



Spolufinancováno
Evropskou unií

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

4G eval s.r.o.
Praha, září 2025

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	Účel vstupní zprávy	4
1.4	Způsob prezentace výsledků	5
2	Evaluační přístup a metodologie.....	5
2.1	Evaluační otázky	6
2.2	Hypotézy	6
2.3	Navržené metody sběru dat.....	7
2.3.1	Způsob analýzy kvalitativních dat.....	11
2.3.2	Způsob analýzy kvantitativních dat	11
2.3.3	Způsob výběru vzorku	12
2.4	Zdroje a metody sběru dat.....	12
2.5	Analýza stakeholderů	13
2.6	Teorie změny.....	17
2.7	Řízení rizik evaluace	19
3	Harmonogram evaluace.....	19
4	Vstupní evaluační zjištění	20
4.1	Zjištění týkající se udržitelnosti generování datových sad pro kraje ze zdravotnických a sociálních registrů.....	21
4.2	Zhodnocení využitelnosti sesbíraných dat v rámci doplňkových dotazníkových šetření mezi cílovou skupinou v rámci KA1.....	23
4.3	Analýza formátu měsíčních monitorovacích zpráv krajů a dotazníku pro zpětnou vazbu ze vzdělávání	24
5	Závěry ze zjištění a doporučení	25
	Seznam zkratk.....	27
	Seznam tabulek a diagramů.....	28
	Seznam zdrojů.....	29
	Příloha A – Evaluační matice	31
	Příloha B – Doporučený nástroj pro monitoring postupu pilotu v krajích	35

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“) v rámci Operačního programu Zaměstnanost plus, 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 ve dvou vybraných krajích 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. Součástí projektu jsou i aktivity zaměřené na zvýšení odborných znalostí a kompetencí pracovníků zabývajících se procesy plánování a síťování sociálních a zdravotních služeb.

1.2 Cíle evaluace

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

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 Účel vstupní zprávy

Dle zadání objednatele a dle smlouvy je předmětem vstupní zprávy:

- upravený, respektive zpřesněný návrh realizace evaluace dle podkladových materiálů a diskuse s objednatelem,
- aktualizovaný harmonogram prací,
- rekonstruovaná intervenční logika projektu,
- dopracovaný design evaluace včetně metod sběru dat (rozhovorů, fokusních skupin a dalších metod sběru dat),

- metodologie řešení jednotlivých evaluačních otázek a odpovídajících metod šetření vč. uvedení předpokladů a limitů, kdy dané metody mohou vést k věrohodnému zodpovězení evaluační otázky, včetně odkazů na relevantní metodologickou literaturu,
- identifikace zdrojů dat a informací, jejich obsah, možnosti využití a způsob zpracování obsažených údajů.

Nad rámec aktualizace metodologie evaluace bylo sjednáno, že evaluátor poskytne v dopracované verzi vstupní zprávy na základě desk research a vstupních rozhovorů se členy realizačního týmu MZD také:

- Vstupní doporučení týkající se udržitelnosti generování datových sad pro Kraje ze zdravotnických a sociálních registrů;
- Zhodnocení využitelnosti sesbíraných dat v rámci doplňkových dotazníkových šetření mezi cílovou skupinou (službami) v rámci KA1, případně doporučí další analýzu či opakování šetření;
- Doporučení na případné změny v osnově měsíční monitorovací zprávy krajů a zpětnovazebnímu dotazníku pro vzdělávací aktivity, mj. s ohledem na sběr dat pro evaluaci.

1.4 Způsob prezentace výsledků

Prezentace vstupní zprávy pro objednatele a případně jím určené další evaluační stakeholdery, proběhne po odevzdání návrhu vstupní zprávy a je součástí připomínkového řízení. Prezentace proběhne online na setkání realizačního týmu, a to prostřednictvím powerpointové prezentace.

2 Evaluační přístup a metodologie

Navržený evaluační přístup je v souladu s mezinárodními evaluačními standardy a přístupy a také Etickým kodexem evaluátora České evaluační společnosti (ČES)¹ a Formálními standardy provádění evaluací ČES². Bude respektovat hodnotící rámec používaný v rámci evaluací veřejných politik, programů a projektů financovaných z veřejných prostředků (tzv. 5U, původní metodická doporučení Ministerstva pro místní rozvoj – MMR a Ministerstva financí – MF k evaluacím³). Metodický přístup je založený na konzultacích a dialogu s cílem maximálního zapojení zúčastněných stran a zohlednění jejich názorů.

Jedná se o výsledkovou evaluaci, která bude zahrnovat převážně kvalitativní, ale i kvantitativní analýzu (review datasetů a informací v nich obsažených, analýzu kvantitativních výstupů z dotazníků za pomoci deskriptivní statistiky).

Příčinná souvislost mezi výslednými změnami a projektem je hodnocena ve vstupní zprávě dle rekonstruované teorie změny programu („*Theory-Based Evaluation*“), která je zadavatelem vyžadována. Zadání této evaluace zdůrazňuje také nutnost zhodnocení výstupů a jasných doporučení pro případnou další replikaci. Evaluační tým proto použije principy „*Utilization-Focused Evaluation*“. Ta klade důraz na to, aby evaluace byla užitečná pro konkrétní uživatele a přizpůsobuje metodologii i výstupy jejich potřebám (Patton, 2008)⁴. Tento rámec zvyšuje šanci, že výsledky budou nejen přesné, ale i prakticky využitelné. Proto jsou mj. do výzkumu zařazeny případové studie určené k dalšímu využití pro jiné kraje a je využíváno expertního review.

¹ https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces_eticky_kodex_.pdf

² https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces_formalni_standardy_evaluaci_short_5_.pdf

³ https://www.dotaceeu.cz/getmedia/9cf7f984-4748-4695-901c-d9b10f12bcd6/MP-evaluace_v4.pdf.

⁴ Patton, M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*. Thousand Oaks: SAGE.

Triangulace v evaluaci představuje klíčový nástroj pro posílení validity získaných dat. Její podstatou je využití více metod, výzkumníků, teoretických přístupů nebo datových zdrojů při zodpovídání téže evaluační otázky. Tímto způsobem lze minimalizovat riziko chyby či zkreslení, které by mohlo vyplývat z jednostranného přístupu. Denzin (1978) rozlišuje čtyři základní typy triangulace: a) metodologickou (kombinace různých metod sběru dat), b) datovou (využití různých typů dat nebo jejich zdrojů), c) výzkumnickou (zapojení více výzkumníků) a d) teoretickou (využití různých teoretických rámců)⁵. V kontextu projektu máme za přínosnou kombinaci datové, metodologické a částečně výzkumnické triangulace pro oblast review dat a komunikaci udržitelnosti dat.

Odpovědi na stejnou evaluační otázku budou získávány různými členy evaluačního týmu, z různých primárních a sekundárních zdrojů a s použitím různých metod sběru dat (rozhovory, dotazníkové šetření, dokumenty, přímé pozorování – viz Příloha B – Evaluační matice). Tato praxe napomáhá zvýšit přesnost interpretací a odhalit potenciální nesrovnalosti či subjektivní zkreslení jednotlivých aktérů. Jak uvádí Patton (1999), triangulace je nezbytná pro posílení důvěryhodnosti kvalitativních zjištění a pro tvorbu komplexního porozumění zkoumanému jevu.⁶ Dále využijeme zpětnou vazbu a participaci aktérů – průběžná prezentace předběžných zjištění relevantním aktérům umožní korekci interpretací, čímž posílíme spolehlivost i důvěryhodnost závěrů.

Pro zajištění spolehlivosti dat bude evaluace stavět na několika klíčových metodologických principech:

- Standardizace nástrojů a postupů – evaluace bude využívat předem otestované, odpilotované a odsouhlasené dotazníky a pro případové studie scénáře, která zajistí jednotnost v přístupu napříč respondenty a situacemi. Tím se snižuje riziko náhodných odchylek (Yin, 2014).⁷
- Záznam a auditovatelná stopa – standardem je, že všechny klíčové fáze sběru a analýzy dat budou dokumentovány (např. protokoly z fokusních rozhovorů, nahrávky se souhlasem respondentů, což umožní zpětnou kontrolu kroků analýzy.

2.1 Evaluační otázky

Evaluační otázky jsou detailně rozepsány v evaluační matici v Příloze A, včetně přiřazených kritérií 5U. Po domluvě s interním evaluátorem budou konkrétní návrhy dotazníků pro respondenty k dispozici před realizací průběžné zprávy jejich finální podoba bude součástí závěrečné evaluace.

2.2 Hypotézy

Hypotézy slouží k formulaci výzkumných předpokladů, která se následně ověřují nebo vyvracejí v průběhu evaluačního výzkumu. Hypotézy se budou ověřovat prostřednictvím kombinace metod uvedených v následující kapitole 2.2. a vztahují se přímo k evaluačním otázkám viz příloha A – Evaluační matice a k Teorii změny v kapitole 2.6.

Spolupráce aktérů na pomezí sociální a zdravotní péče

- Doporučený postup může přispět k rozvoji multidisciplinární spolupráce mezi aktéry sociální a zdravotní péče v pilotních krajích.

⁵ Denzin, N. K. (1978). Triangulation: A Case for Methodological Evaluation and Combination. *Sociological Methods*, 339-357.

⁶ Patton, M. Q. (1999). Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Services Research*, 34, 1189-1208.

⁷ Robert K. Yin. (2014). *Case Study Research Design and Methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Nejčastější bariérou spolupráce jsou rozdíly v procesech a prioritách mezi zdravotním a sociálním sektorem.
- Spolupráce mezi MZD, MPSV, ÚZIS, VZP/SVAZ/ZP a kraji bude efektivně nastavena a podpoří realizaci Krajských zdravotně sociálních plánů.

Využitelnost a udržitelnost datových zdrojů a doporučeného postupu

- Kraje považují doporučené datasety za užitečné nástroje pro plánování a rozhodování v oblasti integrované péče, případně jsou schopny identifikovat chybějící zdroje.
- Návrh monitorovacího systému a datové infrastruktury je proveditelný a udržitelný z pohledu kapacit a dostupnosti dat.
- Využívání dat v praxi může narážet na technické nebo institucionální bariéry (např. nedostatek analytických kapacit, nepropojenost datových zdrojů).

Efektivita a relevance vzdělávacích aktivit

- Vzdělávací aktivity v rámci KA4 povedou ke zvýšení kompetencí krajských úředníků v oblasti plánování integrované péče.
- Vzdělávání odpovídá potřebám jednotlivých krajů a zohledňuje různé úrovně vstupních znalostí.
- Přínos vzdělávání je identifikován i v oblastech jako datová analýza a síťování služeb.

Kvalita a dopad pilotních plánů

- V pilotních krajích se podařilo vytvořit funkční a kvalitní krajské zdravotně sociální plány.
- Pilotní ověření přispělo k identifikaci klíčových rizik a potřebných úprav Doporučeného postupu.
- Výstupy z pilotních krajů mají přenositelný potenciál do ostatních krajů.

