

původní práce

Jaké jsou náklady individualizace dlouhodobé péče? Souhrn evidence z ČR

*What is the cost of personalisation in long-term care?
A scoping review of evidence in Czechia*

David Kocman, Magdaléna Jozová, Jiří Zeman, Jakub Šlajs, Pavlína Pospíšilová, Zbyněk Vočka

Výzkumný institut práce a sociálních věcí, v. v. i.

Korespondenční adresa:

David Kocman, M.A., Ph.D.
Výzkumný institut práce a sociálních věcí, v. v. i.
Jeruzalémská 1283/9
110 00 Praha 1 – Nové Město
e-mail: david.kocman@rilsa.cz

SOUHRN

Kocman D, Jozová M, Zeman J, Šlajs J, Pospíšilová P, Vočka Z. Jaké jsou náklady individualizace dlouhodobé péče? Souhrn evidence z ČR

Cíl: Zhodnotit, jak česká odborná literatura popisuje nákladovost a efektivitu individualizace dlouhodobé sociální péče.

Metoda: Byl proveden přehled literatury metodou *scoping review* podle doporučení PRISMA-ScR. Zařazeny byly české odborné publikace zaměřené na financování sociální péče a ekonomické aspekty individualizace péče.

Výsledky: Česká evidence hodnotí individualizaci dlouhodobé péče především prostřednictvím jednotkových nákladů, zejména srovnáním nákladů na hodinu péče v pobytových a terénních službách. Převládající přístup většinou nezohledňuje výsledky péče ani individuální potřeby klientů.

Závěr: Dosavadní česká evidence se soustředí převážně na nákladovou stránku individualizace. Pro komplexnější hodnocení efektivity bude nezbytné propojit ekonomické ukazatele s výsledky péče a mírou potřebné podpory.

Klíčová slova: dlouhodobá péče, individualizace péče, personalizace péče, sociální služby, nákladová efektivita, *scoping review*

SUMMARY

Kocman D, Jozová M, Zeman J, Šlajs J, Pospíšilová P, Vočka Z. What is the cost of personalisation in long-term care? A scoping review of evidence in Czechia

Objective: To map and assess evidence on the cost and effectiveness of individualised long-term social care in Czechia.

Methods: A scoping review was conducted in line with the PRISMA-ScR guidelines. Czech publications focusing on the financing of social care and the economic aspects of individualised care were included.

Results: Czech evidence evaluates individualised long-term care primarily through unit costs, especially by comparing the hourly costs of residential and community-based care. The prevailing approach generally does not take into account care outcomes or individual support needs.

Conclusion: Current Czech evidence focuses predominantly on the cost dimension of individualised care and has not provided evidence on different modes of care since unit costs in themselves do not ensure comparability. A more comprehensive evaluation of effectiveness will require linking economic data with care outcomes and the levels of support required.

Keywords: long-term care, individualised care, personalised care, social services, cost-effectiveness, *scoping review*

Dedikace: Vznik tohoto textu byl podpořen z institucionální podpory na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné organizace na léta 2023–2027 a je součástí výzkumného úkolu č. IP70403 „Budoucí dostupnost, kapacita a potřebnost sociálních služeb a jejich financování – vyhodnocení dosavadní evidence“, řešeného Výzkumným institutem práce a sociálních věcí, v. v. i.

ÚVOD

Individualizace a personalizace tvoří hodnotovou páteř aktuálních trendů v dlouhodobé péči. Jsou spojené s odklonem od institucionálních forem k péči v domácím prostředí a rozvoji komunitních služeb.⁽¹⁾ Individualizace je výslednicí několika ideových posunů, od medicínského k sociálnímu pojetí zdravotního postižení, k prosazení na člověka zaměřených přístupů v sociální práci a etablování individuálních potřeb coby diagnostického základu pro flexibilní, na míru šitou péči a podporu.⁽²⁾

