/media/sluzby/projekty/unic/individualni-rozpocty.pdf

35. HORECKÝ, Jiří, 2022b. Měli bychom povolit tvorbu zisku při poskytování sociálních služeb? *Sociální služby*, 24(3), 12–13. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1699972406_brezen-final.pdf

36. HORECKÝ, Jiří, 2023a. *Jaké změny jsou nutné pro správné fungování terénních sociálních služeb v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

37. HORECKÝ, Jiří, 2023b. Přichází ideální svět bez ústavů? *Sociální služby*, 25(12), 12–13. Dostupné z: https://horecky.cz/wp-content/uploads/2024/01/20240104165432.pdf

38. HORECKÝ, Jiří et al., 2021a. Dlouhodobá péče – zajištění důstojného stárnutí a kvality života ve stáří. *Sociální služby*, 23(10), 16–18.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1649139577_rijen-final.pdf

39. HORECKÝ, Jiří, et al. 2021b. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*. Dostupné na: https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/reforma-dlouhodobe-pece-pro-ceskou-republiku.pdf

40. HORECKÝ, Jiří, et al. 2023. *Call to governments – Ageing and long-term cares*. Dostupné na: https://www.apsscr.cz/media/sluzby/vydavame/odborna-publikacni-cinnost/2023-call-to-governments-paper-final.pdf.

41. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2020a. Aktuální zpráva o stárnutí populace v Evropě. *Sociální služby*, 22(12), 10–11.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1639499973_prosinec-final.pdf

42. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2020b. Bydlení seniorů v číslech. *Sociální služby*, 22(4), 28–30. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960412_duben-ss-final.pdf

43. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2020c. Je náš důchodový systém dlouhodobě udržitelný? *Sociální služby*, 22(3), 26–30.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960467_brezen-2020-final.pdf

44. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2020d. Je náš sociální systém opravdu drahý? *Sociální služby*, 22(1), 22–25.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960558_leden-2020final.pdf

45. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2020e. Jsou zdroje v sociálních službách optimálně využity? *Sociální služby*, 22(10), 19.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1639499198_rijen-final.pdf

46. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2020f. Kolik lidí pracuje v sociálních službách? *Sociální služby*, 22(2), 25–27.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960506_unor-final-2020.pdf

47. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2020g. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019–2050.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/soucasna-struktura-sluzeb-dlouhodobe-pece-a-prognoza-potrebnosti-socialnich-sluzeb-20192050.pdf

48. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2020h. Zvýšení dotací v období 2007–2019. *Sociální služby*, 22(6–7), 23–25. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960135_cerven-cervenec-final.pdf

49. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2021. Místní a finanční dostupnost sociálních služeb. *Sociální služby*, 23(12), 20–23.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1666856863_prosinec-final.pdf

50. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2022a. Financování sociálních služeb. *Sociální služby*, 24(5), 28. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1682583391_kveten-final.pdf

51. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2022b. Péče o seniory = krach veřejných financí? *Sociální služby*, 24(11), 27.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1684147504_listopad-final.pdf

52. HORECKÝ, Jiří & Ladislav PRŮŠA, 2022c. Statistika: Stanovování cen v dlouhodobé péči. *Sociální služby*, 24(8–9), 28.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1682583341_srpen-zari-final.pdf

53. HORECKÝ, Jiří & Ivana VLNOVÁ, 2022. Statistika: Kalkulace ekonomické náročnosti a porovnání terénní a pobytové sociální služby z pohledu uživatele a z pohledu veřejných rozpočtů. *Sociální služby*, 24(12), 28–29.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1687351101_prosinec-final.pdf

54. HORT, Vladimír, et al. 2020. *Základní informace pro současné a budoucí investory do sociálních služeb.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Dostupné z: https://horecky.cz/wp-content/uploads/2021/06/1599474280_zakladni-informace-pro-investory.pdf

55. HOTOVÁ, Veronika, 2019. Co spojuje hrozící kolaps sociálních služeb a investory v sociálních službách? *Sociální služby*, 21(5), 12–13.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960836_kveten-final.pdf