2.3 Navržené metody sběru dat

Navržená kombinace metodických nástrojů a technik poslouží k nalezení a ověření informací potřebných k zodpovězení evaluačních otázek popsanych v kapitole 2.1. Metody pro sběr dat budou kvalitativní i kvantitativní a zahrnují: rešerše sekundárních dat, polo-strukturované rozhovory s klíčovými informanty (individuální a skupinové), fokusní skupiny, expert review, návštěvy a pozorování, kvantitativní šetření (online dotazník), setkání se zástupci hlavních zúčastněných stran (Key Stakeholder Meeting). Navrhované metody, jejich omezení a způsob, jakým budou řešeny, nástroje sběru dat spolu se zdroji dat, jsou popsány níže.

Případové studie

V souladu s metodologií případových studií (Hendl a Remr, 2017) budou využity dvě tzv. individuální dlouhodobé případové studie, během kterých budeme dokumentovat zavádění/využití doporučeného postupu v obou pilotních krajích⁸. Cílem není sepsat studii pro studii, nýbrž svého druhu praktický popis, který bude mapovat vývoj pilotáže a popíše hlavní překážky a zvolená řešení, a to v jednotlivých fázích zavádění. Obě případové studie budou k dispozici pro další kraje, kde se případně bude doporučený postup dále zavádět (přímo tak posílujeme využitelnost výsledků evaluace). Case study budou jedním

⁸ Hendl, J. a Remr, J. (2017). Metody výzkumu a evaluace. Praha: Portál.

ze zdrojů pro vybrané okruhy otázek sdružené zde: Jaká je v praxi zkušenost s výstupy projektu? Existují předpoklady pro účelné využívání vytvořených výstupů?

- *Nástroje sběru dat:* Polostrukturované dotazníky, kontrolní seznam s informacemi, které je třeba shromáždit, kódované konzistentně s evaluační maticí. Kromě kódovaných otázek budou nástroje pro sběr dat zahrnovat také stručnou historii krajských koordinačních týmů a popis prostředí založený na pozorování, který může být se souhlasem přítomných doplněn fotografickými důkazy. V závislosti na jejich dostupnosti lze použít i sekundární data, jako jsou záznamy.
- *Omezení:* Čas a dostupnost zástupců krajského koordinačního týmu. Možná zkreslení směrem k úspěchům ze strany vybraných respondentů.
- *Zmírnění omezení:* Setkání budou plánovaná s dostatečným předstihem. Evaluátoři vysvětlí, proč jsou informace o problémech důležité pro poučení a plánování dalších kroků.

Rešerše

Rešerše bude metodou u review projektových dokumentů:

- projektová žádost MZD ČR,
- výstup KA1 („Vymezení a využívání zdravotně sociálních služeb pro chronicky nemocné pacienty/klienty s komplexními potřebami“),
- výstupy dotazníkového šetření realizovaného v rámci projektu (druhotná analýza),
- monitorovací zprávy pilotního ověřování krajů,
- ostatní analýzy realizované v rámci projektu (např. regionální SWOT analýzy apod.),
- Doporučený postup pro tvorbu krajských zdravotně sociálních plánů,
- Kritéria kvality pro tvorbu krajských zdravotně sociálních plánů,
- doporučené datasety ke sběru a sdílení dat,
- nově vzniklé regionální datasety,
- další dle potřeby.

Evaluátoři budou také rešeršovat další sekundární zdroje typu aktuální legislativa zákonů na sociálně zdravotním pomezí (předpoklady a rizika projektu pro Teorii změny). Sekundární údaje poskytují základní informace o momentálním stavu nebo o stavu před a po implementaci projektu. Jeho součástí je studium dokumentů, projektové dokumentace a výzev, písemných výstupů, legislativních dokumentů, monitorovacích zpráv.

- *Nástroj sběru dat:* Informační zdroje (projektové i neprojektové) a databáze.
- *Omezení:* Dostupnost, kompatibilita, kvalita a důvěryhodnost dat.
- *Zmírnění omezení:* Budou sbírána další primární data a triangulace bude prováděna v nejvyšší možné míře. Spolupráce s klíčovými aktéry bude zásadní.

Polo-strukturované individuální či skupinové rozhovory

Budou využity ke sběru dat od klíčových aktérů, jak pro rozhovory pro každou fázi evaluace, tak pro hloubkové rozhovory pro případové studie. Rozhovory jsou nejlepším nástrojem pro porozumění

kontextu a rozsahu nastalých změn, důvodů, proč změny (ne)nastaly. Ve vhodných případech bude využita online forma (například diskuse mezi datovými experty, doplňující rozhovory s kraji apod.). Osobní forma bude vždy preferována.

- *Nástroje sběru dat:* Polo-strukturované dotazníky. Informace z rozhovorů, zejména odpovědi na evaluační otázky budou zaznamenány písemně, mohou být využity i digitální nástroje za předpokladu souhlasu dotazovaných. Vzory a výsledky hodnocení dotazníků budou přiloženy k závěrečné zprávě.
- *Omezení:* Fluktuace zaměstnanců klíčových partnerů, a tudíž nedostatečné informace o historii projektu. Dostupnost během práce v terénu.
- *Zmírnění omezení:* V případě potřeby budou dotazníky zaslány předem, budou použity telefonické, rozhovory, nebo nástroje digitální komunikace.

Fokusní skupiny

Slouží ke kvalitativnímu výzkumu, a proto není cílem reprezentativnost, nýbrž diverzita názorů a perspektiv. Je navržena fokusní skupina s poskytovateli zdravotních a sociálních služeb v krajích, tedy jednou z cílových skupin projektu (a to v průběžné i závěrečné evaluaci, tedy celkem 4 smíšené fokusní skupiny, pokud nebude krajskými týmy doporučeno jinak). Uskuteční se po konzultacích s krajským týmem, se kterým bude konzultován i scénář pro zvýšení relevance, neboť dle popisu projektu kraje prováděli či provádějí sami fokusní skupiny a znají důkladně respondenty a problémové body v kraji). Respondenty je možné vybrat jen se znalostí poskytovatelů, to znamená, že vzorek bude vybrán v úzké spolupráci se zdravotním a sociálním odborem daného Kraje (například může jít o členy pracovní skupiny kraje, složené kromě zástupců plátců zdravotní péče/pacientů/neformálních pečujících právě i ze zástupců sociálních a zdravotních služeb). Výběr bude přirozeně závislý i na rozhodnutí obou krajů, jaké druhy služeb na základě vlastních analýz a mapování potřeb do finálně datové analýzy zahrne (které konkrétní ambulantní, pobytové, terénní) a které zdravotní služby (ambulantní, lůžkové, poskytované ve vlastním prostředí) budou zahrnuty. Na základě toho by se do výběru do fokusních skupin měly dostat organizace, jejichž vzorek bude diverzifikován (různé typy služeb a územní působnosti (Obec s rozšířenou působností – ORP, okres, kraj), cílové skupiny, zřizovatel/typ organizace, či různý pohled na problematiku – ty, které jsou kritické, ty, které jsou aktivní a uvažují o dané problematice systémově, ty, které plánují rozšíření služeb a jsou ochotny se více zapojit apod.). Dle obecně platných metodik fokusních skupin je nutné počet účastníků omezit na 6–10 v jedné fokusní skupině. Fokusní skupiny budou jedním z klíčových zdrojů odpovědí na tyto evaluační otázky:

- Lze očekávat, že při aplikaci doporučeného postupu dojde k rozvoji a nastavení multidisciplinární spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami v kraji?
- Jaké jsou hlavní předpoklady a rizika úspěšné spolupráce aktérů?
- Do jaké míry doporučený postup umožňuje zohlednit kapacity služeb a zdroje kraje napříč službami a poskytovateli a pružně reagovat na aktuální potřeby osob?
- Povedlo se nastavit systém uceleného monitorování a společného plánování a koordinace zdravotních a sociálních služeb pro stanovenou cílovou skupinu?

- *Nástroje sběru dat:* Moderátorův průvodce.
- *Omezení:* Účastníci vybraní do fokusní skupiny nesplňují kritéria. Účastníci fokusní skupiny nejsou ochotni nebo schopni sdílet své názory. Vychýlení diskuse, převaha několika diskutujících.

- *Zmírnění omezení:* Vyjasnění požadavků s náboráři, opakovaný výběr. V případě nedostatku členů ve fokusní skupině je možné zvážit oslovení Libereckého kraje a Kraje Vysočina. K vytvoření příjemného a interaktivního prostředí ve skupině budou použity facilitační techniky. Důkladná příprava a řízení diskuse zkušeným moderátorem.

Expert review

V rámci hodnocení bude využito i tzv. expert review, které bude zabezpečovat primárně evaluační analytik, který je zorientován v práci s daty v národních registrech sociálně zdravotního pomezí, a to v rámci expertních skupinových diskusí (zamýšleno s gestorem, analytiky z obou krajů a datovými experty Ústav zdravotnických informací a statistiky – ÚZIS, Vysoká škola ekonomická – VŠE). Lze předpokládat, že pro nově angažované či hlouběji zapojené krajské analytiky bude mnoho datových zdrojů nových a nemusí být dostatečně zorientováni v obsahu dat, typech proměnných apod. Expert review umožní nezávislé hodnocení jejich orientace v datech a práce s daty a poskytnutí zpětné vazby zejména v kritickém bodě analýzy dostupných dat a nutnosti specifikovat další zdroje a nutnosti vyvodit závěry z předpokládaných dat pro finální krajské plánování (plus možnosti vizualizace, dashboardy, příprava dat pro decision-makery, tj. pro osoby s rozhodovací pravomocí), zpětná vazba v případně chybných hodnot apod.). Expert review je plánováno dvakrát, pokud nebude zadavatelem doporučeno jinak; největší užitečnost vidíme pro průběžnou evaluaci a před-finální fázi.

- *Nástroje sběru dat:* Kombinace strukturovaného (pro technické údaje) a polo-strukturovaného dotazníku (pro rozhovory).
- *Omezení:* Možný střet zájmů experta.
- *Zmírnění omezení:* Absence střetu zájmů ve smyslu zákona č. 159/2006 Sb., o střetu zájmů, byla potvrzena ve Formuláři nabídky.

Návštěva a pozorování

V rámci case study (návštěva krajského koordinačního týmu, fokusní skupina, pozorování zpracování dat), účast evaluátora na vybraných vzdělávacích akcích a pozorování jejich průběhu, účast na jednáních realizačního týmu. Slouží velmi dobře k pochopení kvalitativních dat, dynamiky projektu, potřeb jednotlivých aktérů, jejím motivacím a k identifikování možných překážek úspěšné realizace projektu včetně například technických.

- *Nástroj sběru dat:* Kontrolní seznam s informacemi, které je třeba shromáždit, označený kódy v souladu s evaluační maticí. Fotografie a informační materiály, pokud jsou k dispozici.
- *Omezení:* Dostupnost příslušných pracovníků a časová omezení. Subjektivní vnímání pozorujícího. Pozorování se budou chovat odlišně od běžného chování v dané situaci.
- *Zmírnění omezení:* Hodnotitelé se zaměří na informování příslušných pracovníků předem a pokud možno zkombinují návštěvy s rozhovory/skupinovými diskusemi. Je specifikováno, na co se má evaluátor při pozorování zaměřit. Pracuje se i s ostatními metodami, které pozorování doplní, či upřesní.

