



Spolufinancováno  
Evropskou unií

# Průběžná evaluační zpráva projektu „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“

4G eval s.r.o.  
Praha, duben 2026



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



Tento dokument je výstupem klíčové aktivity 5 (KA5) projektu Ministerstva zdravotnictví ČR realizovaného ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“, zkráceně „KRAPL“, registrační číslo CZ.03.02.02/00/22\_046/0003791, financovaného z Evropského sociálního fondu plus – Operační program Zaměstnanost plus.

# Obsah

1	Úvod.....	4
1.1	Popis a cíle projektu.....	4
1.2	Cíle evaluace.....	4
1.3	Informace o řešiteli evaluace.....	4
1.4	Účel průběžné evaluační zprávy.....	5
1.5	Manažerské shrnutí.....	6
2	Informace o projektu.....	7
2.1	Intervenční logika, předpoklady a rizika projektu.....	7
2.2	Klíčovní aktéři.....	9
3	Informace o průběžné evaluaci.....	12
3.1	Shrnutí metod sběru a analýzy informací.....	12
3.2	Metodologické změny, překážky a řešení.....	14
4	Průběžná evaluační zjištění.....	15
4.1	Jaká je v praxi zkušenost s výstupy projektu?.....	15
4.2	Do jaké míry bylo v projektu užitečně nastaveno vzdělávání?.....	20
5	Závěry a doporučení.....	22
5.1	Jaká je v praxi zkušenost s výstupy projektu?.....	22
5.2	Do jaké míry bylo v projektu užitečně nastaveno vzdělávání?.....	23
5.3	Doporučení.....	23
	Seznam zkratk.....	25
	Seznam tabulek a diagramů.....	26
	Seznam zdrojů.....	27
	Příloha A – Evaluační matice.....	29
	Příloha B – Zpětná vazba k cyklu vzdělávání projektu KRAPL.....	31

# 1 Úvod

## 1.1 Popis a cíle projektu

Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZD) je realizátorem projektu „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“ (dále jen „projekt“), registrační číslo CZ.03.02.02/00/22\_046/0003791 v rámci Operačního programu Zaměstnanost, spolufinancovaného Evropskou unií z Evropského sociálního fondu plus. Projekt „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“, zkráceně označován jako „KRAPL“, reaguje na demografické stárnutí populace a nárůst chronicky nemocných osob, které mají potřeby na zdravotně sociálním pomezí. Zaměřuje se na rozvoj a podporu integrované zdravotní a sociální péče, propojení systému zajišťující sociální a zdravotní potřeby klientů/pacientů, tak aby byly nastaveny podmínky pro koordinovaný souvislý průchod uživatele tímto systémem.

Cílem projektu bylo vytvořit Doporučený postup pro tvorbu krajských zdravotně-sociálních plánů, který je aktuálně pilotován v Jihomoravském (JMK) a Královéhradeckém kraji (KHK) a následně určen pro doporučenou implementaci ve všech krajích České republiky. Tento postup bude cílit na nastavení pevné a provázané spolupráce všech stran, které se podílejí na monitoraci, hodnocení, plánování a podpoře služeb, určených osobám s komplexními potřebami služeb. Součástí projektu jsou i aktivity zaměřené na zvýšení odborných znalostí a kompetencí pracovníků zabývajících se procesy plánování. Potřebným vstupem pro tvorbu Doporučeného postupu je i specifikace požadovaného souboru dat k analýze získaná ve spolupráci s ÚZIS a dalšími spolupracujícími aktéry. (Zdroj: *Webové stránky a Popis projektu*)

## 1.2 Cíle evaluace

Cílem je výsledková evaluace zaměřená na získání zpětné vazby od dvou pilotních krajů, tzn. ověření využitelnosti výsledků projektu, konkrétně tzv. Doporučeného postupu pro tvorbu Krajského zdravotně-sociálního plánu (KZSP) a také poskytnuté sestavy dat zdravotnických a sociálních datových registrů.




Evaluace bude ověřovat:

- a) Užitečnost, účelnost, efektivitu a uplatnitelnost, tj. zkušenosti obou krajů s implementací Doporučeného postupu a analýzou a interpretací vyspecifikovaných datasetů z registrů;
- b) Účelnost a efektivitu vzdělávání v rámci KA4, která je zaměřena na všech 14 krajů, a definuje případné doporučení pro úpravu Doporučeného postupu ve vztahu k výsledkům vzdělávacích aktivit (užitečnost, uplatnitelnost);
- c) Podmínky udržitelnosti výsledků (existují podmínky pro účelné využívání výsledků na sociálně zdravotním pomezí v pilotních krajích a bude možné lépe plánovat služby na základě dat a navrženého postupu?), kombinace kritérií 5U (účelnost, účinnost, úspornost, užitečnost, udržitelnost), a navíc také kritérium kvality (hodnocení kvality krajských plánů).

## 1.3 Informace o řešiteli evaluace

**Společnost 4G eval s.r.o.** má dlouholeté zkušenosti s prováděním komplexních evaluací pro české a zahraniční klienty, včetně mezinárodních organizací jako jsou OSN (UNDP, UNICEF, WFP), Evropská komise, Světová banka, EBRD, EIB a další mezinárodní finanční instituce, bilaterální rozvojové agentury jako ČRA, GIZ, KfW, AFD, české vládní instituce (Ministerstvo zahraničních věcí, Ministerstvo financí, Ministerstvo zdravotnictví), univerzity, české a mezinárodní nevládní organizace a soukromý sektor.

Tabulka 1 – Rozdělení rolí evaluátorů

Jméno	Pozice	Role
 Mgr. Barbora Latečková	Vedoucí evaluačního týmu a projektová manažerka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zodpovědnost za komunikaci se zadavatelem a stakeholdery</li> <li>• Evaluační management</li> <li>• Řídí a provádí sběr dat ve všech fázích</li> <li>• Spolupracuje s datovým expertem na expert review</li> <li>• Vede dotazníkové šetření pro účastníky vzdělávání</li> <li>• Analýza a syntéza dat, interpretace, případové studie</li> <li>• Vede tvorbu všech výstupů projektu (evaluační zprávy, prezentace, leták)</li> </ul>
 Marie Körner	Seniorní evaluátorka a manažerka kvality	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zajištění smluv, kontrola kvality</li> <li>• Metodologická podpora</li> <li>• Vedení fokusních skupin</li> <li>• Kontroluje konzistentnosti dat, navrhuje dodatečný sběr dat</li> <li>• Podpora při interpretaci dat</li> <li>• Spolupráce na editaci a dokončení všech výstupů</li> </ul>
 Doc. Ing. Oto Potluka, PhD.	Datový expert a evaluátor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rešerše datových zdrojů</li> <li>• Konzultace datových expertů na krajích a případně také v rámci pracovní skupiny</li> <li>• Interpretace dat, kontrola konzistentnosti, doporučení</li> <li>• Dílčí spolupráce na dokončení výstupů</li> </ul>

## 1.4 Účel průběžné evaluační zprávy

Dle zadání objednatele a dle smlouvy je předmětem průběžné zprávy prezentovat předběžné výsledky (odpovědi na evaluační otázky) a doporučení evaluace a dále návrh evaluačních prací zaměřených na snížení nejistot v závěrečné fázi evaluace. Průběžná zpráva obsahuje tyto náležitosti:

- Manažerské shrnutí: Účel evaluace, velmi stručný popis hodnocené intervence a kontextu evaluace, identifikace evaluačního týmu, nejdůležitější předběžná zjištění a závěry, předběžná doporučení, návrh dalšího postupu evaluace.
- Úvod: Kontext evaluace – základní informace o hodnoceném projektu, účel evaluace (informace o objednateli a jeho hlavních očekávání), informace o řešiteli evaluace.
- Informace o hodnoceném projektu: Intervenční logika nebo stručný popis projektu, klíčoví aktéři, komentář ke způsobu dosavadní realizace projektu, zásadní předpoklady a rizika.
- Informace o evaluaci: Shrnutí metod sběru a analýzy informací, metodologické a další překážky a použitá řešení, zdůvodnění případných změn proti schválené vstupní zprávě, konstatování limitů dané evaluace (míra validity dat apod.) a návrh jejich eliminace v závěrečné fázi evaluace.
- Předběžné výsledky evaluace: Dosavadní zjištění, závěry vyvozené z interpretace evaluačních zjištění ve vazbě na evaluační otázky a účel evaluace.
- Doporučení objednateli pro zbývající fázi realizace projektu, předběžná doporučení pro úpravu Doporučeného postupu a kritérií kvality či jiných výstupů projektu.

Součástí průběžné zprávy mělo být také vyhodnocení vzdělávacích seminářů pro zbývající (nepilotní) kraje. Sada seminářů ale běží až do května 2026, výsledky budou proto zahrnuty až do závěrečné evaluační zprávy.

## 1.5 Manažerské shrnutí

Zjištění a závěry z průběžné evaluace projektu „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče (KRAPL)“ ukazují, že projekt reaguje na aktuální systémovou potřebu provázání zdravotních a sociálních služeb v kontextu demografického stárnutí populace a narůstajícího počtu osob s komplexními potřebami péče. Dosavadní průběh pilotního ověření v Jihomoravském a Královéhradeckém kraji potvrzuje přínos projektu pro systematické plánování zdravotně-sociálních služeb na regionální úrovni. Pilotní kraje hodnotí realizaci projektu jako přínosnou, přičemž nedošlo k zásadním překážkám, které by ohrozily dosažení stanovených cílů. Současně však projekt probíhá pod výrazným časovým tlakem v důsledku zkrácení doby realizace ze strany Řídícího orgánu, což částečně omezilo či omezuje rozsah analytických prací, zapojení expertů a práci s daty.

Významným přínosem projektu je vytvoření Doporučeného postupu pro tvorbu krajských zdravotně-sociálních plánů, který nastavuje platformu pro systematickou spolupráci mezi sociálními a zdravotními odbory krajů, což v dosavadní praxi často chybělo. Zpětná vazba naznačuje, že tento postup má potenciál širšího využití i v jiných oblastech plánování služeb vyžadujících koordinaci více aktérů.

Bariérou v Iniciační fázi projektu, která částečně přetrvává i nadále, byla nedostatečná znalost terminologie, kompetencí a procesů napříč jednotlivými sektory., tj. mezi sociální a zdravotní oblastí včetně procesů zdravotních pojišťoven. Spolupráce se zdravotními pojišťovnami, zejména s VZP, je zatím spíše formální. Ambicí krajů je plnohodnotné zapojení pojišťoven do regionálního plánování sítě služeb.

Evaluace dále ukazuje, že projekt přinesl významný posun v oblasti datové podpory plánování, kdy byly krajům zpřístupněny nové datové zdroje a bude poskytnut i širší analytický podklad (možnosti kombinace datasetů pro zjištění konkrétních jevů). Datasety jsou stále předmětem analýzy krajskými datovými experty – hlavními překážkami rychlejších prací jsou nejednotné datové struktury, rozdílné metodiky sběru dat, náročnost jejich čištění a absence jednotného identifikátoru klientů pro spojování datasetů. Pro další rozvoj integrovaného plánování je proto klíčové sjednocení datových standardů na centrální úrovni. Současně se ukazuje potřeba stabilizace koordinačních týmů a udržení odborných kapacit vytvořených během pilotní fáze projektu.

Pozitivně je hodnocena také vzdělávací složka projektu, která přispěla ke zvýšení odborných kompetencí účastníků z pilotních krajů a Kraje Vysočina, zejména v oblasti práce s daty a metodického přístupu k plánování. Realizované vzdělávací aktivity zároveň ukázaly rozdílné potřeby jednotlivých cílových skupin; zatímco gesční odborníci ocenili zejména základní orientaci v datových zdrojích a metodice plánování, datoví analytici identifikovali potřebu hlubší metodické podpory při interpretaci dat a jejich praktickém využití pro strategické rozhodování. Zkušenosti z dosavadního průběhu projektu rovněž poukázaly na význam systematického sdílení znalostí mezi sociálním a zdravotním sektorem, které je klíčové pro rozvoj integrovaného plánování služeb. Na základě těchto zjištění se jeví jako vhodné využít získané poznatky při přípravě navazujícího, akreditovaného vzdělávacího cyklu mimo rámec projektu, který by mohl cíleně rozvíjet analytické a plánovací kompetence jednotlivých skupin účastníků a současně podpořit praktické využívání dat v konkrétních tematických oblastech integrované zdravotně-sociální péče.

Na základě průběžných zjištění evaluace se doporučuje zvýšit flexibilitu Doporučeného postupu, odstranit pevné časové rámce jednotlivých fází, které se často prolínají, a vložit milníky (a definovat tzv. kritickou cestu realizace). Dále je doporučeno (zejména pro budoucí aktivity) transformovat vzdělávací aktivity do formátu expertních fór s důrazem na praktickou práci s omezeným počtem klíčových datasetů a zapojením odborníků z praxe. V oblasti práce s daty je doporučeno podporovat vznik jednotných datových standardů na centrální úrovni, koordinovat datové aktivity s dalšími

projekty a posílit metodickou podporu pro kraje.