56. HOVORKA, Luboš, 2022. Zamyšlení nad stavem a směřováním péče o seniory. In. *Sborník konference Sociální politika 2021*. Praha: Národohospodářská fakulta VŠE v Praze & Nakladatelství Oeconomica, 7–19. Dostupné z: https://www.socialni-politika.cz/wp-content/uploads/2022/08/socialni-politika_2021_sbornik.pdf

57. HRUŠKOVÁ, Nela et al., 2022. *Analýza potřebnosti sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra v Ústeckém kraji*. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1786010

58. CHURÁ, Monika & Hana GEISSLER, 2024. *Zkušenosti členských organizací Aliance pro individualizovanou podporu s příspěvkem na péči*. Praha: Aliance pro individualizovanou podporu. Dostupné z: https://aipp.cz/wp-content/uploads/2025/01/Zkusenosti-clenskych-organizaci-AIP-s-prispevkem-na-peci_2024.pdf

59. INESAN, 2018. *Socioekonomicko-demografická charakteristika krajů ČR*. Praha: Institut evaluací a sociálních analýz. Dostupné z: https://seniorivkrajich.mpsv.cz/wp-content/uploads/2020/12/Analyticka-zprava.pdf

60. JEŘÁBKOVÁ, Věra & Ladislav PRŮŠA, 2013. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_377.pdf

61. KÁŇOVÁ, Šárka et al., 2020. Zjišťování dostupnosti, povahy a kvality komunitních pobytových služeb pro osoby s mentálním postižením v České Republice. In. *Sborník textů z XVII. ročníku mezinárodní vědecké konference Hradecké dny sociální práce.* Hradec Králové: Gaudeamus, 94–98.

62. KASINCOVÁ, Barbora, 2019. *Význam a dostupnost odlehčovacích služeb pohledem pečujících o děti s postižením.* Praha: Péče bez překážek. Dostupné z: https://www.pece-bez-

prekazek.cz/wp-content/uploads/2019/06/Vyznam_a_dostupnost_odl_sluzeb_pohledem_pecujicich_o_deti_s_postizenim.pdf

63. KLUSÁČEK, Jan et al., 2017. *Podkladová analýza pro plánování sociálních služeb v Karlovarském kraji: služby pro ohrožené děti a jejich rodiny*. Dostupné z: https://www.socialniprojektykk.cz/soubor/podkladova-analyza-pro-planovani-socialnich-sluzeb-v-karlovarskem-kraji

64. KOCMAN, David & Jan PALEČEK, 2018. *Průzkum potřeb rodin a jejich dospělých dětí s poruchou autistického spektra a náročným chováním.* Praha: Tudy Tam. Dostupné z: https://tudytam-vzdelavani.cz/wp-content/uploads/2019/09/Kocman_Palecek_2018_Pruzkum_potreb_rodin_a_jejich-deti-s-PAS.pdf

65. Kolektiv autorů, 2018. *Východiska pro tvorbu rodinné politiky v Ústeckém kraji*. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id dokumenty=1789540

66. Kolektiv autorů, 2022. *Východiska pro tvorbu rodinné politiky v Ústeckém kraji*. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1789541

67. KPMG, 2019a. *Metodika pro zjišťování dostupnosti sociálních služeb pro osoby s poruchami autistického spektra*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cms/documents/ca10faf3-7d54-ec1e-0cff-6d651d3d246b/_Metodika-pro-zjistovani-dostupnosti-socialnich-sluzeb-pro-osoby-s-poruchami-autistickeho-spektra.pdf

68. KPMG, 2019b. *Závěrečná zpráva z pilotního ověření Metodiky pro zjišťování dostupnosti sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

69. KRÁSA, Václav et al., 2020. *Pojištění dlouhodobé péče v ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

70. KRÁSA, Václav et al., 2021a. Pojištění dlouhodobé péče v České republice, 1. díl. *Sociální služby*, 23(1), 10–11.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1639500099_leden-final.pdf

71. KRÁSA, Václav, et al. 2021b. Pojištění dlouhodobé péče v České republice, 2. díl. *Sociální služby*, 23(2), 12–15.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1639500155_unor-final.pdf

72. KUBALČÍKOVÁ, Kateřina et al., 2017. The de-institutionalisation of care for older people in the Czech Republic and Slovakia: national strategies and local outcomes. In. *Social services disrupted: Changes, challenges and policy implications for Europe in times of austerity*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 239–258.