Kvantitativní šetření (Survey)

Bude se jednat o jednorázový online dotazník pro všechny účastníky vzdělávání KA4 po ukončení běhu vzdělávacích aktivit. Cílem je ověření využitelnosti výsledků a nabytých znalostí a kompetencí pro lepší plánování služeb na sociálně zdravotním pomezí, jejich deklarovaná ochota a kompetence k tvorbě krajských zdravotně sociálních plánů. Umožní kvantifikaci výsledků při uzavřených otázkách (škála),

a v otevřených otázkách mají možnost lépe vystihnout konkrétní využitelnost výsledků. Využit bude tedy pro závěrečnou evaluaci.

- *Nástroje sběru dat:* Polostrukturovaný online dotazník (Google Forms).
- *Omezení:* Otázky v dotaznících neodrážejí přesně téma, dotazníky nevyvolávají pravdivé odpovědi. Nízké procento odpovědí.
- *Zmírnění omezení:* Pilotování dotazníků. Uživatelsky přívětivý design dotazníku. Následný postup pro respondenty, kteří neodpověděli.

Key Stakeholder Meeting (KSM)

Pod KSM jsou zahrnuty všechny prezentace a zpětná vazba, tj. konzultace předběžných zjištění z evaluace. Návrhy všech zpráv budou konzultovány s realizačním týmem MZD, případně širším fórem/hosty dle domluvy se zadavatelem. Součástí je také úvodní schůzka s MZD. Na úvodní schůzce/briefinku budou mít aktéři příležitost dosáhnout společného porozumění ohledně priorit. Návrh vstupní zprávy bude projednán se zadavatelem. Informace z diskuse a komentářů budou využity k doladění celkového přístupu a metodiky, včetně evaluačních otázek a hypotéz. Briefing a de-briefing s vybranými klíčovými partnery přispěje k pochopení prostředí projektů a doladění předběžných závěrů a doporučení. Prezentace návrhu hodnotící zprávy bude mít podobu moderované diskuse o zjištěních, předběžných závěrech a navrhovaných doporučeních. To usnadní osvojení výstupů hodnocení a realizaci dohodnutých doporučení.

- *Nástroje sběru dat:* Poznámky z úvodní schůzky, ze zpětné vazby ke zprávám a prezentacím: Návrh Vstupní zprávy, návrh průběžné zprávy, návrh závěrečné evaluační zprávy, prezentace hlavních zjištění, závěrů a doporučení, brífinky a de-briefingy (včetně "mini" de-briefingů) pro klíčové zúčastněné strany. Z jednání budou pořizovány písemné záznamy; lze použít i digitální zařízení. Veškeré klíčové body vznesené během závěrečné prezentace budou zaznamenány v samostatné příloze ke konečné verzi závěrečné evaluační zprávy.
- *Omezení:* Dostupnost zástupců zúčastněných stran, zdržení se zapracováním zpětné vazby.
- *Zmírnění omezení:* Schůzky budou organizovány s dostatečným předstihem, návrhy evaluačních zpráv odevzdány v odsouhlasených termínech.

Případné změny metodických nástrojů pro sběr dat budou řádně vysvětleny ve zprávě a odsouhlaseny se zadavatelem.

2.3.1 Způsob analýzy kvalitativních dat

Textová analýza: U kvalitativních dat, jako jsou přepisy rozhovorů a fokusních skupin, bude využita textová analýza. Tato metoda zahrnuje systematické kódování a kategorizaci textových dat za účelem identifikace klíčových témat, vzorců a odchylek ve výpovědích účastníků pomocí softwaru MAXQDA. Důležitým krokem je triangulace, kdy jsou zjištění z různých zdrojů a metod porovnávány, aby se zvýšila validita a spolehlivost výsledků.

Analýza případových studií: Data z případových studií budou analyzována s cílem popsat průběh pilotáže v obou krajích, identifikovat hlavní překážky a zvolená řešení. Tato analýza se zaměří na kontextuální faktory a dynamiku zavádění doporučeného postupu.

2.3.2 Způsob analýzy kvantitativních dat

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

Data z registrů: Nebude primární rolí evaluátorů vytvářet datové analýzy, nýbrž ověřovat využitelnost poskytnutých datasetů a návrhů práce s nimi prostřednictvím statistických a matematických metod, případně návrhů na vizualizace.

2.3.3 Způsob výběru vzorku

Pro zásadní zdroje informací (zástupci všech klíčových stakeholderů definovaných ve Specifikaci zadání, to znamená krajské týmy, MZD, Ministerstvo práce a sociálních věcí – MPSV, ÚZIS, SVAZ pojišťoven – SVAZ / Všeobecná zdravotní pojišťovna – VZP / krajské ZP) bude realizován úplný výběr (census), tedy rozhovory se všemi relevantními aktéry. Díky tomu je zajištěna vysoká míra pokrytí a reprezentativnost získaných informací v rámci cílové skupiny a klíčových stakeholderů.

U online dotazníku hodnotícího výsledky KA4 bude rovněž proveden census a reprezentativnost bude záviset na celkovém počtu respondentů. Šetření může být reprezentativní, pokud je návratnost dostatečně vysoká (více než 70 % návratnost je považována na velmi dobře reprezentativní vzorek, viz například studie Sataloff a Vontela 2021⁹, nebo starší studie Dragaulis a Plaza 2009,¹⁰ a to za podmínky, že odpovědi nejsou zkreslené výběrem (např. neodpovídají jen spokojení). Tudiž, v situaci, kdy bude dosaženo počtu 28 účastníků vzdělávání, budeme standardně několika koly upomínek obesílání usilovat o minimální počet 20 respondentů (71 % návratnost). Dotazník bude rozeslán s dostatečným předstihem, aby mohli respondenti podle svých časových možností zareagovat.

Fokusní skupiny jsou primárně kvalitativním výzkumem. Na rozdíl od kvantitativních šetření, jejichž cílem je statisticky reprezentativní obraz populace, fokusní skupiny kladou důraz na cílený výběr účastníků tak, aby se do diskuse zapojili lidé s různými zkušenostmi a postoji (diverzita vzorku). Výběr vzorku je popsán v popisu metody v kapitole 2.2.

2.4 Zdroje a metody sběru dat

V Tabulce 1 jsou popsány zdroje dat a informací pro evaluaci včetně metod sběru dat.

Tabulka 1 – Zdroje informací a metody sběru dat

Zdroje dat a informací (v závorce zkratka v evaluační matici)	Metoda sběru dat
Dokumenty (DOK)	
Primární	
Zápisy z pravidelných jednání týmu / pracovní a koncepční skupiny, realizačního týmu, Zprávy o realizaci, žádosti o změnu, výstupy klíčových aktivit (Doporučený postup apod.), měsíční monitorovací zprávy pilotních krajů, kritéria kvality pro tvorbu plánů, všechna dotazníková šetření realizovaná MZD během projektu, průzkumy realizované v rámci projektu (regionální analýza dostupnosti služeb a kapacit organizací, regionální SWOT apod.), doporučené a nově vzniklé datasety	Rešerše, Expert Review
Sekundární	
Projektové dokumenty včetně popisů, klíčových aktivit, relevantní legislativa, vyhlášky, relevantní metodiky a reporty a zprávy z institucí, vycházející z existujících statistik (například ČSU – Český statistický úřad)	Rešerše

⁹ Sataloff R.T., Vontela S. Response Rates in Survey Research. J Voice. 2021 Sep; 35(5):683-684.

¹⁰ Draugalis J.R., Plaza C.M. Best practices for survey research reports revisited: implications of target population, probability sampling, and response rate. Am J Pharm Educ. 2009 Dec 17;73(8):142.

Zdroje dat a informací (v závorce zkratka v evaluační matici)	Metoda sběru dat
Cílová skupina projektu (podpořené osoby)	
2 x Krajský koordináční tým, zahrnující pracovní skupinu (Jihomoravský – JMK, Královéhradecký kraj – KHK): Krajský koordinátor, zástupce sociálního odboru kraje, zástupce zdravotního odboru kraje, datový analytik / agentura, zástupci plátců zdravotní péče, zástupci sociálních služeb a zdravotních služeb, pacientů a neformálních pečujících (KRAJE-PILOT)	Individuální a polo-strukturované rozhovory, fokusní skupina se službami, návštěva a pozorování (v krajích a na vzdělávání pro piloty KA4)
Zástupci sociálních a zdravotních odborů krajů (KA4) (KRAJE-MIX)	Závěrečný online dotazník (Survey) KA4, návštěva a pozorování KA4
Klíčoví stakeholderi	
Ministerstvo zdravotnictví (MZD) – praktický realizační tým projektu (odborný garant, odborný gestor, metodici, poradci, data experti ÚZIS, interní evaluátor)	Individuální a skupinové polostrukturované rozhovory, KSM
Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) – zástupci oddělení poskytující data na sociálním pomezí, zástupci projektů MPSV (SZDATA, Efektivita, Transformace)	Individuální polo-strukturované rozhovory
Ústav zdravotnických informací a statistiky (UZIS) – zástupce oddělení poskytující data na zdravotním pomezí	Individuální polo-strukturované rozhovory
Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), Svaz pojišťoven (SVAZ), krajské zástupce pojišťoven (ZP)	Individuální polo-strukturované rozhovory
Ostatní stakeholderi	
Lektoři vzdělávání KA4 (LEKTOR)	Individuální polo-strukturované rozhovory
Konzultanti pro 14 krajů, externisté MZD (KONZULTANTI)	Skupinové polo-strukturované rozhovory
Vysoká škola ekonomická (VSE) – tři datoví experti zajišťující přípravu dat, vizualizaci a školení v Google Looker (subdodavatel MZD)	Skupinové polo-strukturované rozhovory

2.5 Analýza stakeholderů

Níže je uvedena analýza rolí a zapojení jednotlivých stakeholderů, tabulka může být upravena před průběžnou evaluací v případě potřeby a změn.