Celkově průběžná evaluace potvrzuje vysokou relevanci projektu KRAPL a jeho potenciál pro systémovou změnu v plánování zdravotně-sociálních služeb. Pro plné využití tohoto potenciálu je vhodné nadále posilovat datovou infrastrukturu, stabilizovat realizační týmy, rozšířit zapojení klíčových aktérů a upravit metodiku realizace tak, aby lépe reflektovala praktické potřeby krajů a umožnila efektivní implementaci výsledků projektu i pro další kraje a aktéry.

## 2 Informace o projektu

### 2.1 Intervenční logika, předpoklady a rizika projektu

Teorie změny (diagram 1 níže) slouží k pochopení, jak a proč by měl projekt vést k očekávaným výsledkům. Umožňuje systematicky zachytit kauzální souvislosti – tedy propojení mezi aktivitami, výstupy, cíli a záměrem projektu. Díky tomu pomáhá ujasnit předpoklady, které stojí za intervencí, a ukázat logiku změny: co se musí stát, aby se dosáhlo cílového stavu. Při evaluaci poskytuje rámec, podle něhož lze ověřit, zda bylo dosaženo očekávaných výsledků. Ve sledovaném projektu půjde v závěrečné evaluaci hlavně o zhodnocení dopadu pilotu v krajích, respektive sledování míry propojení sociálního a zdravotního pomezí v krajských zdravotně sociálních plánech. Základním **předpokladem** je aktivní spolupráce mezi zdravotními a sociálními odbory na úrovni krajů a také součinnost s klíčovými aktéry, jako jsou zdravotní pojišťovny, MZD, MPSV a ÚZIS. Právě spolupráce se zdravotními pojišťovnami předpokládá aktivní přístup krajů a nabídku spolupráce na konkrétních tématech. V době realizace průběžné zprávy probíhalo navazování spolupráce s pojišťovnami, a nebylo dosud možné vyhodnotit kvalitu spolupráce a získat feedback od všech aktérů.

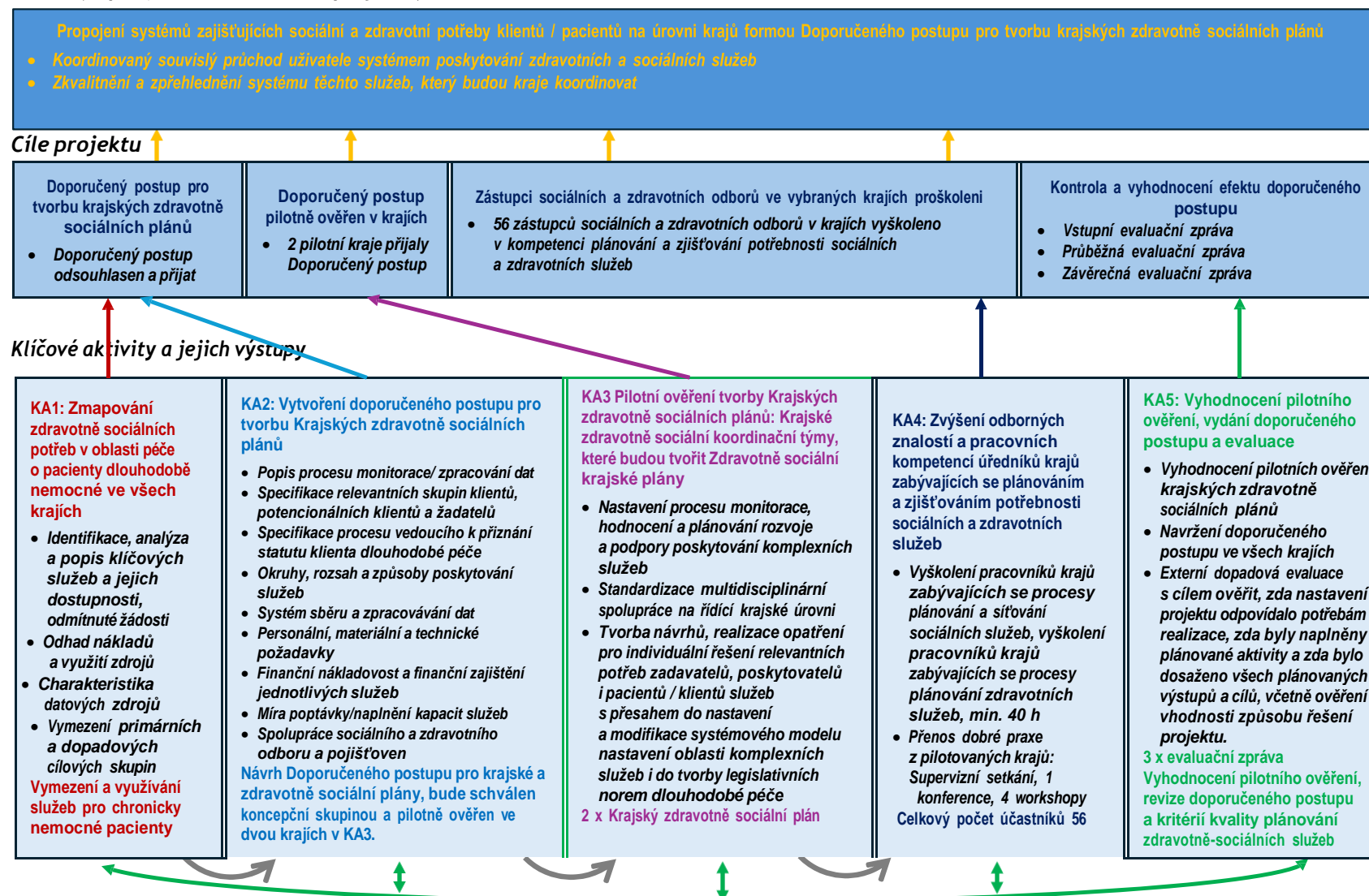
Předpokládá se rovněž, že kraje budou považovat doporučené datové sady za užitečné a že navržený systém datové analýzy bude udržitelný z hlediska kapacit i dostupnosti dat z centrálních registrů. Jak bylo doporučeno ve Vstupní evaluační zprávě, pro efektivní plánování je klíčové přijetí společného standardu dat, který zajistí jednotné formáty a kvalitu dat již při jejich sběru, což umožní jejich sjednocení bez nutnosti složitých úprav na krajích. (Tento předpoklad byl zdůrazněn klíčovými stakeholdery i v průběžné evaluaci.). Je důležité, aby si kraje ponechaly analytické kapacity i po ukončení pilotního projektu. Předpokládá se také metodické vedení ze strany MZD po dobu pilotu.

Dále se předpokládá, že vzdělávací aktivity (KA4) reálně povedou ke zvýšení odborných znalostí krajských úředníků v oblasti datové analýzy a síťování integrovaných služeb. Z hlediska udržitelnosti musí mít výstupy z pilotních krajů potenciál pro implementaci v ostatních krajích ČR. Lze uvažovat o akreditaci vzdělávacího cyklu.

V rámci evaluace byla identifikována **rizika**, která mohou ohrozit plynulost realizace nebo kvalitu výstupů: nejčastější hrozbou jsou rozdíly v prioritách a procesech mezi zdravotním a sociálním sektorem. Existuje riziko, že spolupráce narazí na rigiditu nastavených systémů jednotlivých resortů.

Dalším rizikem pro využitelnost datasetů je nekompatibilita dat; data ve zdravotnictví jsou často sbírána až na úroveň pacienta, zatímco v sociálních službách pouze na úroveň poskytovatele, což ztěžuje jejich využitelnost, neexistuje jednotný identifikátor klienta. (V budoucnu se očekává lepší propojenost dat díky paralelním projektům, zejména SZ DATA). Centrální registry mohou obsahovat chyby, duplicitu nebo nejednotné formáty, což klade vysoké nároky na čištění dat v jednotlivých krajích. Kraje mohou čelit nedostatku personálu schopného interpretovat komplexní datasety a vyvozovat z nich závěry pro strategické plánování a nedostatku prostředků pro trvalé zajištění navýšených kapacit. Předběžná zjištění naznačují, že některé části projektu mohou vyžadovat vyšší časovou dotaci, než bylo plánováno pro pilotní kraje. Rizikem je také odchod klíčových pracovníků a zpomalení pilotáže.

## Záměr (dopad, změna v důsledku projektu)



## 2.2 Klíčoví aktéři

Tabulka 2 – Analýza stakeholderů

KATEGORIE	ZDROJE DAT A INFORMACÍ
DOKUMENTY (DOK)	<p><b>Primární:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zprávy o realizaci</li> <li>• Měsíční monitorovací zprávy pilotních krajů</li> <li>• Doporučený postup a kritéria kvality pro tvorbu plánů</li> <li>• Analýza vybraných datasetů (autoři: VŠE, Kraj Vysočina)</li> <li>• Datasetsy</li> </ul> <p><b>Sekundární:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektové dokumenty</li> <li>• Relevantní legislativa, vyhlášky</li> <li>• Relevantní metodiky a reporty a zprávy z institucí, vycházející z existujících statistik</li> </ul>
Realizátor	<p><b>Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZD)</b>, realizátor projektu, ústřední orgán státní správy pro zdravotní služby a ochranu veřejného zdraví. Je zodpovědné za přípravu zdravotnické legislativy, řízení státní správy ve zdravotnictví, řízení příspěvkových organizací včetně krajských hygienických stanic a fakultních nemocnic, dohled nad zdravotními pojišťovnami, zdravotnické informační systémy, věda a výzkum, další. <b>Realizační tým MZD (MZD)</b> zahrnuje ve stručném přehledu (detailní popisy pracovní náplně jsou uvedeny v „Popis Realizačního týmu – změna č. 1“):</p> <p><b>1 Odborný (věcný) gestor projektu (GESTOR)</b>, Odbor zdravotní péče – autorka záměru projektu, koordinace všech KA a garance odborného řízení projektu</p> <p><b>1 Odborný expert (garant) projektu (GARANT)</b> – metodická podpora při školení pracovníků krajů zabývajících se procesy plánování a síťování sociálních/zdravotních služeb, hlavní zodpovědnost za koordinaci poskytování datasetů (komunikace s UZIS a MPSV), podíl na úpravě Doporučeného postupu na základě zkušeností z pilotních provozů</p> <p><b>1 Vedoucí odborný konzultant (KONZULTANT)</b> – dříve poradce na plánování sociálních služeb v kraji, příprava dílčích částí návrhu Doporučeného postupu, konzultační činnost k jednotlivým pilotním provozům, aktivní účast na workshopech</p> <p><b>2 Odborní metodici (METODICI)</b> – realizace potřebných podkladových a terénních šetření včetně organizace fokusních skupin. Asistence Koncepční skupině. V rámci pilotního ověření metodická činnost u jednotlivých dotovaných subjektů. Při zvyšování kompetencí pracovníků krajů (KA4) mentoring a metodická podpora. Navrhování témat pro edukační aktivity. Detekce kritických oblastí sociálních a zdravotních služeb. Mezioborová komunikace mezi MZD, MPSV, kraji, ORP.</p> <p><b>Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)</b> je organizační složkou státu, zřizovanou Ministerstvem zdravotnictví. Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), je ÚZIS ČR správcem Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Je pověřen správou <b>Národní zdravotnický informační systém (NZIS)</b> – datový sklad zdravotnických dat z různých zdrojů, včetně registrů, ministerstev a poskytovatelů zdravotních služeb (resp. NZIP – Portálu). NZIS je jedním ze zdrojů datasetů.</p> <p>Na projektu z ÚZIS spolupracují 3 datoví experti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1 odborný expert – vedoucí analytik dat/databázový specialista</b></li> <li>• <b>1 odborný expert – databázový specialista/analytik dat</b></li> <li>• <b>1 odborný expert – databázový specialista/analytik dat</b></li> </ul> <p>ÚZIS experti mají na starosti přípravu datasetů z ÚZIS. Konzultace mantinelů a potřeb pro plánování jednotlivých segmentů sociálních a zdravotních služeb.</p> <p><b>Vysoká škola ekonomická (VŠE)</b> - připravily komentáře k sociálním datům, školení a workshopy k práci s daty obecně a datasetsy připravenými v projektu, návrh vizualizace, vyčištění vybraných datasetů pro demonstrační účely seminářů, konzultace na modelování/vizualizaci dat v Google Looker.</p> <p><b>Lektoři KA4</b> – zajišťují obsah vzdělávacích seminářů</p> <p><b>Interní evaluátor</b> – interní evaluace projektu, zpracování zpětnovazebních dotazníků ze seminářů</p>
Pracovní skupina	Realizační tým MZD + MPSV + odborní konzultanti za kraje