73. KUNSTOVÁ, Natálie & Ladislav ŠÍDLO, 2016. Perspektivy vývoje kapacit v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. *Kontakt*, *18*(2), 113–122.
Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/02/09.pdf

74. LANGHAMROVÁ, Jana & Ladislav PRŮŠA, 2016. Jaký je skutečný rozsah ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb? 10(2), 10–16. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/jaky-je-skutecny-rozsah-osetrovatelske-pece-v-pobytovych-zarizenich-socialnich-sluzeb/

75. LANGHAMROVÁ, Jana et al., 2018. Makroekonomické dopady rozšiřování sociálních služeb pro stárnoucí populace České republiky. *Politická ekonomie*, 66(2), 240–259. Dostupné z: https://polek.vse.cz/pdfs/pol/2018/02/05.pdf

76. LEJSAL, Matěj, 2013a. *Peníze za klientem: Studie možností směrování veřejných prostředků v úzké vazbě na potřeby osob závislých na pomoci druhé osoby*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Dostupné z: https://www.trass.cz/documents/121907/123816/Pen%C3%ADze+za+klientem.pdf/f5128674-b01e-cc26-b5b1-4b3dba092488?t=1720525320301

77. LEJSAL, Matěj, 2013b. *Analýza nákladů transformace u vybraných organizací*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Dostupné z: https://jdicz.eu/wp-content/uploads/analyza-nakladu-T.pdf

78. MALÝ, Ivan, 2018. *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. Czech Republic, European Commission.
Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19843&langId=en

79. MIKULA, Štěpán et al., 2024. *Dostupnost primární zdravotní péče*. Brno: MUNI ECON Policy Reports Series. Dostupné z: https://is.muni.cz/publication/2452059/Dostupnost_primarni_zdravotni_pece_Policy_report_FIN.pdf

80. MIKULCOVÁ, Kateřina et al., 2022. *Metodika optimalizace nastavení komunitního plánování sociálních služeb na úrovni obcí*. Ostrava: FSS OSU.
Dostupné z: https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/metodika-optimalizace.pdf

81. MOORE, 2020. *Odborná analýza potřeb a možností podpory osob s poruchou autistického spektra na území Jihočeského kraje*. Praha: Moore Czech Republic s.r.o. Dostupné z: https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files/inline-files/odborna_analyza_potreb_a_moznosti_podpory_osob_s_poruchou_autistickeho_spektra_na_uzemi_jihoceskeho_kraje.pdf

82. MPSV, 2019a. *Analýza financování sociální práce v přenesené působnosti*. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1079648/Analýza%20financování%20sociální%20práce%20v%20přenesené%20působnosti.pdf

83. MPSV, 2019b. *Východiska pro systémovou úpravu financování a další návrhy na úpravu sociálních služeb.* Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/06/Východiska-pro-systémovou-úpravu-financování-a-další-návrhy-na-úpravu-sociálních-služeb-verze-10.-června-2019.pdf

84. MPSV, 2020. *Aktualizovaná metodická doporučení pro oblast plánování sociálních služeb.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

85. NĚMCOVÁ, Eva & Alena SVOBODOVÁ, 2023a. *Analýza systému péče o děti s postižením v Libereckém kraji.* Dostupné z: https://www.kraj-lbc.cz/getFile/case:show/id:474181/2024-03-15%2016:31:08.000000

86. NĚMCOVÁ, Eva & Alena SVOBODOVÁ, 2023b. *Analýza systému péče o děti s postižením v Kraji Vysočina.* Dostupné z: https://www.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4126101

