

 szczegółowy opis przedmiotu zamówienia na wybór eksperta
z zakresu DEINSTYTUCJONALIZACJI
USŁUG ZDROWOTNYCH



1. UZASADNIENIE REALIZACJI ORAZ CEL ZAMÓWIENIA
	* + 1. W czerwcu 2018 r. KE zaprezentowała projekty regulacji, stanowiące propozycję dla budżetu Unii Europejskiej na nowy okres programowania oraz ramy dla realizacji polityk unijnych, w tym polityki spójności po 2020 roku. W projekcie Rozporządzenia EFRR, tj.: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady
			w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności („COM(2018) 372 final”; 2018/0197 COD) w celu polityki nr 4 wskazano cel szczegółowy (iv) „zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej poprzez rozwój infrastruktury, w tym podstawowej opieki zdrowotnej”.
			2. W procesie negocjacji z Komisją Europejską (KE) zakresu wsparcia z funduszy europejskich w ramach perspektywy finansowej na lata 2021-2027, KE wskazała 3 warunki podstawowe, których spełnienie będzie niezbędne, aby otrzymać wsparcie finansowe z polityki spójności w okresie programowania 2021-2027
			w obszarze zdrowia. Warunki podstawowe dla obszaru zdrowia zostały wskazane w załączniku IV *Tematyczne warunki podstawowe mające zastosowanie do EFRR, EFS+ i Funduszu Spójności – art. 11 ust. 1* do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady *ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego
			i Rybackiego, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu i Migracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego
			i Instrumentu na rzecz Zarządzania Granicami i Wiz*. Warunki te w ramach negocjacji rozporządzeń mogą ulec zmianie. Jednak należy zaznaczyć, że jednym z zaleceń KE jest przygotowanie ram strategicznych w zakresie ochrony zdrowia, które w szczególności będą ujmować aspekty związane z deinstytucjonalizacją opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem opieki społecznej.
			3. Celem realizacji zamówienia jest wybór eksperta z dziedziny opieki zdrowotnej, którego zadaniem będzie wsparcie Ministerstwa Zdrowia w opracowaniu ram strategicznych w zakresie deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej w Polsce, w tym:
2. opracowanie (dokumentu) z zakresu deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej,
w szczególności deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej, którego zadaniem będzie wsparcie Ministerstwa Zdrowia w opracowaniu ram strategicznych dla procesu deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej w Polsce;
3. proponowanie własnych rozwiązań/ działań/ interwencji w zakresie deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, w szczególności opieki długoterminowej, w oparciu o bieżące publikacje oraz analizę rozwiązań funkcjonujących w innych państwach i doświadczeń projektowych z ostatnich 10 lat;
4. opiniowania materiałów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia lub inne instytucje publiczne w odniesieniu do tematyki deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, w szczególności opieki długoterminowej;
5. proponowanie własnych rozwiązań/ działań/ interwencji koordynacji działań usług zdrowotnych i społecznych na rzecz deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, w szczególności opieki długoterminowej.
6. CEL I ZAKRES RAM STRATEGICZNYCH
7. Celem ram strategicznych, zwanych danej „dokumentem strategicznym”, jest określenie kierunków i działań w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych w Polsce i ich koordynacji z usługami pomocy społecznej. Dokument powinien kompleksowo podchodzić do tematu deinstytucjonalizacji, w tym do łączenia usług społecznych i zdrowotnych w środowisku. Zidentyfikowane w dokumencie obszary wsparcia
w zakresie deinstytucjonalizacji będą podstawą do określenia celów i kierunków działań w polityce zdrowotnej.
8. Dokument strategiczny będzie stanowić politykę publiczną państwa w rozumieniu ustawy o zmianie ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju oraz niektórych innych ustaw.[[1]](#footnote-1)
9. Wejście w życie dokumentu strategicznego powinno nastąpić nie później niż do 1 stycznia 2021 r.
10. Z uwagi na fakt, że polityka publiczna podlega konsultacjom zgodnie z przepisami ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, prace nad dokumentem strategicznym powinny zakończyć się do 30 czerwca 2020 r., tak aby III i IV kwartał 2020 r. poświęcić na proces konsultacji oraz procedury legislacyjne.