<p><b>Koncepční skupina</b></p>	<p><b>Koncepční skupina</b> je vedena MZD. Nejširší platforma projektu, která byla aktivní zejména v první části projektu do roku 2024. <b>Členové</b> (ca 45) jsou zástupci spolupracujících krajů, MPSV, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, zástupců patientských organizací, ÚZIS, příp. ČSÚ a další. <b>Hosté</b> (ca 15). V počáteční fázi realizace zodpovědná za nastavení sběru dat, přípravu osnovy, cíle a východiska pro tvorbu Doporučeného postupu pro KA1. Na základě užšího vymezení okruhu služeb na zdravotně sociálním pomezí (obory, sociální služby, cílové skupiny, nejčastější diagnózy apod.) specifikuje okruh a rozsah požadovaných dat.</p>
<p><b>Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) Nefinanční partner projektu</b></p>	<p><b>Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV).</b> Dle zákona o sociálních službách řídí a kontroluje výkon státní správy v oblasti sociálních služeb, včetně činností sociální práce v oblasti sociálních služeb a zpracovává národní strategii rozvoje sociálních služeb, sleduje a vyhodnocuje její plnění a ve spolupráci s kraji určuje parametry dostupnosti sociálních služeb. Jde například o podporu: plánování sítí sociálních služeb v krajích a obcích opírající se o zjištěné potřeby lidí; zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb; občanských a svépomocných aktivit, tj. neziskového sektoru pomocí dotačních řízení. Obcím i krajům ukládá zákon povinnost zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb a zprostředkovat kontakt mezi uživatelem a poskytovatelem služby, přičemž obce i kraje budou moci využívat informačního systému spravovaného MPSV. Poskytuje agregovaná data o sociálních službách (z registru poskytovatelů, OKsystem, ČSSZ, ÚP).</p> <p><b>MPSV je zároveň realizátorem projektu SZ DATA („Zpracování sociálních a zdravotních dat pro využití v praxi“ 2024-2027).</b> Cílem projektu je vytvořit systém sledování a vyhodnocování dat MPSV a MZD. Pro účely mezioborové a meziresortní spolupráce jsou identifikovány a zpracovány datové zdroje z obou resortů. Realizace této aktivity předpokládá paralelně probíhající činnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revize datových zdrojů resortů (MPSV, ČSSZ, MZD, ÚZIS).</li> <li>- Výměna datových sad mezi MPSV a ÚZIS k jejich následnému zpracování.</li> <li>- Příprava dat pro vizualizaci a další zpracování.</li> </ul> <p>Dále je v přípravě vytvoření Národního sociálního informačního systému (NSIS) pod MPSV. Nový NSIS by měl být obdobou Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) a data z obou systémů by se měla propojit.</p>
<p><b>KRAJSKÉ ÚŘADY Cílová skupina projektu</b></p>	<p><b>Krajský koordinační tým KHK a JMK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zástupce sociálního a zdravotního odboru, krajský zástupce zdravotní pojišťovny, zástupci služeb, ORP, data expert (externí/interní), případně další.</li> </ul> <p><b>Nepilotní kraj Vysočina (VYSOCINA)</b> je informován o projektu (a má k dispozici dataseť), Kraj Liberecký (původně pilotní) měl zájem o spolupráci, ale z důvodu personálních kapacit musel odstoupit. <b>Nepilotní kraje a zbylých 10 krajů (KRAJE-MIX)</b> jsou zapojeni do vzdělávání a online workshopů v KA4.</p> <p><b>Zapojeny Krajské úřady, zástupci zdravotních odborů</b> v rámci výkonu přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví jsou příslušnými správními orgány k vedení správních řízení o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a k provádění kontrol poskytovatelů zdravotních služeb, v rámci samostatné působnosti jsou zřizovateli zdravotnických zařízení a spolu s pojišťovnami se podílejí na zajištění služeb pro své obyvatele. Prolínání přenesené a samostatné působnosti krajů a na straně druhé kraje vystupují i jako zřizovatelé a provozovatelé některých poskytovatelů zdravotních služeb a zároveň spravují zdravotní systém. Zpracovávají na několikaletá časová období koncepce zdravotnictví, které cílí na popis systému zdravotních služeb v regionu, na prognózy změn požadavků na kapacity jednotlivých zdravotních služeb.</p> <p><b>Kraje, zástupci sociálních odborů</b> zjišťují potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám na svém území. Zpracovávají střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, vytvářejí si síť sociálních služeb, která je jeho součástí. Sledují a vyhodnocují plnění plánů. Na zdravotně sociálním pomezí je problémem nejednotné vnímání okruhů služeb (nejasná spádovost služby pod sociální oblast či zdravotnictví, z toho vyplývající i možné kompetenční nejasnosti v krajích).</p> <p><b>Analytické odbory v kraji či externí datová agentura (DATA)</b> externí nebo interní (pilotní Kraje externisté, nepilotní Vysočina interní zaměstnanec Kraje).</p> <p><b>Tvorba pilotních Krajských zdravotně sociálních plánů (KZSP)</b> je přímo v kompetenci konkrétních krajů s tím, že krajům jsou prostředky na zajištění vytvoření pilotních KZSP poskytnuty od MZD formou dotace. Při tvorbě pilotních KZSP pak kraje v rámci projektu získaly potřebnou podporu v podobě podrobného Doporučeného postupu pro tvorbu KZSP včetně vzorových šablon, datových sad doporučených pro plánování, návrhu sběru dat na krajské úrovni a zejména průběžnou metodickou</p>

	podporu po celou dobu procesu. V rámci projektu jsou nastaveny kroky k zajištění přebírání výstupů projektu i v rámci dalších krajů (například je zvažována akreditace vzdělávacího cyklu).
<b>Obce s rozšířenou působností</b>	<b>Obce s rozšířenou působností – sociální služby (ORP)</b> mimo jiné zjišťují potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území, zajišťují dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území, spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám, popřípadě zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou, spolupracují s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje; sděluje kraji informace o kapacitě sociálních služeb, které jsou potřebné pro zajištění potřeb osob na území obce a spoluvytváří podmínky pro zajištění potřeb těchto osob. <b>ORP přispívají k tvorbě regionálních plánů a jsou s nimi v kontaktu primárně Kraje (vybrané mohou být součástí krajských koordinačních týmů). Tento stakeholder může být zapojen do závěrečné evaluace.</b>
<b>Poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb – cílová skupina projektu, zástupci pacientů</b>	<p><b>Tato cílová skupina nebude v evaluaci přímo oslokována.</b> Jde o odborníky působící v sociálních službách (např. zástupci poskytovatelů sociálních služeb, metodici sociálních služeb), odborníci z oblasti zdravotních služeb (např. pro osoby s chronickými onemocněními, vzácnými onemocněními, seniory, osoby se zdravotním postižením), zástupci pacientů aj.</p> <p><b>Sociální služby (poskytovatelé: MPSV, Kraje, registrace Kraje)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pobytové sociální služby</b> (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby v pobytové formě, týdenní stacionáře, sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče</li> <li>• <b>Terénní / domácí sociální služby</b> (pečovatelské služby, odlehčovací služby v terénní formě, osobní asistence, odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných,</li> <li>• <b>Ambulantní sociální služby</b> (denní stacionáře, odlehčovací služby v ambulantní formě, pečovatelské služby, centra denních služeb, odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných)</li> </ul> <p><b>Zdravotní služby</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zdravotní služby poskytované ve vlastním sociálním prostředí</b> (domácí péče (ošetřovatelská, léčebně rehabilitační, paliativní), mobilní specializovaná paliativní péče, návštěvní služba praktického lékaře pro dospělé a praktického lékaře pro děti a dorost, pediatra)</li> <li>• <b>Lůžkové zdravotní služby</b> (zdravotnická lůžková zařízení (následná lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče vč. poskytování ošetřovatelské péče)) Pacienti umístění na sociálním lůžku jsou povinni na základě smlouvy s poskytovatelem platit za tzv. hotelové služby.</li> <li>• <b>Zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb</b> poskytovaná za základě zvláštní smlouvy se zdravotními pojišťovnami.</li> </ul> <p><b>Zástupci pacientů</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rada seniorů ČR</b></li> <li>• <b>Národní rada osob se zdravotním postižením</b></li> <li>• <b>Česká asociace pro vzácná onemocnění</b></li> <li>• <b>Národní asociace patientských organizací (NAPO)</b> – zde je v současné době sdruženo 51 členských organizací, které působí ve všech krajích České republiky v oborech sociálního a zdravotního začleňování.</li> <li>• <b>Aliance pro individualizovanou podporu</b></li> <li>• <b>Organizace zastupující osoby s chronickým, terminálním onemocněním</b></li> </ul>
<b>Zdravotní pojišťovny ČR</b>	Z pohledu reálného poskytování služeb na sociálně zdravotním pomezí jsou zdravotní pojišťovny společně s kraji klíčovými aktéry ovlivňujícími dostupnost potřebných služeb dle aktuální demografické situace svých obyvatel. Největší podíl pojištěnců (cca 60 %) má <b>Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP)</b> . <b>Veřejné zdravotní pojišťovny (ZP)</b> uzavírají smlouvy s poskytovateli, zdravotních služeb (sítí smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny), zpracovávají zdravotně pojistné plány v návaznosti na termíny stanovené pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu a následně předkládají MZD a Ministerstvu financí (MF). Návrh schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. <b>Pro závěrečnou evaluaci bude stakeholderem Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a Svaz zdravotních pojišťoven ČR, z.s. (SVAZ), a budou konzultováni také regionální zástupci pojišťoven (ZP)</b> . V době sběru dat k průběžné evaluační zprávě docházelo k navazování a ustalování komunikace a potřeb mezi pojišťovnami a kraji.

<p><b>Koneční příjemci – Benefičienti služeb integrované zdravotní a sociální péče – osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální služby (splňují jeden nebo více identifikátorů)</b></p>	<p><b>Tato cílová skupina není v evaluaci přímo oslokována, výstupy KA1 byly částečně analyzovány evaluací v KA1. Jedná se o osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chronického nebo duševního onemocnění, zdravotního postižení,</li> <li>- život ohrožujícího onemocnění (včetně terminálního stádia onemocnění),</li> <li>- dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nebo</li> <li>- věku.</li> </ul> <p>Identifikátory cílové skupiny pilotního testování projektu:</p> <p>a) potřebuje podporu níže uvedené služby (nebo je pravděpodobné, že ji bude potřebovat v blízké budoucnosti):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pobytové sociální služby (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby v pobytové formě, týdenní stacionáře, sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče</li> <li>- Terénní sociální služby (pečovatelské služby, odlehčovací služby v terénní formě, osobní asistence, odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných,</li> <li>- Ambulantní sociální služby (denní stacionáře, odlehčovací služby v ambulantní formě</li> <li>- pečovatelské služby, centra denních služeb, odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných)</li> <li>- Zdravotní služby poskytované ve vlastním sociálním prostředí (domácí péče (ošetřovatelská, léčebně rehabilitační, paliativní), mobilní specializovaná paliativní péče, návštěvní služba praktického lékaře pro dospělé a praktického lékaře pro děti a dorost, pediatra)</li> <li>- Lůžkové zdravotní služby (zdravotnická lůžková zařízení (následná lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče vč. poskytování ošetřovatelské péče))</li> </ul> <p>b) má smlouvu se sociální službou uvedenou v bodě a) nebo podanou žádost o poskytnutí sociální služby, potvrzení o odmítnutí sociální služby, splňuje podmínky pro poskytování sociální služby a zároveň žádost o poskytování sociální služby nebyla podána</p> <p>c) má přiznaný příspěvek na péči</p> <p>d) má přiznaný příspěvek na zvláštní pomůcku</p> <p>e) má přiznaný průkaz osoby se zdravotním postižením</p> <p>f) má potenciální nárok na body c) až e) v důsledku dlouhodobého snížení soběstačnosti a změny zdravotního stavu (žádost o jejich přiznání nebyla podána nebo je žádost v procesu vyřízení),</p> <p>g) je hospitalizována,</p> <p>h) je dlouhodobě hospitalizována</p> <p>i) je opakovaně hospitalizována</p>
---	--

### 3 Informace o průběžné evaluaci

#### 3.1 Shrnutí metod sběru a analýzy informací

Kombinace metodických nástrojů a technik slouží ke sběru a ověření informací potřebných k zodpovězení evaluačních otázek k průběžné evaluaci popsaných v kapitole 4.1. Metody pro sběr dat jsou kvalitativní i kvantitativní a zahrnují: rešerše sekundárních dat, polo-strukturované rozhovory s klíčovými informanty (individuální a skupinové), fokusní skupiny, expert review, návštěvy a pozorování, převážně kvantitativní dotazníkové šetření (online dotazník), setkání se zástupci klíčového stakeholdera – MZD (Key Stakeholder Meeting). Jejich omezení a nástroje k jejich zmírnění omezení metod jsou detailně popsány ve Vstupní evaluační zprávě.

#### Rešerše dokumentů a sekundárních zdrojů

Rešerše v průběžné evaluaci zahrnovala zejména

- projektovou žádost,
- výstupy dotazníkového šetření realizovaného v rámci projektu (druhotná analýza),
- monitorovací zprávy pilotního ověřování krajů,
- ostatní analýzy realizované v rámci projektu (datasety – VŠE, Kraj Vysočina),
- Doporučený postup pro tvorbu krajských zdravotně sociálních plánů (včetně pracovní verze

- s komentáři krajských koordinátorek),
- Kritéria kvality pro tvorbu krajských zdravotně sociálních plánů,
- doporučené datasey ke sběru a sdílení dat,
- flipcharty z fokusních skupin.