Širším kontextem individualizace je debata o financování a jeho udržitelnosti ve vztahu k demografickým tlakům této a nadcházejících dekád.^(3, 4) Výdaje veřejných rozpočtů na sociální služby v uplynulých dvou desetiletích významně rostly.^(5, 6) Jen mezi lety 2010 a 2015 se podíl výdajů na sociální služby na HDP přibližně zdvojnásobil, na 1,3 %.⁽⁷⁾ Ve stejném období do roku 2019 rostla zejména výše státní dotace, a to o 134 %.⁽⁵⁾ Výdaje však mají růst i nadále. Do roku 2035 se předpokládá téměř zdvojnásobení kohorty 80tníků a spolu s tím nárůst mezery v nabízené péči a podpoře.^(3–5, 8–9) Národní kontrolní úřad předpokládá zejména růst nároků na personální zabezpečení v oblasti sociálních služeb.⁽¹⁰⁾ Evropská komise zase předpokládá růst veřejných výdajů na dlouhodobou péči ze současného evropského průměru 1,6 % HDP na průměr 2,7 % HDP v roce 2070.⁽¹¹⁾ Budoucí rozvoj kapacit dlouhodobé péče je tedy akceptován jako strategická nutnost, současně se hovoří o neudržitelnosti krytí souvisejících nákladů z veřejných zdrojů.^(7, 8, 12) Uvažování o rozvoji kapacit tak osciluje mezi snahou zachovat stávající podíl kapacit v populaci a rozvojem, který by odpovídal potřebám osob a umožňoval individualizaci péče a podpory.

Dosavadní růst nákladů dlouhodobé péče je spojován s mixem kauzálních faktorů, kam se řadí zejména rozvoj kapacit sociální péče ve všech formách, proměny potřeb a počtu uživatelů s demencí a postupně se zvyšující personální standard. Klíčovým faktorem je však zvyšování platů a mezd rozhodnutím vlád ČR.

„Od roku 2007 do roku 2019 se u všech zaměstnanců v sociálních službách

Tab. 1 Kritéria zařazení do korpusu evidence

PICOS kritérium	Parametr zařazení	Parametr nezařazení
P (populace)	zdroje se týkají České republiky jako celku nebo jednotlivých krajů, publikované v roce 2013 a později	zdroje zaměřené na menší regiony (obce, SO ORP, MAS, MČ) nebo na zahraniční regiony
I (intervence)	výzkumné otázky se týkají financování rozvoje sociální péče a specificky nákladovosti individualizované péče	další témata financování sociálních služeb, která přímo nesouvisí s rozvojem a dostupností kapacit, resp. individualizací
C (komparátor)	(nebyl stanoven)	jiná témata rozvoje dlouhodobé péče a služeb sociální péče než financování
O (výstupy)	studie, polemiky, komentáře, policy brief, výzkumné zprávy	(nebyl stanoven)
S (design studie)	ekonomické modelování, policy analýzy s ekonomickým zaměřením	(nebyl stanoven)

zvyšovaly kontinuálně základní platové tarify. Tyto změny byly vždy kompenzovány státní dotací i u organizací odměňujících mzdou. Od roku 2007 do roku 2019 se zvýšily základní platové tarify pracovníků v sociálních službách souhrnně o 75 %.⁽⁵⁾

Na dynamiku vývoje platů a mezd mělo vliv především nízké financování v předchozím období, konkrétně pak „prakticky stabilní úroveň státní dotace na lůžko v ústavních zařízeních po celou 2. polovinu 90. let a na počátku tohoto tisíciletí“.⁽⁷⁾ Sektorová podfinancovanost přitom může stále trvat, jak naznačuje Nejvyšší kontrolní úřad:

„Přestože v kontrolovaném období docházelo k navyšování platů a mezd v sociální oblasti, dosahovala v letech 2015 až 2016 průměrná hrubá měsíční mzda u podskupiny zaměstnanců „ošetřovatelé a pracovníci v sociálních službách v oblasti pobytové péče“ cca 68 % průměrné hrubé měsíční mzdy v nepodnikatelské sféře.“⁽¹⁰⁾

Česko tehdy na dlouhodobou péči vydávalo 0,87 % HDP, zatímco severské země nebo Nizozemsko mezi 3,5 a 5 % HDP. Velká Británie necelá 2 %. Pod celoevropským průměrem byly však také bohatší středoevropské země jako Rakousko, které na dlouhodobou péči vydávalo 1,43 % HDP.⁽¹³⁾

Mezi faktory růstu nákladů přitom nebyly identifikovány trendy personalizace ani rozvoj komunitních služeb.^(14, 15) Naopak celé segmenty služeb, jako např. podpora pečujících rodin, komunitní péče pro osoby se zdravotním postižením

a služby v oblasti duševního zdraví, i nadále vykazují významné mezery v poskytované péči a podpoře.^(16, 17)