87. NKÚ, 2019. *Kontrolní závěr z kontrolní akce. Kontrolní akce č. 18/09. Peněžní prostředky určené na podporu sociálních služeb*. Dostupné z: https://www.nku.cz/assets/kon-zavery/K18009.pdf

88. ONDREJOVÁ, Dana, 2024. *Zajišťování dostupnosti poskytování sociálních služeb na území Olomouckého kraje – právní stanovisko*. Olomouc: CARITAS VOŠ Sociální. Dostupné z: https://www.caritas-vos.cz/component/phocadownload/category/1-evropske-projekty-ukoncene?download=105:analyza-1-pravni-stanovisko&Itemid=101

89. PALEČEK, Jan, 2023. *Konečně normální život. Studie dopadů projektu Pátý stupeň*. Praha: Tudy Tam a Asistence.
Dostupné z: https://patystupen.cz/data/files/paty_stupen_studie_10_5_02.pdf

90. PALEČEK, Jan et al., 2024. *Stále na začátku: Zpráva o stavu sociální politiky a sociálních služeb ve vztahu k naplňování práva na nezávislý způsob života lidí se zdravotním znevýhodněním v ČR*. Praha: Tudy Tam a Abakus. Dostupné z: https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Stale_na_zacatku_Zprava_o_stavu_socialni_politiky_a_sluzeb_v_CR.pdf

91. PAULUSOVÁ, Magdalena, 2018. Veřejný ochránce práv: Dostupnost sociálních služeb pro osoby s poruchou – autistického spektra. *Sociální služby*, 20(10), 36–37. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617961219_rijen-final.pdf

92. WEHRENBERG, Anna, 2024. *Prognóza obyvatel a veřejné vybavenosti v Praze 2024–2050 – Sociální služby*. Praha: Institut plánování a rozvoje.
Dostupné z: https://iprpraha.cz/assets/files/files/9a2267d332f8fed2040c6b3b583003c7.pdf

93. PETRUŽELKA, Benjamin & Kryštof HANZLÍK, 2021a. *Analýza potřeb pro účely tvorby sítě služeb pro osoby se závislostním chováním v Libereckém kraji*. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://www.kraj-lbc.cz/getFile/id:469866/Analyza_potreb_pro_ucely_tvorby_site_sluzeb_pro_osoby_se_zavislostnim_chovanim_v_Libereckem_kraji_20.pdf

94. PETRUŽELKA, Benjamin & Kryštof HANZLÍK, 2021b. *Analýza stavu drogové scény a závislostního chování v Karlovarském kraji v roce 2021,* Karlovy Vary, Karlovarský kraj. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://www.kr-karlovarsky.cz/system/files/migrate/krajsky-urad/cinnosti/dokumenty/analyza_drogy_kvk2021_zavery.pdf

95. PETRUŽELKA, Benjamin et al., 2022. *Analýza dostupnosti adiktologických služeb a potřeb klientů těchto služeb v Hlavním městě Praze*. Praha: Magistrát hl. m. Prahy. Dostupné z: https://praha.eu/documents/d/praha/analyza_dostupnosti_adiktologickych_3463380

96. PRŮŠA, Ladislav, 2013. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči.* Praha: VÚPSV, v. v. i. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_357.pdf

97. PRŮŠA, Ladislav, 2014. Dostupnost a plánování služeb v obcích. In. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE.

98. PRŮŠA, Ladislav, 2015a. Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do roku 2030. *Demografie*, 57(3), 231–244. Dostupné z: https://csu.gov.cz/docs/107508/f7a31e7f-c423-30b0-ea48-88f814fdfda9/13005315q3.pdf?version=1.0

99. PRŮŠA, Ladislav, 2015b. Financování služeb sociální péče v ČR - teorie a praxe. *Fórum sociální politiky*, 9(3), 2–9. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/financovani-sluzeb-socialni-pece-v-cr-teorie-a-praxe/

100. PRŮŠA, Ladislav, 2016a. Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace. *Fórum sociální politiky*, 10(6), 2–7. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/aktualni-trendy-v-rozvoji-socialnich-sluzeb-v-zemich-eu-a-v-cr-ve-svetle-ocekavanych-zmen-ve-strukture-populace/

