ZAŁĄCZNIK NR 1
DO SIWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA NA WYKONANIE Ekspertyzy PN.**

***Przegląd śródokresowy założeń dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020”***

SZCLU JNEGO PMINISTERSTWO ZROWIA

dEPARTAMENT FUNDUSZY EUROPEJSKICH I E-ZDROWIA

WARSZAWA, 2018

1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI REALIZACJI PRZEGLĄDU
	* + 1. Zgodnie z zapisami „Umowy Partnerstwa 2014-2020” (dalej: UP) Komitet Sterujący do spraw koordynacji EFSI w sektorze zdrowia (Dalej: KS) na bieżąco analizuje kwestie związane z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE, osiągania oczekiwanych rezultatów oraz wpływu realizacji Planu działań na cele Policy Paper w zakresie ochrony zdrowia oraz cele Umowy Partnerstwa i Programów Operacyjnych.
			2. W procesie negocjacji z Komisją Europejską (KE) warunkowości *ex ante* dla obszaru zdrowia, Polska została zobowiązana do spełnienia warunku 9.3[[1]](#footnote-2) dotyczącego „*Istnienia krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej w zakresie określonym art. 168 TFUE, zapewniających stabilność gospodarczą”,* poprzez m. in.: opracowanie dokumentu pn. Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (zwanego dalej: Policy paper).
			3. W Rozdziale 7.2 „Założenia systemu monitoringu i ewaluacji” Policy paper wskazano,
			że „w 2018 r. zostanie przeprowadzony śródokresowy przegląd założeń ‘Krajowych ram strategicznych (…)’, który stanie się podstawą ewentualnej korekty jego zapisów”.
			4. Potrzeba przeglądu zapisów ww. dokumentu jest zarówno dostrzegana przez Ministerstwo Zdrowia, jak i zgłaszana przez przedstawicieli Komisji Europejskiej. Wynika m.in. ze zmian zachodzących w systemie opieki zdrowotnej, środowisku legislacyjnym, strategicznym i innych.
			5. Przegląd śródokresowy ma z jednej strony pozwolić na ocenę jakościową i ilościową postępu osiągania celów zawartych w Policy paper i odpowiadających im kierunków interwencji, w tym ocenę stosowanych narzędzi implementacji oraz realizacji wskaźników, a z drugiej służyć jako podstawa dla renegocjacji/aktualizacji zapisów dokumentu.
2. CELE I PRZEDMIOT EKSPERTYZY

Celem ekspertyzy jest przeprowadzenie przeglądu śródokresowego polegającego m.in. na ocenie *mid-term* postępów w realizacji celów operacyjnych Policy paper i odpowiadających im kierunków interwencji, w tym ocenę stosowanych narzędzi implementacji oraz osiągania wskaźników zapisanych w Policy Paper na lata 2014-2020.Dodatkowo oczekiwane jest wskazanie czy wśród narzędzi już występujących w dokumencie, są takie które wymagają zwiększenia lub zmniejszenia wsparcia w perspektywie finansowej 2014 – 2020.