Přesto je individualizace chápána jako hrozba pro dlouhodobou péči,⁽¹⁸⁾ a to v kontextu debaty o krizi sociální péče⁽⁴⁾ a obav z krachu systému,⁽¹²⁾ doprovázených apely na zapojení privátních zdrojů, které by podle některých měly krizi zažehnat.^(7, 12) Zde se také zrodil analytický zájem o komparativní ekonomii nákladovosti rezidenční péče a péče v domácím prostředí s cílem srovnat a vyhodnotit efektivitu různých forem péče.⁽¹⁹⁾ Vznikla řada studií, chybí však syntéza evidence nákladovosti individualizace. Tento přehledový článek se proto zaměřuje na otázku, co říkají české odborné publikace za uplynulých 15 let o efektivitě individualizace sociální péče související s deinstitucionalizací, systematicky uspořádává poznatky a identifikuje mezery a slabá místa v kontextu mezinárodní evidence.

DATA A METODA

Předkládaná syntéza odpovídá na otázku, jak evidence pojímá otázku nákladovosti a efektivit individualizace péče v kontextu možností finančního zajištění služeb sociální péče v Česku, a byla součástí širší studie budoucí dostupnosti a potřebnosti služeb sociální péče.⁽²⁰⁾ Kritéria zařazení do korpusu evidence byla konstruována s využitím rámce PICOS (tab. 1).⁽²¹⁾ S ohledem na povahu české publikační praxe

