*Załącznik nr 1* do SIWZ

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia (Szopz)**

**Zapewnienie, opracowanie i publikację tekstów prasowych o charakterze artykułów sponsorowanych w mediach. Zadania nr 1-3**

**Zadanie nr 1 - Dzienniki lub tygodniki o zasięgu ogólnopolskim**

1. **Cel zamówienia/Tematyka:**

Celem kampanii jest przekonanie pacjentów, że w większości przypadków ich skutecznym leczeniem może i powinien zająć się lekarz rodzinny / lekarz POZ i że opieka takiego lekarza jest wystarczająca. Wskazanie, że pacjenci nie muszą starać się dotrzeć do lekarzy specjalistów, powinni przede wszystkim korzystać z usług lekarzy POZ i rodzinnych.

Wskazanie, że to lekarz POZ / rodzinny powinien koordynować proces leczenia i ewentualnie podejmować decyzje o konsultacji danego pacjenta i przypadku chorobowego ze specjalistą. Wskazanie na rolę i znaczenie lekarza rodzinnego i/lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce, rozpoznawaniu i leczeniu chorób.

Przedstawianie argumentów za tym, że znaczna część pacjentów zgłaszających się ze znaczną częścią chorób i dolegliwości może być skutecznie leczona przez lekarzy rodzinnych/lekarzy POZ.

Podstawowa opieka zdrowotna pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia.
Od jej sprawności i skuteczności w znacznym stopniu zależy efektywność całego systemu.
Doświadczenia innych krajów pokazują, że dobrze rozwinięta i zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna jest w stanie zaspokoić do 90% potrzeb zdrowotnych populacji,
w tym części zakresów specjalistycznych, zgodnie z zakresem kompetencji specjalisty medycyny rodzinnej – lekarza rodzinnego. Lepsze wykorzystanie potencjału podstawowej opieki zdrowotnej opartego na medycynie rodzinnej zapewnia zaspokojenie większości potrzeb zdrowotnych blisko miejsca zamieszkania chorych, a tym samym zmniejszy liczbę hospitalizacji, szczególnie tych które nie zawsze są niezbędne.

Obecnie POZ jest częścią systemu opieki zdrowotnej zapewniającą świadczenia
zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne
z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane
w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Świadczenia POZ obejmują świadczenia
lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, finansowane na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej. Ponadto w ramach POZ zapewniana jest profilaktyczna opieka nad dziećmi
i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

Obecnie, spośród wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w POZ i przyjmujących deklaracje wyboru, zaledwie 31% posiada specjalizację w dziedzinie medycyny
rodzinnej, natomiast odsetek pielęgniarek i położnych posiadających specjalizację
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, przyjmujących jednocześnie deklaracje wyboru, wynosi odpowiednio 4,7 i 3,4%.

Biorąc pod uwagę pogłębiające się problemy w funkcjonowaniu POZ, spowodowane brakiem spójnej wizji funkcjonowania tego szczebla opieki zdrowotnej, obniżanie efektywności oraz słabe perspektywy rozwoju, niezbędne stało się wdrożenie nowego modelu POZ. Model ma zwiększyć rolę POZ i zapewnić skoordynowanie działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększyć realizacji profilaktyki i edukacji zdrowotnej, jak również umożliwiać świadczenie kompleksowej i holistycznej opieki POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną. Ponadto zwiększona zostanie rola personelu medycznego w POZ. W konsekwencji większym niż dotychczas stopniu przyczyni się do zachowania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa naszego kraju. Korzyści dla obywateli obejmują między innymi zaoferowanie każdej indywidualnej osobie oraz każdej rodzinie opieki zarówno specjalisty medycyny rodzinnej, jak i zespołu POZ, a dzięki zwiększeniu koordynacji udzielanych świadczeń poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki oraz poprawę jakości udzielnych świadczeń. Cele strategiczne nowego POZ to:

1. Zapewnienie kompleksowej, ciągłej i holistycznej opieki dla każdego obywatela, sprawowanej w kontekście indywidualnych potrzeb, rodziny, jak i społeczności lokalnej;
2. zachowanie i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa;
3. wysoki poziom bezpieczeństwa i zadowolenia ze świadczeń POZ;
4. ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności podopiecznych POZ.
5. **Tło społeczne - powody przeprowadzenia kampanii**

Wprowadzenie nowego modelu podstawowej opieki zdrowotnej, opartego o medycynę rodzinną i Zespołu POZ i pojawiające się w tym kontekście niepokoje społeczne skutkują koniecznością przeprowadzenia kampanii społecznej, której celem będzie uświadomienie pacjentom i personelowi medycznemu udzielającemu świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej faktycznych korzyści wynikających z wprowadzonych zmian.

Celem kampanii będzie uświadomienie społeczeństwu polskiemu możliwości, jakie daje wybór własnego lekarza, pielęgniarki i położnej przygotowanych do zaspokojenia większości potrzeb zdrowotnych. Uświadomienie, iż wprowadzenie modelu opieki skoncentrowanego na pacjencie i jego potrzebach zdrowotnych, optymalizacja procesu leczenia, jak również podnoszenie poziomu jakości udzielanych świadczeń, będzie skutkować poprawą jakości i bezpieczeństwa świadczeń, jak również satysfakcji z uzyskiwanej opieki, łatwiejszy dostęp do lekarza i pielęgniarki, poprawę. Natomiast w odniesieniu do kadry medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej uświadomią znaczenia prestiżu pracy w tej części systemu ochrony zdrowia.

1. **Grupa docelowa:**
2. Populacja generalna (ogół społeczeństwa naszego kraju – dzieci, dorośli, osoby starsze, niezależnie od płci, wieku i statusu społecznego) – powszechny charakter opieki.
3. Personel medyczny, w szczególności lekarze, pielęgniarki, położne.
4. Studenci kierunków medycznych (przyszli lekarze, pielęgniarki i położne rodzinni), którzy znajdują się na progu kariery zawodowej i stoją przed wyborem ścieżki dalszego kształcenia specjalizacyjnego.
5. **Cel komunikacyjny:**
6. MR/ POZ jest pierwszym, podstawowym, łatwo dostępnym (bliskość miejsca zamieszkania, brak kolejek) miejscem, w którym pacjent może uzyskać opiekę medyczną wyłączając stany nagłe (np. nagłe zachorowania, wypadki, urazy, zaostrzenie choroby przewlekłej itp.).
7. MR/ POZ zajmuje się zarówno ostrymi, jak i przewlekłymi chorobami (np. zarówno „zwykłym” przeziębieniem, jak i np. cukrzycą czy nadciśnieniem tętniczym).
8. MR/ POZ promuje zdrowie i zachowania sprzyjające zdrowiu. Sprawuje opiekę profilaktyczną nad pacjentem (szczepienia, bilanse zdrowia, edukacja zdrowotna, identyfikacja czynników ryzyka zachorowania na choroby przelekłe).
9. MR/ POZ sprawuje kompleksową opiekę nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym (bilanse zdrowia, profilaktyczne szczepienia ochronne zgodnie z tzw. kalendarzem szczepień, kształtowanie świadomości prozdrowotnej).
10. Lekarze, pielęgniarki i położne medycyny rodzinnej są KOMPLEKSOWO PRZYGOTOWANI DO SPRAWOWANIA HOLISTYCZNEJ OPIEKI NAD PACJENTEM ZARÓWNO W ZDROWIU JAK I W CHOROBIE wykwalifikowani, kompetentni, znają pacjenta i jego środowisko, podchodzą do niego holistycznie (rola profilaktyki).
11. Warto być lekarzem rodzinnym, pielęgniarką i położną (wszechstronny rozwój, prestiż, satysfakcja zawodowa).
12. Zbudowanie zaufania pacjenta do wybranego przez siebie Zespołu POZ, który kompleksowo i stale opiekuje się pacjentem.
13. Poprawa stanu wiedzy na temat roli POZ w systemie opieki zdrowotnej.
14. Zbudowanie przekonania o poprawie jakości POZ oraz satysfakcji pacjentów.
15. Wzrost liczby specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej.
16. Zbudowanie autorytetu kadry POZ.
17. **Medycyna rodzinna:**
18. nawiązuje relację partnerską z pacjentem (od poczęcia aż do naturalnej śmierci) i jego rodziną,
19. utrzymuje pacjenta jak najdłużej w zdrowiu,
20. kompleksowo opiekuje się pacjentem,
21. proponuje najlepsze rozwiązania – odpowiednie decyzje, przygotowują i realizują indywidualne plany diagnostyki, leczenia i opieki
22. zwraca uwagę na problem niskiej świadomości profilaktyki,
23. edukuje i zachęca i przeprowadza badania profilaktyczne,
24. sprawuje opiekę nad kobietą w okresie ciąży i połogu.