### **Polo-strukturované individuální či skupinové rozhovory**

Rozhovory byly využity ke sběru dat od všech klíčových aktérů (MZD včetně ÚZIS, pilotní kraje, Kraj Vysočina, VŠE, datoví analytici krajů). U pilotních krajů byla považována za klíčovou osobní návštěva, spojená s pozorováním spolupráce aktérů, u ostatních stakeholderů jsme vzhledem k jejich vytíženosti zvolili online formu.

### **Fokusní skupiny**

Byly využity v pilotních krajích na zodpovězení evaluační otázky, jaké jsou přínosy a omezení Doporučeného postupu se členy krajských realizačních týmů. (Ukázalo se, že v ostatních otázkách panovala v pohledu na problematiku shoda, a proto byla na místě využita metoda skupinové diskuse.). Počet členů fokusní skupiny byl v obou případech 5, což je dostatečný počet pro zachycení diverzity názorů a možných pohledů. Z JMK se účastnily koordinátorka sítě služeb, koordinátorka projektu, zástupkyně zdravotního odboru, vedoucí sociálního odboru, zástupkyně pojišťovny Ministerstva vnitra a ekonomka. Z HKH se účastnili referent pro plánování sociálních služeb, vedoucí sociálního odboru, zástupkyně Odboru zdravotnictví, koordinátorka projektu a odborná garantka pobytových služeb.

### **Expert review**

V rámci hodnocení bylo využito i tzv. expert review, které zajistil evaluační analytik, zorientován v práci s daty v národních registrech sociálně zdravotního pomezí. Byl zapojen v rámci expertní skupinové diskuse s datovými analytiky (ÚZIS, krajské analytici, analytik MZD). Expert review umožnilo nezávislé hodnocení jejich orientace v datech a práce s daty a jejich interpretačních schopností.

### **Návštěva a pozorování**

Uskutečněno dvakrát, vždy v rámci návštěvy krajského koordinačního týmu v pilotních krajích k posouzení dynamiky týmů, potřeb a motivací aktérů, umožnilo lepší pochopení kvalitativních dat.

### **Kvantitativní šetření (online dotazník)**

Šlo převážně o kvantitativní šetření pomocí online dotazníku (Google Forms) pro účastníky vzdělávání KA4 (s výjimkou datových analytiků – ti byli tázáni na vybrané aspekty osobně, a většiny cyklu vzdělávání se neúčastnili). Cílem bylo ověření využitelnosti výsledků a nabytých znalostí a kompetencí pro lepší plánování služeb na sociálně zdravotním pomezí. Dotazník umožnil kvantifikaci výsledků při uzavřených otázkách, doplněno o otevřené otázky k možným doplňujícím komentářům a rozvedení škálového hodnocení. Návratnost dotazníku byla 77 %, odpovědělo 10 ze 13 oslovených.

### **Key Stakeholder Meeting (KSM)**

Pod KSM jsou zahrnuty všechny prezentace a zpětná vazba, tj. konzultace předběžných zjištění z evaluace, s klíčovým stakeholderem MZD. Návrhy zpráv a předběžná zjištění jsou konzultovány s realizačním týmem MZD (mj. formou de-briefingu z návštěvy krajů). Prezentace návrhu hodnotící zprávy má formu moderované diskuse o zjištěních, předběžných závěrech a navrhovaných doporučeních.

#### **3.1.1 Způsob analýzy kvalitativních dat**

Textová analýza: U kvalitativních dat, jako jsou přepisy rozhovorů a fokusních skupin, byla využita textová analýza. Důležitým krokem je triangulace, kdy jsou zjištění z různých zdrojů a metod

porovnávány, aby se zvýšila validita a spolehlivost výsledků.

### 3.1.2 Způsob analýzy kvantitativních dat

Zpracování dotazníků: Data z online dotazníku byla zpracována pomocí deskriptivní statistiky a pomocí textové analýzy.

Data z registrů: Nebylo primární rolí evaluátorů vytvářet datové analýzy, nýbrž ověřovat využitelnost poskytnutých datasetů a návrhů práce s nimi prostřednictvím statistických a matematických metod, či ověření výsledků analýz (review analýzy VŠE).

### 3.1.3 Způsob výběru vzorku

Pro zástupce všech klíčových stakeholderů definovaných ve Specifikaci zadání (krajské týmy, MZD, MPSV, ÚZIS, VŠE) byl realizován úplný výběr (census), tedy rozhovory se všemi relevantními aktéry. Díky tomu byla zajištěna vysoká míra pokrytí a reprezentativnost získaných informací v rámci cílové skupiny a klíčových stakeholderů.

U online dotazníku hodnotícího výsledky KA4 byl rovněž proveden census. Šetření bylo dostatečně reprezentativní (77 %, celkem 10 ze 13 oslovených, 3/4 z JMK, 4/6 z KHK a 3/3 z Kraje Vysočina). Dle odborné literatury je více než 70 % návratnost je považována na velmi dobře reprezentativní vzorek, viz například studie Sataloff a Vontela 2021<sup>9</sup>, nebo starší studie Dragaulis a Plaza 2009<sup>10</sup>.

Na rozdíl od kvantitativních šetření, jejichž cílem je reprezentativní obraz populace, fokusní skupiny kladly důraz na cílený výběr účastníků tak, aby se do diskuse zapojili lidé s různými zkušenostmi a postoji, ale zároveň šlo o homogenní skupinu (zaměstnanci a spolupracovníci jednoho kraje). Celkem se dvou fokusních skupin účastnilo vždy pět účastníků, což je adekvátní.

## 3.2 Metodologické změny, překážky a řešení

U fokusních skupin existovala velká míra konsensu ve všech diskutovaných otázkách, proto byla nakonec většina otázek zodpovězena formou skupinové diskuse, s výjimkou diskuse ohledně přínosu a omezení Doporučeného postupu. Očekáváme fokusní skupiny jako metodologicky silnější volbu pro závěrečnou evaluaci, kdy plánujeme zapojit i zástupce pojišťoven a případně také ORP.

Zdravotní pojišťovny budou vzhledem k jejich postupnému zapojování (zejména VZP), dotazovány až v závěrečné evaluaci. V době sběru dat pro průběžnou evaluaci byla teprve nastavována spolupráce s kraji a docházelo k vyjednávání možností spolupráce nad konkrétními požadavky a daty z krajů. JMK zatím spolupracuje úžeji se zdravotní pojišťovnou Ministerstva vnitra, která zastupuje Svaz pojišťoven, a KHK s Vojenskou zdravotní pojišťovnou, která zastupuje Svaz pojišťoven.

Zapojení MPSV probíhalo zejména v oblasti poskytnutí datasetů a koordinace s dalšími projekty MPSV, které jsou synergické (zejména SZ DATA, koordinační schůzky s projektem KRAPL). Do tvorby a úprav Doporučeného postupu bylo oproti původnímu předpokladu evaluace zapojeno méně. MPSV bude proto respondentem závěrečné evaluace.

Online dotazník k cyklu vzdělávání byl v této fázi určen jen pro pilotní kraje a Vysočinu – pro ostatní zapojené kraje (11 zbývajících krajů) cyklus ještě není dokončen. Shrnutí z dotazníku pro tuto skupinu bude ad hoc evaluačním výstupem zpracovaným v Q3/2026. Vzhledem k rotacím mezi poradci a konzultanty byl do evaluace zapojen pouze vedoucí odborný konzultant, a to v rámci KSM a skupinového rozhovoru s MZD. Se zástupcem VŠE byl realizován individuální rozhovor namísto původně plánovaného skupinového, z důvodu nedostupnosti ostatních zapojených analytiků.

## 4 Průběžná evaluační zjištění

Tato průběžná evaluační zpráva shrnuje zjištění k evaluačním otázkám na základě analýzy všech dostupných zdrojů k datu uzávěrky sběru dat. Zpráva reflektuje zkušenosti z pilotních krajů (JMK, KHK), expertní vhledy (ÚZIS, VŠE), perspektivu realizátora projektu (MZD) i zpětnou vazbu z nepilotního regionů (Kraj Vysočina).

### 4.1 Jaká je v praxi zkušenost s výstupy projektu?

#### 4.1.1 Jak probíhá pilotní ověření v rámci podpořených krajů?

Pilotáž je kraji hodnocena jako **spíše přínosná**, zásadní překážky bránící realizaci v krajích se nevyskytly (oba kraje zdůraznily výbornou spolupráci mezi oba klíčovými odbory kraji, sociálním a zdravotním, a dobrou spolupráci s MZD – „*stabilní tým*“). Pilotní ověření v krajích probíhá s vysokou mírou nasazení, ale naráží na časový tlak a personální bariéry (přesto ani jeden z pilotních krajů nevedl, že nestihne projekt dokončit v daném termínu). Realizační tým MZD hodnotí progres projektu pozitivně, kritizuje však výrazné krácení rozpočtu projektu a zejména dobu realizace zkrácenou Řídícím orgánem MPSV z 18 na 16 měsíců, která dostává kraje pod časový tlak – v tomto bodě panuje shoda mezi všemi stakeholdery.

*„Oceňuji odvahu krajů do toho jít, těsně před rozjezdem byl navíc přijat novým změnový zákon. Museli si vydefinovat své cílové skupiny; pilotujeme dva různé pohledy, cesty a přístupy – vícero možností řešení.“*

Zdroj: Zástupce realizačního týmu projektu

V JMK byla Iniciační fáze prodloužena (kraj se potýkal s pozdním nástupem analytického týmu, který začal naplno pracovat až v říjnu 2025). Velmi kladně je však hodnoceno jejich zapojení, neboť suplují chybějící analytické kapacity krajského týmu a pracovali již s obdobnými daty v minulosti. Kraj se potýkal se zapojením odborníků (praktický lékař, zástupci patientských organizací) a došlo také ke zpoždění ve vymezení cílové skupiny vzhledem k vytíženosti členů realizačního týmu. Došlo k oslovení několika odborných subjektů, ke spolupráci jako je Národní asociace patientských organizací (NAPO), či Národního telemedicinského centra. V JMK probíhají pravidelná setkání koordinačního týmu v širokém formátu, i za účasti metodika MZD, který může pomáhat i s moderací. Aktuálně je analytická fáze opožděna z důvodu pozdějšího ustanovení analytického týmu, nutností seznámení se se strukturou datasetů a detailnější práce analytiků nad strukturou dat za sociální služby, kdy je nutná intenzivnější práce s daty MPSV (zdroj: *monitorovací zpráva listopad 2025, JMK*).

V KHK byla rovněž pilotáž opožděna, měla na počátku problémy zejména s obsazováním pozice koordinátora a zapojováním vytížených odborníků. Podařilo se však sestavit poměrně různorodou sestavu konzultujících subjektů (například patientské organizace: Společnost Parkinson, Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Cerebrum – Asociace osob se získaným poškozením mozku). Kraj se zaměřil na specifické skupiny: senioři, osoby s paliativními potřebami a osoby s poškozením mozku po úrazech. V kraji se fáze Doporučeného postupu prolínají: probíhá analytická fáze a zároveň probíhají benchmarkové sběry dat (domapovány sociálně-zdravotní lůžka) a plánují domapovat ošetrovatelskou péči v pobytových sociálních službách, domácí ošetrovatelskou péči (mj. zda dochází k jejímu umělému podvazování ze stran praktických lékařů či pojišťoven) a domácí paliativní péči (nutno zjistit, kde je potřeba a na co se zaměřit). K domapování dostupnosti pacienta systémem byla specificky využita i metoda Design Thinking, představena na školení MZD (zdroj: *monitorovací zpráva KHK, prosinec 2025*). V KHK probíhá organizace postupu zejména prostřednictvím dílčích pracovních skupin, jichž se metodik MZD přímo neúčastní (přes nabídnou pomoc).

Spolupráce se zdravotními pojišťovnami (zejména VZP) zůstává v obou krajích zatím převážně formální.

*„Pojišťovny jsou nakloněny nám data dát – musíme ale specifikovat, jaká data chceme.“*

Zdroj: Zástupci pilotního kraje

Datoví analytici čekají pro systematictější analýzu z obou oblastí na celistvost dat (jednotný identifikátor klienta, mj. na sledování průchodu klienta/pacienta systémem), ale pracují zatím s datasey a formáty, které jsou k dispozici. Svou spolupráci s oběma kraji hodnotí velmi kladně. Stejně tak zástupce VŠE zhodnotil spolupráci s MZD velmi pozitivně (*„Zadání byla jasná, vždy jsme si dohodli výměr práce, zpětnou vazbu jsem dostal.“*)

Užší spolupráce pilotních a nepilotních krajů nad rámec sdílecího semináře z iniciační fáze zatím neproběhla. Svou zkušenost s nastavením systému koordinované péče popsali během osobní návštěvy v Kraji Vysočina jeho zástupci. Pro možnost sdílení uvádíme jejich komplexní reflexi dosavadního průběhu projektu a jejich vlastní zkušenosti v samostatném boxu.

Box – Reflexe projektu pohledem nepilotního kraje

K výběru cílové skupiny uvedl Kraj Vysočina, že také začínal se seniorskou populací a ostatní skupiny se na to nabalovaly – *„senioři jsou gros, dají nejvíc práce“*.