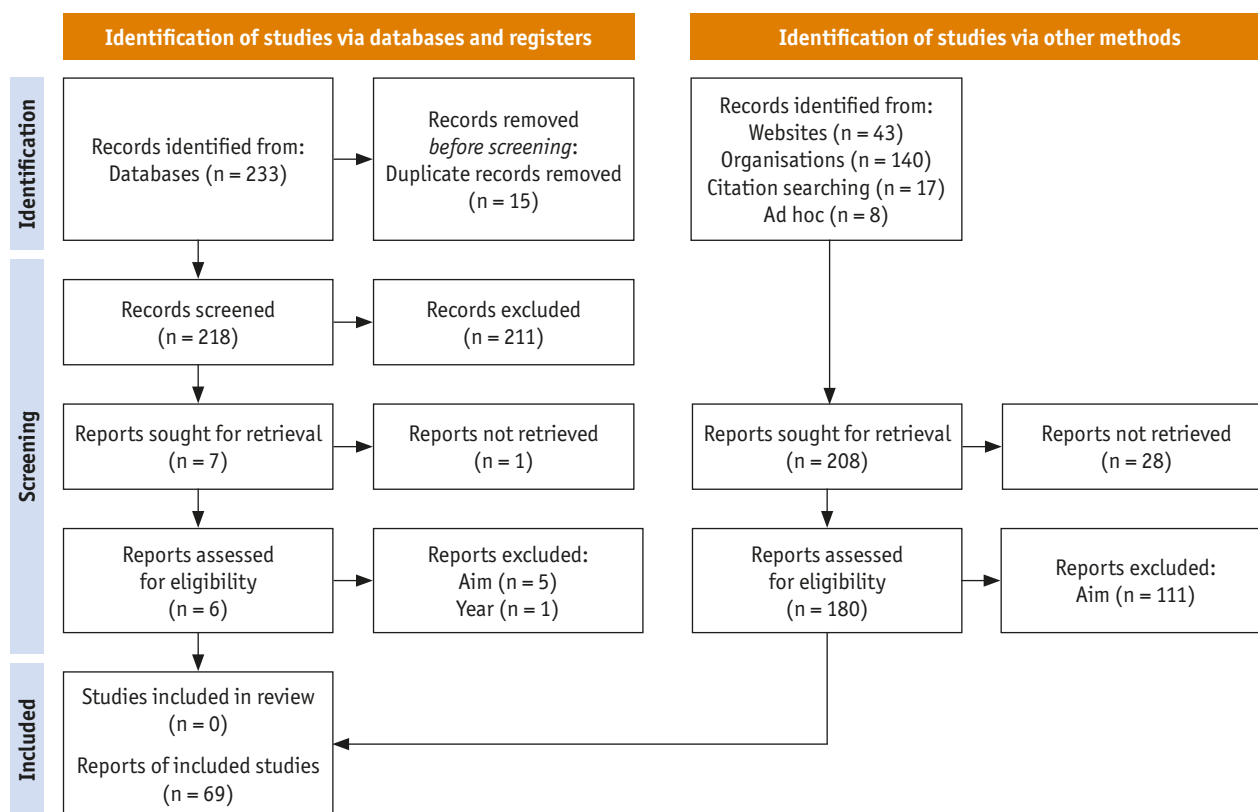


Diagram 1 Výsledky vyhledávání a screeningu podle protokolu PRISMA-ScR

v oblasti dlouhodobé péče, která je roztržštěná, nesourodá a jejíž těžiště je mimo akademické databáze, byla zvolena metoda *scoping review*, která umožňuje mapovat rozsah a povahu sledované oblasti s využitím různých zdrojů evidence.^(22, 23) Na rozdíl od zlatého standardu systematické rešerše není jejím cílem prokázat váhu konkrétní důkazní základny,⁽²⁴⁾ ale zmapovat hustotu a kvalitu evidence publikované k vybranému problému a identifikovat její limity.

Studie využila protokol PRISMA pro systematické rešerše, resp. extenzi PRISMA-ScR pro *scoping review*.^(22, 25) Diagram 1 znázorňuje postup výběru studií.

První strategie, vyhledávání v akademických databázích, nepřinesla do korpusu evidence ani jednu studii. Druhá vyhledávací strategie se věnovala oblasti „šedé literatury“,⁽²⁶⁾ tj. publikacím mimo mechanismy akademických nakladatelství a navazujících databází, které by umožňovaly vyšší automatizaci

vyhledávání pomocí klíčových slov, filtrů a booleovských operátorů. Výsledný počet zařazených zdrojů „šedé literatury“ je 69 titulů, které se věnovaly možnostem budoucího financování, a šest z nich se věnovalo efektivitě individualizace a deinstitucionalizace dlouhodobé péče. Screening a systematizace korpusu byly provedeny ve třech iteracích od poloviny listopadu 2024 do poloviny dubna 2025.

Cílem následné analýzy bylo vytvořit konsenzuální syntézu sdílenou aktéry dlouhodobé péče. Proto bylo uspořádáno pět konsenzuálních workshopů, které se věnovaly silným a slabým stránkám evidence. Oproti dříve uplatněnému formátu „konsenzuální konference“^(27, 28) byl formát konsenzuálního workshopu zjednodušený a nezahrnoval panel oponentů. Účastníky byli „experti ze zkušenosti“.^(29, 30) To jsou v oblasti financování sociálních služeb zejména krajští správci a plánovači sítí sociálních služeb. Limity předkládané studie souvisejí s povahou

„šedé literatury“, kde trvá riziko, mitigované systematizací a iteracemi vyhledávání, že některé důležité zdroje zůstávají neidentifikovány.

VÝSLEDKY

V korpusu evidence dominuje technika výpočtu jednotkové nákladovosti; to, čemu autoři říkají „čistě ekonomická efektivita“.⁽³¹⁾ Pozornost nákladové, nikoli dopadové stránce různých forem poskytování dlouhodobé péče je metodologickou volbou, vedenou pravděpodobně datovou dostupností.⁽¹⁹⁾ Jiným argumentem o využitelnosti kalkulace prostě „ekonomické efektivity“ je domnělá jednoduchost konstrukce srovnatelnosti:

„Předpokladem je stanovení společné jednotky tak, aby tato mohla být srovnatelná v obou typech péče (pobytové a terénní), a tak, aby nám pomohla přinést odpověď na otázku, od jakého objemu

péče přestává být ekonomicky efektivní péče terénní a začíná být efektivnější péče pobytová.⁽³²⁾

Evidenci tak dominuje přístup, který srovnává náklady na jednotku (zejm. hodinu péče) mezi různými způsoby poskytování sociální péče. Takto nastavený analytický rámec dochází k závěru, že intenzivnější péče je nákladnější než péče méně intenzivní. Vazba na míru intenzity (a tím také na dopadovou stránku poskytování péče) je však v evidenci vyřetřována optikou organizačního rámce, kdy se do popředí situuje srovnání ideálních institucionálních forem spíše než míry intenzity péče.