**Leczenie w POZ:**

* nie jest obwarowane kolejkami (co do zasady wizyta w dniu zgłoszenia),
* odbywa się bez skierowania, np. w przypadku konieczności uzyskania recepty (dodatkowo możliwość wystawiania recept przez pielęgniarki i położne),
* jest powszechne (nie wiąże się z koniecznością ponoszenia dodatkowych opłat przez pacjenta, nawet jeśli jest on pozbawiony prawa do świadczeń),
* jest dostępne od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (wtedy pacjent może zgłosić się do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej),
* jest kompleksowe (opiekę nad pacjentem sprawuje lekarz, pielęgniarka i położna),
* obejmuje możliwość wykonania drobnych zabiegów (np. zdejmowanie szwów, cewnikowanie pęcherza, zdejmowanie i zmiana opatrunków na ranę, cewnikowanie pęcherza moczowego),
* obejmuje edukację zdrowotną pacjenta i jego rodziny (np. w przypadku pacjentów wymagających opieki),
* w przypadkach uzasadnionych medycznie może odbywać się w miejscu zamieszkania pacjenta (wizyty domowe),
* jest ciągłe i skoordynowane (w przypadku zaistnienia takiej potrzeby lekarz POZ kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne, niezbędne badania lub do szpitala, na leczenie uzdrowiskowe lub do opieki sługoterminowej),
* obejmuje monitorowanie rozwoju dziecka i profilaktykę chorób wieku rozwojowego.
1. **Wizerunek świadczeniodawców POZ**
2. nawiązują relację partnerską z pacjentem
3. kompleksowo opiekują się pacjentem
4. proponują najlepsze rozwiązania - odpowiednie decyzje, przygotowują i realizują indywidualne plany diagnostyki, leczenia i opieki
5. zwracają uwagę na problem niskiej świadomości profilaktyki
6. edukują i zachęcają do profilaktycznych badań
7. są autorytetami
8. **Główna myśl przekazu**
9. Pacjent składając deklaracje świadomie wybiera lekarza, pielęgniarkę i położną, którzy będą sprawowali nad nim opiekę.
10. Wybrani przez pacjenta członkowie Zespołu POZ zapewniają kompleksową opiekę.
11. POZ tworzy wykwalifikowana kadra (medycyna rodzinna), która zaspokaja ok 80% potrzeb zdrowotnych pacjentów, współpracuje ze specjalistami medycznymi oraz innymi profesjonalistami (fizjoterapia, psychoterapia) – holistyczne podejście do pacjenta.
12. Zwiększenie świadomości roli POZ w opiece nad pacjentem.
13. Zwiększenie świadomości roli POZ, w szczególności jej nowego modelu, w systemie ochrony zdrowia.
14. Przedstawienie zasad opieki koordynowanej i kompleksowej.
15. Wskazanie korzyści z nowej organizacji POZ.
16. Działania na rzecz zachęcania przyszłych kadr medycznych do wyboru specjalizacji medycyna rodzinna.
17. Działania edukacyjne dotyczące roli profilaktyki w POZ dla pacjenta i populacji.
18. Działania informacyjne w zakresie podnoszenia jakości POZ i wzrostu satysfakcji pacjenta.
19. Promowanie pracy w POZ jako prestiżowej, umożliwiającej stały rozwój zawodowy, dającej satysfakcję.
20. Działania informacyjne na temat nowych zasad finansowania POZ- więcej środków-więcej świadczeń dla pacjentów.
21. Realizacja kampanii medialnych w regionalnych i ogólnopolskich stacjach telewizyjnych (emisja materiałów edukacyjno-reklamowych przez cały rok na terenie całego kraju).
22. **Mity i stereotypy**

Dotychczasowy model podstawowej opieki zdrowotnej oparty o system finansowania lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, nie stanowił motywacji do zapewnienia kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem, w którym brak współpracy między świadczeniodawcami spowodował, iż pacjenci nie najlepiej oceniali jakość leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, a w konsekwencji preferowali leczenie specjalistyczne. Przyzwyczajenie pacjentów do leczenia specjalistycznego, skutkowało nadkonsumpcją świadczeń specjalistycznych i hospitalizacji, co wpłynęło na problemy z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej. Zbyt częste korzystanie z opieki specjalistycznej, nie wpływało jednocześnie na poprawę skuteczności i jakości leczenia pacjentów.

Brak kompleksowych działań i ich koordynacji z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, niedostateczna rola profilaktyki i edukacji zdrowotnej, skutkowały brakiem kompleksowej i holistycznej POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną. Nowy model podstawowej opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie możliwości diagnostyczno-leczniczych poprawi jej jakość i pozwoli na jej lepszą ocenę przez pacjentów.

1. **Problem**
2. Preferencja wyboru opieki specjalistycznej, często nieadekwatnie do rzeczywistego problemu zdrowotnego.
3. Brak wiedzy i świadomości na temat roli podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjenta oraz systemu ochrony zdrowia.
4. Brak świadomości w zakresie znaczenia medycyny rodzinnej.
5. **Dodatkowe informacje:**
6. Intencją tego zlecenia jest promowanie medycyny rodzinnej (MR) i „odczarowanie” podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z naleciałości typu niekompetencja personelu POZ i nieustanne „przepychanie” pacjenta z POZ do innych poradni specjalistycznych.
7. Specjalizacją lekarską wprost dedykowaną POZ (i tylko POZ) jest medycyna rodzinna. Lekarze tej specjalności sprawują opiekę (jak sama nazwa wskazuje) nie tylko nad samym pacjentem (jednostką), ale i całą rodziną. Istotny jest zatem kontekst i punkt odniesienia – MR troszczy się o zdrowie pacjenta, uwzględniając kontekst rodzinny i społeczność lokalną (np. wiejską, miejską, z terenów zmarginalizowanych, uprzemysłowionych, itd. – inne czynniki ryzyka, zróżnicowana struktura zachorowań). Lekarze MR znają doskonale historię chorobową danej rodziny, jej uwarunkowania socjo-ekonomiczne oraz środowisko zamieszkania. Dzięki temu mogą sprawować kompleksową opiekę oraz monitorować ryzyko wystąpienia określonych chorób (np. uwarunkowanych genetycznie).
8. Pacjent ma zapewniony w Zespole POZ (lekarz, pielęgniarka, położna) bezpośredni kontakt z wybranymi przez siebie członkami tego Zespołu dzięki temu ma zapewnioną możliwość lepszej komunikacji, bo złożona deklaracja wyboru pozwala na podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail. Kontakt ten będzie dotyczył nie tylko konkretnych wizyt (umawianie, planowanie, przypominanie, odwoływanie) i opieki nad pacjentem, ale też informacji o prowadzonych działaniach edukacyjnych i akcjach prozdrowotnych.
9. Lekarz POZ to profesjonalista, który jest jednocześnie terapeutą, opiekunem, promotorem zdrowia i edukatorem oraz koordynatorem opieki i dobrym jej organizatorem. Wszystkie działania profilaktyczne i terapeutyczne podejmowane przez lekarza POZ są oparte na dowodach naukowych. Swoim profesjonalizmem lekarz POZ będzie zachęcał do podejmowania działań zapobiegających chorobom oraz promujących zdrowy tryb życia (czyli nie tylko interwencja w przypadku choroby ale utrzymywanie pacjenta w zdrowiu).
10. Fakt, iż podstawowa opieka zdrowotna jest źródłem kompleksowej wiedzy o pacjencie, o problemach zdrowotnych całej rodziny, pozwoli zapewnić pacjentowi i jego rodzinie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, zaufanie i satysfakcję ze sprawowanej opieki. W przypadku problemów zdrowotnych działania podstawowej opieki zdrowotnej będą realizowane w ramach indywidualnego planu diagnostyki, leczenia i opieki, poza tym pacjent będzie miał możliwość korzystania z opieki w miejscu zamieszkania oraz wizyt patronażowych.

# II. Przedmiot zamówienia

Opracowanie i publikacja tekstów (artykułów) prasowych.

Treść artykułów Wykonawca przekaże w formacie MS Word Zamawiającemu w ciągu 14 dni przed publikacją do weryfikacji merytorycznej, tj. sprawdzenia zgodności tekstu z aktualną wiedzą medyczną.

Przygotowanie wersji elektronicznej artykułów, pliki powinny być gotowe do zamieszczenia na stronie internetowej oraz na profilach społecznościowych.

Publikacja artykułu musi zostać uzupełniona odpowiednim logotypem Ministerstwa Zdrowia

Do zadań Wykonawcy należeć będzie:

* pozyskanie informacji oraz napisanie artykułów prasowych
* pozyskanie wypowiedzi ekspertów
* opracowanie graficzne i edytorskie
* korekta tekstu
* publikacja w wydaniach papierowych i ewentualnie elektronicznych
* zapewnienie poprawności tekstów pod względem gramatycznym, ortograficznym, interpunkcyjnym itd. (zgodnie z normami słownikowymi). Za błędy powstałe w druku materiałów (różne od wersji zaakceptowanej przez Zamawiającego) wyłączną odpowiedzialność ponosi Wykonawca. Obowiązkiem Wykonawcy będzie przygotowanie sprawozdania - raportu z realizacji zamówienia. Powinno być dostarczone przez Wykonawcę najpóźniej na tydzień przed zakończeniem okresu realizacji umowy.
* Język komunikacji musi być prosty i zrozumiały, tj. przy tworzeniu tekstu należy unikać specjalistycznego, przez co niezrozumiałego języka.
* W komunikacji należy unikać:
1. zbyt górnolotnego języka
2. abstrakcyjnych przykładów, nie związanych z dziedzinami medycznymi, profilaktycznymi
3. stosowania treści, które mogą dyskryminować płeć oraz określone grupy społeczne pod względem: wyznawanej religii, poglądów politycznych itp.
4. przekazywania treści mających charakter przemocy, agresji itp.
* Wykonawca może uzupełnić teksty infografikami, wykresami lub zdjęciami opracowanymi wg przygotowanego przez siebie projektu, uprzednio zaakceptowanego przez Zamawiającego.
* Artykuły prasowe muszą być w pełni dostępne dla osób niepełnosprawnych.

Wykonawca w terminie uzgodnionym z Zamawiającym przekaże harmonogram publikacji ogłoszeń.