* + 1. *Ocena jakościowa i ilościowa*
1. Ocena jakościowa i ilościowa postępów osiągania celów i realizacji wskaźników Policy paper (w podziale na: (a) narzędzia implementacji, a także na (b) poszczególne województwa oraz w formie zagregowanej na (c) poziomie krajowym), w tym:
	* celu głównego,
	* celów operacyjnych (do 2020 r.), w tym odpowiadających im kierunków interwencji, m. in. poprzez analizę ilościową i jakościową realizacji narzędzi implementacji (narzędzia implementacji wskazane są w części 6.2 Policy paper) i wskaźników przypisanych do celów operacyjnych.
	* analiza wskaźników: adekwatności doboru wskaźników do celów, poprawności ich zaszeregowania (do wskaźników produktu, rezultatu, kontekstowych), jak i poziomu oszacowanych wartości docelowych, w tym analiza potrzeby renegocjacji zapisów dot. wskaźników lub ich wartości w Policy Paper na lata 2014 - 2020.
	* celów długoterminowych do 2030 r., ze szczególnym uwzględnieniem zobowiązań w zakresie oceny wkładu Policy paper w realizację unijnej strategii na rzecz inteligentnego zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu (Strategii Europa 2020).
	* oceny osiągniętego na koniec 2018 (lub 2020) oraz przewidywanego na 2023 roku stanu realizacji celów operacyjnych, długoterminowych i celu głównego. W tym w szczególności określenie możliwości osiągnięcia w wyniku już ogłoszonych lub zaplanowanych naborów/ projektów pozakonkursowych wartości wskaźników Policy paper.
2. Ocena jakości i skuteczności poszczególnych narzędzi implementacji Policy paper (wraz z oceną, które narzędzia są najistotniejsze dla osiągania celów, a które najmniej), w tym sposobu ich realizacji (poziom centralny / regionalny), ewentualnych trudności z ich wdrażaniem i podjętymi środkami zaradczymi, wraz z rekomendacjami postępowania na przyszłość odnośnie każdego z narzędzi.
3. Ocena dotychczasowego wpływu funduszy strukturalnych 2014-2020 na efektywność systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności efektywność kosztową[[2]](#footnote-3) (w zakresie wzmocnienia POZ, deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi i rozwój opieki środowiskowej, wdrożenia opieki koordynowanej, restrukturyzacji lecznictwa szpitalnego, stosowania map potrzeb zdrowotnych, wzmocnienia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, poprawy systemu informacji w obszarze ochrony zdrowia, wsparcia kształcenia kadr medycznych i wsparcia zadań z zakresu zdrowia publicznego).
4. Na bazie analizy 3 województw stworzenie narzędzi monitoringu wykorzystywania wytworzonych rezultatów w projektach w okresie ich trwałości (aplikacji IT, inwestycji, wsparcia miękkiego, itp.) w celu oceny ich wpływu na zmiany w systemie zdrowia,
5. Określenie wkładu Policy paper w realizację *Strategii Europa 2020*, w tym opisania mechanizmów i określenia skali wkładu środków finansowych (zaplanowanych i wydanych) w realizację *Strategii Europa 2020* z uwzględnieniem krajowych priorytetów rozwojowych sformułowanych w odpowiednich dokumentach strategicznych, np. na bazie przeglądu śródokresowego poszczególnych programów operacyjnych.
6. W ocenie wkładu należy odnieść się również do kreowanej przez Policy paper tzw. wartości dodanej UE[[3]](#footnote-4) wyłącznie w zakresie dostarczania korzyści skali oraz subsydiarności, osiąganej w ramach efektów wdrażania projektów współfinansowanych ze środków UE.
7. Rezultatem dokonywanej oceny aktualnego stanu realizacji celów powinny być również wnioski w zakresie zasadności ewentualnych modyfikacji zapisów wskaźnikowych oraz stworzenia nowych, dodatkowych wskaźników do ewentualnego wykorzystania, w szczególności do monitorowania wsparcia w ramach RPO.
8. Raport z realizacji ekspertyzy powinien ponadto przedstawiać syntetyczną analizę wyników przeglądów śródokresowych programów operacyjnych obejmujących obszar ochrony zdrowia w ramach EFSI oraz ocenę funkcjonowania Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, w celu identyfikacji ewentualnych usprawnień na przyszłość.
	* 1. *Aktualizacja danych i ponowna analiza potrzeb*
9. Zdiagnozowanie, czy wśród aktualnie istniejących narzędzi w Policy paper występuje potrzeba zwiększenia wsparcia i w których obszarach.
10. Analiza stosowanego mechanizmu koordynacji wsparcia EFSI na rzecz ochrony zdrowia, pod kątem zgodności z zapisami Policy Paper oraz skuteczności i efektywności, w tym w zakresie:
* systemu mapowania potrzeb zdrowotnych i jego stosowania,
* systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali) – również w kontekście trwałości projektów,
* systemu IOWISZ i jego wpływu na skuteczność wykorzystywania map potrzeb zdrowotnych,
* koordynacji wsparcia obszaru e-zdrowia.
* wyników badań pn. *Ocena realizacji Planów Działań w sektorze zdrowia (etap I)* oraz pn. *Ocena mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia stosowanych w ramach polityki spójności*.[[4]](#footnote-5)
1. Dokonanie opisu wykorzystania środków w aktualnych ramach finansowych systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym w szczególności kody interwencji 053, 081, 107, 112, 116, 117.
2. Przedstawienie propozycji wdrożenia rekomendacji wypływających z ewaluacji adekwatnych dla przedmiotu ekspertyzy tj. mających wpływ na zapisy Policy paper, w szczególności rekomendacji:

dodanie wskaźników ułatwiających monitorowanie realizacji narzędzi Policy Paper przez RPO[[5]](#footnote-6),

ewentualnego rozszerzenia, aktualizacji składu osobowego *Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia,*

możliwość monitorowania stanu realizacji wskaźników w poszczególnych województwach[[6]](#footnote-7).

W przypadkach identyfikacji potrzeb renegocjacji zapisów wskaźnikowych obowiązujących do 2020 r. należy dostarczyć przekonujących merytorycznych argumentów uzasadniających ich ewentualne modyfikacje.

* + 1. *Podsumowanie/ Wnioski*

Jako wynik części i oraz ii przeglądu oraz aktualizacji Policy paper, wykonawca zobowiązany jest opracować uproszczony model logiczny/matrycę logiczną interwencji EFSI w obszarze zdrowia określonej w Policy paper, celów i narzędzi oraz wskaźników (uwzględniający logikę dokumentów kierunkujących priorytety wsparcia Unii Europejskiej, w tym Europejskiego Filaru Praw Socjalnych aktualnych krajowych dokumentów strategicznych oraz programowych) oraz w ramach zaproponowanej przez siebie metody zidentyfikować aktualny i potencjalny przyszły (do 2023 r. – zakończenie realizacji perspektywy finansowej 2014 – 2020) wkład interwencji EFSI w obszarze zdrowia określonej w Policy paper z uwzględnieniem wyników przeglądu śródokresowego poszczególnych programów operacyjnych w ramach EFSI oraz oceny działania Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, w celu identyfikacji ewentualnych usprawnień na przyszłość.

Ww. model powinien uwzględniać co najmniej:

1. Część diagnostyczną (poziom osiągnięcia)
* graficzne i liczbowe przedstawienie osiągniętych wartości/realizacji, wraz z mapowaniem wpływu (agregowaniem składowych do ogólniejszych elementów): celu głównego – celów szczegółowych – narzędzi implementacji – wskaźników,
* graficzne i liczbowe przedstawienie poziomu kontraktacji i wydatkowania w poszczególnych programach operacyjnych wg. co najmniej kodów interwencji: 053, 081, 107, 112, 116, 117
* największe wyzwania stojące przed polskim systemem ochrony zdrowia,
1. Część ocenną
* ocena *mid-term* postępów w realizacji celów operacyjnych Policy paper i odpowiadających im kierunków interwencji, w tym ocena stosowanych narzędzi implementacji oraz osiągania wskaźników zapisanych w Policy Paper na lata 2014-2020;
* ocena i wskazanie narzędzi, które niezadowalająco przyczyniają się do osiągania celów i realizacji wskaźników i zidentyfikowanie oraz opisanie przyczyn tej sytuacji (zbyt niskie wsparcie finansowe, ograniczenia prawne, problemy administracyjne, itp.);
* podsumowanie uwarunkowań strategicznych dla obszaru zdrowia, w tym również e-zdrowia;
* propozycję ewentualnego ulepszenia powiązania celów i wskaźników Policy paper na lata 2014-2020 w tym ewentualne dodanie wskaźników dla monitorowania wsparcia obszaru zdrowia w RPO. Powinny one być spójne również ze Strategią na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju oraz *Agendą na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030*;
* propozycje usprawnień systemu koordynacji ogółem i w poszczególnych obszarach wsparcia (Priorytetach Inwestycyjnych) na rzecz systemu ochrony zdrowia, w tym ze środków europejskich (w tym działalności Komitetu Sterującego i innych podmiotów koordynujących wdrażanie, np. Grupy ds. e-zdrowia).
1. PODEJŚCIE METODOLOGICZNE W EKSPERTYZIE
2. Minimalny zakres metod/ technik badawczych zastosowanych w ramach ekspertyzy musi objąć:
	1. analizę *desk research* w obszarze danych zastanych udostępnionych przez Zamawiającego na potrzeby niniejszego badania oraz z innych źródeł pozyskanych przez wykonawcę, przynajmniej tych wymienionych w pkt VII.2;
	2. co najmniej 1 panel ekspercki z przedstawicielami MZ, NFZ, NIZP-PZH, CSIOZ, AOTMiT IZ RPO, zaangażowanymi w programowanie lub wdrażanie naborów/ projektów (co najmniej 3 osoby z wybranych IZ RPO), beneficjentów (co najmniej 3 z 3 wybranych województw), a także ekspertami[[7]](#footnote-8) w zakresie zdrowia publicznego i/lub zarządzania w ochronie zdrowia, mających wiedzę na temat systemu ochrony zdrowia w Polsce i innych krajach (co najmniej 3 osoby).
3. Zaproponowana przez wykonawcę koncepcja realizacji ekspertyzy musi zostać opisana
w ofercie (krótki opis kolejnych etapów realizacji, w tym sekwencji stosowanych metod badawczych) i zostać odpowiednio uzasadniona.
4. HARMONOGRAM REALIZACJI EKSPERTYZY
5. Ekspertyza zostanie wykonana w okresie 90 dni kalendarzowych od daty podpisania umowy, zgodnie z następującym harmonogramem czasowym:
6. W terminie do 7 dni od dnia zawarcia umowy Wykonawca przekaże Zamawiającemu wersję roboczą / projekt raportu metodologicznego;
7. W terminie do 14 dni od dnia zawarcia umowy Wykonawca przekaże Zamawiającemu wersję ostateczną raportu metodologicznego, uwzgledniającą wszystkie uwagi zgłoszone przez Zamawiającego;
8. W terminie do 70 dni od dnia zawarcia umowy Wykonawca przekaże Zamawiającemu wersję roboczą / projekt raportu końcowego oraz wersję roboczą / projekt prezentacji multimedialnej podsumowującej realizację ekspertyzy;
9. W terminie do 90 dni od dnia zawarcia umowy Wykonawca przekaże Zamawiającemu wersję ostateczną raportu końcowego i prezentacji multimedialnej podsumowującej realizację ekspertyzy, uwzgledniające wszystkie uwagi zgłoszone przez Zamawiającego;