Tabulka 2 – Analýza stakeholderů

KATEGORIE	ZDROJE DAT A INFORMACÍ
DOKUMENTY (DOK)	Primární: • Zápisy z pravidelných jednání týmu / pracovní a koncepční skupiny, realizačního týmu • Zprávy o realizaci, žádosti o změnu, výstupy klíčových aktivit (Doporučený postup apod.), měsíční monitorovací zprávy pilotních krajů, kritéria kvality pro tvorbu plánů • Dotazníková šetření realizovaná během projektu v rámci KA1 a KA4 • Průzkumy realizované v rámci projektu (regionální analýza dostupnosti služeb a kapacit organizací, regionální SWOT apod.) • Doporučené a nově vzniklé datasety Sekundární: • Projektové dokumenty včetně popisů klíčových aktivit • Relevantní legislativa, vyhlášky • Relevantní metodiky a reporty a zprávy z institucí, vycházející z existujících statistik
Realizátor	Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZD) , 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. Realizační tým MZD (RT) zahrnuje (detailní popisy pracovní náplně jsou uvedeny v „Popis Realizačního týmu – změna č. 1“): 1 odborný (věcný) gestor projektu (GESTOR), odbor zdravotní péče – autorka záměru projektu, koordinace všech KA a garance odborného řízení projektu Dohody o pracovní činnosti: 1 odborný garant projektu (GARANT) – koordinace datasetů 1 vedoucí odborný konzultant (VED-KONZULTANT) – dříve poradce na plánování sociálních služeb v kraji Odborní metodici (METODICI) Příprava podkladových materiálů a jejich kompletace. Zpracování informací z dostupných zdrojů (včetně využití výstupů ostatních projektů). Vypracování potřebných rešerší. Realizace potřebných terénních šetření včetně organizace fokusních skupin. Asistence Koncepční skupině. Zajištění sjednocení výstupů. 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 směřované k pracovníkům veřejné správy a v oblasti předávání dobrých praxí. Spolupráce s odbornými konzultanty a odbornými experty. Detekce kritických oblastí sociálních a zdravotních služeb. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) je organizační složkou státu, zřízovanou 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 Národní zdravotnický informační systém (NZIS) – datový sklad zdravotnických dat z různých zdrojů, včetně registrů, ministerstev a poskytovatelů zdravotních služeb (resp. NZIP – Portálu). NZIS je jedním ze zdrojů datasetů. Dále na projektu z ÚZIS spolupracují 3 experti (MZD-DATAEXPERTI): • 1 odborný expert – vedoucí analytik dat/databázový specialista • 1 odborný expert – databázový specialista/analytik dat • 1 odborný expert – databázový specialista/analytik dat Zpracovávání dat z ÚZIS (případně i MPSV), jejich vyhodnocení a analýza. Konzultace mantinelů a potřeb pro plánování jednotlivých segmentů sociálních a zdravotních služeb. Věcné poradenství v jednotlivých oblastech sociálních a zdravotních služeb, právní podpora, případně oblast integrace dat. Dohody o provedení práce: 14 odborných konzultantů: jednotliví zástupci za každý kraj (KONZULTANTI) Příprava podkladových materiálů. Sběr a zpracování informací z krajů. Při zvyšování kompetencí pracovníků krajů (KA4) odborné konzultace k místním specifickým. Mezioborová komunikace mezi MZD, MPSV, kraji, ORP. V rámci KA5 zajištění zpětnovazebné interakce s jednotlivými kraji. 6 poradců (PORADCI) – ad hoc poradenství zejména k plánování sociálních služeb 3 lektori (LEKTOR) – KA4 1 interní evaluátor (INT-EVAL) Vysoká škola ekonomická (VSE) analytici dat– subdodavatel, konzultace na modelování/vizualizaci dat.
Pracovní skupina	Realizační tým + MPSV + odborní konzultanti za kraje
Koncepční skupina	Koncepční skupina je vedena MZD. Nejširší platforma projektu, která byla aktivní zejména v první části projektu do roku 2024. Členové (ca 45) jsou zástupci spolupracujících krajů, MPSV, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, zástupců patientských organizací, ÚZIS, příp. ČSÚ a další. Hosté (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.
Ministerstvo práce a sociálních věcí	Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče. Dle zákona o sociálních službách řídí a kontroluje výkon státní správy v oblasti sociálních služeb,

věcí (MPSV) Nefinanční partner projektu	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 Ministerstvem práce a sociálních věcí. Poskytuje agregovaná data o sociálních službách (z registru poskytovatelů, OKsystem, ČSSZ, ÚP). MPSV je zároveň realizátorem projektu SZ DATA („Zpracování sociálních a zdravotních dat pro využití v praxi“ 2024-2027). Cílem projektu je vytvořit systém sledování a vyhodnocování dat Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. Pro účely mezioborové a mezipříslušné spolupráce budou identifikovány a zpracovány datové zdroje obou resortů. Realizace této aktivity předpokládá paralelně probíhající činnosti: - Revize datových zdrojů resortů (MPSV, ČSSZ, MZD ČR, ÚZIS ČR). - Výměna datových sad mezi MPSV a ÚZIS ČR k jejich následnému zpracování. - Příprava dat pro vizualizaci a další zpracování. 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.
KRAJSKÉ ÚŘADY Cílová skupina projektu	Krajský koordinační tým Královéhradecký kraj (KRAJE-PILOT) - Budou po zasmulvnění doplněny jejich pozice (může se v obou krajích lišit). - Dle projektového dokumentu mohou být: Zástupci sociálního a zdravotního odboru, krajský zástupce zdravotní pojišťovny, externí koordinátor (potvrzeno), zástupci služeb/poradci, ORP, data expert (externí/interní) Krajský koordinační tým Jihomoravský kraj (KRAJE-PILOT) - Budou po zasmulvnění doplněny jejich pozice (může se v obou krajích lišit). - Zástupce sociálního a zdravotního odboru, krajský zástupce zdravotní pojišťovny, zástupci služeb, ORP, data expert (externí/interní), případně další. Kraj Liberecký a Vysočina si přejí být informováni o projektu (datasetech), nesouhlasili s přímou pilotáží, budou sdílet zkušenosti ze své praxe. Oni a zbylých 10 krajů tvoří (KRAJE-MIX) – jsou zapojeni do vzdělávání, online workshopů. Zapojeny Krajské úřady, zástupci zdravotních odborů (vzdělávání) 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. U některých krajů zdravotně sociální pomezí v koncepcích zcela chybí nebo je zmiňováno jen okrajově. Kraje, zástupci sociálních odborů 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. Nejednotné vnímání okruhů služeb na zdravotně sociálním pomezí (nejasná spádovost služby pod sociální oblast či zdravotnictví, z toho vyplývající i kompetenční nejasnost v krajích). Sledují a vyhodnocují plnění plánů. Při tvorbě plánů není možné vycházet z relevantních dat dostupných až na úrovni klientů (tj. např. data neuspokojených žádostí o vstup do služby jsou zkreslena tím, že žadatel může podat neomezené množství žádostí o poskytování sociálních služeb) Analytické odbory v kraji či externí datová agentura (KRAJE-DATAEXPERTI) externí nebo interní. Tvorba pilotních Krajských zdravotně sociálních plánů (KZSP) bude probíhat přímo v kompetenci konkrétních krajů s tím, že krajům budou prostředky na zajištění vytvoření pilotních KZSP poskytnuty

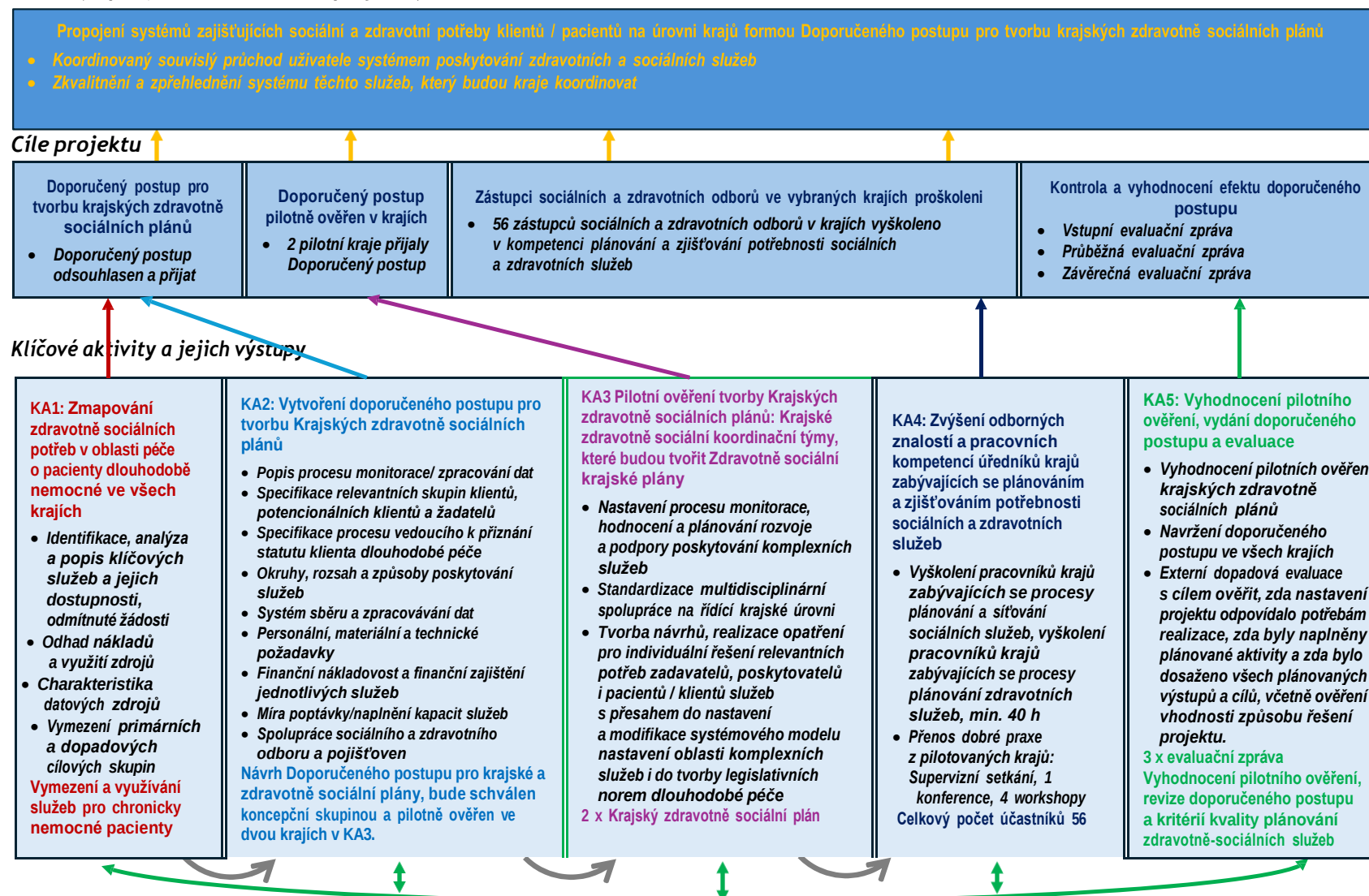
	od MZD formou dotace. Při tvorbě pilotních KZSP pak kraje v rámci projektu získají potřebnou podporu v podobě podrobného Doporučeného postupu pro tvorbu KZSP včetně vzorových šablon, datových sad nutných pro plánování, návrhu sběru dat na krajské úrovni a zejména průběžnou metodickou podporu po celou dobu procesu. V rámci projektu budou nastaveny kroky k zajištění politické vůle pro realizaci pilotních KZSP a přebírání výstupů projektu i v rámci dalších krajů. Z pohledu reálného poskytování služeb na tomto pomezí jsou kraje společně se zdravotními pojišťovnami klíčovými aktéry ovlivňujícími dostupnost potřebných služeb dle aktuální demografické situace svých obyvatel.
Obce s rozšířenou působností	Obce s rozšířenou působností – sociální služby (ORP) 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. ORP přispívají k tvorbě regionálních plánů a jsou s nimi v kontaktu primárně Kraje (vybrané mohou být součástí krajských koordinačních týmů).
Poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb – cílová skupina projektu, zástupci pacientů	Viz také členové Krajského realizačního týmu jako odborníci z jednotlivých oblastí, které mají přímou souvislost s problematikou zdravotně sociálního pomezí (KRAJE-PORADCI) tj. odborníci 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. Sociální služby (poskytovatelé: MPSV, Kraje, registrace Kraje) • 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 • Terénní / domácí sociální služby (pečovatelské služby, odlehčovací služby v terénní formě, osobní asistence, odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných, • Ambulantní sociální služby (denní stacionáře, odlehčovací služby v ambulantní formě, pečovatelské služby, centra denních služeb, odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných) Zdravotní služby • 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) • Lůžkové zdravotní služby (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. • Zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb poskytovaná za základě zvláštní smlouvy se zdravotními pojišťovnami, Zástupci pacientů • Rada seniorů ČR • Národní rada osob se zdravotním postižením • Česká asociace pro vzácná onemocnění • Národní asociace patientských organizací (NAPO) V NAPO je v současné době sdruženo 51 členských organizací, které působí ve všech krajích České republiky v oborech sociálního a zdravotního začleňování. • Aliance pro individualizovanou podporu • Organizace zastupující osoby s chronickým, terminálním onemocněním
Zdravotní pojišťovny ČR	Největší podíl pojištěnců (cca 60 %) má Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP). Veřejné zdravotní pojišťovny (ZP) uzavírají smlouvy s poskytovateli, zdravotních služeb (sít 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 Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí. Návrh schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Není řešena otázka podpory provázanosti, komplexnosti a spolupráce v rámci služeb zdravotně sociálního pomezí a problematika nastavení komunikačních rámců a vazeb s aktéry zdravotně