101. PRŮŠA, Ladislav, 2016b. *Respitní péče – analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb*. Praha: Diakonie ČCE. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/Prusa_respitni_pece.pdf

102. PRŮŠA, Ladislav, 2017. 25 let vývoje sociálních služeb v České republice. *Revue sociálno-ekonomického rozvoja,* 3(1), 94–112.
Dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_1__2017.pdf

104. PRŮŠA, Ladislav, 2018a. Mezinárodní komparace systémů sociálních služeb v evropských zemích – inspirace pro úpravy systému sociálních služeb v naší zemi. *Fórum sociální politiky*, 12(3), 9–15. Dostupné na: https://www.rilsa.cz/clanek/mezinarodni-komparace-systemu-socialnich-sluzeb-v-evropskych-zemich-inspirace-pro-upravy-systemu-socialnich-sluzeb-v-nasi-zemi/

105. PRŮŠA, Ladislav, 2018b. Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030. *Demografie*, 60(1), 49–60. Dostupné z: https://csu.gov.cz/docs/107508/77e3bae0-4399-65f4-6420-646d5f03b0e1/prusa.pdf?version=1.0

105. PRŮŠA, Ladislav, 2019a. Co ukázala analýza systému financování sociálních služeb. *Rezidenční péče*, 15(3), 4–5.
Dostupné z: https://www.rezidencnipece.cz/archiv/casopis/1903.pdf

106. PRŮŠA, Ladislav, 2019b. Kdo zabezpečí péči o naše seniory? *Demografie*, 61(1), 5–18. Dostupné z: https://csu.gov.cz/docs/107508/13722981-0bcf-3d11-1b12-bf55798115af/13005319q1_5-18.pdf?version=1.0

107. PRŮŠA, Ladislav, 2019c. Sociální služby na historické křižovatce. In. *Proceedings of the International Scientific Conference ECONOMIC AND SOCIAL POLICY: Economic and Social Challenges for European Economy*. Ostrava: European Research University. Dostupné z: https://www.narodacek.cz/wp-content/uploads/2019/12/Proceedings-of-the-International-Scientific-Conference_2019-481-496.pdf

108. PRŮŠA, Ladislav, 2019d. *Vznik center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/ul_2253.pdf

109. PRŮŠA, Ladislav, 2020a. Úhrada klientů za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR. *Fórum sociální politiky*, 14(2), 4–9. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/uhrada-klientu-za-poskytovani-ubytovani-a-stravovani-v-pobytovych-zarizenich-socialnich-sluzeb-v-cr/

110. PRŮŠA, Ladislav, 2020b. Sociální služby a asistenční technologie. *Policy Brief*, VÚPSV, v. v. i., 6. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/PB_06-2020.pdf

111. PRŮŠA, Ladislav, 2021. Rezignace veřejné správy na rozvoj pobytových služeb. *Sociální služby,* 23(3) 2021, 26–28.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1639500207_brezen-final.pdf

112. PRŮŠA, Ladislav, 2022. Několik poznámek k diskusi o sociálních službách a službách dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v ČR. In. *Sborník konference Sociální politika 2021*. Praha: Národohospodářská fakulta VŠE v Praze & Nakladatelství Oeconomica, 7–19. Dostupné z: https://www.socialni-politika.cz/wp-content/uploads/2022/08/socialni-politika_2021_sbornik.pdf

113. PRŮŠA, Ladislav, 2023a. 30 let vývoje sociálních služeb v ČR a jak dál? *Veřejná správa a sociální politika,* 3(2), 63–78. Dostupné z: https://vssp.slu.cz/pdfs/vsp/2023/02/06.pdf

114. PRŮŠA, Ladislav, 2023b. Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2007–2021. *Veřejná správa a sociální politika*, 3(1), 61–69.