10. Za wersje ostateczne ww. dokumentów traktowane będą te, które uzyskały akceptację Zamawiającego (udzieloną drogą elektroniczną - poprzez e-mail lub w formie pisemnej).
11. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYNIKÓW EKSPERTYZY
12. Wynikiem realizacji ekspertyzy będzie raport metodologiczny, raport końcowy oraz prezentacja multimedialna. Treść raportu końcowego z realizacji ekspertyzy nie może zawierać mniej niż 60, a także nie powinna zawierać więcej niż 150 stron znormalizowanego tekstu w formacie A4 (z wyłączeniem załączników), przyjmując średnio 1800 znaków ze spacjami na stronę.
13. Raport metodologiczny będzie zawierał szczegółowy opis zastosowanych metod badawczych (wymaganych przez Zamawiającego oraz dodatkowych – zaproponowanych przez Wykonawcę), harmonogram realizacji zamówienia (w tygodniach) oraz wzory narzędzi badawczych.
14. Raport końcowy będzie zawierał streszczenie w jęz. polskim i angielskim, opisujące najważniejsze wnioski i propozycje brzmienia zapisów fragmentów dokumentu wymagających aktualizacji w wyniku przeglądu śródokresowego. Szczegółowy opis zakresu i struktury raportu końcowego zostanie omówiony z Wykonawcą w ramach spotkania, zorganizowanego w okresie minimum 2 tygodni przed złożeniem projektu (pierwszej wersji roboczej) raportu końcowego.
15. Ostateczne wersje raportu metodologicznego i raportu końcowego przekazana zostaną Zamawiającemu w postaci elektronicznej (płyta CD, format .doc oraz .pdf)
i drukowanej (10 egzemplarzy w kolorze, druk dwustronny, praca obłożona). Wersje robocze (projekty) raportu metodologicznego i końcowego zostaną przekazane Zamawiającemu jedynie w postaci elektronicznej (e-mail, format .doc). Wszystkie wersje prezentacji multimedialnej zostaną dostarczone Zamawiającemu jedynie w postaci elektronicznej.
16. Prezentacja multimedialna powinna liczyć od 25 do 50 slajdów i w sposób syntetyczny przedstawiać opis celu i przedmiotu ekspertyzy oraz najważniejszych jej wyników.
17. Raport końcowy musi zostać wzbogacony wykresami i innymi formami wizualizacji wyników. Konieczne jest uwzględnienie w ich treści źródeł do aktualizacji danych demograficzno-epidemiologicznych. Dane nie powinny być starsze niż z ostatniego zamkniętego roku kalendarzowego.
18. Sformułowane w raporcie końcowym wnioski zostaną poparte przedstawionymi wynikami badań i analiz wykonanych w ramach ekspertyzy oraz będą stanowiły rezultat ich łącznej interpretacji (nie będą stanowiły wyłącznie opinii poszczególnych ekspertów).
19. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wielokrotnego wniesienia uwag do przygotowanych narzędzi badawczych oraz wersji roboczych / projektów raportu końcowego, a także prezentacji multimedialnej. Wykonawca jest zobowiązany do uwzględnienia wszystkich uwag[[8]](#footnote-9).
20. Obligatoryjnym elementem harmonogramu realizacji ekspertyzy są spotkania z Zamawiającym, w tym spotkanie, mające na celu omówienie i skonsultowanie propozycji treści przed przygotowaniem wersji ostatecznej raportu końcowego, o którym mowa w pkt. V.3. Raport końcowy musi zostać opracowany w formie „gotowej do druku”, umożliwiającej dalszą edycję i skład.
21. Zamawiający będzie mógł zażądać od Wykonawcy bez osobnego wynagrodzenia z tego tytułu, w okresie roku od zakończenia realizacji ekspertyzy, doradztwa w zakresie sposobu wykorzystania jej wyników, w tym interpretacji zebranych danych omówionych w raporcie końcowym (maksymalnie 8 godzin zegarowych w formie spotkań w siedzibie Zamawiającego lub udzielenia odpowiedzi na maksymalnie 8 zapytań skierowanych drogą elektroniczną).