Zástupci sociálního a zdravotního kraje úzce spolupracují s Odborem informatiky a využívají jeho analytické kapacity. Zástupci kraje ocenili dostupnost datasetů z obou oblastí, zejména zdravotní datasey, které předtím pro ně nebyly dostupné, a zároveň zhodnocují mezery využitelnosti: *„Konečně se do plánování dostává expertní pohled, i když tam nějaké datasey předtím byly. A to včetně zdravotnictví – najednou je tam připojený pohled z téhle oblasti, takže myšlenkově je to skvělé. Mně se to hrozně líbí, byť teda jako ze začátku musím sama osobně přiznat, že jsem si trošku říkala, jak to vlastně budeme dělat, protože je těch datasetů neuvěřitelné množství. (...) Vůbec rozklíčovat si, který dataset k čemu bychom mohli využít, protože třeba vypadá na papíře hezky, ale pak zjistíme, že reálně nevíme, co s ním. V pobytových službách je to celkem využitelné, jsou tam karty klientů, ale třeba u některých sociálních služeb je vidět, že někdo to vykazuje v desítkách, někdo v tisících a je na tom vidět, že tam není metodický vedení. (...) Pro nás jsou proto užitečnější data ze statistického sledování prostřednictvím systému ELFis (End of Life Care Information System) od ÚZIS, (který vychází ze závěrů a poznatků analytické fáze projektu Paliatr Vysočina – pozn. eval.), kdy trajektorie jde za rodným číslem.“*

Pokud jde o konkrétní návrhy práce s datasey v rámci projektu, navrhují detailně představit například i jen deset datasetů, jejichž kombinace bude ale prakticky využitelná. Další konkrétní návrhy na úpravy byly sdíleny s MZD. *„Například dataset Demografie + dataset Příspěvek na péči by chtělo doplnit o demografické prognózy do úrovně okresů, uměli bychom pak predikovat nárůst klientů s vysokou závislostí. Umíme to alternativně i přes náš Aplikační model péče.“*

Zástupci kraje nabídli i cenný vhled do navazování spolupráce s VZP, klíčovým aktérem pokrytí sítě péče: *„To my jsme chodili za nimi a měli jsme už dost práce za sebou, třeba jsme zmapovali domácí ošetřovatelskou péči, všechny ty poskytovatele a snažili jsme se jít dost do hloubky. Nejenom zmapovat ty tvrdé věci jako kolik mají obslužených pacientů, jaké diagnózy, jaké indikace, ale i ty měkké, jako bariéry, jestli považují kompetence sester a pečovatелů za dostatečné, jestli se chtějí rozvíjet a tak dál. Takže to vlastně pro ně (pojišťovnu – pozn. eval) bylo zajímavé a oni byli schopni doplnit a překrýt ty naše výsledky. Když přijdeme na bílé místo území, tak oni mohou slíbit, že nové poskytovatele pustí do sítě. Pak už jsme řešili, že lékaři nechťejí indikovat domácí ošetřovatelskou péči (925), protože říkají, že pojišťovny jim pak za to dávají pokuty a neuznávají to. Pojišťovna zase říká, že to není pravda. Hledali jsme pak společně řešení situace a v čem je problém. Obecně doporučujeme už přijít s nějakými daty, nejen s nápady. Nyní s nimi řešíme indikace paliativního klienta – tam jsme prve měli data z ELFisu, navázali jsme pilotáží.“*

#### 4.1.2 *Daří se krajům nastavit systém uceleného plánování a koordinace zdravotních a sociálních služeb pro stanovenou cílovou skupinu?*

V této otázce evaluace zjišťovala zejména možnosti plánování pro cílovou skupinu na základě dostupných dat a zda Doporučený postup zefektivňuje proces plánování. Zástupci realizačního týmu MZD v tomto bodě sdíleli zejména předpoklady udržitelnosti projektu: datoví analytici zůstanou na krajích i po projektu a KSZP bude schválen a bude se s ním dále pracovat. MZD dále upozornilo na personální problémy v oblasti datové analýzy nejen na krajích ale také v centrále na MPSV. MZD si je vědomé nutnosti vyčlenit kapacity do budoucna i na ÚZIS, aby postupoval zpracovaná data dále na kraje, Statistický úřad a další aktéry. Sociální datasety dle MZD jsou ve své většině uveřejnitelné, ovšem dílčí metodické problémy, které postihují jen část datasetů, „*kazí celkový dojem*“.

Zástupci JMK uvedli, že k vymezení cílové skupiny jim velmi pomohl seminář Design Thinking (*respondenty nejlépe hodnocený seminář vzdělávacího cyklu, viz příloha B – pozn. Eval.*), datasety k vydefinování nevyužívali, pomohla také diskuse se sociálními službami (hlavními kritérii byla demografická prognóza, početnost/nákladnost cílové skupiny), tudíž byla zvolena seniorská populace. Roli hráli i legislativní aspekt, změnový zákon a související nejasnosti – cílová skupina proto byla zúžena.

**„Cílové skupiny by se teoreticky měly definovat až podle toho, co „vyleze“ z dat.“**

Zdroj: Zástupci pilotního kraje

Zatím žádný z krajů (pilotních i nepilotních) nevyužívá datasety k plánování. Zástupci JMK upozornili na nedostatečnost sociálních datasetů a chybějící identifikátor klienta a také absenci vhodných a sjednocených parametrů v datasetech, dle externích datových analytiků JMK jde o tyto zásadní problémy: 1) data jsou nesourodá, nejsou společné klíče, 2) různé kódové označení území (kraje x ČR), 3) různé věkové kohorty, někdy pětileté někdy 60, 70, 85+, 4) data jsou neúhledná (tabulka x textové pole), tabulky začínají na různých řádcích, na různých listech, některé jsou prázdné.

**„Nejzásadnější je, že tam není žádný jednotící prvek – shoda na věkové kohortě, území (ORP/kraj), čili data jsou tam a jejich využitelnost nějaká je, ale mohlo to být vstřícnější.“**

Zdroj: Datový analytik z pilotního kraje

Zástupci KHK rovněž upozornili na dílčí chyby ve vykazování (nedostatky byly již zmíněny). Chtěli by zjistit opakované hospitalizace na následných péčích – spjaté s diagnózou, věkem pacienta, či jinými faktory, tzn. odpovědět si na otázku, jak zachytit pacienta po úrazech. Zároveň by je zajímaly přesuny pacientů z lůžkové do ambulantní péče, tzn. set dat na dlouhodobé hospitalizace od ÚZIS – akutní i následné, ale s jednotným identifikátorem klienta, aby bylo zřejmé, kolik dnů tráví pacient v zařízení které o odbornosti. Zatím je k dispozici jen obloženost lůžek, a není jasné, jak se pacient pohybuje systémem. Zde však narážejí na problémy s anonymizací dat. Kraj postrádá také větší obecnou součinnost ÚZIS (i mimo projekt, v projektu je možné se na ÚZIS obracet): konkrétně regionální data z ÚZIS o všeobecných zdravotních sestrách a mezikrajské srovnání data na sociálně zdravotní pomezí (hypertenze, diabetes – „*chtěli bychom i regiony, ORP, přepočty na statisíce*“).

**„Stačí zhruba 3 parametry, abychom i v pseudo-anonymizovaných datech mohli identifikovat člověka napřímo.“**

Zdroj: Zástupce ÚZIS

Externí datový analytik KHK poznamenal, že „*analýzy si pak dělají kolegové ze sociální oblasti už sami – závěry a výstupy z dat interpretace*“.

Zástupce VŠE, který měl za úkol projít datasety a pomoci s jejich zpracováním pro účely demonstrativního školení pro kraje, obecně doporučuje nejprve čištění dat na centrální úrovni a poté předávání krajům pro plánování (v souladu s doporučením evaluace ve Vstupní zprávě – pozn. eval).

#### 4.1.3 V jakých aspektech je aktéry Doporučený postup vnímán jako přínosný a proveditelný a v čem jako omezující?

Aktéři se obecně shodli na **přínosech**, že Doporučený postup dává dobrou strukturu postupu (včetně setkávání odborníků), provázání metodiky s praxí, slouží jako pomocné vodítko včetně časového, zároveň oceňují možnost flexibility vlastního postupu. MZD reflektovalo, že by bylo vhodné doplnit Doporučený postup o milníky („kritickou cestu“), to znamená vytyčit dílčí cíle, bez kterých nelze postoupit do další fáze (například nutnost zapojení pojišťoven a navázání spolupráce s analytikem již v Iniciační fázi – viz poznámky metodiků k Doporučenému postupu). Bylo vyjasněno, že pro další postoupení krajům nebude v Doporučeném postupu časové hraničení jednotlivých fází, byť MZD vidí smysl ohraničit celý proces cca 2 lety s tím, že s další aktualizací plánu se potřebný čas bude zkracovat, procesy již budou zaběhlé. MZD vyzdvihlo univerzálnost postupu i pro další oblasti, například využitelnost pro zdravotně sociální plány Center duševního zdraví. Kraje oceňují komunikaci mezi sociálním a zdravotním odborem – „je vytvářen společný jazyk, pochopení uvažování druhé strany a sdílení dobré praxe“ (zástupci KHK).

Mezi **omezení** řadí prolínání fází (v tomto je nutné se od Doporučeného postupu odchylovat – „domapovací část je kostrbatější – vracíme se k tomu organicky“- zástupce pilotního kraje) a nutnost zlepšit komunikaci s některými aktéry, zejména s pojišťovnami (předpoklad projektu, jinak omezení postupu). Participativní zapojení předpokládá účast odborníků a partnerů, kteří jsou časově vytíženi, ale oběma krajům se podařilo je zapojovat. Předpokladem nastartování Doporučeného postupu je také vzájemná obeznámenost sociálních a zdravotních agend, tato část v Doporučeném postupu chybí. MZD k tomu poznamenalo, že hlavní platformou sdílení jsou a mají v projektu zůstat koordinační schůzky krajského týmu.

*„Třeba participativní zapojení znamená, že máme pracovní skupiny podle druhů služeb, podle území a tak dále. Je to nikdy nekončící proces a neznámá to, že jim jednou pošlete mail, pozvete na nějakou fokusku nebo kulatý stůl a řeknete, to je participativní. A navíc oni musí vždycky mít pořád zpětnou vazbu na všechno, protože jinak by je to nebavilo, už by sem nechodili. A proto sem oni chodí a vyplňují tlusté dotazníky, který mají 40 stránek, protože ví, že se s tím něco stane. Důležitá je i jejich upřímnost o problémech mluvit, a to vyžaduje důvěru, která vznikla až časem.“*

Zdroj: Zástupce nepilotního kraje

Pokud jde o poskytnutou metodickou podporu, kraje vnímají pozitivně základní orientační podporu metodiků MZD a základní orientaci v datasetech. Pokud jde o praktickou podporu v orientaci v datech, uvítaly by kraje praktičtější zaměření (zástupci pilotních i nepilotních krajů nepracují v Google Cloud řešeních, pracují téměř výhradně v MS Excel a MS Power BI), nebo přímo možnost angažovat datového analytika na kraji dlouhodobě na úvazek („mít technickou podporu na místě“).

#### 4.1.4 V čem je používání datasetů pro plánování vnímáno aktéry jako přínosné a proveditelné a v čem jako omezující?

Záměrem MZD bylo zpřístupnit krajům maximální možný počet relevantních datasetů k individuálnímu výběru pro plánování péče pro cílové skupiny, které se mohou lišit. Jako **přínos** vnímá MZD i poskytnutí obtížně dostupných dat pojišťoven, a celkově poskytnutí zdravotních datasetů (kapacity služeb, počty pacientů atd.), což přispěje ke kvalitnější diskusi s pojišťovnami.

Pokud jde o **omezení**, MZD poznamenává, že datasety jsou jedním z vedlejších výstupů projektu, cílem nebylo sjednocovat sociální a zdravotní data, ale poskytnout možná data pro plánování a sbírat podněty ke zlepšení. Nedostatky v sociálních datasetech a absenci jednotného identifikátoru klientů MZD reflektuje (plánované zpřístupnění od roku 2027) a komunikuje MPSV prostřednictvím

koordinačních schůzek (budou rovněž sepsány písemně). Kromě nemožnosti propojit všechna potřebná sociální a zdravotní data (v pobytových sociálních zařízeních lze částečně propojit), omezení vyplývají také z pravidel GDPR, která často neumožňují poskytnout detailní data až na požadované územní úrovni kvůli možné identifikaci konkrétních osob.

**„Jedna věc je reporting: data jsou tak kvalitní, jak je kvalitně reportují zařízení, konkrétně například domovy se zvláštním režimem – na ID bylo i jméno klienta.“**

Zdroj: Zástupce VŠE

Zástupce VŠE zmiňuje kvalitu reportingu, zejména z domovů. Školení v Google Looker považuje za přínosné, ale má svá omezení, je pouze demonstrační a kraje si musí prokombinovat více souborů v excelech.