„Náklady [terénních služeb, zejm. intenzivnější podpory] jsou vyšší z toho důvodu, že obslužení jednoho klienta v domácím prostředí stojí na hodinu péče více než obslužení jednoho klienta v pobytovém zařízení, kde dochází ke kumulaci pracovních pozic. Konkrétně jeden pracovník poskytne za stejnou dobu (např. 8hodinovou směnu) péči více klientům, na rozdíl od pracovníka pečovatelské služby, která zajišťuje jednoho pracovníka na jednoho klienta.“⁽⁶⁾

Cílem takové analýzy je především doložit, že jedna z forem (ta v domácím prostředí) je nákladnější. Tento přístup k vyhodnocování nákladovosti individualizace dlouhodobé péče má v české evidenci sledovatelnou genealogii a sahá k první podobné studii z roku 2011, publikované tehdejšími řediteli pobytové služby Marianum v Opavě.⁽³³⁾ Metodologie studie je dána autorovou rolí ekonoma a manažera organizace, která se v té době vydávala na specifickou (v Česku však dominantní) cestu změny „z původního jednoho pracoviště pro 99 uživatelů s celodenní péčí do 8 samostatných pracovišť v 8 domech, ve kterých bude 18 domácností s celodenní péčí“.⁽³³⁾

„Personální náklady na zajištění sociální služby: podstatné navýšení, které má mnoho příčin, jejichž společným jmenovatelem je změna personálního plánování pro komplexní zajištění služby, způsobená deinstitucionalizací služby.“⁽³³⁾

V návazných studiích došlo sice k dílčímu posunu od srovnání dvou pobytových služeb k srovnávání pobytových a terénních forem, avšak se stejným

rámcem kalkulace zvyšujících se nákladů v návaznosti na intenzitu a individualizaci péče.

Podle autorů „sepotvrdily dříve prezentované názory, že náklady na péči poskytovanou v přirozeném domácím prostředí jsou vyšší než náklady na péči poskytovanou v pobytových zařízeních“.^(32, 34) Stejně závěry následně replikovala také analýza MPSV,⁽⁶⁾ která použitím tohoto kalkulačního modelu potvrdila, že „analýza vyvrací tvrzení, že péče poskytovaná v pobytových zařízeních je nákladnější nežli péče poskytovaná terénními sociálními službami“.⁽⁶⁾ Nejnověji ukázala obdobná komparace různých kontextů péče pomocí porovnání nákladů na „hodinu péče“, že přibližně od 2–3 hodin péče denně je „ekonomicky výhodnější“ pobytová služba než péče doma.⁽¹⁸⁾ Opět tak potvrdila původní tvrzení z roku 2011, resp. z let 2013, 2015 a 2019, že „zejména ve vyšších stupních příspěvku na péči, tj. potřebnosti péče, se ukazuje péče v domácnosti uživatele jako méně optimální, a tedy i méně efektivní varianta“.⁽³²⁾

V tomto kontextu je ojedinělou analýzou snaha o analytické zohlednění dalších proměnných kromě jednotky nákladu ve vazbě na předpokládanou časovou náročnost péče o klienty podle míry závislosti.⁽³⁵⁾ Tato studie zjistila, že „náklady na domácnosti [s vyšší mírou individualizace péče] jsou nejvyšší ze sledovaných forem, současně však dosahují nejlepšího poměru mezi předpokládanými časovými nároky péče o klienty (...) a skutečně vytvořenou personální obslužnou kapacitou“.⁽³⁵⁾

DISKUSE

Zjištění ukazují, že jako celek je evidence v Česku závislá na kalkulačním postupu, který nepřesahuje provozní pohled poskytovatelské organizace a nesleduje proměny na straně dopadů. Postup se využívá jako dominantní rámec také na národní úrovni.

Jeho limity spočívají v úzce pojaté komparaci ideálních institucionálních kontextů na základě výpočtu nákladů na jednotku (zejm. hodinu péče). Takový přístup je problematický ve dvou směrech, zajišťuje srovnatelnost jen zdánlivě

a metodologicky pomíjí (a dokonce retušuje) dopadovou stránku personalizace péče. Dokládá, že intenzivnější péče je nákladnější než méně intenzivní péče. Výpočet jednotkové nákladovosti přitom intenzitu přerámovává na institucionální kategorie (rezidenční a terénní péče), u nichž stabilizuje intenzitu jako vnitřní danost. Naznačuje tak, že v pobytové službě osoba s vysokou mírou potřebné péče nemůže čerpat vyšší intenzitu podpory v podobě vyššího počtu hodin; pokud by ji čerpala, byly by provozní náklady, tvořené většinou personálními náklady na hodiny péče, velmi podobné jako v domácím prostředí a celé schéma levnější a personálně méně intenzivní pobytové sociální služby by přestalo fungovat. Rezidenční péče, která vychází jako „ekonomicky efektivnější“, je taková, která je nízkoobjemová na přímou asistenci a současně všudypřítomná prostřednictvím jiných mechanismů, jako jsou kolektivismus a specifická materiální řešení, která šetří lidské zdroje, a to bez ohledu na individuální míru potřebné péče a podpory.