* Wszystkie teksty, infografiki, zdjęcia itp., które Wykonawca wykona w ramach realizacji umowy Zamawiający będzie mógł wykorzystać, m.in. w celu publikowania ich w swoich serwisach internetowych oraz mediach społecznościowych.
* Artykuły muszą zostać opublikowane w pełnym nakładzie gazet i czasopism wskazanych przez Wykonawcę.
* Każdy artykuł musi zawierać minimum następujące informacje, chyba, że Zamawiający stwierdzi inaczej :
1. Treść artykułu
2. napis: Artykuł współfinansowany przez Ministerstwo Zdrowia
* Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowej autoryzacji wypowiedzi osób, które udzielą wywiadów na potrzeby artykułów, a także uzyskania zgody rozmówców na wykorzystanie zdjęć, wizualizacji i grafik - przy założeniu, że Wykonawca wykorzysta ww. elementy w artykułach;
* Wykonawca zobowiązany jest do zawarcia umowy z osobami, których wizerunek zostanie utrwalony w artykułach, na podstawie której Wykonawca będzie dysponował prawem do wizerunku tych osób. Wykonawca przekaże umowy Zamawiającemu przed publikacją pierwszego artykułu;
* Zamawiający może udostępnić Wykonawcy kontakty do osób bezpośrednio zajmujących się realizacją poszczególnych tematów.
* Każdy z zamieszczanych artykułów będzie inny od pozostałych.
* Jeżeli tytuł prasowy posiada stronę internetową, serwis internetowy i/lub konta w kanałach społecznościowych, powstające teksty prasowe muszą być również opublikowane w tych kanałach internetowych. Wykonawca przygotuje wpisy (2 posty) wraz z grafiką na media społecznościowe zaoferowanej gazety. Wpis będzie dotyczył najważniejszych informacji z każdego artykułu prasowego.
* Wykonawca przygotuje i opublikuje artykuł na portalach zaproponowanej gazety, jeśli tytułu takowe posiadają. Zamawiający dopuszcza, by w Internecie ukazały się te same artykuły, co w wydaniach papierowych. Wykonawca przygotuje ilustracje do poszczególnych artykułów w postaci zdjęć, infografik, wykresów itp.
* Zamawiający zastrzega możliwość spersonalizowanych komunikatów z treściami z artykułów prasowych, które zostaną opublikowane w gazetach, do wyselekcjonowanych grup odbiorców.
1. **Wymagania Zamawiającego dotyczące zapewnienia powierzchni do publikacji artykułów.**
	1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości publikacji artykułów prasowych w oddzielnym dodatku tematycznym bądź branżowym.
	2. Zamawiający nie dopuszcza publikacji artykułów na stronach ogłoszeniowych, stronach z komunikatami i nekrologami, repertuarami, informacjami na temat przetargów, stronach miejskich (dodatki miejskie w dziennikach ogólnopolskich), stronach motoryzacyjnych, sportowych oraz kulturalnych.
	3. Zamawiający zastrzega, aby w dniu publikacji artykułu prasowego na stronach sąsiadujących tzn. obok siebie nie były publikowane inne treści o charakterze sensacyjnym, deprecjonujące obszar ochrony zdrowia, reklam firm farmaceutycznych lub z branży medycznej ani suplementów diety.
	4. Format artykułów w formie drukowanej: minimum ½ strony, maksimum 2 strony dziennika lub czasopisma
	5. Liczba znaków artykułów w formie drukowanej: minimum 4 000 (ze spacjami)
	6. Każdy artykuł prasowy musi zostać opublikowany w pełnym nakładzie dziennika lub czasopisma.
	7. Zamawiający będzie mierzyć efektywność publikacji w prasie poprzez nakład oraz numery strony.

1. **Wymagania Zamawiającego dotyczące publikacji artykułów prasowych:**

Dzienniki lub tygodniki ogólnopolskie. Zamawiający wymaga, aby dziennik lub tygodnik:

* 1. ukazywał się w postaci drukowanej
	2. był płatny
	3. obejmował swoim zasięgiem obszar całego kraju
	4. ukazywał się regularnie
	5. prezentował tematykę związaną z ochroną zdrowia tzn. co najmniej jeden tekst nt. zdrowia/medycyny w co najmniej co drugim wydaniu lub posiadał stały dodatek poświęcony ww. tematyce
	6. miał charakter opiniotwórczy
	7. miał nakład sprzedaży wydań drukowanych w 2017 r. na poziomie co najmniej 40 000 egzemplarzy (źródło danych: Związek Kontroli Dystrybucji Prasy).

# V. Wymagania dotyczące współpracy Zamawiającego z Wykonawcą

1. Wykonawca zobowiązany jest do bieżącej współpracy z Zamawiającym w celu należytej realizacji zamówienia. Wykonawca zapewni osobę do kontaktów dyspozycyjną telefonicznie, mailowo lub do spotkań roboczych w siedzibie Zamawiającego (ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa) po wcześniejszym uzgodnieniu terminu (poniedziałek - piątek w godz. 8.15 - 16.15).
2. Logotyp Ministerstwa Zdrowia zostanie przekazany Wykonawcy po zawarciu umowy.
3. Wszystkie projekty artykułów prasowych będą przekazywane drogą elektroniczną. W tej samej formie będzie odbywało się dokonywanie akceptacji, a także zgłaszanie uwag przez Zamawiającego.
4. Wykonawca będzie dysponował w trakcie realizacji zamówienia sprzętem oraz aktualnym i legalnym oprogramowaniem niezbędnym do należytego i terminowego wykonywania zamówienia.
5. Brak akceptacji Zamawiającego w przypadku publikacji artykułów będzie skutkował publikacją na koszt Wykonawcy.

# VI. Harmonogram realizacji zamówienia

1. Przedmiot umowy realizowany będzie do 30 listopada 2018 roku od dnia zawarcia umowy.

W tym terminie Wykonawca jest zobowiązany do:

* + przedstawienia Zamawiającemu projektów artykułów prasowych
	+ uzyskania akceptacji Zamawiającego w zakresie ostatecznej wersji artykułów prasowych
1. Zamawiający zakłada publikację artykułów prasowych od momentu podpisania umowy do 30 listopada 2018 roku w minimum 5 dziennikach lub tygodnikach o zasięgu ogólnopolskim, w ilości od 5 do 10 w każdym z tych dzienników lub tygodników.

 Jednocześnie zastrzega się, iż terminy oraz liczba publikacji ogłoszeń mogą ulec zmianie

1. Minimum 14 dni przed publikacją Wykonawca przekaże Zamawiającemu drogą elektroniczną artykuł prasowy planowany do publikacji celem jego akceptacji lub zgłoszenia ewentualnych uwag. Termin ten nie dotyczy artykułów przygotowywanych przez agencje prasowe.
2. Zamawiający zastrzega możliwość zgłaszania uwag do każdego artykułu prasowego

(maksymalnie do 3 dni roboczych od dnia otrzymania projektu) z zastrzeżeniem, iż powtórzenie uwag przez Zamawiającego z powodu ich uprzedniego nieuwzględnienia przez Wykonawcę nie jest traktowane jako zgłoszenie uwag.

1. Jeśli Wykonawca nie uwzględni dwukrotnie tych samych uwag zgłoszonych przez Zamawiającego do projektów, Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od Umowy ze skutkiem natychmiastowym, bez konieczności wyznaczania Wykonawcy dodatkowego terminu na jej wykonanie.
2. Brak uwzględnienia przez Wykonawcę wszystkich uwag Zamawiającego nie wstrzymuje biegu terminu realizacji zamówienia.
3. Wykonawca ma obowiązek uwzględniać i wprowadzać wszystkie uwagi Zamawiającego do projektów artykułów prasowych.
4. Wykonawca ma obowiązek przedstawienia Zamawiającemu projektów artykułów prasowych rozumianych w każdym przypadku jako tekst w wersji ostatecznej (z korektą i adjustacją tekstów).
5. Maksymalnie na 3 dni przed datą publikacji każdego artykułu prasowego Wykonawca jest zobowiązany do uzyskania akceptacji Zamawiającego dla danego ogłoszenia prasowego w wersji ostatecznej. Termin ten nie dotyczy artykułów przygotowywanych przez agencje prasowe.
6. Wersja ostateczna artykułu prasowego, która uzyskała akceptację Zamawiającego zapisywana jest formacie .pdf i przekazywana Zamawiającemu drogą elektroniczną.
7. Wykonawca bezpłatnie dostarczy Zamawiającemu jedno papierowe wydanie każdego czasopisma, w którym opublikowany zostanie artykuł prasowy w terminie do 14 dni od daty publikacji lub plik z zapisem tego tekstu opublikowanego na portalu.

Zadanie nr 2- **Dzienniki lub tygodniki o zasięgu lokalnym**

1. **Cel zamówienia/Tematyka:**

Celem kampanii jest przekonanie pacjentów, że w większości przypadków ich skutecznym leczeniem może i powinien zająć się lekarz rodzinny / lekarz POZ i że opieka takiego lekarza jest wystarczająca. Wskazanie, że pacjenci nie muszą starać się dotrzeć do lekarzy specjalistów, powinni przede wszystkim korzystać z usług lekarzy POZ i rodzinnych.

Wskazanie, że to lekarz POZ / rodzinny powinien koordynować proces leczenia i ewentualnie podejmować decyzje o konsultacji danego pacjenta i przypadku chorobowego ze specjalistą. Wskazanie na rolę i znaczenie lekarza rodzinnego i/lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce, rozpoznawaniu i leczeniu chorób.

Przedstawianie argumentów za tym, że znaczna część pacjentów zgłaszających się ze znaczną częścią chorób i dolegliwości może być skutecznie leczona przez lekarzy rodzinnych/lekarzy POZ.

Podstawowa opieka zdrowotna pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia.
Od jej sprawności i skuteczności w znacznym stopniu zależy efektywność całego systemu.
Doświadczenia innych krajów pokazują, że dobrze rozwinięta i zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna jest w stanie zaspokoić do 90% potrzeb zdrowotnych populacji,
w tym części zakresów specjalistycznych, zgodnie z zakresem kompetencji specjalisty medycyny rodzinnej – lekarza rodzinnego. Lepsze wykorzystanie potencjału podstawowej opieki zdrowotnej opartego na medycynie rodzinnej zapewnia zaspokojenie większości potrzeb zdrowotnych blisko miejsca zamieszkania chorych, a tym samym zmniejszy liczbę hospitalizacji, szczególnie tych które nie zawsze są niezbędne.

Obecnie POZ jest częścią systemu opieki zdrowotnej zapewniającą świadczenia
zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne
z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane
w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Świadczenia POZ obejmują świadczenia
lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, finansowane na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej. Ponadto w ramach POZ zapewniana jest profilaktyczna opieka nad dziećmi
i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

Obecnie, spośród wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w POZ i przyjmujących deklaracje wyboru, zaledwie 31% posiada specjalizację w dziedzinie medycyny
rodzinnej, natomiast odsetek pielęgniarek i położnych posiadających specjalizację
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, przyjmujących jednocześnie deklaracje wyboru, wynosi odpowiednio 4,7 i 3,4%.