	sociálního pomezí. Absence systematické a jednotné metodické podpory služeb zdravotně sociálního pomezí. Pro závěrečnou evaluaci bude stakeholderem Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a Svaz zdravotních pojišťoven ČR, z.s. (SVAZ), pro průběžnou evaluaci budou konzultováni regionální zástupci pojišťoven (ZP) kteří jsou součástí širšího krajského realizačního týmu.
Koneční příjemci – Beneficienti služeb integrované zdravotní a sociální péče – osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální služby (splňují jeden nebo více identifikátorů)	Osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu: – chronického nebo duševního onemocnění, zdravotního postižení, – život ohrožujícího onemocnění (včetně terminálního stádia onemocnění), – dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nebo – věku. Identifikátory cílové skupiny pilotního testování projektu: a) potřebuje podporu níže uvedené služby (nebo je pravděpodobné, že ji bude potřebovat v blízké budoucnosti): – 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 – Terénní sociální služby (pečovatelské služby, odlehčovací služby v terénní formě, osobní asistence, odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných, – Ambulantní sociální služby (denní stacionáře, odlehčovací služby v ambulantní formě – pečovatelské služby, centra denních služeb, odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných) – 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) – Lůžkové zdravotní služby (zdravotnická lůžková zařízení (následná lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče vč. poskytování ošetřovatelské péče)) 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 c) má přiznaný příspěvek na péči d) má přiznaný příspěvek na zvláštní pomůcku e) má přiznaný průkaz osoby se zdravotním postižením 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), g) je hospitalizována, h) je dlouhodobě hospitalizována i) je opakovaně hospitalizována Výčet identifikátorů bude v průběhu projektu upravován a doplňován tak, aby co nejlépe specifikovaly potřeby cílové skupiny (např. v kontextu charakteru regionu) a umožnily efektivnější identifikaci osob vyžadujících koordinované poskytování sociální a zdravotní péče. Informace o potřebách konečných příjemců budou sbírány pomocí průzkumů realizovaných v rámci projektu (regionální analýza dostupnosti služeb a kapacit organizací, regionální SWOT) a regionálních datasetů.

2.6 Teorie změny

Teorie změny slouží k pochopení, jak a proč by měl projekt vést k očekávaným výsledkům. Umožňuje systematicky zachytit kauzální souvislosti – tedy propojení mezi aktivitami, výstupy, krátkodobými a dlouhodobými dopady. 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 se očekávané mechanismy skutečně naplnily. Ve sledovaném projektu půjde hlavně o zhodnocení dopadu pilotu v krajích, respektive sledování propojení sociálního a zdravotního pomezí.

Záměr (dopad, změna v důsledku projektu)



2.7 Řízení rizik evaluace

Rizika spojená s konkrétními metodami a opatření k jejich zmírnění jsou detailně popsána v kapitole 2.3, jsou to typicky nízká dostupnost aktérů pro rozhovory a fokusní skupiny, nízká návratnost dotazníků. Pokud se v průběhu jednotlivých fází evaluace objeví další rizika, bude to vždy diskutováno se Zadavatelem. Identifikace ostatních obecných rizik evaluace jsou uvedeny níže v tabulce obecných rizik evaluace.

Tabulka 3 – Řízení rizik evaluace

Riziko	Opatření ke zmírnění
Nízká ochota spolupráce pilotních krajů a dalších klíčových stakeholderů s evaluátory.	Včasná komunikace a zapojení, mandát MZD k evaluaci (oficiální představení), pravidelná zpětná vazba a sdílení přínosů evaluace, minimalizace zátěže (vyslechnutí metodiků v krajích ohledně aktuální situaci a načasování sběru dat).
Chybějící nebo neúplná dokumentace projektových aktivit.	Sběr všech relevantních dokumentů včas, kontrola úplnosti, standardizace formátu dokumentace.
Nepřesná operacionalizace evaluačních otázek.	Považujeme za velmi důležité. Bude opakovaně zpřesňováno s realizačním týmem v případě nejasností. Jeden celý call se uskutečnil k této otázce ve vstupní fázi (vyjasnění cílových skupin, účelu evaluace, co je myšleno konkrétní otázkou). Opětovně bude provedeno před průběžnou i dopadovou evaluací.
Nekonzistence ve sběru dat, zkreslení kvalitativních dat.	Triangulace z více zdrojů informací.
Nekonzistence formátu datových výstupů, nedostupná dokumentace k datovým sadám.	Analytické poznámky pro interpretaci, požadavky na úpravu dat před jejich evaluací.
Dotazníkové šetření nepřinese očekávané informace.	Revize používaných dotazníků ve vstupní fázi a revize závěrečného dotazníků ve spolupráci se zadavatelem a interním evaluátorem.
Nekompletní, chybějící data z evaluace.	Před analýzou dat bude provedena kontrola kvality data, případně proveden jejich dodatečný sběr.
Omezené zdroje pro evaluaci (čas, finance, personál).	Prioritizace klíčových evaluací, efektivní využití dostupných zdrojů, případné navýšení kapacit.
Nepředvídané organizační/personální změny (změny na krajích, volby) nebo legislativní změny.	Průběžné sledování situace, přizpůsobení metodiky aktuálním podmínkám a případných změnových rozhodnutím.

3 Harmonogram evaluace

Níže v diagramu 2 předkládáme upravený harmonogram evaluace, který se dělí na tři hlavní fáze dle intenzity sběru dat: Vstupní, průběžná a závěrečná. Průřezovou (průběžnou) aktivitou napříč fázemi je sběr dat v rámci návštěv a pozorování a rešerše dat (účast na setkáních realizačního týmu a aktivit vzdělávání, rešerše monitorovacích zpráv a datových sad).

Diagram 2 – Harmonogram evaluace

Měsíc od nabytí účinnosti smlouvy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Kalendářní měsíc	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kick-off meeting	x																
Vstupní rozhovory	x																
Expert review		x															
Desk review		x															
Vstupní zpráva – návrh		x															
Revize/dopracování zprávy		x	x														
Prezentace			x														
Vstupní zpráva – finální			x														
Účast na setkání realizačního týmu, vzdělávacích akcích, návštěva a pozorování, řešerše monitorovacích zpráv a úprav datových sad		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Rozhovory					x	x	x										
Fokusní skupiny						x	x										
Rešerše						x	x										
Expert review							x										
Průběžná zpráva – návrh								x									
Prezentace								x									
Revize zprávy								x	x								
Průběžná zpráva – finální									x								
Case study (průběžné)					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Survey (online dotazník)													x	x	x		
Rozhovory													x	x	x		
Fokusní skupiny														x	x		
Expert review															x		
Draft závěrečné zprávy															x		
Prezentace															x		
Revize zprávy															x	x	
Finální závěrečná zpráva																	x

4 Vstupní evaluační zjištění

Na základě vstupních rozhovorů s MZD a řešerše byla zfinalizována analýza dosavadních výstupů a dokumentace. V rámci první části vstupní fáze (do 30 dní po podepsání smlouvy 8.7.2025) se externí evaluátor zúčastnil těchto schůzek/rozhovorů:

- Kick-off meeting s vybranými zástupci realizačního týmu a interním evaluátorem (23.7.2025)
- Prezentace návrhu evaluační matice a metodologie realizačnímu týmu (30.7.2025)
- Účast na setkání s externím dodavatelem analytické služby pro modelování/vizualizaci dat VŠE (30.7.2025)
- Účast a diskuse na setkání realizačního týmu (1.8.2025) k integraci sociálních a zdravotních dat
- Online meeting s interním evaluátorem k datové základně projektu vzniklé dotazníkovým šetřením mezi cílovou skupinou (službami) (1.8.2025)

Ve druhé části vstupní fáze (2.8. - 2.9.2025) byly provedeny tyto evaluační aktivity:

- Rešerše dat anketního šetření mezi službami k vymezení cílové skupiny a možné další využití v projektu či jiné využití a call se zástupci realizačního týmu k této tématice (2.9.2025).
- Review stávajícího formuláře měsíčního monitorovacího listu pro kraje a review zpětnovazebního dotazníku pro vzdělávací aktivity – doporučení na případné změny s ohledem na sběr dat pro evaluaci.

- Review dostupných 82 datasetů z oblasti zdravotnictví a nově dodaných aktualizovaných (8/2025) sociálních datasetů – toto review provede datový evaluační expert, který je k dispozici od 10.8.2025.