K této otázce se dále vyjadřovali zástupci krajských datových analytiků, kteří si již všechny datasety prošli. (V otázce kvality popisu datasetů nepanovala shoda, někteří zástupci z krajů uváděli, že jsou dobré, někteří, že chybí detailní popis, co v nich lze nalézt a k čemu využít.) Jak již bylo zmíněno, analytici kritizovali zejména absenci dohody o struktuře dat („rovnáme si to všichni a děláme to nadvakrát“). Analytikovi KHK pak chybí dataset na dlouhodobé hospitalizace od ÚZIS a je vyrozuměn k omezení vyplývající s GDPR, resp. ochrany osobních údajů, o metodickou podporu zatím nepožádal. Datoví analytici JMK již požádali MZD o metodickou podporu, a jako hlavní omezení vnímali nedostupnost dat do úrovně ORP (vyřešeno smlouvou mezi JMK a ÚZIS o zpracování dat, která mohou jít až na požadovanou geografickou úroveň a zároveň nebudou určena ke zveřejnění) a obecně nejednotnost dat. Problém s agregací osobních údajů zatím analytici JMK řeší použitím intervalů (*pozn. eval.: nahrazení přesných individuálních hodnot rozsahy, aby šla data bezpečně agregovat a analyzovat bez rizika identifikace jednotlivců, např. místo „37 let“ se použije interval „35–39 let“*).

Zástupci ÚZIS uvedli, že jejich data byla strukturovaná, připravená, ale uvedli omezení, že samozřejmě pro paliativu se hodí jiné věkové řazení než pro hospitalizace, protože se týká jiných věkových kohort apod. Další omezení je, že Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZZ) neumožňuje dostat se na přesnější demografii, než je okres, výjimečně ORP a obec. Pouze u okresu jsou si zástupci ÚZIS jistí, že jsou data správně, pokud by to bylo odjinud (jiné registry), nemají časovou řadu a vidí pouze zlomek pacientů v předešlém roce. Také nemají přístup do registru pacientů pojištěn, i když se dlouhodobě snaží o zpřístupnění.

#### 4.1.5 Jaká jsou doporučení pro úpravu Doporučeného postupu?

Zde uvádíme stručný seznam doporučení dle stakeholderů bodově:

- Odstranění časového rozmezí pro jednotlivé fáze (MZD takto plánovalo od počátku, nicméně doporučuje ohraničit celý proces cca 24 měsíci, s tím, že s další aktualizací se bude potřebný čas zkracovat)
- Zavedení milníků, bez kterých není doporučeno postupovat do další fáze
- Zohlednit prolínání fází
- Zohlednit „seznamovací fázi“ pro zdravotní, respektive sociální oblast či vytvořit i přímo terminologickou část v Doporučeném postupu
- Zvážit vložení popisu pracovních náplní členů realizačního týmu
- Prodloužit implementační lhůtu KSZP ze 3 na 5 let a doplnit nutnost vytvoření funkčních míst na kraji pro pomezí agendu
- Vložit doporučenou metodu Design Thinking do Iniciační fáze pro vymezení cílové skupiny

#### 4.1.6 Jaká jsou doporučení pro úpravu nastavených kritérií kvality pro tvorbu KZSP?

Ke kritériím kvality nebyly od stakeholderů žádné připomínky. Kritéria kopírují Doporučený postup a je vhodné je dle MDZ zachovat, případně zohlednit prolínání fází. V pilotu slouží i jako kontrola postupu v jednotlivých krajích (slouží dle metodiků MZD jako monitorovací nástroj ke sledování odchylek od Doporučeného postupu).

#### 4.1.7 Jaká jsou krizová místa v procesu aplikace Doporučeného postupu?

Zde uvádíme opět bodově krizová místa, mezi respondenty panovala shoda:

- Navazování vztahu se zdravotními pojišťovkami, zejména s VZP (zatím formální zapojení).
- Definice cílové skupiny – jak lze definovat člověka s potřebami na sociálně zdravotním pomezí, kolik má mít diagnóz (např. 5-10)? A jaký stupeň příspěvku na péči? (např. III. nebo IV.?)
- Porozumění odlišných agend (zdravotní včetně kompetencí a procesů pojišťoven, sociální)

#### 4.1.8 Na jaké další problémy jednotlivé kraje nejčastěji narážely a proč se vyskytly?

Z pohledu MZD byly hlavní problémy personální (zasmluvnění, nábor členů realizačního týmu na krajích, chybějící administrativní kapacita zejména u JMK, nedostupnost zkušeného koordinátora v KHK), kdy prázdninové období prodloužilo počáteční procesy. Problém byl v počátku také se zapojením odborníků (JMK – praktici, zástupci pečujících), či neochotě ke spolupráci (na úrovni politické a zdravotnické – KHK). V analytické části stále dochází k vyjasnění vhodné datové základny – zatím je obtížné propojení se zdravotními pojišťovkami, zejména VZP. S odborníky je spolupráce pokročilejší než v počátku projektu (geriatrická oblast KHK, JMK s ÚZIS).

Pokud jde o konkrétní seznam častých problémů při zpracování a používání datasetů, kraje v rozhovoru uvedly, že žádné technické problémy nenastaly, uváděným problémem však je včasné zpracování a porozumění dat z poskytnutých datasetů. Datasety byly dostupné od července 2025.

Nepilotní kraj neuvedl žádné problémy.

#### 4.1.9 Do jaké míry Doporučený postup zohledňuje kapacity napříč službami a poskytovateli?

Zde byly poskytnuty velmi obecné odpovědi. Oba kraje naráží na demografické výzvy. Byl zmiňován nedostatečný objem lůžek a nedostatek kvalifikovaného personálu (pečující, všeobecné zdravotní sestry).

#### 4.1.10 Do jaké míry Doporučený postup zohledňuje zdroje kraje (zdůrazněno časové)?

Dle krajů Doporučený postup do jisté míry spoléhá na osobní nasazení a iniciativu krajských profesionálů. Dle jednoho z pilotních krajů jsou na krajích obecně nedostatečné kapacity, a aby projekt nenarážel na překážky, musela by existovat povinnost vytvořit funkční místa, které schvaluje Zastupitelstvo (doporučuje se to zmínit v rámci KZSP). Na krajích chybí také interní datová analytici dedikovaní pro tuto agendu.

*„Zúžili jsme cílovou skupinu. V rámci SWOT analýz i v pracovní skupině je toho strašně moc – neumíme si představit, že by toho teď bylo víc.“*

Zdroj: Zástupce pilotního kraje

## 4.2 Do jaké míry bylo v projektu užitečně nastaveno vzdělávání?

### 4.2.1 Do jaké míry bylo vzdělávání užitečné vzhledem k potřebám krajů?

Celkově hodnotili respondenti online šetření cyklus vzdělávání **kladně (odpovědi ano + spíše ano)**:

### Srozumitelnost obsahu:

90 % 

### Vhodný poměr teorie a praxe:

80 % 

### Cyklus odpovídal potřebám účastníků:

70 % 

### Získané poznatky jsou využitelné v praxi:

70 % 

Míra užitečnosti vzdělávání se lišila podle typu aktivity (dále jsou brány v potaz i zjištění z rozhovorů):

### Pozitivně hodnocené oblasti:

- Sdílení zkušeností: Respondenti vysoce ocenili prostor pro setkávání s jinými kraji a zástupci resortů na krajích (plánovači sociálních služeb vs. zdravotnictví). Tato platforma je vnímána jako unikátní a mimo projekt chybějící.
- Metoda Design Thinking: Tento seminář byl opakovaně zmiňován jako velmi zajímavý a přínosný napříč různými kraji i v online dotazníku.
- Práce s daty: Pro část respondentů bylo užitečné nahlédnout do možností, co lze z datových sad vyčíst.

*„Zajímavá byla práce s datovými sadami a nahlédnutí do toho, co všechno z nich lze vyčíst a jak si s nimi lze pohrát.“*

Zdroj: Respondent/ka online dotazníku

### Kriticky hodnocené oblasti:

- Nižší přidaná hodnota u technických dovedností: pro datové analytiky a některé zástupce krajů školení na kontingenční tabulky a základní statistiku nebylo užitečné, protože tyto nástroje již ovládají.
- Tempo a hloubka: Naopak praktické propojování datasetů bylo pro některé účastníky příliš rychlé a nestíhali jej sledovat.
- Absence expertního vhledu: Jeden z krajů vnímá jako nejslabší část projektu chybějící přidanou hodnotu od odborníků (konkrétně z ÚZIS). Práce s daty by podle něj měla předcházet analytické části projektu/plánování.
- Sdílecí seminář byl pro některé účastníky příliš obecný.

*„Ocenil jsem, že na ten Praktický workshop přišli praktici, kteří sdružují, interpretují a agregují data a říkali jejich klady a zápory, kde vidí ty díry – to jsou informace, které nám schází. Potřebuji člověka, který leží dvacet let v datech a umí o nich mluvit. To by mělo být hlavním obsahem, nebo ke zlepšení.“*

Zdroj: Datový analytik z pilotního kraje

#### 4.2.2 Na které části Doporučeného postupu je vhodné se v rámci vzdělávání více zaměřit?

- Interpretace dat a jejich limity: Shoda panuje mezi zástupci krajů, akademické sféry (VŠE) i datovými analytiky, že je vhodné se nyní zaměřit na to, co data skutečně říkají, jaké mají limity, jaká je míra jistoty výstupů a jak se vyvarovat chyb v interpretaci.
- Sociálně-zdravotní pomezí: Respondenti z pilotních krajů by uvítali hlubší seznámení s agendou „druhé strany“, zejména v Iniciační části projektu (ale i dodatečně). Pracovníci sociálních odborů potřebují pochopit zdravotní systém (role pojišťoven, terminologie, kompetence, role odborných společností a legislativní rámec), a naopak. Jeden z pilotních krajů zmínil návrh na akreditovaný kurz „Plánování sociálního a zdravotního pomezí (systém, aktéři, kompetence, základní právní minimum, pojmy, procesy)“, aby byl využitelný i pro další kraje a nové pracovníky na sociálně-zdravotním pomezí.

*„Vzdělávání bych zaměřila na seznámení s důležitými informacemi, pojmy, procesy v oblasti plánování sociálních služeb pro zdravotnictví a oblasti zdravotnictví (včetně pojišťoven) pro oblast sociálních služeb.“*

Zdroj: Zástupce pilotního kraje

- Propojování konkrétních datasetů: Kraje mají zájem o praktické workshopy nad konkrétními tématy (např. paliativa, péče o seniory), kde by se řešilo, které konkrétní datasety lze kombinovat pro efektivní plánování.

*„Doporučovali bychom další debatu (workshop) nad datasety, co spojit s čím – pro nás by bylo užitečné mít třeba i jen 10 nových datasetů, tak abychom podle nich mohli plánovat.“*

Zdroj: Zástupci nepilotního kraje

- Strategické a manažerské řízení: Objevil se požadavek krajů na podporu MZD k realizaci Strategie zdraví 2035, jak by si MZD představovalo regionální strategie jejího naplnění.
- Nové metody plánování (vedle Design Thinking), dobrá praxe ze zahraničí v plánování služeb.
- MZD zvažuje akreditaci modulu vzdělávání na sociálně-zdravotním pomezí.

## 5 Závěry a doporučení

### 5.1 Jaká je v praxi zkušenost s výstupy projektu?

Dosavadní průběh pilotáže v Jihomoravském a Královéhradeckém kraji potvrzuje, že projekt KRAPL úspěšně cílí na kritickou potřebu propojení sociálního a zdravotního sektoru, která je v kontextu demografického stárnutí populace nezbytná. Navzdory vysokému nasazení realizačních týmů projekt naráží na výrazný časový tlak způsobený zkrácením doby realizace na 16 měsíců ze strany Řídícího orgánu projektu, což limituje hloubku analytických prací a zapojení externích odborníků.

Průběžná zjištění ukazují, že klíčovým přínosem vytvořeného Doporučeného postupu je nastavení platformy pro systematickou spolupráci mezi krajskými resorty, což v dosavadní praxi krajů často chybělo. Na základě zpětné vazby od MZD se také ukazuje, že dokument (Doporučený postup) je potenciálně univerzálně využitelný i pro plánování dostupnosti služeb na jakékoli úrovni, vyžadující spolupráci hlavních aktérů v oblasti plánování rozvoje sociálních a zdravotních služeb, což je nový přínos projektu. Přetrvává však vzájemná neznalost terminologie a procesů mezi sociálním a zdravotním odborem na krajích, včetně procesů pojišťoven. Jako kritické místo projektu se jeví především spolupráce se zdravotními pojišťovnami, zejména s VZP, která prozatím zůstává spíše na formální úrovni a postrádá hlubší zapojení do plánování sítě služeb v regionech.

Evaluace v této fázi potvrzuje vysokou míru užitečnosti navržených procesů, zejména v oblasti společného plánování a monitorace potřeb klientů na zdravotně-sociálním pomezí. V oblasti datové analytiky se jako zásadní zjištění ukazuje potřeba sjednocení standardů pro sběr a interpretaci dat. Přestože poskytnuté rozsáhlé datasety představují významný posun v informační základně krajů, dosud je v praxi k plánování plně nevyužívají. Hlavními překážkami jsou nejednotnost datových struktur (věkové kohorty, územní členění), nároky na čištění dat, absence jednotného identifikátoru klienta a rozdílná metodika sběru dat v registrech.

Průběžná evaluace také ukazuje, že pro úspěšné využití Doporučeného postupu v ostatních krajích ČR bude nutné klást důraz na personální stabilizaci koordinačních týmů, udržet vytvořené analytické kapacity na krajích a dokončit rozvoj společného datového standardu na centrální úrovni, který minimalizuje zátěž při čištění a interpretaci dat.