Biorąc pod uwagę pogłębiające się problemy w funkcjonowaniu POZ, spowodowane brakiem spójnej wizji funkcjonowania tego szczebla opieki zdrowotnej, obniżanie efektywności oraz słabe perspektywy rozwoju, niezbędne stało się wdrożenie nowego modelu POZ. Model ma zwiększyć rolę POZ i zapewnić skoordynowanie działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększyć realizacji profilaktyki i edukacji zdrowotnej, jak również umożliwiać świadczenie kompleksowej i holistycznej opieki POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną. Ponadto zwiększona zostanie rola personelu medycznego w POZ. W konsekwencji większym niż dotychczas stopniu przyczyni się do zachowania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa naszego kraju. Korzyści dla obywateli obejmują między innymi zaoferowanie każdej indywidualnej osobie oraz każdej rodzinie opieki zarówno specjalisty medycyny rodzinnej, jak i zespołu POZ, a dzięki zwiększeniu koordynacji udzielanych świadczeń poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki oraz poprawę jakości udzielnych świadczeń. Cele strategiczne nowego POZ to:

1. Zapewnienie kompleksowej, ciągłej i holistycznej opieki dla każdego obywatela, sprawowanej w kontekście indywidualnych potrzeb, rodziny, jak i społeczności lokalnej;
2. zachowanie i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa;
3. wysoki poziom bezpieczeństwa i zadowolenia ze świadczeń POZ;
4. ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności podopiecznych POZ.
5. **Tło społeczne - powody przeprowadzenia kampanii**

Wprowadzenie nowego modelu podstawowej opieki zdrowotnej, opartego o medycynę rodzinną i Zespołu POZ i pojawiające się w tym kontekście niepokoje społeczne skutkują koniecznością przeprowadzenia kampanii społecznej, której celem będzie uświadomienie pacjentom i personelowi medycznemu udzielającemu świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej faktycznych korzyści wynikających z wprowadzonych zmian.

Celem kampanii będzie uświadomienie społeczeństwu polskiemu możliwości, jakie daje wybór własnego lekarza, pielęgniarki i położnej przygotowanych do zaspokojenia większości potrzeb zdrowotnych. Uświadomienie, iż wprowadzenie modelu opieki skoncentrowanego na pacjencie i jego potrzebach zdrowotnych, optymalizacja procesu leczenia, jak również podnoszenie poziomu jakości udzielanych świadczeń, będzie skutkować poprawą jakości i bezpieczeństwa świadczeń, jak również satysfakcji z uzyskiwanej opieki, łatwiejszy dostęp do lekarza i pielęgniarki, poprawę. Natomiast w odniesieniu do kadry medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej uświadomią znaczenia prestiżu pracy w tej części systemu ochrony zdrowia.

1. **Grupa docelowa:**
2. Populacja generalna (ogół społeczeństwa naszego kraju – dzieci, dorośli, osoby starsze, niezależnie od płci, wieku i statusu społecznego) – powszechny charakter opieki.
3. Personel medyczny, w szczególności lekarze, pielęgniarki, położne.
4. Studenci kierunków medycznych (przyszli lekarze, pielęgniarki i położne rodzinni), którzy znajdują się na progu kariery zawodowej i stoją przed wyborem ścieżki dalszego kształcenia specjalizacyjnego.
5. **Cel komunikacyjny:**
6. MR/ POZ jest pierwszym, podstawowym, łatwo dostępnym (bliskość miejsca zamieszkania, brak kolejek) miejscem, w którym pacjent może uzyskać opiekę medyczną wyłączając stany nagłe (np. nagłe zachorowania, wypadki, urazy, zaostrzenie choroby przewlekłej itp.).
7. MR/ POZ zajmuje się zarówno ostrymi, jak i przewlekłymi chorobami (np. zarówno „zwykłym” przeziębieniem, jak i np. cukrzycą czy nadciśnieniem tętniczym).
8. MR/ POZ promuje zdrowie i zachowania sprzyjające zdrowiu. Sprawuje opiekę profilaktyczną nad pacjentem (szczepienia, bilanse zdrowia, edukacja zdrowotna, identyfikacja czynników ryzyka zachorowania na choroby przelekłe).
9. MR/ POZ sprawuje kompleksową opiekę nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym (bilanse zdrowia, profilaktyczne szczepienia ochronne zgodnie z tzw. kalendarzem szczepień, kształtowanie świadomości prozdrowotnej).
10. Lekarze, pielęgniarki i położne medycyny rodzinnej są KOMPLEKSOWO PRZYGOTOWANI DO SPRAWOWANIA HOLISTYCZNEJ OPIEKI NAD PACJENTEM ZARÓWNO W ZDROWIU JAK I W CHOROBIE wykwalifikowani, kompetentni, znają pacjenta i jego środowisko, podchodzą do niego holistycznie (rola profilaktyki).
11. Warto być lekarzem rodzinnym, pielęgniarką i położną (wszechstronny rozwój, prestiż, satysfakcja zawodowa).
12. Zbudowanie zaufania pacjenta do wybranego przez siebie Zespołu POZ, który kompleksowo i stale opiekuje się pacjentem.
13. Poprawa stanu wiedzy na temat roli POZ w systemie opieki zdrowotnej.
14. Zbudowanie przekonania o poprawie jakości POZ oraz satysfakcji pacjentów.
15. Wzrost liczby specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej.
16. Zbudowanie autorytetu kadry POZ.
17. **Medycyna rodzinna:**
18. nawiązuje relację partnerską z pacjentem (od poczęcia aż do naturalnej śmierci) i jego rodziną,
19. utrzymuje pacjenta jak najdłużej w zdrowiu,
20. kompleksowo opiekuje się pacjentem,
21. proponuje najlepsze rozwiązania – odpowiednie decyzje, przygotowują i realizują indywidualne plany diagnostyki, leczenia i opieki
22. zwraca uwagę na problem niskiej świadomości profilaktyki,
23. edukuje i zachęca i przeprowadza badania profilaktyczne,
24. sprawuje opiekę nad kobietą w okresie ciąży i połogu.

**Leczenie w POZ:**

* nie jest obwarowane kolejkami (co do zasady wizyta w dniu zgłoszenia),
* odbywa się bez skierowania, np. w przypadku konieczności uzyskania recepty (dodatkowo możliwość wystawiania recept przez pielęgniarki i położne),
* jest powszechne (nie wiąże się z koniecznością ponoszenia dodatkowych opłat przez pacjenta, nawet jeśli jest on pozbawiony prawa do świadczeń),
* jest dostępne od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (wtedy pacjent może zgłosić się do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej),
* jest kompleksowe (opiekę nad pacjentem sprawuje lekarz, pielęgniarka i położna),
* obejmuje możliwość wykonania drobnych zabiegów (np. zdejmowanie szwów, cewnikowanie pęcherza, zdejmowanie i zmiana opatrunków na ranę, cewnikowanie pęcherza moczowego),
* obejmuje edukację zdrowotną pacjenta i jego rodziny (np. w przypadku pacjentów wymagających opieki),
* w przypadkach uzasadnionych medycznie może odbywać się w miejscu zamieszkania pacjenta (wizyty domowe),
* jest ciągłe i skoordynowane (w przypadku zaistnienia takiej potrzeby lekarz POZ kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne, niezbędne badania lub do szpitala, na leczenie uzdrowiskowe lub do opieki sługoterminowej),
* obejmuje monitorowanie rozwoju dziecka i profilaktykę chorób wieku rozwojowego.
1. **Wizerunek świadczeniodawców POZ**
2. nawiązują relację partnerską z pacjentem
3. kompleksowo opiekują się pacjentem
4. proponują najlepsze rozwiązania - odpowiednie decyzje, przygotowują i realizują indywidualne plany diagnostyki, leczenia i opieki
5. zwracają uwagę na problem niskiej świadomości profilaktyki
6. edukują i zachęcają do profilaktycznych badań
7. są autorytetami
8. **Główna myśl przekazu**
9. Pacjent składając deklaracje świadomie wybiera lekarza, pielęgniarkę i położną, którzy będą sprawowali nad nim opiekę.
10. Wybrani przez pacjenta członkowie Zespołu POZ zapewniają kompleksową opiekę.
11. POZ tworzy wykwalifikowana kadra (medycyna rodzinna), która zaspokaja ok 80% potrzeb zdrowotnych pacjentów, współpracuje ze specjalistami medycznymi oraz innymi profesjonalistami (fizjoterapia, psychoterapia) – holistyczne podejście do pacjenta.
12. Zwiększenie świadomości roli POZ w opiece nad pacjentem.
13. Zwiększenie świadomości roli POZ, w szczególności jej nowego modelu, w systemie ochrony zdrowia.
14. Przedstawienie zasad opieki koordynowanej i kompleksowej.
15. Wskazanie korzyści z nowej organizacji POZ.
16. Działania na rzecz zachęcania przyszłych kadr medycznych do wyboru specjalizacji medycyna rodzinna.
17. Działania edukacyjne dotyczące roli profilaktyki w POZ dla pacjenta i populacji.
18. Działania informacyjne w zakresie podnoszenia jakości POZ i wzrostu satysfakcji pacjenta.
19. Promowanie pracy w POZ jako prestiżowej, umożliwiającej stały rozwój zawodowy, dającej satysfakcję.
20. Działania informacyjne na temat nowych zasad finansowania POZ- więcej środków-więcej świadczeń dla pacjentów.
21. Realizacja kampanii medialnych w regionalnych i ogólnopolskich stacjach telewizyjnych (emisja materiałów edukacyjno-reklamowych przez cały rok na terenie całego kraju).
22. **Mity i stereotypy**

Dotychczasowy model podstawowej opieki zdrowotnej oparty o system finansowania lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, nie stanowił motywacji do zapewnienia kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem, w którym brak współpracy między świadczeniodawcami spowodował, iż pacjenci nie najlepiej oceniali jakość leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, a w konsekwencji preferowali leczenie specjalistyczne. Przyzwyczajenie pacjentów do leczenia specjalistycznego, skutkowało nadkonsumpcją świadczeń specjalistycznych i hospitalizacji, co wpłynęło na problemy z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej. Zbyt częste korzystanie z opieki specjalistycznej, nie wpływało jednocześnie na poprawę skuteczności i jakości leczenia pacjentów.