4.1 Zjištění týkající se udržitelnosti generování datových sad pro kraje ze zdravotnických a sociálních registrů

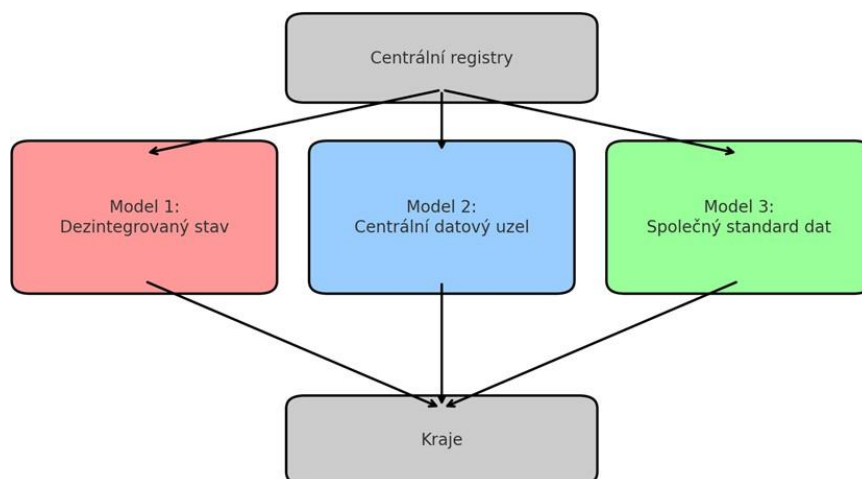
Vstupní zjištění jsou pro přehlednost formulována v odrážkách:

- Při rešerši datových souborů bylo zjištěno, že se liší granularita dat, někdy je na úrovni kraje (NUTS III), v některých datových souborech jsou ale data i za nižší úrovně (okresy) (viz například 10. DS 10_OŠETŘOVNÉ DLE VĚKU OŠETŘUJÍCÍHO). Úroveň granularity je ovlivněna strukturou dat a pravidly GDPR. Stávající podoba datasetů prošla schvalovacím procesem ÚZIS. Je otázkou, zda systém samotný bude nakonec schopen pracovat na úrovni obcí, ORP, nebo krajů. Rozhodnutí o tom má význam pro další rozšiřování systémů do dalších krajů – zejména v obcích, které sousedí s jinými kraji, a při napojování centrálních a krajských dat.
- Datové formáty jsou nyní v *.xlsx, ale i v *.csv. Pro analytiky sice není problém si data převádět mezi různými formáty, ale pro jednoduchost by měl být formát v celém systému jednotný.
- Používání Google Analytics pro školení nese jistá rizika, například při dodání určitého počtu dat bude systém požadovat platby. Rozumí se, že je oproti profesionálnější alternativě Power BI jednodušší a bezplatný, ale na toto riziko upozorňujeme (viz například Dropbox, který byl velmi oblíbený na sdílení souborů požaduje po překročení určitého limitu dat platbu, nebo již uložená data nejsou snadno dostupná). Toto by mělo být komunikováno i Kraji, které se rozhodnou Looker používat primárně. Stejně tak je vhodné komunikovat, že Google Looker má omezení při zobrazování mapových analýz (na úrovni ORP/obce – omezené/nepodporované).
- Pro vzdělávání v datových analýzách by bylo vhodné dedikovat technické školení přímo pro datové analytiky (pokud ještě nebude jasné, jaký model datového toku se bude používat, alespoň vyškolit ve „frazologii“ datových sad: co znamenají jednotlivé proměnné, jejich popis, zpřístupnit metodiku datových souborů, jak jsou data sbírána, projít obsahy datových sad).
- Datové soubory se totiž věnují jak „poptávce“, tak „nabídce“ sociálních a zdravotnických služeb. Na straně „nabídky“ jsou i neziskové organizace. Z tohoto pohledu je hodnoceno kladně, že jsou zahrnuty nejen organizace veřejného sektoru. V datech je například informace o dobrovolnictví (50. DS_SS ZÁKLADNÍ INFO SS – počet dobrovolnických hodin). Domníváme se mj. že v dobrovolnictví možná tkví možnost, jak ulevit budoucí náročnosti systému (jak na úrovni lidských zdrojů, tak i finančních). Tomuto by měli rozumět jak krajsí odborníci, tak analytici, viz prognostika níže. Dobrovolníci zároveň nemohou nahradit plně zvyšující se personální kapacity, záleží na dobré praxi krajů, jak systému ulevit (týká se zejména fakultních nemocnic, kde dobrovolníci působí).
- Z dat vyčteme minulost, ale pro plánování sociálně-zdravotních služeb je nutné odhadnout vývoj v dané oblasti. Pro větší územní celky se plánování dělá snáze než pro jednotlivé obce. Nicméně na úrovni obcí (v rámci kraje) má smysl odhadnout, kolik lůžek v domovech důchodců bude zapotřebí a plánovat případnou výstavbu (případně ve spolupráci s dalšími sousedními obcemi) podle toho, v jaké obci (obcích) budou tyto kapacity zapotřebí.
- V souboru „export data registr CDZ 19_5_2025.xlsx“ jsou smíchány datové typy, například jedna proměnná je někdy text (typ služby – ambulantní či terénní), někdy číslo (počet klientů). Jsou ta data někde rozdělena? Při slučování to může dělat problémy.
- Rizika při sběru dat a jejich možné zkreslení by měla být ošetřena metodikou sbíraných dat. Metodiku by měli mít k dispozici poskytovatelé dat a zpřístupnit ji projektu (tato metodika

nebyla u dat nalezena). Stejně tak je doporučeno, aby data čistili jednotliví poskytovatelé dat, což by mělo zlepšit i kvalitu jejich sběru.

- Je doporučena koordinace mezi paralelně běžícími „datovými projekty“ na MZD a MPSV.¹¹

Diagram 3 – Model datového toku



Zdroj: Vlastní analýza

Model 1: Dezintegrovaný model sdílení – současný stav

- Centrální registry (NZIS, NSIS, OKsystem apod.) spravují surová data a na vyžádání poskytuje exporty (např. CSV nebo API – aplikační programové rozhraní, které posílá jen zvolená data). Data mohou obsahovat chyby, duplicity, nejednotné formáty.
- Kraje: Každý kraj si musí vytvořit vlastní tým a proces na stažení dat, jejich čištění, standardizaci a uložení do svého datového skladu. Pokud se v datech objeví nová chyba, musí ji každý kraj řešit sám.

Model 2: Varianta s centrálním datovým skladem/uzlem

- Mezi centrálními registry a kraji existuje jeden centralizovaný datový uzel (např. SQL Server, nebo cloudové úložiště jako Snowflake apod.). Ten automatizovaně stahuje data z registrů (např. volání API – Application Programming Interface¹² pro NZIS, pokud umožňuje, nebo stažení CSV souboru z jiného zdroje atd.) a provádí pomocí skriptu (programu) jejich kompletní čištění a standardizaci (transformaci dat). Zde se vyřeší chyby, sjednotí formáty, anonymizují

¹¹ Zpracování sociálních a zdravotních dat pro využití v praxi – SZ DATA (2024-2027), více viz: <https://www.mpsv.cz/zpracovani-socialnich-a-zdravotnich-dat-pro-vyuziti-v-praxi-sz-data>. Zvýšení efektivity systému sociálních služeb (2024-2027), více viz: <https://www.mpsv.cz/zvyseni-efektivita-systemu-socialnich-sluzeb-efektivizace->. Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v České republice (2023-2026), více viz: <https://www.mpsv.cz/podpora-procesu-deinstitucionalizace-a-transformace-socialnich-sluzeb-v-ceske-republice>, navštíveno 1.8.2025. Dále je relevantní projekt „Systematický rozvoj domácí péče pro kvalitní a udržitelnou péči v domácím prostředí pacienta“.

¹² API je zkratka pro Application Programming Interface, česky rozhraní pro programování aplikací. API je sada pravidel a nástrojů, která umožňuje, aby různé softwarové aplikace spolu komunikovaly a vyměňovaly si data, aniž by musely znát detaily vnitřní implementace druhé aplikace.

citlivé údaje atd. Tento sklad by měl specifickou strukturu a byl optimalizovaný pro analytické dotazy.

- Kraje: Kraje se už nepřipojují k surovým datům z registrů. Místo toho se připojují k tomuto centrálně vyčištěnému a připravenému datovému uzlu. Získávají tak data (rovněž potřebují skript), která jsou již sjednocená, ověřená a připravená k okamžité analýze v Power BI/Google Looker. Nutno nastavit oprávnění k přístupu a ošetřit právně. Stažení na vlastní lokální server, kde mohou být uložena i vlastní krajská data z výkaznictví pro společnou analýzu.

Model 3: Varianta společného standardu dat – doporučená varianta

- Centrální dohoda o datových typech, formátech, anonymizace a pravidlech pro čištění zajistí, že všechny registry dodávají data ve stejném standardu. Zároveň pokud budou registry nuceny data čistit před exportem, nutí je to zároveň k tomu, aby se zaměřily na zlepšení kvality dat už při jejich sběru.
- To umožní krajům snadněji sjednotit data z různých zdrojů bez nutnosti jejich složité úpravy a získat smysluplné celkové přehledy.
- Nutno také postupovat v souladu s evropskými datovými směrnici, které budou v následujících letech vstupovat v účinnost, konkrétně směrnicí EU o datech (EU Data Act)¹³, směrnicí o správě dat (EU Governance Act)¹⁴ a směrnicí o zdravotnických datech (EHDS)¹⁵.

4.2 Zhodnocení využitelnosti sesbíraných dat v rámci doplňkových dotazníkových šetření mezi cílovou skupinou v rámci KA1

- Byla provedena analýza výstupu KA1 („Vymezení a využívání zdravotně sociálních služeb pro chronicky nemocné pacienty/klienty s komplexními potřebami“) a výstupů anketního šetření mezi službami realizovaného v rámci projektu k vymezení cílové skupiny KA1. Jedná se o tyto dokumenty:
 - Jihomoravský kraj. Analýza stavu zajišťování návaznosti zdravotních a sociálních služeb
 - Královehradecký kraj. Analýza stavu zajišťování návaznosti zdravotních a sociálních služeb
 - Bariéry návaznosti vnímané respondenty v segmentu sociálních a zdravotních služeb
 - Zdravotnická zařízení lůžkové péče – pohled zdravotně sociálních pracovníků. Analýza stavu návaznosti zdravotních a sociálních služeb
 - Domácí péče – Analýza stavu návaznosti zdravotních a sociálních služeb
 - Analýza stavu plánování integrace zdravotních a sociálních služeb v krajích ČR

¹³ 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> (navštíveno 7.9.2025)

¹⁴ 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> (navštíveno 7.9.2025).

¹⁵ 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 (navštíveno 7.9.2025).

- Sesbíraná data napříč kraji nejsou kvalifikovaným odhadem reprezentativní (nejsou k dispozici přesná čísla k návratnosti, ale lze to vzhledem k počtu respondujících subjektů tvrdit, například odpovědělo 281 praktiků z několika tisíc registrovaných). Data jsou ale zajímavá svou pestrostí (respondenti napříč klíčovými stakeholdery: ORP, praktici, služby atd.) a poskytují dobrý kvalitativní vhled do problematiky. Domníváme se proto, že vybraný postup realizátora byl správný, tj. ze sesbíraných dat byly vytvořeny dílčí relevantní analýzy pro kraje, byla využita pro výstup KA1 „Vymezení a využívání zdravotně sociálních služeb pro chronicky nemocné pacienty/klienty s komplexními potřebami“, a také k dokončení Doporučeného postupu a k přípravě podkladů pro Plány sociálních služeb krajů.
- V souladu s popisem aktivity KA1 tak byla v anketním šetření mapována spolupráce a vztahy v rámci krajů, obcí s rozšířenou působností, poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb a také bariéry v zajištění koordinované sociální a zdravotní péče i u dalších aktérů, kterými jsou zdravotní pojišťovny (zapojily se 4 pojišťovny).
- V souladu s popisem aktivity KA1 byla rovněž provedena potřebná analytická práce shrnutá ve výstupu („Vymezení a využívání zdravotně sociálních služeb pro chronicky nemocné pacienty/klienty s komplexními potřebami“):
 - Charakteristika datových zdrojů je uvedena v kapitole 5.2.
 - KA1 měla u vymezených sociálních a zdravotních služeb mapovat náklady, využití a kapacity těchto služeb, což je doloženo viz stran 89 výstupu KA1 „Náklady vybraných zdravotních služeb s integrací sociálních prvků péče“ a strana 91 „Příjmy a výdaje sociálních služeb na sociálně-zdravotním pomezí“.
 - Další výstup byl přehled nejčastějších onemocnění, se kterými se potýkají osoby s komplexními potřebami, a ty jsou uvedeny v Grafu č. 2 na straně 28 a Tabulce 7 na straně 29 výstupu č. 1.
 - Invalidní důchody jsou rozvedeny na straně 53 dokumentu, statistická analýza příspěvků na péči je na straně 51.
 - Jsou detailně popsány typologie pacientů cílové skupiny.
- Obsah aktivity KA1 nezavazuje k dalším šetřením a analýzám, z pohledů cílů projektu nepovažujeme další mapování obecného kontextu za podstatné.