Specifickým faktorem metodologických preferencí může být terminologický posun spojený s tím, jak místní praxe přistupuje k překladu výrazu *effectiveness*. Čeština, na rozdíl od angličtiny, nejčastěji spojuje slovo efektivnost s úsporami, což ovšem odpovídá anglickému termínu *efficiency*, nikoliv *effectiveness*. České překlady ekonomické teorie tak hovoří o „analýze efektivnosti nákladů“⁽⁴¹⁾ či „analýze nákladové efektivity“,⁽⁴²⁾ s tím, že „efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí, (...) takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích“.⁽³⁴⁾ V zahraniční literatuře je přitom pojem *effectiveness* odvozen od adjektiva efektivní, tedy účinný, a souvisí především s dopady a jejich klinicky definovanou přesností. Je tak prostý ekonomizující konotací.

Výsledková (dopadová) stránka je proto také od 80. let 20. století součástí mezinárodního zlatého standardu pro oblast sociální péče v podobě *cost-effectiveness*

analýzy.^(36–40) *Cost-effectiveness* nesouvisí s čímsi jako „ekonomickou efektivitou“, ale zajímá se o náklady na vstupu a výsledky na výstupu. Nehledá se tedy pomyslná nejlevnější varianta a metodologický předpoklad říká, že samotná „společná jednotka“ srovnatelnost nezajistí. Podobná srovnání zaměřená pouze na jednotkovou nákladovost naopak mohou být zavádějící, pokud se nekonstruuje srovnatelnost intervencí prostřednictvím dalších metrik, právě prostřednictvím vazby na dopady (nikoliv nutně monetizované).

Dlouhodobé sledování proměn sociální péče v 90. letech 20. století pak konstatovalo, že i personálně náročnější komunitní péče není nutně dražší než péče institucionální, pokud do výpočtu zahrneme také míru potřebné podpory a kvalitu zajišťované péče. „Nové komunitní služby mohou být nákladnější, a přitom mohou mít lepší poměr nákladů a výsledků.“⁽³⁹⁾

Bez podobného rámce srovnatelnosti je podle mezinárodní analytické praxe

závěr o tom, že péče v domácím prostředí při čerpání více než 2–5 hodin denně na osobu je dražší než v pobytové službě, možná početně správně, ale bez potřebné informační hodnoty. Maximálně může vypovídat o personálním podhodnocení pobytové služby v souvislosti s potřebnou mírou péče a podpory. Konstrukce výpočtu totiž mimoděk naznačuje, že stejný uživatel (a stejný objem potřeb) v pobytové službě dostane méně podpory, než kolik by jednotlivec potřeboval při čerpání terénních služeb k zachování běžného života. Pokud by se ve výpočtu vážila dostupná míra podpory ve vztahu k vyhodnocenému objemu potřeb. Jedná se o podobné matení, jako by se srovnával náklad na kilometr dálnice a kilometr silnice druhé třídy a srovnávaly by pouze náklady dvou typů pozemní komunikace bez ohledu na rozdíly v bezpečnosti, rychlosti či plynulosti dopravy.

ZÁVĚR

Syntéza evidence o efektivitě individualizace dlouhodobé péče potvrdila, že komparativní ekonomie dlouhodobé péče, která srovnává různé formy intervencí, má v sobě vepsaný ideový kontext obav z krachu systému péče a chápe trendy individualizace jako ohrožení. Debata se proto v Česku úzce zaměřuje na jednotkovou nákladovost a poměřování nákladů na hodinu péče v institucích a péče doma. Dochází tak opakovaně k závěru, že pobytové služby jsou efektivnější. Tyto závěry jsou výsledkem významových posunů, uzávorkování dopadové stránky z výkladu konceptu efektivit a metodologické izolovanosti od mezinárodního standardu ekonomické analýzy, který naopak nabádá propojovat náklady s výsledky včetně vážení intenzity a individuální míry potřebné podpory. Pozitivní debata o cestě z krize přechodem na univerzálně dostupnou sociální péči ve stopách zdravotních služeb je v českém prostředí na rozdíl od zahraničních debat neznalá. ■



David Kocman, M.A., Ph.D.