Brak kompleksowych działań i ich koordynacji z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, niedostateczna rola profilaktyki i edukacji zdrowotnej, skutkowały brakiem kompleksowej i holistycznej POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną. Nowy model podstawowej opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie możliwości diagnostyczno-leczniczych poprawi jej jakość i pozwoli na jej lepszą ocenę przez pacjentów.

1. **Problem**
2. Preferencja wyboru opieki specjalistycznej, często nieadekwatnie do rzeczywistego problemu zdrowotnego.
3. Brak wiedzy i świadomości na temat roli podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjenta oraz systemu ochrony zdrowia.
4. Brak świadomości w zakresie znaczenia medycyny rodzinnej.
5. **Dodatkowe informacje:**
6. Intencją tego zlecenia jest promowanie medycyny rodzinnej (MR) i „odczarowanie” podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z naleciałości typu niekompetencja personelu POZ i nieustanne „przepychanie” pacjenta z POZ do innych poradni specjalistycznych.
7. Specjalizacją lekarską wprost dedykowaną POZ (i tylko POZ) jest medycyna rodzinna. Lekarze tej specjalności sprawują opiekę (jak sama nazwa wskazuje) nie tylko nad samym pacjentem (jednostką), ale i całą rodziną. Istotny jest zatem kontekst i punkt odniesienia – MR troszczy się o zdrowie pacjenta, uwzględniając kontekst rodzinny i społeczność lokalną (np. wiejską, miejską, z terenów zmarginalizowanych, uprzemysłowionych, itd. – inne czynniki ryzyka, zróżnicowana struktura zachorowań). Lekarze MR znają doskonale historię chorobową danej rodziny, jej uwarunkowania socjo-ekonomiczne oraz środowisko zamieszkania. Dzięki temu mogą sprawować kompleksową opiekę oraz monitorować ryzyko wystąpienia określonych chorób (np. uwarunkowanych genetycznie).
8. Pacjent ma zapewniony w Zespole POZ (lekarz, pielęgniarka, położna) bezpośredni kontakt z wybranymi przez siebie członkami tego Zespołu dzięki temu ma zapewnioną możliwość lepszej komunikacji, bo złożona deklaracja wyboru pozwala na podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail. Kontakt ten będzie dotyczył nie tylko konkretnych wizyt (umawianie, planowanie, przypominanie, odwoływanie) i opieki nad pacjentem, ale też informacji o prowadzonych działaniach edukacyjnych i akcjach prozdrowotnych.
9. Lekarz POZ to profesjonalista, który jest jednocześnie terapeutą, opiekunem, promotorem zdrowia i edukatorem oraz koordynatorem opieki i dobrym jej organizatorem. Wszystkie działania profilaktyczne i terapeutyczne podejmowane przez lekarza POZ są oparte na dowodach naukowych. Swoim profesjonalizmem lekarz POZ będzie zachęcał do podejmowania działań zapobiegających chorobom oraz promujących zdrowy tryb życia (czyli nie tylko interwencja w przypadku choroby ale utrzymywanie pacjenta w zdrowiu).
10. Fakt, iż podstawowa opieka zdrowotna jest źródłem kompleksowej wiedzy o pacjencie, o problemach zdrowotnych całej rodziny, pozwoli zapewnić pacjentowi i jego rodzinie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, zaufanie i satysfakcję ze sprawowanej opieki. W przypadku problemów zdrowotnych działania podstawowej opieki zdrowotnej będą realizowane w ramach indywidualnego planu diagnostyki, leczenia i opieki, poza tym pacjent będzie miał możliwość korzystania z opieki w miejscu zamieszkania oraz wizyt patronażowych.

**II. Przedmiot zamówienia**

Opracowanie i publikacja tekstów (artykułów) prasowych.

Treść artykułów Wykonawca przekaże w formacie MS Word Zamawiającemu w ciągu 14 dni przed publikacją do weryfikacji merytorycznej, tj. sprawdzenia zgodności tekstu z aktualną wiedzą medyczną.

Przygotowanie wersji elektronicznej artykułów, pliki powinny być gotowe do zamieszczenia na stronie internetowej oraz na profilach społecznościowych.

Publikacja artykułu musi zostać uzupełniona logotypem Ministerstwa Zdrowia zgodnie z księgą znaku przekazaną w dniu podpisania umowy.

Do zadań Wykonawcy należeć będzie:

* pozyskanie informacji oraz napisanie artykułów prasowych
* pozyskanie wypowiedzi ekspertów
* opracowanie graficzne i edytorskie
* korekta tekstu
* publikacja w wydaniach papierowych i ewentualnie elektronicznych
* zapewnienie poprawności tekstów pod względem gramatycznym, ortograficznym, interpunkcyjnym itd. (zgodnie z normami słownikowymi). Za błędy powstałe w druku materiałów (różne od wersji zaakceptowanej przez Zamawiającego) wyłączną odpowiedzialność ponosi Wykonawca. Obowiązkiem Wykonawcy będzie przygotowanie sprawozdania - raportu z realizacji zamówienia. Powinno być dostarczone przez Wykonawcę najpóźniej na tydzień przed zakończeniem okresu realizacji umowy.
* Język komunikacji musi być prosty i zrozumiały, tj. przy tworzeniu tekstu należy unikać specjalistycznego, przez co niezrozumiałego języka.
* W komunikacji należy unikać:
1. zbyt górnolotnego języka
2. abstrakcyjnych przykładów, nie związanych z dziedzinami medycznymi, profilaktycznymi
3. stosowania treści, które mogą dyskryminować płeć oraz określone grupy społeczne pod względem: wyznawanej religii, poglądów politycznych itp.
4. przekazywania treści mających charakter przemocy, agresji itp.
* Wykonawca może uzupełnić teksty infografikami, wykresami lub zdjęciami opracowanymi wg przygotowanego przez siebie projektu, uprzednio zaakceptowanego przez Zamawiającego.
* Wykonawca w terminie uzgodnionym z Zamawiającym przekaże harmonogram publikacji ogłoszeń.
* Wszystkie teksty, infografiki, zdjęcia itp., które Wykonawca wykona w ramach realizacji umowy Zamawiający będzie mógł wykorzystać, m.in. w celu publikowania ich w swoich serwisach internetowych oraz mediach społecznościowych.
* Artykuły muszą zostać opublikowane w pełnym nakładzie gazet i czasopism wskazanych przez Wykonawcę.
* Każdy artykuł musi zawierać minimum następujące informacje:
1. Treść artykułu
2. logotyp Ministerstwa Zdrowia
3. napis: [www.gov.pl/zdrowie](http://www.gov.pl/zdrowie)
4. Chyba, że Zmawiający stwierdzi inaczej
* Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowej autoryzacji wypowiedzi osób, które udzielą wywiadów na potrzeby artykułów, a także uzyskania zgody rozmówców na wykorzystanie zdjęć, wizualizacji i grafik - przy założeniu,  że Wykonawca wykorzysta ww. elementy w artykułach;
* Wykonawca zobowiązany jest do zawarcia umowy z osobami, których wizerunek zostanie utrwalony w artykułach, na podstawie której Wykonawca będzie dysponował prawem do wizerunku tych osób. Wykonawca przekaże umowy Zamawiającemu przed publikacją pierwszego artykułu;
* Zamawiający może udostępnić Wykonawcy kontakty do osób bezpośrednio zajmujących się realizacją poszczególnych tematów.
* Każdy z zamieszczanych artykułów będzie inny od pozostałych.
* Jeżeli tytuł prasowy posiada stronę internetową, serwis internetowy i/lub konta w kanałach społecznościowych, powstające teksty prasowe muszą być również opublikowane w tych kanałach internetowych. Wykonawca przygotuje wpisy (2 posty) wraz z grafiką na media społecznościowe zaoferowanej gazety. Wpis będzie dotyczył najważniejszych informacji z każdego artykułu prasowego.
* Wykonawca przygotuje i opublikuje artykuł na portalach zaproponowanej gazety, jeśli tytułu takowe posiadają. Zamawiający dopuszcza, by w Internecie ukazały się te same artykuły, co w wydaniach papierowych. Wykonawca przygotuje ilustracje do poszczególnych artykułów w postaci zdjęć, infografik, wykresów itp.
* Zamawiający zastrzega możliwość spersonalizowanych komunikatów z treściami z artykułów prasowych, które zostaną opublikowane w gazetach, do wyselekcjonowanych grup odbiorców.

**III.    Wymagania**

**Zamawiającego dotyczące zapewnienia powierzchni do publikacji artykułów.**

1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości publikacji artykułów prasowych w oddzielnym dodatku tematycznym bądź branżowym (opublikowanym do całego nakładu w dniu publikacji ogłoszenia).
2. Zamawiający nie dopuszcza publikacji artykułów na stronach ogłoszeniowych, stronach z komunikatami i nekrologami, repertuarami, informacjami na temat przetargów, stronach motoryzacyjnych, sportowych oraz kulturalnych.
3. Zamawiający zastrzega, aby w dniu publikacji artykułu prasowego na stronach sąsiadujących nie były publikowane inne treści o charakterze sensacyjnym, deprecjonujące obszar ochrony zdrowia, reklamy firm farmaceutycznych lub z branży medycznej ani suplementów diety.
4. Format artykułów w formie drukowanej: minimum ½ strony, maksimum 2 strony dziennika lub czasopisma
5. Liczba znaków artykułów w formie drukowanej: minimum 4 000 (ze spacjami)
6. Każdy artykuł prasowy musi zostać opublikowany w pełnym nakładzie dziennika lub czasopisma.
7. Format artykułów i depesz agencyjnych w formie elektronicznej: minimum 2500 znaków.
8. Zamawiający będzie mierzyć efektywność publikacji w prasie poprzez nakład oraz numery strony.