4.3 Analýza formátu měsíčních monitorovacích zpráv krajů a dotazníku pro zpětnou vazbu ze vzdělávání

- Byla provedena analýza dostupných monitorovacích zpráv z obou krajů. Monitorovací zprávy jsou textové a obsahují popis obecného postupu, odchylek od doporučeného postupu, rizik a bariér, reflexí a přínosů a mají popisovat další plánovaný postup.
- Na první pohled sbíraná data z obou krajů nejsou jednotná a liší se i úroveň detailu a popisu a vytvářejí další administrativní zátěž pro kraje. Většina sdělovaných informací je sdílána jinými kanály minimálně s krajskými metodiky.
- Domníváme se, že vhodným nástrojem pro monitoring je postupné vyplňování již dobře připraveného a detailního dokumentu „Kritéria kvality pro tvorbu KZSP“. Dokument sleduje jednotlivé fáze Doporučeného postupu. Bylo by nejjednodušší požádat kraje o stručné bodové komentáře k jednotlivým polím, a pro celkový přehled o postup (zestručňeny), nabízíme možnost využít nástroje, který přikládáme v příloze B – Návrh monitoringu krajů (v excelu).

- Pokud jde o zpětnovazební dotazník, je vhodné držet stávající stručnost pro lepší návratnost a nízkou časovou zátěž, ale je doporučeno využívat místo odpovědi ANO/NE tzv. Likertovu škálu (pětibodovou), která je pro měření postojů, názorů, spokojenosti vhodná a poskytuje rozlišenější obraz.

5 Závěry ze zjištění a doporučení

Níže jsou shrnuty klíčové závěry a doporučení v tabulkové formě k vypořádání Zadavatelem.

Zjištění z analýzy dat:

- Granularita dat v datových sadách se liší, některé jsou na úrovni kraje, jiné na úrovni okresů nebo obcí, což má vliv na kompatibilitu.
- Současné datové formáty jsou nejednotné (*.xlsx, *.csv).
- Edukaci krajských týmů ohledně možností vizualizace a analýzy dat (školení na Google Looker Studio) lze považovat za velmi vhodnou doplňující aktivitu. Používání Google Analytics má však potenciálně omezení a rizika, která je nutno komunikovat krajům.
- Doporučuje se dedikované technické školení datových analytiků krajů pro lepší orientaci v datových sadách, datových typech a proměnných a prozatímnímu čištění dat.
- Data obsahují nesrovnalosti a nekonzistence (např. proměnné smíšených typů), což komplikuje analýzy, chybí aktuální metodika k datovým sadám (co obsahují proměnné apod.).
- Data zahrnují jak „poptávku“, tak „nabídku“ služeb, včetně neziskových organizací a dobrovolnictví, což otevírá možnosti pro budoucí optimalizace.
- Doporučený model pro datové toky do budoucna je založený na společném standardu dat (Model 3), který by umožnil lepší kvalitu a efektivitu využití dat v krajích.

Zjištění z KA1 – anketního šetření a výstupu KA1:

- Získaná data z anketního šetření nejsou reprezentativní, ale poskytují kvalitativně hodnotné informace pro plánování (užitečné poznatky o bariérách spolupráce mezi zdravotním a sociálním sektorem), bylo zapojeno velké množství různých aktérů napříč kraji.
- Aktivita v rámci KA1 jsou dle popisu KA1 naplněny a není navrženo žádné další šetření či analýzy (vše závazné je obsaženo v dokumentu *„Vymezení a využívání zdravotně sociálních služeb pro chronicky nemocné pacienty/klienty s komplexními potřebami“*).

Zjištění k formátům monitoringu pilotních krajů a zpětné vazby ke vzdělávání:

- Monitoring postupu pilotních krajů poskytuje nesourodá textová data a neověřuje plnění kroků v jednotlivých kritických fázích Doporučeného postupu.
- Zpětnovazební dotazník plní svůj účel, ale neobsahuje škálované odpovědi.

Tabulka 4 – Doporučení ze vstupní evaluace

Oblast	Doporučení	Návrh opatření	Vypořádání
Datové sady	Informačně upozornit kraje na rizika používání Google Analytics (možné platební limity, omezení funkcí, omezené mapování).	Informovat o alternativních řešení (např. Power BI) nebo poskytnout metodickou podporu využití těchto nástrojů.	Looker studio je navrženo výhradně pro pilotované kraje v rámci představení analýz. Pro udržitelnost je zapotřebí jednat s jinými projekty pro sběr dat.
Datové sady	Posoudit a standardizovat úroveň granularity dat v datasetech (kraj, ORP, obce). V rámci přípravy analýz a práce s daty doporučujeme ověřovat možnost rozpadu dat na nižší úroveň, nicméně jsme si vědomi, že přímo v projektu KRAPL by to následně vyžadovalo znovu projít schválením sad a ÚZIS to považuje za komplikované.	Definovat požadavky na datové úrovni pro lepší plánování, rozšíření systému a kompatibilitu s daty v krajích.	Bylo vždy žádáno o data na nejnižší úrovni, v některých případech ze strany poskytovatele dat omezeno kvůli GDPR. Je možné dát doporučením dalším uživatelům, ale nikoliv provádět změny v rámci tohoto projektu.
Datové sady	Sjednotit formáty dat (preferovat jednotný formát např. CSV), a datové typy, směřovat k jednotnému standardu dat. Definovat role jednotlivých souběžných projektů MZD/MPSV v přípravě testování a integrace dat a výběru budoucího modelu toku dat (SZ DATA, Efektivita sociálních služeb, KRAPL, Transformace).	Návrh na sjednocení standardu dat k diskusi s klíčovými stakeholdery, koordinovat projekt s dalšími datovými projekty za účelem integrace sociálně zdravotních dat, nastavit pravidelné sdílení výsledků.	Formáty dat určí poskytovatelé dat. Podnět bude předán na širším fóru projektovým manažerům paralelních projektů. Zveřejňování dat po projektu je v řešení.
Datové sady	Dedikovat školení přímo pro datové analytiky krajů, zaměřené na „frazologii“ (co data vlastně obsahují, jaké proměnné) a jak se sbírají (metodiku sběru dat), a umožnit tím i lepší orientaci a snazší predikce.	Doplnit školení pro analytiku v rámci stávajícího projektu, metodiku sběru dat doplnit k využití, pokud existuje, pokud ne, iniciovat její vytvoření.	- Plánuje se účast datových analytiků na školení (základní orientace v datech a problematice). - Popis dat/proměnných v datasetech – bude doplněno.
Datové sady	Komunikovat nedostatky v datasetech s poskytovateli dat (chyby v buňkách, chyby ve vykazování apod.).	Aktualizace seznamu nedostatků ve spolupráci s evaluátorem, VŠE a dalšími zapojenými experty.	Přijato – aktualizuje se již seznam nedostatků k Registru poskytovatelů sociálních služeb, bude rozšířeno a předáno v rámci evaluace k dalšímu doplnění.
Monitoring	Monitoring postupu pilotních krajů by měl být zjednodušen a systematizován ke snížení administrativní zátěže a zejména možnosti lépe sledovat postup.	Kraje mohou vyplňovat dokument Kritéria kvality pro textový popis, lze požadovat i vyplnění tabulky v Příloze B této zprávy.	Bude prodiskutováno s metodiky, zatím není o vypořádání doporučení rozhodnuto.
Interní evaluace	Zpětnovazební dotazníky z aktivity vzdělávání by měly obsahovat škálovatelné odpovědi namísto ANO/NE.	Je doporučeno využít Likertovu škálu.	Přijato.

Seznam zkratek

SU	Evaluační kritéria: užitečnost, účinnost, účelnost, úspornost, udržitelnost
API	Application Programming Interface (rozhraní pro programování aplikací)
ČES	Česká evaluační společnost
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSU	Český statistický úřad
DOK	Primární a sekundární zdroje dat (zkratka v evaluační matici)
HK	Královehradecký kraj
JMK	Jihomoravský kraj
KA	Klíčová aktivita
KZSP	Krajský zdravotně sociální plán
KRAPL	Zkrácený název projektu
KSM	Key Stakeholder Meeting (setkání s klíčovými stakeholdery)
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
NSIS	Národní sociální informační systém
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
ORP	Obec s rozšířenou působností
RT	Realizační tým projektu
SWOT	Strengths, Weaknesses, Threats, Opportunities (analýza hrozeb a příležitostí)
SVAZ	Svaz zdravotních pojišťoven
ÚP	Úřad práce
ÚZIS/UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VŠE/VSE	Vysoká škola ekonomická v Praze
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZP	Krajští zástupci pojišťoven

Seznam tabulek a diagramů

Seznam tabulek

Tabulka č.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1 | Zdroje informací a metody sběru dat |
| 2 | Analýza stakeholderů |
| 3 | Řízení rizik evaluace |
| 4 | Doporučení ze vstupní evaluace |

Seznam diagramů

Diagram č.

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | Teorie změny |
| 2 | Harmonogram evaluace |
| 3 | Model datového toku |

Seznam zdrojů

Projektové dokumenty

Žádost o dotaci před právním aktem

Popis realizace

Zprávy o realizaci

Žádosti o změnu

Záznamy z jednání pracovní a koncepční skupiny

Datasety z MPSV aktualizované 7/2025 (sociální oblast)

Datasety z UZIS (zdravotní oblast)

Projektová žádost MZD

Výstup KA1 („Vymezení a využívání zdravotně sociálních služeb pro chronicky nemocné pacienty/klienty s komplexními potřebami“)

Výstupy anketního šetření mezi službami realizovaného v rámci projektu k vymezení cílové skupiny – KA1

- Jihomoravský kraj. Analýza stavu zajišťování návaznosti zdravotních a sociálních služeb
- Královehradecký kraj. Analýza stavu zajišťování návaznosti zdravotních a sociálních služeb
- Bariéry návaznosti vnímané respondenty v segmentu sociálních a zdravotních služeb
- Zdravotnická zařízení lůžkové péče – pohled zdravotně sociálních pracovníků. Analýza stavu návaznosti zdravotních a sociálních služeb
- Domácí péče – Analýza stavu návaznosti zdravotních a sociálních služeb
- Analýza stavu plánování integrace zdravotních a sociálních služeb v krajích ČR

Schválení definice cílové skupiny a hlasování per rollam

Doporučený postup pro tvorbu KZPS – K2

Doporučené datasety pro tvorbu KZSP – KA2

Kritéria kvality pro tvorbu krajských zdravotně sociálních plánů – KA2

Monitorovací zprávy pilotního ověřování krajů – červenec 2025 – KA3

Harmonogram vzdělávacích aktivit KA4

Vzdělávací plán KA4

Zpětná vazba na 1. workshop pro CS – KA4

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

ČES. Formální standardy provádění evaluací, dostupné na: 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

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

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-efektivitu-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

Poznámka: U vybraných otázek dojde v průběžné evaluaci ke stylistické a logické úpravě, která reflektuje stav realizace. Znění otázek v tabulce odpovídá závěrečné evaluaci.