Zamawiający będzie mógł zażądać od Wykonawcy bez osobnego wynagrodzenia z tego tytułu, w okresie 2 lat od zakończenia realizacji ekspertyzy, trzykrotnego przedstawienia ustaleń raportu końcowego w formie prezentacji multimedialnej na terenie Polski we wskazanym przez siebie miejscu. Zamawiający poinformuje Wykonawcę o tym żądaniu co najmniej na 14 dni kalendarzowych przed planowaną prezentacją. Koszty dotarcia na ww. spotkania pokrywać będzie Wykonawca.

1. ZARZĄDZANIE REALIZACJĄ ZAMÓWIENIA
2. Zamawiającym jest Ministerstwo Zdrowia – Departament Funduszy Europejskich
i e-Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.
3. Od Wykonawcy wymaga się:
4. sprawnej i terminowej realizacji ekspertyzy oraz współpracy z Zamawiającym;
5. wyznaczenia osoby do kontaktów roboczych z Zamawiającym i pozostawania w stałym kontakcie z Zamawiającym (spotkania z udziałem osoby koordynującej pracę Zespołu Badawczego odpowiednio do potrzeb, kontakty telefoniczne i e-mail na bieżąco);
6. zagwarantowania dyspozycyjności i dostępności wszystkich ekspertów;
7. informowania Zamawiającego na żądanie i przynajmniej raz w miesiącu w postaci elektronicznej o stanie prac realizowanych w ramach ekspertyzy;
8. bezzwłocznego informowania o pojawiających się problemach, zagrożeniach lub opóźnieniach w realizacji w stosunku do harmonogramu, a także innych zagadnieniach istotnych dla realizacji badania/ekspertyzy;
9. konsultowania z Zamawiającym wszelkich decyzji, podejmowanych w wyniku ewentualnego pojawienia się trudności w trakcie realizacji ekspertyzy;
10. kontaktowania się na prośbę Zamawiającego z innymi instytucjami/podmiotami będącymi w posiadaniu ważnych – z punktu widzenia ekspertyzy – danych i informacji;
11. przekazania Zamawiającemu pełnej dokumentacji opracowanej w trakcie realizacji ekspertyzy;
12. oznaczenia wszystkich materiałów przygotowanych w trakcie badania, zgodnie
z Podręcznikiem wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020
w zakresie informacji i promocji.
13. Wykonawca ma obowiązek przyporządkować w ofercie do poszczególnych zadań odpowiednich ekspertów. W sytuacji powzięcia przez Zamawiającego informacji,
że jakiekolwiek z zadań realizowane jest przez innego członka zespołu niż osoba przypisana
do zadania w ofercie lub osoby z poza zespołu badawczego, Zamawiający ma prawo obciążyć Wykonawcę karą umowną, zgodnie z zapisami umowy.
14. DOKUMENTY ŹRÓDŁOWE
15. W trakcie realizacji badania Wykonawca ma obowiązek zapoznać się i odnieść w ramach prac badawczych do aktualnych wersji najważniejszych dokumentów dotyczących zakresu ekspertyzy, zamieszczonych m.in. na stronach internetowych administrowanych przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju oraz Ministerstwo Zdrowia, a także innych dokumentów związanych z przedmiotem badania.
16. W trakcie realizacji badania (analiza danych zastanych) Wykonawca powinien wziąć pod uwagę przynajmniej następujące źródła wiedzy:
	1. Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020;
17. mapy potrzeb zdrowotnych dostępne pod adresem: <http://www.mpz.mz.gov.pl/> wraz
z aktualnymi rekomendacjami dla kryteriów wyboru projektów Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dostępnymi tu: <http://zdrowie.gov.pl/ks/strona-805-uchwaly_i_protokoly_ks.html>;
18. Strategia Europa 2020 wraz z kolejnymi Krajowymi Programami Reform na rzecz jej realizacji oraz Zaleceniami Rady dla Polski (tzw. Country-specific recommendations – CSRs);
19. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.);
20. strategie zintegrowane z SOR oraz projekty aktualizacji tych strategii (głównie SRKL) oraz inne dokumenty strategiczne w obszarze zdrowia,
21. dostępne Sprawozdania z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia –
co najmniej za rok: 2017 (Uchwała KS Nr 4/2018/XVI), 2016 (Uchwała KS Nr 2/2017/XII), oraz 2015 (Uchwała KS Nr 42/2016) dostępnymi tu: <http://zdrowie.gov.pl/ks/strona-805-uchwaly_i_protokoly_ks.html>;