Wstępny harmonogram działań to:

* 1. marzec 2020 – określenie celów i działań w projekcie dokumentu strategicznego, spotkanie konsultacyjne;
	2. marzec / kwiecień 2020 – bieżąca praca nad poszczególnymi częściami projektu ram strategicznych podlegającymi uzgodnieniom; przygotowanie opracowania w zakresie doświadczeń międzynarodowych; przygotowanie założeń współpracy sektora zdrowia z sektorem opieki społecznej; spotkanie konsultacyjne;
	3. maj / czerwiec 2020 – prace nad przygotowaniem dokumentu strategicznego do procedury legislacyjnej; spotkanie konsultacyjne;
	4. II połowa 2020 – zakończenie prac nad dokumentem strategicznym, rozpoczęcie procesu konsultacji i procedury legislacyjnej; spotkanie konsultacyjne;
	5. 1 stycznia 2021 – wejście w życie dokumentu strategicznego.
1. Dokument strategiczny powinien zawierać przynajmniej następujące elementy:
2. wskazanie czym jest deinstytucjonalizacja;
3. diagnozę i analizę potrzeb;
4. kierunki działań w zakresie deinstytucjonalizacji określone w dokumentach strategicznych;
5. działania podejmowane dotychczas w zakresie deinstytucjonalizacji;
6. cel ogólny i cele szczegółowe;
7. kierunki działań w oparciu o istniejące instrumenty i narzędzia polityk oraz propozycja nowych rozwiązań;
8. źródła finansowania i sposób monitorowania działań.
9. Proponowana struktura dokumentu strategicznego to:
	* 1. Wstęp – cel i opis dokumentu;
		2. Podstawowe terminy/słowniczek;
		3. Czym jest deinstytucjonalizacja, jakie są jej główne założenia, zasady;
		4. Diagnoza i analiza potrzeb:
			1. wsparcie osób starszych,
			2. wsparcie osób z problemami w zakresie zdrowia psychicznego,
			3. wsparcie osób niepełnosprawnych,
			4. kierunki działań w zakresie DI określone w dokumentach strategicznych,
			5. działania podejmowane dotychczas w zakresie DI;
		5. Cel ogólny i cele szczegółowe;
		6. Kierunki działań:
	1. wskazanie działań kontynuowanych,
	2. wskazanie nowych działań koniecznych do wdrożenia
	w ramach DI,
	3. wskazanie propozycji w zakresie koordynacji działań międzysystemowych;
		1. Współpraca z sektorem opieki społecznej;
		2. Finansowanie działań;
		3. Monitoring podjętych działań.
10. SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA
11. Zadania eksperta wyłonionego w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego będą polegały na:
12. opracowaniu (dokumentu) z zakresu deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, w szczególności deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej, którego zadaniem będzie wsparcie Ministerstwa Zdrowia w opracowaniu ram strategicznych dla procesu deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej w Polsce; dokument powinien zawierać w szczególności informacje o przebiegu i efektach procesu deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej w innych państwach europejskich, dobre praktyki zagraniczne, problemy z wdrażaniem rozwiązań, wniosków i rekomendacji w tym zakresie w szczególności państwach UE-28, z przeniesieniem praw autorskich do opracowania
13. opracowanie propozycji własnych rozwiązań/ działań/ interwencji w zakresie deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, w szczególności opieki długoterminowej, w oparciu o bieżące publikacje oraz analizę rozwiązań funkcjonujących w innych państwach i doświadczeń projektowych z ostatnich 10 lat włącznie z przeniesieniem praw autorskich do propozycji;
14. przygotowaniu – na podstawie opracowania, o którym mowa w pkt. III.1. a), a także dostępnych opracowań, analiz, wyników badań i doświadczeń projektowych – propozycji własnych rozwiązań lub działań lub interwencji w zakresie koordynacji działań opieki zdrowotnej i społecznej na rzecz deinstytucjonalizacji, w szczególności opieki długoterminowej, włącznie z przeniesieniem praw autorskich do opracowanych propozycji, które w tym zakresie będą omawiane na spotkaniach uzgodnieniowych oraz konsultacjach