## 5.2 Do jaké míry bylo v projektu užitečně nastaveno vzdělávání?

Vzdělávací modul (KA4) je účastníky hodnocen jako velmi efektivní nástroj pro zvýšení odborných kompetencí, zejména v oblasti práce s daty, lepšímu metodologickému uchopení (metoda Design Thinking) a díky aktuálně zařazeným informacím o problematice změn na sociálně zdravotním pomezí (novela zákona o sociálních službách) v podobě prvního semináře, na kterém spolupracovalo MZD s MPSV. Zároveň se ukazuje, že vzdělávání může lépe reflektovat diverzitu potřeb účastníků. Zatímco pro krajské plánovače bylo nahlédnutí do dat převážně přínosné, datoví analytici postrádali hlubší expertní vhled a metodickou podporu při interpretaci limitů dostupných dat. Jako klíčové se jeví i doporučení pro hlubší integraci vzdělávání v oblasti sociálně-zdravotního pomezí, kde se ukazuje potřeba vzájemného sdílení agend – tedy seznámení sociálních odborů s procesy a kompetencemi zdravotnictví a naopak.

## 5.3 Doporučení

Tabulka 4 – Doporučení z průběžné evaluace

Oblast	Doporučení	Návrh opatření	Vypořádání MZD
<b>Vzdělávání</b>	Transformovat praktické workshopy na expertní fóra.	Zapojit experty z praxe (např. ÚZIS, VŠE, pojišťovny), kteří dokáží interpretovat omezení dat a navrhnout opatření pro krajskou strategii. Doporučuje se zaměřit na úzká témata (např. péče o pacienta po úrazu mozku nebo paliativa) a nad malým počtem datasetů (cca 10) demonstrovat jejich praktické využití. Zároveň využít nabyté poznatky krajských datových expertů z používání datasetů v závěrečném sdílecím semináři.	Vzdělávací cyklus, na kterém se podíleli i experti VŠE, bude v květnu 2026 ukončen, jeho další pokračování již z organizačních důvodů neplánujeme. Kraje budou mít k dispozici rozšířené podkladové materiály ze semináře k datům, kde uvidí možnosti kombinace jednotlivých datasetů. Rovněž obdrží programovací kódy pro úpravu datasetů, které vytvořila VŠE. Interpretace dat je v gesci krajů, záleží na zkušenostech datových analytiků s tímto typem dat a věcných úředníků s interpretací dat pro potřeby plánování.
<b>Doporučený postup</b>	Zvýšit flexibilitu fází a zavést milníky	Odstranit pevné časové rámce pro fáze Doporučeného postupu, zohlednit jejich přirozené prolínání a definovat milníky či "kritickou cestu".	Časové rámce u fází nebudou ve finální verzi Doporučeného postupu, momentálně jsou přiřazeny jen pro účely pilotu. Budeme ale doporučovat maximální dobu trvání celého procesu na přibližně 24 měsíců (tvorba Střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb). Lze využít i pro plánování v jiných oblastech, kde jsou dosud roztržštěné metodiky, například při vytváření zdravotně sociálních plánů Center duševního zdraví (bude poskytnuto relevantním aktérům).
<b>Práce s daty</b>	Sjednotit datové standardy a provádět centrální čištění.	Podpořit vytvoření datového standardu již na centrální úrovni (zkvalitní i sběr dat), podpořit zavedení identifikátoru klienta (plánováno na 2027).	Není přímo výstupem projektu. Probíhají koordinační schůzky mezi projektem KRAPL a projektem SZ DATA. Projekt SZ DATA budeme rovněž poskytovat seznam

			komentářů k datasetům (nedostatky, doporučení na zkvalitnění sběru dat/vykazování apod.) sesbíraný od analytiků VŠE, krajů a evaluátora. Šlo zejména o komentáře k sociálním datasetům.
<b>Spolupráce aktérů</b>	Posílit vzájemnou agendovou obeznamenost.	Do sdílecích seminářů zařadit bloky "výměny znalostí", kde si sociální a zdravotní pracovníci vysvětlí své kompetence a legislativní procesy. Do doporučeného postupu zařadit iniciační blok vzájemného vzdělávání, aby týmy nezačínaly s terminologickým a procesním deficitem.	Vzdělávací cyklus pro pilotní kraje je již ukončen, ale ztotožňujeme se s doporučením, aby kraje na počátku plánování věnovaly i prostor na seznámení se s agendami sociální, respektive zdravotní oblasti. Lze zvažovat i pro akreditovaný kurz.
<b>Udržitelnost</b>	Zajistit stabilní analytické kapacity v krajích i centrech.	Doporučit v rámci KZSP vytvoření trvalých funkčních míst pro analytiky pomezí agendy, která budou schválena zastupitelstvy. Zvážit prodloužení implementačního cyklu KZSP ze 3 na 5 let, aby odpovídal reálným možnostem personálních kapacit.	Délka implementačního období by měla být v krajích individuální, aby brala v potaz krajskou praxi a zejména zastřešující strategie, ke kterým je plánování vztahováno (například Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb je skutečně na 5 let). Analytické kapacity nemůže projekt přímo ovlivnit, nicméně s tímto doporučením souhlasíme.
	Akreditovat cyklus vzdělávání	Po modifikaci cyklu zvážit akreditaci k dalšímu využití otestovaných znalostí i pro další kraje a nové pracovníky na sociálně zdravotním pomezí.	Akreditace je zvažována, bude záležet na finální diskuzi s kraji, zda vnímají jako přínosnou možnost vzdělávání i pro další pracovníky krajů, případně pro nové pracovníky.
<b>Zdravotní pojišťovny</b>	Aktivnější zapojení do plánování sítě.	Kraje by měly pojišťovny oslovovat s již připravenými analýzami "bíých míst" v území, což usnadňuje vyjednávání o nasmlouvání péče. MZD by v pilotním projektu mělo účinně facilitovat kontakt a poskytnout v případě potřeby metodologickou podporu.	MZD poskytla krajům na počátku projektu přímé kontakty na zástupce zdravotní pojišťovny VZP, proběhly iniciační schůzky. Pojišťovny skutečně musí oslovit s konkrétními požadavky na spolupráci.

## Seznam zkratek

SU	Evaluační kritéria: užitečnost, účinnost, účelnost, úspornost, udržitelnost
EBRD	Evropský banka pro obnovu a rozvoj
EIB	Evropská investiční banka
ČES	Česká evaluační společnost
ČR	Česká republika
ČRA	Česká rozvojová agentura
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSU	Český statistický úřad
DATA	Datoví analytici (zkratka v evaluační matici)
DOK	Primární a sekundární zdroje dat (zkratka v evaluační matici)
ELFis	End of Life Care Information System
GIZ	Německá rozvojová agentura
JMK	Jihomoravský kraj
KA	Klíčová aktivita
KfW	Německá rozvojová banka
KHK	Královehradecký kraj
KRAPL	Zkrácený název projektu
KRAJE-FGD	Fokusní skupiny v pilotních krajích (zkratka v evaluační matici)
KRAJE-GD	Skupinové diskuse v krajích (zkratka v evaluační matici)
KZSP	Krajský zdravotně sociální plán
KSM	Key Stakeholder Meeting (setkání s klíčovým stakeholderem)
MF	Ministerstvo financí ČR
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj ČR
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZD	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NAPO	Národní asociace patientských organizací
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NSIS	Národní sociální informační systém
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSN	Organizace spojených národů
SVAZ	Svaz zdravotních pojišťoven
SWOT	Analýza silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb
UNDP	Rozvojový program OSN
UNICEF	Dětský fond OSN
ÚP	Úřad práce
ÚZIS/ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VŠE/VSE	Vysoká škola ekonomická v Praze
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

WFP Světový potravinový program  
ZP Krajszí zástupci zdravotních pojišťoven

## **Seznam tabulek a diagramů**

### **Tabulka č.**

- 1 Rozdělení rolí evaluátorů
- 2 Aktualizovaná analýza stakeholderů
- 3 Doporučení z průběžné evaluace

### **Diagram č.**

- 1 Teorie změny

## Seznam zdrojů

### Seznam dokumentů

Žádost o dotaci před právním aktem  
Popis realizace  
Zprávy o realizaci  
Žádosti o změnu  
Projektová žádost MZD  
Doporučený postup pro tvorbu KZPS  
Komentáře metodických k Doporučenému postupu – pracovní verze  
Doporučené datasety pro tvorbu KZSP  
Analýza vybraných datasetů (VŠE) – excelový soubor, textový popis  
Analýza vybraných datasetů (Kraj Vysočina) – textový popis  
Kritéria kvality pro tvorbu krajských zdravotně sociálních plánů  
Monitorovací zprávy pilotního ověřování krajů  
Flipcharty z fokusních skupin

### Odborná literatura

DENZIN, N. K. (1978). Triangulation: A Case for Methodological Evaluation and Combination. *Sociological Methods*, 339-357.

PATTON, M. Q. (1999). Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Services Research*, 34, 1189-1208.

PATTON, M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*. Thousand Oaks: SAGE.

YIN, R. K. (2014). *Case Study Research Design and Methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

HENDL, J., REMR, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál.

SATALOFF, R. T., VONTELA, S. (2021). Response Rates in Survey Research. *J Voice*. September, 35(5):683-684.

DRAUGALIS, J. R., PLAZA, C. M. (2009). Best practices for survey research reports revisited: implications of target population, probability sampling, and response rate. *Am J Pharm Educ*. December 17;73(8):142.

### Internetové odkazy

ČES. Etický kodex České evaluační společnosti, dostupné na: [https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces\\_eticky\\_kodex\\_.pdf](https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces_eticky_kodex_.pdf)

ČES. Formální standardy provádění evaluací, dostupné na: [https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces\\_formalni\\_standardy\\_evaluaci\\_short\\_5\\_.pdf](https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces_formalni_standardy_evaluaci_short_5_.pdf)

MMR. Metodický pokyn pro evaluace v programovém období 2014–2020. Verze 4, 3/2016, dostupné

na: [https://www.dotaceeu.cz/getmedia/9cf7f984-4748-4695-901c-d9b10f12bcd6/MP-evaluace\\_v4.pdf](https://www.dotaceeu.cz/getmedia/9cf7f984-4748-4695-901c-d9b10f12bcd6/MP-evaluace_v4.pdf)

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2023/2854 ze dne 13. prosince 2023 o harmonizovaných pravidlech pro spravedlivý přístup k datům a jejich využívání a o změně nařízení (EU) 2017/2394 a směrnice (EU) 2020/1828 (nařízení o datech), znění dostupné na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/ALL/?uri=CELEX:32023R2854>

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2022/868 ze dne 30. května 2022 o evropské správě dat a o změně nařízení (EU) 2018/1724 (akt o správě dat), dostupné na: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2022/868/oj/eng>

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2025/327 ze dne 11. února 2025 o evropském prostoru pro zdravotní údaje a o změně směrnice 2011/24/EU a nařízení (EU) 2024/2847 (Text s významem pro EHP), dostupné na: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=OJ:L\\_202500327](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=OJ:L_202500327)

Informace o projektu „Zpracování sociálních a zdravotních dat pro využití v praxi – SZ DATA (2024-2027)“, dostupné na: <https://www.mpsv.cz/zpracovani-socialnich-a-zdravotnich-dat-pro-vyuziti-v-praxi-sz-data>

Informace o projektu „Zvýšení efektivity systému sociálních služeb (2024-2027)“, více viz: <https://www.mpsv.cz/zvyseni-efektivita-systemu-socialnich-sluzeb-efektivizace->

Informace o projektu „Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v České republice (2023-2026)“, dostupné na: <https://www.mpsv.cz/podpora-procesu-deinstitucionalizace-a-transformace-socialnich-sluzeb-v-ceske-republice>

Informace projektu Systematický rozvoj domácí péče pro kvalitní a udržitelnou péči v domácím prostředí pacienta, více viz: <https://www.swiss-contribution.cz/cs/programy-ii/program-domaci-pece>