22. dane wygenerowane z SL2014, dotyczące postępu rzeczowego i finansowego na podstawie adekwatnych wniosków o dofinansowanie, umów o dofinansowanie i wniosków o płatność;
23. ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
24. Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020 (UP 2014-2020) wraz z aktualizacją;
25. krajowe i regionalne programy operacyjne na lata 2014-2020;
26. wytyczne i zalecenia Komisji Europejskiej oraz właściwe wytyczne horyzontalne Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju;
27. wyniki ewaluacji śródokresowych wykonanych na zlecenie IZ PO / RPO wdrażających wsparcie w zakresie zdrowia
28. wyniki ewaluacji MIiR pn. *Ocena mechanizmów koordynacji interwencji publicznej
w obszarze zdrowia stosowanych w ramach polityki spójności w Polsce*
29. wyniki ewaluacji MZ pn. *Ocena realizacji Planów Działań w sektorze zdrowia* – etap I oraz II;
30. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
31. Strategia Polityki Lekowej Państwa na lata 2018-2022 (projekt)
32. Strategia rozwoju e-zdrowia w Polsce na lata 2018-2022 (projekt)
33. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce
34. wstępne wnioski z debaty Wspólnie dla zdrowia (o ile dostępne)
35. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych
36. ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym
37. dodatkowe opracowania lub dokumenty zidentyfikowane przez Wykonawcę, w szczególności dane NIZP-PZH, GUS
38. realizacja zasad i praw Europejskiego Filara Praw Socjalnych w Polsce.
39. Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia w ofercie dodatkowych źródeł danych, których wykorzystanie będzie pomocne w realizacji celu głównego niniejszej ekspertyzy.
40. Zamawiający w trakcie realizacji zamówienia ułatwi (jeśli będzie to konieczne) dostęp
do informacji i danych, ważnych z punktu widzenia realizowanego zamówienia, gromadzonych przez inne instytucje zaangażowane w proces zarządzania i wdrażania programów operacyjnych w ramach polityki spójności w Polsce w perspektywie finansowej 2014-2020. WA
1. Zarówno w odniesieniu do środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), jak i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR). [↑](#footnote-ref-2)
2. W nawiązaniu do Komunikatu Komisji Europejskiej "Pobudzanie wzrostu gospodarczego: zalecenia dla poszczególnych krajów na 2014 r. (Building growth: Country-specific recommendations 2014)" – Policy paper str. 168. [↑](#footnote-ref-3)
3. Projekty dokumentów KE wśród kryteriów oceny tzw. europejskiej wartości dodanej wymieniają w szczególności: realizację zobowiązań traktatowych, spełnianie warunków dobra publicznego o wymiarze europejskim, dostarczanie korzyści skali, subsydiarność, powiązanie z korzyściami z integracji europejskiej i spełnianie europejskich wartości, tj. pokój, demokracja i praworządność. Wykonawca, w uzgodnieniu z Zamawiającym, może zaproponować alternatywną interpretację pojęcia europejskiej wartości dodanej. [↑](#footnote-ref-4)
4. Dokumenty dostępne tu: http://www.zdrowie.gov.pl/epublikacje.html [↑](#footnote-ref-5)
5. Rekomendacja nr 2 z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena realizacji Planów działań w sektorze zdrowia” – I etap. [↑](#footnote-ref-6)
6. Rekomendacja z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena realizacji Planów działań w sektorze zdrowia” – II etap. [↑](#footnote-ref-7)
7. Osoby posiadające stopień naukowy doktora lub wyższy w zakresie zdrowia publicznego lub posiadające minimum
10 lat doświadczenia zawodowego w obszarze zdrowia publicznego i/lub zarządzania w ochronie zdrowia i będące autorem/ współautorem minimum 3 publikacji z zakresu ochrony zdrowia. [↑](#footnote-ref-8)
8. W wyjątkowych sytuacjach Zamawiający może odstąpić od zgłoszonej uwagi jeżeli jej wprowadzenie przez wykonawcę okaże się niemożliwe, np. z powodu braku danych. [↑](#footnote-ref-9)