Vystudoval sociologii na Univerzitě Karlově a metody sociálního výzkumu a sociální politiku na University of Kent, kde v roce 2014 získal titul Ph.D. Od roku 2002 působí na pomezí klinické praxe, sociálních a zdravotních služeb a výzkumu v České republice i ve Velké Británii. V letech 2010–2018 pracoval jako výzkumný pracovník na University of Kent a University of Leicester, kde se věnoval kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče, péči o křehké geriatrické pacienty a perioperační péči o vysoce rizikové nemocné. Za práci na zlepšování akutní péče o křehké pacienty získal jeho tým v roce 2018 ocenění Excellence in Patient Care udělované Royal College of Physicians of London. V letech 2019–2023 působil jako odborný poradce radní hl. m. Prahy pro sociální politiku a zdravotnictví. V současnosti vede oddělení sociálního zabezpečení ve Výzkumném institutu práce a sociálních věcí a evropský projekt zaměřený na integraci a koordinaci dlouhodobé péče v Centru pro studium dlouhodobosti a dlouhodobé péče FHS UK.

LITERATURA:

1. Needham C, Glasby J, eds. *Debates in personalisation*. Bristol: Policy Press 2014.
2. Cambridge P, et al. The state of care management in learning disability and mental health services 12 years into community care. *Br J Soc Work* 2005; 35: 1039–1064.
3. Průša L, et al. Dlouhodobá péče nejen v České republice. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 2019.
4. Horecký J, et al. Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 2021 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacnicinnost/dokumenty/reforma-dlouhodobpece-pro-ceskou-republiku.pdf>.
5. Horecký J. Financování sociálních služeb v České republice. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 2020.
6. MPSV. Analýza financování sociální práce v přenesené působnosti. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2019.
7. Průša L. 25 let vývoje sociálních služeb v České republice [online]. *Revue soc-ekon Rozvoja* 2017; 3(1): 94–112 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_1_2017.pdf.
8. Ernst & Young. Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory. Praha: Ernst & Young 2021.
9. Průša L. Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvků na péči v ČR do roku 2030 [online]. *Demografie* 2018; 60(1): 49–60 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/77e3bae0-4399-65f4-6420-646d5f03b0e1/prusa.pdf?version=1.0>.
10. NKÚ. Kontrolní závěr z kontrolní akce 18/09 – Peněžní prostředky