115. PRŮŠA, Ladislav & Jiří HORECKÝ, 2023. Jak se změnila struktura příjemců příspěvku na péči podle forem poskytovaných sociálních služeb? *Sociální služby*, 25(1), 34–35. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1699972336_leden-final.pdf

116. PRŮŠA, Ladislav et al., 2015. *Náklady na poskytování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových sociálních službách.* Praha: VÚPSV, v. v. i.
Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_408.pdf

117. PRŮŠA, Ladislav et al., 2021. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/wp-content/uploads/2023/02/Prusa-L.-a-kol.-Dlouhodoba-pece-nejen-v-Ceske-republice.pdf

118. PRŮŠA, Ladislav et al., 2022. *Sociální služby v nové době*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. Dostupné z: https://www.slu.cz/file/cul/784affc7-6c66-4cb7-a324-65bb017db547

119. PŘECECHTĚL, Šimon et al., 2022. Neformální péče v kontextu deinstitucionalizace sociálních služeb. In. Sborník příspěvků RELIK 2022 Reprodukce lidského kapitálu – vzájemné vazby a souvislosti (Praha, 10.–11. listopad 2022). Praha: VŠE.
Dostupné z: https://relik.vse.cz/2022/download/pdf/669-Barak-Vladimir-paper.pdf

120. RADITSCH, Ferdinand et al., 2023. *Expertní zpráva – indikátory pro určení potřebnosti služeb sociální prevence na území ORP Karlovarského kraje*.

121. RRA, 2024. *Analýza možného vývoje potřeb sociálních služeb pro seniory v Plzeňském kraji do roku 2030*. Plzeň: Regionální rozvojová agentura Plzeňského kraje.

122. SOBOTKA, Martin, 2014. Sociální služby a jejich efektivnost. *Scientific papers of the University of Pardubice, Series D,* 30(1), 119–126.

123. SOCIÁLNÍ SLUŽBY, 2017. „Největší problémy spatřujeme v řešení problematiky zaměstnanosti, financování sociálních služeb a samozřejmě bariérovosti prostředí," říká Václav Krása, předseda Národní rady osob se zdravotním postižením ČR. *Sociální služby*, 19(1), 12–13. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1682583107_brezen-final.pdf

124. SOCIOFACTOR, 2022a. *Analýza budoucích potřeb pečujících osob o děti s poruchou autistického spektra.* Dostupné z: https://mikasazs.cz/wp-content/uploads/2022/02/analyza-budoucich-potreb-pecujicich-osob-o-deti-s-poruchou-autistickeho.pdf?fbclid=IwAR2TXYf5cLS3U3zQR2EmtTChKq8Oc2r_8jdYvjy46gDrhGYl8isfyLYrpag

125. SOCIOFACTOR, 2022b. *Závěrečná evaluační zpráva projektu Podpora vzniku center duševního zdraví III*. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-06/Závěrečná%20evaluační%20zpráva%20CDZ%20III_1.pdf

126. SOJKOVÁ, Markéta, 2021. *Dostupnost denních stacionářů pro osoby 16+ s kombinovaným postižením v Praze.* Dostupné z: https://www.pece-bez-prekazek.cz/wp-content/uploads/2022/05/Dostupnost_dennich_stacionaru_v_Praze.pdf

127. SOMERLÍKOVA, Hana, 2023. *Hlavní výzvy v oblasti zabezpečování služeb sociální péče v Moravskoslezském kraji.*

128. SOUKUP, Tomáš et al., 2023. *Metodika pro stanovení referenčních kapacit sociálních služeb na úrovni SO ORP*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cms/documents/1fb7eea1-9519-c066-0ec9-ce73261f43a3/Metodika+pro+stanoven%C3%AD+referen%C4%8Dn%C3%ADch+kapacit+soc.+slu%C5%BEeb+na+%C3%BArovni+SO+ORP.pdf

129. ŠIMONÍK, Pavel, 2015. *Podpora neformálních pečovatelů závěrečná zpráva z výzkumu. Základní analytická zpráva z dotazníkového šetření*. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/2_Závěrečná-zpráva-z-dotazníkového-šetření-mezi-neformálními-pečovateli.pdf

130. ŠIŠKA, Jan & Šárka KÁŇOVÁ, 2020. Analýza potřebnosti sociálních služeb pro osoby specifických cílových skupin v Karlovarském kraji.