## Příloha A – Evaluační matice

Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče							
	Kritérium a evaluační otázka/pod-otázka	Indikátor	Výchozí hodnota	Typ otázky	Design	Zdroje dat	Nástroje sběru dat
<b>1. Užitečnost, účelnost, efektivita, uplatnitelnost</b>							
1.1. Jaká je v praxi zkušenost s výstupy projektu?							
	1.1-1 Jak probíhalo pilotní ověření v rámci podpořených krajů? (užitečnost, účelnost)	Nevyskytly se zásadní překážky implementace, které by ohrozily dosažení cílů	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VYSOCINA	Rešerše, KSM, skupinový rozhovor, návštěva a pozorování
		80 % aktérů považuje pilotní ověření za velmi nebo spíše přínosné (škála 1 - velmi přínosné, 2 - spíše přínosné, 3 - spíše nepřínosné, 4 - nepřínosné), aktivní participace aktérů	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	KRAJE-GD, MZD, VYSOCINA	Skupinový rozhovor, KSM
		Regionální datasety mj. odpovídající vybraným CS v pilotních krajích vygenerovány (A/N), aktivní participace aktérů (zajištění popisu dat, vyškolení, spolupráce s krajskými pracovníky)	ANO	Normativní	Neexperimentální	DOK, DATA	Rešerše, expert review, skupinový rozhovor
	1.1-2 Povedlo se krajům nastavit systém uceleného plánování a koordinace zdravotních a sociálních služeb pro stanovenou cílovou skupinu? (efektivita)	Míra propojení dat z různých zdrojů (zdravotní registry, sociální registry, krajské systémy) - škála 1-4, 1 - vysoká, 2 - spíše vysoká, 3 - spíše nízká, 4 - nízká); Počet a typy sdílených datasetů, spolehlivost dat; Do jaké míry Doporučený postup zefektivňuje proces plánování (škála 1-4), Vyčištění a příprava dat pro analýzu	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, DATA, VSE	Rešerše, KSM, skupinový rozhovor, individuální rozhovor
	1.1-3 V jakých aspektech je aktéry Doporučený postup vnímán jako přínosný a proveditelný a v čem jako omezující (kraje, UZIS, MPSV, MZD)? (uplatnitelnost)	Míra implementace jednotlivými aktéry (škála 1 - vysoká, 4 - nízká), seznam přínosů a omezení	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-FGD, VYSOCINA	Rešerše, KSM, individuální rozhovor, skupinový rozhovor, fokusní skupina
		Hodnocení spokojenosti aktérů se spoluprací a koordinací (pozitivní)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VSE	Rešerše, skupinový rozhovor, KSM, skupinová diskuse, individuální rozhovor

1.1-4 V čem je používání datasetů pro plánování vnímáno aktéry jako přínosné a proveditelné a v čem jako omezující? (kraje, VZP, SVAZ, UZIS, MPSV, MZD)? (uplatnitelnost)	Míra implementace jednotlivými aktéry (škála 1-4), seznam přínosů a omezení, seznam nedostatků v datasetech, uvedeny příklady metodické podpory, užitečnost dema v Google Looker	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VSE, DATA, VYSOCINA	Rešerše, KSM, skupinový rozhovor, expert review, individuální rozhovor
	Hodnocení spokojenosti aktérů se spoluprací a koordinací, metodickou podporou (pozitivní)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VSE, DATA	Rešerše, skupinový rozhovor, individuální rozhovor, KSM
1.1-5 Jaká jsou doporučení pro úpravu Doporučeného postupu?	Seznam doporučení na zvýšení praktického využití doporučeného postupu	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VYSOCINA	Rešerše, skupinový rozhovor, KSM, individuální rozhovor
1.1-6 Jaká jsou doporučení pro úpravu nastavených kritérií kvality pro tvorbu KZSP?	Seznam doporučení	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VYSOCINA	Rešerše, skupinový rozhovor, KSM, individuální rozhovor
1.1-7 Jaká jsou krizová místa v procesu aplikace Doporučeného postupu? (efektivita)	Hodnocení závažnosti identifikovaných krizových míst z hlediska jejich dopadu na pilotní ověření, schopnost efektivní reakce	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VYSOCINA	Rešerše, skupinový rozhovor, KSM, návštěva a pozorování, expert review
1.1-8 Na jaké další problémy jednotlivé kraje nejčastěji narážely a proč se vyskytly (efektivita)	Seznam častých problémů a důvod výskytu (kategorizace a analýza příčin)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VYSOCINA, DATA	Rešerše, skupinový rozhovor, KSM, návštěva a pozorování, expert review
1.1-9 Do jaké míry Doporučený postup zohledňuje kapacity napříč službami a poskytovateli?	Expertní zhodnocení, jak je postup koncipován z hlediska možnosti úprav, návrhů změn; Zmapování procesů ztěžujících či usnadňujících adaptaci;	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD	Rešerše, KSM, skupinový rozhovor, návštěva a pozorování, individuální rozhovor
1.1-10 Do jaké míry Doporučený postup zohledňuje zdroje kraje (zdůrazněno časové)?	Detailní popis procesu adaptace postupu v jednotlivých krajích (počet a typ úprav, které kraje provedly nebo plánují provést); Krajské plány odpovídají místním zdrojům a kapacitám	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD	Rešerše, KSM, skupinový rozhovor, návštěva a pozorování

## 2. Užitečnost, účelnost, efektivita, uplatnitelnost

### 2.1. Do jaké míry bylo v projektu užitečně nastaveno vzdělávání?

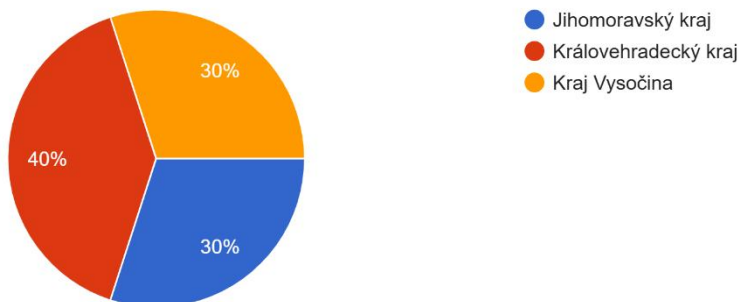
2.1-1 Do jaké míry bylo vzdělávání užitečné vzhledem k potřebám krajů? (užitečnost)	Relevance a užitečnost, přenositelnost do praxe, kvalita, vhodná forma a organizace vzdělávání (agreg. zhodnocení škála 1-4)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, VYSOCINA-SURVEY, KRAJE-SURVEY, VSE	Rešerše, online dotazník, individuální rozhovor
2.1-2 Na které části Doporučeného postupu je vhodné se v rámci vzdělávání více zaměřit (uplatnitelnost)	Doporučení na úpravu či doplnění aktivit vzdělávání nebo praktických workshopů	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-GD, VYSOCINA, VSE, DATA	Rešerše, skupinový rozhovor, KSM, expert review, individuální rozhovor

## Příloha B – Zpětná vazba k cyklu vzdělávání projektu KRAPL

*Metodologická poznámka: Dotazník Google Forms, sběr dat: únor 2026, míra návratnosti: 77 % z oslovených zástupců krajů (odpověděli 4 ze 6 oslovených z Královéhradeckého kraje, 3 ze 4 z Jihomoravského kraje a 3 ze 3 z Kraje Vysočina)*

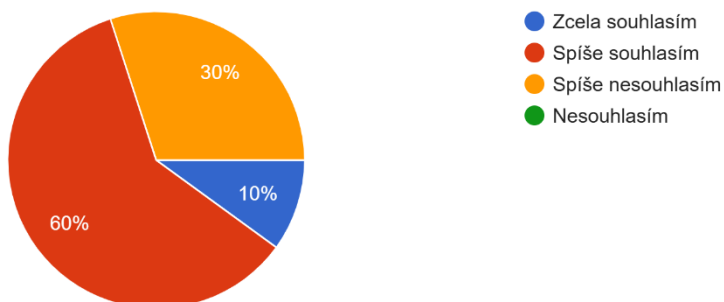
Zvolte Váš kraj

10 responses



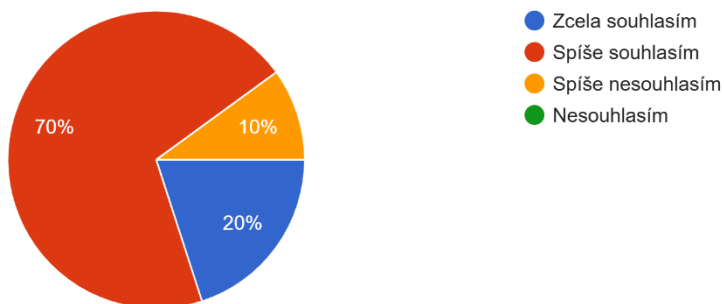
1. Obsah cyklu vzdělávání odpovídal aktuálním potřebám mého kraje.

10 responses



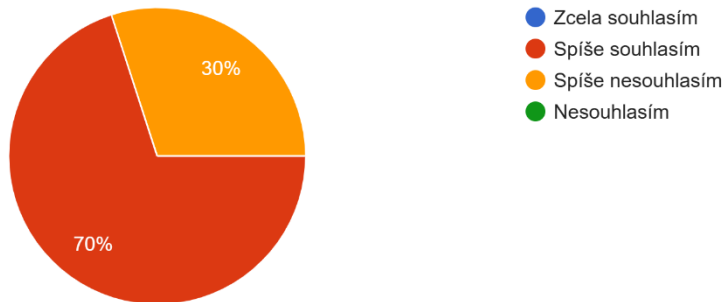
2. Srozumitelnost: hloubka témat byla přiměřená / relevantní pro můj kraj.

10 responses



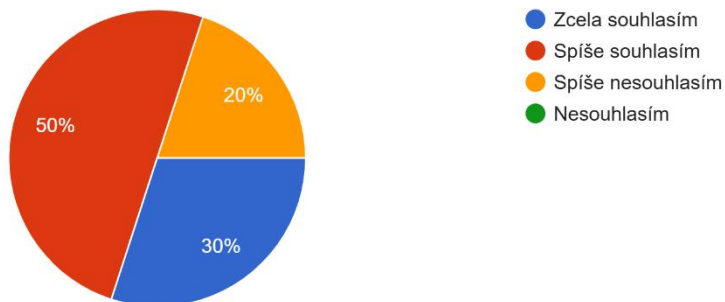
3. Získal/a jsem konkrétní poznatky nebo nástroje, které mohu využít v praxi.

10 responses



4. Poměr teorie a praktických příkladů byl vhodně vyvážený.

10 responses

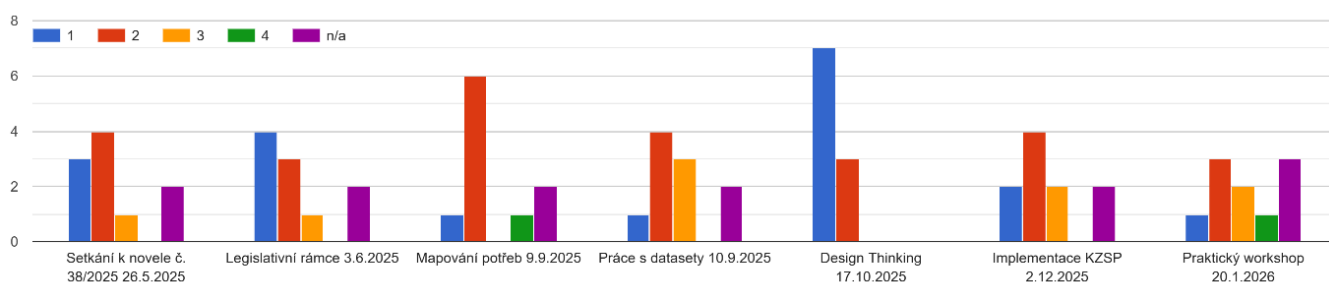


5. Co považujete za největší přínos z kurzu pro Vaši práci? Můžete uvést i konkrétní příklad pracovních postupů, které jste upravit/a, či nástrojů které nově používáte.

7 odpovědí

- Metodu *Design Thinking*
- Zajímavá byla práce s data sety s nahlédnutím toho, co všechno z nich lze vyčíst a jak si jde s nimi "pohrát".
- Větší vhled do dat za sociální oblast.
- Školení na MZ, kdy jsem mohla předat informace ostatním nepilotním krajům. Probíhala zde diskuze do větší hloubky a nasměrovalo mě to, jak v přípravě KZSP pokračovat dál.
- Vzdělávání vytvořilo prostor pro setkání s jinými kraji, jak plánovači sociálních služeb, tak zástupců zdravotnictví a resortních ministerstev. Taková platforma mimo projekt chybí.
- Velmi kladně hodnotím Design Thinking, velice zajímavé téma.
- Kladně hodnotím především možnost setkání s dalšími kraji, možnost sdílení, cením také workshop Design Thinking.

6. Hodnocení jednotlivých seminářů (1 - výborné, 2 - dostačující, 3 - spíše nedostačující, 4 - nevyhovující, n/a - nezúčastnil/a jsem se)



7. Na které části Doporučeného postupu by podle Vás bylo dobré se ještě ve vzdělávání zaměřit, případně Váš závěrečný libovolný komentář. Děkujeme!

#### 7 odpovědí

- Chybí nám větší znalost zdravotní části a naopak kolegům z odboru zdravotnictví chybí větší seznámení se sociální částí.
- Určitě hlouběji na sociálně-zdravotní pomezí, prolínání sociálních a zdravotních služeb, seznámení pracovníky sociálních odborů se zdravotní agendou (nastavení procesu tvorby zdravotního systému, úloha zdravotních pojišťoven, základní pojmy z oblasti zdravotnictví apod.)
- Datasetsy, práce s daty, sjednocení získaných dat, interpretace dat
- Děkuji za dosavadní spolupráci a těším se na to, jaké podněty z celé přípravy KZSP vylíknou.
- Vzdělávání bych zaměřila na seznámení důležitých informací, pojmů, procesů v oblasti plánování sociálních služeb pro zdravotnictví a oblasti zdravotnictví (včetně pojišťoven) pro oblast sociálních služeb.
- datasetsy
- Obecně bych navýšila některé časové dotace na jednotlivé části projektu.