- určené na podporu sociálních služeb. Praha: Nejvyšší kontrolní úřad 2019.
11. EC. Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies [online]. Brussels: European Commission 2018 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <https://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>.
 12. Krása V, et al. Pojištění dlouhodobé péče v ČR. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 2020.
 13. Deloitte. Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR. Praha: Deloitte 2015.
 14. ANED. Living independently and being included in the community – Czech Republic. (Tech. No. Task 1.2) [online]. The Academic Network of European Disability Experts 2019 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://individualisedliving.com.au/wp-content/uploads/sites/3/2022/03/Living_independently_and_being_included.pdf.
 15. Paleček J, et al. Stále na začátku: Zpráva o stavu sociální politiky a sociálních služeb ve vztahu k naplňování práva na nezávislý způsob života lidí se zdravotním znevýhodněním v ČR [online]. Praha: Tudy Tam a Abakus 2024 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://abakus.cz/file/kestaze-ni/Stale_na_zacatku_Zprava_o_stavu_socialni_politiky_a_sluzeb_v_CR.pdf.
 16. Ombudsman. Dostupnost sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra [online]. Brno: Úřad veřejného ochránce práv 2018 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/autismus/Vyzkum-autisti.pdf>.
 17. Ombudsman. Dostupnost sociálních služeb pro děti s postižením a jejich rodiny [online]. Brno: Úřad veřejného ochránce práv 2020 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/Vyzkumy/11-2019_Vyzkum_soc-sluzby-pro-deti-s-postizenim.pdf.
 18. Horecký J. Přichází ideální svět bez ústavů? [online]. Soc Služby 2023; 12: 12–13 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <https://horecky.cz/wp-content/uploads/2024/01/20240104165432.pdf>.
 19. Průša L. Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí 2013 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_357.pdf.
 20. Kocman D, et al. Budoucí dostupnost, potřeby a možnosti financování sociálních služeb: scoping review [online]. Praha: RILSA 2025 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/70403_scoping%20review.pdf.
 21. CRD. Systematic Reviews: CRD's Guidance for Undertaking Reviews in Health Care [online]. York: University of York, Centre for Reviews and Dissemination 2008 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf.
 22. Page M, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews [online]. Br Med J 2021; 372: 71 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <http://www.prisma-statement.org/>.
 23. Hamel C, et al. Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. J Clin Epidemiol 2021; 129: 74–85.
 24. Munn Z, et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Med Res Methodol 2018; 18(1): 143.
 25. Tricco A, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med 2018; 169: 467–473.
 26. Adams J, et al. Searching and synthesising „grey literature“ and „grey information“ in public health: critical reflections on three case studies. Syst Rev 2016; 5(1): 164–175.
 27. MPSV. Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice: sborník z konference [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2015 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cms/documents/c499b537-c85d-4cad-e916-fda-4a5444d34/Konsensualni_konference_o_bezdomovectvi_v_CR_-_sbornik.pdf.
 28. Potůček M, et al. Návrat lidí bez domova do bydlení. Konsensuální konference [online]. Praha: CESES 2022 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://ceses.cuni.cz/CESES-474-version1-e_kniha_final.pdf.
 29. Horgan A. Expert by experience involvement in mental health nursing education: the co-production of standards between Experts by Experience and academics in mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs 2020; 27(5): 553–562.
 30. van Dijck Ch, Steen T. Engaging experts by experience as co-producers: challenges and strategies. Public Manag Rev 2024; 26(8): 2242–2259.
 31. Horecký J. Jaké změny jsou nutné pro správné fungování terénních sociálních služeb v České republice. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR; 2023.
 31. Vostatek J, et al. Financování a nákladovost sociálních služeb: pobytové a terénní služby sociální péče [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR; 2013 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacnicinnost/dokumenty/financovani-a-nakladovost-socialnich-sluzeb-pobytove-a-terenni-sluzbysocialni-pece.pdf>.
 32. Janýška A. Transformace pobyto- vých sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením: dosa- vadní vývoj, existující mýty a pas- ti a ekonomické podmínky jejich poskytování [online]. Fórum so- ciální politiky 2011; (5): 20–23 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <https://www.rilsa.cz/clanek/transformace-pobytovychsocial-nich-sluzeb-pro-osoby-s-mental-nim-postizenim-dosavadni-vyvoj-existujici-myty-a-ekono-micke-podminky-jejich-poskyto-vani/>.
 33. Průša L. Financování služeb so- ciální péče v ČR – teorie a praxe [online]. Fórum soc Polit 2015; (3): 2–9 [cit. 2026-07-06]. Do- stupné z: <https://www.rilsa.cz/clanek/financovani-sluzeb-soci- alnipece-v-cr-teorie-a-praxe/#- flipbook-forum-socialni-politi- ky-03-2015/4/>.
 34. Lejsal M. Analýza nákladů trans- formace u vybraných organizací [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České re- publiky 2013 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: <https://jdicr.eu/wp-content/uploads/analiza-nakla- du-T.pdf>.
 35. Knapp M. The Economics of Social Care. London: Macmillan 1984.
 36. Beecham J, Knapp M. Costs, Needs, and Outcomes. Schizophr Bull 1991; 17(3): 427–439.
 37. Netten A, Beecham J, eds. Cost- ing Community Care. Theory and Practice. Canterbury: University of Kent, Personal Social Services Research Unit 1993.
 38. Knapp M, et al. The economic consequences of deinstitutionali- sation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. Health Soc Care Community 2011; 19(2): 113–125.
 39. Knapp M. The cost-effectiveness challenge: is it worth it? Alzhei- mers Res Ther 2015; 7: 1.
 40. Ochrana F. Nákladově užitkové metody ve veřejném sektoru. Pra- ha: Ekopress 2005.
 41. SÚKL. Postup pro posuzování ana- lýzy nákladové efektivit (verze 5) [online]. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv 2022 [cit. 2026-07-06]. Dostupné z: https://sukl.gov.cz/wp-content/upload- s/2024/06/05-ASP-CAU-028-Po- stup_pro_posuzovani_analyzy_ nakladove_efektivit-17012022. pdf.