15. opiniowania materiałów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia lub inne instytucje publiczne w odniesieniu do tematyki deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, w szczególności opieki długoterminowej, wraz z przeniesieniem praw autorskich do przedmiotowych opinii;
16. udziale w spotkaniach uzgodnieniowych, średnio raz na miesiąc,
od momentu zawarcia umowy do momentu przekazanie dokumentu do Rady Ministrów; ostateczna liczba i terminy spotkań będą wyznaczane przez Zamawiającego;
17. udziale w co najmniej 4 spotkaniach konsultacyjnych, o których mowa
w pkt II.4; ostateczna liczba i terminy spotkań będą wyznaczane przez Zamawiającego;
18. ustosunkowaniu się do ewentualnych uwag zgłaszanych w procesie uzgodnień oraz konsultacji i uwzględnieniu ich w ostatecznej wersji dokumentu, wraz z przeniesieniem praw autorskich
19. przygotowaniu, na wezwanie Zamawiającego, materiałów w formie prezentacji multimedialnej dotyczących prac nad dokumentem, z przeniesieniem praw autorskich do prezentacji;
20. przygotowaniu i wygłoszeniu na wezwanie Zamawiającego wystąpienia
w zakresie prac nad dokumentem i zaproponowanych rozwiązań – nie więcej niż 4-krotnie w trakcie trwania umowy.
21. Opracowanie, o którym mowa w pkt.\ 1, ma na celu przedstawienie doświadczeń międzynarodowych, w szczególności państw UE-27, w zakresie deinstytucjonalizacji. Niezbędne jest opisanie procesu rozwoju opieki środowiskowej w co najmniej 6 państwach, w tym 4 państwach UE-27. Opracowanie powinno obejmować analizę przeprowadzonych rozwiązań i ich efektów, również w kontekście koordynacji udzielanej pomocy w ramach opieki zdrowotnej i społecznej (w opracowaniu powinny być uwzględnione w szczególności te doświadczenia międzynarodowe, które były już analizowane w powszechnie dostępnych publikacjach). Opracowanie powinno zawierać propozycje eksperta w zakresie rozwiązań możliwych do wdrożenia w Polsce. Opracowanie nie może zawierać mniej niż 70 znormalizowanego tekstu w formacie A4 (z wyłączeniem aneksów), przyjmując średnio 1800 znaków ze spacjami na stronę.
22. Pierwsza wersja opracowania, o którym mowa w pkt. 2 powyżej, powinna zostać przekazana do Zamawiającego w terminie 45 dni od podpisania umowy. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wielokrotnego wniesienia uwag do opracowania. Ostateczna wersja opracowania powinna zostać przekazana do Zamawiającego 65 dni od podpisania umowy.
23. Pierwsza propozycja własnych rozwiązań/ działań/ interwencji w zakresie deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, w szczególności opieki długoterminowej powinna zostać przekazana do Zamawiającego w terminie 45 dni od podpisania umowy. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wielokrotnego wniesienia uwag do opracowania. Ostateczna wersja opracowania powinna zostać przekazana do Zamawiającego 80 dni od podpisania umowy.
24. Propozycja koordynacji działań opieki zdrowotnej i społecznej w zakresie deinstytucjonalizacji powinna zostać przekazana do Zamawiającego w terminie 45 dni od podpisania umowy. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wielokrotnego wniesienia uwag do opracowania. Ostateczna wersja opracowania powinna zostać przekazana do Zamawiającego 80 dni od podpisania umowy.
25. Zamawiający zakłada współpracę i dyskusję eksperta w szczególności
z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Niemniej dodatkowo Zamawiający zastrzega sobie możliwość zaproszenia do uczestnictwa w pracach przedstawicieli innych resortów lub instytucji.
26. Wszystkie spotkanie będą zorganizowane w Warszawie. Koszty dojazdu eksperta nie podlegają refundacji.
27. Zamawiający raz na kwartał przedstawi Wykonawcy wstępny harmonogram planowanych spotkań na kolejne 3 miesiące. Pierwszy harmonogram zostanie przedstawiony w ciągu 5 dni roboczych od daty zawarcia umowy.