**IV.    Wymagania Zamawiającego dotyczące publikacji artykułów prasowych:**

Dzienniki lub tygodniki o zasięgu lokalnym. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca zapewnił publikację artykułów w czasopismach o zasięgu lokalnym:

1. Minimum 20 tytułach o łącznym nakładzie minimum 250 000 egz., przy czym nakład jednego czasopisma nie może być niższy niż 5 000 egz.
2. Ukazujących się w sumie na terenie wszystkich 16 województw
3. Opisujących zagadnienia społeczne, lokalne.
4. Płatnych

**V.    Wymagania dotyczące współpracy Zamawiającego z Wykonawcą**

1. Wykonawca zobowiązany jest do bieżącej współpracy z Zamawiającym w celu należytej realizacji zamówienia. Wykonawca zapewni osobę do kontaktów dyspozycyjną telefonicznie, mailowo lub do spotkań roboczych w siedzibie Zamawiającego (ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa) po wcześniejszym uzgodnieniu terminu (poniedziałek - piątek w godz. 8.15 - 16.15).
2. Logotyp Ministerstwa Zdrowia zostanie przekazany Wykonawcy po zawarciu umowy.
3. Wszystkie projekty artykułów prasowych będą przekazywane drogą elektroniczną. W tej samej formie będzie odbywało się dokonywanie akceptacji, a także zgłaszanie uwag przez Zamawiającego.
4. Wykonawca będzie dysponował w trakcie realizacji zamówienia sprzętem oraz aktualnym i legalnym oprogramowaniem niezbędnym do należytego i terminowego wykonywania zamówienia.
5. Brak akceptacji Zmawiającego w przypadku publikacji artykułów będzie skutkowało publikacją na koszt Wykonawcy.
6. **Harmonogram realizacji zamówienia**
7. Przedmiot umowy realizowany będzie do 30 listopada 2018 roku od dnia zawarcia umowy. W tym terminie Wykonawca jest zobowiązany do:
* przedstawienia Zamawiającemu projektów artykułów prasowych
* uzyskania akceptacji Zamawiającego w zakresie ostatecznej wersji artykułów prasowych
1. Zamawiający zakłada publikację artykułów prasowych od momentu podpisania umowy do listopada 2018 roku w dziennikach lub tygodnikach o zasięgu lokalnym, w ilości od 5 do 10 w każdym z nich.

    Jednocześnie zastrzega się, iż terminy oraz liczba publikacji ogłoszeń mogą ulec zmianie

1. Minimum 14 dni przed publikacją Wykonawca przekaże Zamawiającemu drogą elektroniczną artykuł prasowy planowany do publikacji celem jego akceptacji lub zgłoszenia ewentualnych uwag. Termin ten nie dotyczy artykułów przygotowywanych przez agencje prasowe.
2. Zamawiający zastrzega możliwość zgłaszania uwag do każdego artykułu prasowego (maksymalnie do 3 dni roboczych od dnia otrzymania projektu) z zastrzeżeniem, iż powtórzenie uwag przez Zamawiającego z powodu ich uprzedniego nieuwzględnienia przez Wykonawcę nie jest traktowane jako zgłoszenie uwag.
3. Jeśli Wykonawca nie uwzględni dwukrotnie tych samych uwag zgłoszonych przez Zamawiającego do projektów, Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od Umowy ze skutkiem natychmiastowym, bez konieczności wyznaczania Wykonawcy dodatkowego terminu na jej wykonanie.
4. Brak uwzględnienia przez Wykonawcę wszystkich uwag Zamawiającego nie wstrzymuje biegu terminu realizacji zamówienia.
5. Wykonawca ma obowiązek uwzględniać i wprowadzać wszystkie uwagi Zamawiającego do projektów artykułów prasowych.
6. Wykonawca ma obowiązek przedstawienia Zamawiającemu projektów artykułów prasowych rozumianych w każdym przypadku jako tekst w wersji ostatecznej (z korektą i adjustacją tekstów).
7. Maksymalnie na 3 dni przed datą publikacji każdego artykułu prasowego Wykonawca jest zobowiązany do uzyskania akceptacji Zamawiającego dla danego ogłoszenia prasowego w wersji ostatecznej. Termin ten nie dotyczy artykułów przygotowywanych przez agencje prasowe.
8. Wersja ostateczna artykułu prasowego, która uzyskała akceptację Zamawiającego zapisywana jest formacie .pdf i przekazywana Zamawiającemu drogą elektroniczną.
9. Wykonawca bezpłatnie dostarczy Zamawiającemu jedno papierowe wydanie każdego czasopisma, w którym opublikowany zostanie artykuł prasowy w terminie do 14 dni od daty publikacji ogłoszenia prasowego lub plik z zapisem tekstu opublikowanego na portalu.

Zadanie nr 3- **- Portale internetowe zawierające treści związane z ochroną zdrowia i zdrowym stylem życia**

1. **Cel zamówienia/Tematyka:**

Celem kampanii jest przekonanie pacjentów, że w większości przypadków ich skutecznym leczeniem może i powinien zająć się lekarz rodzinny / lekarz POZ i że opieka takiego lekarza jest wystarczająca. Wskazanie, że pacjenci nie muszą starać się dotrzeć do lekarzy specjalistów, powinni przede wszystkim korzystać z usług lekarzy POZ i rodzinnych.

Wskazanie, że to lekarz POZ / rodzinny powinien koordynować proces leczenia i ewentualnie podejmować decyzje o konsultacji danego pacjenta i przypadku chorobowego ze specjalistą. Wskazanie na rolę i znaczenie lekarza rodzinnego i/lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce, rozpoznawaniu i leczeniu chorób.

Przedstawianie argumentów za tym, że znaczna część pacjentów zgłaszających się ze znaczną częścią chorób i dolegliwości może być skutecznie leczona przez lekarzy rodzinnych/lekarzy POZ.

Podstawowa opieka zdrowotna pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia.
Od jej sprawności i skuteczności w znacznym stopniu zależy efektywność całego systemu.
Doświadczenia innych krajów pokazują, że dobrze rozwinięta i zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna jest w stanie zaspokoić do 90% potrzeb zdrowotnych populacji,
w tym części zakresów specjalistycznych, zgodnie z zakresem kompetencji specjalisty medycyny rodzinnej – lekarza rodzinnego. Lepsze wykorzystanie potencjału podstawowej opieki zdrowotnej opartego na medycynie rodzinnej zapewnia zaspokojenie większości potrzeb zdrowotnych blisko miejsca zamieszkania chorych, a tym samym zmniejszy liczbę hospitalizacji, szczególnie tych które nie zawsze są niezbędne.

Obecnie POZ jest częścią systemu opieki zdrowotnej zapewniającą świadczenia
zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne
z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane
w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Świadczenia POZ obejmują świadczenia
lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, finansowane na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej. Ponadto w ramach POZ zapewniana jest profilaktyczna opieka nad dziećmi
i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

Obecnie, spośród wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w POZ i przyjmujących deklaracje wyboru, zaledwie 31% posiada specjalizację w dziedzinie medycyny
rodzinnej, natomiast odsetek pielęgniarek i położnych posiadających specjalizację
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, przyjmujących jednocześnie deklaracje wyboru, wynosi odpowiednio 4,7 i 3,4%.

Biorąc pod uwagę pogłębiające się problemy w funkcjonowaniu POZ, spowodowane brakiem spójnej wizji funkcjonowania tego szczebla opieki zdrowotnej, obniżanie efektywności oraz słabe perspektywy rozwoju, niezbędne stało się wdrożenie nowego modelu POZ. Model ma zwiększyć rolę POZ i zapewnić skoordynowanie działań z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, zwiększyć realizacji profilaktyki i edukacji zdrowotnej, jak również umożliwiać świadczenie kompleksowej i holistycznej opieki POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną. Ponadto zwiększona zostanie rola personelu medycznego w POZ. W konsekwencji większym niż dotychczas stopniu przyczyni się do zachowania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa naszego kraju. Korzyści dla obywateli obejmują między innymi zaoferowanie każdej indywidualnej osobie oraz każdej rodzinie opieki zarówno specjalisty medycyny rodzinnej, jak i zespołu POZ, a dzięki zwiększeniu koordynacji udzielanych świadczeń poprawę satysfakcji z uzyskiwanej opieki oraz poprawę jakości udzielnych świadczeń. Cele strategiczne nowego POZ to:

1. Zapewnienie kompleksowej, ciągłej i holistycznej opieki dla każdego obywatela, sprawowanej w kontekście indywidualnych potrzeb, rodziny, jak i społeczności lokalnej;
2. zachowanie i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa;
3. wysoki poziom bezpieczeństwa i zadowolenia ze świadczeń POZ;
4. ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności podopiecznych POZ.
5. **Tło społeczne - powody przeprowadzenia kampanii**

Wprowadzenie nowego modelu podstawowej opieki zdrowotnej, opartego o medycynę rodzinną i Zespołu POZ i pojawiające się w tym kontekście niepokoje społeczne skutkują koniecznością przeprowadzenia kampanii społecznej, której celem będzie uświadomienie pacjentom i personelowi medycznemu udzielającemu świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej faktycznych korzyści wynikających z wprowadzonych zmian.

Celem kampanii będzie uświadomienie społeczeństwu polskiemu możliwości, jakie daje wybór własnego lekarza, pielęgniarki i położnej przygotowanych do zaspokojenia większości potrzeb zdrowotnych. Uświadomienie, iż wprowadzenie modelu opieki skoncentrowanego na pacjencie i jego potrzebach zdrowotnych, optymalizacja procesu leczenia, jak również podnoszenie poziomu jakości udzielanych świadczeń, będzie skutkować poprawą jakości i bezpieczeństwa świadczeń, jak również satysfakcji z uzyskiwanej opieki, łatwiejszy dostęp do lekarza i pielęgniarki, poprawę. Natomiast w odniesieniu do kadry medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej uświadomią znaczenia prestiżu pracy w tej części systemu ochrony zdrowia.