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
1. Užitečnost, účelnost, efektivita, uplatnitelnost							
1.1. Jaká je v praxi zkušenost s výstupy projektu? (OTÁZKY POKLÁDÁNY 2X, T.J. V PRŮBEŽNÉ I ZÁVĚREČNÉ EVALUACI)							
	1.1-1 Jak probíhalo pilotní ověření v rámci podpořených krajů? (užitečnost, účelnost)	Nevyskytly se zásadní překážky implementace, které by ohrožily dosažení cílů	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, KRAJE-PILOT	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, návštěva a pozorování, fokusní skupina
		80 % aktérů považuje pilotní ověření za velmi nebo spíše přínosné míra srozumitelnosti (škála 1-4, 1 - velmi přínosné, 2 - spíše přínosné, 3 - spíše nepřínosné, 4 - nepřínosné), feasibility, přínosnosti pilotního ověření všemi aktéry, aktivní participace místních aktérů	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	KRAJE-PILOT, VZP, SVAZ, ZP, KRAJE-MIX, KONZULTANT, PORADCI	Individuální či skupinové rozhovory, fokusní skupina
		Regionální datasety v pilotních krajích vygenerovány (A/N)	ANO	Normativní	Neexperimentální	DOK	Rešerše, expert review
	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)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, UZIS, ZP, SVAZ, VZP, KRAJE-PILOT, VSE	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, fokusní skupina, expert review
	1.1-3 V jakých aspektech je aktéry doporučený postup vnímán jako přínosný a proveditelný a v čem jako omezující (kraje, VZP, SVAZ,	Míra implementace jednotlivými aktéry (škála 1 - vysoká, 4 - nízká), seznam přínosů a omezení	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, UZIS, ZP, VZP, SVAZ, KRAJE-PILOT, VSE	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, expert review

UZIS, MPSV, MZD)? (uplatnitelnost)						
	Hodnocení spokojenosti aktérů se spoluprací a koordinací (pozitivní)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, UZIS, ZP, VZP, SVAZ, KRAJE-PILOT, VSE,	Individuální rozhovory, skupinové rozhovory, KSM
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	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, UZIS, ZP, VZP, SVAZ, KRAJE-PILOT, VSE	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, expert review
	Hodnocení spokojenosti aktérů se spoluprací a koordinací (pozitivní)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, UZIS, ZP, VZP, SVAZ, KRAJE-PILOT, VSE,	Individuální rozhovory, skupinové rozhovory, KSM
1.1-5 Jaká jsou doporučení pro úpravu doporučeného postupu?	Seznam doporučení na zvýšení praktického využití doporučeného postupu	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, UZIS, ZP, KRAJE-PILOT, VSE	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM
1.1-6 Jaká jsou doporučení pro úpravu nastavených kritérií kvality pro tvorbu KZSP?	Seznam doporučení	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, UZIS, ZP, KRAJE-PILOT, VSE	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM
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, frekvence, schopnost efektivní reakce	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, UZIS, ZP, KRAJE-PILOT, VSE	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, návštěva a pozorování, fokusní skupina, 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-PILOT	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, návštěva a pozorování, expert review

1.1-9 Do jaké míry doporučený postup umožňuje zohlednit stávající kapacity služeb a (zdůrazněno časové) zdroje kraje napříč službami a poskytovateli a pružně reagovat na aktuální potřeby osob?	Expertní zhodnocení, jak je postup koncipován z hlediska možnosti úprav, návrhů změn; Zmapování procesů ztěžujících či usnadňujících adaptaci; 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, MPSV, KRAJE-PILOT	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, návštěva a pozorování, fokusní skupina, expert review
--	--	----	--------------	------------------	-----------------------------	--

2. Užitečnost, účelnost, efektivita, uplatnitelnost

2.1. Do jaké míry bylo v projektu užitečně nastaveno vzdělávání? (OTÁZKY POKLÁDÁNY 2x, Tj. V PRUBEZNÉ I ZÁVĚREČNÉ EVALUACI)

2.1-1 Do jaké míry bylo vzdělávání užitečné vzhledem k potřebám krajů? (užitečnost)	90 % vyškolených účastníků obeznameno s doporučeným postupem	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, KRAJE-MIX, KRAJE-PILOT, LEKTOR, KONZULTANTI	Rešerše druhotných dat, online dotazník, polo-strukturovaný rozhovor, návštěva a pozorování
	Hodnocení spokojenosti (dotazníky ihned po školení)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK	Rešerše
2.1-2 Na které části doporučeného postupu je vhodné se v rámci vzdělávání více zaměřit (monitorace, analýza dat, síťování či jiné?) (uplatnitelnost)	Doporučení na úpravu či doplnění aktivit vzdělávání	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	MZD, MPSV, KRAJE-PILOT, KRAJE-MIX, KONZULTANTI	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, expert review

3. Účelnost, užitečnost, uplatnitelnost, udržitelnost, kvalita

3.1. Existují předpoklady pro účelné využívání vytvořených výstupů? (POUZE ZÁVĚREČNÁ EVALUACE)

3.1-1 Byly naplněny indikátory výsledků projektu? (účelnost)	Naplnění indikátorů výsledků projektu dle žádosti	ANO	Normativní	Neexperimentální	DOK, MZD	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor
3.1-2 Přispěly aktivity KA4 (vzdělávání) ke zvýšení kompetencí pro plánování a tvorbu krajských zdravotně sociálních plánů? (efektivita)	Subjektivní zvýšení kompetencí udává více než 70 % účastníků (změna v sebehodnocení účastníků v oblasti plánování a tvorby plánů (na škále od 1-4)	NE	Cause and effect	Neexperimentální	DOK, KRAJE-MIX, KRAJE-PILOT, KONZULTANTI	Rešerše druhotných dat, online dotazník, polo-strukturovaný rozhovor
	Konkrétní příklady zavádění (či plánu na zavádění) částí doporučeného postupu (počet a typ konkrétních změn)	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	KRAJE-MIX, KRAJE-PILOT, KONZULTANTI	Online dotazník

3.1-3 Jak se změnilo monitorování a plánování sociálně zdravotních služeb v rámci podpořených krajů? (účelnost)	Počet a typy integrovaných datových zdrojů používaných pro monitorování a plánování (předběžné kritérium je využívání mixu sociálních a zdravotních dat ve větší míře než na počátku projektu). Frekvence, jakým jsou data využívána při rozhodování o alokaci zdrojů a poskytování služeb (kvartální plánování). Ukazatele efektivity služeb (např. snížení duplicit)	NE	Cause and effect	Kvazi-experimentální před a po	DOK, MZD, MPSV, KRAJE-PILOT, ZP, VZP, SVAZ	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, návštěva a pozorování, expert review
	Zkvalitnění a zpřehlednění systému integrované sociální a zdravotní péče.	ANO	Cause and effect	Kvazi-experimentální před a po	MZD, MPSV, KRAJE-PILOT, PORADCI, SVAZ, ZP, VZP	Individuální či skupinové rozhovory, Expert review
	Koordinovaný souvislý průchod uživatele systémem poskytování zdravotních a sociálních služeb	ANO	Cause and effect	Kvazi-experimentální před a po	PORADCI, MZD, MPSV, KRAJE-PILOT, PORADCI	Individuální či skupinové rozhovory
3.1-4 Lze očekávat, že při aplikaci doporučeného postupu dojde k rozvoji a nastavení multidisciplinární spolupráce (zde myšleno sociální a zdravotní odbor a pojišťovny - pozn. eval) mezi sociálními a zdravotními službami v kraji)?	Míra spolupráce multidisciplinárních týmů na úrovni kraje na škále (1 - dostatečná, až 4 - nedostatečná), typy přínosů vnímaných aktéry, identifikované překážky	NE	Cause and effect	Neexperimentální	MZD, MPSV, KRAJE-PILOT, ZP, VZP, SVAZ	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, návštěva a pozorování, fokusní skupina
	Konkrétní příklady mechanismů spolupráce	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	MZD, MPSV, KRAJE-PILOT, ZP, VZP, SVAZ	Individuální či skupinové rozhovory
3.1-5 Jaké jsou hlavní předpoklady a rizika úspěšné spolupráce klíčových aktérů (kraje, VZP, SVAZ, UZIS, MPSV, MZD)? (uplatnitelnost, udržitelnost)	Předpoklady i rizika spolupráce jsou identifikována, monitorována, aktualizována a mitigována	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	MZD, MPSV, UZIS, VZP, SVAZ, KRAJE-PILOT, KRAJ-MIX, KONZULTANTI, VSE	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM, návštěva a pozorování, fokusní skupina
3.1-6 Do jaké míry se povedlo v rámci pilotu vytvořit kvalitní krajské zdravotně sociální plány?	Vytvořeny minimálně dva KZSP v souladu s doporučeným postupem	NE	Deskriptivní	Neexperimentální	DOK, MZD, MPSV, ZP, VZP, SVAZ, KRAJE-PILOT	Rešerše, polo-strukturovaný rozhovor, KSM

Příloha B – Doporučený nástroj pro monitoring postupu pilotu v krajích

KA2: Fáze, aktivity a výstupy	Plán Revize	2025							2026									
		červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec	leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen
FÁZE „Iniciační“	P																	
	R																	
Vytvoření krajského koordinačního týmu	P																	
	R																	
Seznámení se s Doporučeným postupem	P																	
	R																	
Kontrola procesů “Iniciační fáze” dle kritérií kvality	P																	
	R																	
Evidence a řešení zjištěných nedostatků	P																	
	R																	
FÁZE “Analytická”	P																	
	R																	
Mapování potřeb	P																	
	R																	
Analýza dostupných dat	P																	
	R																	
Vyvození závěrů z analýz	P																	
	R																	
Navržení postupu v případě potřeby dalšího získávání dat	P																	
	R																	
Kontrola procesů „Analytická fáze“ dle kritérií kvality	P																	
	R																	
Evidence a řešení zjištěných nedostatků	P																	
	R																	
FÁZE “Domapování potřeb a sběr specifických dat”	P																	
	R																	
Zapojení vybraných participujících aktérů pro mapování a sběr dat	P																	
	R																	
Domapování potřeb/dat	P																	
	R																	
Sdílení a evidence dat	P																	
	R																	
Kontrola procesů fáze dle kritérií kvality	P																	
	R																	
Evidence a řešení zjištěných nedostatků ve fázi dle Kritérií kvality	P																	
	R																	
Fáze „Plánování“	P																	
	R																	
Východiska pro plánování	P																	
	R																	
Postup pro vytvoření plánu	P																	
	R																	
Kontrola procesů fáze “Plánování” dle kritérií kvality	P																	
	R																	
Evidence a řešení zjištěných nedostatků ve fázi dle Kritérií kvality	P																	
	R																	