28. Zamawiający zastrzega, iż terminy spotkań przedstawione we wstępnym harmonogramie mają charakter roboczy i będą mogły ulec zmianie, o czym Wykonawca zostanie niezwłocznie poinformowany.
29. Wykonawca, nie później niż 3 roboczego dnia każdego miesiąca, przedstawi Zamawiającemu harmonogram działań na kolejne 3 miesiące, z uwzględnieniem spotkań, o których mowa w pkt III.1. Pierwszy harmonogram zostanie przedstawiony w ciągu 10 dni roboczych od daty zawarcia umowy.
30. Zamawiający każdorazowo, drogą mailową lub telefoniczną, potwierdzi Wykonawcy termin spotkania przedstawionego we wstępnym harmonogramie, najpóźniej 5 dni roboczych przed planowanym terminem spotkania.
31. Zamawiający dopuszcza, w wyjątkowych sytuacjach, udział eksperta w spotkaniu w formie telefonicznej lub telekonferencyjnej. Wymaga to jednak wcześniejszego ustalenia i zgody ze strony Zamawiającego.
32. Dodatkowo Zamawiający zastrzega, że ekspert pozostanie do dyspozycji Zamawiającego w czasie trwania umowy w formie konsultacji telefonicznej lub mailowej, w przypadku pojawienia się ewentualnych pytań lub wątpliwości co do treści opracowanych w trakcie konsultacji.
33. Terminy opracowania, przygotowania, opiniowania poszczególnych elementów będą wyznaczane przez Zamawiającego w formie komunikacji mailowej. Termin na przedstawienie materiału przez eksperta nie powinien być krótszy niż 5 dni roboczych. Zamawiający zastrzega, że w wyjątkowych przypadkach termin ten może ulec skróceniu.
34. Zakres czasowy współpracy - przedmiot zamówienia będzie realizowany od daty zawarcia umowy do 30 listopada 2020 r.
35. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany umowy zawartej z Wykonawcą
w zakresie terminu realizacji przedmiotu zamówienia, w przypadku wydłużenia prac nad dokumentem. Przedłużenie terminu realizacji zamówienia będzie wymagało zawarcia stosownego aneksu do umowy.
36. WYMAGANIA DOTYCZĄCE EKSPERTA
37. Wykonawca skieruje do realizacji zamówienia eksperta, który spełni niżej wskazane warunki:
* posiada dyplom ukończenia studiów na kierunku zarządzanie w ochronie zdrowia, zdrowie publiczne lub polityka społeczna lub ekonomia;
* posiada stopień naukowy doktora lub wyższy w dziedzinie nauk o zdrowiu, nauki o polityce i administracji, nauki o zarządzaniu i jakości, ekonomii;
* posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe w pracy na stanowisku naukowym lub naukowo - dydaktycznym w dziedzinie nauk o zdrowiu, nauki o polityce i administracji, nauki o zarządzaniu i jakości, ekonomii;
* posiada udokumentowaną działalność naukową w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia lub zdrowia publicznego lub polityki społecznej lub ekonomii, tzn. jest autorem (tj. twórcą wszystkich merytorycznych rozdziałów/ części publikacji) lub współautorem (tj. twórcą co najmniej jednego merytorycznego rozdziału/ części publikacji) co najmniej 3 publikacji (tj. utworów opublikowanych w formie artykułu w czasopiśmie lub w formie książkowej) poświęconych problematyce zarządzania w ochronie zdrowia lub zdrowia publicznego lub polityki społecznej lub ekonomii; punktowana będzie udokumentowana działalność naukowa w zakresie zdrowia publicznego i / lub zarządzanie w ochronie zdrowia;
* posiada udokumentowaną działalność naukową w problematyce deinstytucjonalizacji, tzn. jest autorem (tj. twórcą wszystkich merytorycznych rozdziałów/części publikacji) lub współautorem (tj. twórcą co najmniej jednego merytorycznego rozdziału/części publikacji) co najmniej 2 publikacji (tj. utworów opublikowanych w formie artykułu w czasopiśmie lub w formie książkowej) poświęconych problematyce deinstytucjonalizacji;
* punktowane będzie posiadanie udokumentowanego doświadczenie obejmujące uczestnictwo w projektach z zakresu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, społecznych lub koordynacji usług zdrowotnych i społecznych.