1. **Grupa docelowa:**
2. Populacja generalna (ogół społeczeństwa naszego kraju – dzieci, dorośli, osoby starsze, niezależnie od płci, wieku i statusu społecznego) – powszechny charakter opieki.
3. Personel medyczny, w szczególności lekarze, pielęgniarki, położne.
4. Studenci kierunków medycznych (przyszli lekarze, pielęgniarki i położne rodzinni), którzy znajdują się na progu kariery zawodowej i stoją przed wyborem ścieżki dalszego kształcenia specjalizacyjnego.
5. **Cel komunikacyjny:**
6. MR/ POZ jest pierwszym, podstawowym, łatwo dostępnym (bliskość miejsca zamieszkania, brak kolejek) miejscem, w którym pacjent może uzyskać opiekę medyczną wyłączając stany nagłe (np. nagłe zachorowania, wypadki, urazy, zaostrzenie choroby przewlekłej itp.).
7. MR/ POZ zajmuje się zarówno ostrymi, jak i przewlekłymi chorobami (np. zarówno „zwykłym” przeziębieniem, jak i np. cukrzycą czy nadciśnieniem tętniczym).
8. MR/ POZ promuje zdrowie i zachowania sprzyjające zdrowiu. Sprawuje opiekę profilaktyczną nad pacjentem (szczepienia, bilanse zdrowia, edukacja zdrowotna, identyfikacja czynników ryzyka zachorowania na choroby przelekłe).
9. MR/ POZ sprawuje kompleksową opiekę nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym (bilanse zdrowia, profilaktyczne szczepienia ochronne zgodnie z tzw. kalendarzem szczepień, kształtowanie świadomości prozdrowotnej).
10. Lekarze, pielęgniarki i położne medycyny rodzinnej są KOMPLEKSOWO PRZYGOTOWANI DO SPRAWOWANIA HOLISTYCZNEJ OPIEKI NAD PACJENTEM ZARÓWNO W ZDROWIU JAK I W CHOROBIE wykwalifikowani, kompetentni, znają pacjenta i jego środowisko, podchodzą do niego holistycznie (rola profilaktyki).
11. Warto być lekarzem rodzinnym, pielęgniarką i położną (wszechstronny rozwój, prestiż, satysfakcja zawodowa).
12. Zbudowanie zaufania pacjenta do wybranego przez siebie Zespołu POZ, który kompleksowo i stale opiekuje się pacjentem.
13. Poprawa stanu wiedzy na temat roli POZ w systemie opieki zdrowotnej.
14. Zbudowanie przekonania o poprawie jakości POZ oraz satysfakcji pacjentów.
15. Wzrost liczby specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej.
16. Zbudowanie autorytetu kadry POZ.
17. **Medycyna rodzinna:**
18. nawiązuje relację partnerską z pacjentem (od poczęcia aż do naturalnej śmierci) i jego rodziną,
19. utrzymuje pacjenta jak najdłużej w zdrowiu,
20. kompleksowo opiekuje się pacjentem,
21. proponuje najlepsze rozwiązania – odpowiednie decyzje, przygotowują i realizują indywidualne plany diagnostyki, leczenia i opieki
22. zwraca uwagę na problem niskiej świadomości profilaktyki,
23. edukuje i zachęca i przeprowadza badania profilaktyczne,
24. sprawuje opiekę nad kobietą w okresie ciąży i połogu.

**Leczenie w POZ:**

* nie jest obwarowane kolejkami (co do zasady wizyta w dniu zgłoszenia),
* odbywa się bez skierowania, np. w przypadku konieczności uzyskania recepty (dodatkowo możliwość wystawiania recept przez pielęgniarki i położne),
* jest powszechne (nie wiąże się z koniecznością ponoszenia dodatkowych opłat przez pacjenta, nawet jeśli jest on pozbawiony prawa do świadczeń),
* jest dostępne od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (wtedy pacjent może zgłosić się do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej),
* jest kompleksowe (opiekę nad pacjentem sprawuje lekarz, pielęgniarka i położna),
* obejmuje możliwość wykonania drobnych zabiegów (np. zdejmowanie szwów, cewnikowanie pęcherza, zdejmowanie i zmiana opatrunków na ranę, cewnikowanie pęcherza moczowego),
* obejmuje edukację zdrowotną pacjenta i jego rodziny (np. w przypadku pacjentów wymagających opieki),
* w przypadkach uzasadnionych medycznie może odbywać się w miejscu zamieszkania pacjenta (wizyty domowe),
* jest ciągłe i skoordynowane (w przypadku zaistnienia takiej potrzeby lekarz POZ kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne, niezbędne badania lub do szpitala, na leczenie uzdrowiskowe lub do opieki długoterminowej),
* obejmuje monitorowanie rozwoju dziecka i profilaktykę chorób wieku rozwojowego.
1. **Wizerunek świadczeniodawców POZ**
2. nawiązują relację partnerską z pacjentem
3. kompleksowo opiekują się pacjentem
4. proponują najlepsze rozwiązania - odpowiednie decyzje, przygotowują i realizują indywidualne plany diagnostyki, leczenia i opieki
5. zwracają uwagę na problem niskiej świadomości profilaktyki
6. edukują i zachęcają do profilaktycznych badań
7. są autorytetami
8. **Główna myśl przekazu**
9. Pacjent składając deklaracje świadomie wybiera lekarza, pielęgniarkę i położną, którzy będą sprawowali nad nim opiekę.
10. Wybrani przez pacjenta członkowie Zespołu POZ zapewniają kompleksową opiekę.
11. POZ tworzy wykwalifikowana kadra (medycyna rodzinna), która zaspokaja ok 80% potrzeb zdrowotnych pacjentów, współpracuje ze specjalistami medycznymi oraz innymi profesjonalistami (fizjoterapia, psychoterapia) – holistyczne podejście do pacjenta.
12. Zwiększenie świadomości roli POZ w opiece nad pacjentem.
13. Zwiększenie świadomości roli POZ, w szczególności jej nowego modelu, w systemie ochrony zdrowia.
14. Przedstawienie zasad opieki koordynowanej i kompleksowej.
15. Wskazanie korzyści z nowej organizacji POZ.
16. Działania na rzecz zachęcania przyszłych kadr medycznych do wyboru specjalizacji medycyna rodzinna.
17. Działania edukacyjne dotyczące roli profilaktyki w POZ dla pacjenta i populacji.
18. Działania informacyjne w zakresie podnoszenia jakości POZ i wzrostu satysfakcji pacjenta.
19. Promowanie pracy w POZ jako prestiżowej, umożliwiającej stały rozwój zawodowy, dającej satysfakcję.
20. Działania informacyjne na temat nowych zasad finansowania POZ- więcej środków-więcej świadczeń dla pacjentów.
21. Realizacja kampanii medialnych w regionalnych i ogólnopolskich stacjach telewizyjnych (emisja materiałów edukacyjno-reklamowych przez cały rok na terenie całego kraju).
22. **Mity i stereotypy**

Dotychczasowy model podstawowej opieki zdrowotnej oparty o system finansowania lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, nie stanowił motywacji do zapewnienia kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem, w którym brak współpracy między świadczeniodawcami spowodował, iż pacjenci nie najlepiej oceniali jakość leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, a w konsekwencji preferowali leczenie specjalistyczne. Przyzwyczajenie pacjentów do leczenia specjalistycznego, skutkowało nadkonsumpcją świadczeń specjalistycznych i hospitalizacji, co wpłynęło na problemy z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej. Zbyt częste korzystanie z opieki specjalistycznej, nie wpływało jednocześnie na poprawę skuteczności i jakości leczenia pacjentów.

Brak kompleksowych działań i ich koordynacji z innymi częściami systemu opieki zdrowotnej, niedostateczna rola profilaktyki i edukacji zdrowotnej, skutkowały brakiem kompleksowej i holistycznej POZ ukierunkowanej na pacjenta i społeczność lokalną. Nowy model podstawowej opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie możliwości diagnostyczno-leczniczych poprawi jej jakość i pozwoli na jej lepszą ocenę przez pacjentów.

1. **Problem**
2. Preferencja wyboru opieki specjalistycznej, często nieadekwatnie do rzeczywistego problemu zdrowotnego.
3. Brak wiedzy i świadomości na temat roli podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjenta oraz systemu ochrony zdrowia.
4. Brak świadomości w zakresie znaczenia medycyny rodzinnej.
5. **Dodatkowe informacje:**
6. Intencją tego zlecenia jest promowanie medycyny rodzinnej (MR) i „odczarowanie” podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z naleciałości typu niekompetencja personelu POZ i nieustanne „przepychanie” pacjenta z POZ do innych poradni specjalistycznych.
7. Specjalizacją lekarską wprost dedykowaną POZ (i tylko POZ) jest medycyna rodzinna. Lekarze tej specjalności sprawują opiekę (jak sama nazwa wskazuje) nie tylko nad samym pacjentem (jednostką), ale i całą rodziną. Istotny jest zatem kontekst i punkt odniesienia – MR troszczy się o zdrowie pacjenta, uwzględniając kontekst rodzinny i społeczność lokalną (np. wiejską, miejską, z terenów zmarginalizowanych, uprzemysłowionych, itd. – inne czynniki ryzyka, zróżnicowana struktura zachorowań). Lekarze MR znają doskonale historię chorobową danej rodziny, jej uwarunkowania socjo-ekonomiczne oraz środowisko zamieszkania. Dzięki temu mogą sprawować kompleksową opiekę oraz monitorować ryzyko wystąpienia określonych chorób (np. uwarunkowanych genetycznie).
8. Pacjent ma zapewniony w Zespole POZ (lekarz, pielęgniarka, położna) bezpośredni kontakt z wybranymi przez siebie członkami tego Zespołu dzięki temu ma zapewnioną możliwość lepszej komunikacji, bo złożona deklaracja wyboru pozwala na podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail. Kontakt ten będzie dotyczył nie tylko konkretnych wizyt (umawianie, planowanie, przypominanie, odwoływanie) i opieki nad pacjentem, ale też informacji o prowadzonych działaniach edukacyjnych i akcjach prozdrowotnych.
9. Lekarz POZ to profesjonalista, który jest jednocześnie terapeutą, opiekunem, promotorem zdrowia i edukatorem oraz koordynatorem opieki i dobrym jej organizatorem. Wszystkie działania profilaktyczne i terapeutyczne podejmowane przez lekarza POZ są oparte na dowodach naukowych. Swoim profesjonalizmem lekarz POZ będzie zachęcał do podejmowania działań zapobiegających chorobom oraz promujących zdrowy tryb życia (czyli nie tylko interwencja w przypadku choroby ale utrzymywanie pacjenta w zdrowiu).
10. Fakt, iż podstawowa opieka zdrowotna jest źródłem kompleksowej wiedzy o pacjencie, o problemach zdrowotnych całej rodziny, pozwoli zapewnić pacjentowi i jego rodzinie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, zaufanie i satysfakcję ze sprawowanej opieki. W przypadku problemów zdrowotnych działania podstawowej opieki zdrowotnej będą realizowane w ramach indywidualnego planu diagnostyki, leczenia i opieki, poza tym pacjent będzie miał możliwość korzystania z opieki w miejscu zamieszkania oraz wizyt patronażowych.