131. ŠMÍDOVÁ, Terezie, 2018. Specifické potřeby neformálních pečujících o seniora s demencí v Praze. *Fórum sociální práce*, Speciál 2018, 89–99. Dostupné z: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2018/11/Terezie_Smidova_89-99.pdf

132. THOROVÁ, Magdalena et al., 2018. *Analýza potřebnosti sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra v Karlovarském kraji*. Dostupné z: https://www.nautis.cz/wp-content/uploads/userfiles/analyza-final_ke_zverejneni.pdf

133. TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra et al., 2023. *Model individualizované podpory. Analýza situace, klíčové problémy a možnosti řešení sociální péče a podpory lidí se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících*. Praha: Aliance pro individualizovanou podporu. Dostupné z: https://aipp.cz/wp-content/uploads/2023/05/AIP_Model-individualizovane-podpory.pdf

134. TOMEŠ, Igor & Marcela MALÁ, 2017. Deinstitucionalizace: domácí péče vs. ústavy? *Fórum sociální práce,* 2, 81–85. Dostupné z: https://sites.ff.cuni.cz/forumsocialniprace/wp-content/uploads/sites/10/2017/12/Mala_Tomes_81-85.pdf

135. ÚŘAD VLÁDY ČR, 2020. *Soubor opatření ke zlepšení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin*. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Soubor-opatreni-PAS.pdf

136. ÚŘAD VLÁDY ČR, 2024. *Systémová opatření pro podporu lidí s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči na období 2024–2030*. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Systemova-opatreni-pro-podporu-osob-s-intelektovym-znevyhodnenim-a-chovanim-narocnym-na-peci.pdf

137. ÚZIS, 2022. *Koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji*. Dostupné z: https://jmk.brandcloud.pro/en/document/111947/220598/gallery?gallery=3017812&file=1461449

138. VALOVÁ, Hana & Radka JANEBOVÁ, 2015. „Antiradikálnost" českých sociálních služeb aneb jak organizace sociálních služeb řeší pokles finančních prostředků. *Sociální práce / Sociálna práca,* 15(1), 5–23. Dostupné z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2015-1.pdf

139. VESELKA, Josef & Jindra VESELKOVÁ, 2024a. *Kapacita v sociálních službách, sítích sociálních služeb a dostupnost těchto služeb z pohledu poskytovatelů, zřizovatelů a zadavatelů aneb jak má vypadat v praxi využitelné stanovení a řízení kapacity sociálních služeb*. Hradec Králové: JOB.

140. VESELKA, Josef & Jindra VESELKOVÁ, 2024b. *Zjištění oprávněných potřeb žadatele / klienta sociální služby ve vazbě na analýzy potřeb na úrovni poskytovatele, ORP, kraje a celé ČR*. Hradec Králové: JOB.

141. VESELKA, Josef & Jindra VESELKOVÁ, 2024c. *Problematika práce s oprávněnými potřebami v učícím se systému pro dosažení efektivity poskytování sociálních služeb a jejich sítí*. Hradec Králové: JOB.

142. VOČKA, Zbyněk, 2019a. Financování sociálních služeb je povinností státu, ne krajů. *Sociální služby*, 21(6–7), 32–33. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960797_cerven-cervenec-final.pdf

143. VOČKA, Zbyněk, 2019b. Poradenství: Jak stanovit kapacitu u terénních služeb sociální péče. *Sociální služby*, 21(4), 18–19.
Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960880_duben-final.pdf

144. VOČKA, Zbyněk, 2024. Nezařazení/vyřazení do/ze sítě sociálních služeb kraje a jejich soudní přezkum. *Acta Iuridica Olomucensia*, 19(1), 142–158.

145. VOJTÍŠEK, Petr, 2016. *Principy financování veřejné a dobrovolné formalizované solidarity ve službách sociální péče v ČR. Disertační práce*, vedoucí Tomeš, Igor. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociologie.