1. ZARZĄDZANIE REALIZACJĄ ZAMÓWIENIA
2. Zamawiającym jest Ministerstwo Zdrowia – Departament Oceny Inwestycji,
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.
3. Od Wykonawcy wymaga się:
4. sprawnej i terminowej realizacji zamówienia;
5. informowania Zamawiającego na każde żądanie o stanie prac realizowanych w ramach zamówienia, a także o wszelkich pojawiających się problemach, zagrożeniach lub opóźnieniach, a także innych zagadnieniach istotnych dla realizacji zamówienia;
6. konsultowania z Zamawiającym wszelkich decyzji, podejmowanych w wyniku ewentualnego pojawienia się trudności w trakcie realizacji umowy;
7. kontaktowania się na prośbę Zamawiającego z innymi instytucjami/ podmiotami będącymi w posiadaniu ważnych – z punktu widzenia realizacji zamówienia – danych i informacji;
8. przekazania Zamawiającemu pełnej dokumentacji opracowanej w trakcie realizacji zamówienia;
9. oznaczenia dokumentów opracowywanych w ramach umowy odpowiednimi logotypami, zgodnie z zasadami wizualizacji programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji.
10. KRYTERIA OCENY OFERT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa kryterium | Opis kryterium: | Waga (%) |
| Cena  | Wartość punktowa wyliczana jestwedług wzoru: C minC = -------------- x 70 punktów Cxgdzie:C = liczba punktów za kryterium „cena brutto oferty”,C min = najniższa cena wynikająca ze złożonych,niepodlegających odrzuceniu ofert,C x = cena oferty badanej, niepodlegająca odrzuceniu.Do porównania ofert wykonawczych pod uwagę będzie brana cena całkowita brutto wyrażona w zł. | 70 |
| Udokumentowana działalność naukową w zakresie zdrowia publicznego i / lub zarządzania w ochronie zdrowia | 1. Wykonawca posiada udokumentowaną działalność naukową w zakresie zdrowia publicznego i / lub zarządzania w ochronie zdrowia – otrzyma 15 pkt,
2. Wykonawca nie posiada udokumentowaną działalność naukową w zakresie zdrowia publicznego i / lub zarządzania w ochronie zdrowia – otrzyma 0 pkt.

UWAGA:Przez udokumentowaną działalność naukową w zakresie zdrowia publicznego i / lub zarządzania w ochronie zdrowia, rozumie się bycie jest autorem (tj. twórcą wszystkich merytorycznych rozdziałów/części publikacji) lub współautorem (tj. twórcą co najmniej jednego merytorycznego rozdziału/części publikacji) co najmniej 3 publikacji (tj. utworów opublikowanych w formie artykułu w czasopiśmie lub w formie książkowej) poświęconych zdrowiu publicznemu i / lub zarządzaniu w ochronie zdrowia. | 15 |
| Udokumentowane doświadczenie obejmujące uczestnictwo w projektach z zakresu deinstytucjonalizacji | 1. Wykonawca posiada udokumentowane doświadczenie obejmujące uczestnictwo w projektach z zakresu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, społecznych lub koordynacji usług zdrowotnych i społecznych – otrzyma 15 pkt.
2. Wykonawca nie posiada udokumentowane doświadczenie obejmujące uczestnictwo w projektach z zakresu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, społecznych lub koordynacji usług zdrowotnych i społecznych – otrzyma 0 pkt.

UWAGA:Przez udokumentowane doświadczenie obejmujące uczestnictwo w projektach z zakresu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, społecznych lub koordynacji usług zdrowotnych i społecznych rozumie się przedstawienie potwierdzenia realizacji zadań ww. projekcie poprzez stosowne umowy, zakresy obowiązków itp.  | 15 |

1. Projekt ustawy jest obecnie procedowany w Sejmie. [↑](#footnote-ref-1)