**II. Przedmiot zamówienia**

Opracowanie i publikacja tekstów (artykułów) prasowych.

Treść artykułów Wykonawca przekaże Zamawiającemu w ciągu 14 dni przed publikacją do weryfikacji merytorycznej, tj. sprawdzenia zgodności tekstu z aktualną wiedzą medyczną.

Przygotowanie wersji elektronicznej artykułów, pliki powinny być gotowe do zamieszczenia na stronie internetowej oraz na profilach społecznościowych.

Publikacja artykułu musi zostać uzupełniona logotypem Ministerstwa Zdrowia zgodnie z księgą znaku przekazaną w dniu podpisania umowy.

Do zadań Wykonawcy należeć będzie:

* pozyskanie informacji oraz napisanie artykułów prasowych
* pozyskanie wypowiedzi ekspertów
* opracowanie graficzne i edytorskie
* korekta tekstu
* publikacja w mediach internetowych
* zapewnienie poprawności tekstów pod względem gramatycznym, ortograficznym, interpunkcyjnym itd. (zgodnie z normami słownikowymi). Za błędy wyłączną odpowiedzialność ponosi Wykonawca. Obowiązkiem Wykonawcy będzie przygotowanie sprawozdania - raportu z realizacji zamówienia. Powinno być dostarczone przez Wykonawcę najpóźniej na tydzień przed zakończeniem okresu realizacji umowy.
* Język komunikacji musi być prosty i zrozumiały, tj. przy tworzeniu tekstu należy unikać specjalistycznego, przez co niezrozumiałego języka.
* W komunikacji należy unikać:
1. zbyt górnolotnego języka
2. abstrakcyjnych przykładów, nie związanych z dziedzinami medycznymi, profilaktycznymi
3. stosowania treści, które mogą dyskryminować płeć oraz określone grupy społeczne pod względem: wyznawanej religii, poglądów politycznych itp.
4. przekazywania treści mających charakter przemocy, agresji itp.
* Wykonawca uzupełni teksty infografikami, wykresami lub zdjęciami opracowanymi wg przygotowanego przez siebie projektu, uprzednio zaakceptowanego przez Zamawiającego.
* Artykuły prasowe muszą być w pełni dostępne dla osób niepełnosprawnych.
* Wykonawca w terminie uzgodnionym z Zamawiającym przekaże harmonogram publikacji ogłoszeń.
* Wszystkie teksty, infografiki, zdjęcia itp., które Wykonawca wykona w ramach realizacji umowy Zamawiający będzie mógł wykorzystać, m.in. w celu publikowania ich w swoich serwisach internetowych oraz mediach społecznościowych.
* Każdy artykuł musi zawierać minimum następujące informacje:
1. Treść artykułu
2. logotyp kampanii „Planuję długie życie” i Ministerstwa Zdrowia
3. napis i link na stronę: [www.gov.pl/zdrowie](http://www.gov.pl/zdrowie)
4. Chyba, że Zamawiający stwierdzi inaczej
* Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowej autoryzacji wypowiedzi osób, które udzielą wywiadów na potrzeby artykułów, a także uzyskania zgody rozmówców na wykorzystanie zdjęć, wizualizacji i grafik - przy założeniu,  że Wykonawca wykorzysta ww. elementy w artykułach;
* Wykonawca zobowiązany jest do zawarcia umowy z osobami, których wizerunek zostanie utrwalony w artykułach, na podstawie której Wykonawca będzie dysponował prawem do wizerunku tych osób. Wykonawca przekaże umowy Zamawiającemu przed publikacją pierwszego artykułu;
* Zamawiający może udostępnić Wykonawcy kontakty do osób bezpośrednio zajmujących się realizacją poszczególnych tematów.
* Każdy z zamieszczanych artykułów będzie inny od pozostałych.
* Zamawiający zastrzega możliwość spersonalizowanych komunikatów z treściami z artykułów prasowych, które zostaną opublikowane, do wyselekcjonowanych grup odbiorców.

**III.    Wymagania Zamawiającego dotyczące zapewnienia powierzchni do publikacji artykułów.**

1. Zamawiający nie dopuszcza publikacji artykułów na stronach ogłoszeniowych, stronach z komunikatami i nekrologami, repertuarami, informacjami na temat przetargów, stronach miejskich, stronach regionalnych, stronach motoryzacyjnych, sportowych oraz kulturalnych.
2. Zamawiający zastrzega, aby w dniu publikacji artykułu prasowego na stronach sąsiadujących nie były publikowane inne treści o charakterze sensacyjnym, deprecjonujące obszar ochrony zdrowia, reklam firm farmaceutycznych lub z branży medycznej ani suplementów diety.
3. Liczba znaków artykułów: minimum 3 000 (ze spacjami)
4. Każdy artykuł prasowy musi pozostać opublikowany na stałe na stronie internetowej.

**IV.    Wymagania Zamawiającego dotyczące publikacji artykułów prasowych:**

Portale internetowe zawierające treści związane z ochroną zdrowia i zdrowym stylem życia. Zamawiający wymaga, aby portal:

* 1. Był ogólnodostępny dla wszystkich użytkowników, bez logowania
	2. Miał statystyki odwiedzalności minimum 50.000 unikalnych użytkowników miesięcznie oraz minimum 100 000 odsłon miesięcznie w okresie ostatnich 6 miesięcy przez podpisaniem umowy
	3. Był aktualizowany codziennie, publikując minimum 5 nowych artykułów tygodniowo w okresie trwania umowy
	4. Prezentował tematykę związaną z ochroną zdrowia.

**V.    Wymagania dotyczące współpracy Zamawiającego z Wykonawcą**

1. Wykonawca zobowiązany jest do bieżącej współpracy z Zamawiającym w celu należytej realizacji zamówienia. Wykonawca zapewni osobę do kontaktów dyspozycyjną telefonicznie, mailowo lub do spotkań roboczych w siedzibie Zamawiającego (ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa) po wcześniejszym uzgodnieniu terminu (poniedziałek - piątek w godz. 8.15 - 16.15).
2. Logotypy Ministerstwa Zdrowia” zostaną przekazane Wykonawcy po zawarciu umowy.
3. Wszystkie projekty artykułów prasowych będą przekazywane drogą elektroniczną. W tej samej formie będzie odbywało się dokonywanie akceptacji, a także zgłaszanie uwag przez Zamawiającego.
4. Wykonawca będzie dysponował w trakcie realizacji zamówienia sprzętem oraz aktualnym i legalnym oprogramowaniem niezbędnym do należytego i terminowego wykonywania zamówienia.
5. Brak akceptacji Zmawiającego w przypadku publikacji artykułów będzie skutkował publikacją na koszt Wykonawcy.
6. **Harmonogram realizacji zamówienia**
7. Przedmiot umowy realizowany będzie do 30 listopada 2018 roku od dnia zawarcia umowy. W tym terminie Wykonawca jest zobowiązany do:
* przedstawienia Zamawiającemu projektów artykułów prasowych
* uzyskania akceptacji Zamawiającego w zakresie ostatecznej wersji artykułów prasowych
1. Zamawiający zakłada publikację artykułów prasowych od lipca do listopada 2018 roku w następującej ilości od 50 do 75 artykułów na minimum 5 portalach internetowych zawierających treści związane z ochroną zdrowia i zdrowym stylem życia, w tym minimum 10 artykułów na jednym portalu.

    Jednocześnie zastrzega się, iż terminy oraz liczba publikacji ogłoszeń mogą ulec zmianie

1. Minimum 14 dni przed publikacją Wykonawca przekaże Zamawiającemu drogą elektroniczną artykuł prasowy planowany do publikacji celem jego akceptacji lub zgłoszenia ewentualnych uwag.
2. Zamawiający zastrzega możliwość zgłaszania uwag do każdego artykułu prasowego (maksymalnie do 3 dni roboczych od dnia otrzymania projektu) z zastrzeżeniem, iż powtórzenie uwag przez Zamawiającego z powodu ich uprzedniego nieuwzględnienia przez Wykonawcę nie jest traktowane jako zgłoszenie uwag.
3. Jeśli Wykonawca nie uwzględni dwukrotnie tych samych uwag zgłoszonych przez Zamawiającego do projektów, Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od Umowy ze skutkiem natychmiastowym, bez konieczności wyznaczania Wykonawcy dodatkowego terminu na jej wykonanie.
4. Brak uwzględnienia przez Wykonawcę wszystkich uwag Zamawiającego nie wstrzymuje biegu terminu realizacji zamówienia.
5. Wykonawca ma obowiązek uwzględniać i wprowadzać wszystkie uwagi Zamawiającego do projektów artykułów prasowych.
6. Wykonawca ma obowiązek przedstawienia Zamawiającemu projektów artykułów prasowych rozumianych w każdym przypadku jako tekst w wersji ostatecznej (z korektą i adjustacją tekstów).
7. Maksymalnie na 3 dni przed datą publikacji każdego artykułu prasowego Wykonawca jest zobowiązany do uzyskania akceptacji Zamawiającego dla jego wersji ostatecznej.
8. Wersja ostateczna artykułu prasowego, która uzyskała akceptację Zamawiającego zapisywana jest formacie .pdf i przekazywana Zamawiającemu drogą elektroniczną.
9. Wykonawca bezpłatnie dostarczy Zamawiającemu plik z zapisem każdego tekstu opublikowanego na portalu.