146. VOJTÍŠEK, Petr, 2017. Principy veřejného financování služeb sociální péče v ČR – reflexe a návrhy systémových změn. *Fórum sociální politiky*, 11(1), 2–7. Dostupné z:

https://www.rilsa.cz/clanek/principy-verejneho-financovani-sluzeb-socialni-pece-v-cr-reflexe-a-navrhy-systemovych-zmen/

147. VOJTÍŠEK, Petr, 2019. Analýza potřeb pokrytí území sociálními službami. *Fórum sociální politiky*, 13(1), 2–7. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/analyza-potreb-pokryti-uzemi-socialnimi-sluzbami/

148. VOP, 2018. *Dostupnost sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra.* Brno: Úřad veřejného ochránce práv. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/autismus/Vyzkum-autisti.pdf

149. VOP. 2019. *Dostupnost sociálních služeb pro děti s postižením a jejich rodiny*. Brno: Úřad veřejného ochránce práv. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/Vyzkumy/11-2019_Vyzkum_soc-sluzby-pro-deti-s-postizenim.pdf

150. VOSTATEK, Jaroslav, 2020. Modely financování dlouhodobé péče. *Fórum sociální politiky*, 14(6), 2–14. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/modely-financovani-dlouhodobe-pece/

151. VOSTATEK, Jaroslav, 2021. Český (ne)systém financování dlouhodobé péče. *Fórum sociální politiky*, 15(1), 2–6. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/cesky-nesystem-financovani-dlouhodobe-pece/

152. VOSTATEK, Jaroslav et al., 2013. *Financování a nákladovost sociálních služeb: Pobytové a terénní služby sociální péče*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/financovani-a-nakladovost-socialnich-sluzeb-pobytove-a-terenni-sluzby-socialni-pece.pdf

153. WIJA, Petr et al., 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR.* Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analyza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodobe-pece-v-CR.pdf

154. WILDMANNOVÁ, Mirka & Ladislav Průša, 2014. Financování sociálních služeb v ČR ve světle legislativy EU. *Ekonomické rozhledy*, 43(4), 507–515.

155. ZLÍNSKÝ KRAJ, 2023. *Analýza nákladů na lůžko – 2023*. Krajský úřad Zlínského kraje.

156. ŽÁRSKÝ, Martin & Petr WIJA, 2017. *Územní analýza potřeb obyvatel hlavního města Prahy z hlediska služeb sociální péče a zdravotně sociálních služeb*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum.

David Kocman

(david.kocman@rilsa.cz) je vedoucím oddělení Sociálně pojistné systémy v RILSA. Věnuje se zavádění inovací v systémech sociální a zdravotní péče, poskytování péče, koordinaci péče či dopadech veřejných politik na sociální péči.

Magdaléna Jozová

(jozovamagdalen@gmail.com) je doktorandkou na Fakultě sociálních studií Univerzity Karlovy v Praze a spolupracuje s organizací Kuchařky bez domova.

Jiří Zeman

(jzeman@khk.cz) je vedoucí oddělení plánování a financování sociálních služeb krajského úřadu Královehradeckého kraje.

Jakub Šlajs

(slajs@kr-s.cz) je vedoucí oddělení koncepce a metodiky sociálních služeb krajského úřadu Středočeského kraje.

Pavlína Pospíšilová

(pospisilova.pavlina@jmk.cz) je koordinátorkou plánování v oddělení koncepce a plánování krajského úřadu Jihomoravského kraje.

Denisa Kotenová

(kotenova.d@kr-ustecky.cz) je vedoucí oddělení plánování a registrace sociálních služeb krajského úřadu Ústeckého kraje.

Zbyněk Vočka

(zbynek.vocka@olkraj.cz) je vedoucí odboru sociálních věcí krajského úřadu Olomouckého kraje.

Výzkumný institut práce a sociálních věcí, v. v. i.
Research Institute for Labour and Social Affairs
Jeruzalémská 1283 / 9, 110 00 Praha 1
T: +420 211 152 711
W: www.rilsa.cz